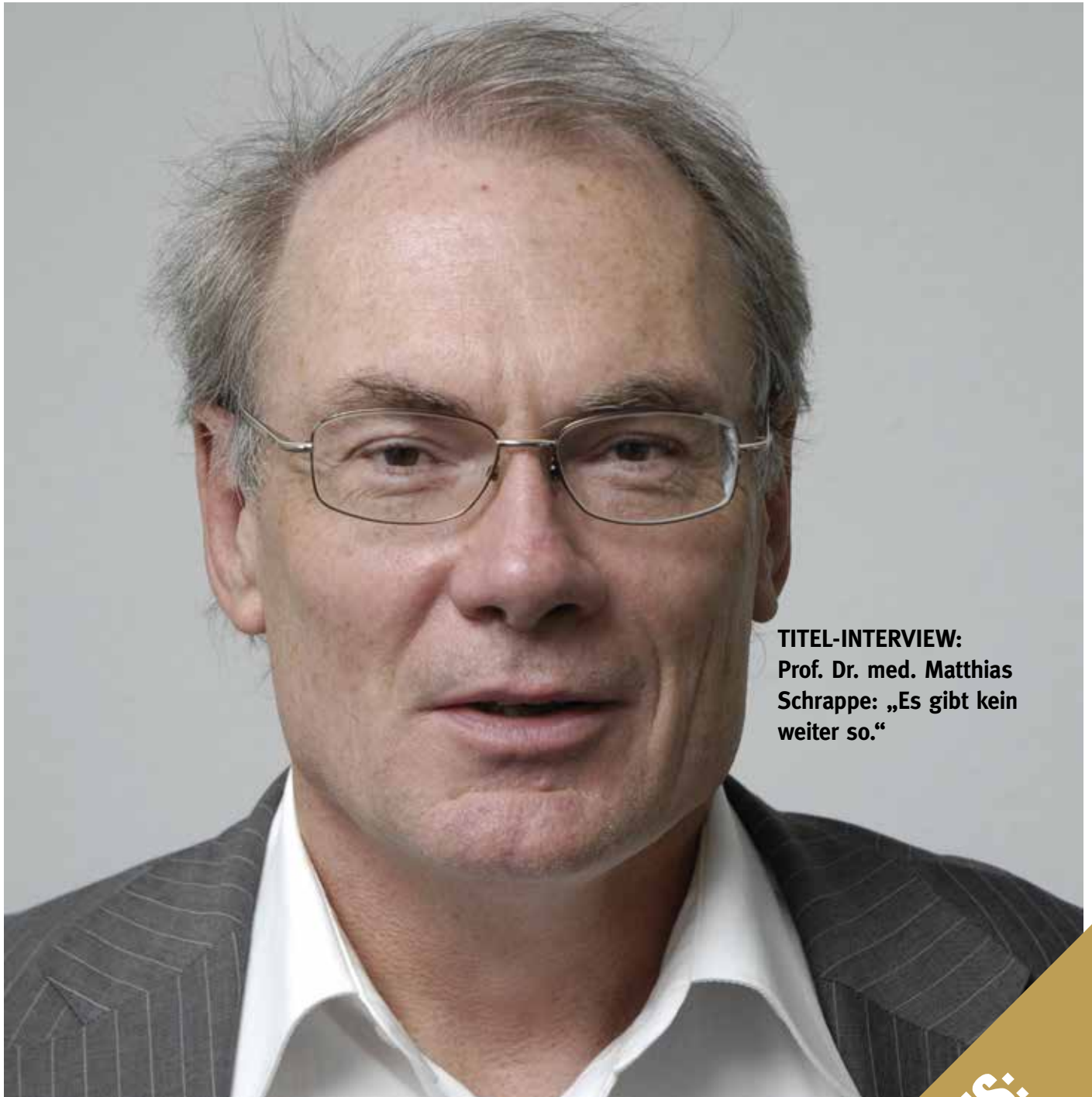


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Prof. Dr. med. Matthias
Schrappe: „Es gibt kein
weiter so.“

- „Management MRE: Implikationen beim Übergang (Gerlich)
- „Zahnmedizinische Prävention in Deutschland“ (Kettler)
- „Missverständnisse, Angst und Lobbying“ (Zipperer)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

06/14 7. Jahrgang

Editorial

Fokus: Qualität 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Es gibt kein weiter so“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Redaktion

Forderungskatalog zum Gutachten „Qualität 2030“ 16

Prof. Dr. Matthias Schrappe legt ein Gutachten im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin vor

„Demenz ist ein Teil des Lebens“ 18

Symposium „Demenz – ein Thema mit Zukunft“ von DAK und Lilly

Überführung in die Regelversorgung noch strittig 20

Diskussionsforum des Bundesverbands Managed Care (BMC)

„Ein massives Selbsterhaltungsinteresse“ 22

Das Thema Wettbewerb beim letzten „Dialog Gesundheits-Forum“:

„Warten auf den First-Mover“ 24

Interview mit Dr. med. Tobias D. Gantner, MBA, LL.M.

Zahlen - Daten - Fakten

Ausgebremst? Neue Antidiabetika in Deutschland 14

Standards

Impressum 2

Rezension 30

Kommentar 23

WISSEN

Dr. jur. Manfred Zipperer 27

„Missverständnisse, Angst und Lobbying“

Warum tun wir uns mit der Anwendung moderner Telekommunikations- und Informationstechnologien, zusammengefasst in dem Kunstwort „Telematik“, im Gesundheitswesen so schwer?

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichungen des DNVF auf den Seiten 31 - 34 und der AG 65 PLUS auf Seite 55

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 Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

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

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWV),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.771
(IWV 3. Quartal 2014)



WISSENSCHAFT

Dr. Miriam Gerlich, MPH/Jens Piegsa/Christian Schäfer/Dr. Thomas Kehl/PD Dr. Nils-Olaf Hübner/Prof. Dr. Axel Kramer/Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH 35

Management multiresistenter Erreger: Implikationen für den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung

Die Ausbreitung multiresistenter Erreger (MRE) ist ein weltweites Problem. Dekolonisierungsmaßnahmen zur Eradikation von MRE bei Krankenhauspatienten sind derzeit nur bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)-Stämmen etabliert. Dabei kann allerdings durch die meist kurze Liegedauer eine begonnene Sanierungsbehandlung oftmals während des Krankenhausaufenthaltes nicht abgeschlossen werden. Deshalb muss die Dekolonisierung in vielen Fällen nach Entlassung weitergeführt werden.

Dr. med. Miriam Kip, MPH/Susann Behrendt, M.A./Hans-Holger Bleß, Apotheker 39

Versorgungssituation von Patienten mit chronischer Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Die chronische KHK ist die häufigste Todesursache in Deutschland. Ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Sozialstatus sowie Männer sind besonders häufig von einer chronischen KHK betroffen. Die medikamentöse Therapie der konventionellen Risikofaktoren hat zum Rückgang der Sterblichkeit beigetragen. Dennoch bestehen bezüglich der kontinuierlichen Sekundär- und Tertiärprävention Defizite in der Versorgung von Patienten mit chronischer KHK. Insbesondere im zeitlichen Verlauf nach einem ACS nimmt die Verordnungshäufigkeit leitliniengemäßer Therapien stark ab.

