

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann,
MPH: „Von der Versorgungsaus-
wertung zur -forschung“

„Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung“ (Hildebrandt)
„Sektorengrenzen erfolgreich überwinden“ (Amelung)
„Patientenbeteiligung braucht System-Ansätze“ (Mühlbacher)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

01/14 7. Jahrgang

Editorial

Innovationen 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Von der Versorgungsauswertung zur -forschung“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Greifswald

Redaktion

Wege aus dem Innovationsstillstand 14

MVF-Kongress „Innovation 2014“ am 24. Februar in Berlin

„Patientenbeteiligung braucht System-Ansätze“ 16

Interview mit Prof. Axel Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg

Kür statt Pflicht bei Hausarztverträgen 20

Interview mit Tim Steimle, Leiter Fachbereich Arzneimittel der Techniker Krankenkasse (TK)

Zahlen - Daten - Fakten

Steigende Marktkonzentration? Ja ... und nein 12

Standards

Impressum 2

Essay 23

News 24

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des
DNVF auf den Seiten 25 - 28

WISSENSCHAFT

Helmut Hildebrandt

29

Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung

Jenseits von Arzneimitteln und Medizintechnik bedarf es im Gesundheitswesen organisatorischer und technischer Innovationen, um auf Dauer eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung zu gewährleisten. Dabei dann das Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftsbereichen lernen und durch disruptive oder bahnbrechende Innovationen neue Formen der Versorgungsorganisation ermöglichen – die eine preisgünstige, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten. Um diese Sprunginnovationen zu realisieren, bedarf es entsprechender Technologie, adäquater Geschäfts- und Vergütungsmodelle sowie passender Wertschöpfungsnetzwerke. Die Treiber dieser Entwicklungen werden, wenn man dem US-Forscher Christensen folgt, eher die heutigen Zulieferer, regionalen Netze und Systemanbieter als die großen klassischen Akteure sein.

WISSENSCHAFT

Dipl.-Psych. Nina Bucholtz / Dr. rer. medic. Ursula Hahn / Daniela P. Chase, M.Sc. / Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert / Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie

34

Obwohl eine sektorenübergreifende Versorgung in den letzten Jahren gestärkt wurde, stellt diese immer noch eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen dar. Gleichzeitig wurde bisher kaum systematisch untersucht, wie Kooperationen in der Praxis ausgestaltet und realisiert werden. Ziel der Studie war es, am Beispiel einer ambulanten augenmedizinischen Versorgergruppe existierende Kooperationsformen für augenchirurgische Leistungen zu erfassen und deren Relevanz im Versorgungsalltag zu untersuchen. Von einer Expertenrunde wurden dazu mögliche Kooperationsmodelle definiert. Zudem wurden Interviews mit N = 32 Leitern von ambulanten augenchirurgischen Zentren der OcuNet Gruppe zu deren Nutzung und deren Bedeutung für versorgungsrelevante Fragestellungen geführt. Insgesamt konnten acht Kooperationsformen identifiziert und nach ihrem Grad der Kooperation bewertet werden. Neben klassischen Formen stellten sich auch kooperative Versorgungsformen mit anderen ambulanten Einrichtungen bzw. Krankenhäusern, als häufige und relevante Modelle in der augenchirurgischen Versorgung heraus.

Dipl.-Geogr. Michael Siewert / Dipl.-Psych. Dirk Weller Psychosoziale Funktionen und Wirkungen von Patienteninformationen

40

Die Informationssuche bei Patienten ist nicht ausschließlich von Transparenzwünschen beherrscht. Eine multimethodale Studie (qualitativ-psychologisch und quantitativ) von medpica zeichnet diese Thematik am Beispiel der Informationssuche rund um den Arztbesuch nach. Dabei wird deutlich, dass die Informationssuche situationsbedingt differieren kann, die gewonnenen Informationen aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung neu definieren. Mit Chancen und Risiken für Arzt, Patienten und Versorgung.

Cornelia Baudisch (MaHM) / Dr. rer. nat. Niels Eckstein / Prof. Dr. Christian Franken

44

Der Beitrag der Offizinapotheker zur Optimierung der Arzneimitteltherapiesicherheit - ein Vergleich deutscher, australischer und Schweizer Modelle

Die Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit insbesondere bei chronisch kranken Patienten stellt eine besondere Herausforderung in der Arzneimittelversorgung dar. Medikationsmanagement-Konzepte unter Mitwirkung von niedergelassenen Apothekern leisten einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der AMTS. In der Schweiz und Australien sind im Gegensatz zu Deutschland verschiedene Medikationsmanagement-Konzepte zwischen Apothekern und den jeweiligen Kostenträgern vertraglich vereinbart. Aktuelle bzw. geplante regionale Projekte in Deutschland sind in ihrem Umfang den Konzepten in der Schweiz und Australien vergleichbar. Die Erfahrungen der beiden Länder können trotz bestehender Unterschiede im Gesundheitssystem Hinweise für eine Implementierung solcher Medikationsmanagement-Modelle in den deutschen Versorgungsalltag geben.

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

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

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

Marketing:

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

Abonnement

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

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWW), Berlin. Verbreitete Auflage: 6.487 (IWW 4. Quartal 2013)




Herausgeber-Beirat

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 - Unternehmen Leben, Hamburg




Prof. Dr. Matthias Schrappe
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock
Universität zu Köln



Dr. Thomas Trümper
PHAGRO, Frankfurt



VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



Dr. Jens Härtel



Gerhard Stein



Prof Dr. Christian
Franken



Frank Lucaßen



Prof. D. Bertram
Häussler



Stephan Spring



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Dr. Andreas Kress



Prof. Dr. Stephan
Burger



Helmut
Hildebrandt



Ralph Lägel



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.

Innovationen

24. Februar: 4. MVF Fachkongress „Innovation 2014: Wege aus dem Innovationsstillstand“ > S. 14

Warum gibt es in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zurzeit fast einen Innovationsstillstand? Fehlt es an verlässlichen Rahmenbedingungen? Oder verändert sich das Gesundheitssystem mehr als wir im Alltag meinen? Und vor allem: Wie kommen wir aus dieser Situation heraus? Darum geht es am 24. Februar beim 4. MVF Fachkongress. Von den Wirkungen des AMNOG bis zu vielfältigen Innovationshindernissen für integrierte Versorgung und andere Versorgungsinnovationen. Wo liegen die Innovationshemmnisse? Wie kann man sie überwinden und einen neuen Innovationsschub starten? Dafür will unser Kongress Ihnen das Wissen führender Fachleute vermitteln und vor allem praktische Wege für Ihre Arbeit aufzeigen. Sie sind herzlich eingeladen.

Neu im Herausgeberbeirat

Im Herausgeberbeirat von Monitor Versorgungsforschung begrüßen wir neue Mitglieder. Im wissenschaftlichen Beirat: **Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann**, Universität Greifswald, **Prof. Dr. Axel Mühlbacher**, Hochschule Neubrandenburg, und **Prof. Dr. Stephanie Stock**, Universität zu Köln, sowie im Praxisbeirat: **Prof. Dr. Christian Franken**, DocMorris, **Helmut Hildebrandt**, OptiMedis, **Harald Möhlmann**, AOK Nordost, und **Dr. Thomas M. Zimmermann**, Lilly Deutschland. > S. 3

Der Herausgeberbeirat von Monitor Versorgungsforschung setzt sich aus dem wissenschaftlichen Beirat und aus dem Praxisbeirat zusammen. Der Beirat unterstützt Herausgeber und Verlag dabei, mit „Monitor Versorgungsforschung“ das unabhängige, interdisziplinäre Fachmedium für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung zu realisieren und so die Wahrnehmung des Faches sowie die Wirksamkeit und Durchsetzung seiner Ergebnisse zu verbessern.

Im Titelinterview: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Universität Greifswald

Zum zweiten Mal steht es im Koalitionsvertrag: Die Gesundheitspolitik will größere Transparenz und mehr Qualität im System. Dabei hat sie erkannt, dass das nur mit Versorgungsforschung geht. „Denn die Politik braucht eine gute Forschung, um richtig steuern zu können. Das liegt letztendlich im Interesse von uns allen. Das ist in der evidenzbasierten Medizin so gewesen, das wird in einer datengestützten Versorgungsforschung auch so werden.“ So Professor Hoffmann im Titelinterview dieser Ausgabe. In der Versorgungsforschung gibt es jedoch oft die Schwierigkeit, dass Daten und Transparenz häufig mit Skepsis, Argwohn oder sogar Angst betrachtet werden, weil sie die Teilinteressen der Akteure beim Kampf um das zur Verfügung stehende Budget gefährden könnten. > S. 6 ff.

Prof. Axel Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg, erläutert im Interview die Ergebnisse seiner empirischen Untersuchung zur Patienten- und Bürgerbeteiligung im internationalen Kontext. > S. 16 ff.

Extra-Seiten: Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung

Ab dieser Ausgabe finden Sie die aktuellen Nachrichten und Termine des **Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung** in „Monitor Versorgungsforschung“ auf 4 Extra-Seiten. Wir freuen uns sehr über diese Kooperation. > S. 25 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Hildebrandt analysiert Innovationen im deutschen Gesundheitswesen und ihre Treiber mit dem Konzept der disruptiven Sprunginnovationen nach Christensen. > S. 29 ff.

Bucholz u.a. untersuchen Kooperationen in der Augenmedizin als Beispiele für erfolgreiche sektorenübergreifenden Versorgung. > S. 34 ff.

Siewert und **Weller** analysieren die Informationssuche von Patienten rund um den Arztbesuch und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. > S. 40 ff.

Baudisch, Eckstein und **Franken** vergleichen deutsche, australische und Schweizer Medikationsmanagement-Konzepte in Bezug auf den Beitrag der Apotheken. > S. 44 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre.

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

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 Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH

„Von der Versorgungsauswertung zur -forschung“

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH ist seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine und hat seit Dezember 2011 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald inne. Ebenso leitet er die Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health. Als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) im DNVF forscht er im Bereich innovativer Versorgungskonzepte, der Epidemiologie chronischer Erkrankungen, bevölkerungsbezogener Intervention und Prävention, kämpft mit Verve für ein föderiertes Daten- und Qualitätsmanagement und ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

>> Herr Prof. Hoffmann, Sie sagten auf der Veranstaltung „Versorgungsforschung trifft Politik“, zu der das Netzwerk Versorgungsforschung und die BertelsmannStiftung anlässlich des 12. DKVF eingeladen hatte, dass Sie nicht einstimmen in das „vieltönige Diskutieren im Gesundheitswesen, das häutig datenarm oder sogar datenfrei“ stattfindet. Hand aufs Herz: Ist es denn wirklich datenarm oder gar - frei? Oder sehen, kennen und nutzen vielleicht einige Versorgungsforscher viele Möglichkeiten einfach nicht?

Die Medizin war in ihrer langen Geschichte häufig ein wenig skeptisch gegenüber Daten. Dabei hat insbesondere die Therapieforschung und -praxis extrem durch Evidenz profitiert. Anfangs gab es auch hier erhebliche Widerstände. Viele Ärzte waren der Meinung, dass Erfahrung wichtiger ist als Empirie. Auch gab es Verständnis- und manchmal sogar Akzeptanzprobleme gegenüber diesen „Methoden-Leuten“, die häufig nicht aus der Medizin, sondern von außerhalb kamen und kommen. Doch das ist Geschichte, inzwischen sind beide Seiten erheblich aufeinander zuge wachsen. Das gleiche muss jetzt auch in der Versorgungsforschung geschehen.

Es gibt doch noch immer die Verfechter der ärztlichen Kunst.

Das stimmt, aber ich bin sehr beeindruckt davon, wie sich die große Mehrheit der Mediziner innerhalb einer einzigen Generation der kritischen wissenschaftlichen Betrachtung ihrer althergebrachten Verfahren sowie tradierten Ansichten und Vorgehensweisen gestellt hat. Die Medizin insgesamt ist dadurch sehr viel besser geworden. Inzwischen gibt es fast niemanden mehr, der Evidenced Based Medicine ernsthaft ablehnt. Und dennoch wird und muss es immer auch die ärztliche Kunst geben, weil die evidenzbasierte Medizin letztlich Durchschnittswerte für Standardfälle liefern kann, die eben nicht auf jeden Patienten zu treffen müssen.

Wie steht es denn um die Kunst oder die Wissenschaft der Versorgungsforschung?

Bei der Versorgungsforschung ist das Thema der Evidenz oft noch etwas brisanter als in der Medizin. Denn in der Versorgungsforschung geht es immer auch darum, wer was mit welchem Teil des Budgets macht und auch, wie das zur Verfügung stehende Budget besser zwischen den verschiedenen Akteuren verteilt werden kann. Genau darüber gibt es zum Teil erbitterte Debatten. Insofern werden Daten, die zur Transparenz beitragen können, immer auch mit großer Skepsis, teilweise sogar mit Argwohn oder sogar Angst betrachtet.

Weil sich ein Mehr an Transparenz vielleicht gegen die eigenen Interessen auswirken könnte.

Sicher. Es könnte zum Beispiel heraus kommen, dass die Dinge, die

man tut, nicht effektiv sind und man Gewohntes ändern müsste. Das ist genau der Grund, wieso viele Stakeholder eher zurückhaltend sind, die Politik sich aber gleichzeitig sehr konsequent in Richtung Transparenz bewegt.

Ist es wirklich ein Interesse der Politik, Transparenz zu fördern?

Das ist schon seit mehreren Jahren mein Eindruck, und zwar über die Parteigrenzen der jeweiligen zuständigen Minister hinweg. Dabei handelt es sich nicht nur die Datentransparenzverordnung, die für sich genommen schon ein großer Durchbruch ist, sondern auch um die Einführung der Klinischen Krebsregister oder auch des Endoprothesenregisters, in denen erstmalig am Patienten Erfolg gemessen werden kann. Dazu zählen aber auch Maßnahmen, die rechtliche Hürden mindern - zum Beispiel, dass seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz Delegation möglich ist. All das sind Faktoren, die direkt oder indirekt zu Transparenz beitragen.

Sodass es eigentlich keine Unkenntnis mehr geben sollte.

Trotz allem gibt es noch sehr, sehr viel Unkenntnis. Denn wir stehen erst am Anfang. Doch die Tendenz ist aus meiner Sicht positiv und nicht mehr umkehrbar. Anders herum gesehen gilt aber auch: Wir sind mit der Transparenz noch lange nicht da, wo wir hin müssen.

Sehen Sie einige Akteure weiter vorne, was die Versorgungsforschung angeht?

Das erkennt man immer dann, wenn man im Kleingedruckten bei den Publikationen liest, wer die Daten zur Verfügung gestellt hat. Das sind meist ganz bestimmte Akteure, hinter denen ganz bestimmte Leute stehen. Denn wie immer im Leben gibt es Voranschreitende und Hinterhergehende. Es gibt beispielsweise Krankenkassen, die selbst Versorgungsforschung machen, allen voran die AOK, die DAK, die Barmer GEK und die Techniker Krankenkasse. Bei diesen Kassen gibt es innovative Ansätze und damit auch Kollegen, mit denen man als Versorgungsforscher sehr professionell arbeiten kann. Denn diese Leute verstehen, was man will.

Sie sprechen nur von den Kassen. Wie sieht es bei anderen Akteuren aus?

Es gibt wichtige andere Strukturen in Deutschland, die für Versorgungsforschung relevante Daten auswerten oder auch sammeln - wie zum Beispiel das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Und sehr relevante Daten werden von den epidemiologischen Krebsregistern und der Gesundheitsberichterstattung insbesondere des RKI und des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung gestellt. Doch

auch hier muss man sagen, dass es immer noch mögliche Datenquellen gibt, an die man derzeit überhaupt nicht drankommt.

Wie beispielsweise solche aus den Bereichen der Pflege.

Das große Problem ist es, dass es keine zentralen Datensammlungen gibt, die über Professionsgrenzen hinweg verfügbar wären. Bei der Pflege ist das eigentlich nicht verständlich, weil die Pflege seit langer Zeit extrem qualitätsorientiert ist und man damit hoffnungsfroh sein kann, dass angesichts des existierenden guten Dokumentationsstandards in nur wenigen Jahren bessere Versorgungsdaten zur Verfügung stehen könnten.

Was ist denn der Grund, dass dem noch nicht so ist?

Die Versorgungsforschung trägt leider zu einem Teil selbst zu diesem Missstand bei, weil die Kommunikation mit den datenhaltenden Institutionen oft immer noch als eher schwierig bezeichnet werden kann.

Oft heißt es unter Versorgungsforschern: „Wenn man Daten braucht, muss man jemanden von der Kasse kennen“, was auf oben genannter Veranstaltung ein Kassenvertreter heftig verneinte. Der meinte dagegen: Versorgungsforscher würden ihr Anliegen zu unklar äußern, oft sei nicht klar, was und warum sie überhaupt Daten bräuchten. Deutet das nicht zum einen eher auf ein kommunikatives Problem hin?

Sagen wir so: Es gibt sicherlich die Problematik, dass hier zwei Welten aufeinandertreffen - zwischen jenen, die tagtäglich Versorgung machen müssen, beraten, abrechnen und dokumentieren, und den Versorgungsforschern, die sich oft nicht wirklich mit den Einzelheiten in diesem System auskennen. Die andere Problematik ist jene, dass oftmals die drängenden Versorgungsfragen eben genau deshalb so drängend sind, weil sie auf die tagtägliche Versorgung Auswirkungen haben könnten – ob einem das dann passt oder nicht. Das ist oft nicht gerade motivationsfördernd für die Bereitschaft, eigene Daten zur Verfügung zu stellen, wenn man vorher nicht genau weiß, ob das, was nachher rauskommt, einem auch passt. Deshalb ist es auch völlig falsch, dass Krankenkassen selbst entscheiden können, ob sie Daten herausgeben oder nicht.

Doch wie kommt es zu diesem kommunikativen Problem?

Das ist darin begründet, dass manche Versorgungsforscher nicht praxisnah genug agieren. Darüber hinaus gibt es einen Kommunikationsmangel zwischen den Datenproduzenten auf der Seite der Leistungserbringer und den Kostenträgern, aber eben auch auf Seiten der Forscher. Versorgungsforscher wissen oft nicht genau, was die drängenden Fragen der datenhaltenden Institutionen wirklich sind. Umgekehrt können die Akteure oft nicht beurteilen, was das wirklich Relevante an einer Forschungsfrage ist, die an sie herangetragen wird. Genau hier könnte man mit relativ wenig Aufwand einiges verbessern.

Und wie ?

In dem man einen Dialog einrichtet, der tatsächlich dazu führt, dass die Versorgungsforscher wissen, was die Kostenträger und die Leistungserbringer bewegt. Will heißen: Der Servicegedanke in der Versorgungsforschung muss noch deutlich sichtbarer werden.

Gibt es eventuell auch ein Ausbildungsproblem?

Ganz sicher. Es wäre sehr nützlich, wenn Versorgungsforscher, die in aller Regel Quereinsteiger sind, ein wenig besser verstehen würden, wie das Gesundheitssystem in der Praxis funktioniert und welche



Akteure welche Aufgaben haben. Wenn man das weiß, kann man viel leichter den richtigen Ansprechpartner finden. Doch umgekehrt ist es natürlich auch so, dass es immer noch recht viele Kassen gibt, deren Daten zwar forschungsrelevant sind, aber die überhaupt nicht verstehen, wieso bestimmte Daten und Fakten manche Versorgungsforscher interessieren. Die Möglichkeit der Kommunikation ist noch lange nicht ausgeschöpft; was schade ist, denn wenn diese Kommunikation besser funktionieren würde, wäre man schneller an dem Punkt, an dem es dann wirklich um Interessenkonflikte geht.

Bräuchten wir dazu vielleicht einen Studiengang oder eine Spezialisierungsrichtung?

Es gibt durchaus Fortbildungs-Möglichkeiten, wie die Summer School des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, oder Angebote der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF).

Reicht das?

Es dauert noch etwas. Andererseits ist deutlich zu sehen, dass eine gewisse Kultur zwischen Forschern und Datenhaltern heranwächst. Nun bräuchte es noch entsprechende Inhalte im Medizinstudium. Aber nicht nur da, sondern auch in den betriebswirtschaftlichen und Gesundheitsmanagement-orientierten Studiengängen, deren Absolventen oft später bei den Kassenarbeiten.

Wissenschaftlich solide Versorgungsforschung braucht qualitätsgeprüfte flächendeckende Sekundärdaten, sagten Sie ebenfalls auf der Veranstaltung „Versorgungsforschung trifft Politik“. Nun können Sie als Versorgungsforscher alsbald damit rechnen, um Zuge des Datentransparenzgesetzes endlich Zugang zu den Morbi-RSA-Daten zu bekommen. Allerdings: Qualitätsgeprüft sind die noch immer nicht. Was ist beispielsweise mit Fehlcodierungen im stationären und ambulanten Bereich?

Es ist nun mal so, dass die Daten, über die wir in der Regel sprechen, wenn es um Versorgungsforschung geht, meist sogenannte Sekundärdaten sind. Das heißt, es sind Daten, die nicht für den Zweck der Forschung erhoben worden sind, sondern vorwiegend für den der Abrechnung, teilweise auch für andere statistische Fragen. Darum ist

die Qualität in Bezug auf die Forschungsaussagekraft und -validität immer sehr unterschiedlich. Deshalb begrüßen wir zwar den Zugang zu dem Morbi-RSA-Datensätzen, weil in diesen Daten das Behandlungs- und Abrechnungsgeschehen im GKV-Bereich bundesweit abgebildet sind. Doch für andere Fragen wie z.B. die Berechnung von manchen Inzidenzen sind diese Daten nur eingeschränkt geeignet.

Warum ist das so?

Weil jede Konsultation, in der eine Diagnose aufkommt, dokumentiert wird. Darum liegt zum Beispiel die Inzidenz von Krebs in Morbi-RSA-Datensätzen immer rund 70 Prozent über der Inzidenz, die in epidemiologischen Krebsregistern gemessen wird. Das liegt daran, dass alle Verdachtsfälle, aber auch alle Ausschlusskonsultationen codiert werden, weil sie sonst gar nicht anders dargestellt werden können. Das heißt aber nichts anderes, als dass damit künstlich hohe Zahlen produziert werden. Doch das ist in erster Linie ein Problem der Daten-Interpretation. Umgekehrt ist es natürlich auch so, dass manche Diagnosen einfach nicht gestellt oder viel zu selten gestellt werden. Zum Beispiel liegt die Diagnose Demenz, wenn man Sekundärdaten heranzieht, sicherlich um 60 bis 70 Prozent unterhalb der tatsächlichen Prävalenz unter den Versicherten. Das heißt: Qualität ist hier relativ. Für die Abrechnung ist sie sicher gut genug, und auch die Plausibilität ist hoch. In den ersten Untersuchungen, die es dazu gibt, tauchen auch nur im Promillebereich Implausibilitäten auf. Doch man muss eben wissen, dass die Datenqualität für die jeweilige Forschungsfrage dennoch sehr begrenzt sein kann.

Was wäre denn zu tun?

Man darf diese Daten nicht als gegeben hinnehmen oder gar als epidemiologische Daten interpretieren. Aus genau diesem Grund brauchen wir mehr primäre Studien. Die Versorgungsforschung muss mehr analytische Forschung machen können, also Studien mit einer a priori formulierten Hypothese und dem dazu passenden Design, in denen sie selbst primäre Daten sammeln und mit diesen bspw. Sekundärdaten validieren kann. Die intelligente Verbindung von Primär- und Sekundärdaten in analytischen Studien ist die kommende Herausforderung speziell für unser Fach.

Es gibt doch noch lange nicht genug Primärdaten und/oder Primärstudien.

Das ist ja das große Problem in der Versorgungsforschung, die bisher in der Regel keine analytischen Studien machen kann, und schon gar keine Interventionsstudien. Darum fordern nicht nur die DFG, sondern auch viele Forscher, dass ein seriöses Fach wie die Versorgungsforschung unbedingt analytische Forschung machen muss. Damit meine ich hypothesengesteuerte Datenerhebung mit wissenschaftlichem Anspruch und mit passenden Instrumenten, die den Forschungszweck auch wirklich genau im Blick haben.

Ein frommer Wunsch.

Ein bisschen vielleicht. Aber das wird auf jeden Fall kommen. In der evidenzbasierten Medizin ist es ganz genauso gewesen. Wir müssen in der Lage sein, primäre analytische Studien mit a-priori-Designs und hohen wissenschaftlichen Standards durchzuführen.

Ist das reine Zukunftsmusik ?

Nein. Man kann durchaus seit mehreren Jahren eine Tendenz deutlich zunehmender Forschungsaktivitäten erkennen. So stammen beispielsweise auf den Jahrestagungen der deutschen Gesellschaft für Epidemiologie schon heute ungefähr 30 Prozent der Abstracts aus der Versorgungsforschung. Sehr viele davon sind sogar wirklich versorgungs-epidemiologische Studien.

Vielleicht täte der Versorgungsforschung ein wenig Pluralität gut.

Das ist ein weiterer Aspekt, der aus meiner Sicht sehr wichtig ist, der aber auch für die evidenzbasierte Medizin gilt. Es gibt nun einmal viele Fragen, die sich mit prospektiven randomisierten klinischen Versuchen nicht beantworten lassen. Und das gilt insbesondere in der Versorgungsforschung, die einerseits einen sehr viel stärker beobachtenden Aspekt hat, andererseits aber weniger intervenieren kann.

Wird da ein Ideal hochgehalten?

Teils, teils. Wir brauchen mehr analytische Versorgungsforschung, aber auch mehr randomisierte Studien, zum Beispiel bei Interventionen. Auch wenn es um die beste Organisationsform, den besseren Akteur oder die richtigere Art von Qualifikation geht, sind randomisierte prospektive Studien angesagt. Doch wenn man fragt, wie der Hausarzt besser mit seinen Patienten kommunizieren kann, ist sicherlich eine andere Studienform angemessener. Darum ist die Methodenpluralität künftig der Punkt, auf den es ankommt. Wir brauchen dringend primäre Daten, gewonnen aus Studien, die die jeweils passende, aber immer höchstmögliche Evidenzklasse anstreben, damit zuverlässige Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können. Denn darum geht es!

Es gibt Einschränkungen des nun durch das Datentransparenzgesetz zur Verfügung stehenden Datenstamms, aber auch enorme Vorteile. Welche?

Der Hauptvorteil ist der Durchbruch an sich. Noch vor drei oder vier Jahren hätten die meisten Forscher nicht zu hoffen gewagt, das so etwas nicht nur ins Gesetz geschrieben, sondern obendrein in eine operationale Form überführt wird, die in der Datentransparenzverordnung klar geregelt ist. Diese Entschlossenheit der Politik, die mehr Transparenz will, ist auch eine wichtige Botschaft an die Akteure. Das wird dem Versorgungssystem sehr gut tun, obwohl natürlich die Datentransparenzverordnung, insbesondere die Morbi-RSA-Daten, nicht die letzte Stufe sein dürfen.

Wo erhoffen Sie sich mehr?

Schauen wir erst mal, was wir haben - nämlich endlich kassenübergreifende Daten. Das ist ein echter Fortschritt, denn normalerweise gelingt es nie, eine bevölkerungsbezogene Sekundärdatenbasis zu schaffen. Sicherlich muss man noch ein wenig die private Krankenversicherung bearbeiten, weil deren Daten natürlich auch dazu gehören, aber bisher leider noch nicht zur Verfügung stehen, weil die PKV dazu derzeit nicht gesetzlich verpflichtet werden kann. Diese Lücke zu schließen, wäre uns schon ein Anliegen. Doch immerhin sind alle gesetzlichen Kassenarten vertreten und zudem mit einem identischen Variablensatz. Darüber hinaus wird eine prospektive Auswertung möglich sein. Zwar steht im Gesetz, dass das nur in Ausnahmefällen möglich sein wird, aber immerhin: Man kann mit diesen Daten Verläufe über die Zeit verfolgen. Genau hier gibt es derzeit die größte Unklarheit und Unsicherheit - wir wissen ein-

„Man darf diese Daten nicht als gegeben hinnehmen oder gar als epidemiologische Daten interpretieren. Aus genau diesem Grund brauchen wir mehr primäre Studien.“

fach nicht, was am Ende der Versorgung an Qualität herauskommt. Ebenso steht im Koalitionsvertrag, dass in Zukunft neben den Abrechnungsdaten auch epidemiologische Daten herangezogen werden sollen. Es ist zwar noch unklar, was damit genau gemeint ist, doch schätzungsweise sind damit Daten der Gesundheitsberichterstattung oder der epidemiologischen Krebsregister angedacht. Vielleicht bald auch die aus den Klinischen Krebsregistern, aus denen wir noch große Schätze heben werden können. Es wäre eine tolle Sache, wenn parallel mit dem flächendeckenden Ausbau gleichzeitig Strukturen geschaffen würden, mit deren Hilfe die Versorgungsforschung leichter an diese bevölkerungsbezogene Daten kommen könnte.

Was erhoffen Sie sich davon, wenn Versorgungsforschung immerhin nun schon zum zweiten Mal in einem Koalitionsvertrag erwähnt wird?

Für mich geht es darum, dass Versorgungsforschung überhaupt da drinsteht! Es ist eben schon der zweite Koalitionsvertrag, in dem Versorgungsforschung so prominent angesprochen wird. Damit wird eine allgemein wichtige Tendenz unterstützt, die zudem nicht umkehrbar ist; nämlich jene, dass die Gesundheitspolitik eine größere Transparenz und mehr Qualität im System erreichen will. Und zudem erkannt hat, dass das nur mit Versorgungsforschung geht. Denn die Politik braucht eine gute Forschung, um richtig steuern zu können. Das liegt letztendlich im Interesse von uns allen. Das ist in der evidenzbasierten Medizin so gewesen, das wird in einer datengestützten Versorgungsforschung auch so werden.

Haben Sie noch besondere Wünsche?

Wir haben im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung einen ganzen Wunschkatalog formuliert. Einige davon wären gesetzlich in Form einer Erweiterung der Datentransparenzverordnung relativ leicht umsetzbar, doch wird es wie so oft in der Vergangenheit bei jedem einzelnen Punkt Widerstand geben. Darum heißt es: Beherzt vorangehen! Dann hat sich auch hier der Widerstand in wenigen Jahren erledigt und alle sind dann froh, dass dann die Versorgung auf einer besseren Grundlage steht.

Wohin könnte denn die Reise gehen?

Leicht möglich wäre es beispielsweise, die Variablen zu ergänzen, die sowieso schon im Morbi-RSA-Datensatz enthalten sind, aber die noch nicht zur Verfügung stehen. Das wäre zum Beispiel der Einkommensindikator, das stationäre Aufnahmedatum, die Prozeduren in den Krankenhäusern und die Facharztkennezeichen. All diese Variablen sind derzeit noch ausgeschlossen, aber auch quartalsinterne Duplikate werden ausgeschlossen.

Das sollten Sie erklären.

Quartalsinterne Duplikate zeigen die Fälle auf, wenn ein Patient mehr als ein Mal im Quartal zum Arzt kommt. Dann wird der zweite Besuch gelöscht und nur ein Aufenthalt, also ein Kontakt pro Quartal übrig gelassen. Das ist für die Versorgungsforschung ganz schlecht, weil damit die Daten einer sehr interessanten Patientengruppe - eben jene, die sehr häufig zum Arzt gehen - verfälscht werden. Im Prinzip könnte das der Gesetzgeber durch Änderung der Verordnung ohne viel Aufwand korrigieren. Darüber hinaus gibt es aber auch noch viele weitere vorhandene Datenkörper, die man jetzt genauso gut auch über die DIMDI-Schnittstelle zur Verfügung stellen könnte. Und was man kann, sollte man auch tun.

Welche ergänzenden Daten haben Sie da im Sinn?



Dazu gehören Abrechnungsdaten der KVen, Daten der Sozialversicherung, Daten aus epidemiologischen und klinischen Krebsregisterdaten und andere mehr. Zum Beispiel auch solche aus der Reha, die bisher noch gar nicht berücksichtigt ist. Da sind wir in den Fachgesellschaften schon aktiv, um Überzeugungsarbeit zu leisten. Es scheint mir aber im Moment so zu sein, dass im Bundesministerium für Gesundheit so etwas wie eine Phase des Nachdenkens eingelegt worden ist - also werden wir noch ein bisschen mehr Lobbyarbeit machen müssen.

Noch nicht angesprochen haben Sie die im Koalitionsvertrag erwähnten Regionaldaten.

Die stehen, was ich mit großer Freude gesehen habe, im Koalitionsvertrag klar drin. Es sollen jetzt auch Regionalkennzeichen, also landkreiseigene Kennzeichen, zur Verfügung gestellt werden, was im Datentransparenzgesetz einfach vergessen wurde. Wir sehen als ein wichtiges Thema in der Versorgung eine extrem große Variabilität über die Regionen hinweg, die, zumindest nach dem Verständnis, das wir derzeit haben, schwer durch Unterschiede in der Morbidität erklärbar sein wird. Hier wird und muss es weitere Determinanten geben; und es ist wahrscheinlich, dass sich in einigen Fällen Über-, Unter- und Fehlversorgung hinter so großen regionalen Unterschieden verbirgt. Das kann man aber nur mit dem Regionalkennzeichen erforschen.

Das könnte insbesondere interessant für regionale Initiativen sein.

Ja, das stimmt schon. Aber natürlich ist dafür das Regionalkennzeichen wieder etwas zu grob. Denn es gibt wenig Initiativen, die zufällig auf einen Landkreis beschränkt sind. Damit sind diese Daten interessanter auf der Forschungsebene und jener des Managements von sektorenübergreifenden Modellen. Doch eigentlich reichen auch dafür die Daten nicht aus, da muss man meist selbst forschen. Aber das machen die ja auch.

Schweben Sie nun im Daten-Paradies?

Ein wenig schon. Es ist ja eines der großen Probleme in der Versorgung, dass bisher keine flächendeckende bevölkerungsbezogene Betrachtung möglich ist. Einfach alleine deshalb, weil es eben immer irgendwelche Ewig-Gestrigen oder unkooperative oder ängstliche Akteure gibt, die ihre Daten nicht zur Verfügung stellen wollen. Damit ist es jetzt vorbei.

Sie hatten jedoch Wünsche nach weiteren Daten geäußert, wie Ver-

sicherungszeiten, Todeszeitpunkt und Prozeduren im Krankenhaus. Was wird denn durch dieses Fehlen verhindert?

Es ist wie die Betrachtungsweise des halb vollen, beziehungsweise halb leeren Glases. Ich bin ein starker Anhänger der ersten, der positiven Sichtweise: Es sind Dinge passiert, die nicht erwartet worden sind und die Datengeheimhalter haben eine schwere Niederlage erlitten. Das ist das Positive. Das Negative ist, dass die Fragestellungen, die jetzt beantwortet werden können, immer noch relativ global sind. Weil es eben immer noch keine Möglichkeit gibt, analytische Forschung mit diesen Daten zu machen. Einfach, weil an jeder Ecke irgendwas doch noch fehlt. Wenn man jedoch die positive Brille aufzieht, muss man einfach sagen, dass wir jetzt endlich wenigstens große Effekte mit guter Qualität bevölkerungsbezogen, neuerdings sogar regional, betrachten können. Das ist schon enorm! Wir werden aufgrund von Morbi-RSA-Datenauswertungen eine Menge Hypothesen entwickeln können, wobei allerdings die Klärung dieser Hypothesen dann häufig von zu erhebenden primären Daten abhängig sein wird. Das heißt: Wir wissen endlich genauer, wo wir hinschauen müssen, brauchen jetzt aber noch mehr Daten. Damit aus der Versorgungsauswertung Versorgungsforschung wird.

Sie sagten eben, dass die Datengeheimhalter eine schwere Niederlage erlitten hätten.

Der Datenschutz war und ist häufig ein vorgeschobenes Argument. Wir reden bei den Krankenkassendaten doch über pseudonymisierte, in der Regel sogar über anonymisierte Daten, weshalb es hier überhaupt kein Problem für den Datenschutz gibt. Das Datenschutzproblem kommt immer erst dann auf, wenn mit den Daten eine Identifikation eines speziellen Patienten möglich wäre. Doch eine Identifikation ist in der Praxis gar nicht möglich. Das Thema Datenschutz hat sich in Deutschland ein wenig verselbstständigt, da es oft als Verhinderungsargument verwendet wurde. Die Datenschützer selbst sehen das häufig viel entspannter. Die haben bestimmte Anforderungen an die Verwendung von Sekundärdaten, die auch erfüllbar sind. Dafür gibt es gute Konzepte, zum Beispiel auch von der TMF, die gemeinsam mit den Landesdatenschutzbeauftragten entwickelt und abgestimmt worden sind. Insofern sind die Datenschutzprobleme gelöst. Niemand sollte deshalb für den Wunsch nach Intransparenz den Datenschutz in Haftung nehmen.

Wann erwarten Sie denn den ersten regulären Daten-Zugang via DIMDI?