Dr. Nele Kettler/Christian Wehry, MBA/Sebastian Draeger/Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan 45

Zahnmedizinische Prävention in Deutschland

Risikoorientierte Präventionskonzepte zur Vermeidung der versorgungsepide-
miologisch bedeutendsten oralen Erkrankungen, Karies und Parodontitis, be-
stehen auf Ebene der (Primär-)Primärprävention, aber auch zur Verzögerung
durch Sekundär- und Tertiärprävention. Die zahnmedizinischen Konzepte
sind evidenzbasiert und werden in Deutschland regelmäßig und bevölke-
rungsweltweit mit unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten durchgeführt.

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH/ PD Dr. med. Georg Schomerus/Dr. rer. med. Uta Günhe/ Prof. Dr. med. Thomas Becker 51

Schwer psychisch Kranke mit psychosozialen Therapien besser versorgen

Obgleich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen heute gemein-
denah behandelt werden, partizipieren sie unzureichend am Erkenntnis-
fortschritt im Bereich der psychosozialen Therapien. Der Beitrag gibt eine
Übersicht zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interven-
tionen und den Empfehlungen, wie sie in der S3-Leitlinie „Psychosoziale
Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesell-
schaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheil-
kunde (DGPPN) erstmals für den deutschen Sprachraum systematisiert und
zusammengefasst werden.

Herausgeber-Beirat

monitor **VERSORGUNGS FORSCHUNG**

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen



Dr. Christopher Hermann
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH
Universitätsmedizin Greifswald



Franz Knieps
BKK Dachverband, Berlin



Roland Lederer
INSIGHT Health Management GmbH,
Waldems-Esch



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



Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher
Hochschule Neubrandenburg



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



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



Prof. Dr. Matthias Schrappe
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock
Universität zu Köln



Dr. Thomas Trümper
PHAGRO, Frankfurt



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

Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



Dr. Jens Härtel



Gerhard Stein



Dr. Marco Penske



Prof. Dr. Christian
Franken



Frank Lucaßen



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Stephan Spring



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Dr. Andreas Kress



Prof. Dr. Stephan
Burger



Helmut
Hildebrandt



Ralph Lägel



Prof. Dr. med. W.
Dieter Paar



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.

Fokus: Qualität

10. Februar 2015: 5. MVF Fachkongress „Vom Messen zum Steuern: Planung – Honorierung – Versorgung“

Prospektive Qualitätsorientierung statt ex post-Messung heißt die aktuelle Formel der Gesundheitspolitik. Die meisten reagieren skeptisch mit: Ja, aber ... Tatsächlich sind viele schwierige Fragen zu beantworten. Welches sind die entscheidenden Ergebnis- und Prozessindikatoren von den über 2.000, die aktuell eingesetzt werden? Daran sollen sich dann qualitätsorientierte Krankenhausplanung und qualitätsorientierte Vergütung orientieren. Aber mit welchem Ziel? Und wie kann das genau funktionieren? Und bei allem müssen die Interessen der Patienten unbedingt deutlicher einbezogen werden.

Darum geht es am 10. Februar 2015 beim 5. MVF Fachkongress in Berlin. Wir wollen wieder alle relevanten Perspektiven aufzeigen und die zentralen Akteure zu Wort kommen lassen. So soll unser Kongress Ihnen das Wissen der führenden Fachleute vermitteln und praktische Wege für Ihre Arbeit aufzeigen. Sie sind herzlich eingeladen, dabei zu sein und mitzudiskutieren.

Dazu auch das MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Matthias Schrappe

> S. 6 ff.

„Es ist nun an der Zeit, ausgehend von nachvollziehbaren Zielvorstellungen, Qualitätsüberlegungen prospektiv in die Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitssystems einzubinden, und nicht erst ex post zur Verhinderung der schlimmsten Auswirkungen ins Feld zu führen.“ Prof. Schrappe ist im MVF-Titelinterview skeptisch, aber dennoch optimistisch, dass die Qualitätsfrage einen entscheidenden Beitrag leisten kann beim Übergang in eine regionale, wirklich integrierte Versorgung. Zur Lektüre empfohlen.

Interview mit Dr. Tobias Gantner, HealthCare Futurists

> S. 24 ff.

Dr. Tobias Gantner, Geschäftsführer der Projekt GmbH Gesundheitsregion Köln/Bonn und Teilhaber des Netzwerks HealthCare Futurists, spricht über technische und Design-Entwicklungen, die unser Lebensgefühl und unseren Umgang mit Gesundheit in Health Care und Self Care entscheidend verändern.

Wissenschaftliche Beiträge

Gerlich u.a. untersuchen das Management multiresistenter Erreger beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Da es dazu im ambulanten Bereich teilweise noch an Erfahrungen fehlt, sollten die Übergänge mit MRE-Dokumentationsbögen verbessert werden. Regionale Versorgungskonzepte zur Prävention einer Weiterverbreitung multiresistenter Erreger sind dann ein geeigneter Weg.

> S. 35 ff.

Kip, Behrendt und Bleß analysieren die Versorgung von Patienten mit chronischer Koronarer Herzkrankheit (KHK). Defizite bestehen hauptsächlich bei der kontinuierlichen Sekundär- und Tertiärprävention und der Berücksichtigung sozialer Determinanten wie Armut oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Hier gibt es Potenziale für die Entwicklung innovativer Versorgungs- und Forschungskonzepte.

> S. 39 ff.

Kettler u.a. betrachten die zahnmedizinische Prävention in Deutschland. Bei Kindern und Jugendlichen werden risikoorientierte Präventionskonzepte mit Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention am konsequentesten umgesetzt und zeigen große Erfolge. Für bislang präventiv nicht ausreichend versorgte Risikogruppen wie Kleinkinder oder Pflegebedürftige gibt es bedarfsorientierte Präventionskonzepte.

> S. 45 ff.

Heller u.a. geben eine Übersicht zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen und den Empfehlungen, wie sie in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN erstmals für den deutschen Sprachraum systematisiert und zusammengefasst werden.

> S. 51 ff.

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

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

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. Matthias Schrappe

„Es gibt kein weiter so“

Viele Hunderte von Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Buchbeiträge und Editorials prägen die wissenschaftliche Arbeit von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, der zu den Urgesteinen der Versorgungsforschung als auch der Qualitätssicherung in Deutschland gehört, indes immer mit einem Bezug auf den, der allzu oft vergessen wird: den Patienten. Seit 2002 hat er den Lehrauftrag für Patientensicherheit und Risikomanagement im Studium der Gesundheitsökonomie der Wirtschaftswissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie), seit 2006 im gleichnamigen Masterstudium, inne; von 2009 bis 2011 war er Direktor des Institutes für Patientensicherheit der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

>> Prof. Dr. Dr. Serban-Dan Costa, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Otto-von-Guericke an der Universität Magdeburg, hat unlängst im „Ärztblatt“ frei nach dem Physik-Nobelpreisträger Richard Feynman postuliert, dass Qualitätsmanagement – Feynman zielte in seinem Originalzitat übrigens auf die Wissenschaftsphilosophie – „für die Wissenschaftler ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel“ ist. Was halten Sie von einem solchen Satz nach Ihren jahrzehntelangen Bemühungen für mehr Qualität, vor allem im Bereich der Patientensicherheit?

In dem von Ihnen zitierten Artikel kommt ein seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts überwunden geglaubtes Verständnis der Gesundheitsversorgung zum Ausdruck. Dieses Verständnis beruht auf einem impliziten und paternalistischen Qualitätsverständnis und spricht den Patienten, der Gesellschaft und den finanzierenden Einrichtungen das Recht und die Befähigung ab, über die Abläufe der Behandlung und die Behandlungsergebnisse etwas in Erfahrung zu bringen und darüber kritisch zu befinden. Es ist vielleicht kein Wunder, dass nach 25 Jahren solche Positionen jetzt vereinzelt wieder vertreten werden, denn natürlich machen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement Arbeit. Dieser Aufwand wird eingefordert – von der Medizin und dem Gesundheitswesen. Allerdings wird dieser Wunsch von denjenigen geäußert, für die die Gesundheitsversorgung da ist – diese existiert nämlich nicht für sich allein, sondern steht im Dienst der Patienten und der Gesellschaft. Verwunderlich ist aber schon, dass ein solches Statement ausgerechnet von einem Vertreter der Frauenheilkunde kommt, denn besonders dieses Fach hat außerordentlich von qualitätssichernden und -verbessernden Maßnahmen der Vergangenheit profitiert, wie die Perinatalerhebung und die nachfolgenden Bemühungen ja deutlich zeigen.

„Gerade von ärztlicher Seite wird immer wieder die Qualitätsmessung mit einem diagnostischen Verfahren verwechselt“

Aber reflektiert diese derzeitige Kritik nicht doch reale Probleme in der Qualitätssicherung?

Ja doch. Irritationen sind derzeit nicht zu übersehen, gerade in einer Zeit, in der von politischer Seite von der Thematik Qualität ja geradezu Wunderdinge erwartet werden. Die wirklich beunruhigenden Irritationen stammen dabei von denjenigen, die sich der Umsetzung des Quality-Improvement-Gedankens, kurz QI, explizit verschrieben haben, also von den Institutionen und Einzelpersonen, die hier besonders offen und aktiv sind.

Demnach von eigentlich dem Qualitätsanspruch sehr positiv gegenüberstehenden Personen.

Umso ernster ist dieser Umstand zu nehmen. Es muss die Frage dringend gestellt werden, ob wir unsere derzeitigen Anstrengungen

auf der Basis der richtigen Grundannahmen und unter einer Perspektiv- unternehmen, die zielorientiert die richtigen Probleme thematisiert und auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu Lösungen führt. Es ist nicht sinnvoll, einen sowieso schon hoch drehenden Motor noch weiter in den roten Bereich zu treiben, ohne dass der Kurs und das Ziel klar ist. Wie sagt der Institute of Medicine-Bericht „Quality Chasm“ es so schön: „Trying harder will not work.“

Prof. Dr. Jochen Schmitt, MPH, Direktor des Zentrums für evidenzbasierte Gesundheitsforschung am Universitätsklinikum Dresden, erklärte auf der Qualitätssicherungskonferenz des G-BA in seinem Vortrag „Evidenzbasierte Qualitätsmessung als Voraussetzung für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung“, dass Qualitätsindikatoren Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität seien und daher mindestens den hohen Anforderungen entsprechen müssten, die an Endpunkte in klinischen Studien gestellt würden. In der Realität fehle aber bei den derzeit über 2.000 in Deutschland verwendeten Qualitätsindikatoren „bisher weitestgehend wissenschaftliche Evidenz zu deren Güte und Performance“. Auch spiegele nur ein geringer Anteil der aktuell eingesetzten Qualitätsindikatoren die Patientenperspektive wider, was ein Hindernis für die Umsetzung des politischen Willens einer Qualitätsmedizin sei. Und darauf soll sich dann ein Arzt wie Costa verlassen?

Der Bezugnahme auf die Patientenperspektive ist voll zuzustimmen. Das gängige Verständnis des Begriffs Qualität, das auf der Formulierung von Anforderungen basiert, muss auch in Deutschland zumindest ergänzt werden, und zwar hinsichtlich einer klareren Bezugnahme auf das Erkenntnisinteresse, das sich hinter dem Begriff Qualität verbirgt. An dieser Stelle ist es besonders wichtig, dass die Interessen der Patienten deutlicher zum Ausdruck kommen.

Und die Frage der Evidenz der Indikatoren?

Gerade von ärztlicher Seite wird immer wieder die Qualitätsmessung mit einem diagnostischen Verfahren verwechselt, als könne man „die Qualität“ an einem Messstab ablesen wie die Temperatur an einem Thermometer. Diese Annahme ist unzutreffend. Ein diagnostisches Kriterium muss spezifisch eingestellt werden, denn die abgeleitete Therapieentscheidung darf nicht auf einem falsch-positiven Ergebnis basieren, darum spricht man hier von hoher Spezifität bzw. hohem Vorhersagewert. Die Qualitätsmessung dient also der Vorhersage von unerwünschten Ereignissen mit möglichst hoher Sensitivität, d.h. man möchte keine negative Situation übersehen, dafür tolerieren wir ein „fälschliches“ Ansprechen der Indikatoren. Damit kommt im wirklichen

Sinne Patientenorientierung zum Ausdruck, denn Patienten wollen in erster Linie vor negativen Ergebnissen geschützt sein. Dagegen drückt sich die bei uns übliche Anbieterorientierung dadurch aus, dass wir vor allem bestrebt sind, keine Einrichtungen fälschlicherweise als auffällig zu beschreiben, soweit sie gute Qualität liefern.

Die dann in vielen Bewertungsportalen fröhliche Urstände feiern.

Weil man vergessen hat zu definieren, wie mit diesen Indikatoren umzugehen ist. Gute Indikatoren sind oft „intrinsisch ungerecht“ – doch meist nur aus Anbieterperspektive. Daher ist bei der Validierung von Indikatoren zunächst die Frage zu klären, was eigentlich die wichtigste Eigenschaft sein soll, die dem Validierungsprozess zugrunde liegt. Die Kontroverse um die nächste Frage, warum manche Indikatoren – beispielsweise eine Blutkultur vor der ersten Antibiotikagabe – im klinischen Versuch hochgradig evidenz-basiert erscheinen, aber dennoch im Alltag, also in der „QM-Situation“, nur einen geringen Einfluss auf die Ergebnisse aufweisen, ist international seit Jahrzehnten im Gange. Letztlich dürfte die Lösung in der Tatsache begründet liegen, dass Effektstärken eben unter Alltagsbedingungen geringer ausfallen als im klassischen klinischen Versuch – hier kommt das Paradigma der Versorgungsforschung zum Tragen.

Würden Sie ein Beispiel nennen?