Das ist eine nicht ganz leicht zu beantwortende Frage. Die Kollegen beim DIMDI sind aktiv dabei, aber waren für das, was sie da tun sollen, nicht gut ausgestattet. Dabei ist der erste Bericht schon 2015 fällig! Darum wird beim DIMDI derzeit intensiv gearbeitet. Wir haben den Kollegen dort Unterstützung seitens der Fachleute aus der Versorgungsforschung angeboten, die auch schon in Anspruch genommen wird. Man sollte nun darüber nachdenken, ob nicht ein wissenschaftlicher Beirat sinnvoll wäre, der mit entsprechenden Akteuren aus der Versorgungsforschung besetzt wird. Ziel wäre es, den Kollegen im DIMDI dabei zu helfen, die richtigen Prioritäten zu definieren und wirklich schnell effektiv zu werden. Das ist keine einfache Sache, denn die Daten sind nicht für den gewünschten Zweck aufbereitet. Auch wird es bestimmte Prozeduren für die Datenabgabe geben, und es muss

eine Treuhandstelle etabliert werden. Das Ganze ist auch eine echte IT-Herausforderung.

Doch alles in allem ist das Ganze in erster Linie eine echte Innovation.

Sicher. Doch vor der Innovation steht wie immer die Arbeit. Da gibt es noch viele Themen, die zwischen heute und den ersten Datenübergaben stehen, zum Beispiel Fragen der Daten-Aufbereitung, der Dokumentation der Zugriffe, der Berechtigung. Das sind alles Dinge, die zwar in der Verordnung stehen, aber eben nur als Zielformulierung, auf dem Weg dahin muss noch einiges geklärt werden.

Es wird immer Schwierigkeiten geben, mit denen man sich einfach auseinandersetzen muss. Doch gibt es auch Widerstände?

Natürlich gibt es die. Das sind man alleine schon daran, dass eben bisher nicht alle vorhandenen Variablen zur Verfügung gestellt werden. Nun könnte man mit etwas Fantasie überlegen, welchen Hintergrund die derzeitige Variablenauswahl wohl hat. Aber das ist jetzt eigentlich nebensächlich; wichtig ist, dass die Globalverhinderer eine schwerere Schlappe erlitten haben. Das haben die nicht erwartet, die in der Vergangenheit recht effektiv Widerstand geleistet haben.

Das waren jene, die Angst davor haben, dass sich durch gute Forschung, durch ein Mehr an Transparenz etwas ändert.

Diese gab es auf allen drei Bänken im G-BA. Dabei ist das ganze doch eigentlich lapidar: Das Geld bleibt ja im System, nur bekommt es vielleicht künftig jemand anders. Da aber niemand so recht, wusste, ob er auf der Verlierer- oder Gewinnerseite stehen wird, haben sicherheits halber alle auf der Bremse gestanden.

Das ist der ganz normale, zwar verständliche, wenn nicht patientenorientierte Kampf um die Verteilung endlicher Mittel.

Das kann zum Beispiel beim nationalen Krebsplan sehen, wobei eigentlich alle Akteure eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung wollen. Es geht eigentlich darum, wo Verbesserungspotenziale, wo Defizite im System liegen. Damit kommt alles auf den Tisch und das, was ansonsten noch Jahre gedauert hätte, geht auf einmal wesentlich schneller. Genau in dem Moment kommt die Sorge auf, dass bestimmte Bänke besonders viel Einbußen haben werden und die beginnen zu bremsen. Das muss man aushalten, die Geschichte wird so oder so weiterlaufen, der Zug ist auf der Schiene.

Wenn da nicht die Frage der Finanzierung wäre.

Das grundsätzliche Problem der Versorgungsforschung ist es ja, dass wir bisher zu wenig primäre Studien haben, die gezielt zur Untersuchung einer bestimmten Hypothese aufgelegt worden sind, für die die Datenerhebung aufgrund dieser Hypothese definiert worden ist, und die dann aktiv genau die nötigen Daten in der hohen Qualität erhebt, die für die belastbare Beantwortung der spezifischen Frage notwendig sind. Und dafür braucht man vor allem eines: Geld. Es gibt in der Versorgungsforschung bislang ganz erheblich zu wenig Förderung. In Deutschland bekommt man Förderung quasi für alles, was sozusagen im submikroskopischen Bereich ist. Man bekommt aber ganz wenig Förderung je größer der Forschungsgegenstand wird. Im Zweifel gilt der Lehrsatz: Für die Forschung am Menschen gibt es wenig Forschung,

für die am System fast gar keine. Das ist eine interessante Diskrepanz oder besser: Schiefelage.

Das Geld kommt eben vornehmlich aus dem Forschungs-, nicht aus dem Gesundheitsministerium.

Ja, das ist sicherlich ein Problem, das in der Vergangenheit existierte, weil es einen gewissen Wettbewerb zwischen beiden Ministerien gab, der sich nicht unbedingt auf die Erhöhung der Mittel ausgewirkt hat. Doch Versorgungsforschung wird vor allen Dingen vom Gesundheitssystem gebraucht und insofern ist es naheliegend zu fordern, dass Versorgungsforschung aus dem GKV-Volumen finanziert wird. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat gerade seine Forderung noch einmal bekräftigt, dass ein Promille des GKV-Volumens für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden soll. Das würde die Versorgungsforschung in Deutschland wirksam nach vorne bringen, die Strukturbildung unterstützen und eine Forschungskultur fördern, mit der man die notwendige primäre Forschung durchführen könnte. Das ist keine unbescheidene Forderung, zumal viele meiner Kollegen fest daran glauben, dass sich diese Investition in wenigen Jahren amortisieren wird. Davon gehe ich auch aus.

Sehen Sie diese Finanzierung nur als Aufgabe der Kassen?

Sie sprechen einen sehr wichtigen Punkt an, und zwar den, dass die Forschungsfrage nicht auf einem einzigen Sozialgesetz beruht. Denn der Mensch, um den es geht, macht nicht vor Sektorengrenzen halt, da geht es um Pflege, Reha, Rente, Arbeit und vieles mehr. Logisch wäre daher eine gemeinsame Finanzierung, was aber so rasch nicht durchsetzungsfähig sein wird. Dafür bin selbst ich nicht optimistisch genug. Darum brauchen wir erst einmal das nötige Geld für die Versorgungsforschung aus dem Gesundheitssystem im Bereich des SGB V und auch der privaten Krankenversicherung, die natürlich von den Ergebnissen mitprofitieren wird.

Die DFG und das BMBF haben die deutsche Versorgungsforschung lange Zeit eher skeptisch beäugt. Das hat sich geändert, weil erkannt worden ist, dass das Gesundheitswesen zu einem nicht unerheblichen Teil mit Patienten zu tun hat, was nun mal das Metier der Versorgungsforschung ist. Sind Sie denn sicher, dass wir uns schon auf dem Weg hin zu einem patientenorientierten Gesundheitssystem befinden?

Wir befinden uns auf dem Weg dahin. Die Patientenorientierung ist inzwischen als wichtiger Wert erkannt worden. Das war nicht immer so, lange Zeit wurden eher objektive technisch messbare Outcomes untersucht. Nicht im Vordergrund stand, welches Outcome der Patient

für sich in den Vordergrund stellt. Doch das hat sich verbessert. So spielt beispielsweise die Lebensqualität heute in der Medikamentenbewertung eine wichtige Rolle. Das kann man durchaus als einen weiteren Durchbruch bezeichnen. Ich denke, dass die Messung der Qualität einer Versorgung an patientenrelevanten Endpunkten ganz maßgeblich zur Patientenorientierung beitragen wird. Besonders vorbildlich sieht man das in der Onkologie, die sich in den letzten zehn Jahren von den Überlebenskurven weg entwickelt hat hin zu einer umfassenden Betrachtung – und Betreuung der Patienten. Die klinischen Krebsregister sind übrigens eine logische Konsequenz aus diesem geänderten Paradigma, denn jetzt wird wirklich auf Bevölkerungsebene sichtbar, bei wem welche onkologische Therapie wie in Bezug auf Outcomes wie Überleben, Rezidivfreiheit, Lebensqualität, Komplikationsrate und andere relevanten Punkte wirkt. Auf diese Weise entsteht durch Transparenz eben auch Patientenorientierung

Was sind die nächsten Schritte?

Die nächsten Schritte aus meiner Sicht sind die, dass wir medizinisch-klinische Ziele klarer definieren müssen. Das ist aber angesichts der Multimorbidität – der großen Herausforderung im Gesundheitssystem, bei der es nicht mehr nur um Kuration, sondern in der Regel um Management, um Symptomkontrolle, um Lebensqualität, Autonomie und gesellschaftliche Teilhabe geht – ein großes Ziel. Dafür muss man Prioritäten zusammen mit dem Patienten definieren. Die medizinische Qualität wird sich neu orientieren müssen – und zwar am Ausmaß des Erreichens des vorab mit dem Patienten definierten Ziels einer Versorgungsmaßnahme bspw. einer Therapie. Das ist Qualität im wirklichen patientenbezogenen Sinn. So weit sind wir noch lange nicht, denn wir reden immer noch über Leitlinien, die oftmals unzureichend für bestimmte Situationen sind, wir reden über quantifizierbare Endpunkte, die häufig relativ schlecht definiert sind. Und wir haben ganz, ganz wenig prospektiven Follow-Up jenseits der Entlassung aus dem Krankenhaus. Wenn man das alles macht, kann man plötzlich umsetzen, was Herr Kollege Raspe „Priorisierung im guten Sinn des Wortes“ nennt, also Entscheidungen nach relativer Wichtigkeit treffen – und auf ziellose Polypragmasie verzichten. Es geht künftig eben nicht mehr um maximale Lebensverlängerung oder die Optimierung irgendwelcher biochemischen Parameter. Es geht um das, was der subjektiven Lebenssituation des Patienten und seinem persönlichen Wünschen angemessen ist.

Herr Professor Hoffmann, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Fragenvorbereitung und Interviewbearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

EBEN ERSCHIENEN ALS eBook/PDF: Telematik zur Patienten-Selbststeuerung

T. Wolf | K. Meyer-Lutterloh | P. Stegmaier

ISBN 978-3-9814519-3-1, PDF, 50 Seiten, 9.99 Euro

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).
Ganz einfach zum Download über load.doccheck.com oder bestellen Sie direkt beim
Verlag: eRelation AG - Content in Health
Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 info@erelation.org

T. Wolf
K. Meyer-Lutterloh
P. Stegmaier

VERSORGUNGS-
FORSCHUNG

Schriftreihe Monitor Versorgungsforschung

Telematik zur
Patienten-
Selbststeuerung
Wie Patienten bei der
Krankheitsbewältigung
unterstützt werden können

INSIGHT Health zur Entwicklung des generischen Wettbewerbs

Steigende Marktkonzentration? Ja ... und nein

Rabattverträge sollen zur Kostensenkung bei der Arzneimittelversorgung der GKV-Versicherten und so zur Entlastung des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems in Deutschland beitragen. Dabei steht immer wieder zur Diskussion, inwieweit Rabattverträge einen Einfluss auf die Marktkonzentration haben. In einer von INSIGHT Health durchgeführten Analyse zeigen sich je nach Betrachtungsweise des Wirkstoffmarktes unterschiedliche Marktkonzentrationen im zeitlichen Verlauf. Ob diese Differenzen vornehmlich auf Rabattverträge zurückzuführen sind, lässt sich nicht abschließend beantworten. Bei den untersuchten generischen Wirkstoffmärkten ist eindeutig ein Anstieg der Marktkonzentration seit Einführung der Rabattverträge festzustellen.

>> Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz können Krankenkassen seit dem 1. April 2007 die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten im rezeptpflichtigen Generikamarkt über Rabattverträge steuern. Grundlage für die vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen ist der § 130a Abs. 8 SGB V. Dabei kommt es kontinuierlich zu Anpassungen der bestehenden Regelungen, denn nicht zuletzt ist die adäquate Arzneimittelversorgung der 69,9 Mio. GKV-Versicherten von einer reibungslosen Umsetzung der Rabattverträge abhängig.

Auf Seiten der Kassen und pharmazeutischen Unternehmer führte die 2012 vom Gesetzgeber beschlossene 16. AMG-Novelle zu wesentlichen Neuerungen. Damit müssen alle Rabattverträge ab Mai 2013 öffentlich ausgeschrieben und bestehende Portfolioverträge beendet werden. Da für zahlreiche Wirkstoffe neue Rabattpartner gefunden werden müssen, stieg die Anzahl an Ausschreibungen von 28 im Jahr 2012 auf insgesamt 63 im Folgejahr (Quelle: Tender Datenbank, INSIGHT Health).

Rabattverträge vs Wettbewerb?

2013 wurden erstmals sogenannte Open-House-Verträge von mehreren Kassen veröffentlicht, die eine diskriminierungsfreie Zugangsmöglichkeit für alle Pharmaunternehmen gewährleisten und einer möglichen Oligopolisierung des Rabattmarktes entgegenwirken sollen. Somit entsprach die Anzahl nicht exklusiver nahezu der Anzahl exklusiver Ausschreibungen (Quelle: Tender Datenbank, INSIGHT Health). Mit der neuartigen Vertragsform wird beispielsweise auch dem oftmals geäußerten Kritikpunkt Rechnung getragen, dass Rabattverträge, die sich über den Patentablauf hinaus erstrecken („Bridging-Verträge“), den freien Wettbewerb behindern.

In der noch relativ jungen Vergangenheit der Rabattverträge gab es immer wieder Diskussionen darüber, ob durch die Vergabe von (insbesondere exklusiven) Rabattverträgen die Marktkonzentration im Arzneimittelmarkt weiter

forciert wird. So kommt das im Auftrag von Pro Generika erstellte Gutachten des IGES Instituts vom 18. Oktober 2011 „Generika in Deutschland: Wettbewerb fördern – Wirtschaftlichkeit stärken“ zu dem Schluss, dass im Zeitraum 2005 bis 2010 Rabattverträge insgesamt die Marktkonzentration und hierüber die Wettbewerbsintensität kaum beeinflussen. 2012 berichtet das IGES Institut allerdings - ebenso im Auftrag von Pro Generika - auf Basis der Daten 2008 bis 2011 von einer zunehmenden Marktkonzentration durch Rabattverträge in den generischen Wirkstoffmärkten: 96 Prozent der untersuchten Wirkstoffmärkte wiesen laut IGES Institut 2011 eine hohe Marktkonzentration auf. Für das Jahr 2008 ergab sich lediglich bei knapp der Hälfte der untersuchten Wirkstoffe eine hohe Konzentrationsrate.

Fakt ist: Die Wahrscheinlichkeit für einen funktionierenden Wettbewerb und den damit verbundenen Qualitätssteigerungen sowie Preissenkungen steigt mit zunehmender Anbietervielfalt. Eine zu starke Konzentration der Anbieterseite wird deshalb im Allgemeinen kritisch betrachtet. Dies bedeutet: Nur wenn sich die Marktanteile hinreichend zwischen den unterschiedlichen Anbietern im generischen Rabattvertragsmarkt verteilen, kann davon ausgegangen werden, dass oligopolistische oder gar monopolistische Effekte auf die Versorgung und den Preis ausgeschlossen werden können.

INSIGHT Health hat aktuell eine unabhängige Analyse zur Marktkonzentration im rabattvertragsgeregelten generikafähigen Markt umgesetzt. Datengrundlage hierfür bildet die NVI-KT-Datenbank, in der im Rahmen einer Quasi-Vollerhebung die monatlich über Apothekenrechenzentren erfassten ambulanten Abrechnungsdaten dargestellt werden.

Für die Analyse wurde der rabattgeregelter generikafähiger Markt über ein 5-Jahres-Intervall anhand der jeweiligen Werte des Datenmonats November betrachtet. Der Zeitraum erstreckt sich damit über die Jahre 2009 bis heute, wodurch sich sowohl mittelfristige Entwicklungen als auch kurzfristige Trends zu möglichen 2013er Effekten darstellen lassen.

Die Basis der Analyse bilden ambulante Abrechnungsdaten aller generikafähigen Wirkstoffe (Generika und dazugehörige „Altoriginale“ gemäß Marktdefinition von INSIGHT Health). Es handelt sich dabei um ein Marktvolumen von rund 550 Mio. Packungen p.a. (Stand: MAT 11/2013), was Ausgaben von rund 7,2 Mrd. Euro bewertet zu Abgabepreisen des pharmazeutischen Unternehmers (ApU) resp. 14,6 Mrd. Euro bewertet zu Apothekenverkaufspreisen (AVP) entspricht. Biosimilars bleiben dabei unberücksichtigt.

Es wird explizit nicht eine Herstellerperspektive eingenommen, sondern der Konzernsicht gefolgt. Die Marktkonzentration wird für diese Analyse operationalisiert als Marktanteil (gemessen in Umsatz zu Listenpreisen ApU) der Top 3-, Top 5- und Top 10-Konzerne im deutschen Generikamarkt. Zudem kommt der sog. Herfindahl-Hirschman-Index (synonym: Herfindahl-Index, HHI) zur Bestimmung der Konzentrationsrate zum Einsatz. Der Herfindahl-Index errechnet sich aus der Summe der quadrierten Marktanteile der einzelnen Anbieter und gilt als etablierter Maßstab für die Marktkonzentration, da er neben der Anzahl der Anbieter auch die Verteilung des Umsatzes berücksichtigt. Ein höherer Indexwert signalisiert eine stärkere Marktkonzentration resp. große Marktanteile einiger weniger Anbieter.

Der Maximalwert des Herfindahl-Index liegt bei 10.000 für einen Monopolisten, was einem Marktteilnehmer mit 100 Prozent Marktanteil entspricht. Ein starker Wettbewerb liegt bei einem HHI unter 100 vor, keine Marktkonzentration bei einem Wert unter 1.000, eine moderate Konzentration unter 1.800 und eine hohe Konzentration bei einem HHI über 1.800 (vgl. IGES 2012).

Marktkonzentration rückläufig

Wie sich zeigt, entfallen auf die Top-Konzerne im zeitlichen Verlauf kontinuierlich weniger Marktanteile gemessen in Umsatz zu Herstellerabgabepreisen (vgl. Abb. 1). Während auf die Top 3-Konzerne im November 2009 noch rund

40 Prozent des Umsatzes entfielen, waren es 2013 nur noch 32 Prozent. Bei Betrachtung der Top 5- bzw. Top 10-Konzerne ergibt sich ein ähnliches Bild: Der Anteil der Top 5-Konzerne ist von 49 Prozent auf 42 Prozent gesunken. Die Top 10 vereinten im November 2013 55 Prozent Marktanteil, vier Jahre zuvor waren es noch 6 Prozent mehr. Im November 2013 teilten sich 50 „Konzerne“ (auch Mittelständler) 90 Prozent des Marktes. 137 Unternehmen(sverbände) haben einen Gesamtanteil von über 99 Prozent.

Zur Bestimmung des Herfindahl-Index wurden zu allen Unternehmensverbänden die Umsätze im jeweiligen Monat erfasst. Im November 2013 waren dies 400 in Deutschland tätige Konzerne.

Die Berechnung des Herfindahl-Index ergibt Folgendes: Der Index fällt im Untersuchungszeitraum von 746 im November 2009 auf 490 im November 2013. Die Werte liegen damit durchgängig in einem Bereich, in dem von keiner Marktkonzentration gesprochen werden kann. Es ist zudem ein Rückgang der gemessenen Konzentration zu konstatieren.

Fokus Wirkstoffmärkte: Marktkonzentration steigt

Um zu untersuchen, wie sich die Marktkonzentration in den relevanten generischen rabattvertragsgeregelten Wirkstoffmärkten verhält, wurde in einer weiteren Analyse auf die 15 aktuell nach Umsatz relevantesten Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen des generikafähigen rabattgeregelten Marktes fokussiert.

Die Top 15 generischen Wirkstoffe sind anhand der ambulanten Abrechnungsdaten des Monats November 2013 nach Umsatz (ApU) definiert. Als weitere Einschlusskriterien wurde eine aktuelle Rabattquote von mehr als 50 Prozent und eine über die Untersuchungszeitpunkte konstant über 80 Prozent liegende Generikaquote definiert. Damit fließen u.a. versorgungsrelevante Wirkstoffe wie Pantoprazol, Simvastatin oder auch Omeprazol in die Analyse ein. Für diese 15 Wirkstoffe wird die Entwicklung der Marktanteile (nach Umsatz ApU, ab 2010 auch Tagestherapiedosen) der jeweiligen Top 3-Konzerne verfolgt.

Wie die Ergebnisse dieser Analyse zeigen, kommt es im Mittel zu einem kontinuierlichen Anstieg der kumulierten Marktanteile der jeweiligen Top 3-Konzerne in den definierten 15 Wirkstoffmärkten. Bei Auswahl der Top 3-Konzerne für die zuvor definierten Top 15-Wirkstoffe ergibt sich für November 2009 ein mittlerer Marktanteil (nach Umsatz ApU) von 76 Prozent, der im November 2013 auf 84 Prozent ansteigt. Gemessen in Tagestherapiedosen ergibt sich ein ähnliches Bild (vgl. Abb. 2). Im Detail kommt es bei zwei Drittel der untersuchten 15 Wirkstoffe zu einer Zunahme der Marktkonzentration, in einem Fünftel ist eine Konstanz der Marktanteile festzustellen und in zwei Fällen hat die Marktkonzentration abgenommen.

Zudem wurde der Herfindahl-Index je Wirkstoffmarkt errechnet. Datenbasis zur Bestimmung des Index sind die Umsatzzahlen für die Untersuchungsmonate November 2010 bis 2013. In allen untersuchten 15 Wirkstoffmärkten

konnte eine starke Marktkonzentration respektive ein HHI größer als 1.800 nachgewiesen werden. Im Zeitverlauf ist zudem erkennbar, dass es zu einem Anstieg der durchschnittlichen Marktkonzentration kommt, von 3.084 im November 2010 auf 3.679 im November 2013.

Fazit

In der vorgestellten Analyse des Generikamarktes kann eine abflachende Marktkonzentration festgestellt werden. Die Marktanteile der Top-Konzerne gehen im Zeitverlauf bei Einnahme der wirkstoffübergreifenden Perspektive zurück.

Wechselt man den Fokus auf die zentralen generischen Wirkstoffmärkte mit Rabattvertragswettbewerb, so zeigen sich Effekte einer hohen Marktkonzentration. In allen 15 untersuchten Wirkstoffmärkten lag der Herfindahl-Index oberhalb von 1.800. Im Zeitverlauf ist zudem ein Anstieg der Marktkonzentration in zwei Drittel der untersuchten Wirkstoffmärkte festzustellen.

Ob und inwieweit der hohen Marktkonzentration im generischen Rabattmarkt kausale Effekte ausgehend von Rabattverträgen zu Grunde liegen, kann auf Basis der vorgestellten Analysen nicht abschließend geklärt werden. Es lässt sich dennoch folgern, dass in der Mehrzahl der für die Versorgung breiter Teile der Bevölkerung wichtigen Wirkstoffmärkte die „kleineren“ Anbieter an Marktanteilen verlieren. Die aktuell 132 deutschen gesetzlichen Krankenkassen verpflichten sich somit bei der medikamentösen Behandlung wesentlicher Volkskrankheiten immer stärker einigen wenigen, meist global tätigen Pharmakonzernen mit zunehmender Abhängigkeit.

Inwieweit die im Jahr 2013 umgesetzten regulatorischen Maßnahmen wie die Open-House-Verträge den Wettbewerb im Rabattmarkt positiv beeinflussen, lässt sich noch nicht abschließend beurteilen. Augenscheinlich ergeben sich keine direkten kurzfristigen Einflüsse auf die gemessenen Marktkonzentrationen. Letztlich muss diese Fragestellung mit spezifischem Fokus auf solche Verträge noch genauer untersucht werden. Dies gilt auch für den Zusammenhang zwischen Marktkonzentration und Versorgungsqualität resp. -sicherheit, der im Kontext der Rabattverträge regelmäßig kontrovers diskutiert wird. <<

Autoren/Kontakt:

Christian Bensing/Kathrin Pieloth/
Christian Friedrich/André Kleinfeld*

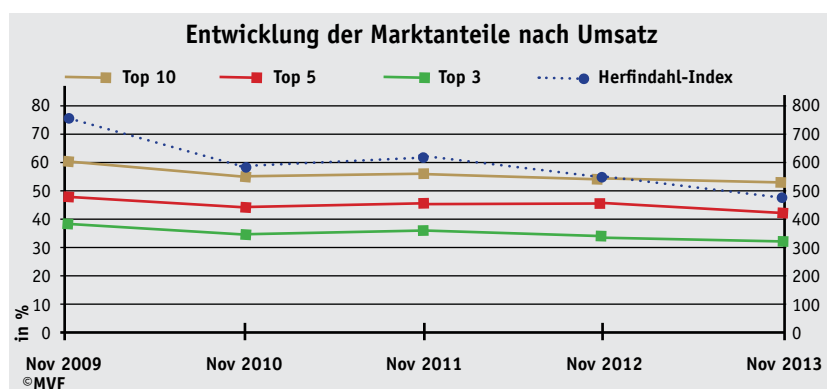


Abb. 1: Entwicklung der Marktanteile nach Umsatz (ApU) der Top 3-, Top 5- und Top 10-Konzerne sowie des Herfindahl-Index, November 2009 bis November 2013; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

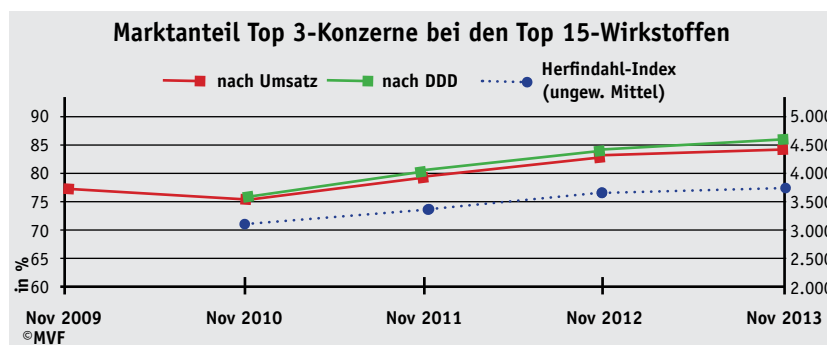


Abb. 2: Entwicklung der Marktanteile nach Umsatz (ApU) und definierten Tages-therapiedosen (DDD) sowie Herfindahl-Index der Top 15 generischen Wirkstoffe, November 2009/2010 bis November 2013; Quellen: NVI-KT und regioMA (INSIGHT Health).



MVF-Kongress „Innovation 2014“ am 24. Februar in Berlin in Kooperation mit dem BBK Dachverband und arvato

Wege aus dem Innovationsstillstand

Knapp 40 Jahre Gesundheitsreformen liegen hinter uns. Wobei die vergangenen Regierungen sich vor allem bemüht haben, die Kostenentwicklung in Grenzen zu halten, und sich vorzugsweise auf den Arzneimittelsektor, einen relativ leicht regelbaren Bereich, fokussiert haben. Vielleicht deshalb brauchen unsere Versorgungsstrukturen dringend Innovationen, deren Sinn sich nicht im Regulieren erschöpft, sondern im Steuern. „Wer gute Versorgung will, muss wissen, wo die Defizite im System liegen und welche Maßnahmen zur Verbesserung Erfolg versprechen“ wird Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (IFOM-Institut) auf dem MVF-Kongress „Innovation 2014 – Wege aus dem Innovationsstillstand – Konzepte - Evaluation - Best-Practices“ sagen, der nicht nur den Status nach knapp 40 Jahren Gesundheitsreformen beschreiben, sondern Lösungsansätze mit all ihren Chancen und Schwierigkeiten aufzeigen wird, wie die Gesundheitsversorgung in Deutschland wieder neue Impulse bekommen, die Innovationskultur vorangebracht und der (gefühlte oder auch tatsächliche?) Innovationsstau aufgelöst werden kann.

>> „Das deutsche Gesundheitswesen wird vielfach als zäh oder gar resistent gegen Veränderungen angesehen, wodurch ein ständiger Innovationsstau hervorgerufen würde“ erklärt Prof. Dr. Bertram Häussler, Geschäftsführer des IGES-Instituts und weist dabei auf auf einzelne Projekte wie die „Elektronische Gesundheitskarte“ oder die „Integrierte Versorgung“ hin. Dennoch würden sich nach seinen Worten alle Beteiligten über das Ausmaß an Veränderungen wundern, wenn sie in einer Zeitreise 20 oder 30 Jahre in die Vergangenheit versetzt würden. Seine These, die er auf dem MVF-Kongress „Innovation 2014“ vertreten wird: „Das Gesundheitswesen verändert sich stärker als es im Alltag erscheint.“ Zahlreiche „Zähigkeiten“ würden sich dadurch erklären, dass die „gute Idee“, die einem Reformvorschlag zugrunde liege, oft gar nicht so gut ist, wobei aber gelte: „Medizin und Technologie sind die stärksten Treiber für Veränderungen überhaupt“

Doch genau diese Beiden stehen seit jeher im Fokus aller Reformbemühungen, doch nicht im positiv-fördernden, sondern immer im regulatorischen Sinne. So habe auch das AMNOG bisher keine „verlässlichen Rahmenbedingungen für Innovation“ sicherstellen können, wie Prof. Dr. W. Dieter Paar, Leiter der Medizinischen Abteilung von Sanofi-Aventis berichten wird, weshalb Dr. André Kleinfeld, Leiter Versorgungsanalysen & Market Access von INSIGHT Health, die tatsächliche Marktdurchdringung der neuen Wirkstoffe in den ersten Jahren nach Markteintritt thematisieren wird, die oft weit von dem entfernt liegt, was Politiker vielleicht befürchten.

Mit ein Grund dafür ist der Fakt, dass In-

novation im Arzneimittelsektor (selbst wenn sie eine ist) meist als Mehrausgabe, nicht als Investition gesehen wird. Das versteht Prof. Dr. med. Wolfgang Greiner, Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld, sehr gut. Die Entwicklung der vergangenen Jahre und Trendberechnungen für die Zukunft zeige, dass Innovationen einer der Hauptkostentreiber des Gesundheitswesens seien. Auch werde erwartet, dass auch zukünftig die Innovationskomponente den Einfluss des demographischen Wandels auf die Aufgabenentwicklung der Krankenversicherungen übersteigen wird. Greiner warnt indes. „Dies muss nicht negativ sein, soweit eine entsprechende Verschiebung der gesamtwirtschaftlichen Allokation den gesellschaftlichen Präferenzen entspricht und neben den Kosten auch die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt steigt.“

Mit der Nennung des Begriffs Wohlfahrt bringt Greiner die Dimension ins Spiel, um die sich in der Gesundheitsversorgung doch eigentlich drehen sollte. Doch weit gefehlt, wie Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert im Programm „Versorgung verbessern - Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung, sagt: „Die Tatsache, dass in Deutschland seit Jahrzehnten zum Teil erhebliche, durch die Morbidität der Bevölkerung nicht erklärbare regionale Unterschiede in der Versorgung festzustellen sind, legt den Schluss nahe, dass es mit den Innovationsfähigkeit unseres System nicht weit her ist.“ Auch im Spiegel der Erwartungen von Bürgerinnen und Bürgern erscheine das Gesundheitswesen als Reformbaustelle mit der Tendenz sogar zur Verschlechterung der Versorgungsqualität. Und weiter: „Ein Gesundheitssystem, das weiterhin

durch die Gleichzeitigkeit von Unter-, Über- und Fehlversorgung gekennzeichnet ist, befindet sich permanent in dem Dilemma, dass eine Innovation der anderen die Luft zum Atmen nimmt.“

Doch welche Innovation ist weirklich eine Innovation? Diese Frage kann nur die Versorgungsforschung beantworten, wenn sie denn mit genügend Budget ausgestattet ist. „Neutrale Langzeiterfassungen z.B. des gesamten, sektorübergreifenden Behandlungsgeschehens bilden die Grundlage für eine interessenunabhängige Bewertung des langfristigen Nutzens von Arzneimitteln, Medizinprodukten und komplexen Versorgungsinterventionen“ wird sich Neugebauer für eine konsequente Politikfolgenforschung stark machen. Denn nur Versorgungsforschung liefere wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik, den Arzt und den Patienten. Denn bei jeder Allokationsentscheidung gehe es darum, politisch zu entscheiden, welche Behandlungs- und Präventivmethoden bzw. welche Inhalte der Versorgung als Versicherungsleistungen zur Verfügung gestellt, welche Bedarfe eingeplant und welche Investitionen unter Wahrung der Versorgungsgerechtigkeit getätigt werden. Neugebauer: „Versorgungsforschung kann hier als Navigationshilfe für Systemsteuerung und -innovation mithelfen, dass die Gesundheitspolitik weniger als in der Vergangenheit auf Sicht fahren muss“, wobei er hier aus dem Nationalen Aktionsplan zitiert, den das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung - deren Vorsitzender er ist - und die BertelsmannStiftung, in deren Berlin-Repräsentanz - dem Kommandantenhaus „Unter den Linden 1“ (Bild) - der Kongress stattfinden wird, kürzlich veröffentlicht haben. <<

FACHKONGRESS

24. Februar 2014
09:30 bis 17:30 Uhr
Bertelsmann Repräsentanz
Unter den Linden 1 10117 Berlin

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

in Kooperation mit:
BKK Dachverband
arvato
BERTELSMANN

Innovation 2014

Wege aus dem Innovationsstillstand

Konzepte **Evaluation Best-Practices**

Programm und Referenten

Vormittag

von	bis	Thema	Referent	Portrait
09:30	10:00	Check-in	eRelation AG	
10:00	10:10	Begrüßung	Prof. Dr. Roski, MVF Dr. Härtel, arvato	
10:10	10:30	Was behindert Versorgungsinnovationen? - Wie können Kassen und andere Akteure innovativer sein?	Franz Knieps, BKK Dachverband e.V.	
10:30	10:50	Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Die Sicht der Patienten	Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung	
10:50	11:10	30 Jahre Gesundheitsökonomie: Innovationsstau im Gesundheitswesen?	Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut	
11:10	11:30	Gesundheitsökonomische Analysen zur Abgrenzung von Innovation und Fortschritt	Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld	
11:30	11:50	Versorgungsforschung: Von der Politikfolgen- zur Politikentscheidungsforschung	Prof. Dr. Neugebauer, IFOM, Köln	
11:50	12:20	Fragen/Diskussion: Wege aus dem Innovationsstau	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes	
12:20	13:20	Mittagspause		

Nachmittag

von	bis	Thema	Referent	Portrait
Arzneimittel: Wirkungen des AMNOG				
13:20	13:40	Durchsetzung innovativer Wirkstoffe nach der frühen Nutzenbewertung	Dr. André Kleinfeld, INSIGHT Health	
13:40	14:00	Frühe Nutzenbewertung – Nutzen und Innovation für die Kassen?	Tim Steimle, Techniker Krankenkasse	
14:00	14:20	AMNOG: Hindernis und/oder Beschleuniger für Innovationen?	Professor Dr. W. Dieter Paar, Sanofi-Aventis	
14:20	14:50	Fragen/Diskussion	Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF	
15:10	15:30	Kaffeepause		
Versorgungsinnovationen: Schwierigkeiten und Chancen				
15:30	15:50	Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung	Antje Domscheit, Bundesversicherungsamt	
15:50	16:10	Innovative Versorgungskonzepte bei den Volkskrankheiten	Prof. Dr. Volker Ame lung, BMC	
16:10	16:30	Innovatives Versorgungsmanagement: Schwierigkeiten und Chancen der Umsetzung	Dr. Jens Härtel, arvato Healthcare	
16:30	16:50	Stratifizierte Medizin: Schwierigkeiten und Chancen in der Versorgung	Prof. Dr. Theo Dinger mann, Univ. Frankfurt	
16:50	17:20	Podiumsdiskussion: Wege aus dem Innovationsstillstand	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes	
17:20	17:30	Resümee und Verabschiedung	Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF	
17:30	21:00	Abend-Talk mit Catering		

Anmeldung noch möglich:

per Fax an: 0228 76 38 280-1
per Mail an: kongress@m-vf.de

Interview mit Prof. Axel Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg

„Patientenbeteiligung braucht systematische Ansätze“

Mit einer internationalen Erhebung will Prof. Dr. Axel Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg, IGM Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement sowie Mitgründer der Gesellschaft für empirische Beratung mbH) und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats von „Monitor Versorgungsforschung“) mehr Licht ins Dunkel der Patientenbeteiligung bringen. Er schrieb Anfang November letzten Jahres 126 internationale Organisationen/Institutionen an, um nähere Informationen über die Patienten- und Bürgerbeteiligung in den Ländern zu erhalten, doch nur 17 der kontaktierten Organisationen antworteten auf seine Fragen. Doch immerhin, es zeigt sich ein Trend: Patientenpräferenzen sind ein großes Thema, wenn auch die Art der Beteiligung sehr unterschiedlich ist.

>> Sehr geehrter Herr Prof. Mühlbacher, Sie haben mit Ihren Mitarbeitern in den letzten zehn Jahren in den unterschiedlichsten Therapiegebieten Studien zu Patientenpräferenzen publiziert. Darüber hinaus engagieren Sie sich international bei der Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente zur Nutzenbewertung und Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Warum interessieren Sie sich für Patientenpräferenzen? Warum sollten sich die Verantwortlichen im Gesundheitswesen für Ihr Forschungsgebiet interessieren?

Ökonomie darf nicht nur die Kosten im Blick haben. Effizienz beschreibt das Verhältnis von Ressourceneinsatz zum Nutzen aus einer Gesundheitsleistung. Damit ist ein wesentlicher Baustein einer effizienten Gesundheitsversorgung das Wissen um den Patientennutzen. Die Berücksichtigung der Ausgaben oder Kosten ist wichtig, macht aber nur dann Sinn, wenn man weiß, wie die Wohlfahrt der Bevölkerung oder der individuelle Patientennutzen durch eine Gesundheitstechnologie gesteigert wird.

Damit rücken Sie den Patienten in den Mittelpunkt, was bislang doch oft nicht mehr als ein Lippenbekenntnis ist.

Sie haben Recht, ich bin nicht der Erste, der die Wichtigkeit der Patientenbeteiligung betont. Trotzdem sehe ich nicht, dass wir die Interessen der Patienten systematisch berücksichtigen. Bei der konkreten Entscheidung über den Einsatz von Therapien, Technologien oder sonstigen Gesundheitsleistungen gibt es nur sehr begrenzte Ansätze der Partizipation von Bürgern, Patienten und Versicherten. Die Entscheidungsträger in den Krankenkassen oder in der Selbstverwaltung müssen entscheiden, ohne dass ausreichend Evidenz über die Prioritäten der betroffenen Bürger vorliegt.

Ist das nicht ein Wunschbild?

Eher eine Vision. Es stimmt ja, dass die Interessen der Patienten und Versicherten bisher nicht systematisch eingebunden werden. Und das obwohl seit der Alma Ata-Erklärung von 1978 für die Entscheidungsträger die Pflicht besteht, das Volk bei „der Planung und Umsetzung von Gesundheitssystemen zu berücksichtigen“.

Alle Macht dem Patienten?

Patienten oder Versicherte können nicht alleine über den Konsum von Gesundheitstechnologien oder Gesundheitsleistungen entscheiden. Der Grund für die mangelhafte Entscheidungskompetenz liegt in den Informationsasymmetrien zwischen Patienten und Experten begründet. Es ist zudem so, dass Patienten schlichtweg große Probleme haben, rationale Entscheidungen zu treffen. Aus diesem Grund wird seit jeher die Entscheidungskompetenz an Experten, also Ärzte, Vertreter der Kostenträger oder Institutionen der Selbstverwaltung delegiert.

Man sollte sich fragen, unter welchen Bedingungen diese Delegation der Entscheidungsrechte stattfindet, da ist doch wenig von gleicher Augenhöhe zu spüren.

Richtig, von gleicher Augenhöhe kann aufgrund der Informationsasymmetrien kaum ausgegangen werden. Deshalb ist es umso wichtiger, dass der betroffene Bürger davon ausgehen kann, dass seine Prioritäten berücksichtigt werden. Die Entscheidungsträger stehen damit in der Pflicht die Patientenpräferenzen zu berücksichtigen. Diesem Anspruch kann die Selbstverwaltung nur dann gerecht werden, wenn es ihr gelingt, eine hinreichende Evidenzlage zu schaffen und diese dann systematisch im Entscheidungsprozess berücksichtigt wird. Die Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen müssten dafür Sorge tragen, dass die Entscheidungen mit den Prioritäten der Versicherten und Patienten übereinstimmen. Ohne die Partizipation der Betroffenen, d.h. die Berücksichtigung der Präferenzen, ist eine effiziente Planung und Umsetzung von Gesundheitssystemen unmöglich. Eine Maximierung des Patientennutzens ist damit nichts als reine Rhetorik – auch 36 Jahre nach der Alma Ata Deklaration.

Sie sagen, dass es schlichtweg die Pflicht der Entscheider ist, sich am Patientennutzen zu orientieren. Dabei gibt es doch verschiedene Dimensionen.

Es gibt unterschiedliche Formen der Partizipation von Patienten oder Versicherten. Die einfachste Form der Partizipation beginnt bei der „Information und Kommunikation“. Dazu müssen die mit der Entscheidung beauftragten Institutionen ausreichend Informationen für die Öffentlichkeit bereitstellen. In dieser Transparenz sehe ich einen ersten Schritt; es ist aber klar, dass die Prioritäten der Betroffenen nicht systematisch in den Prozessen der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können, da diese Informationen nicht vorliegen und nicht erfasst werden. Dies kann erst in einem zweiten Schritt umgesetzt werden, der „Beratung und Konsultation“ genannt wird. Hier werden Informationen aus der Öffentlichkeit für die Entscheidungsträger bereitgestellt. Es gibt hier unterschiedliche Möglichkeiten, die betroffenen Personen und Personengruppen über ihre Werte, Perspektiven, Bedürfnisse oder Vorlieben zu verschiedenen Angeboten und Dienstleistungen zu befragen.

Was kommt danach?

Das, was wir bisher noch nicht haben: In letzter Instanz sollten die Versicherten oder Patienten direkt an der Entscheidung beteiligt werden. Bei der „Beteiligung“ steht die Verhandlung bzw. der Dialog zwischen Öffentlichkeit und HTA-Institution, mit der Möglichkeit der Meinungsänderung, im Mittelpunkt. Die Zusammenarbeit kann in den Prozessen

zur Bewertung von Gesundheitstechnologien erfolgen und umfasst die partnerschaftliche Mitarbeit oder die Kontrolle über die Entscheidungsprozesse. Die direkte Beteiligung oder sogar Kontrolle durch die Patientenseite ist international allerdings kaum zu beobachten.

Wohin geht denn der Trend?

Der Trend geht sicherlich hin zu Beratung und Konsultation durch die betroffenen Personengruppen. Dabei ist es sowohl möglich, einzelne Personen anzuhören, als auch mit größeren Personengruppen ein bestimmtes Entscheidungsproblem zu diskutieren oder systematisch die Prioritäten in Bezug auf konkrete Entscheidungstatbestände empirisch zu erheben. Es zeigt sich, dass wir eine breite Palette von Möglichkeiten zur Partizipation haben. Wir haben Bürger, Versicherte oder Patienten an den entscheidenden Stellen – doch oft ohne direkte Möglichkeiten auf die Entscheidung Einfluss zu nehmen.

Sie sprechen Patientenvertreter oder auch Bürgerkomitee an?

Die Patientenvertreter sind eine Spielart, wobei ich betonen möchte, dass dieses oft unentgeltliche Engagement sehr wichtig für unser Gesundheitssystem ist. Die handelnden Personen setzen sich in den meisten Fällen mit einer hohen Motivation für Kranke und Bedürftige ein. Trotzdem stellt sich die Frage, mit welcher Evidenz die Patientenbelange bei den wichtigen Entscheidungen auf der Ebene der Selbstverwaltung oder in der Gesundheitspolitik vertreten werden. Ich denke, dass eine direkte Beteiligung nur möglich sein wird, wenn es Evidenz über die Präferenzen der zu repräsentierenden Gruppe gibt. Nicht nur bei uns zeigt sich, dass neben der klinischen Evidenz weitere Informationen zur Entscheidungsfindung notwendig sind.

Hat nur Deutschland das Problem erkannt? Oder gibt es im internationalen Kontext die gleichen Fragestellungen? Wie lösen andere internationale Gesundheitssysteme das Problem der Bürgerpartizipation?

In den letzten Jahren gab es die größte Entwicklung bei den Entscheidungen über die Zulassung von Arzneimitteln; also die Abwägung von Nutzen und potentiellem Risiko beziehungsweise Schaden einer Gesundheitstechnologie. In den USA gab es beispielsweise die „Patient Preference Initiative“, welche die Möglichkeiten der Integration von Patientenpräferenzen in regulatorische Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Nutzen-Risiko-Trade-Offs in der Medizintechnik beziehungsweise bei Medizinprodukten im Center for Devices and Radiological Health (CDRH) in einem Pilotprojekt untersuchte. Zielsetzung war es, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Erfassung und Dokumentation von Behandlungspräferenzen der Patienten, des Pflegepersonals und anderer Gesundheitsdienstleister zu erweitern. Konkret wurden die Patientenpräferenzen in Bezug auf medizintechnische Behandlungsalternativen bei Adipositas erfasst.

Und wie wurden die Patienten beteiligt?

Die Partizipation erfolgt hier über die Beratung und Konsultation, d.h. die Entscheider werden über die Prioritäten der betroffenen

Patienten informiert. Die Prioritäten wurden in der Studie mittels der Discrete Choice-Analyse – oder auch Conjoint Analyse – empirisch erhoben. Die FDA ist gerade dabei, die gewonnen Erkenntnisse des Pilotprojektes in neuen Verfahrensweisungen niederzuschreiben.

Gibt es ähnliches auch in Europa?

Im europäischen Kontext wurden ähnliche Pilotprojekte durch die EMA initiiert. Die europäische Arzneimittelbehörde sieht neben den Methoden der multikriteriellen Entscheidungsanalyse die Conjoint-Analyse als geeignet an, um Trade-Offs zwischen positiven und negativen Effekten einer Technologie zu erläutern sowie insbesondere die Patientenpräferenzen zu ermitteln. Derzeit läuft ein europäisches Projekt mit dem Namen „PROTECT“ zur Erforschung der Möglichkeiten der patientenverständlichen Darstellung von Nutzen und Risiken, der Analyse des Einflusses der verschiedenen Darstellungsmethoden auf die Wahrnehmung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses durch die Befragten und den Vergleich der Prioritäten von Patienten, Leistungserbringern und Entscheidungsträgern. Es soll in diesem Projekt weiterhin untersucht werden, wer an der Nutzen-Risiko-Bewertung beteiligt werden kann und mit welchen Methoden und Instrumenten die Prioritäten dokumentiert werden können.

Auch hier werden unterschiedliche Ansätze, wie Discrete-Choice Experimente, Analytic Hierarchy-Prozesse und Multikriterielle Entscheidungsanalysen untersucht. Erste Ergebnisse der Pilotstudien liegen bereits vor und verdeutlichen, dass die verwendeten Methoden geeignet sind, um unterschiedliche Stakeholder an den Entscheidungen zu beteiligen.

Haben Sie ein konkretes Beispiel?

In Großbritannien setzt man zum Beispiel zunehmend auf das Prinzip des „value based pricing“ als Preisbildungsansatz. Bereits im Jahr 2007 hatte das Office of Fair Trading vorgeschlagen, dass der derzeitige Bewertungsansatz des QALY durch einen wertorientierten Preisbildungsansatz ersetzt werden soll, indem der Preis von Arzneimitteln dem klinischen und therapeutischen Wert für die Patienten entsprechen sollte. Die britische Regierungskoalition will diese Empfehlung ab 2013/14 umsetzen. Die NICE-Richtlinien sehen vor, dass die klinische Evidenz durch die HTA-Gremien im Rahmen der Bewertung und der Prüfung der Erstattungsfähigkeit (appraisal) einer Gesundheitstechnologie oder eines Arzneimittels berücksichtigt wird. Die Prüfung der Erstattungsfähigkeit basiert damit primär auf der Expertenmeinung, wobei jedoch die gesellschaftliche Perspektive zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit durch Bürgerkonferenzen, sogenannten „citizens' councils“ ergänzend erfasst werden soll. Die Ansichten der Bürgerkonferenzen werden in der NICE-Richtlinie zu gesellschaftlichen Werturteilen veröffentlicht, die „NICE Guideline on Social Value Judgments“ genannt wird.

Um das Ganze mit mehr Evidenz zu füllen, haben Sie zusammen mit Ihrer Mitarbeiterin Christin Juhnke zahlreiche HTA-Behörden weltweit kontaktiert und sie gebeten, zu erörtern, wie denn die Patienten- und Bürgerpartizipation in der Bewertung von Gesundheitstechnologien in



ihren Ländern aussieht. Welche Institutionen haben Sie angeschrieben und viel wichtiger: wie viele haben geantwortet?

Anfang November 2013 haben wir insgesamt 126 internationale Organisationen/Institutionen per E-Mail kontaktiert, um nähere Informationen über die Patienten- und Bürgerbeteiligung in den Ländern zu erhalten. Die Zusammenstellung der Behörden basierte dabei in Anlehnung an eine Publikation von Mathes et al. auf Auflistungen des European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA), der International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) und des Health Technology Assessment International (HTAi). Bis zum 31. Dezember antworteten von den 126 kontaktierten Organisationen siebzehn auf diese Fragen. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 13,49%.

Es haben nur 17 von 126 angeschriebenen Organisationen geantwortet. Wie erklären Sie sich das? Ist Patient- und Bürgerpartizipation etwa nur in 17 von 126 Ländern oder Organisationen ein Thema?

Nein, ich denke diese Aussage lässt sich so absolut nicht aus dem Ergebnis der Befragung ableiten. Unsere Befragung der Organisationen erfolgte wie beschrieben per Mail. Diese Befragungsmethode ist per se mit einigen Nachteilen behaftet und reduziert tendenziell die Bereitschaft zur Teilnahme auf Seiten der Befragten, sodass die Rücklaufquoten bei Online/Mail-Befragungen extremen Schwankungen unterliegen. Zudem wurden in der Mehrzahl allgemeine Kontaktadressen angeschrieben oder es wurden vorgegebene Kontaktformulare auf den Webseiten der Institutionen genutzt. Dadurch ist es für uns nicht ermittelbar, wo, wann und bei wem die Anfrage bearbeitet wurde und ob die ermittelte Adresse zum richtigen Ansprechpartner führte.

Die erste Frage Ihrer Erhebung lautete: „Welche Perspektive wird in den Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen berücksichtigt? (Patient/Bürger/Versicherte)“ Welche Perspektive der Beteiligung scheint denn nun diejenige zu sein, die international favorisiert wird?

Es gibt einen allgemeinen Konsens über die Notwendigkeit für eine stärkere Patientenzentrierung, auch in HTA-Prozessen und im internationalen Vergleich werden verschiedene Möglichkeiten der Beteiligung der Öffentlichkeit in den Entscheidungsprozessen diskutiert und getestet. Dabei können drei verschiedene Gruppen der Bevölkerung in die Entscheidungsfindung einbezogen werden – eben Patienten, Bürger und Versicherte. Zunächst besteht die Möglichkeit der Einbeziehung aller Bürger eines Landes. Auf der anderen Seite können Entscheidungen aber auch nur von einzelnen Bürgern oder Versicherten getroffen werden, die subjektiv urteilen und im eigenen Namen sprechen, oder durch eine organisierte Interessengruppe, welche im Namen ihrer Mitglieder spricht, beispielsweise durch Patientenorganisationen. Die dritte Ebene ist dann die Beteiligung von Patienten, die unmittelbar von der zu bewertenden Maßnahme betroffen sind und jeweils vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrungen entscheiden. Zur Zeit wird zunehmend diskutiert, wessen Prioritäten ausschlaggebend für gesundheitspolitische Entscheidungen sein sollten. Basierend auf unserer Umfrage scheint es momentan so, als würde international die Patientenperspektive favorisiert.

Eine weitere Frage war „Sind Patienten, Bürger und Versicherte an der Entscheidung über Gesundheitstechnologien in Ihrem Land beteiligt?“ Vorausgesetzt, sie sind beteiligt: In welcher Art und Form?

Laut unserer Umfrage geht der Trend zu einer eher indirekten Beteiligung im Sinne der „Information und Kommunikation“. In einigen Län-

dern scheint sich verstärkt aber auch die „Beratung und Konsultation“ durch die betroffenen Personengruppen durchzusetzen, so beispielsweise in Großbritannien, Schottland, den USA oder Neuseeland. Dabei ist es sowohl möglich, einzelne Personen anzuhören, als auch mit größeren Personengruppen ein bestimmtes Entscheidungsproblem zu diskutieren oder systematisch die Prioritäten in Bezug auf konkrete Entscheidungstatbestände empirisch zu erheben. Die direkte Beteiligung oder sogar Kontrolle ist international dagegen kaum zu beobachten.

Die letzte Frage an die Organisationen bezog sich auf die Art der Entscheidungen, die durch die Patienten-, Bürger- und Versichertenperspektive beeinflusst wird. Welche Entscheidungen werden denn am häufigsten durch die öffentliche Perspektive beeinflusst?

Wenn wir die Antworten der Institutionen anschauen, können vier Entscheidungssituationen unterschieden werden: Zunächst die Zulassungsentscheidung, das Approval. Diese Entscheidung wird laut Aussage der befragten Institutionen in Australien, Schottland durch Patienten und/oder Bürger und Versicherte beeinflusst. Ein weiterer Bereich ist die Bewertung einer Technologie, das Assessment, die Abwägung von Schaden und Nutzen. Australien und Belgien beziehen hier die Patientenperspektive mit ein, ebenso Großbritannien. Und auch aus den Niederlanden, Neuseeland und Schottland erhielten wir die Antwort, dass die Perspektive der Öffentlichkeit Berücksichtigung findet.

Doch wie sieht es bei der schwierigsten, der Kostenfrage aus?

Am Ende des Assessments steht immer das Appraisal, also das Urteil über die Erstattungsfähigkeit. Dieses wird in den befragten Ländern am häufigsten durch Patienten, Bürger oder Versicherte beeinflusst. So beispielsweise in Australien, wobei hier ausschließlich die Patientenperspektive verwendet wird. In Belgien dagegen erfolgt die Betrachtung aus Versichertenperspektive. Zudem erfolgt die Beteiligung der drei Gruppen in Großbritannien, den Niederlanden, Neuseeland, Österreich und auch in Schottland. Dann kommt erst die Entscheidung zur Preisfestsetzung und Vergütung, also alles was mit Pricing, Reimbursement und cost-benefit assessment umschrieben wird. Auch hier bezieht Australien die Patientenperspektive direkt mit ein, während es in Belgien nur indirekt geschieht, zum Beispiel durch Erfassung der health-related quality of life und der Out-of-pocket-Kosten. Neben diesen beiden Ländern gaben auch Institutionen aus Großbritannien, Lettland, Neuseeland, Österreich, Schottland und Finnland an, dass sowohl Entscheidungen zur Preisfestsetzung als auch Vergütung durch die Patienten, Versicherten oder Bürger beeinflusst sind. In den Niederlanden wird hingegen nur die Vergütungsentscheidung beeinflusst.

Welche HTA-Behörde ist für Sie Vorreiter bei der Patienten- und Bürgerpartizipation? Und warum?

In den letzten Jahren gab es die größte Entwicklung sicherlich bei den Entscheidungen über die Zulassung von Arzneimitteln; also die Abwägung von Nutzen und potentiellem Risiko beziehungsweise Schaden einer Gesundheitstechnologie. Trotzdem gibt es auch einige „best practise-Beispiele“, die aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens stammen, von denen man hierzulande lernen könnte. Das schottische Medicines Consortium beispielsweise hat seit einigen Jahren eine eigene Untergruppe, die „Patient and Public Involvement Group“, die dafür verantwortlich ist, dass die Patientenperspektive im Rahmen des Bewertungsprozesses und im Rahmen aller Aktivitäten des Konsortiums berücksichtigt wird. Und in den USA hat die Food and Drug Administration (FDA) ein Pilotprojekt zur Integration von Patientenpräferenzen in die Entscheidungsprozesse bei der Bewertung von Medizintechnik/

Medizinprodukten durchgeführt. In Großbritannien geben die NICE-Richtlinien ausdrücklich Art, Format und Quellen von Evidenz vor, die durch die HTA-Gremien im Rahmen der Bewertung und der Prüfung der Erstattungsfähigkeit (appraisal) einer Gesundheitstechnologie oder eines Arzneimittels berücksichtigt wird. Demnach berücksichtigt das NICE auch Patientenbefragungen und Patienten- bzw. Expertenmeinungen. Ähnlich wie das britische NICE setzt die Kanadische Agentur für Arzneimittel und Technologien im Gesundheitswesen (CADTH) bei der Beteiligung von Patienten und Bürgern auf die Nutzung von Bürgerkonferenzen zu ausgewählten Themen. Wie auch in Großbritannien zeigen erste Erfahrungsberichte und Evaluationen, dass die Bürgerkonferenzen ein erfolgreiches Modell in der Entwicklung von Kriterien in der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen sind.

Wer ist der Vorreiter, an dem sich Deutschland orientieren könnte?

Aus heutiger Sicht, sehe ich nicht eine bestimmte HTA-Behörde als Vorreiter. Stattdessen gibt es zahlreiche internationale Ansätze, die interessante Ideen und Ergebnisse liefern. Dazu zählen sicher das laufende EU-Projekt „PROTECT“, das analysiert, wer wie an der Nutzen-Risiko-Bewertung beteiligt werden kann (Patient, Patientenvertreter, Bürger, Leistungserbringer, Entscheidungsträger) oder das „Project on Benefit-Risk Methodology: Methodology for Preference Elicitation“ der EMA.

Welche Impulse kommen denn von der EuNetHTA?

Die EuNetHTA hat in ihrem HTA Core-Model neun Richtwerte definiert, anhand derer die Evidenz beurteilt werden sollte, die als Teil eines „Rapid Relative Effectiveness Assessment“ präsentiert wird. Dazu zählen unter anderem klinische Endpunkte, Surrogatendpunkte oder auch Daten zum Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gemäß dieses Modells können Präferenzstudien und Expertenurteile (Judgements) diverser Stakeholder in die Bewertung mit einfließen, müssen jedoch als solche kenntlich gemacht und deutlich von Fakten aus klinischen Studien getrennt werden. Welche expliziten Methoden in der Messung von Präferenzen akzeptiert sind, gibt der Bericht allerdings nicht vor. Zudem ist eine Differenzierung zwischen der klinischen Evidenz und der Gewichtung der Endpunkte zu beobachten: Denn während scheinbar die klinischen Effektgrößen als Fakten bezeichnet werden, ist unklar, ob die Gewichtung der Entscheidungskriterien durch Experten und Konsumenten auch als wissenschaftlich fundierte Kennzahlen erwartet oder akzeptiert werden.

Ist das denn stimmig?

In meinen Augen nicht. Ich finde diese Unterscheidung so nicht richtig. Neben der klinischen Evidenz, können wir sehr wohl valide Evidenz über die Patientenpräferenzen generieren.

In Großbritannien beispielsweise führen NHS und NICE Bürgerkonferenzen (citizens council) durch, welche die gesellschaftliche Perspektive auf Fragen der Verteilungsgerechtigkeit erfassen sollen. Wäre das ein nachahmenswertes Modell für Deutschland?

Bürgerkonferenzen sind sicherlich eine leistungsfähige Umsetzung des bürgerlichen Engagements. Die seit 2002 routinemäßig durchgeführten „Citizens Councils“ des NICE im Rahmen der Verfahren des Health Technology Assessment sind sicher die bekanntesten Beispiele. Grundsätzlich kann mit dem Konzept der Bürgerforen ein Beratungs- und Informationsprozess angestoßen werden. Entscheidungen in Bürgerforen haben den Vorteil, dass sie ein höheres Maß an politischer Legitimität bieten, als die (politischen oder regulatorischen) Entscheidungen von einer kleineren Gruppe von Fachleuten/Experten. Sie sind

ein Weg, die Ansichten einer informierten Öffentlichkeit zu erheben, wobei diese Methode auch durch eine gewisse Begrenzung der Teilnehmerzahl gekennzeichnet ist. Allerdings ist diese Methode weniger geeignet, um die Präferenzen hinsichtlich des Entscheidungsproblems zu quantifizieren. Offen bleibt, unter welchen Bedingungen die Teilnehmer bestimmte Entscheidungen treffen würden, wie unterschiedliche Ausprägungen der Entscheidungskriterien die Entscheidung beeinflussen und welche heterogenen Präferenzen in der Gruppe vorzufinden sind. Insofern sehe ich Bürgerkonferenzen als einen wichtigen ersten Schritt in der systematischen Beteiligung der Öffentlichkeit. Doch neben der qualitativen Analyse durch Bürgerforen sollte das Interesse an Methoden zur Quantifizierung der Bürger- und Patientenpräferenzen deutlich gesteigert werden. Dazu braucht es empirische Studien, um ausreichend Evidenz über die Prioritäten der Betroffenen Personen zu generieren.

Was lernt man, wenn man die internationale Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen mit dem deutschen Ansatz vergleicht?

Im internationalen Kontext wird zunehmend diskutiert, wie die Perspektive der betroffenen Konsumenten berücksichtigt werden kann. Die Spannweite der Partizipationsbemühungen erstreckt sich über die qualitative Erhebung von Patientenbedürfnissen (Citizen Councils des NICE in Großbritannien) bis hin zur wissenschaftlich fundierten Dokumentation quantitativer Patientenpräferenzen (Patient-Centered Outcomes Research des PCORI in den USA). Kanada und Australien arbeiten auch an Reformen, welche die Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsprozesse begünstigen sollen. Patientenbeteiligung wird allgemein als eine wertvolle Komponente eines Health Technology Assessments und der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen angesehen. Die Beteiligung scheint sich auf eine informelle oder Ad-hoc-Basis zu beschränken und die Angemessenheit der verwendeten Methoden wird wenig beachtet.

Was müsste man in Deutschland ändern oder verbessern?

Die Bewertung von Gesundheitstechnologien muss eine multidisziplinäre, weitreichende politische Analyse sein, die die Entscheidungsträger informiert und zu einer Entscheidungsfindung beiträgt. Dabei wäre zu erwarten, dass die Ansichten der Patienten in die Bewertung einbezogen werden und die Evidenz zu Patientenperspektiven und Patientenpräferenzen Berücksichtigung findet. Wie unser internationaler Review verdeutlicht hat, bedarf es dazu systematischer Ansätze zur Berücksichtigung von Patienten, Bürgern und Versicherten in den Bewertungsprozessen. Dieses Ergebnis steht dabei in Einklang mit den Ergebnissen einer Umfrage des „International Network of Agencies for HTA“, die zeigte, dass, obwohl die Bereitschaft Patienten an den Prozessen des HTA zu beteiligen besteht, eine solche Beteiligung noch nicht weit verbreitet ist.

Welche Methoden werden denn favorisiert?

International werden zunehmend die Methoden der multikriteriellen oder multiattributiven Entscheidungsfindung (oder auch Multi-Criteria Decision Making) als Alternativen zum Konzept der Kosten-Effektivitäts-Studien diskutiert. Allen Ansätzen ist gemein, dass der Patientennutzen oder Gesamtnutzen als multidimensionales Konstrukt angesehen wird, welcher nur unter Einbeziehung der betroffenen Patienten bewertet werden kann.

Herr Prof. Mühlbacher, vielen Dank für das Gespräch. <<
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Interview mit Tim Steimle, Leiter Fachbereich Arzneimittel der Techniker Krankenkasse (TK)

Kür statt Pflicht bei Hausarztverträgen

Ein neues Vertragsmodell „zur Förderung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung der TK-Patienten mit Biologika“ hat die Techniker Krankenkasse mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh) geschlossen. Im Fokus haben die Vertragspartner gleich mehrere Ziele, die – so Tim Steimle im MVF-Interview – „auf einer Ebene gleichberechtigt verfolgt werden“. Ärzte und die TK treten in diesem Vertrag als Partner auf.

>> Sehr geehrter Herr Steimle, Herr Prof. Dr. Eberhard Wille, der früher IV-Verträge größtenteils als „Beutegemeinschaften“ bezeichnete, machte in einem Vortrag „Integrierte Versorgung aus Sicht des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ Ende letzten Jahres Vorschläge zur darlehensbasierten Förderung innovativer Versorgungskonzepte und forderte zudem einen eindeutigen Planungszeitraum für die Refinanzierung derartiger Projekte, zudem sollten finanziell relevante Entscheidungen stärker von der ex ante-Beurteilung auf die spätere ex post-Evaluation verlagert werden. Was halten Sie von diesem Ansatz?

Die Überlegungen von Professor Wille sind in jedem Fall interessant. Doch inzwischen hat sich auch die Politik dieses Themas angenommen. Der Koalitionsvertrag sieht vor, einen sogenannten Innovationsfonds zu schaffen, um – wie es heißt – innovative sektorübergreifende Versorgungsformen sowie die Versorgungsforschung zu fördern. 300 Millionen Euro sollen die Kassen dafür insgesamt zur Verfügung stellen. Davon werden 150 Millionen Euro über zusätzliche Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziert. Wenn es tatsächlich so kommt, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht, würde sozusagen der Fonds die Rolle einer Bank übernehmen – nur, dass die zusätzlichen Mittel nicht wie beim Darlehn zurückgezahlt werden müssten. Die Vergabe soll dann durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren erfolgen, das der Gemeinsame Bundesausschuss durchführt. Für die geförderten Projekte ist auch eine Evaluation nach vier Jahren vorgesehen. Bei dem Ansatz von Professor Wille, Entscheidungen von der ex ante-Beurteilung auf eine spätere ex post-Evaluation zu verlagern, darf man nicht vergessen, dass jeder neuen Idee natürlich gewisse Annahmen über die Ergebnisse zugrunde liegen, die man erwartet. Wichtig ist deshalb ganz grundsätzlich, dass sowohl beim Vorschlag von Professor Wille als auch bei den Vorhaben der großen Koalition der Wettbewerb um gute Innovationen sich nicht zu einem Wettbewerb ausschließlich um finanzielle Mittel entwickelt. Auch in Zukunft müssen die Kassen die Möglichkeit haben, gute Versorgungsideen unbürokratisch und zeitnah umzusetzen.

Willes Vorwurf für das Nichtfunktionieren des Vertragsmodells geht in erster Linie an die Politik, denn der Gesetzgeber hätte die Kassen gezwungen, derartige Verträge abzuschließen, wobei „von vornherein klar gewesen sei, dass die Hausarztverbände versuchen werden, diesen Zwangszustand in Honorarverhandlungen auszunutzen“. Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht? Und welche in dem neuen Vertrag, den die TK mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh) abgeschlossen hat?

Die Selektivverträge sind für die Krankenkassen ein wichtiges Wettbewerbsfeld. Wettbewerb setzt natürlich voraus, dass die handelnden Akteure über gewisse Freiheiten verfügen. Mit der Pflicht

zum Abschluss von Hausarztverträgen über die Regelversorgung hinaus wollte der Gesetzgeber diese Versorgungsform stärken. Doch Zwang zum Vertragsschluss versetzt den Vertragspartner, der diese spezielle Form der Versorgung bezahlen soll, von vornherein in eine schlechte Verhandlungsposition. Die TK lehnt deshalb die Pflicht für die Kassen ab, Hausarztverträge schließen zu müssen. Statt einfach mehr Geld in die hausärztliche Versorgung zu lenken, muss es bei diesen Verträgen in erster Linie darum gehen, die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patienten zu verbessern. Mit unseren Hausarztverträgen sind wir diesem Ziel ein Stück weit näher gekommen. In den TK-Verträgen sind bestimmte Qualitätskriterien festgelegt, die die teilnehmenden Ärzte erfüllen müssen. Und für bessere Qualität sind wir auch gerne bereit, angemessene Preise zu zahlen. Diesen grundsätzlichen Ansatz verfolgen wir auch bei unserem Vertrag mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen. Ein wichtiges Ziel dieses Vertrags ist, die Qualität und insbesondere die Sicherheit der Arzneimitteltherapie von Patienten mit Rheumatoider Arthritis zu verbessern – und dies möglichst wirtschaftlich. Die Rheumatologen, mit denen wir diesen Vertrag verhandelt haben, waren ausgesprochen aufgeschlossen, mit uns gemeinsam neue und auch unkonventionelle Wege zu gehen.

Hands aufs Herz: Kassen bezahlen Mediziner wirklich auch dafür, dass diese ihre Patienten nach der aktuellen S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) behandeln? Sollten Sie das nicht auch so?

Natürlich sollten die Ärzte die Patienten auch ohne unseren Vertrag nach der aktuellen S1-Leitlinie behandeln, und in den allermeisten Fällen praktizieren sie dies auch. Unsere Intention war es, den Mediziner mit der Aufnahme dieser Passage in den Vertrag nochmals die neuesten Erkenntnisse – die Leitlinie stammt ja bekanntlich aus 2012 – vor Augen zu führen. Die S1-Leitlinie befasst sich ausschließlich mit der medikamentösen Therapie bei Rheumatoider Arthritis. Als Firstline-Biologikum empfiehlt sie alternativ TNF-Inhibitoren, Abatacept oder Tocilizumab plus Methotrexat.

BDRh-Ärzte erhalten von der TK innerhalb des neuen Rheuma-Vertrags zur Förderung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung mit Biologika in der medikamentösen Therapie der Rheumatoiden Arthritis je versicherten Patienten 25 Euro pro Quartal. Wofür genau?

Die Vergütung erfolgt für die Optimierung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kosteneffektivität. Was zunächst jetzt einmal für Sie sehr allgemeingültig klingen mag, heißt konkret: Die Vergütung erfolgt zum einen für die intensivierete Betreuung des Patienten und die Förderung der Verlaufskontrolle anhand des DAS28. Zum anderen

„Der Wettbewerb um gute Innovationen darf sich nicht zu einem Wettbewerb um ausschließlich finanzielle Mittel entwickeln.“

erhalten die Mediziner die Pauschale für die dokumentierte Begleitung einer Eskalation – das heißt die Neueinstellung auf ein Firstline-Biologikum – beziehungsweise einer Deeskalation und den dadurch bestehenden ärztlichen Mehraufwand. Nicht für die Eskalation oder Deeskalation per se.

Im Fokus des Vertrags steht insbesondere der Einsatz von Biologika. Warum und was ist das Ziel?

Dass die Biologika im Fokus stehen, ist allein in ihrer Bedeutung für die Therapie der Rheumatoiden Arthritis begründet. Mit der Einführung dieser Substanzgruppe in das Therapieschema haben sich die Möglichkeiten für die Rheumatologen erheblich verbessert, das Krankheitsbild zu kontrollieren. Der große Review-Artikel des Karolinska-Instituts Stockholm aus 2011 zieht drei Schlüsse aus der Frage, wann eine Biologika-Therapie initiiert beziehungsweise beendet werden sollte.

Das Ziel der Therapie ist die klinische Remission. Diese ist umso besser zu erreichen, je eher Biologika in den Fällen, bei denen es auch erforderlich ist, in die Therapie eingefügt werden. Die Kür ist eine Biologika-freie Remission. Bei einer beträchtlichen Anzahl an Patienten ist zumindest eine Deeskalation möglich, so die Autoren.

Das Hauptvertragsziel ist eine effiziente, aber sicher auch und besonders die wirtschaftliche Verordnung, die die TK mit weiteren 15 Euro pro Quartal incentiviert. Wie soll diese kontrolliert werden?

Nein, es gibt kein Hauptvertragsziel. So möchten wir den Vertrag nicht verstanden wissen. Wir sehen mehrere Ziele, die auf einer Ebene gleichberechtigt verfolgt werden. Ärzte und die TK treten in diesem Vertrag als Partner auf – und zwar zur Förderung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung der TK-Patienten mit Biologika. Die TK unterstützt einerseits die Ärzte durch neutrale Informationen mittels TK-Arzneimittelreport (TK-AMR) und mittels pharmazeutischer Arztberatung. Für die Versicherten stehen Transparenz mithilfe der TK-Versicherteninformation Arzneimittel (TK-ViA) und die Adhärenzsteigerung mittels sprechender Medizin und TK-ArzneimittelCoach (TK-AMC) im Mittelpunkt. Aber um auf Ihre Frage zurückzukommen: Die Medikamentenverordnungen und Verlaufsdaten werden – natürlich mit Einverständnis des Versicherten – vom behandelnden Arzt an den BDRh sowie an die TK übermittelt. Im Wesentlichen geht es darum, Erkenntnisse darüber zu bekommen, wie sich die Erkrankung im zeitlichen Verlauf unter der Behandlung anhand des DAS28 entwickelt.

Die teilnehmenden Fachärzte sollen auch von einer pauschalen Preisreduzierung – zwischen 10 und 30 % des Lauertaxenpreises – „profitieren“, wenn sie sich bei der Verordnung von Medikamenten an diesem Ampelschema orientieren. So solle sich das Risiko für die teilnehmenden Ärzte erheblich minimieren, im Rahmen der Richtgrößenprüfung auffällig zu werden. Wie das? Wenn Sie leitliniengerecht verordnen? Was ist mit Praxisbesonderheiten?



Richtig ist, dass die Präparate, die hier im Fokus stehen, bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowieso als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. Die sogenannte Regressprävention für den Arzt entsteht vielmehr durch direkte Meldung von vergünstigten Preisen seitens der TK. Das bedeutet: Die Mediziner erhalten ein zusätzliches Werkzeug, gar nicht erst auffällig zu werden. Es erspart ihnen somit den bürokratischen Aufwand und das Anmelden von Praxisbesonderheiten. Die direkte Meldung von vergünstigten Preisen wirkt quasi wie ein Repellent.

Welche Medikamente finden sich innerhalb des in diesem Vertrag implementierten Ampelschemas? Wie wurden denn die pharmazeutischen Hersteller dazu gebracht, sich in diesem Vertrag zu engagieren? Über Mengenmodelle?

Das Ampelschema gilt für Verordnungen von Abatacept, Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab und Tocilizumab auf Muster 16 – also ein Kassenrezept – für Versicherte der TK durch Rheumatologen. Darüber hinaus steht es allen sechs in Frage kommenden Pharmaunternehmen frei, sich aktiv an diesem innovativen Versorgungsmodell zu beteiligen. Doch bei diesem Modell erzielt nicht nur die TK eine Einsparung durch Rabattverträge. Vielmehr wird ein Mehrwert in der Versorgung erzielt und die Ärzte werden direkt beteiligt. Mengenmodelle können den einzelnen Unternehmen anhand dieser Vertragskonstruktion nicht garantiert werden. Aber hier geht es auch nicht nur um Menge. Für uns und die Kooperationspartner auf Industrie-seite, aktuell die Unternehmen MSD und UCB, beginnt ein gutes Behandlungskonzept mit der richtigen Medikation und endet bei zusätzlichen Angeboten, die die Lebenssituation der Patienten insgesamt verbessern.