Nehmen wir das Beispiel der Wundinfektionsrate – hier kommt es immer darauf an, warum ich zähle. Wir haben drei unterschiedliche Vorgehensweisen: Betrachte ich eine Wundinfektion unter dem Gesichtspunkt einer klinischen Diagnose z.B. hinsichtlich einer Inzision, gehe ich anders vor, als wenn ich eine quantitative, epidemiologische Auskunft über die diesbezügliche Situation in einem Krankenhaus erhalten möchte. Doch: Handelt es sich beispielsweise wirklich um eine Wundinfektion oder um eine Rötung? Das ist hier die Frage.

Was ist jenseits des medizinischen der große Unterschied in Sachen Indikator?

Wenn die Wundinfektionsrate ein Indikator ist, der zum Beispiel die Qualität des gesamten Krankenhauses vorhersagt, ist es ausschlaggebend, ob ich mit dem Grenzwert, den ich zwischen „auffällig“ und „nicht auffällig“ ziehe, alle Krankenhäuser erkennen kann, die validiert an einem externen Standard ein Qualitätsproblem haben. Das hat große Konsequenzen für die Patienten, denn sie wollen doch gerne wissen, in welches Haus sie gehen sollen. Solche Indikatoren aufzu-



bauen, ist alles andere als trivial, denn man muss, wenn man sich nach solchen Indikatoren richtet, ausschließen, dass der Indikator falsch-negative Ergebnisse erbringt, denn so würde man Qualitätsprobleme übersehen.

Wenn nicht zudem das Problem der kleinen Zahl bestünde.

Das Problem der kleinen Zahl betrifft vor allem Ergebnis- und Outcome-Indikatoren. Kleinere und kleine Einrichtungen können Einzelereignisse nicht durch eine höhere Zahl nicht-auffälliger Ereignisse ausgleichen; und auch eine „perfekte“ Risikoadjustierung ändert daran nichts. Dies ist der Nachteil der „Qualitätsmessung“ durch Ergebnisindikatoren, die auf den ersten Blick so eingängig erscheint. Natürlich gibt es Indikatoren, die direkt Qualität abzubilden scheinen – wie beispielsweise die adjustierte Sterblichkeit. Die Problematik liegt aber nun darin, dass es außer der Qualität der betreffenden Institution noch zahlreiche andere Faktoren gibt, die

für die Erklärung der Qualitätsunterschiede verantwortlich gemacht werden können; und da es insofern große Probleme mit der Zurechenbarkeit gibt.

Nützen diese Indikatoren denn überhaupt etwas?

Einrichtungen können damit ihr Vorgehen und ihr Verhalten ändern. Das gilt dann, wenn sie aus Indikatoren sinnvoll lernen können. Genau

dafür muss der Indikator aber verhaltenssensibel sein. Genauso ist es mit den Patienten: Natürlich sind sie sehr an Ergebnisqualität interessiert, aber sie – um einen Vergleich zu gebrauchen – vor die Entscheidung zu stellen, ob sie eine Autowerkstatt präferieren, in dem das Risiko nicht festangezogener Radmuttern bei drei, fünf oder acht

Prozent liegt, ist verhaltenspsychologisch nicht sehr sinnvoll. Daher richten sich Patienten auch nicht danach. Aus diesem Grunde ist es notwendig, sich in Deutschland wieder mehr mit Prozessindikatoren zu beschäftigen, wie es auch international üblich ist.

Warum?

Hier ist keine Risikoadjustierung notwendig, und die Verantwortlichkeit ist klar.

Sie stellen die Hypothese auf, dass Ergebnisindikatoren außerdem zu einer Mengenausweitung führen können?

Dazu gibt es klare Hinweise aus den Studien zu Pay-for-Performance. Dieses Problem betrifft vor allem die Situation, wenn man wenig sensitive Indikatoren einsetzt, so wie es bei Indikatoren auf der Basis von

Routinedaten der Fall ist, die in Deutschland leider so hoch im Kurs stehen. Solche Indikatoren haben über alle Studien hinweg eine Sensitivität von nicht über 50 Prozent. Das heißt nichts anderes, als dass sie die Hälfte der unerwünschten Verläufe übersehen. Wenn sie administrative, vor allem auf Abrechnungsdaten beruhende Indikatoren auf Erkrankungen anwenden, die die Option einer Mengenausweitung aufweisen wie zum Beispiel bei der Endoprothetik, dann kommt es zur Attraktion leichterer Fälle, einer Fallaufwertung durch die zusätzlich fließenden Qualitäts-orientierten Zahlungen. Besonders große und gut vernetzte Anbieter können aufgrund ihrer Kenntnis der Risikoadjustierungsdaten die Risikoselektion optimieren. Letztlich kann man – siehe Koalitionsvertrag mit seiner Kopplung an die Mehrerlösausgleich – gegenüber den Kostenträgern sogar noch die Mengenausweitung in den Budgetverhandlungen durchsetzen. Ein perfektes Geschäftsmodell.

Ist mit den genannten Fragen auch die Beobachtung zu erklären, dass Qualität und Qualitätssicherung in der Medizin bisher keinen großen Einfluss hatten? Zwar gibt es allerlei Onlineportale, in denen Qualitätsindikatoren verwandt werden, um eine Art von Transparenz zu schaffen, doch beachtet wurden die bislang kaum. Nun will die Politik auf Basis des vorhandenen Qualitätsindikatorensets auf einmal Bedarfs- und Vergütungsplanung machen.

Für einzelne Bereiche, zum Beispiel für Infection Control-Maßnahmen wie Antibiotika-Beratung oder Händedesinfektion, lassen sich durchaus deutliche Effekte nachweisen. Aber Sie haben recht, die Studienlage zur Effektivität von „Qualitätsmanagement im Allgemeinen“ ist wirklich nicht sehr beeindruckend. Positive Einflüsse sind nachweisbar, aber wiederum bleiben sie hinter der erwarteten Größenordnung zurück.

Wäre hier nicht endlich die Diskussion zu führen, ob wir überhaupt von den richtigen Voraussetzungen ausgehen?

Exakt. Eine Kernfrage lautet: Ist Qualitätsmanagement zu sehen wie eine medikamentöse Behandlung? Meine verkürzte Antwort: Das ist sie nicht, aber sie ist eine sehr komplexe Intervention in einem enorm komplexen Umfeld. Auf die Qualität der Gesundheitsversorgung wirkt lange nicht nur die Diskussion über Qualitätssicherung oder Qualitätsanreize ein, sondern auch die Anreize des Vergütungssystems, professionelle Faktoren, die institutionelle Veränderungsfähigkeit, die Richtungsweisung durch die Politik etc. Das Gesundheitssystem ist darum auch so ein perfekter Gegenstand für Koordinationsbemühungen jedweder Art. Lange hat man vom sogenannten Qualitätswettbewerb erwartet, dass über größtmögliche Transparenz die qualitativ Besseren überleben, und die anderen nicht so guten nach und nach vom Markt verschwinden. Im Gesundheitsmarkt ist das anders. Ein Lichtblick ist es aber, dass in der Ökonomie derzeit ganz allgemein umgesteuert wird.

Detailregelungen haben wir doch vor allem im Akutsektor mehr als genug.