Die angestrebten Verordnungsanteile sollen mit Hilfe eines Ampelschemas umgesetzt werden, das genügend Freiheiten lasse und so flexibel gestaltet sein soll, dass die Therapiehoheit beim behandelnden Arzt verbleibt. Wie soll das genau funktionieren? Wie sollen so etwaige Mengenmodelle garantiert werden können?

Die Höhe der Vergütung variiert abhängig davon, ob die Ärzte die in einer Anlage zum Vertrag aufgeführten Verordnungsquoten einhalten. In dieser Anlage sind verschiedene Biologika unterschiedlichen Gruppen zugeordnet: grün, gelb, rot. Die maximal vereinbarte Vergütung erhalten die dem Vertrag beigetretenen Rheumatologen, wenn sie die Biologika in folgendem Verhältnis verordnen: grün mindestens 30 Prozent, gelb maximal 30 Prozent, rot maximal 40 Prozent. Unterschreiten die Fachärzte die Quote Grün und/oder überschreiten sie die Quote Gelb und/oder Rot, reduziert sich die Vergütung je Arzt pro Patient und Quartal um 15 Euro. Allerdings: Behandlungsfälle, die aus medizinischen Gründen außerhalb der Leitlinie behandelt werden, wirken sich nicht vergütungsmindernd aus. Außerdem wird die Quote über die Gesamtheit

aller teilnehmenden Ärzte ermittelt, so bleibt dem einzelnen Arzt genügend Spielraum.

Die TK will die Ärzte mit verschiedenen Services unterstützen, wie eine pharmazeutische Arztberatung, die wirtschaftliche Fragen oder Fragen der Arzneimitteltherapiesicherheit schnell und unkompliziert klären soll. Die Patienten selbst können bei Bedarf den sogenannten TK-Arzneimittelcoach in Anspruch nehmen. Was erwartet sich die TK davon? Wie sieht die Abgrenzung der Tätigkeit des Coaches von der Arbeit des behandelnden Arztes ab? Gibt es Interaktionen zwischen beiden? Vielleicht eine Art Consensusgespräch?

Laut einer neuen Studie teilt nur circa jeder vierte Patient die Einschätzung des Arztes bezüglich der persönlichen Erkrankungsschwere. Deshalb sollte zunächst ein gemeinsames Verständnis zwischen Arzt und Patient hergestellt werden – nämlich darüber, dass für eine langfristig stabilisierte Lebensqualität vor allem eine effiziente Verlaufskontrolle der Entzündung erforderlich ist. Dies gewährleistet der Vertrag durch die DAS28-Dokumentation. Der TK-Arzneimittelcoach wiederum unterstützt die Patienten dabei, wie sie persönlich einen Beitrag zum Erfolg der Therapie leisten können. Das Ganze steht unter dem Leitgedanken: Selbst erarbeitetes Wissen bleibt langfristig und nachhaltig erhalten, und kann besser in Alltagssituationen angewendet werden. Daraus folgt wiederum: Der Patient kann sich mit dem neu erworbenen Wissen und mit seiner Krankheits- und Therapieerfahrung aktiv und kompetent einbringen und wird somit zum Manager seiner Erkrankung.

Wie sieht die ökonomische Berechnung aus? Was hat die TK denn jenseits einer besseren Betreuung ihrer Versicherten davon?

Das Ziel des mündigen Patienten steht nicht nur in Einklang mit aktuellen Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR) und der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), es erhöht auch die Erfolgchancen einer „treat to target“-

Strategie mit Biologika. Eine Umfrage unter Patienten mit Rheumatoider Arthritis hat unter anderem ergeben, dass die Patienten in Entscheidungen zur Therapie einbezogen sein möchten. Das lässt den Schluss zu: Eine aktive Beteiligung an der Therapie erhöht die Adhärenz, und dadurch lassen sich letztendlich auch die Behandlungskosten senken. Darüber hinaus nimmt dieser Vertrag eine seit langem bestehende Forderung der DGRh auf: Bei der Produktauswahl müssen die Ärzte neben den medizinischen Überlegungen auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die sieben zugelassenen Biologika genügend Evidenz aufweisen, um als gleichwertig angesehen zu werden. Und letztlich, wie bereits vorab erwähnt, ist eine Biologika-freie Remission als Kür zu betrachten. Wenn dies im Einzelfall gelingt, ist es möglich, beträchtliche Therapiekosten einzusparen. Diese freigewordenen Euro stehen dann an anderer Stelle und für andere Patienten wieder zur Verfügung.

Der Vertrag ist zwar zwischen dem BDRh und der TK geschlossen, doch könnten sich auch andere Kassen beteiligen?

Auch wenn die Selektivverträge grundsätzlich ein Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen sind: Hin und wieder ist es sinnvoll, wenn andere Kassen einzelnen Verträgen, wie zum Beispiel dem Rheumavertrag der TK, beitreten. In diesem Fall wäre dies in der Tat zu begrüßen, weil dann mehr Patienten mit Rheumatoider Arthritis von einer qualitativ hochwertigen Versorgung profitieren würden. Dies wurde auch bereits als Wunsch aus der Ärzteschaft heraus an uns kommuniziert. Soviel kann man heute bereits sagen: Erste Gespräche haben bereits stattgefunden und ich bin mir sicher, dass weitere folgen werden.

Herr Steimle, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur

When to initiate and discontinue biologic treatments for rheumatoid arthritis; K. Chatzidionysiou & R. F. van Vollenhoven, Journal of Internal Medicine 2011;269: 614–625
 Prioritizing the patient: optimizing therapy in rheumatoid arthritis. Results of a patient questionnaire in northern Germany; J. Wollenhaupt, I. Ehlebracht-Koenig, A. Groenewegen (UCB), D. Fricke (UCB) Open Access Rheumatology: Research and Reviews 2013;5 51-67

JETZT ERHÄLTlich:

Disease Management Programme - Statusbericht 2012

Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“

Mit Beiträgen von

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

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“

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





Dipl.-Soz. Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch

leitete als Geschäftsführer von 1992 bis Dezember 2013 das Ressort „Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik“ der Ärztekammer Nordrhein, für die er nach 22-jähriger Amtszeit weiter beratend tätig sein wird. Er war ehrenamtlicher Vorsitzender des Vorstandes des Europäischen Public Health Zentrums, NRW (EPHZ) und ist zudem ehrenamtliches Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Managed Care e.V. (BMC). Diesen Beitrag hielt er als Rede zum letzten Jahrestreffen des BMC in Berlin.

Reflektion über das Komische

>> Jeder, der sich längere Zeit im deutschen Gesundheitswesen aufhält, stellt irgendwann die Frage nach den tiefer liegenden Gesetzmäßigkeiten immer wiederkehrender gesundheitspolitischer Eingriffe, anders ausgedrückt, welche Rationale liegt dem Ganzen zugrunde?

Als Sozialwissenschaftler bin ich in der privilegierten Rolle des Beobachters.

Zunächst kam mir der Gedanke, dass das Paradoxe das Handeln im gesundheitspolitischen Feld erklären könnte.

Wie anders wäre zu verstehen, dass die an Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung interessierte liberale Partei nach großen Bemühungen den ersten im deutschen Gesundheitswesen relevanten Selbstbehalt (Praxisgebühr) wieder abschafft.

Längeres Nachdenken beflügelt den Beobachter allerdings zu einer noch darüber hinausgehenden Beobachtung, die ich im Folgenden kurz beleuchten möchte.

Ich behaupte, dass bei einer vertieften Beobachtung der Ligaturen des deutschen Gesundheitswesens die bindende Kraft das Komische zu sein scheint.

Bevor ich in einigen Beispielen meine These farbig gestalte, muss erläutert werden, was das Komische eigentlich ist und inwiefern es als Erklärungsvariable ins Spiel gerät.

Einen Konsens oder eine Theorie über das Komische existiert weder in der in Frage kommenden Sozialanthropologie bzw. der Philosophie.

Arthur Schopenhauer hat darauf hingewiesen, dass die „plötzliche Wahrnehmung einer Inkongruenz“ das Komische umreißt, bzw. das Komische als Reaktion auf die Ambivalenz der menschlichen Existenz zu interpretieren ist (Helmuth Plessner).

Wir werden an dieser Stelle eine theoretische Fundierung des Konstrukt des Komischen nicht erreichen, stattdessen biete ich einige Beobachtungen an und setze sie der Kritik des geneigten Lesers aus.

1. Kommunikation

Für die Qualität aller sozialen Systeme ist die Qualität der externen und internen Kommunikation entscheidend.

Meine Beobachtung, die zunächst die Systemebene im Gesundheitswesen betrifft, lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass wir zwar ein hochkommunikatives System postulieren, die Arten der Kommunikation allerdings insgesamt ineffizient sind bzw. skurrile Züge tragen.

Wir veranstalten im Gesundheitswesen seit etwa 25 Jahren – bis dahin waren Kongresse Rarität – große und größte Versammlungen, die, betrachtet man die Kommunikation von der Substanz her, sich der Struktur und dem Niveau indigener Stämme angleicht.

Kommunikation dient dort nicht dazu, sich Neues mitzuteilen („Neues“ wird als ungewöhnlich und störend interpretiert) – sondern hat eigentlich nur die Funktion, sich der wechselseitigen Zugehörigkeit zu einem Stamm zu versichern und implizit zu garantieren, dass der andere nicht durch zu viel Innovation überfordert wird.

Der Kollateralnutzen besteht allerdings darin, dass für mindestens

eine Woche weit über 5.000 Führungskräfte des Gesundheitswesens durch Teilnahme an solchen Großveranstaltungen davon abgehalten werden, zu Hause folgenreiche Fehlentscheidungen zu treffen.

Die zweite Beobachtung unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Kommunikation bezieht sich auf die sektorübergreifende Begegnung.

Während die verbandsinterne Kommunikation selbst weitgehend autistischen Selbstgesprächen gleicht, sind alle Versuche, die Sektorengrenzen durch Kommunikation durchlässiger zu machen, gescheitert.

Die eigene Selbstbeschreibung ist in der Tendenz eher nach innen (integrierend) gerichtet und nicht als Kommunikationsangebot an den Partner.

Dies könnte der Hauptgrund sein, warum alle grenzübergreifenden

Ansätze in den letzten 30 Jahren gescheitert sind und den Stress zwischen den Sektoren eigentlich immer nur erhöht haben: Die unterschiedlichen Interessengegensätze wurden deutlicher, das wechselseitige Verständnis füreinander nahm ab, das Ausmaß des Gemeinsamen sank und das wechselseitige

Misstrauen stieg.

Wenn man das mit einem anderen Politikbereich vergleichen möchte, so könnte man sagen, dass der innerdeutsche kleine Grenzverkehr nach 1961 im Verhältnis zu dem sektorenüberschreitenden Kommunikationsverkehr im deutschen Gesundheitswesen ungeheuer erfolgreich war.

2. Prozesse

Überspitzt formuliert würde ich die Hypothese wagen, dass es uns in den letzten 40 Jahren erfolgreich gelungen ist dazu beigetragen, dass fast kein relevantes gesundheitspolitisches Problem uns durch Lösung abhandengekommen ist.

Als jüngstes Beispiel darf ich auf die Prävention hinweisen.

Nach dem dritten gescheiterten Ansatz und nach einer mehr als zwei Dekaden umfassenden Vorgeschichte vor dem ersten ernsthaften Reformbemühen von 2002 hat man den Eindruck, dass sich trotz aller Rhetorik in dieser Frage substanziiell nichts bewegt hat.

Soziale Systeme, die nachhaltig hochhysterisch auf der Stelle treten, wirken – von außen betrachtet – komisch.

Es drängt sich für den sozialwissenschaftlichen Beobachter des sozialen Systems Gesundheitswesen der Eindruck auf, dass, wenn irgendjemand im Laufe der Zeit eine geistvolle Idee zur Problemlösung vortragen würde, alle vorhandenen hocheffektiven Schutzsysteme sofort dafür sorgen, dass die Geistesfunken ausgetreten werden und für absehbare Zeit sich der Asche niemand mehr zuwenden möchte.

Vielleicht liegt es auch daran, dass sich der Stamm der der Gesundheitspolitik Verpflichteten abschottet vor Personen, die von außen gegebenenfalls mit ungewöhnlichen Ideen den Entscheidungs- und Wahrnehmungsprozess befruchten könnten.

Die in den letzten 15 Jahren dem Gesundheitswesen zugeführten Betriebswirte mit ihrer Sichtweise sind aus meiner Sicht nicht die-

jenige Berufsgruppe, die diese entscheidende kreative Lücke füllen können.

Meine Augen wurden jedenfalls vor Jahren durch einen „nützlichen“ Fremden geöffnet, nämlich durch den Unternehmer Rodenstock, der im BDI (Bund Deutscher Industrie) den Arbeitskreis Sozial- und Gesundheitspolitik leitete und der nach zwei Stunden intensiven Zuhörens auf einer gesundheitspolitischen Tagung die einfache Frage stellte: „Sind Sie sich wirklich sicher, dass Sie irgendetwas an den beklagten Zuständen ändern möchten?“

3. Lernen

Eine besondere Komik, man kann auch sagen Tragik, besteht darin, dass unser Gesundheitssystem – so jedenfalls meine Beobachtung – eine wohl erworbene Unfähigkeit besitzt, von positiven Beispielen her Lernen zu organisieren.

Das neue Konstrukt des Wettbewerbs löst vieles aus, aber keine echten Lernprozesse, da Lernerfolge als Geheimwissen der einzelnen Organisationen wahrgenommen werden und dem Partner möglichst vorzuenthalten sind.

Die integrierte Versorgung beispielsweise lebt in Tälern und Landesecken, aber kaum jemand orientiert sich an deren Effekten.

Die Qualitätssicherung seit Beginn der 80er Jahre scheint eher in sinnlosen Datenbergen zu ersticken, große Substanz an Engagement und Arbeitsfreude zu versenken, organisiert aber keine intelligente Selbstbeobachtung.

Empfehlungen

Wenn man ausgehend von diesen wenigen Beobachtungen der tiefer liegenden Paradoxien im komplexen Sozialsystem Gesundheitswesen Empfehlungen formulieren möchte, kommt man in ein heikles Gelände.

Trotzdem folgende Ratschläge:

- Ich glaube, dass eine Verständigung über diese Mechanismen in der zuständigen Elite erforderlich ist.
- Gelegentlich würde es auch helfen, über den einen oder anderen Aspekt des eigenen Verhaltens und Handelns mit Partnern und Freunden zu lachen, weil es konstruktive Energien lostreten kann.
- Lachen ist der evolutorische Vorteil des Menschen anderen Geschöpfen gegenüber und deutlich unterausgenutzt.
- Die Organisation und Verbände im Gesundheitswesen leiden unter dem Mangel an intelligenter Frischluftzufuhr von außen.

Der Rat eines Beobachters, der das System über 40 Jahre begleitet, ist es, in diese sozialen Systeme mehr „Verrückte“ zu integrieren.

Verrückte in dem Sinne, dass diese von den verkrusteten Sprach- und Handlungsroutinen noch nicht infiziert sind und gegebenenfalls sich in der Lage sehen, mit anderen, ähnlich Disponierten zu kommunizieren bzw. kreative Lösungen zu finden.

Zum Thema qualifizierter Kommunikation selbst ist eigentlich nur vorzuschlagen, den Anteil analoger Gespräche in überschaubaren sozialen Kontexten zu erhöhen.

Diese Gespräche sollten nicht so ausgerichtet sein, dass der Vortragende Recht hat, sondern dass er das nächste Argument seines Gesprächspartners ermöglicht.

Einen besonders klugen Hinweis verdanken wir dem Philosophen Hans-Georg Gadamer, der die Quintessenz seines philosophischen Nachdenkens einmal im Satz zusammengefasst hat: „Der Andere könnte Recht haben.“

Damit steht auch das Ergebnis dieser kleinen Überlegung fest: Wer das Komische sieht, wird einen Ausweg finden. <<

Ivacaftor im Praxisalltag

>> Seit Juli 2012 ist der Wirkstoff Ivacaftor („Kalydeco“) in Deutschland zur ursächlichen Behandlung der zystischen Fibrose bei Menschen ab 6 Jahren, bei denen mindestens eine Kopie des CFTR-Gens (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) mit G551D-Mutation vorliegt, zugelassen. Zystische Fibrose wird durch ein defektes oder fehlendes CFTR-Protein verursacht, das wiederum durch Mutationen im CFTR-Gen verursacht wird. Mit Ivacaftor steht der erste kausale Therapieansatz für diese seltene, nicht heilbare genetische Erkrankung zur Verfügung. In den Zulassungsstudien wiesen die mit Ivacaftor behandelten Betroffenen im Vergleich zu den Placebo-Gruppen signifikante und anhaltende Verbesserungen der Lungenfunktion, des Gewichts und der Lebensqualität auf. Erste Berichte aus der täglichen Praxis spiegelten die Ergebnisse aus den klinischen Studien wider. Beide Phase-III-Zulassungsstudien zu Ivacaftor zeigten bereits nach zwei Wochen signifikante und im weiteren Verlauf anhaltende Verbesserungen der Lungenfunktion.

Dieser Effekt blieb auch 24 bzw. 48 Wochen nach Therapiebeginn erhalten: Die absolute prozentuale Änderung des FEV1 (% des vorhergesagten Werts) in Woche 24 – dem primären Endpunkt – betrug im Vergleich zu Placebo 10,6 Prozentpunkte ($p < 0,0001$) in Studie 1 und 12,5 Prozentpunkte ($p < 0,0001$) in Studie 2. Auch konnten eine deutliche Gewichtszunahme (+2,8 kg in Studie 1, +1,9 kg in Studie 2 jeweils vs. Placebo) bis Woche 24 sowie eine Steigerung der Lebensqualität beobachtet werden. Die Wirkung war unabhängig von Alter, Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung. Wie PD Dr. Rainald Fischer, niedergelassener Pneumologe am Zentrum für Mukoviszidose München-West auf einem Media Round Table des Unternehmens Vertex jetzt berichtet, hat er im Praxisalltag ähnliche

Resultate beobachtet. Neue Ergebnisse der PERSIST-Studie legen zudem nahe, dass die durch Ivacaftor erzielten Verbesserungen der Lungenfunktion über 144 Wochen bestehen bleiben. CFTR-Modulatoren wie Ivacaftor stellen den neuesten Therapieansatz bei zystischer Fibrose dar, weil sie auf die zugrunde liegende Krankheitsursache bei Menschen mit mindestens einer Kopie des CFTR-Gens mit der G551D-Mutation abzielen.

Ivacaftor ist ein CFTR-Potentiator, der die Öffnungswahrscheinlichkeit der an der Oberfläche von Epithelzellen lokalisierten CFTR-Proteine erhöht. Dadurch wird der Wasser- und Salzhaushalt normalisiert und die abnorme Schleimbildung geht zurück. Die dünnere Schleimschicht trägt jetzt stattdessen wieder dazu bei, die Atemwege zu schützen. Die Atmung der Betroffenen wird verbessert, sie sind leistungsfähiger, was sich in einer insgesamt gesteigerten Lebensqualität der Betroffenen niederschlägt. In Deutschland gibt es ca. 170 Menschen mit einer G551D-Mutation, die älter als sechs Jahre sind und von Ivacaftor profitieren können.

Laut Professor Burkhard Tümmler, Leiter der Klinischen Forschergruppe „Molekulare Pathologie der Mukoviszidose“ an der Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie der Medizinischen Hochschule Hannover, kann eine frühe Diagnosestellung am besten im Rahmen eines flächendeckenden Neugeborenen-Screenings für zystische Fibrose erfolgen, das in Deutschland jedoch noch nicht etabliert ist. Im Augenblick berät der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu, das Ergebnis wird von Fachkreisen mit Spannung erwartet. <<

News

Bitte veröffentlichen Sie Ihre News direkt auf www.healthreminder.de oder mailen Sie ihre News an redaktion@mvf.de

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DNVF-Spring-School 2014

Fortbildungsmodulare für Einsteiger und Fortgeschrittene

Die DNVF-Spring-School 2014 findet vom 1. bis 3. April im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Die Spring-School bietet sowohl thematisch als auch hinsichtlich der methodischen „Tiefe“ ein weites Fortbildungsangebot. Im Rahmen der dreitägigen Veranstaltung werden von den 25 Referentinnen und Referenten insgesamt 15 Seminarmodule gestaltet. Bei einem eineinhalbtägigen „Einsteiger-Seminar“ werden zentrale Begriffe der Versorgungsforschung, ihre grundlegenden Modelle und verschiedenen Bereiche sowie methodische Inhalte vorgestellt.

>> Daneben gibt es verschiedene Module zu qualitativen und quantitativen Methoden, die hinsichtlich der spezifischen Voraussetzungen, die für die Teilnahme erforderlich sind, als basic-, advanced- bzw. professional-Module gekennzeichnet sind. Die Module können einzeln oder in Kombination belegt werden.

Teilnehmen können Studierende oder Absolventinnen und Absolventen aus dem Bereich Sozialwissenschaften, Psychologie, Medizin, Pflege- und Gesundheitswissenschaften o.ä. Gleichmaßen willkommen sind Vertreterinnen und Vertreter von Berufs-

gruppen aus dem klinischen Bereich, der Gesundheitsindustrie, der Gesundheitspolitik, der Forschungsförderung oder der Kostenträger im Gesundheitswesen.

Ermäßigte Teilnahmegebühren werden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Universitäten und (Fach-)Hochschulen sowie für Studierende (Ausnahme: Promotionsstudium) angeboten.

Detaillierte Informationen zu den Seminarmodulen, den Teilnahmegebühren, die organisatorischen Hinweise sowie Infos zum Anmeldeverfahren sind auf www.dnvf.de veröffentlicht. <<

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. verfolgt das Ziel, durch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in Methoden der Versorgungsforschung zur Steigerung der Qualität von Studien in der Versorgungsforschung beizutragen.

Wir freuen uns, dass wir durch die Unterstützung der DNVF-Arbeitsgruppen, der externen Referenten sowie den wissenschaftlichen Beirat der Spring-School ein weit gefächertes Seminarprogramm im Rahmen der Spring-School anbieten können.

Wir würden uns freuen, Sie oder Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kolleginnen und Kollegen oder Mitglieder in Bonn begrüßen zu können. Bitte unterstützen Sie uns bei der Bekanntmachung des Fortbildungsangebots.

Die nächsten DNVF-Methoden-Seminare werden im Rahmen des 13. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 24.06.2013 in Düsseldorf angeboten.

Mit herzlichen Grüßen



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

**Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M.
Neugebauer, Vorsitzender DNVF**

Achtung: Frühbucherrabatt bis zum 14.02.2013!

Module der DNVF-Spring-School 2014

- ID 1:** Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen *basic* (Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann, Dr. Christine Holmberg, Prof. Dr. Dr. Andrea Icks, Prof. Dr. Thorsten Meyer, PD Dr. Antje Timmer, Prof. Dr. Markus Wirtz)
- ID 2:** Organisationsbezogene Versorgungsforschung *basic* (Prof. Dr. Markus Wirtz)
- ID 3:** Patient Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen *basic* (Prof. Dr. Michael Koller, Prof. Dr. Erik Farin)
- ID 4:** Patient Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis *advanced* (Prof. Dr. Michael Koller, Prof. Dr. Erik Farin, PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke)
- ID 5:** Experimentelle und quasi-experimentelle Forschungsdesigns *basic* (Dr. Christoph Kowalski)
- ID 6:** Gruppendiskussion: Planung, Durchführung und Auswertung *basic* (Dr. Corina Güthlin, Dr. Ute Karbach)
- ID 7:** Narrative Interviews als qualitative Methoden in der Versorgungsforschung *basic* (Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene, Dr. Christine Holmberg)
- ID 8:** Komplexe Interventionen: Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Interventionsstudien *basic* (Ralph Möhler)
- ID 9:** Komplexe Interventionen: Probleme bei der Synthese publizierter Daten in systematischen Reviews *advanced* (Ralph Möhler)
- ID 10:** Epidemiologische Methoden und Routinedaten in der Versorgungsforschung *advanced* (Prof. Dr. Gerd Glaeske, PD Dr. Falk)
- ID 11:** Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Grundlagen *basic* (Dr. Dirk Müller, Prof. Dr. Stephanie Stock)
- ID 12:** Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Herausforderungen *advanced* (Dr. Nadja Chernyak, Dr. Charalabos-Markos Dinsios, PD Dr. Andreas Gerber-Grote)
- ID 13:** Methoden von Registern für die Versorgungsforschung *basic* (Prof. Dr. Jürgen Stausberg, Joachim Kieschke)
- ID 14:** Pragmatic Trials - Pragmatische Studien *basic* (Prof. Dr. Christan Ohmann, Prof. Dr. Hans-Joachim Trampisch)
- ID 15:** Analyse von Strukturgleichungsmodellen *advanced* (Prof. Dr. Markus Wirtz)

13. DKVF und 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Der DKVF 2014 findet gemeinsam mit dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) statt. Das DNVF freut sich über die Kooperation im Rahmen des Jubiläumskongresses (20 Jahre DGP und 10. Kongress) der DGP. Dies symbolisiert die gestiegene Bedeutung der Versorgungsforschung in der Palliativversorgung.

>> Neben der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege ist die Palliativversorgung ein wichtiger Gegenstandsbereich der Versorgungsforschung. Klassische Bereiche der Versorgungsforschung in der Palliativmedizin sind u.a. die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation, die Nachfrage und Inanspruchnahme palliativer Versorgungsleistungen, die Erfassung und Analyse von Versorgungsbedarfen aktuell und demographiewandelbedingt in der Zukunft. Von großem Interesse sind weiterhin das Auftreten und die Evaluation regionaler, geschlechterspezifischer, sozialer und internationaler Unterschiede sowie die Evaluation und Bewertung existierender Versorgungskonzepte inklusive der Weiterentwicklung neuer Ansätze. In der Palliativmedizin spielt die sektorenübergreifende Kooperation von Versorgungseinrichtungen und palliativ tätigen niedergelassenen Ärzten, Pflegern und Ehrenamtlichen miteinander eine wichtige Rolle für das Outcome des Patienten. Die Analyse von sog. Kontextfaktoren (z.B. hohe Arbeitsbelastung des Personals, mangelndes Sozialkapital in den Versorgungseinrichtungen)

auf das Outcome und hier insbesondere die Patientenzufriedenheit und Lebensqualität sind wichtige weitere Forschungsfelder.

Ein Track des gemeinsamen Kongresses beider Gesellschaften wird sich durchgehend diesen Fragen für den Bereich der Palliativmedizin widmen. In den anderen Tracks des Versorgungsforschungskongresses werden diese Forschungsfelder für die weiteren Versorgungsbereiche thematisiert. Ein Theorien-Methoden-Track sowie ein Track für andere freie Themen aus dem Bereich der Versorgungsforschung ergänzen das Programm des DKVF 2014. Das vorläufige Programm ist auf www.dgp-dkvf2014.de einzusehen.

Das Rahmenprogramm des gemeinsamen Kongresses bietet am ersten Tag Platz, das 20-jährige Jubiläum der DGP zu feiern. Mitglieder der Gruppe Bläck Fööss werden bei der Festveranstaltung auftreten, im Anschluss laden die Veranstalter zum Get-together ein. Am dritten Kongresstag findet für die Kongressteilnehmer ein exklusives Orgelkonzert im Kölner Dom statt (Anmeldung erforderlich). <<

Termine

- 31. Deutscher Krebskongress (DKG)**
19.-22.02.14, Berlin
www.dkvf2014.de
- 2. Internationale Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft**
21.02.2014, Kassel
www.dghwi.de
- 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (DGRW)**
10.-12.03.14, Karlsruhe
www.reha-kolloquium.de
- 30. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin**
20.-21.03.14, Berlin
www.icpm2014.com
- 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**
25.-28.03.14, Berlin
www.chirurgie2014.de
- 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin**
26.-29.03.14, Bremen
www1.pneumologie.de
- Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
26.-29.03.14, Berlin
www.deutscher-psychosomatik-kongress.de
- DNVF-Spring-School 2014**
01.-03.04.14, Bonn
www.dnvf.de
- 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**
24.-27.06.14, Düsseldorf
www.dkvf2014.de

Nachbericht zum 12. DKVF

Politischer Abend bei der Bertelsmann-Stiftung

Am 24.10.2013, dem 2. Kongresstag des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2013 fand in Berlin ein Politischer Abend statt, zu dem DNVF und Bertelsmann Stiftung gemeinsam eingeladen hatten. Zentrale Themen des Abends wurden im Paper „Nationalen Aktionsplan für Versorgungsforschung“ veröffentlicht.

>> Die Forderung, Versorgungsforschung in Deutschland zu stärken, findet sich in fast jeder gesundheitspolitischen Sonntagsrede. Abgesehen von zeitlich befristeten Förderprogrammen ist aber bisher vergleichsweise wenig passiert, um die Erkenntnispotenziale der Versorgungsforschung für versorgungs- oder gesundheitspolitisch relevante Entscheidungen zu nutzen. Nachhaltige Wirkung wird die Versorgungsforschung nur entfalten,

wenn sie wirtschaftlich und politisch unabhängig durchgeführt wird. Dann aber kann sie als Navigationshilfe für Systemsteuerung und -innovation mithelfen, dass Gesundheitspolitik weniger als in der Vergangenheit „auf Sicht fahren“ muss.

Im Zentrum der politischen Veranstaltung stand die Frage, welchen Beitrag die Versorgungsforschung leisten kann, um Versorgungsgerechtigkeit und Patienten-

orientierung im Gesundheitswesen zu erhöhen. Mit kurzen Beiträgen zu den Themen „Patientenorientierung“ (Prof. Dr. Edmund Neugebauer, DNVF-Vorsitzender, Witten/Herdecke), „Ärztevergütung“ (Prof. Dr. Eckart Fiedler, Köln), „Datenzugang“ (Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, DNVF-Vorstand, Greifswald) und „Transparenz“ (Uwe Schenk, Bertelsmann Stiftung, Berlin) wurde die Diskussion mit den ca. 80 Teilnehmern angeregt. <<

Eckpunkte eines „Nationalen Aktionsplans für Versorgungsforschung“

Navigationshilfe für Gesundheitspolitik

Gegenstand der Versorgungsforschung „ist die gesundheitliche...Versorgung unserer Bevölkerung, ihre Planung, Organisation, Regulierung, Evaluation und Optimierung“ (DFG-Denkschrift). Die Versorgungsforschung nimmt Fragen des Zugangs zu und der Verteilung von Gesundheitschancen, der Effektivität und Effizienz von Versorgungsangeboten sowie deren Qualität in den Blick. Sie will mit ihrer Arbeit dazu beitragen, die Zugangs-, Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung zu erhöhen. Ihr besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Patienten- und Nutzerperspektive unter den Alltagsbedingungen der Versorgung. Indem die Versorgungsforschung die Patientenbelange ins Zentrum ihrer eigenen Betrachtung stellt, leistet sie einen Beitrag zur stärkeren Patientenorientierung in der Versorgung. Die Ergebnisse der Versorgungsforschung dienen somit insbesondere dazu, die Kompetenzen und Ressourcen der Patienten als schwächstem Part im Versorgungsgeschehen zu stärken (Empowerment). Neben der Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung stellen gute Information, Transparenz und die Mitentscheidung der Patienten eigene Versorgungsziele dar. Um diese Ziele zu erreichen, arbeitet die Versorgungsforschung interprofessionell, multidisziplinär und integrativ; sie kann nur nachhaltige Wirkung entfalten, wenn sie wirtschaftlich und politisch unabhängig durchgeführt wird. Dann aber kann sie als Navigationshilfe für Systemsteuerung und -innovation mithelfen, dass Gesundheitspolitik weniger als in der Vergangenheit „auf Sicht fahren“ muss. Die dafür notwendigen gesundheitspolitischen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen sollen in der kommenden Legislaturperiode in einem Aktionsplan für Versorgungsforschung zusammengefasst werden. Ein solcher Impuls seitens des Bundes soll dazu beitragen, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung bei Struktur- und Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen künftig mehr Berücksichtigung finden. Im Folgenden werden die Eckpunkte eines Aktionsplans für Versorgungsforschung kurz beschrieben.

>> Um die Wirkung und Effizienz der von der Versorgungsforschung ausgehenden Impulse für das Gesundheitswesen zu erhöhen, sollen die Themen der Versorgungsforschung nach Relevanz und Bedarf priorisiert werden.

1. Priorisierung der Themen der Versorgungsforschung

Dabei geht es inhaltlich insbesondere um folgende Themen:

- Evidenzbasierte Information und Beteiligung von Patienten im Behandlungs-geschehen
- Qualitäts- und patientenorientierte Vergütungsanreize für Gesundheitsberufe
- Angemessenheit von Leistung und Indikationsstellung (Über-, Unter-, Fehlversorgung)
- Indikatoren zur Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- Effekte von Transparenz auf die Qualität der Versorgung
- Innovative Versorgungskonzepte
- Schnittstellen- und Vernetzungsforschung
- Kompetenz, Kooperation und Verantwortung der Gesundheitsberufe
- Zugang zu Leistungen und Informationen (vulnerabler Gruppen)
- Soziale und regionale Unterschiede in der Versorgung und regionale Bedarfsplanung
- Politikfolgenforschung und Evaluation von Innovationen

Die Initiative zu diesem Priorisierungsprozess muss gemeinsam von den zuständigen Bundesministerien für Bildung und Forschung sowie für Gesundheit ausgehen. Darüber hinaus sind die maßgeblichen Akteure aus Wissenschaft und Versorgungsforschung, die Spitzenorganisationen der Kostenträger und Gesundheitsberufe sowie Verbraucher- und Patientenorganisationen zu beteiligen.

2. Freier und offener Zugang zu verbesserten Versorgungsdaten

Ohne qualitätsgeprüfte, flächendeckende Sekundärdaten kann keine wissenschaftlich solide Versorgungsforschung betrieben werden und keine fundierte Politikberatung erfolgen. Das deutsche Gesundheitswesen leidet weniger unter einem Mangel an Daten, sondern darunter, dass die vorhandenen Informationen weder für Prozesse der Versorgungsteuerung noch zur Herstellung von Versorgungstransparenz zur Verfügung stehen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wurde das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als zentrale Institution benannt, durch die zukünftig bundesweite Leistungsabrechnungs- und Versorgungsdaten zur Verfügung gestellt werden sollen.

Der Umfang der Nutzung für Forschungszwecke wurde jedoch zugleich beschränkt

auf den Datensatz für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Diese Entwicklung geht zwar strukturell in die richtige Richtung, ist aber hinsichtlich des Umfangs und der Qualität der zur Verfügung stehenden Daten bei weitem noch nicht ausreichend. Für eine sinnvolle versorgungswissenschaftliche Nutzung wären die Daten zu ergänzen um: Stammdaten der Versicherten, Versicherungszeiten, Todeszeitpunkte, sowie Daten zu Prozeduren und Leistungen, auch aus den Bereichen Pflegeversicherung und Rehabilitation. Da die Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges versorgungspolitisches Anliegen darstellt, ist es ferner unerlässlich, dass das Regionalmerkmal jedes Versicherten (Landkreis) weiterhin in den für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellten Daten enthalten bleibt.

Der Versorgungsforschung muss ferner – unter Wahrung des Datenschutzes – ungehinderter Zugang zu den nicht aggregierten Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und des Statistischen Bundesamtes gewährt werden. Zudem muss es gesetzlich ermöglicht werden, die Sekundärdaten mit anderen Daten zu verknüpfen. Abrechnungsdaten sind für Zwecke der Epidemiologie, Planung und Qualitätssicherung derzeit nur bedingt nutzbar, weil ihrer Erhebung verzerrende Interessen zugrunde liegen können. Die Qualität und Validität dieser

wichtigen Daten muss daher gleichzeitig durch verzerrungsfreie Kodierregeln verbessert werden. Die 2012 aufgehobene ambulante Kodierrichtlinie ist durch ein Regelwerk zu ersetzen, das es erlaubt, die Diagnosen möglichst ohne ökonomische Verzerrungen präzise zu erfassen. Darüber hinaus ist der Zugang der Versorgungsforschung zu einem dann zu schaffenden sektor- und kassenübergreifenden Datenpool von Abrechnungsdaten gesetzlich zu regeln.

3. Ausbau der Versorgungsforschung in Forschung und Lehre

Um ihre Aufgaben auf dem wissenschaftlichen Niveau, das dafür notwendig ist, erfüllen zu können, bedarf die Versorgungsforschung einer soliden und verlässlichen Struktur

und finanzieller Rahmenbedingungen, die es erlauben, dass die oben erwähnten Prioritäten sich in entsprechenden Ressourcenentscheidungen niederschlagen können. Die Versorgungsforschung muss künftig durch eigene Lehrstühle und Forschungseinrichtungen strukturell abgesichert werden. Zudem ist es notwendig, parallel zu den nationalen Gesundheitszentren ein nationales Versorgungsforschungszentrum nach niederländischem Vorbild (NIVEL: <http://www.nivel.nl/>) einzurichten.

Dies soll die gegründeten Gesundheitszentren ergänzen und unterstützen sowie eine kritische „Forschungsmasse“ schaffen.

In der Forschungsförderung des Bundes sind Forschungsinvestitionen in die Versorgungsforschung als eigene Säule neben der klinischen Forschung zu etablieren. Dabei

müssen sowohl die Forschung über Kernleistungen der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsleistungsforschung) als auch die Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung der Kernleistung (Kontextforschung) gleichgewichtig gefördert werden. Neben der Struktur- und Forschungsförderung des Bundes ist eine verlässlich geregelte und nachhaltige Finanzierung seitens der Kostenträger der gesundheitlichen Versorgung, die am meisten von den Ergebnissen der Versorgungsforschung profitieren, unerlässlich. So hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vorgeschlagen, ein Promille der GKV-Ausgaben für Zwecke der Versorgungsforschung zu verwenden. <<

Mehr Infos: www.dnvf.de

Versorgungsforschung in der Onkologie

DNVF beim 31. Deutschen Krebskongress 2014

Nachdem sich das DNVF bereits 2012 beim Deutschen Krebskongress für Versorgungsforschung aktiv beteiligt hat, werden auch in diesem Jahr drei Sitzungen zum Thema Versorgungsforschung in der Onkologie vom DNVF gestaltet. Diese werden am Freitag, den 21. Februar 2014 stattfinden.

15:00 - 16:00

Methoden der Versorgungsforschung in der Onkologie

Vorsitz: Glaeske, G. (Bremen); Hoffmann, W. (Greifswald)

- Ökonomische Aspekte der Gesundheitsversorgung in der Onkologie Dintsios, M. (Berlin)
- Ergebnisse aus Studien zur Versorgungssituation in der Onkologie Ansmann, L. (Köln)
- Kleinräumige Bedarfs- und Ressourcenplanung für die onkologische Versorgung 2020 Hoffmann, W. (Greifswald)

16:00 - 17:00

Aspekte der Versorgungsforschung in der Onkologie

Vorsitz: Wesselmann, S. (Berlin); Dintsios, M. (Berlin)

- Qualitative Methoden in der Onkologie Meyer, T. (Hannover)
- Lebensqualitätsforschung und Umsetzung in die onkologische Versorgung Koller, M. (Regensburg)
- Selbsthilfeforschung in der Onkologie Schulte, H. (Bonn)

17:15 - 18:15

Versorgungsforschung und Nationaler Krebsplan

Vorsitz: Neugebauer, E. (Köln); Schmiegel, W. (Bochum); Hofstädter, F. (Regensburg)

- Versorgungsforschung in der Onkologie auf Basis klinischer Krebsregistrierung Kastenholz, H. (Bonn)
- Wissenschaftliche Projekte zur Nutzung der Daten Klinischer Krebsregister Pfaff, H. (Köln)
- Führt Versorgungsforschung zur Versorgungsverbesserung? Klinkhammer-Schalke, M. (Berlin)

News und Fakte

Neue Mitglieder zum Jahresstart 2014

Das DNVF e.V. hat im Januar drei neue Mitgliedsgesellschaften/-organisationen/-institute, BARMER GEK, Offis e.V. und OptiMedis AG sowie sechs persönliche Mitglieder im DNVF e.V. aufgenommen.

Damit agieren unter dem Dach des DNVF e.V. aktuell:

- 41 Fachgesellschaften
- 14 Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände
- 10 Juristische Personen und Personenvereinigungen und
- 55 Natürliche Personen

Versorgungsforschungskongress der Academy Health 2014

Der jährliche Kongress, das „Annual Research Meeting (ARM)“ der Academy Health - korrespondierendes Mitglied im DNVF e.V. - findet vom 8. bis 10. Juni 2014 in San Diego, USA mit mehr als 150 Sessions statt. Die Registration wird im Februar geöffnet, ein Programm Mitte Februar zur Verfügung stehen.

Weitere Infos finden Sie unter www.academyhealth.org (<http://www.academyhealth.org/events/content.cfm?ItemNumber=882&navItemNumber=529>).

Helmut Hildebrandt

Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung

Die hohen Rücklagen des Gesundheitsfonds und einzelner Krankenkassen rufen vor allem die Lobbyisten auf den Plan, die dem „Weiter so“ und dem „Mehr vom Bisherigen“ das Wort reden. Hier ein Pflästerchen zugunsten der Krankenhäuser, dort eines gegen beunruhigende Auswüchse der unterschiedlichen GKV- und PKV-Honorierungen und, nicht zu vergessen, mehr Geld für die Sicherstellung der ländlichen Versorgung. Die Große Koalition stellt sich auch eher auf das Klein-Klein der inkrementellen Reformen ein, eröffnet allerdings mit einem Innovationsfonds von jährlich 300 Millionen Euro ein neues Tor für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen. Gleichzeitig wissen alle Beteiligten, dass abhängig von der Konjunktur- und Immigrationsentwicklung voraussichtlich ab 2016 oder 2017 den Sozialleistungsträger wieder Finanzierungsprobleme bevorstehen, die grundsätzlichere Reformen erfordern und sich zudem in den Folgejahren deutlich erhöhen. Der US-Innovationsökonom Clayton Christensen formuliert nun die These, dass die eigentlichen disruptiven Innovationen oder Sprunginnovationen nicht von der Politik, sondern von der zuliefernden Wirtschaft initiiert würden. Er hat hierzu über viele Jahrzehnte Innovationsprozesse aus verschiedenen Wirtschaftsbereichen analysiert und kommt zu dem Ergebnis, dass es in all diesen Bereichen letztendlich immer wieder nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten gelinge, günstigere Lösungen für eine größer werdende Zahl von Konsumenten zu entwickeln. Er analysierte auch das Gesundheitswesen. Auch in diesem sei die Zeit reif für günstigere Lösungen. Im Folgenden wird dieser These nachgegangen und es werden die Chancen und Hindernisse von Sprunginnovationen für das deutsche Gesundheitswesen abgewogen. Müssen wir im Gesundheitswesen wirklich immer automatisch davon ausgehen, dass alles teurer wird? Oder haben wir uns in ein System verrannt, das genau diese Teuerungsspirale produziert, und gibt es Wege, dort wieder herauszukommen? Was können wir aus der Analyse der Innovationsgesetzmäßigkeiten anderer Branchen für die Zukunft unseres Gesundheitswesens lernen? Welche Rolle spielen dabei neue Geschäftsmodelle, die auf Outcome statt auf Leistungsmenge ausgerichtet sind? Und vor allem: Wer werden die Marktteilnehmer sein, die diese Sprunginnovationen auf den Weg bringen werden?

>> Der amerikanische Innovationsökonom Clayton Christensen führte für die Analyse von Innovationsgesetzmäßigkeiten den Begriff der „disruptive innovations“ ein. Der Begriff wurde im Deutschen zum Teil mit „bahnbrechenden“ oder „marktverändernden“ Innovationen übersetzt. In Annäherung an die Terminologie im Bereich der Arzneimittel nutzt der Autor im Folgenden den Be-

Zusammenfassung

Jenseits von Arzneimitteln und Medizintechnik bedarf es im Gesundheitswesen organisatorischer und technischer Innovationen, um auf Dauer eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung zu gewährleisten. Dabei kann das Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftsbereichen lernen und durch disruptive oder bahnbrechende Innovationen neue Formen der Versorgungsorganisation ermöglichen – die eine preisgünstige, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten. Um diese Sprunginnovationen zu realisieren, bedarf es entsprechender Technologie, adäquater Geschäfts- und Vergütungsmodelle sowie passender Wertschöpfungsnetzwerke. Die Treiber dieser Entwicklungen werden, wenn man dem US-Forscher Christensen folgt, eher die heutigen Zulieferer, regionalen Netze und Systemanbieter als die großen klassischen Akteure sein.

Schlüsselwörter

Innovationen, Integrierte Versorgung, Netzwerke, Gesundheitsversorgung, Vergütung, Anreizstrukturen, Technologie

griff Sprunginnovationen. Er lenkt damit den Blick weg von den inkrementellen oder evolutionären Innovationen, die bestehende Lösungen weiter verbessern, hin zu denjenigen, die neue Produktausprägungen in Verbindung mit neuen Geschäftsmodellen schaffen, beispielsweise die Einführung der Kreditkarte in Verbindung mit einem neuen Wertschöpfungsmodell und dem dafür erforderlichen Netzwerk samt entsprechender Informationstechnologie, oder die Einführung der PCs gegenüber den bis dahin gängigen Rechenzentren und Mainframe-Computern oder die Entwicklung des Billigflieger-Geschäftsmodells gegenüber dem bis dato beherrschenden Hochpreismodell (Christensen et al. 2011)

Drei Bedingungen gibt Christensen dafür als Voraussetzungen an:

1. Eine überlegene Technologie muss entwickelt worden sein, die es erlaubt, ursprünglich komplexe und teure Lösungen zu vereinfachen und zu systematisieren.
2. Ein Geschäftsmodell muss aufgebaut sein, das diese vereinfachte Lösung für die Kunden bezahlbarer und einfacher erreichbar macht.
3. Ein Wertschöpfungsnetzwerk wird benötigt, das sich gegenseitig in der neuen disruptiven Ökonomie verstärkt, sowie eine Rahmenordnung, die sich in Verbindung mit dem Aufstieg der disruptiven Innovation entwickelt, um die neuen Regulierungen und Standards zu generieren.

Gemeinsam mit dem erfahrenen Krankenhausexperten Jerome Grossman und dem Arzt Jason Hwang untersuchte Christensen das Gesundheitswesen und seine Subsysteme anhand der Erfahrungen der anderen Branchen. Ihr Schluss: Die drei Experten sehen hier ebenfalls eine Welle von disruptiven Innovationen auf uns zukommen (vgl. Christensen et al. 2008). Im Folgenden greift der Autor einige ihrer Argumente und Schlussfolgerungen auf und ergänzt diese durch eigene Anmerkungen.

Erste Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: die überlegene Technologie

Die erste Bedingung „Technologie“ kann zumindest in den Grundlagen als erfüllt angesehen werden. Hoch entwickelte Technologien wie die Informationsverarbeitung und Datenspeicherung bzw. -analyse bis hin zu predictiv-modeling-Algorithmen für das Aufspüren

von künftigen Risikogruppen, die erweiterten diagnostischen Möglichkeiten in der Vorhersage von Metabolisierungsunterschieden, die Reaktionsweisen auf spezielle Pharmaka und die Ambulantisierung und Miniaturisierung ehemals stationärer Großgeräte sind in den letzten Jahren entwickelt worden. Seit 2013 existiert auch eine in die Arzteinformationssysteme der Praxen integrierte zentrale Patientenakte. Diese IT-Lösung ermöglicht es, digitale Behandlungsprozesse und -leitlinien in Netzwerke zu implementieren und stellt die IT-optimierte Administration einer regionalen Systemgesellschaft sicher (Grätzel 2013). Andere IT-Anbieter befinden sich ebenfalls auf dem Weg dahin.

In den letzten Jahren ist ebenfalls die Entwicklung im Bereich der telemedizinischen wie auch der internetgestützten Schulungs- und Therapieformen vorangeschritten – wenn auch Letzteres sich noch im Pilotstatus befindet. Im Wesentlichen noch völlig unverbunden zum institutionellen Gesundheitswesen ist die Entwicklung in den tracking- und diagnostischen Fähigkeiten der Smartphone-APPs und der Ambient-Assisted-Living (AAL)-Sensorik. Nur wenige Krankenkassen, pharmazeutische Unternehmen und Systemzusammenschlüsse bedienen sich dieser neuer Chancen bisher. Dabei bieten sie ein hohes disruptives Potenzial. Aktuell mag dieses Potenzial noch durch die zu hohen Kosten der Technologien behindert sein. In Kürze ist damit zu rechnen, dass hier eine massive Preisreduktion eintreten wird – bei den Smartphones zeichnet sich diese Entwicklung bereits ab. Die zu erwartende Reduktion von Preisen ist auch im Bereich ambulanter POS-Labordiagnostik oder ambulanten Monitoring von Herzfunktionen wahrscheinlich.

Zur technologischen Dimension müssen aber nicht nur die obigen Technologien gezählt werden, sondern auch das gesundheitswissenschaftliche Know-how möglicher gesundheitsbezogener Veränderungen des Lebensstils. So stark dieses Wissen in den letzten Jahren angewachsen ist, so schwach sind immer noch Verknüpfung und Einsatz im klassischen Gesundheitswesen. Hier liegen noch wesentliche Potenziale für Sprunginnovationen, wenn man beispielsweise nur an die Möglichkeiten der gezielten Trainingsintervention bei KHK, COPD, Depression, Diabetes und sogar Demenz denkt.

Zweite Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: das Geschäftsmodell

Bei der zweiten Bedingung für disruptive Sprunginnovationen lässt sich der größte Innovationsbedarf erkennen. Sowohl die Versorgungsorganisation als auch die Organisation der Versicherungsseite kann in Deutschland im Wesentlichen als eingefroren bezeichnet werden. Während in den USA schon in den 1990er Jahren unter der Bezeichnung „Managed Care“ intensiv an radikal neuen Geschäfts- und Vergütungsmodellen gearbeitet worden war und aktuell unter der Obama-Administration bereits über 300 sogenannte Accountable Care Organizations (ACO) gegründet wurden, beherrscht in Deutschland die Einzelpraxis und das klassische Vergütungsmodell der Einzelleistungsvergütung das Feld. Das Grundproblem der Einzelleistungsvergütung – aus der Sicht der Kostenträger betrachtet – ist der ihr innewohnende Anreiz zur Mengenausweitung. Für den Leistungserbringer entsteht in Verbindung mit der Möglichkeit der relativen Kostendegression über die Fallzahlausweitung damit ein Anreiz, jeweils „Mehr vom Bisherigen“ zu produzieren. Solange die Kostenträger das bisherige Geschäfts- und Organisationsmodell nicht verändern, entsteht damit ein Teufelskreis von Anreizen. Die Krankenkasse wird versuchen, durch eine

Herabsetzung der Einzelleistungsvergütung den Kostenanstieg zu begrenzen, der einzelne Leistungserbringer muss gleichzeitig die Zahl der Leistungen erhöhen, um weiterhin seinen Ertrag sicherzustellen. Da Letzteres für alle Leistungserbringer gilt, wird dann die Politik zum Eingriff genötigt, um die Anzahl der Leistungserbringer möglichst zu senken. Hierdurch läuft die Politik Gefahr, regionale Monopole zu generieren, die dann – durchaus mit Zustimmung der regionalen Öffentlichkeit und der Patienten – unter dem Stichwort Versorgungssicherheit erhöhte Preise bzw. Aufschläge durchsetzen können. Genau diesen Kreislauf können wir aktuell in Deutschland beobachten.

Das polare Gegenkonzept zu diesem Geschäftsmodell stellt das Konzept der Capitation-Vergütung dar. Ein Leistungserbringer erhält danach eine vorher festgelegte fixe Vergütung pro Versichertem – und damit ganz unabhängig von der tatsächlichen Einzelleistung. Dieses Geschäftsmodell belohnt für den Leistungserbringer somit die Nicht-Leistung. Das heißt, je weniger Aufwand er für den Versicherten oder die vertraglich vereinbarte Population erbringt, desto wirtschaftlicher für ihn. Es ist schnell zu erkennen, dass dieses Geschäftsmodell ebenfalls eine gefährliche Anreizschleife generieren kann. Der Kostenträger muss hierbei – im Gegensatz zum ersten Modell – ein Interesse haben, dass der Leistungserbringer nicht zu wenige Leistungen erbringt bzw. verordnet, sich nicht durch geschickte Selektion weniger kranker Versicherter Zusatzträge generiert und nicht neue Monopolstrukturen aufbaut, um erhöhte Preise durchzusetzen. All diese Kreisläufe und Fehlanreize konnten in den letzten Jahrzehnten in den USA beobachtet werden.

Ein drittes Geschäftsmodell – und hierunter lassen sich die neueren ACOs, Kaiser Permanente und Geisinger aus den USA, aber auch einige Regionallösungen aus Deutschland, beispielsweise Gesundes Kinzigtal oder Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg, einordnen – ist das einer balancierten Mischung von Mehr- und Minderleistungsanreizen durch die Einführung einer regionalen Systemebene auf der Basis eines sogenannten „Einsparcontractings“ (Hermann et al. 2006).

Nach Christensen wird hierfür eine neue Systemführerschaft – der Architekt der Obama-Reform, Donald Berwick, nannte diese Systemebene den „Integrator“ (Berwick et al. 2008) – gebraucht, die die Versorgung auf den Gesundheitszustand einer definierten Population ausrichtet und deren Vergütung hauptsächlich am Ergebnis orientiert sein müsse. Insgesamt würde dieses Geschäftsmodell eine preisgünstigere Versorgung ermöglichen und sich gegenüber den bisherigen Geschäftsmodellen im Gesundheitswesen als überlegen erweisen. Das Einsparcontracting bzw. die Einsparteilung dieser Systeme generiert eine solche günstigere Lösung für die Krankenkasse. Allerdings zeigt sich auch eine Reihe von Herausforderungen. Dies liegt zum einen an den Besonderheiten der Erfolgsmessung. Anders als in anderen Branchen ist die Erfolgsermittlung im Gesundheitswesen mit deutlich mehr Variablen behaftet. Die Kostenrisiken sind in hohem Maße volatil und unterliegen gleichermaßen der Altersveränderung der betroffenen Population, ihren Lebensstilen und deren Veränderungen, den Interventionen von Leistungserbringern und Dritten, beispielsweise Betrieben in ihrem Verhältnis zu ihren Arbeitnehmern, sowie neuen Normen durch den Gesetzgeber. Eine Adjustierung zumindest gegenüber der „normalen“ Kostenentwicklung ist zwingend. Der Übernahme des Erfolgsrisikos stehen insofern viele, nur teilweise beeinflussbare Risiken gegenüber. Damit einher geht noch eine weitere Herausforderung: der Investitionshorizont. Die Datenlage der Krankenkassen sowie der Adjustierung

über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds machen erst nach ein bis zwei Jahren eine erste Erfolgsmessung gegenüber den Kosten der Standardversorgung möglich. Wenn man zusätzlich noch einkalkuliert, dass auch die Veränderung der Verhaltensmodelle von Leistungserbringern und Patienten einen gewissen Zeitbedarf haben, dann kommt man schnell auf einen beträchtlichen Vorfinanzierungsbedarf.

Drei Besonderheiten in Deutschland weisen allerdings darauf hin, dass die Zeit für die Christensen'schen Sprunginnovationen reif sein könnte. Mit der Einführung der §§ 140a-d existiert seit dem Jahr 2000 ein window of opportunity in der dornigen und komplexen Gesetzeshecke des Sozialgesetzbuchs. Interessierte Vereinigungen von Leistungsanbietern (sogar Industrie) und Krankenkassen können hiernach unter Absehung der Regelungen des 4. Kapitels des SGB eigene Vertragslogiken entwickeln. Mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sowie der facharztspezifischen Versorgung nach § 73c wurden weitere selektive Vertragsoptionen eingeführt. Und in den letzten 14 Jahren hat sich hier doch auch ein ganz erheblicher Erfahrungsschatz gesammelt. Auch bezüglich der Kalkulationslogik liegen inzwischen eine ganze Reihe von Erfahrungen und Modellen vor. Es existiert in Deutschland bereits ein Adjustierungsmodell, das zudem öffentlich verfügbar ist. Dieses Modell bestimmt die Zuweisungen für die Krankenkassen: der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wie dieses Modell zur Erfolgsberechnung genutzt werden kann und wie seine Validität und Einsatzfähigkeit im Vergleich zu anderen Lösungen und RCTs besteht, wird ein in Kürze erscheinender Aufsatz beschreiben, der von mehreren Gesundheitsökonominnen zusammen mit dem Autor verfasst wurde.

Die dritte Besonderheit findet sich im frisch verabschiedeten Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD. In Reaktion auf die in den letzten Jahren eingetretene „gewisse Ernüchterung“ (SVR-Gesundheit 2012) bei der Entwicklung der Integrierten Versorgung und insbesondere der dafür erforderlichen Vorfinanzierung hatten viele Autoren die Einrichtung eines „Forschungs- und Entwicklungsetats bzw. einen Innovationsfonds“ als Teil der Zuweisungen des Gesundheitsfonds gefordert (Hildebrandt 2008, BMC 2011). Mit einem

jährlich 300 Millionen Euro umfassenden Innovationsfonds will die Koalition diesen Vorschlägen folgen. Gleichzeitig sollen die Fesseln der Zusatzbeitragslogik bei den Krankenkassen gelockert werden, sodass zum einen Krankenkassen wieder mutiger in neue Projekte investieren könnten und zum anderen auch externe Mittel für derartige Lösungen zur Verfügung gestellt werden könnten.

Dritte Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: das Wertschöpfungsnetzwerk

Für die dritte Bedingung, ein umfassendes Wertschöpfungsnetzwerk – hier als Public-Health-Ansatz verstanden – gibt es ebenfalls erste Piloten. So weist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal ein stetes Wachstum der eingeschriebenen Mitglieder (aktuell knapp 10.000) sowie der Kooperations- und Leistungspartner aus (ca. 120, darunter Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken, Sport- und andere Vereine, Sozialdienste und Bildungseinrichtungen). Darüber hinaus stehen zusätzlich über 20 regionale Betriebe mit gut 7.000 Mitarbeitern beim Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in engem Kontakt mit Gesundes Kinzigtal. Mit acht Betrieben soll zurzeit ein KMU-Netzwerk aufgebaut werden, in welchem Gesundes Kinzigtal das BGM organisiert. Mit den Kommunen im Kinzigtal bestehen enge Beziehungen, nicht zuletzt im Zusammenhang mit einem Weiterbildungsprogramm für Allgemeinmediziner, das bereits zur erfolgreichen Nachbesetzung von drei Arztpraxen geführt hat. Inzwischen zeigen sich auch andere Sozialleistungsträger interessiert, u. a. die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. Diese will im Kinzigtal evaluieren lassen, inwiefern der verbesserte Gesundheitsstatus der Bevölkerung dazu führt, dass auch Frühverrentungen reduziert werden und sich das durchschnittliche Renteneintrittsalter erhöht.

Dass ein solches Wertschöpfungsnetzwerk Effekte produzieren kann, zeigt sich nicht nur auf der Ebene der Wirtschaftlichkeitsrechnungen (Hildebrandt et al. 2012), sondern auch bei der Analyse von harten Ergebnis-Endpunkten wie der Sterblichkeitsrate. Erstmals konnten in einem Integrierten Vollversorgungsprojekt

Literatur

- Berwick, D.M./Nolan, T.W./Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political. In: Health Affairs 2008, 27, 3: 759–769
- BMC Bundesverband Managed Care – Positionen (2011): Blockaden der Integrierten Versorgung lösen. In: http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Dokumente_Allgemein/BMC-Positionspapier-IV-Blockaden-loesen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Christensen, C.M./Grossman, J.H./Hwang, J. (2008): The innovator's prescription: a disruptive solution to the healthcare crisis. New York, London: McGraw-Hill Professional
- Christensen C.M. (2011): The Innovator's Dilemma. Warum etablierte Organisationen den Wettbewerb um bahnbrechende Innovationen verlieren. Aus dem Amerikanischen übersetzt und überarbeitet von Kurt Matzler und Stephan Friedrich von den Eichen. München: Verlag Franz Vahlen
- Gesundes Kinzigtal (2013): Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit. Jahresbericht 2012. In: http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/20130814-Jahresbericht-GK_2012_final.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Hermann, C./Hildebrandt, H./Richter-Reichhelm, M./Schwartz F.W./Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2006, 5-6: 10-28
- Hildebrandt H. (2008) Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen in einem nach wie vor körperchaftlich geregelten Gesundheitswesen?. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2008, 3:26-34
- Hildebrandt, H./Stunder, B./Knittel, R./Schnaiter, M. (2012): Mehr Qualität, mehr Nettoeinsparungen. In: Welt der Krankenversicherung 2012, 3: 87-92
- Grätzel, P. (2013): Ärztenetz: Kinzigtal betritt Neuland. In: http://news.doccheck.com/de/31748/aerztenetz-kinzigtal-betritt-neuland/?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch (abgerufen am 06.01.2013)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten). Bern: Verlag Hans Huber
- Schulte, T./Pimperl, A./Dittmann B./Wendel, P./Hildebrandt, H. (2012): Drei Dimensionen im internen Vergleich: Akzeptanz, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: http://www.optimedis.de/images/docs/aktuelles/121026_drei_dimensionen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)
- Topol E. (2013): The Creative Destruction of Medicine. How the digital revolution will create better health care. New York:Basic Books (Perseus Books Group)
- Seitz, J./Kühmayer, F./Kirig, A./Huber, T./Huber, J./Gatterer, H. (2012): Healthness. Die nächste Stufe des Megatrends Gesundheit. Kelkheim (PDF Version)

Sterblichkeitsveränderungen gemessen werden. Dies geschah im Rahmen einer Kohortenstudie, bei der jeweils 4.596 Mitglieder und Nicht-Mitglieder der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal hinsichtlich ihrer Risiko- und Strukturmerkmale mittels Propensity-Score-Matching vergleichbar gemacht wurden. Das Ergebnis: Der Sterbezeitpunkt der Mitglieder wird im Schnitt um 1,5 Jahre verzögert. Ihre Sterblichkeitsrate innerhalb des aktuell möglichen Beobachtungszeitraums von zehn Quartalen ist geringer als die der Vergleichsgruppe: Es verstarben 81 Mitglieder (1,76%), aber 172 Nicht-Mitglieder (3,74%) (Schulte et al. 2012). Mögliche Erklärungen hierfür sind, dass im Gesunden Kinzigtal Ärzte bzw. Therapeuten und Patienten achtsamer und enger zusammenarbeiten, insgesamt aktiver und motivierter das Thema angehen und sich das Gesundheitsbewusstsein der Mitglieder schon positiv verändert hat. Die positive Ressource Patient bzw. genauer gesagt Mitglied, also der Gesunden wie Kranken in einer Population, als Teil des Wertschöpfungsnetzwerks anzusehen und weiter auszuformen, ist somit auch eines der Hauptaugenmerke bei der aktuellen Planung zur Fortsetzung und Weiterentwicklung von Gesundes Kinzigtal. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen hier nur einige der Aspekte erwähnt werden:

- Peer-to-peer-Training von chronisch Kranken zu ihren Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit und den Möglichkeiten des Selbstmanagements, der besseren Bewältigung und des Umgangs mit den Belastungen
- Hilfestellung für ältere Personen, in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben, etwa durch den Einsatz von technischen Assistenzlösungen (AAL) und sozialen Assistenzlösungen sowie zivilgesellschaftlicher Unterstützung
- Kraft-, Bewegungs-, Entspannungs- sowie Resilienz-Trainingsangebote für alle Mitglieder, u.a. durch den Bau einer eigenen „Gesundheitswelt Kinzigtal“
- Entfaltung weiterer Partizipationsräume für die Mitglieder jenseits der bisher vorhandenen Beteiligungsmöglichkeiten wie den Mitgliederversammlungen, u.a. mithilfe von Zukunftswerkstätten und sozialen Communities
- Nutzung von APP-Lösungen für Smartphones, textiler Sensorik und einem umsichtigen und bewussten Einsatz von self tracking und mobile health

Wertschöpfungsnetzwerke der oben beschriebenen Art können dann auch weitere Partner integrieren. Beispielsweise IT-Unternehmen, die mobil oder durch self tracking generierte Daten mit denen der Praxisverwaltungssysteme verknüpfen, oder pharmazeutische Unternehmen, die mit personalisierten Lösungen den genau auf diese Bedarfe zugeschnittenen optimalen Nutzen produzieren oder Lösungen für Hochkostenfälle entwickeln, die so selten sind, dass eine eigene Entwicklung für eine kleine Community wirtschaftlich unsinnig wäre.

Wer bringt die Sprunginnovationen auf den Weg?

Christensen macht mit seiner unideologischen und sachrationalen Beschreibung von Entwicklungssträngen einerseits Mut bezüglich der Möglichkeit von derartigen Innovationen. Er beschreibt aber auch die Hemmnisse, die sich Innovatoren entgegenstellen. Es sei insbesondere für diejenigen Unternehmen, die im gegenwärtigen Geschäftsmodell groß und erfolgreich geworden seien, schwierig, die neuen Chancen der disruptiven Innovationen für sich zu nutzen.

Weder eigneten sich deren Organisationskulturen für disruptive Start-Up-Innovationen noch mache es für diese Unternehmen ökonomisch Sinn. Schließlich bestehe für diese Unternehmen auf absehbare Zeit immer noch die Möglichkeit, zunächst weiterhin höhere Margen aus dem klassischen Geschäftsmodell durch Wachstum, Rationalisierung und eigene inkrementelle Innovationen zur Senkung des internen Produktionsaufwands zu generieren. Sich stattdessen auf das unsichere und komplexe Terrain von Sprunginnovationen mit all den oben beschriebenen Risiken und Anforderungen zu begeben, erfordere mehr Weitsicht und Risiko- und Innovationsbereitschaft, als man üblicherweise Gesellschaftern und Aktionären derartiger Unternehmen zutrauen würde. Stattdessen kämen die Innovatoren meist aus den bisherigen Zuliefererbranchen, die kleinere Margen gewohnt seien, sich auf Zukunftsmärkte hin ausrichten müssten und bestimmte technologische Kernelemente der neuen disruptiven Geschäftsmodelle beherrschen würden. Denkbare Innovatoren wären insofern sowohl die neu geformten regionalen Leistungsanbieternetzwerke als auch Anbieter von Disease-Management-, Versorgungsmanagement-, IT- und/oder wissenschaftsnahen Dienstleistungen. Diese brächten technologische Neuentwicklungen (Datenanalyse, IT-Organisation, Sensorik, Diagnostik etc.) und möglicherweise das Know-how für den erforderlichen Systemaufbau zusammen. Weiter gedacht könnte das zu gänzlich neuen Lösungen führen, in denen Klein- wie Großbetriebe aus der IT-Branche mit regionalen Gesundheitszusammenschlüssen, Selbsthilfeorganisationen, Vereinen, Verbänden und Kommunen die Treiber dieser Entwicklung sein könnten (Topol 2013, Seitz et al. 2012). Christensen setzt darüber hinaus noch sehr stark auf die klassischen Unternehmen und referiert Beispiele aus den USA, wo angesichts der horrenden Gesundheitskosten metallverarbeitende oder IT-Unternehmen die Gesundheitsversorgung ihrer Mitarbeiter inzwischen selbst in die Hand genommen hätten (Christensen 2011).

Das hieraus generierbare Wertschöpfungsnetzwerk könnte sich gegenseitig in der neuen disruptiven Ökonomie verstärken. Hier könnten sich dann auch einzelne Unternehmen der etablierten Gesundheitswirtschaft wie auch Krankenkassen und Versicherungen engagieren, die weiter denken als ihre Wettbewerber und die Endlichkeit des bisherigen sektoralen Vergütungs- und Organisationsprinzips voraussehen.

An dieser Stelle – also der Ökonomie nachgelagert – müssten dann auch die politischen Rahmenbedingungen nachjustiert werden. So könnten sich nach Christensen die neugefundenen Organisations- und Geschäftsmodelle verfestigen und stabilisieren, bis sie von der nächsten disruptiven Innovationswelle wieder aufs Neue erschüttert und weiterentwickelt werden. Aus der Analyse anderer Branchen weist er aber nach, dass gleichzeitig solche disruptiven Innovationen keineswegs easy going, sondern in höchstem Maße konfliktreiche und riskante Unternehmungen seien, die vielfach auch wieder untergingen und eventuell an anderer Stelle von anderen Organisationen wieder neu aufgebaut werden würden.

Letztendlich – und das könnte als Schluss aus seinen Analysen gezogen werden – würde sich aber immer das auf der Gesamtebene preiswertere, nutzenoptimiertere Geschäftsmodell durchsetzen. Dafür würden die Kräfte und Regeln des Marktes sorgen, so sehr die etablierten Organisationen auch die anfänglich überlegenen Lobby- und Durchsetzungsmöglichkeiten einsetzten, um die disruptiven Innovationen zu behindern. Hohe Anforderungen würden sich dabei an das Management und das neue Geschäftsmodell stellen. Aus der Analyse vergleichbarer Zeitbedarfe in anderen Branchen

zieht Christensen die Schlussfolgerung, dass bis zu 20 Jahre vergehen könnten, bis ein neues Systemmodell der Versorgung entwickelt werden könne (Christensen 2008).

Der regionalen transsektoralen Versorgung gehört die Zukunft

Das gegenwärtige Geschäftsmodell der Gesundheitsversorgung in Deutschland drängt bzw. verführt die Leistungserbringer, möglicherweise überflüssige und teilweise sogar schädliche Interventionen vorzunehmen bzw. auszuweiten. Sowohl die dadurch überhöhten Kosten für die Krankenversicherungen, die anderen Sozialleistungsträger, die Wirtschaft und die Gesellschaft als auch die Erstarrung des Modells durch die Besitzstandswahrung der etablierten Berufsrollen erhöhen die Wahrscheinlichkeit und Chancen von Sprunginnovationen. Die wahrscheinlichste Form dieser Innovationen besteht in einem Geschäftsmodell, in dem regionale Systemanbieter ihren Ertrag u. a. durch die Optimierung des Gesundheitsstatus der Population sowie die effiziente transsektorale Versorgungsorganisation realisieren. Dies erfordert ein Geschäftsmodell, das die generierte, relativ verbesserte Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung adjustiert. Aktuell befinden wir uns in einer Umbruchsituation, in der die Leistungserbringer durchaus nach Geschäftsmodellen suchen, die ihrem Anspruch an Lebensqualität und Berufszufriedenheit mehr entgegenkommen als das bisherige Modell. Solche Lösungen zeigen sich bisher nur in wenigen regionalen Verbänden. Allerdings sind die dafür erforderlichen technologischen und Wissensinnovationen prinzipiell bereits vorhanden (Gesundes Kinzigtal 2013). Die Analyse anderer Branchen zeigt eindrücklich, dass sich überbeuerte Lösungen, wie in dem fragmentierten deutschen Gesundheitswesen, langfristig nicht halten können, sondern durch Sprunginnovationen abgelöst werden. Es ist kaum zu erwarten, dass die traditionellen großen Leistungserbringerorganisationen sich als Erstes engagieren werden: Die Innovatoren werden – so die Analyse anderer Branchen – eher auf der Seite der Zulieferer und Technologieträger sowie neuer kleinteiliger Verbände zu finden sein – ob man das begrüßt, oder nicht. Es wird spannend zu verfolgen sein, wie sich Innovatoren und Politik gegenseitig bestärken werden.

Ferner wird zu beobachten sein, wie sich die Versorgungsträger und die Krankenkassen dazu verhalten werden, und ob sie Innovationen nicht doch stärker gestalten wollen als bisher. Dass sich neue preisgünstigere und mehr Nutzen stiftende Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen durchsetzen werden, ist allerdings zu erwarten – das ist die Hoffnung machende Botschaft aus der Analyse von Innovationsentwicklungen anderer Branchen. Die Zeit regionaler Systemanbieter wird kommen – und das eher schneller, als gedacht. <<

Disruptive innovation in the organization of care

Beyond pharmaceuticals and medical technology there is a need for organizational and technical innovations in healthcare system to ensure high-quality and affordable health services over the long-term. In this context healthcare system can learn from other branches in which disruptive innovations pave the way for new forms of organization. In the healthcare market these can provide health services of high quality in an affordable and efficient way. To enable disruptive innovation there is a need for appropriate technology, adequate business and remuneration models as well as suitable value networks. According to the research of Clayton Christensen, key drivers of this development will rather be current suppliers, regional networks and system providers than the traditional actors.

Keywords

Innovation, Integrated Care, Networks, Healthcare, Remuneration, Incentives, Technology

Autorenerklärung

Helmut Hildebrandt beteiligt sich seit Jahren als Vorstand und Geschäftsführer, u.a. OptiMedis AG, an der Organisation der Gesundheitsversorgung sowie im politischen Umfeld an der Reorganisation des Gesundheitswesens. Dieser Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion gibt seine Meinung wieder.

Helmut Hildebrandt

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

Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de



Dipl.-Psych. Nina Bucholtz
 Dr. rer. medic. Ursula Hahn
 Daniela P. Chase, M.Sc.
 Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert
 Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augenchirurgie

Die Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg gehört zu den bedeutendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen seit nunmehr mehreren Jahrzehnten. Auch wenn sich die medizinische Versorgung in Deutschland noch immer durch eine gute Erreichbarkeit sowie ein hohes Qualitätsniveau auszeichnet, bedrohen die vielfach diskutierten Versorgungs Herausforderungen - Stichworte sind u.a. demografische Entwicklung, Multimorbidität, Ärztemangel und Kostenexplosion - zunehmend die Sicherstellung dieses Versorgungsniveaus. Unter der Annahme, dass der Versorgungsbedarf qualitativ und logistisch über traditionelle Organisationsformen nicht mehr ausreichend bedient werden kann, müssen die Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und gegebenenfalls neu konzipiert werden. Besonders in den letzten zehn Jahren implementierte der Gesetzgeber verstärkt eine Vielzahl an Gesetzen und Reformen zur Stärkung der intersektoralen Kooperation. Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde erstmalig die Integrierte Versorgung in die deutsche Gesetzgebung aufgenommen und mit dem GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 neuformuliert. Dies bildete die Grundlage für selektive Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern und war maßgeblich für den Bedeutungsgewinn sektorenübergreifender Versorgungsformen. Die jüngste Gesundheitsreform im Zuge des Versorgungsstrukturgesetzes (VstG), das zum Januar 2012 in Kraft getreten ist, schafft zwar erneut keinen Durchbruch für sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, sie setzt jedoch punktuelle Voraussetzungen für eine bessere Verzahnung der Leistungssektoren. Mit der Änderung des § 87 b SGB V erfährt insbesondere die Bedeutung von Arztnetzen eine neue Dynamik. Ärzte werden durch die Möglichkeit gesonderter Vergütungsregelungen und Honorarvolumina für vernetzte Praxen wesentlich stärker motiviert, sich an kooperativen Modellen zu beteiligen.