Die Gesetzgebung zum Thema Qualität und Patientensicherheit in den letzten 15 Jahren ist wirklich von beeindruckender Intensität. Dies gilt besonders für die institutionellen Regelungen wie zum Beispiel die Einführung des internen QM und das Public Reporting durch die Qualitätsberichte. Einzelfälle wie beispielsweise im Bereich der Krankenhaus-Hygiene haben zu zahlreichen Detailregelungen geführt. Aber was doch zunehmend zu fehlen scheint, ist die Überschrift. Man könnte auch sagen: Noch fehlt die verbindende Melodie. Dieses Defizit

tritt derzeit stärker in den Vordergrund, auch weil wir über die komplexesten Interventionen diskutieren, die auf Systemebene überhaupt denkbar sind: die qualitätsorientierte Krankenhausplanung und die qualitätsorientierte Vergütung.

Worauf bezieht sich Ihre Skepsis?

Nicht dass wir uns falsch verstehen: Ich unterstütze die Einführung von Elementen einer qualitätsorientierten und regional angepassten Versorgungsplanung; und ich bin auch für die Integration von Elementen der qualitätsorientierten Vergütung in die bestehenden Finanzierungssysteme, so wie wir es bereits im Gutachten des Sachverständigenrates 2007 empfohlen haben. Aber meine Befürchtungen beziehen sich auf ein Scheitern dieser beiden Ansätze dadurch, dass wir falsche Ziele verfolgen und dabei auch noch insuffiziente Instrumente einsetzen. Die Folgen eines Scheiterns für den Qualitätsgedanken wären nämlich unübersehbar, Qualität wäre als Thema für alle Zeiten verbrannt.

Sie kritisieren am deutschen Gesundheitswesen, dass es überwiegend auf die operative, akute Versorgung ausgerichtet ist, aber eben nicht auf chronische Erkrankungen, das zudem einen Erkrankungs-, aber überhaupt keinen Präventionsbezug hat.

Sie sprechen die fehlende Zielorientierung an. Es ist völlig klar, dass es unser Gesundheitswesen aufgrund der Alterung der Gesellschaft in Zukunft vor allem mit mehrfach und chronisch erkrankten Patienten zu tun hat, die langfristig begleitet werden müssen und bei denen Exazerbationen verhindert werden sollen. Unsere Qualitätssicherung haben wir aber in den Jahren 1992/3 anlässlich der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt, die ausschließlich einige operative Erkrankungen bzw. Eingriffe betrafen – damals wurde das Qualitätssicherung der Sonderentgelte und Fallpauschalen genannt. Dann kamen zehn Jahre später die DRG, und auch diese sind operativ und prozedural betont. Was nichts anderes heißt, als dass konservative Erkrankungen in DRG-Systemen immer schlecht abgebildet sind. Auch die Qualitätssicherung nach §137 SGB V wurde ohne weitere Diskussionen weitergeführt, es blieb auch hier bei ihrer operativ-prozeduralen, akutmedizinischen Orientierung. Das System ist nun einmal bisher erkrankungsbezogen statt auf Prävention ausgerichtet, sektoral statt integrativ denkend.

Zu Pay-for-Performance: Die Erkenntnisse aus den Evaluationsstudien waren doch lehrreich. Kann man sich darauf nicht stützen?

Sicher. Grob kann man die Studien in drei Phasen einteilen. Die kurzfristigen Evaluationen bis zu drei Jahren zeigten recht positive Ergebnisse. Der Sachverständigenrat nahm sie damals auch als Grundlage für seine vorsichtig-positive Empfehlung. Die langfristigen Ergebnisse danach waren eher ernüchternd: Man hat zum Beispiel nicht nachweisen können, dass Erkrankungen, die nicht angereizt, sprich gesondert honoriert wurden, auch profitiert hätten. Zudem waren die Verbesserungen nicht anhaltend, sondern gingen nach Beendigung der P4P-Programme wieder zurück. Auch haben besonders die Poor-Performer, also die schlechteren Einrichtungen, nicht profitiert. In der dritten Phase befinden wir uns jetzt: In den USA und in Großbritannien wurden die Evaluationen analysiert und in die Ausdehnung der P4P-Programme auf das gesamte Gesundheitssystem integriert; in den USA sogar mit einem „Value-based Purchasing“-Ansatz, indem man die Effizienz, das Verhältnis von Qualität und Kosten zum Gegenstand macht.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.de

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.



Welche Konsequenzen wurden aus den Langfrist-Evaluationen gezogen?

Die wichtigste Konsequenz war: Keine schon verwendeten Indikatoren einsetzen, diese sind ausgereizt. Keine Kombination mit Public Reporting, anders als man erst dachte: Beide Systeme wirken unterschiedlich und nicht additiv, vor allem schwächen sich die Indikatoren gegenseitig in ihrem Verbesserungspotenzial. Die verwendeten Indikatoren sind regelmäßig zu wechseln. Ebenso muss man Prozessindikatoren einsetzen, weil hier die Verantwortung eindeutig ist. Dies ist die größte Gefahr für das deutsche Gesundheitssystem: einfach weiter so, man verquickt den Qualitätsbericht mit ein paar Euro und dann wird alles schon besser laufen. Der wichtigste Punkt besteht darin, das System zur Qualitätsmessung mit dem Vergütungssystem richtig zu koppeln.

Was ist hier zu beachten?

Zum Beispiel müssen die Qualitätsziele auch für die Poor-Performer erreichbar sein. Wenn nur die oberen 5 Prozent „belohnt“ werden, dann steigen die letzten 50 Prozent aus, weil sie diese Etage nie erreichen können. Stattdessen müssen auch relative Verbesserungen honoriert werden. Auch müssen die Opportunitätskosten beachtet werden, denn unter Umständen ist es naheliegender, heute drei Fälle mehr zu machen, als in zwei Jahren vielleicht eine qualitätsbezogene Vergütung zu bekommen, von der man noch nicht mal genau weiß, ob sie dann wirklich gezahlt wird, weil ich die Ranking-Liste heute ja noch gar nicht kenne. Zusätzlich müssen die qualitätsorientierten Erträge diskontiert werden, wenn sie erst in Zukunft anfallen. Auch spielt die Risikoaversion eine Rolle usw.

Die Kernfrage lautet demnach?

Kann die qualitätsorientierte Planung und/oder eine qualitätsorientierte Vergütung die Anreize des dominanten Vergütungssystems konterkarieren bzw. neutralisieren? Kann zum Beispiel durch P4P der Mengenanreiz und die sektorale Optimierung des DRG-Systems ausgeglichen werden? Mein Rat: Hier ist äußerste Vorsicht angezeigt.

„Zwischen Zugang und Zentralisierung besteht ein wechselseitiger trade off: je mehr Zentralisierung, um so weiter entfernt ist die Einrichtung, und umgekehrt.“

Sie haben auf die operative Ausrichtung und akutmedizinische Orientierung Bezug genommen. Welche Aspekte müssen außerdem berücksichtigt werden?

Die Qualitätssicherung muss neben der Morbidität auch den Nutzen abbilden. Es kommt nicht allein darauf an, etwas richtig zu tun, sondern es muss auch das Richtige getan werden, das heißt, die Behandlungsmethoden mit nachgewiesenem Nutzen müssen zur Anwendung kommen. Ganz entscheidend ist außerdem die Strukturdimension: Die Qualitätssicherung darf der strukturellen Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens nicht im Wege stehen, sondern muss sie aktiv fördern.

Sie sprechen die transsektorale Qualitätssicherung nach §137a an.

Ja, wengleich ich den Begriff der „transsektoralen Qualitätssicherung“ eigentlich aus der Diskussion verbannen möchte, denn er transportiert die sektorale Perspektive dadurch, dass sie auch noch mit „trans“ aufgewertet wird. Das Beste, was einem dazu einfällt, ist die Metapher der transsektoralen Tunnel: Wir bohren für jedes Krankheitsbild einen kleinen Tunnel zwischen den Sektoren, so wie wir es jetzt für die Konisation und das kolorektale Karzinom getan haben. Nur leider ist es unmöglich, in endlichen Zeiträumen für alle Krankheitsbilder zu solchen transsektoralen Vereinbarungen zu kommen.

Was wäre denn zu tun?

Wir brauchen stattdessen regional angelegte Indikatoren und eine Qualitätssicherung einer regionalen, integrierten Gesundheitsversorgung. Solche Indikatoren bezeichnet man gemeinhin als Area-Indikatoren: Beispiele sind nächtliche Notfalleinweisungen für Asthma-kranke Kinder oder Einweisungen wegen Exsikkose von älteren Menschen in den Sommermonaten. Diese Indikatoren spiegeln die Integration der verschiedenen regionalen Partner wider.

Damit sprechen Sie indirekt auch das Thema der qualitätsorientierten Krankenhausplanung an.

Auch hier ist zunächst eine Auseinandersetzung mit der Nomenklatur notwendig, weil sonst die Richtung nicht stimmt. Der Begriff der Krankenhausplanung ist eigentlich nicht mehr aktuell, denn wir brauchen regionale Versorgungskonzepte. Sinnvoller wäre es daher, über eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung zu sprechen. Allerdings sollten wir es den Politikern auch nicht allzu schwer machen und gemeinsam schauen, wie wir da hinkommen. Dies erfordert aber ein optimales Zusammenspiel der Bundes- und der Länderebene.

Können Sie die unterschiedlichen Aufgaben dieser beiden Ebenen genauer spezifizieren?

Die Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte liegt bekanntlich, ausgehend von der Krankenhausplanung, in den Händen der Bundesländer. Allerdings können die Länder aus politischen Gründen ihre Krankenhäuser oft nicht schließen, denn das überlebt keine Landesregierung. Von Seiten der Bundesebene müssen daher Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die zu einer sinnvollen Zentralisierung führen. Die

Bundesländer müssen dann definieren, wie der Zugang zu den einzelnen Einrichtungen der regionalen Versorgung aussehen soll, sozusagen als Gegengewicht zur Zentralisierung, die ja auch nicht zu weit führen darf. Die Entfernung wäre hier ein probates Surrogat für den Zugang, optimalerweise unter

Einbeziehung infrastruktureller Aspekte.

Wird es auch ein Optimum geben, zum Beispiel für einen Indikator wie Entfernung?

Zwischen Zugang und Zentralisierung besteht ein wechselseitiger trade off: je mehr Zentralisierung, um so weiter entfernt ist die Einrichtung, und umgekehrt. Es geht darum, hier für jede Erkrankungsgruppe einen optimalen Kompromiss zu finden, der aber für die unfallchirurgische Versorgung oder die Geburtshilfe in einem anderen Bereich liegen wird als für die Herzchirurgie. Weiterhin hängt das Optimum von der Region ab: Dicht besiedelte Regionen müssen anders bewertet werden als dünn besiedelte Regionen. In der zweiten Linie kann man dann an weiteren Qualitätsindikatoren arbeiten, eben den schon genannten Area-Indikatoren. Auf diese Weise ist eine qualitätsorientierte Versorgungsplanung durchaus zu erreichen.

Was verstehen Sie unter Indikatoren mit dem Ziel der Zentralisierung?

Der wichtigste Indikator besteht in den Erkrankungs- und Prozeduren-bezogenen Mindestmengen. Leider ist hier die Entwicklung zum Stehen gekommen. Auch die bestehenden Mindestmengen haben zu keiner Veränderung der Versorgungsstrukturen geführt. Dabei sind Mindestmengen recht gute Qualitätsindikatoren, sie sagen also Qualität voraus. Allerdings gibt die umfangreiche wissenschaftliche Literatur keinen Hinweis auf eindeutige Grenzwerte, was den Indikator gerichtlich greifbar

Kompetenter Partner Ihrer KV.
Mit dem Know-how aus 1,2 Mio.
Gesundheitskontakten pro Jahr.



DMP-Reminder, DMP-Flyer und DMP-Telefon?

Sehr gut! Können wir auch. Doch was, wenn seelische oder körperliche Herausforderungen bei Ihren anderen Kunden dringende Gesundheitsfragen aufwerfen?

Dann fehlen Ihrem Serviceangebot noch drei essentielle Bausteine:

1 Situative und präventive Beratung für Versicherte jeden Alters

12h



2 Beschwerdespezifisches Intensiv-Coaching für einzelne Mitglieder

1:1



3 Individuelles Fall-Management für mehrfach Erkrankte ab 55 Jahren

1:1



MedicalContact unterstützt das Versorgungsmanagement Ihrer Krankenkasse durch systematisches Gesundheits-Coaching. Wie? Berichten wir Ihnen gern persönlich.
Ines Oelmann, Tel.: 0201 4398 1940 & Marion Rohwedel, Tel.: 0201 4398 3281

macht, zumindest soweit er nicht gesetzgeberisch festgelegt wird.

Wie sieht es denn mit der Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern aus?

Ich möchte explizit betonen, dass eine qualitätsorientierte, regional bezogene Versorgungsplanung die optimale Kooperation zwischen Bundes- und Landesebene voraussetzt. Anders geht es nicht.

Wer muss beginnen?

Der Bund. Die Bundesebene und hiermit der G-BA muss zuerst die Zentralisierungstendenzen stärken, ohne das wird es nicht gehen. Im Endeffekt wird eine gesetzgeberische Initiative nicht zu umgehen sein.

Ihr Fazit?

Das Ganze ist nur möglich, wenn man ein Rahmenkonzept zugrunde legt, so wie es in den USA und in Großbritannien der Fall ist. In der allerersten Linie hat dieses Rahmenkonzept die Aufgabe, die Ziele von Qualitätsverbessernden Maßnahmen auf Systemebene zu spezifizieren, vor allem unter Einbeziehung der strukturellen Entwicklungsnotwendigkeiten. Wo wollen wir mit unserer Qualitätssicherung, mit den Qualitätsberichten, mit Pay-for-Performance und einer Qualitätsorientierten Versorgungsplanung hin? Ohne eine solche Zielbestimmung hat noch kein Qualitätsprojekt funktioniert, im institutionellen Rahmen genauso wenig wie auf Systemebene. Weiterhin sollte ein solches Rahmenkonzept Annahmen darüber enthalten, wie institutionelle, professionelle, ökonomische und Systemfaktoren ineinandergreifen. Insbesondere ist auf die Abstimmung mit den ökonomischen Anreizen von größter Wichtigkeit, denn vor einer Annahme kann ich nur warnen: zu versuchen, mit Qualitätssicherung auf Dauer die negativen Anreize von Vergütungssystemen zu neutralisieren. Da kann Qualität nicht allein helfen, es muss auch die Vergütungslogik weiterentwickelt werden.