Zusammenfassung

Obwohl eine sektorenübergreifende Versorgung in den letzten Jahren gestärkt wurde, stellt diese immer noch eine der größten Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen dar. Gleichzeitig wurde bisher kaum systematisch untersucht, wie Kooperationen in der Praxis ausgestaltet und realisiert werden. Ziel der Studie war es, am Beispiel einer ambulanten augenmedizinischen Versorgergruppe existierende Kooperationsformen für augenchirurgische Leistungen zu erfassen und deren Relevanz im Versorgungsalltag zu untersuchen. Von einer Expertenrunde wurden dazu mögliche Kooperationsmodelle definiert. Zudem wurden Interviews mit N = 32 Leitern von ambulanten augenchirurgischen Zentren der OcuNet Gruppe zu deren Nutzung und deren Bedeutung für versorgungsrelevante Fragestellungen geführt. Insgesamt konnten acht Kooperationsformen identifiziert und nach ihrem Grad der Kooperation bewertet werden. Neben klassischen Formen, wie z.B. dem unvernetzten augenchirurgischen OP in der Trägerschaft von Vertragsärzten (als Praxis oder MVZ) oder dem Belegarztmodell, stellten sich auch kooperative Versorgungsformen mit anderen ambulanten Einrichtungen bzw. Krankenhäusern als häufige und relevante Modelle in der augenchirurgischen Versorgung heraus.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, Schnittstelle ambulant/stationär, Sektorenübergreifende Versorgung, Kooperationsformen, Augenheilkunde, Augenchirurgie

>> Die Anzahl der Ärztenetze hat sich in den letzten 10 Jahren bereits von 200 auf 400 verdoppelt. Darin sind 30.000 Ärzte eingeschrieben. Aller Voraussicht nach werden die Zahlen, aber auch der Grad der Professionalisierung der Netze ansteigen. Als nächster Schritt sind überregionale oder nationale Ärzketten denkbar.

Doch so wichtig Ärztenetze für die Verbesserung der medizinischen Versorgung auch sind – ganzheitliche Behandlungsabläufe ohne Therapiebrüche erfordern mehr als die Koordination der ambulanten ärztlichen Leistungen. Zu den bedeutendsten Herausforderungen im Gesundheitssystem gehört nach wie vor die Optimierung der Verzahnung zwischen den Leistungssektoren. Ein Aspekt, der sich auch bei der hier vorgestellten Befragung von N = 32 augenchirurgischen Zentrumsleitern bestätigte, wie Abbildung 1 verdeutlicht.

Die Stärkung der Integrierten Versorgung wird nahezu einhellig

Inwieweit stimmen Sie der Einschätzung, dass sektorenübergreifende Patientenversorgung eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen ist, zu?

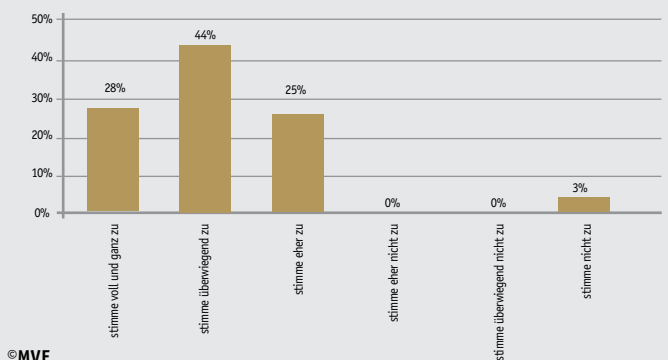


Abb. 1: Sektorenübergreifende Versorgung als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens. Quelle: Eigene Erhebung aufgrund einer Befragung von Leitern ambulanter augenchirurgischer Zentren.

von allen Akteuren im Gesundheitssystem als entscheidende Stellschraube für mehr Patientenorientierung und Effizienz in der medizinischen Versorgung gesehen und befürwortet. Doch kooperative Versorgungsformen werden sich nur durchsetzen, wenn die Initiative zu großen Teilen von den Ärzten ausgeht. Entsprechend der Vielzahl an rechtlichen Rahmenbedingungen hat sich eine ebenso große Bandbreite verschiedenster Kooperationsmodelle herausgebildet, die sich zum Teil schon als bedeutsame Komponenten in der Gesundheitsversorgung etabliert haben.

Stand der Versorgung in der Augenheilkunde

Die Augenheilkunde nimmt in der Entwicklung einer zunehmend ambulanten Versorgung eine Vorreiterrolle ein. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht eine immer umfassendere ambulante Versorgung, insbesondere in der Ophthalmochirurgie (Reuscher 2008; Berufsverband der Augenärzte o.J.). In einer Übersicht zu stationären und ambulanten Leistungsdaten zeigen Amelung et al. (2012) auf, dass in den letzten Jahren beispielsweise ein deutlicher Rückgang an Kataraktoperationen im stationären bei gleichzeitigem Anstieg von Kataraktoperationen im ambulanten Bereich zu verzeichnen ist.

Dementsprechend unterscheidet sich die Versorgungsstruktur der Augenheilkunde stark von der Struktur der meisten anderen medizinischen Fachgebiete: Während nur etwas mehr als die Hälfte aller berufstätigen Ärzte im stationären Sektor arbeitet (54,3%), ist die überwiegende Mehrheit der Augenärzte (86,4%) ambulant tätig. Gleichzeitig lässt sich in der Augenheilkunde im Vergleich zu anderen Bereichen ein stärkerer Rückgang stationärer Fachabteilungen beobachten, der mit einer rückläufigen Zahl an Betten sowie fachabteilungsbezogenen Fällen einhergeht.

Auch kooperative und sektorenübergreifende Versorgungsformen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Immer mehr Augenärzte arbeiten in größeren Organisations- und Praxisformen wie zum Beispiel Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren (Amelung et al. 2012). So ist beispielsweise die Anzahl augenärztlicher Einzelpraxen zwischen den Jahren 2009 und 2010 um 4,8% gesunken. Die Anzahl überörtlicher und KV-übergreifender Gemeinschaftspraxen ist dabei gleichzeitig um 38,6% bzw. 33,3% gestiegen (KBV 2011). Darüber hinaus ist etwa ein Zehntel der berufstätigen Augenärzte sektorenübergreifend im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit an der stationären Versorgung beteiligt.

Neben der klassischen sektorenübergreifenden Versorgung der belegärztlichen Tätigkeit existieren weitere sektorenübergreifende Kooperationsmodelle. Einen Einblick bieten einzelne Versorgungsnetzwerke, wie z.B. die OcuNet Gruppe oder die AugenAllianz GbR, die eine Verzahnung des ambulanten und stationären Versorgungsektors umsetzen und den Patienten damit eine umfassende Versorgung „aus einer Hand“ ermöglichen (Hahn 2011; OcuNet 2012; AugenAllianz 2012). Unterschiedliche Kooperationsformen zwischen ambulant und stationär fördern dabei nicht nur eine integrierte Patientenversorgung, vielmehr kann die kooperative Zusammenarbeit auch für die beteiligten Leistungserbringer Erfolgsfaktoren mit sich bringen.

An welchen Stellen und in welcher Form bereits heute eine Kooperation zwischen den Sektoren realisiert wird, wurde bisher jedoch kaum untersucht und strukturiert dargelegt. Ziel dieser Studie war es daher, existierende Kooperationsformen am Beispiel der in der OcuNet Gruppe zusammen geschlossenen ambulanten augenchirurgischen Zentren und ihre Dimensionen aus Sicht des ambulanten

Leistungserbringers zu beschreiben sowie ihre quantitative Relevanz abzuschätzen.

Im Folgenden werden zunächst alle existierenden Kooperationsformen exemplarisch erläutert. Im Anschluss werden diese in die Erfahrungen der OcuNet Gruppe eingebettet und die Ergebnisse dargestellt.

Übersicht über Kooperationsformen, die ambulante augenchirurgische Zentren nutzen

1) Eigenleistungsmodell ambulant

- Eigenverantwortliche Ausstattung und Betrieb eines ambulanten OPs durch AZ (ambulantes Zentrum) ohne Anbindung an ein Krankenhaus.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV (Kassenärztliche Vereinigung) oder die KK (Krankenkasse).

2) Mietmodell

a) Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen

- AZ-Arzt mietet für ambulante Operationen der eigenen Patienten die OP-Infrastruktur und Raum einer anderen ambulanten Einrichtung an.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt eine Nutzungspauschale an die vermietende ambulante Einrichtung.

b) Mietmodell mit Infrastruktur bei Krankenhaus

- AZ-Arzt mietet für ambulante (in Ausnahmefällen auch stationäre) Operationen der eigenen Patienten im Krankenhaus Räumlichkeiten und weitere versorgungsrelevante oder medizinische Infrastruktur (wie z.B. Geräte, OP-Personal, Zentralsteri) an.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt an das Krankenhaus Miete bzw. Nutzungsentgelte

c) Mietmodell ohne Infrastruktur bei Krankenhaus

- AZ-Arzt mietet Räumlichkeiten für ambulante (in Ausnahmefällen auch stationäre) Operationen der eigenen Patienten im Krankenhaus an, ohne weitere versorgungsrelevante oder medizinische Infrastruktur (wie z.B. Geräte, OP-Personal, Zentralsteri) zu nutzen.
- Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK, das AZ zahlt Miete an das Krankenhaus.

3) Belegarztmodell

- AZ-Arzt wird für stationäre Operationen seiner eigenen Patienten als Belegarzt an einem Krankenhaus tätig.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Die Abrechnung der Leistungen des AZ erfolgt über die KV oder die KK.

4) Subunternehmermodell

- AZ-Arzt wird für Patienten des Krankenhauses am Krankenhaus als „Subunternehmer“ tätig. Die Tätigkeit umfasst z.B. ambulantes Operieren im Krankenhaus nach dem AOP-Vertrag (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) gemäß §115b SGB V oder konsiliarärztliche Tätigkeit.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Der AZ-Arzt erhält von dem Krankenhaus ein Honorar.

5) Teilzeitarbeitsmodell

- AZ-Arzt versorgt als in Teilzeit angestellter Chefarzt bei dem Krankenhaus die dortigen Patienten.
- Das KH rechnet die erbrachten Leistungen mit der KK ab. Der AZ-Arzt erhält vom Krankenhaus ein festgesetztes Gehalt.

6) Eigenleistungsmodell integriert

- Die ambulante und stationäre augenchirurgische Versorgung erfolgt in einem integrierten OP-Zentrum/Augenklinik (im Bettenplan) in eigenverantwortlicher Ausstattung und Betrieb des AZ.
- Die Abrechnung der ambulanten wie stationären Leistungen des AZ erfolgt über die KV bzw. die KK.

Abb. 2: Übersicht und Erläuterung der acht existierenden Kooperationsformen zwischen ambulanten und stationären Versorgungssettings.

Kooperationsmodelle in der ambulanten ophthalmologischen Augen Chirurgie

Entwicklung und Darstellung der Kooperationsmodelle

In einem ersten Schritt galt es, die in den ambulanten Zentren etablierten Kooperationsmodelle in der ophthalmologischen Augen Chirurgie zu identifizieren und voneinander abzugrenzen. Im Sinne eines explorativen Studienansatzes wurden über Expertenrunden verschiedene Kooperationsformen in der ambulanten und stationären augenchirurgischen Patientenversorgung aus der Perspektive von ambulanten augenchirurgischen Zentren (AZ) untersucht. Der Begriff ambulantes augenchirurgisches Zentrum umfasst unter vertragsärztlicher Trägerschaft stehende Einrichtungen wie MVZ oder (überörtliche) Berufsausübungsgemeinschaften mit Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung.

Mit Hilfe ergänzender, halbstrukturierter Interviews mit insgesamt 32 medizinischen Leitern ambulanter Zentren konnten die Modelle vervollständigt werden, sodass sich insgesamt acht Kooperationsmodelle unterscheiden lassen. Zentrale Elemente waren hierbei die Interpretation zentrumsspezifischer Angaben bezüglich der Versorgungssituation sowie der Kooperationsart und -güte.

Für die Ableitung von Kooperationsmodellen wurden verschiedene Merkmale der ophthalmo-chirurgischen Versorgungssituation mit Hilfe von Praxisbeispielen herangezogen: (a) vertragsrechtliche Aspekte, (b) Art und Erbringer der medizinischen Leistungen, (c) Organisation der Zusammenarbeit, (d) Infrastruktur wie z.B. örtliche Vernetzung oder Nutzung von Geräten und (e) Zahlungsflüsse zwischen den Versorgungspartnern. Auf dieser Grundlage konnten acht verschiedene Kooperationsmodelle definiert werden, welche in Abbildung 2 näher erläutert werden.

Relevanz verschiedener Kooperationsmodelle in der ambulanten und stationären ophthalmochirurgischen Versorgung

Zur Bewertung der Nutzungshäufigkeit und Relevanz der verschiedenen Versorgungsmodelle wurden halbstrukturierte Interviews mit 32 ambulanten augenchirurgischen Zentren (AZ), die in der OcuNet Gruppe zusammengeschlossen sind, geführt. Die Zentren gehören mit

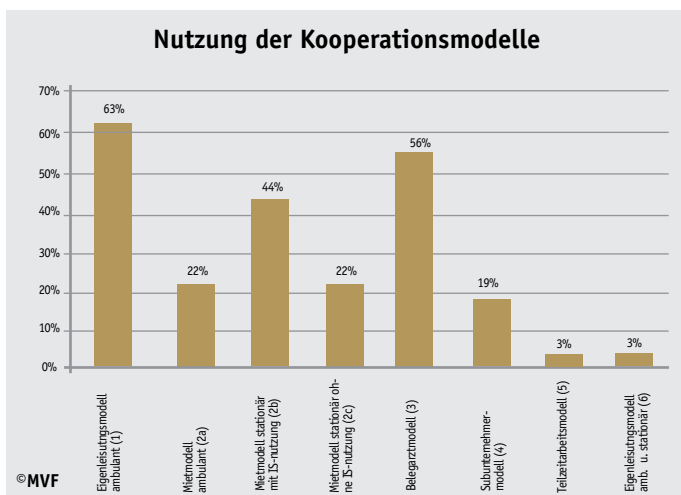


Abb. 3: Anteil der AZ, die das jeweilige Kooperationsmodell an einem oder mehreren Standorten nutzen. Bezifferung bezieht sich auf Abbildung 2, IS = Infrastruktur.

einem jährlichen Leistungsumfang von mindestens 4.000 augenchirurgischen Operationen pro Zentrum zu den größten augenchirurgischen Einrichtungen in Deutschland. Etwa 85% der augenchirurgischen Leistungen werden ambulant durchgeführt und bilden somit den Tätigkeitsschwerpunkt der AZ. Die Zentren sind dabei häufig an mehreren Standorten vertreten und haben unterschiedliche Kooperationsformen parallel in ihrem Alltag implementiert (OcuNet 2012).

Die Zentrumsleiter wurden gebeten anzugeben, welche der Kooperationsmodelle in ihrem Zentrum genutzt werden. Darüber hinaus sollten die Leiter die Bedeutung ihrer Kooperationen für die Attraktivität ihrer Praxis, für die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen, für die Aufrechterhaltung ihres Leistungsangebotes, für Weiterbildungsmöglichkeiten, für die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter und für den Zugang zu Selektivverträgen einschätzen. Ferner wurden sie gefragt, ob die Kooperationen auch finanziell attraktiv sind.

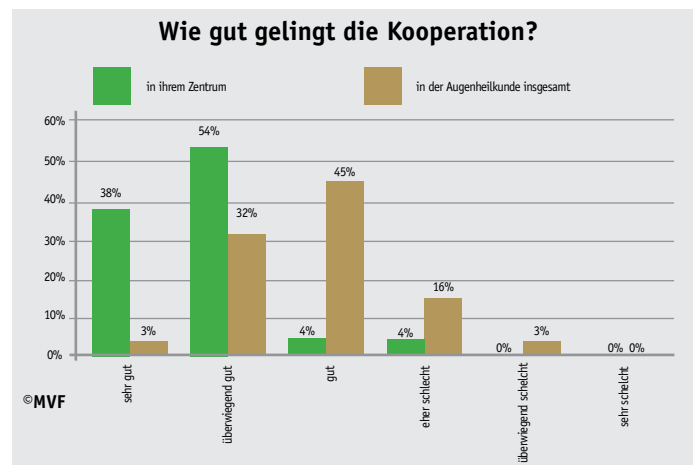


Abb. 4: Bedeutung von Kooperationen für die Qualität der augenärztlichen Versorgung.

In Abbildung 3 ist der Anteil der Zentren dargestellt, die das jeweilige Kooperationsmodell nutzen. Das Eigenleistungsmodell ambulant und das Belegarztmodell stellten sich dabei als die beiden Kooperationsmodelle heraus, die in mehr als der Hälfte der Zentren zu finden sind. Auch Mietmodelle werden von vielen Zentren genutzt, wobei dabei das Mietmodell mit Infrastruktur bei Krankenhaus für ambulantes Operieren am häufigsten von den Zentrumsleitern genannt wurde. Das Subunternehmermodell und das Teilzeitarbeitsmodell nutzen nur fünf bzw. ein Zentrum.

Kooperative Versorgungsformen werden dabei von der Mehrheit der Befragten als sehr bedeutend für eine qualitativ hochwertige

Bedeutung der Kooperationen für	keine	geringere	große	sehr große
die Attraktivität der Zentrums	6,3%	15,6%	28,1%	50,0%
die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen	40,6%	28,1%	15,6%	15,6%
die Aufrechterhaltung des Leistungsangebotes	9,7%	22,6%	29,0%	38,7%
Weiterbildungsmöglichkeiten	9,7%	12,9%	35,5%	41,9%
die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter	21,9%	15,6%	40,6%	21,9%
den Zugang zu Selektivverträgen	34,4%	6,3%	28,1%	31,3%

Tab. 1: Einschätzung der Bedeutung von Kooperationen für das eigene AZ.

augenärztliche Versorgung bewertet (vgl. Abbildung 4). AZ, die mit Krankenhäusern oder anderen ambulanten Einrichtungen kooperieren, schätzen diese zumeist auch als erfolgreich ein. Für die Augenhilfkunde insgesamt werten die meisten Zentren Kooperationen hingegen als weniger Erfolg bringend.

Die Nutzung spezifischer Krankenhausstrukturen ist für die meisten AZ dabei von keiner oder geringer Bedeutung (vgl. Tabelle 1). Für die Attraktivität ihres Zentrums, für Weiterbildungsmöglichkeiten sowie für die Gewinnung ärztlicher Mitarbeiter werden Kooperationen von den meisten Zentren hingegen sehr große oder große Bedeutung zugesprochen. Auch für die Aufrechterhaltung des Leistungsangebots werden Kooperationen von den meisten Zentren als bedeutend eingeschätzt.

Kooperationen werden von den meisten Zentren als finanziell sehr attraktiv (38%) oder mäßig attraktiv (45%) bewertet. Nur 17% der Zentren gaben an, dass Kooperationen überhaupt nicht finanziell attraktiv sind.

Dimensionen von Kooperationsformen

Neben der quantitativen Bewertung der Kooperationsmodelle sollen diese auch qualitativ nach ihrem Grad der Kooperation eingeordnet werden. Dabei wird die Einordnung der Modelle aus der Perspektive des leitenden Arztes in einem ambulanten Zentrum (AZ-Arzt) vorgenommen. Der Grad der Kooperation wurde danach bemessen, inwieweit Ressourcen (Räume, Infrastruktur, Patientenstamm, Funktion) vom AZ-Arzt kooperativ bezogen auf ein Krankenhaus oder eine andere ambulante Einrichtung genutzt werden. Abbildung 5 zeigt die Ergebnismatrix, wobei in der Horizontalen der Grad der Kooperation abgetragen ist. Die Vertikale ordnet die Modelle nach ihrer Flexibilität für den AZ-Arzt ein. Es wird davon ausgegangen, dass die Flexibilität der Kooperation für den AZ-Arzt mit seiner steigenden Weisungsge-

bundenheit durch den jeweiligen Kooperationspartner abnimmt.

Das Eigenleistungsmodell ambulant (1) stellt nach dieser Einordnung die am wenigsten kooperative Form der Leistungserbringung dar, da keinerlei Ressourcen kooperativ genutzt werden. Gleichzeitig ist der Arzt an keine kooperativen Vorgaben gebunden und vollständig flexibel in der Gestaltung seiner Leistungserbringung.

Das Mietmodell mit anderen ambulanten Einrichtungen für ambulante Operationen (2a) bietet zwar keine Integration mit dem stationären Sektor, es ist jedoch denkbar, dass die örtliche Nähe zwischen den kooperierenden ambulanten Zentren eine verbesserte Versorgung für den Patienten bei gleichzeitig geringerem Investitionsaufwand für den einzelnen Arzt ermöglicht. Die Mietmodelle bei Krankenhaus

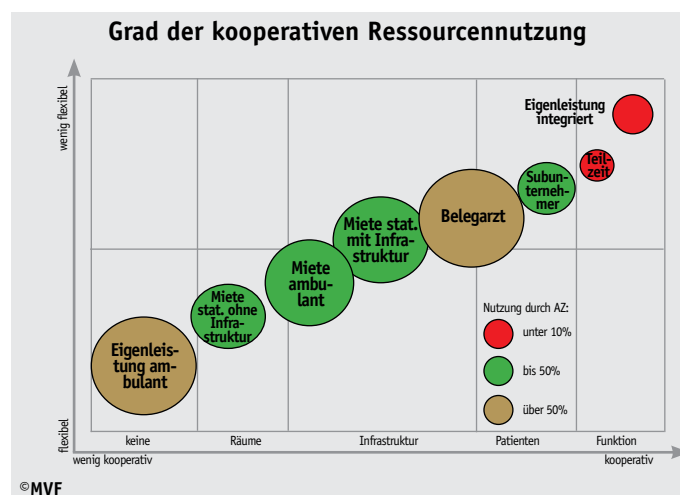


Abb. 5: Qualitative Einordnung der Kooperationsmodelle zwischen ambulant – stationär nach Grad der Kooperation aus Sicht des AZ-Arztes. Die Einordnung erfolgte anhand der Nutzung bestimmter Ressourcen sowie einer Abschätzung der Flexibilität der Kooperation.

Literatur

Agentur deutscher Ärztenetze (2013): URL: <http://www.deutsche-aerztenetze.de> (zugriffen am 24.01.2013)

Amelung, V./Bucholtz, N./Brümmer, A./Krauth, C. (2012): Sehen im Alter: Versorgungsstrukturen und - herausforderungen in der Augenhilfkunde. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Amelung, V./Wolf, S. (2012): Integrierte Versorgung - vom Hoffnungsträger zum Ladenhüter der deutschen Gesundheitspolitik? In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 1/2012.

AugenAllianz (2011): AugenAllianz - Die Augenärzte: Überregionaler Kooperations- und Qualitätsverbund. In: http://www.augenallianz.de/download.php?file=AA_praesentation.pps (abgerufen am 15.11.2012).

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (o.J.): Klarheit schaffen: Weichen stellen für die Zukunft der Augenhilfkunde in Deutschland. In: http://cms.augeninfo.de/fileadmin/PDF/BVA_Eigendarstellung.pdf (abgerufen am 15.04.2013).

Bowles, D./Greiner, W. (2012): Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitsausgaben. In: GGW, 12(4), 7-17.

Bundesärztekammer (2011): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 2000 bis 2010: Ergebnisse der Ärztestatistik. In: <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.3> (abgerufen am 15.11.2012).

Hahn, U. (2011): Sektorenübergreifende Verzahnung der augenmedizinischen Versorgung mit Wurzeln in der ambulanten Medizin - Portrait der OcuNet Zentren und der OcuNet Gruppe. In: Amelung, V. E./ Eble, S. / Hildebrand, H. (Hrsg.) (2011): Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. Berlin: 233–240.

Hildebrandt, H. (2013): Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum, 78, 2- 4.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011): Bundesarztregister der KBV. In: <http://daris.kbv.de/daris.asp> (abgerufen am 15.11.2012).

Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Alterstruktur und Arztzahlentwicklung (Vol. 5). Berlin: Bundeszahnärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Lange, A./Braun, S./Greiner, W. (2012): Ökonomische Aspekte der integrierten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55, 643-651.

OcuNet (2012): Medizinischer Jahresbericht 2011. Düsseldorf: OcuNet GmbH & Co.KG.

Reuscher, A. (2008): Die ambulanten OP-Zentren. In: Biermann, H. (Hrsg. 2008). Augenhilfkunde in Deutschland: Bericht zur Lage eines Faches, 115-117. Köln: Biermann Verlag GmbH.

Statistisches Bundesamt (2008): Krankenhauslandschaft im Umbruch. In: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2008/Krankenhaeuser/begleitheft_krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 15.11.2012).

Sachverständigenrat (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. In: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14> (abgerufen am 15.11.2012).

Sachverständigenrat (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. In: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378> (abgerufen am 15.04.2013).

für ambulante Operationen mit und ohne Nutzung der Infrastruktur (2 b/c) erreichen eine „tatsächliche“ Kooperation zwischen ambulant und stationär, da der AZ-Arzt Räumlichkeiten in einem Krankenhaus anmietet bzw. die Infrastruktur des Krankenhauses mitbenutzt. Es wird angenommen, dass durch die örtliche Nähe zum Krankenhaus ein Nutzen für die Patientenversorgung generiert werden kann. Ein möglicher notwendiger Übergang in die sonstige stationäre Versorgung (z.B. innere Medizin) kann besser koordiniert werden. In allen Mietmodellen ist der Arzt an die Bedingungen der gemieteten Räumlichkeiten sowie die Qualität und Bereitstellung der kooperativ genutzten Infrastruktur gebunden und deshalb etwas eingeschränkter in seiner Flexibilität.

Ähnlich zum Mietmodell mit Infrastrukturnutzung (2b) lässt sich das Belegarztmodell (3) hinsichtlich des Grades der Kooperation einordnen. Auch hier werden umfangreiche stationäre Ressourcen genutzt, wobei der Patientenstamm der des AZ-Arzt bleibt.

Als wiederum stärker kooperative Versorgungsformen werden das Subunternehmer- (4) und das Teilzeitmodell (5) eingeordnet, da der AZ-Arzt hier die Patienten des kooperierenden Krankenhauses mitbehandelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Arzt zunehmend Zeit auf Station verbringt und routinemäßig in den Umgang mit Kollegen, in sämtliche Prozesse und die Gerätenutzung eingebunden ist. Während der Subunternehmer je nach Leistungsaufkommen einen undefinierten Patientenkreis behandelt, stellt das Teilzeitmodell eine Form der sehr intensiven Kooperation dar, weil der ambulante AZ-Arzt zu einem gewissen Prozentteil seiner Zeit komplett in das Klinikgeschehen eingebettet ist. Er trägt dabei eine feste Funktion in der Klinikstruktur (z.B. Chefarzt). Auch die kontinuierlichere Anwesenheit und Patientenversorgung wird mit einer stärkeren Arzt-Patienten-Beziehung und Vertrautheit mit der Patientenhistorie als vorteilhaft für die Patientenversorgung interpretiert. Klinikalltagsrelevante Entscheidungen können auf Basis von Selbsterfahrung aus beiden Settings getroffen werden. Gleichzeitig ist der AZ-Arzt als Teilzeitangestellter jedoch mehr gebunden als der Subunternehmer, der in der Regel flexiblere und kurzfristiger angelegte Verträge bedient.

Der maximale Grad der Kooperation wird durch das sogenannte Eigenleistungsmodell integriert (6) verkörpert. Das AZ trägt dabei die alleinige Verantwortung für den ambulanten OP sondern zusätzlich für eine Augenklinik. Es liegt nahe, dass diese Kooperation ambulant – stationär einfacher aufgrund der räumlichen und persönlichen Nähe der Mitarbeiter, unkomplizierten Kommunikationswegen und Verständnis für infrastrukturelle und organisatorische Ablaufprozesse im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung gelingt. Beide „Kooperationspartner“ (Klinik und AZ) müssen hier jedoch auch vollständig miteinander agieren, sodass der AZ-Arzt den vergleichsweise geringsten Grad seiner individuellen Flexibilität erfährt

Bei der qualitativen Einordnung der Kooperationsmodelle wird die immense Komplexität der Thematik deutlich. Diese Darstellung - aus der Sichtweise des ambulanten AZ-Arzt auf Basis ausgewählter Kriterien - erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt vielmehr einen ersten Versuch der Abstraktion der Komplexität stationär-ambulanter Kooperationen dar. Es ist davon auszugehen, dass die Perspektive des Patienten, des stationären Leistungserbringers oder die der organisatorischen, rechtlichen Instanz zu einer anderen Anordnung geführt hätte, da bestimmte Kriterien unterschiedlich stark gewichtet werden.

Näher zu betrachten wäre auch die Übertragbarkeit des Modells auf andere Fachdisziplinen. Die Eignung der jeweiligen Fachdisziplin

für eine sektorenübergreifende Kooperation spielt eine große Rolle für das Funktionieren der Zusammenarbeit. Beispielsweise könnte die geringe Anzahl an Augenärzten auf lokaler Ebene eine stärkere Verbundenheit untereinander nach sich ziehen, was eine Voraussetzung für die Kommunikation und Koordination als Grundpfeiler der integrierten Versorgung ist. Die Augenchirurgie als relativ überschaubares Fachgebiet bezogen auf die Anzahl der mengenmäßig bedeutsamen Operationsindikationen steht hier beispielhaft für eine sich eignende Fachrichtung. Auch ist nicht davon auszugehen, dass die Kooperationsintensität der hier betrachteten AZ repräsentativ für alle anderen operativ tätigen Vertragsärzte für Augenheilkunde ist; die berücksichtigten AZs gehören nach Arztzahl, Operationszahl und Versorgungstiefe zu den größten innerhalb der Fachgruppe; es spricht viel dafür, dass eine gewisse Größe der ambulanten Einrichtung Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Kooperation jenseits der klassischen Form (also Eigenleistungs- und Belegarztmodell) ist.

Fazit

Die Überwindung von Versorgungsbrüchen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch eine stärkere Kooperation der Leistungserbringer gehört nach wie vor zu den bedeutendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen. Eine große Bandbreite verschiedenster Kooperationsmodelle hat sich einerseits durch verstärkte gesetzgeberische Anreize sowie andererseits durch die Initiative engagierter Ärzte bereits herausgebildet.

Der Bereich der Augenchirurgie lebt nicht nur den Vorsatz „ambulant vor stationär“, zumindest bei den großen ambulanten Einrichtungen werden innovativen, kooperativen und sektorenübergreifenden Versorgungsformen zunehmende Bedeutung beigemessen.

Mit der Definition acht verschiedener Kooperationsformen der ophtho-chirurgischen Versorgung wurde ein erstes Modell vorgestellt, wie die Versorgung an der Schnittstelle ambulant – stationär aus der Perspektive ambulanter Leistungserbringer unter den aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen organisiert werden kann: Neben der klassischen sektorenübergreifenden Versorgung (belegärztliche Tätigkeit und ambulante operative Versorgung ausschließlich in der eigenen ambulanten Einrichtungen) lassen sich weitere Kooperationsmodelle in der Praxis beobachten, die bisher jedoch noch nicht systematisch untersucht wurden. Neben einer gemeinsamen Patientenversorgung können Kooperationen dabei auch durch andere Merkmale, wie z.B. die räumliche Nähe oder die Anmietung von medizinischer Infrastruktur, gekennzeichnet sein.

Die Befragung von Leitern großer ambulanter augenärztlicher Einrichtungen zeigte deutlich, dass neben den klassischen Versorgungsformen (ambulante Versorgung im eigenen Zentrum und belegärztliche Tätigkeiten) andere vertragsrechtliche Kooperationsformen genutzt werden. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen zudem die große Bedeutung, die kooperativen Versorgungsformen für eine qualitativ hochwertige Versorgung aus der Sicht der befragten Leiter von ambulanten Einrichtungen haben. In einem nächsten Schritt sollten die hier betrachteten Einschätzungen um weitere Perspektiven ergänzt werden. Kleinere Zentren, Praxen mit weniger Erfahrungen in diesem Bereich und anderen Rahmenbedingungen und Krankenhäuser würden die Bedeutung kooperativer Versorgung möglicherweise anders bewerten. Darüber hinaus sollte die Auswirkung von Kooperationen auf die Qualität der Versorgung in weiteren Studien auch anhand von objektiven Leistungsdaten näher untersucht werden. <<

Crossing Healthcare Sectors Successfully: An Empirical Study on In- and Outpatient Ophthalmic Surgical Care

Integrated health care has been strengthened in recent years but is still representing a great challenge in the German health care system. At the same time organization and implementation of cooperation integrating inpatient and outpatient care have not been examined systematically. Therefore, the objective of the current study was to understand existing forms of cooperation and its relevance in routine care using the example of a big ophthalmic surgery group. Possible cooperation forms of ophthalmic surgical care were defined by an expert group. Then, N = 32 manager of inpatient ophthalmic surgery center were interviewed. In total, eight different forms of cooperation could be identified. Well established forms with a low degree of interconnection as well as new forms with a high degree of interconnection between inpatient and outpatient care have been shown to be frequently existing and relevant for routine ophthalmic surgical care.

Keywords

Integrated health care, integration of inpatient and outpatient care, ophthalmology, ophthalmic surgery care

Autorenerklärung

Prof. Amelung, Daniela Chase und Anika Reichert sind Mitarbeiter des inav. Nina Bucholtz ist freie Mitarbeiterin des inav und wurde mit der Analyse der Daten zu dieser Befragung beauftragt. Das inav wurde mit der Analyse von der OcuNet Gruppe beauftragt und führte diese gemeinschaftlich mit Dr. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, durch.

Dipl.-Psych. Nina Bucholtz

ist Diplom-Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Sie studierte an der Universität des Saarlandes, der Universidad Autónoma de Madrid und der Humboldt-Universität zu Berlin und war in der Vergangenheit unter anderem an der Technischen Universität Berlin und der Universitätsklinik Charité in Berlin tätig. Ihre Mitarbeit am inav umfasst v.a. die Planung und Auswertung von Versorgungsforschungsstudien. Kontakt: bucholtz@inav-berlin.de



Dr. rer. medic. Ursula Hahn

ist Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, einem Zusammenschluss großer ambulanter augenchirurgischer Zentren. Sie studierte Volkswirtschaft an der Universität Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf. Hahn arbeitete zunächst als gesundheitspolitische Referentin des Vorstandsvorsitzenden bei der Deutschen Krankenversicherung, dann als Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. Die wissenschaftlichen Schwerpunkte ihrer Arbeit betreffen freiwillige Qualitätssicherung und Entwicklung von Angebotsstrukturen in der Augenheilkunde. Kontakt: zentrale@ocunet.de



Daniela P. Chase, M.Sc.

ist Beraterin für angewandte Versorgungsforschungsfragen am inav. Sie studierte Ökotrophologie an der Universität Gießen und der Universidad Complutense de Madrid sowie Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik, Innovationen und Management an der Maastricht University (NL). Ihre Tätigkeiten am inav umfassen die Durchführung von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Analysen sowie die Beratung bei Projekten zur inhaltlichen wie organisatorischen Neugestaltung des Versorgungsmanagements in unterschiedlichen Indikations- sowie Versorgungsbereichen. Kontakt: chase@inav-berlin.de



Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth. In der Vergangenheit arbeitete sie mit dem WidO in Berlin sowie dem Forschungsinstitut IDC der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth zusammen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in ökonomischen, ordnungspolitischen Analysen im Gesundheitswesen sowie gesundheitsökonomischen Evaluationen und Versorgungsstudien. Kontakt: reichert@inav-berlin.de



Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin. Kontakt: amelung@inav-berlin.de



Dipl.-Geogr. Michael Siewert
Dipl.-Psych. Dirk Weller

Psychosoziale Funktionen und Wirkungen von Patienteninformationen

Im Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung unter dem Titel „Wie geht es uns morgen? - Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen“ (Berlin, Februar 2013) wird neben vielen anderen Empfehlungen ein „gesetzlicher Informationsanspruch“ für Patienten gefordert, um Qualitätstransparenz zu erreichen und damit eine fruchtbarere Anreizstruktur in der Versorgung aufzubauen. Zahlreiche Angebote machen dies schon heute möglich. Beispielsweise wird Patienten über die Weiße Liste die Möglichkeit geboten, nach einem Pflegeheim, Krankenhaus, Arzt oder Zahnarzt zu suchen und dabei die Bewertungen anderer Patienten zu berücksichtigen (www.weisse-liste.de). Dies sind wichtige Fortschritte und Entwicklungsrichtungen und die Verfasser begrüßen die Empfehlung der Fachkommission ausdrücklich – der mündige Patient rückt näher. Doch der Weg zum mündigen Patienten ist aus psychologischer Sicht nicht allein durch ein entsprechendes Angebot gewährleistet. Auf der Empfängerseite trifft man auf ein komplexes Gefüge von Bedingungen und Faktoren, dem man sich nur im verstehenden Dialog annähern kann. Hinzu kommt, dass Patienten auch anderen Einflüssen ausgesetzt sind, beispielsweise den behandelnden Ärzten, welche vorinformierten Patienten häufig ambivalent gegenüberstehen (Baumgart 2010).