Aber es wird doch in Fachdiskussionen immer ein Gegensatz zwischen Qualität und Ökonomie postuliert, siehe der Disput um die „Ökonomisierung der Medizin“?

Diese Diskussion basiert auf der Annahme, dass auf der einen Seite die „gute Qualität“ den ökonomischen Zwängen auf der anderen Seite gegenüber steht. Man verliert dabei leicht aus den Augen, dass die Vergütungssystematik schon immer und in jedem Gesundheitssystem einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hatte; und umgekehrt, dass die Qualität der Versorgung, soweit gesellschaftlich oder professionell/institutionell konsentiert, immer auch auf den Vergütungsrahmen gewirkt hat. Allerdings ist in Deutschland die Qualitätsfrage in den letzten Jahrzehnten oft in eine defensive Funktion gedrängt worden, erst in der Abmilderung etwaiger Auswirkungen der Fallpauschalen, jetzt der DRG usw. Es ist nun an der Zeit, ausgehend von nachvollziehbaren Zielvorstellungen, Qualitätsüberlegungen prospektiv in die Gestaltung eines zukünftigen Gesundheitssystems einzubinden, und nicht erst ex post zur Verhinderung der schlimmsten Auswirkungen ins Feld zu führen.

Das klingt alles relativ skeptisch und besorgt.

Skeptisch und besorgt bin ich nur dann, wenn man mit der bisherigen „Qualitätspolitik“ weitermachen sollte, ohne die zukünftigen Entwicklungsnotwendigkeiten zu reflektieren. Wir brauchen kein Mehr an akutmedizinischer, Prozeduren-bezogener, sektoral orientierter Qualitätssicherung. Unser Gesundheitssystem steht an einer entscheidenden Stelle, die sektoralen Zentrifugalkräfte nehmen derzeit sogar noch zu und jeder Sektor läuft im Versuch der weiteren Optimierung auf Hochtouren. Auch steht der Übergang in eine regionale, wirklich

integrierte Versorgung unmittelbar bevor. Darum bin ich optimistisch, dass die Qualitätsfrage einen entscheidenden Beitrag leisten kann, den nächsten Entwicklungsschritt zu gehen. Daher möchte ich meine Ausführungen auch nicht als Kritik an den zahlreichen Personen verstanden wissen, die sich wirklich in aufopferungsvoller Arbeit um Qualitätssicherung bemühen und die sich vor Ort und in den Gremien dafür eingesetzt haben, damit Qualität bei uns nach vorne kommt. Es ist wirklich viel erreicht worden, aber trotzdem: Es gibt kein weiter so.

Sie haben kürzlich im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin e.V., ein Gutachten (s. dazu auch S. 16) mit dem Namen „Qualität 2030“ vorgestellt, will auch heißen: So lange wird es noch dauern mit der Qualität?

Das Gutachten geht von der Annahme aus, dass Qualität und Qualitätssicherung nur sinnvoll im Rahmen eines Weiterentwicklungskonzeptes des Gesundheitswesens eingesetzt werden kann - und nicht als defensives „Notpflaster“, um die Fehlanreize des Vergütungssystems zu neutralisieren. Wenn man beispielsweise Fragen der regionalen Koordinierung der Behandlung von älteren, mehrfach-chronisch erkrankten Patienten herausgreift, dann wird die Schaffung einer integrierten (statt sektorierten) Versorgung wohl einige Zeit in Anspruch nehmen. Früher wäre besser; in jedem Fall müssen wir aber heute beginnen, Qualitätsindikatoren für solche netzförmigen Strukturen zu entwickeln, denn sonst sind sie plötzlich da, und wir stehen in der Beschreibung der Qualität mit leeren Händen da.

In diesem Gutachten stellen Sie die Forderung auf, dass der Gesetzgeber ein Rahmenkonzept „Qualität 2030“ vorlegen sollte, welches umfassend die bis 2030 umzusetzenden Qualitätsinstrumente beschreibt. Ist das Prinzip Hoffnung ohne jede Evidenz?

Nein, ich denke nicht. Die Bewältigung der enormen Qualitätsdefizite, die wir trotz der Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems - das ist ja gerade der Punkt - zu vergegenwärtigen haben, und die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren erfordert vonseiten der Politik klare Richtungsweisungen. Die im G-BA zusammengefasste Selbstverwaltung kann das selbst nicht schaffen. In den USA, Großbritannien und anderen Ländern hat man daher sehr weitgehende Rahmenkonzepte für die Frage von Qualität und Sicherheit entwickelt, die eine solche „Wegweiser-Funktion“ aufweisen. Wir brauchen ein deutsches „Crossing the Quality Chasm“, so wie es das Institute of Medicine in den USA als Nachfolgewerk von „To Err Is Human“ vorgelegt hat. Das Gutachten empfiehlt auch, dass das BMG ein jährliches Gutachten zu Qualität und Patientensicherheit vorlegt, um die Fortschritte darzulegen und klarzustellen, dass diesem zentralen Thema der gleiche Stellenwert zukommt wie z.B. die Berichterstattung zur Umwelt oder zur wirtschaftlichen Entwicklung.

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

Autor: Schrappe
Qualität 2030 - Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen
Geleitet von Fink und Dormann
Verlag: MWV, 2015
400 Seiten
ISBN: 978-3-95466-140-49
Preis: 64,95 Euro





Mehr als acht Millionen Menschen in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen. Viele von ihnen haben eine lange Schmerzkariere hinter sich, mit Schmerzmittelkonsum und Ärzte-Hopping. Zunehmend erhalten Patienten auch in den Krankenhäusern schmerztherapeutische Versorgung.

Die Zunahme chronischer Erkrankungen sowie der wirtschaftliche Druck, der zu kürzeren Krankenhausaufenthalten führt, lassen die Zahl der Aufenthalte zur stationären Schmerztherapie im Krankenhaus steigen. Ein Trend, der auch bei der Deutschen BKK beobachtet wird, bestätigt Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Krankenkasse: „In den letzten Jahren entwickelten sich die Zahlen der stationären Schmerztherapie kontinuierlich nach oben.“

Verzeichnete man bei der Deutschen BKK im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr davor noch eine Zunahme der Fallzahlen von 6 Prozent, so lag die Steigerung im Jahr 2012 bereits bei 32 Prozent. Im Jahr 2013 waren es 48 Prozent und für 2014 erwartet man bei der Deutschen BKK 68 Prozent.

Der gesetzlich vorgeschriebene strukturierte Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V weist Fallzahlen und spezielle Therapieverfahren/-konzepte des jeweiligen Krankenhauses aus. Die Qualität der Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen ist jedoch für Patienten und zuweisende Ärzte nach außen nicht klar erkennbar, da die Ergebnisse nicht dargestellt werden müssen.