>> Am Beispiel der Informationssuche im Kontext eines Arztbesuchs möchten wir das psychosoziale Bedingungsgefüge mit Hilfe einer empirischen, psychologischen Untersuchung aufzeigen. Der Beitrag rekonstruiert nicht nur die Bedürfnisse der Patienten, sondern auch ihr Aufeinandertreffen mit den Verhaltensweisen und Meinungen der Ärzte und zeigt so den Arztbesuch im Umbruch. Dafür wurden im Dezember 2012 insgesamt 16 psychologische Tiefeninterviews durchgeführt (8 PatientInnen mit mehr als 3 Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten und 8 ÄrztInnen). Zur Fundierung in der Breite wurden ebenfalls im Dezember 2012 500 PatientInnen (Chroniker und Nicht-chroniker) mittels eines standardisierten Online-Fragebogens befragt.

Nicht Mangel, sondern Fülle als Informationsproblem

Zentrale Erkenntnis der Untersuchung ist zunächst, dass es dem (Internet-erfahrenen) Patienten an Informationen nicht mangelt. Wer zusätzliche Patienteninformationsangebote plant, muss sich im Gegenteil bewusst machen, dass bereits eine ganz erhebliche Fülle an

Zusammenfassung

Die Informationssuche bei Patienten ist nicht ausschließlich von Transparenzwünschen beherrscht. Eine multimethodale Studie (qualitativ-psychologisch und quantitativ) von medpirica zeichnet diese Thematik am Beispiel der Informationssuche rund um den Arztbesuch nach. Dabei wird deutlich, dass die Informationssuche situationsbedingt differieren kann, die gewonnenen Informationen aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung neu definieren. Mit Chancen und Risiken für Arzt, Patienten und Versorgung.

Schlüsselwörter

Patienteninformation, Gesundheitskommunikation, Gesundheitspsychologie, Arztbesuch, Arzt-Patient-Beziehung

Informationsangeboten besteht und auch genutzt wird. PatientInnen erleben es kaum, dass sie auf eine Frage keine Antwort finden – der Normalfall ist eher, dass sie zu viele Antworten finden und von dieser Fülle dann überfordert sind. Zusätzliche Angebote haben daher gerade dann besondere Chancen, einen hohen subjektiven PatientInnen-Nutzen zu entfalten, wenn sie in der Lage sind, die Informations-Fülle handhabbar und auf diese Weise transparent zu machen.

Doch Transparenz ist nur der Anfang. Wer Patienten wirklich mit Informationen unterstützen will, muss ihnen helfen, eine ganze Reihe von ‚inneren Stakeholdern‘ zu befriedigen. Hierbei muss, unseren Ergebnissen zufolge, deutlich unterschieden werden nach einzelnen Phasen der Erkrankung und der Behandlung. Informationen bekommen nämlich je nach Phase unterschiedliche Funktionen zugewiesen.

Vor dem Arztbesuch: Selbst-Diagnostik mit ungewissem Ausgang

Grundsätzlich werden bereits vor dem Arztbesuch umfangreiche Informationen eingeholt. Über 50% der Patienten suchen dabei nach Informationen zu ihren Beschwerden. Davon entscheiden über zwei Drittel sogar erst nach ihrer Suche, ob sie überhaupt zum Arzt gehen. Eine erhöhte Nutzungsrate von Vorab-Informationen findet sich dabei bei Frauen, Jüngeren, Gebildeteren und Einkommensstärkeren. Bisher wird dabei eher krankheitsbezogen gesucht als versorgungsbezogen: nach einem in Frage kommenden Arzt suchen nur 30% im Internet, nach Bewertungen von Ärzten sogar nur 20%.

Die Tiefeninterviews zeichnen ein vergleichbares Bild hinsichtlich der Nutzungsintention, belegen aber auch eine hohe Intensität der Informationssuche wie auch ihre Hintergründe. Einerseits sind Patienten frustriert über die Unterbrechung des normalen Alltagsvollzugs und hoffen, einen möglichst schnellen und einfachen Weg zurück zum gewünschten normalen Gang der Dinge zu finden oder der unliebsamen ‚Störung‘ zumindest schnell eine klare und wenig bedrohliche kognitive Gestalt zu geben. Das Internet verspricht in dieser Verfassung schnelle Erlösung, seine konkrete Nutzung erweist sich jedoch als Drahtseilakt mit ungewissem Ausgang. Drei zentrale Spannungsverhältnisse konnten rekonstruiert werden und jedes geht mit einem analogen Spannungsverhältnis auf der Versorger-Seite einher:

- 1) Das erste Spannungsverhältnis bei den Patienten ergibt sich aus der Suche nach kognitiver Prägnanz. Patienten wollen verstärkt verstehen, was mit ihnen passiert. Einerseits können passende Informationen aus fragmentarischen Symptom-Ideen ein vorläufiges und haltgebendes Bild gewinnen lassen. Der Patient bekommt also eine klarere Vorstellung bezüglich seiner Beschwerden. Andererseits

entdeckt er dabei auch bedrohlich-unerwartete Auslegungsmöglichkeiten, die seine Ausgangsideen hinterfragen. Diese Auslegungen können die Ungewissheit bezüglich des Leidens vertiefen, anstatt sie zu beruhigen.

Auf ärztlicher Seite führt das zur Ambivalenz gegenüber einer zusätzlichen Ebene an Information, die zu beurteilen ist: nicht mehr nur das, was der Patient direkt zeigt, erlebt und beschreibt, muss diagnostisch bewertet werden, sondern zunehmend auch die Auslegungen, nach denen er es mithilfe unterschiedlicher Quellen bewertet. Einerseits können solche patientenseitigen Hypothesen stichhaltig sein und erfreuliche Abkürzungen im Diagnoseprozess ermöglichen. Andererseits können verfestigte und vielleicht von ‚mediagenen‘ Placebo-Effekten eingefärbte Symptom-Gefüge sich wie ein Nebel über den Patienten legen und eine sichere Diagnosestellung gefährden.

2) Das zweite Spannungsverhältnis bezieht sich auf die Herstellung der Handlungsfähigkeit im Umgang mit der Krankheit und der subjektiven Fähigkeit zur kompetenten Gesprächsführung mit dem Arzt. Es werden einerseits konkrete Entscheidungsoptionen gefunden, die handfeste Handlungsmöglichkeiten zum Umgang mit den Beschwerden eröffnen. Das kann beispielsweise die Entscheidung nach sich ziehen, einen Arzt überhaupt aufzusuchen. Die Suche kann jedoch auch dem Wunsch geschuldet sein, sich so weit mit Wissen auszurüsten, dass man dem Arzt ein (fast) ebenbürtiger Gesprächspartner ist. Andererseits findet sich häufig eine unübersichtliche Krankheits- und Quellenvielfalt, die die Suchenden in ein ratloseres Hin- und Her stürzt, als man es eingangs hatte. Umso stärker sucht man nun beim Arzt Orientierung und Erklärung.

Dem entspricht auf ärztlicher Seite eine Verschärfung der Ambivalenz zwischen Führung und Einbeziehung. Einerseits muss mit zunehmend vorinformierten Patienten die Regie-Rolle neu ausgehandelt

werden. Andererseits wird gerade von Überforderungserfahrungen der Patienten auch die ärztliche Führungs- und Fürsorgerolle neu genährt und letztlich sogar erweitert, da sie sich jetzt nicht mehr nur auf die Bewältigung der Krankheit, sondern auch auf die Bewältigung von Informations-Introjekten erstreckt.

3) Das dritte Spannungsverhältnis bei den Patienten wirkt in der Regulierung der aufkommenden Emotionen. Einerseits stößt man auf Diagnosen und Tipps mit sehr ‚alltäglicher‘ Anmutung, was schlimmste Befürchtungen eindämmt und das Thema in hilfreicher Weise banalisiert. Es ist also nicht so schlimm! Andererseits gibt es auch Bestrebungen auszuloten, welche Erkrankung man denn schlimmstenfalls haben könnte, was mit erheblichen Dramatisierungstendenzen einhergeht. So kann eine Erkältung schnell zu einem befürchteten Lungenkarzinom werden.

Dem Emotions-Management entspricht auf ärztlicher Seite in besonderer Weise die Maß-Findung in der Diagnostik. Er erlebt in erster Linie vermehrt maßlose, dramatisierende (Diagnostik-) Leistungseinforderungen, was auf seiner Seite zu ‚wütenden‘ Abgrenzungsfeldzügen führt, um die ökonomische Balance und medizinische Vernunft zu verteidigen. Andererseits erleben die Ärzte auch immer wieder, dass patientenseitige Panik-Neigung etwas Ansteckendes hat und letztlich tatsächlich zu einem erweiterten diagnostischen Suchprozess führt.

Zwischenfazit

Die hier dargestellten Tendenzen beschreiben die Ärzte derzeit noch als zahlenmäßig gering. Sie ziehen jedoch insgesamt nach sich, dass Arzt- und Patientengespräche einen anderen Charakter bekommen, den die Ärzte bisher nicht immer akzeptierend angenommen haben. Im Gegenteil: oft beschreiben sie die Vor-Information der Patienten als Ärgernis, während Patienten sich zunehmend unverstanden und nicht ernst genommen fühlen.

Nach dem Arztbesuch: erhöhte Vorsicht gegenüber Verunsicherndem

Bei einer Betrachtung der Informationssuche nach dem Arztkontakt sind die quantitativen Ergebnisse zunächst beeindruckend: nur jeder fünfte verlässt sich umfassend auf das vom Arzt Erfahrene. Über die Hälfte sucht manchmal, ein weiteres Fünftel sogar immer nach weiteren Informationen. Gesucht werden dabei zusätzliche Selbstbehandlungsmöglichkeiten (59%), tiefergehende Ursachen von Beschwerden (56%), Erklärungen für die Arzt-Auskünfte (55%), prognostische Hinweise (49%), Informationen über verordnete Medikamente (47%). Immerhin 16% wollen gezielt die Richtigkeit der ärztlichen Diagnose überprüfen und 11% ihre Erfahrungen mit denjenigen anderer Patienten vergleichen.

In den qualitativen Explorationen relativiert sich dieses Bild jedoch und es zeigt sich, dass Engagement und Involvement in dieser Informierungsphase erkennbar schwächer ausgeprägt sind als bei der Informierung im Vorfeld. Man hat jetzt etwas zu verlieren: meist hat der Arztbesuch zu einer kognitiven, emotionalen und behavioralen Beruhigung und Klärung geführt – die will man nun nicht zu leichtfertig wieder auf's Spiel setzen.

1) Das durch die Diagnose initiierte neue Patienten-Selbstbild wird

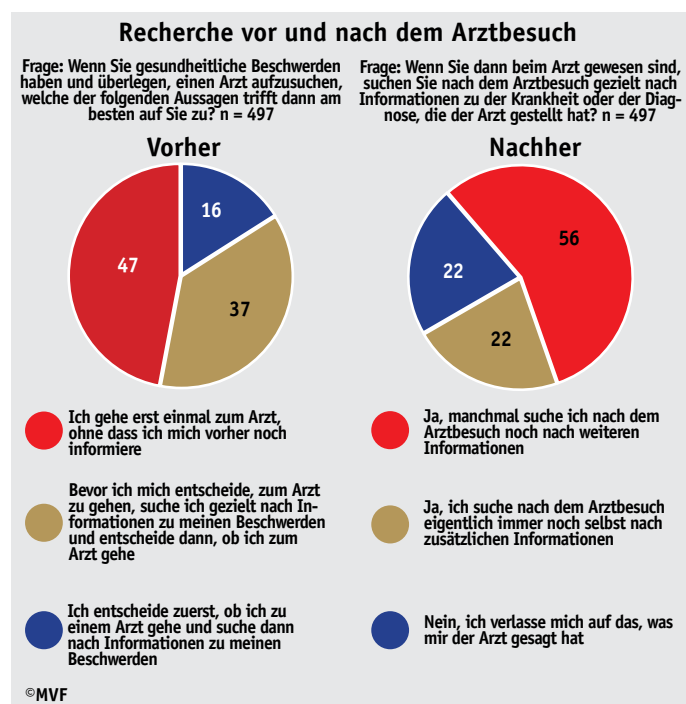


Abb. 1: Recherche vor und nach dem Arztbesuch.

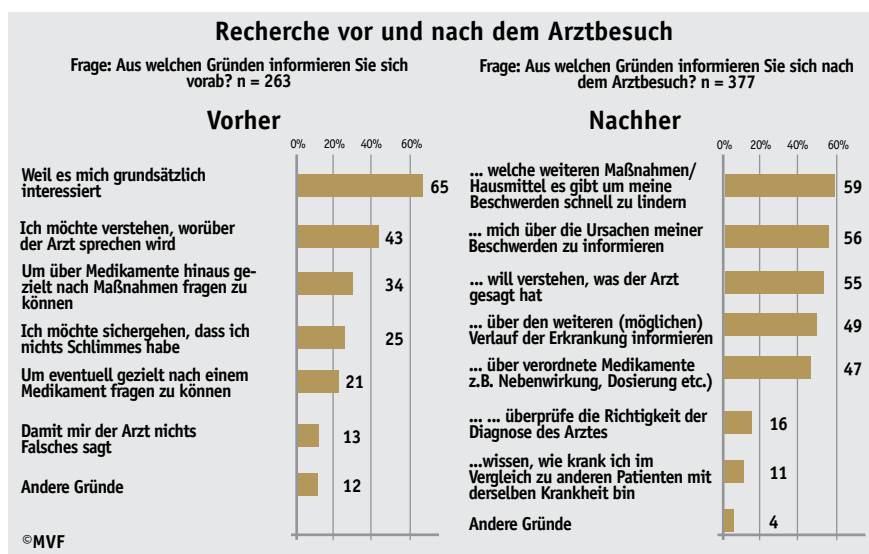


Abb. 2: Recherchegründe vor und nach dem Arztbesuch.

Medikationswünschen oft auch zu einer Compliance-Steigerung führt. Andererseits gehen mit derselben Entwicklung oft auch eigenständige Therapieentscheidungen einher, die die Austherapierung von Patienten behindern.

3) Im emotionalen Bereich ist es PatientInnen nun wichtig, ihre Erregungen zu reduzieren, sich wieder ‚herunterzukriegen‘ und psychologisch notwendige Verdrängungshilfen zu suchen. Durch die Überprüfung von Arzt und Medikament können sie ihren Sicherheitsgewinn noch einmal verstärken. Darüber hinaus suchen sie Hilfs-Informationen für eine neue (kurz- oder langzeitige) Beruhigung. Die Suche nach Alltagsnormalisierungen beinhaltet jedoch auch, dass man sich nach einiger Zeit nicht mehr mit Informationen zur Erkrankung auseinandersetzen möchte, da sie eine unerwünschte Konfrontation mit ihr darstellen.

auf der kognitiven Ebene dadurch weiter entwickelt, dass einerseits durch zusätzliche Informierung die ärztliche Diagnose übersetzt und verdaut wird. Dies kann als letzter Schritt gesehen werden, sich die Störung des gesunden, normalen Alltagsvollzuges fassbar zu machen. Hinzu kommen Tendenzen sozialer Erwünschtheit: man überfliegt erhaltene Informationen eher als sie aufzunehmen, da man glaubt, Erwartungen des persönlichen Umfeldes gerecht werden zu müssen und möchte das Bild eines sich auseinandersetzen Patienten erzeugen. Für die Ärzte wird der Verlauf der Nachbetreuung damit weniger berechenbar. Einerseits können externe Informationsquellen die ärztliche Nachberatung in willkommener Weise entlasten. Umgekehrt kommt es jedoch auch zu neuen Rückfrageschleifen mit dubiosem Quellenhintergrund, die die Praxisabläufe belasten.

2) Auf der behavioralen Ebene ist das Spannungsverhältnis, das die nachgelagerte Informierung determiniert, von der nun laufenden Auseinandersetzung zur Bewältigungsoptimierung geprägt. Einerseits erarbeitet man sich durch Informationen Grundlagen zu autonomer, eigenständiger Krankheitsbewältigung, die im Falle chronischer Erkrankung auch ‚gesunde‘ Normalisierungsbestrebungen ermöglichen. Andererseits verliert man hier auch wieder Autonomie, da eine starke Tendenz aufkommt, den eigenen Prozess mit dem anderer Erkrankter zu vergleichen, wodurch Handlungsklarheit wieder verlorengeht. Dies führt oft zu einem zeitweiligen Ausstieg aus der Informationssuche. Aus Ärztesicht geht auf der behavioralen Ebene die Compliance-Schere weiter auf: Einerseits entwickelt der informiertere Patient eine höhere eigene Überzeugung von der Behandlung und zieht sie entsprechend konsequenter durch, so dass die patientenseitige Einbringung von Therapie-

Einige Ärzte wünschen sich, Patienten würden sich jetzt wirklich eigenständig mit Informationen versorgen und sich nicht doch bei jeder aufkommenden Frage wieder an sie wenden – doch hierzu reicht die Auseinandersetzungstiefe und der entsprechende Autonomiegewinn zu ihrer Enttäuschung nicht. Dies zu erleben hält ihre Neigung hoch, sich ausschließlich verantwortlich zu fühlen – was wiederum den Aufbau einer ‚mündigen‘ Patientenbeziehung erschwert.

Zwischenfazit:

Nach der Diagnose wünschen viele Ärzte sich von den Patienten durchaus eine intensive Auseinandersetzung und fühlen sich enttäuscht. Denn zum einen sind die Patienten von der Informationsfülle überfordert, der sie ungeleitet ausgesetzt sind. Zum anderen wohnen den Patienten Wünsche inne, sich mit der Erkrankung nicht mehr auseinanderzusetzen.

Fazit

Der Beitrag zeigt, dass die Information der Patienten an etwas ganz Entscheidendem krankt: Patienten haben insgesamt nicht zu wenig Informationen zur Verfügung, sondern zu viele. Und die Herausforderung besteht für sie darin, sie zu sortieren und zu bewerten, also hilfreiche und verlässliche Meta-Informationen zu erhalten. Dies stellt auch das Arzt-Patienten-Gespräch vor Probleme.

Doch während Ärzte ob dieser Situation oft verärgert sind, da sie erheblichen Mehraufwand nach sich ziehen kann, verkennen sie das Potential: Die systematische Verknüpfung der Informationskanäle Arzt und Internet kann die Situation erheblich verbessern. Ärztliche Hinweise auf qualitätsgesicherte Internet-Adressen wären genauso wichtig wie Internet-Hinweise auf qualitätsgesicherte Ärzte, um den

Literatur

- Bertelsmann Stiftung: Weiße Liste. <http://www.weisse-liste.de/>, Stand: 13.01.2013.
- Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich Böll Stiftung: „Wie geht es uns morgen?“ – Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Berlin, 2013.
- Baumgart, J. (2010): Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. Dtsch Arztebl 2010; 107(51-52): A 2554-6
- Marstedt, G. (2010): Gesundheitsfragen – Informationen und Wissen der Bürger. Gesundheitsmonitor 2010. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2010 (S. 43 – 90).

Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass nach wie vor ein starkes Übergewicht von Informationen zu Krankheit und Gesundheit gegenüber originär versorgungsbezogener Information besteht, wie schon von Marstedt (2010) aufgezeigt - mit weitreichenden Nachteilen für transparente und angemessene Versorgung.

Doch auch Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet verkennen noch ihr Potential: Patienten interessieren sich nicht nur für eine rationale Informationsebene, sie ist auch nicht allein entscheidend über Versorgungsverlauf und Krankheitsbewältigung. Daher ist zu beachten, Informationsangebote in dem Sinne patientenpsychologisch adäquat zu gestalten:

- **Breites Emotionalitätsspektrum der Informationen:** Emotional empathische Inhalte, die Patienten je nach Erkrankung Beruhigung, Zuversicht oder auch einfach Entspanntheit bringen, sollten ebenso berücksichtigt werden wie auch Angebote mit einer nüchternen Ernsthaftigkeit und einem ungeschönten Realismus. Die (einseitig) hoffnungsvolle Darstellung, die aus Patientensicht viele als seriös eingeschätzte Internet-Seiten wie beispielsweise Krankenkassen-seiten verbreiten, zieht oft einen Verlust an Glaubwürdigkeit und geerdetem Vertrauensaufbau nach sich. Man möchte auch mitbekommen, wie es im schlimmsten Fall aussehen kann. Diese „Dramatisierungswünsche“ sind wichtige Beweggründe, Patientenforen zu besuchen.
- **Orientierung gebende Informationscluster:** Plattformen, die verschiedene vorhandene Informationsseiten zusammenführen, ordnen und bewerten, helfen Patienten mehr als (noch) mehr Informationen. „Institutionen“ wie Professoren, (bekannte) Ärzte, Zusammenschlüsse von Krankenkassen oder andere Experten können ergänzend Orientierung geben und Vertrauen schaffen. Viele der hier geschilderten Angebote gibt es sogar bereits (beispielsweise

Autorenerklärung

Michael Siewert ist Geschäftsführender Gesellschafter bei medpirica in Berlin und Dirk Weller Mitarbeiter der BARMER GEK in Wuppertal. Herr Siewert und Herr Weller haben die Daten ausgewertet und interpretiert. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von medpirica und wurde von den Autoren in Berlin und Köln durchgeführt.

Dipl.-Geogr. Michael Siewert

Geschäftsführender Gesellschafter bei medpirica. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zusatzstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Mit Stationen bei der I+G Nürnberg, YouGovPsychonomics HealthCare sowie dem IGES seit über 13 Jahren in der Gesundheitsmarkt- und Versorgungsforschung tätig. Seit 2011 Geschäftsführender Gesellschafter von medpirica. Kontakt: michael.siewert@medpirica.de



Dipl.-Psych. Dirk Weller

ist Markt- und Organisationsforscher bei der BARMER GEK. Studium der Psychologie an den Universitäten Köln und Mainz. 2000 bis 2011 bei Psychonomics (später YouGov). Ab 2004 Schwerpunkt Gesundheitsmarkt- und Versorgungsforschung, ab 2006 stellvertretende Leitung der qualitativen Forschung, von 2008-2010 Koordination des Arbeitskreises Qualitative Markt- und Sozialforschung (AKQUA) im BVM (Bundesverband Deutscher Markt- und Sozialforscher). 2011-2013 selbständig tätig, seit 2011 ehrenamtliche Deutschland-Koordination für www.simpol.de. Kontakt: dirk.weller@barmer.de



Psychosocial functions and effects of patient information

The patients' search for information is not exclusively dominated by transparency requirements. A multimethodological study (qualitative depth-psychological and quantitative) of this subject conducted by medpirica describes this matter by the example of searching for information circled around the doctor's appointment. The results show that the search for information can differ depending on the situation, but the information obtained defines the doctor-patient relationship in a new way. With risks and opportunities for physician, patient and care.

Keywords

patient information, health communication, health psychology, consultation, doctor-patient-relationship

www.frag-den-professor.de), doch im breiten Internetangebot werden diese Seiten oft nicht wahrgenommen. Es braucht also weniger neue Angebote als einer Lotsenfunktion.

Die Studienergebnisse können für die Erkenntnis stehen, dass konstruktive Transparenz nicht einseitig und kurzfristig zu erzwingen ist. Für gelingende Transparenz ist bei allen Beteiligten eine ganzheitliche Weiterentwicklung der gelebten Versorgungskultur erforderlich. Diese Erkenntnis sollte den Umsetzungseifer jedoch nicht bremsen, sondern im Gegenteil ermutigen, möglichst umfassend vorzugehen und einen langen Atem mitzubringen, um wirklich neue gelebte Muster für eine qualitätstransparentere Versorgung zu etablieren. <<

Cornelia Baudisch (MaHM)

Dr. Niels Eckstein

Prof. Dr. Christian Franken

Der Beitrag der Offizin- apotheker zur Optimie- rung der Arzneimittel- therapiesicherheit - ein Vergleich deutscher, australischer und Schweizer Modelle

Arzneimittel sind als Therapieform in der ambulanten und stationären Versorgung von Patienten unter der Voraussetzung ihres korrekten Einsatzes wirksam und effizient. Mit zunehmenden Therapieoptionen durch neue Arzneimittelentwicklungen sowie durch den simultanen Einsatz mehrerer Arzneimittel (Polypharmazie) steigt jedoch die Komplexität der Arzneimitteltherapie. Insbesondere chronisch Kranke und multimorbide Patienten werden oftmals mit mehreren verschiedenen Arzneimitteln behandelt, wodurch die Gefahren für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) und für arzneimittelbedingte Schäden steigen [1]. Das Risiko für UAW dieser Patienten erhöht sich zusätzlich zu den potentiellen Wechselwirkungen der Arzneimittel aufgrund altersassoziierter Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik [2]. Die Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) insbesondere bei Chronikern stellt somit eine besondere Herausforderung in der Arzneimittelversorgung dar

>> Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) führen neben dem individuellen Leid auch zu erheblichen ökonomischen Folgen: Schneeweiß et al. bezifferten 2002 die jährlichen Kosten für das deutsche Gesundheitssystem aufgrund von ungeplanten Hospitalisierungen nach UAW auf 400 Millionen Euro [4]. Ausgehend von einem Wahrscheinlichkeitsmodell für Krankheitskosten aus den USA schätzten Stark et al. die innerhalb eines Jahres aufgetretenen unerwünschten Arzneimittelereignisse (UAE) auf ungefähr 2 Millionen. Dadurch seien Krankheitsfolgekosten in Höhe von ungefähr 816 Millionen Euro entstanden [5]. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) spricht sogar von einem Kostendämpfungspotential von 1,8 Milliarden Euro durch eine Steigerung der Patientencompliance und Reduktion von Arzneimittelrisiken [6]. Die Optimierung der AMTS gewinnt daher im Bereich der Versorgungsforschung zunehmend an Bedeutung [7].

Studien aus dem stationären Bereich und zu Einrichtungen der Langzeitpflege legen den positiven Einfluss eines multidisziplinären

Zusammenfassung

Zusammenfassung: Die Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) insbesondere bei chronisch kranken Patienten stellt eine besondere Herausforderung in der Arzneimittelversorgung dar. Medikationsmanagement-Konzepte unter Mitwirkung von niedergelassenen Apothekern leisten einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der AMTS. In der Schweiz und Australien sind im Gegensatz zu Deutschland verschiedene Medikationsmanagement-Konzepte zwischen Apothekern und den jeweiligen Kostenträgern vertraglich vereinbart. Aktuelle bzw. geplante regionale Projekte in Deutschland sind in ihrem Umfang den Konzepten in der Schweiz und Australien vergleichbar. Die Erfahrungen der beiden Länder können trotz bestehender Unterschiede im Gesundheitssystem Hinweise für eine erfolgreiche Implementierung solcher Medikationsmanagement-Modelle in den deutschen Versorgungsalltag geben. So müssen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer definiert und die pharmazeutischen Maßnahmen kontinuierlich auf ihren Erfolg hin evaluiert werden. Weiterhin zeigen die Referenzländer Möglichkeiten auf, wie anstelle einer Honorierung der reinen Arzneimittelabgabe auch pharmazeutische Dienstleistungen wie das Medikationsmanagement vergütet werden können.

Schlüsselwörter

Schlüsselwörter: Arzneimitteltherapiesicherheit, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Medikationsmanagement, Ländervergleich

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS umfasst die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs eines Arzneimittels. Damit wird eine optimale Organisation des Medikationsprozesses mit dem Ziel angestrebt, unerwünschte Arzneimittelereignisse insbesondere in Folge von Medikationsfehlern zu vermeiden und damit das Risiko für den Patienten bei einer Arzneimitteltherapie zu minimieren [3]. AMTS ist demnach ein umfassender und komplexer Prozess, an dem Ärzte, Apotheker, Patienten, aber auch Softwareentwickler, Krankenkassen, Arzneimittelhersteller, Politik und viele weitere Akteure beteiligt sind.

Ansatzes auf die Verbesserung der AMTS nahe [8, 9]. Darüber hinaus betonen verschiedene Publikationen die Bedeutung einer intensiven pharmazeutischen Betreuung durch Offizinapotheken für die AMTS von Senioren [10, 11]. Strategien, die den oben benannten Faktoren auf die AMTS von Senioren begegnen, sind nachfolgend dargestellt. Sie erfordern einen validierten, transparenten Kommunikations- und Handlungsprozess zwischen Arzt und Apotheker. Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung dieser Strategien ist eine Zielbestimmung sowie die kontinuierliche Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen in Hinblick auf die Zielerreichung. Werden die Strategien konsequent verfolgt, so erscheint die Minimierung von Fehlern im Medikationsprozess möglich und somit auch die Optimierung der AMTS.

Um AMTS effektiv und effizient zu unterstützen, können die Apotheker sich des Medikationsmanagements (Mm) bedienen. Das Medikationsmanagement hält Werkzeuge bereit, die es dem Apotheker ermöglichen, in Zusammenarbeit mit Ärzten, Patienten und Pflegenden den Medikationsprozess sicher, effektiv und effizient zu gestalten.

Der vorliegende Artikel stellt aktuelle Entwicklungen von Medikationsmanagementmodellen in der deutschen Offizinpharmazie dar, die die Apotheker umfassender als bislang in die Verantwortung für die AMTS miteinbeziehen. Als orientierender Vergleich wird auf Beispiele aus der Schweiz und aus Australien verwiesen. Dort unterstützen Offizinapotheker die AMTS der Patienten im Vergleich zu Deutschland stärker institutionalisiert durch pharmazeutische Dienstleistungen und durch regelmäßigen interdisziplinären Austausch. Auch wenn die hier als bereits etabliert dargestellten AMTS-Maßnahmen in Län-

Strategien in der Arzneimitteltherapie		
	Einflussfaktoren auf die AMTS von Chronikern	Maßnahmen in der Arzneimitteltherapie
Pathophysiologische Parameter	Multimorbidität	<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung Interaktionen und Kontraindikationen • Motivation des Patienten positiv beeinflussen
	Kognitive Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion Komplexität der Medikation • Förderung Therapieverständnis • Unterstützung bei bestimmungsgemäßer Anwendung • Einbindung Angehörige/Pflegende
	Funktionelle Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl passendes Arzneimittelsystem • Unterstützung bei bestimmungsgemäßer Anwendung
	Altersbedingte veränderte Pharmakodynamik und -kinetik	<ul style="list-style-type: none"> • Besondere Berücksichtigung • Dosierung und Arzneimittelauswahl
Pharmakologische Parameter	Polymedikation	<ul style="list-style-type: none"> • Strenge Indikationsstellung • Beachtung Indikation und Kontraindikation • Förderung Therapieverständnis
	Potentiell inadäquate Medikation	<ul style="list-style-type: none"> • Leitliniengerechte Therapie • Auswahl geeigneter Arzneimittel
Systemische Parameter	Sektorenwechsel; Behandlung durch verschiedene (Fach-)ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellen Informationsfluss • Koordination Informationen

Abb. 1: Strategien in der Arzneimitteltherapie mit Wirkung auf die Einflussfaktoren auf die AMTS von Chronikern (eigene Darstellung).

den implementiert sind, die ein im Vergleich zu Deutschland anders finanziert und organisiertes Gesundheitssystem aufweisen, so können doch Elemente hieraus auf die deutsche Situation übertragbar sein.

Das ATHINA-Projekt

Das ATHINA-Projekt ist ein von der Landesapothekerkammer Nordrhein initiiertes Modell zur Förderung des Medikationsmanagements in Offizinapotheken und startete im Februar 2013. Das Projekt „ATHINA - Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken“ strebt den Ausbau und die Förderung der apothekerlichen Kompetenz im Bereich des Medikationsmanagements an. Ziel der durchführenden Apotheker ist es, das in der ApoBetrO geforderte Medikationsmanagement in den öffentlichen Apotheken praktikabel und qualitätsgesichert umsetzen zu können.

Die teilnehmenden Offizinapotheker bieten Patienten mit Polymedikation sowie Patienten über 60 Jahre einen Medikamentencheck mittels der sogenannten Brown-Bag-Methode an. Diese beinhaltet nach Larrat et al., den Entwicklern dieses Medikationschecks, die Überprüfung aller Medikamente und Nahrungsmittel eines Patienten. Dazu bringt der Patient diese zu einem Apotheker [13]. So werden im ATHINA-Projekt die zum Apotheker gebrachten Präparate auf Doppelverordnungen, Interaktionen und Neben- oder Wechselwirkungen sowie mögliche Dosierungsfehler, Anwendungsprobleme und Auffälligkeiten in der Compliance des Patienten überprüft [14]. Die Ergebnisse des Medikationschecks durch den Apotheker im Rahmen der ATHINA-Pilotstudie werden dokumentiert. Der Apotheker erstellt einen Bericht und bespricht diesen mit dem Patienten. Weiterhin führt der Apotheker bei Bedarf notwendige Schulungen durch, klärt arzneimittelbezogene Auffälligkeiten mit den behandelnden Medizinern ab und dokumentiert diese. Der Patient erhält einen ausgefüllten

Medikationsmanagement

Medikationsmanagement ist gemäß Apothekenbetriebsordnung als „Pharmazeutische Tätigkeit“ definiert. (§ 1a Abs. 3 S. 6 ApoBetrO). Danach ist Mm ein Vorgang, in dem „die gesamte Medikation des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, wiederholt analysiert wird mit den Zielen, die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Therapietreue zu verbessern, indem arzneimittelbezogene Probleme erkannt und gelöst werden“. Mm stellt somit ein wichtiges Instrument in der AMTS dar: Der Apotheker überprüft die Pharmakotherapie des Patienten und macht gegenüber Ärzten, Patienten sowie gegebenenfalls gegenüber Pflegenden Optimierungsvorschläge hinsichtlich der Arzneimitteltherapie [12].

Medikationsplan, aus dem alle Medikamente mit Indikation, Dosierung und Anwendungshinweisen hervorgehen [14], Eine aktuelle Studie aus den USA weist die positiven Effekte auf die Therapietreue von chronischen Patienten durch einen Brown-Bag-Review nach. Weiterhin identifizierten die Heilberufler in der Studie Fehlerverordnungen durch Ärzte sowie Falschanwendungen durch Patienten [15].

Am Ende des ATHINA-Projektes wird eine Gesamtauswertung der Dokumentationsbögen vorgenommen. In Anbetracht der aktuellen Studienergebnisse aus den USA darf die Auswertung des deutschen Projektes mit Spannung erwartet werden.

Die Pharm-CHF-Studie

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (SVR) betont die Bedeutung einer interdisziplinären und fächerübergreifenden Kooperation zur Gewährleistung der Therapiesicherheit und des bestimmungsgemäßen Gebrauchs von Arzneimitteln, zur Betreuung chronisch Kranker sowie zur Prävention von UAW [16]. Mit der Pharm-CHF-Studie (Pharmacy-based Interdisciplinary Program for Patients with Chronic Heart Failure) startete im Oktober 2012 eine Untersuchung zur intensiven Betreuung von Patienten mit chronischer Herzschwäche durch Ärzte und Apotheker mittels eines kontinuierlichen interdisziplinären Programms zur Verbesserung der Einnahmetreue und zur Verminderung von Arzneimittelrisiken [17]. Die multizentrische, randomisierte Studie ist die erste gemeinsam von Ärzten und Apothekern durchgeführte Studie in Deutschland in dieser Größenordnung, die ein Programm für eine Verbesserung der Einnahmetreue auf klinische Endpunkte (Mortalität, ungeplante kardiovaskulär-bedingte Hospitalisation) hin untersucht [17].

Während die Patienten der Kontrollgruppe nach den üblichen Standards behandelt werden, erhalten die Patienten der Interventionsgruppe eine intensive Betreuung. Dies beinhaltet die Erstellung eines Medikationsplans, regelmäßige, strukturierte Arztkontakte sowie die Versorgung mit der individuell gestellten Medikation in einer wöchentlichen Dosierhilfe durch die Apotheker [18]. Weiterhin überprüft der Apotheker wöchentlich den Blutdruck des Patienten und erkundigt sich nach möglichen Symptomen, Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten, die auf die Einnahme der Medikamente zurückzuführen wären oder ein Verschlechtern der Erkrankung anzeigen könnten. Bei Bedarf kontaktiert der Apotheker den Arzt und bespricht mit diesem eventuelle Auffälligkeiten [18]. Eine Pilotstudie in Merzig/Schwemlingen konnte bereits erfolgreich abgeschlossen werden [19].

Offizinapotheker wirken in diesem Modell sowohl durch patientenindividuelle pharmazeutische Dienstleistungen (z. B. wöchentliche Dosierhilfe, Anwendungsschulungen) auf die Therapietreue ein als auch über Medikationschecks positiv auf die Sicherheit der Medikation. Darüber hinaus tragen der regelmäßige Austausch zwischen Apothekern und Ärzten sowie die Erstellung eines Medikationsplans zur Gewähr-

leistung der AMTS bei. Das Studienende ist für April 2015 geplant.¹ Weder das ATHINA-Projekt noch die Pharm-CHF-Studie sind jedoch institutionalisierte Angebote, die den betroffenen Patienten im Rahmen ihrer ärztlich verordneten Pharmakotherapie zur Verfügung stehen.

ABDA-KBV-Zukunftskonzept

Ein erster Schritt zu einem verbindlich institutionalisierten und interdisziplinär durchgeführten Medikationsmanagement ist mit dem ABDA-KBV-Zukunftskonzept zur Arzneimittelversorgung geplant. Das Konzept wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Dezember 2011 mit seinen wesentlichen Elementen als § 64a „Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung“ in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingefügt.

Das ABDA-KBV-Modell besteht aus den Elementen Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und dem Medikationsmanagement. Diese sollen in der angegebenen Reihenfolge stufenweise eingeführt und umgesetzt werden. Auf das zentrale Element des Gesamtkonzeptes, das Medikationsmanagement für Patienten mit Polypharmazie, soll an dieser Stelle näher eingegangen werden. Medikationsmanagement steht in diesem Konzept für eine kooperative, kontinuierliche Betreuung chronisch Kranker mit Polymedikation durch einen Arzt und einen Apotheker. Potentielle Teilnehmer werden von ihrer Krankenkasse, dem behandelnden Arzt oder dem Apotheker auf das Konzept angesprochen. Bei Zustimmung des Patienten zur Teilnahme am Konzept wählt dieser einen behandelnden Arzt sowie einen betreuenden Apotheker für ein Kalenderjahr aus. Inhalte des Medikationsmanagements sind die Erfassung der Gesamtmedikation einschließlich der Selbstmedikation des Patienten und die Überprüfung auf Arzneimittelrisiken durch eine der beiden gewählten Vertrauenspersonen. Der Arzt oder der Apotheker verfasst eine vorläufige Medikationsliste sowie einen Bericht über Risiken. Im darauf folgenden Gespräch zwischen den beiden Heilberuflern werden notwendige Interventionen diskutiert und ein aktueller und vollständiger Medikationsplan erstellt. Im weiteren Verlauf des Betreuungsjahres wird der Patient kontinuierlich begleitet und seine Compliance gefördert. Arzneimittelrisiken bei Änderungen der Medikation werden durch softwaregestützte Interaktionschecks minimiert und der Medikationsplan fortlaufend aktualisiert. Jede Änderung der Medikation oder neu auftretende Probleme in der Arzneimitteltherapie führen zu einem Informationsaustausch zwischen Arzt und Apotheker [20].

Das ABDA-KBV-Zukunftskonzept zur Arzneimittelversorgung bietet mit dem Medikationsmanagement für Patienten mit Polypharmazie einen gemeinsamen Weg von Ärzten und Apothekern zur Optimierung der AMTS. Die Kooperation zwischen beiden Berufsgruppen ist verbindlich, institutionalisiert und patientenorientiert. Die Umsetzung ist mit dem Projekt „ARMIN“ (Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen) als weniger komplexes Modellvorhaben nach § 63 SGB V der AOK Plus in Sachsen und Thüringen geplant [21]. Die nach § 65 SGB V verbindlich vorgesehene Evaluation von Modellvorhaben soll dann wichtige Hinweise für eine zukünftige krankenkassenübergreifende Durchführung nach § 64a SGB V geben. Der Start für „ARMIN“ ist zum Januar 2014 vorgesehen.²

Die Beispiele zeigen: Das Medikationsmanagement unter Mitwirkung von Offizinapothekern zur Optimierung der AMTS gewinnt in der Arzneimittelversorgung in Deutschland eine zunehmende Bedeutung. Dennoch ist festzustellen, dass bislang kein verbindlich institutionalisiertes Modell besteht, welches allen Patienten bzw. gerade Hochrisikopatienten wie multimorbiden Senioren angeboten wird. Wie

Strategien in der Arzneimitteltherapie			
	Deutschland	Schweiz	Australien
Gesundheitssystem	Sozialversicherungssystem	Sozialversicherungssystem	Staatlicher Gesundheitsdienst
Abrechnungsgrundlage Apothekenleistung	<ul style="list-style-type: none"> Kollektivverträge zwischen Apothekerschaft und Krankenkassenverbänden 	<ul style="list-style-type: none"> Kollektivverträge zwischen Apothekerschaft und Krankenkassenverbänden Selektivverträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Managed Care-Modelle) 	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbarungen zwischen Apothekerschaft und Regierung
Mit den Kostenträgern vereinbarte Apothekenleistungen	<ul style="list-style-type: none"> Abgabe von Beratung und Information über verschreibungspflichtige Arzneimittel 	<ul style="list-style-type: none"> Abgabe von Beratung und Information über verschreibungspflichtige Arzneimittel Pharmazeutische Dienstleistungen wie (Poly)-Medikationscheck Individuelle Compliancehilfen Medikationsplan Interdisziplinäre Zusammenarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Abgabe von Beratung und Information über verschreibungspflichtige Arzneimittel Pharmazeutische Dienstleistungen wie (Poly)-Medikationscheck Individuelle Compliancehilfen Medikationsplan Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Abb. 2: Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung in Deutschland, der Schweiz und Australien (eigene Darstellung).

nachfolgend dargestellt wird, sind Länder wie die Schweiz und Australien in diesem Punkt weiter. In beiden Ländern sind Medikationsmanagementsysteme unter Mitwirkung von Offizinapothekern mit den Kostenträgern vertraglich vereinbart und werden institutionalisiert angeboten und durchgeführt. Des Weiteren wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern durch die Kostenträger gefordert und gefördert.

Im Folgenden werden Medikationsmanagement-Projekte aus der Schweiz und aus Australien sowie ein Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Offizinapothekern dargestellt. Trotz der unterschiedlichen Gesundheitssysteme können die damit gemachten Erfahrungen für die Entwicklung von AMTS-Projekten in Deutschland von wichtiger Bedeutung sein.

Der Polymedikationscheck (PMC) in der Schweiz

Seit September 2010 ist der PMC Bestandteil des Leistungskatalogs der schweizerischen Krankenpflichtversicherung und kann von den Apothekern für Patienten erbracht werden, die über einen Zeitraum von ≥ 3 Monaten 4 oder mehr ärztlich verordnete Arzneimittel einnehmen [22]. Der Check beinhaltet sowohl die Abklärung patientenseitiger als auch arzneimittelbezogener Schwierigkeiten mit der verordneten Polymedikation in Dauertherapie. Ziel der pharmazeutischen Dienstleistung ist die Steigerung der Effizienz und Sicherheit in der Arzneimitteltherapie unter Beteiligung sowohl der Apotheker als auch der Patienten [23, 24].

Eine Pilotstudie kurze Zeit nach Implementierung des PMC verfolgte das Ziel, erste Erfahrungen mit der neuen pharmazeutischen

1. <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01692119> (27.09.2013)
 2. <http://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/politik/news/2013/10/11/abdakbv-modell-startet-im-januar/11211.html> (12.10.2013)

Dienstleistung zu analysieren [22]. Sie konnte zeigen, dass das durch die Apotheke eingebrachte Wissen über die Medikamente und die Pharmakotherapie das Patienten-Empowerment³ steigerte. Die an der Studie teilnehmenden Patienten waren im Durchschnitt 72 Jahre alt ($\pm 10,4$ Jahre) und nahmen durchschnittlich 9,4 verschiedene Arzneimittel ein ($\pm 3,3$). Das Beratungsgespräch des Apothekers befähigte und motivierte sie zur bestimmungsgemäßen Anwendung ihrer Arzneimittel [22]. Als Compliancehilfe empfahlen die Apotheker im Anschluss an den PMC häufig ein Wochendosiersystem. Diese Unterstützung und weitere durch die Pharmazeuten angestoßenen Vereinfachungen in der Arzneimitteltherapie wurden von den Patienten akzeptiert und anerkannt [25]. Weiterhin zeigten die Patienten eine hohe Zufriedenheit mit dem angebotenen Service und werteten den PMC für sich als hilfreich [22].

Der durch die Offizinapotheker durchgeführte Polymedikationscheck zielt auf Risikopatienten wie Senioren und polymorbide Menschen. Die Verankerung im Leistungskatalog der Pflichtversicherung ermöglicht eine breite Verfügbarkeit des Medikationschecks für die Betroffenen. Der Erfolg der pharmazeutischen Intervention soll in einer randomisierten und kontrollierten Studie überprüft werden. Die Studie wird derzeit vorbereitet [27].

Die Vereinbarung zwischen den schweizerischen Apothekern und den Kostenträgern der Krankenpflichtversicherung beinhaltet neben den Leistungen direkt am Patienten auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern. In Form von Qualitätszirkeln treffen sich feste Gruppen von fünf bis acht Ärzten unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Offizinapothekers mehrmals im Jahr. Ziel dieses Austausches ist die fortschreitende Optimierung der ärztlichen Verschreibungen hinsichtlich Effizienz und Arzneimittelsicherheit [28]. Im Rahmen der Qualitätszirkel informiert der leitende Apotheker die Ärzte seines Zirkels über deren individuelles Verschreibungsverhalten und gibt objektive Therapieempfehlungen. Zusätzlich vermittelt er ihnen aktuellste Erkenntnisse über Medikamente. Grundlage der Empfehlungen des Apothekers sind die von der wissenschaftlichen Kommission der Qualitätszirkel des Schweizerischen Apotheker-Verbandes aufbereiteten wissenschaftlichen Daten sowie die statistischen Vergleichszahlen zum jeweiligen Verschreibungsverhalten der einzelnen Ärzte. Letztere stellt das Abrechnungszentrum Ofac (Office de facturation des assurances et caisses-maladie) zur Verfügung [29]. In gemeinsamen Diskussionen werden Therapiekonsense gesucht und vereinbart, die die regionalen Besonderheiten berücksichtigen und zu deren bestmöglicher Umsetzung sich die Ärzte verpflichten. Die Umsetzung der auf medizinischer Evidenz basierenden Therapie- und Verschreibungsempfehlungen wird jährlich vom leitenden Apotheker überprüft. Hierzu erstellt er für jeden Zirkelarzt eine Auswertung seines Verschreibungsverhaltens und gibt Empfehlungen für weitere Optimierungsmöglichkeiten. Die Auswertung bezieht sich dabei sowohl auf einen zirkelinternen als auch auf einen externen Vergleich.

Die Zirkelergebnisse werden durch die beteiligten Versicherer validiert. Bisherige Resultate bestätigen den Beteiligten an den Austauschgruppen große Kosteneinsparungen durch das veränderte Verschreibungsverhalten sowie eine gewachsene Unabhängigkeit gegenüber der pharmazeutischen Industrie. Weiterhin dient die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker dem gegenseitigen Vertrauenszuwachs sowie der Verbesserung der Patientensicherheit [29].

Die Evaluationen der Zirkel sowie des Polymedikationschecks bieten den Kostenträgern die Möglichkeit, die Effektivität und Effizienz⁴ der Maßnahmen zu überprüfen und zu steuern. Eine Überprüfung der Zielerreichung sowie der Wirtschaftlichkeit der pharmazeutischen

Interventionen ist auch für die aktuellen und zukünftigen Medikationsmanagement-Projekte in Deutschland zu empfehlen.

In Australien gehört die Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zum Leistungsumfang des staatlich organisierten Gesundheitsdienstes. Neben der reinen Arzneimittelversorgung enthält die Vereinbarung zwischen der Regierung und der Apothekerschaft weiterhin spezielle Programme zur Verbesserung der pharmazeutischen Betreuung der Bevölkerung, an denen die Offizinapotheker unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen teilnehmen können. Die Programme erkennen den Beitrag evidenzgesicherter professioneller pharmazeutischer Dienstleistungen zur Verbesserung der Gesundheit an und werden gesondert honoriert [30].

Eine besondere Priorität erhalten in der Vereinbarung Medikationsmanagement-Programme. Diese Programme zielen auf die Verbesserung der Qualität des Medikamentengebrauchs und auf die Verringerung von UAE, insbesondere bei Senioren und mit Polypharmazie behandelten Patienten [31]. Die Vereinbarung zwischen dem Commonwealth und den Apothekern unterscheidet vier Arten von Medikationsmanagement:

- Den Medikationscheck für Patienten mit Polypharmazie
- den Medikationscheck für kürzlich diagnostizierte oder schlecht eingestellte Diabetiker
- das Medikationsmanagement für Bewohner in Alten- und Pflegeheimen
- einen ärztlich verordneten häuslichen Medikations-Check (Home Medication Review, HMR) [32]

Der HMR sieht die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Patient und akkreditiertem Apotheker vor. Liegen bestimmte Risikoparameter und die Zustimmung des Patienten vor, so besucht der Apotheker den Patienten zuhause und überprüft alle Medikamente, die er dort vorfindet, auf Kompatibilität sowie auf eine vorliegende Indikation. Weiterhin erläutert er dem Patienten seine Medikation und die bestimmungsgemäße Anwendung. Im Anschluss an den Hausbesuch fasst der Apotheker einen Bericht und übermittelt diesen an den überweisenden Hausarzt. Daraufhin erstellen Arzt und Patient gemeinsam einen Medikationsplan, aus dem für den Patienten die bestimmungsgemäße Anwendung seiner Arzneimittel leicht ersichtlich hervorgeht [33].

Im Vergleich zu der Brown-Bag-Methode sieht dieser Medikationscheck die enge Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und Apotheker vor. Des Weiteren ermöglicht der Hausbesuch des Apothekers beim Patienten die Identifikation bspw. von Nahrungsergänzungsmitteln, die für die Beurteilung der Gesamtmedikation von Bedeutung sein können. Bei der Brown-Bag-Methode ist hingegen nicht gewährleistet, dass der Patient diese für wichtig erachtet und mit in die Apotheke bringt.

Eine weitere pharmazeutische Dienstleistung, die das Ziel der AMTS verfolgt und im Rahmen des australischen Gesundheitsdienstes angeboten wird, betrifft die patientenindividuelle Arzneimittelbereitstellung in Monatsblistern (Dose Administration Aids, DAA). Bereits im Jahre 2004 zeigten Connor et al. im WHO-Bulletin, dass die Anwendung von einzeln abgepackten Arzneimitteldosen die The-

3. Unter Patienten-Empowerment ist die Befähigung des Patienten zur aktiven Bewältigung seiner gesundheitlichen Situation zu verstehen [27].

4. Die Effektivität als qualitative Kennzahl gibt an, in welchem Maß ein Ziel (hier z. B. Gewährleistung der AMTS, Verringerung von UAW) erreicht wird. Die gewählten Maßnahmen sollen dabei das größtmögliche Ziel mit dem kleinstmöglichen Aufwand ermöglichen. Effizienz ist eine quantitative Kennzahl.

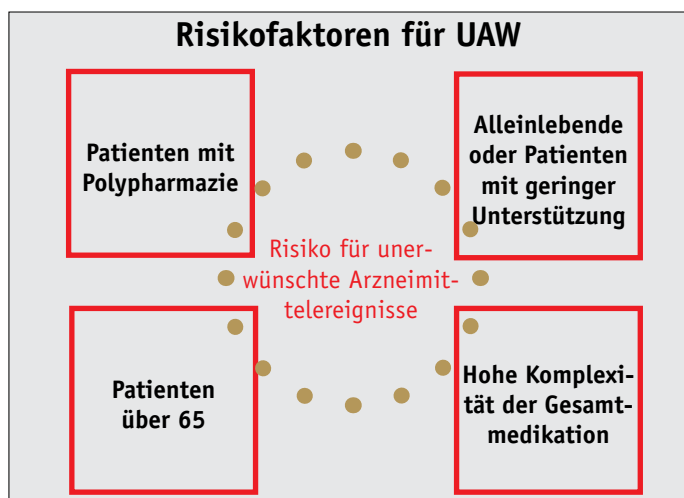


Abb. 3: Risikofaktoren für das Erleiden unerwünschter Arzneimittelereignisse (eigene Darstellung; aus: [34]).

rapietreue von Patienten erhöht [34]. Die Evaluationsstudie über die im Rahmen der dritten und vierten Vereinbarung zwischen dem australischen Commonwealth und der Apothekerschaft durchgeführten DAA identifizierte insgesamt vier Hauptrisikofaktoren, die oftmals mit einer geringen Therapietreue einhergehen und zu einem erhöh-

ten Risiko für arzneimittelbezogene Probleme führen können. Es sei anzunehmen, dass die betroffenen Patienten außerordentlich von einer Verbesserung der Therapietreue profitieren können. Sie gelten somit als Haupt-Zielgruppe für die DAA-Services [35].

Nachfolgend werden die vorgestellten Konzepte aus Deutschland (D), der Schweiz (CH) und aus Australien (AUS) anhand der eingesetzten pharmazeutischen Instrumente einer Medikationsmanagementstufe zugeordnet. Grundlage dieser Einordnung bietet das Stufenschema des Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) und der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (DPHG) [36].

Die Beispiele aus der Schweiz und aus Australien zeigen: Die dortigen Offizinapotheker führen institutionalisiert erweitertes Medikationsmanagement durch. Klinisches Mm ist im ambulanten Versorgungsalltag aufgrund fehlender struktureller Voraussetzungen eher schwierig zu realisieren [36]. Der enge interdisziplinäre Austausch erleichtert den Apothekern jedoch die Berücksichtigung auch von klinischen Daten. Im Vergleich zu den deutschen Kollegen sind die Apotheker in der Schweiz und in Australien somit über die reine Arzneimitteldistribution hinaus stärker in die Gewährleistung der AMTS eingebunden. Das Erbringen pharmazeutischer Dienstleistungen durch Apotheker wird gemäß der jeweiligen Vereinbarungen zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern ebenso vergütet wie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Heilberufen gefördert. Die im Rahmen der Krankenpflichtversicherung abgedeckten pharmazeu-

Erreichung von Medikationsmanagementstufen								
	Faktoren	Athina (D)	PHARMCHF (D)	ABDAKBV (D)	Polymedikationscheck (CH)	Qualitätszirkel (CH)	Home Medication Review (AUS)	Patientenindiv. AM-Bereitstellung
Einfaches Medikationsmanagement (MM1) Datenquelle: Rezeptdaten • Identifikation von Doppelverordnungen • Interaktionen und nicht plausible Dosierungen	Beratungsgespräch / Aufklärung	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	Interaktionsprüfung	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗
	Medikationsprofil	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	Verantwortung in der Selbstmedikation	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	GESAMT		3	4	4	4	0	4
Erweitertes Medikationsmanagement (MM2) Datenquelle: MM1, zzgl. Patienteninformationen Identifikation von: • MM1 zzgl. • UAE • Adhärenzprobleme • Anwendungsprobleme	Medikationscheck	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	Förderung Therapietreue	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	Patientenindiv. AM-Bereitstellung	✗	✓	✗	✓	✗	✗	✓
	Schulung erklärungsbedürftiger AM	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	GESAMT		3	4	3	4	0	3
Klinisches Medikationsmanagement (MM3) Datenquelle: MM2, zzgl. ärztliche Daten Identifikation von: • MM2 zzgl. • Indikation • Kontraindikation • Dosisanpassung	Kontakt zu Ärzten bei Auffälligkeiten	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
	Regelm. Austausch Arzt/Apotheker	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Unterstützung bei Sektorenwechsel	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✗
	GESAMT		1	2	2	2	1	3
Weitere pharmazeutische Unterstützung	Mitarbeit bei der Erstellung von Therapieleitlinien	✗	✗	✗	✗	✓	✗	✗

Abb. 4: Zuordnung der vorgestellten Konzepte zu einer Medikationsmanagementstufe (eigene Darstellung).

tischen Beratungsangebote zielen einerseits auf die Unterstützung der Patientencompliance. Andererseits nimmt der Apotheker durch Medikationschecks auf die Gesamtmedikation Einfluss. Durch Qualitätszirkel, wie für die Schweiz dargestellt, sowie durch weitere Disziplinen übergreifende Aktivitäten können die Apotheker darüber hinaus an der Erstellung von Therapieleitlinien mitarbeiten und positiv auf die Verschreibungspraktiken der Ärzte hinwirken. Dies schließt die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie mit ein.

Lessons to learn

ATHINA, PHARM-CHF und ABDA-KBV-Zukunftskonzept zur Arzneimittelversorgung zeigen, dass auch in Deutschland ein Umdenken in Sachen Medikationsmanagement unter Mitwirkung von Offizinapothekern stattgefunden hat. Bislang sind jedoch pharmazeutische Dienstleistungen nicht Bestandteil der Regelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Schweiz und Australien bieten solche Angebote im Versorgungsalltag jedoch bereits institutionalisiert an und beziehen die Offizinapotheker somit in die Verantwortlichkeit für die AMTS aktiv mit ein. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen den Benefit durch pharmazeutische Dienstleistungen, wie z. B. den Polymedikationscheck [35], Qualitätszirkel [37], häuslichen Medikationscheck [38] und patientenindividueller Arzneimittelbereitstellung [39] für die AMTS von Patienten, insbesondere von Senioren.

Welche Schritte sind erforderlich, damit die Offizinapotheker in Deutschland, vergleichbar denen in der Schweiz und in Australien, aktiv und verbindlich in die in Abbildung 2 dargestellten Strategien zur Optimierung der AMTS eingebunden werden? Hierzu bedarf es insbesondere einer Aufwertung der klinischen und geriatrischen Pharmazie in der Apothekeraus-, fort- und Weiterbildung. Finden bereits im Studium regelmäßig Lektionen gemeinsam für Mediziner und Pharmazeuten statt, so können die jeweiligen verschiedenen Blickwinkel der Heilberufler auf das Arzneimittel zusammengeführt werden. Das Verständnis für die jeweils andere Profession wird somit gefördert und die Fortsetzung der Zusammenarbeit im Berufsalltag erleichtert.

Wissenschaftliche Studien sowohl aus dem Ausland als auch aus Deutschland geben wichtige Hinweise über die Effektivität und Effizienz von pharmazeutischen Dienstleistungen, insbesondere des Medikationsmanagements. Hieraus können in einem nächsten Schritt Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer abgeleitet werden. Der Aufwand für die Apotheker sollte, ähnlich wie in der Schweiz und in Australien, angemessen vergütet werden. Voraussetzung hierfür ist, die pharmazeutischen Maßnahmen regelmäßig anhand definierter Parameter auf ihren Erfolg und ihre Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen. Medikationsmanagement und pharmazeutische Dienstleistungen gehen weit über die Arzneimittelabgabe mit der Pflicht zur Beratung und Information nach § 20 ApBetrO hinaus. Eine Veränderung der Vergütungsstruktur in der ambulanten Arzneimittelversorgung, von

Literatur (Teil 1)

1. Thürmann, P. A., Holt-Noreiks, S., Nink, K., Zawinell, A. (2012): Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. (Hrsg.) (2012): Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer GmbH: 111f.
2. Wehling, M. (2011): Altersassoziierte allgemeine pharmakologische Aspekte. In: Wehling, M., Burkhardt, H., unter Mitarbeit von Frölich, L., Schwarz, S., Weddig, U.: Arzneitherapie für Ältere. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag GmbH: 17f, 27.
3. Möller, H., Aly A.-F. (2012): Definitionen zu Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2012; 106(10):709-711. Online abgerufen unter: http://www.q-adap-ta.ch/qad/images/stories/qad_files/Fachthemen/begriffe_der_arzneimitteltherapiesicherheit.pdf (25.09.2013)
4. Schneeweiss S., Hasford J., Gottler M., Hoffman, A., Riethling, A. K., Avorn, J. (2002): Admissions caused by adverse drug events to internal medicine and emergency departments in hospitals: a longitudinal population-based study. In: European Journal of Clinical Pharmacology. 2002; 58(4):285.
5. Stark, R. G., John, J., Leidl, R. (2011): Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: A modelling approach. In: BMC Services Research. 2011; 11(9):6 Online abgerufen unter: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-9.pdf> (16.09.2013)
6. ABDA, KBV (2011): Zukunftskonzept Arzneimittelversorgung. Gemeinsames Eckpunktepapier. Berlin, April 2011. Online abgerufen unter: <http://www.wi.rwth-aachen.de/SmartMed/wp-content/uploads/zukunftskonzept.pdf> (24.09.2013)
7. Pieper, K. (2011): Apotheker. In: Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G., Schrappe, M. (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung. Stuttgart: Schattauer GmbH: 93.
8. Bomsien, S., Utzinger, I., Gogroß, K., Giraud, H. (2012): Die Arbeit des Apothekers auf Station verbessert die Arzneimitteltherapie. In: Krankenhauspharmazie. 2012; 33(6):283f.
9. Thürmann P, Jaehde U. (2011): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. Abschlussbericht Bundesministerium für Gesundheit (BMG): 51f. Online abgerufen unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Sonstiges/Abschlussbericht_Arzneimitteltherapiesicherheit_in_Alten-_und_Pflegeheimen_Querschnittsanalyse_und_Machbarkeit_eines_multidisziplinaren_Ansatzes.pdf (16.09.2013)
10. Vinks, T. H. A. M., de Koning, F. H. P., Egberts, T. C. G., de Lange, T. M. (2006): Identification of potential drug-related problems in the elderly: the role of the community pharmacist. In: Pharmacy World and Science. 2006; 28(1):35-38.
11. Jaehde, U., Hanke, F., Demgenski, M. (2008): Mehr Überblick trotz Polymedikation. In: Pharmazeutische Zeitung. 2008; 153(23):2119.
12. Rose, O. (2013): Medikationsmanagement - was ist das? In: Deutsche Apotheker Zeitung. 2013; 153(38):59.
13. Larrat EP, Taubman AH, Willey C. (1990): Compliance-related problems in the ambulatory population. In: American Pharmacy. 1990; Feb;NS30(2):18-23.
14. Dewald, B., Renner, K., Gröning, W. (2012): ATHINA. Arzneimitteltherapiesicherheit in Apotheken. Unveröffentlichtes Poster. München: Deutscher Apothekertag 2012.
15. Callahan, L. F., Hawk, V., Rudd, R., Hackney, B., Bhandari, S., Prizer, L. P., Bauer, T. K., Jonas, B., Mendys, P., DeWalt, Darren (2013): Adaptation of the health literacy universal precautions toolkit for rheumatology and cardiology – Applications for pharmacy professionals to improve self-management and outcomes in patients with chronic disease. In: Research in Social and Administrative Pharmacy. 2013; 9(5):597-608.
16. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos: 110.
17. Fikenzer, K; Rettig-Ewen, V; Saar, M; Griese, N; Schulz, M; Böhm, M; Laufs, U (2012): Einnahmetreue – Herausforderung und Chance bei der medikamentösen Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. PHARM-CHF: Multizentrische Studie zur Verbesserung der Einnahmetreue bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz startet demnächst im Saarland. In: Saarländisches Ärzteblatt. 2012; 65(8):17.
18. Mende, A. (2012): Pharm-CHF. ABDA startet Betreuungs-Studie. In: Pharmazeutische Zeitung. 2012; 157(43). Online abgerufen unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=43921> (16.09.2013)

der aktuell gültigen reinen Honorierung der Arzneimittelabgabe hin zu einer Vergütung auch von pharmazeutischen Dienstleistungen wie dem Medikationsmanagement ist dringend anzuraten.

Offizinapotheker können durch pharmazeutische Dienstleistungen und in Kooperation mit anderen Heilberuflern einen wichtigen Beitrag zur AMTS leisten. Diese Chance sollte auch in Deutschland stärker als bislang genutzt werden. Die Beispiele Schweiz und Australien zeigen Möglichkeiten auf, wie es gehen kann. <<

Literatur (Teil 2)

19. Fikenzer, K; Rettig-Ewen, V; Saar, M; Griese, N; Schulz, M; Böhm, M; Laufs, U (2012): Einnahmetreue – Herausforderung und Chance bei der medikamentösen Therapie der chronischen Herzinsuffizienz. PHARM-CHF: Multizentrische Studie zur Verbesserung der Einnahmetreue bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz startet demnächst im Saarland. In: Saarländisches Ärzte-blatt. 2012; 65(8):18.
20. Griese, N., Felberg, M., Müller, U., Schulz, M. (2012): Medikationsmanagement. In: Pharmazie in unserer Zeit. 2012; 41(4):355.
21. http://www.abda.de/fileadmin/assets/Faktenblaetter/Faktenblatt_ABDA_KBV_Konzept_Aug_2013.pdf (15.10.2013)
22. Messerli, M., De Pretto, D., Hersberger, K. (2012): Herausforderung «Polymedikations-Check». In: pharmaJournal. 2012; 16(8):19. Online abgerufen unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/EE929BDF5/07D0A05AEC.pdf> (16.09.2013)
23. Jordan, D., Ray, D. (2010): Apotheken und Drogerien. In: Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.) (2010): Gesundheitswesen Schweiz. 2010 - 2012. Eine aktuelle Übersicht. 4. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG: 20.
24. Messerli, M., Hersberger, K. (2012): Bessere Compliance dank Polymedikations-Check. In: Care Management. 2012; 5(2):12. Online abgerufen unter <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/EE929BDF5/FDD3493F2A.pdf> (16.09.2013)
25. Messerli, M., De Pretto, D., Hersberger, K. (2012): Herausforderung «Polymedikations-Check». In: pharmaJournal. 2012; 16(8):20. Online abgerufen unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/EE929BDF5/07D0A05AEC.pdf> (16.09.2013)
26. Mayer, J. (2004): Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. In: Jähn, K., Nagel, E.: E-Health. Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag: 322.
27. Bugnon, O., Repond, C., Nyffeler, R. (2006): Die Qualitätszirkel Ärzte - Apotheker, oder wie lokale Netzwerke die Effizienz der ärztlichen Verschreibung erhöhen. In: Managed Care. 2006; 10(3):6.
28. Bugnon, O., Repond, C., Nyffeler, R. (2006): Die Qualitätszirkel Ärzte - Apotheker, oder wie lokale Netzwerke die Effizienz der ärztlichen Verschreibung erhöhen. In: Managed Care. 2006; 10(3):7.
29. Australian Government, The Pharmacy Guild of Australia (2010): The fifth community pharmacy agreement between the Commonwealth of Australia and the Pharmacy Guild of Australia: 18. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CFF66BFC540B84BBCA2578AA007DDC84/\\$File/5CPA%20Agreement%2005%20August%202010.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CFF66BFC540B84BBCA2578AA007DDC84/$File/5CPA%20Agreement%2005%20August%202010.pdf) (16.09.2013)
30. Australian Government, The Pharmacy Guild of Australia (2010): The fifth community pharmacy agreement between the Commonwealth of Australia and the Pharmacy Guild of Australia: 20. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CFF66BFC540B84BBCA2578AA007DDC84/\\$File/5CPA%20Agreement%2005%20August%202010.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/CFF66BFC540B84BBCA2578AA007DDC84/$File/5CPA%20Agreement%2005%20August%202010.pdf) (16.09.2013)
31. Department of Health and Ageing (2012): Annual Report 2011 - 2012. Canberra: Commonwealth of Australia: 92f. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B98FF8123610FF33CA257A8E0002B13B/\\$File/DOHA%202011-12%20Annual%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B98FF8123610FF33CA257A8E0002B13B/$File/DOHA%202011-12%20Annual%20Report.pdf) (16.09.2013)
32. Pharmaceutical Society of Australia (2010): Professional Practice Standards VERSION 4; 2010. Deakin: Pharmaceutical Society of Australia: 24 - 27. Online abgerufen unter: <http://www.psa.org.au/download/standards/professional-practice-standards-v4.pdf> (16.09.2013)
33. Connor, J., Rafter, N., Rodgers, A. (2004): Do fixed dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. In: Bulletin of the World Health Organization. 2004; 82(12):935f. Online abgerufen unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/72678/1/bulletin_2004_82%2812%29_935-939.pdf (16.09.2013)
34. PricewaterhouseCoopers (2010): Evaluation of the DAA/PMP Programs. Im Auftrag des Department of Health and Ageing, Australia. Canberra: Australian De-partment of Health and Ageing: 121 - 124. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5B1B138DA00BB9C7CA2578150083984E/\\$File/DAA%20PMP%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5B1B138DA00BB9C7CA2578150083984E/$File/DAA%20PMP%20Report.pdf) (16.09.2013)
35. Messerli, M., Hersberger, K. (2012): Bessere Compliance dank Polymedikations-Check. In: Care Management. 2012; 5(2):10-12. Online abgerufen unter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/EE929BDF5/FDD3493F2A.pdf> (16.09.2013)
36. Statement der DPHG und der DPHG-FG Klinische Pharmazie: Implementierung des Medikationsmanagements als neue pharmazeutische Dienstleistung. Online abgerufen unter: <http://www.dphg.de/news-folder/detailansicht/implementierung-des-medikationsmanagements-als-neue-pharmazeutische-dienstleistung/f196c965646ee2fac-82c21c165e1f939/> (07.10.2013)
37. Bugnon, O., Repond, C., Nyffeler, R. (2006): Die Qualitätszirkel Ärzte - Apotheker, oder wie lokale Netzwerke die Effizienz der ärztlichen Verschreibung erhöhen. In: Managed Care. 2006; 10(3):6-9.
38. Campbell Research & Consulting (2008): Home Medicines Review Program. Qualitative Research Project, Final Report. Canberra: Department of Health & Ageing. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2992EBF12BE7E1ECA2573D8007F91F3/\\$File/HMR%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/B2992EBF12BE7E1ECA2573D8007F91F3/$File/HMR%20Final%20Report.pdf) (16.09.2013)
39. PricewaterhouseCoopers (2010): Evaluation of the DAA/PMP Programs. Im Auftrag des Department of Health and Ageing, Australia. Canberra: Australian De-partment of Health and Ageing. Online abgerufen unter: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5B1B138DA00BB9C7CA2578150083984E/\\$File/DAA%20PMP%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5B1B138DA00BB9C7CA2578150083984E/$File/DAA%20PMP%20Report.pdf) (16.09.2013)

The contribution of pharmacists to optimize drug safety. A comparison of German, Australian and Swiss models

Abstract: Granting drug safety in clinical therapy in particular with chronically ill patients constitutes a major challenge in routine drug supply. Modern concepts of medication management comprising collaboration of MDs with licensed pharmacists contribute to optimization of drug safety. In contrast to Germany, Switzerland and Australia already implemented binding contracts of pharmacists and the respective national health care insurance system. In this regard, current and proposed projects in Germany are quantitatively comparable to the a.m. concepts of Switzerland and Australia. Experience from both countries may provide guidance despite existing differences in health care system for a successful implementation of medication management models in Germany. However, quality requirements of health care provider must be defined precisely and pharmaceutical services must continuously be evaluated. Furthermore, reference states also present possibilities of reimbursement for pharmaceutical services apart from pure drug delivery.

Keywords

Keywords: drug safety, interdisciplinary collaboration, medication management, comparison of countries

Autorenerklärung

Cornelia Baudisch (MaHM) ist approbierte Mitarbeiterin in einer Wiesbadener Offizin-Apotheke. Dr. Niels Eckstein ist Klinischer Assessor am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bonn. Prof. Dr. Christian Franken ist Studienleiter für Public Health an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen und Chefapotheker und Vorstand Pharmazie von DocMorris N.V. in Heerlen, Niederlande. Die Autoren haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Autoren haben keine Interessenkonflikte.

Cornelia Baudisch (MaHM)

studierte Pharmazie in Mainz und Health Management an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Seit 2006 ist sie als Offizin-Apothekerin tätig, aktuell mit den Schwerpunkten Qualitätsmanagement und Arzneimitteltherapiesicherheit.

Kontakt: connybaudisch@gmx.de



Dr. rer. nat. Niels Eckstein

studierte als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes Pharmazie. Anschließend promovierte er in Bonn und San Francisco im Fach Pharmakologie. Bevor er 2011 klinischer Assessor am Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in der Abteilung für Arzneimittel-Zulassung wurde, war er zuletzt wissenschaftlicher Mitarbeiter an verschiedenen Universitäten und außeruniversitären Forschungsinstituten. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und Lehrbeauftragter für die Fächer Pharmamanagement und Drug Regulatory Affairs. Kontakt: Niels.Eckstein@bfarm.de



Prof. Dr. rer. nat. Christian Franken

studierte Pharmazie in Regensburg und Bonn. Im Anschluss an seine Promotion im Bereich Pharmakologie am pharmazeutischen Institut der Universität Bonn arbeitete er in der Universitätsklinik Ulm, in Aachen und in Eschweiler und war Leiter der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikums Düsseldorf. Heute ist er Chefapotheker und Vorstand Pharmazie von DocMorris N.V. in Heerlen, Niederlande. Er ist Fachapotheker für klinische Pharmazie und Arzneimittelinformation, besitzt Expertise in Lehre und Forschung sowie in der Beratung im Gesundheitswesen. Seit 2006 ist er Studienleiter für Public Health an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Kontakt: Christian.Franken@docmorris.de



Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Aktivierende Gesundheitsberatung durch Experten



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

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



Fallmanagement

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



Proaktives, strukturiertes und regelmäßiges indikationsbezogenes
Coaching



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