Eine Vergütung ambulanter schmerztherapeutischer Leistungen für Krankenhäuser ist möglich, sofern eine Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) dazu

vorliegt. Jedoch wird eine Vergütung finanziell erst mit Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung interessant. Dazu müssen jedoch mindestens 150 Fälle pro Quartal behandelt werden, was einer halben Arztstelle entspricht. Da bei vielen Krankenhäusern die Anzahl der Fälle weit niedriger liegt, können sie sich an der Qualitätssicherungsvereinbarung nicht beteiligen. Gleichzeitig ist eine interdisziplinäre Behandlung in rein ambulanten Versorgungsstrukturen aus organisatorischen Gründen oftmals nicht erfolgreich. Hierzu meint Achim Kolanoski: „Die Forderung nach Strukturen, die zeitliche und medizinische Koordination möglich machen, ist überfällig.“

Die Deutsche BKK hat daher in Zusammenarbeit mit der Johannesbad Fachklinik in Bad Füssing ein Instrument auf Basis der Kompaktkur entwickelt. Die Klinik ist spezialisiert auf Schmerztherapien und hat ein großes Erfahrungsspektrum mit unterschiedlichsten Schmerzpatienten.

Sie verfügt über speziell ausgebildete Schmerztherapeuten. Neben einem Thermalbad mit Heilwirkung bieten diverse Sport- und Bewegungsangebote optimale Versorgungsstrukturen. Besonders vorteilhaft ist aber die flexible Kombination verschiedener Therapiemöglichkeiten und deren individuell auf den Patienten abgestimmter Umfang. Zusammengenommen verspricht diese neuartige Versorgung einen

vielversprechenden Ansatz für die Versorgung von Schmerzpatienten.

Dabei liegt der Erfolg der „Schmerzkur“ zu einem großen Teil an der Aktivierung der Patienten. Überwiegend anerkannt in der Schmerzmedizin ist, dass passive Behandlungen keine Evidenz bei der Behandlung von chronischem Schmerz haben.

Bei Patienten, die von November 2013 bis April 2014 diese „Schmerzkur“ absolviert haben, sank die Anzahl der Krankenhausaufenthalte deutlich von 77 auf 23 Prozent. Eine Langzeitbeobachtung ist notwendig. Die Deutsche BKK wird dieses Angebot natürlich weiter evaluieren.



Achim Kolanoski,
Vorstandsvorsitzender
Deutsche BKK

„Als positiver Nebeneffekt zu den Behandlungserfolgen konnten auch gleichzeitig die Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt werden“, freut sich Achim Kolanoski und ergänzt: „Die ermutigenden Rückmeldungen unserer Versicherten zeigen, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“



Ihrer Gesundheit zuliebe
DeutscheBKK

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

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

INSIGHT Health betrachtet neue Wirkstoffe gegen Diabetes

Ausgebremst? Neue Antidiabetika in Deutschland

Diabetes mellitus hat sowohl gesundheitlich als auch wirtschaftlich oft schwerwiegende und langfristige Folgen für die Betroffenen. Nicht nur die medizinisch aufwändigen Komplikationen der Stoffwechselerkrankung wirken sich auf die Lebensqualität der Patienten aus. Auch eine – meist lebenslang notwendige – medikamentöse Therapie erfordert eine hohe und andauernde Adhärenz der Patienten. Zudem lässt die Zulassung neuer Wirkstoffe immer wieder die Frage aufkommen, ob die bestehende Therapie überprüft und möglicherweise angepasst werden muss. Die vorliegende Analyse zeigt neue Entwicklungen im Antidiabetika-Markt und vergleicht zwischen innovativen und bestehenden Arzneimitteln auch unter Berücksichtigung des AMNOG (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz).

>> Deutschlandweit leiden etwa 7,3 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an Diabetes mellitus. Die Prävalenz liegt bei Menschen unter 45 Jahren bei weniger als 2 Prozent, steigt dann aber mit dem Alter deutlich an (vgl. GBE kompakt, 3/2011 oder GEDA 2009; Gesamtprävalenz für Typ 1 und 2). Die Schätzungen zur Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland sowie Prognosen über Zuwachsraten variieren allerdings je nach Quelle. Wird davon ausgegangen, dass ungefähr 6 Millionen Menschen mit Diabetes in Deutschland leben, lässt sich erahnen, dass die Versorgung der Diabetiker mit hohen Gesundheitsausgaben verbunden ist. Für das Jahr 2008 hat das Statistische Bundesamt die direkten Kosten für die Versorgung der Diabetiker auf 6,3 Milliarden Euro beziffert. Dies entspricht einem Anteil von 2,5 Prozent der Gesundheitsausgaben aller Krankheiten – Tendenz steigend (GBE kompakt, 3/2011).

Abhängig von dem individuellen Krankheitsbild, dem Ausmaß und der Art der Beschwerden sowie den Risiken für Folgeerkrankungen unterscheidet sich die Therapie von Patient zu Patient. Im Kern besteht sie aber in der Regulierung des Blutzuckerspiegels durch Antidiabetika.

Steigende Bedeutung von Antidiabetika jenseits der Insuline

Ebenso vielfältig wie das Krankheitsbild

selbst sind die Therapiemöglichkeiten. Die Nationale Versorgungsleitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ beinhaltet ein komplexes Therapie-schemata, in dem Ernährungsberatung, Steigerung der körperlichen Aktivität und Förderung eines gesunden Lebensstils als Basistherapie gelten. In Stufe 2 wird zusätzlich eine Pharmaka-Monotherapie begonnen, die in Stufe 3 durch eine gezielte Insulintherapie ersetzt bzw. ergänzt und in Stufe 4 intensiviert wird. Die Therapieempfehlungen der Leitlinien sind auch Grundlage zahlreicher Disease-Management-Programme (DMP) zwischen Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).

Über den gesamten GKV-Arzneimittelmarkt betrachtet weisen die Antidiabetika (ATC-Gruppe A10 nach EphMRA) im Jahr 2013 nach Verordnungen einen Marktanteil von insgesamt 4,4 Prozent auf. Nur wenige Märkte wie bspw. Analgetika, Antibiotika und Herz-Kreislauf-Präparate haben einen noch höheren Marktanteil. Im Zeitraum von 2011 bis 2013 bleibt die Anzahl an definierten Tagestherapiedosen (DDD) im A10-Markt (trotz steigender Prävalenz) relativ konstant. Im Folgenden wird dieser Markt getrennt nach Humaninsulinen + Insulinanaloge und den übrigen Antidiabetika betrachtet. Letztere verzeichnen einen Marktanteil (nach Umsatz auf Basis des Apothekenverkaufspreises - AVP) von 41 Prozent für 2013 (Insu-

line 59 Prozent) sowie eine durchschnittliche Umsatzsteigerung von 12,4 Prozent seit 2011. Damit scheint die Bedeutung der übrigen Antidiabetika im Vergleich zu den Humaninsulinen in der Therapie des Diabetes mellitus zu steigen.

Auf dem AMNOG-Prüfstand

Zahlreiche neue Antidiabetika wurden seit der Einführung des AMNOG am 01. Januar 2011 zur frühen Nutzenbewertung aufgerufen. Neben dem aktuell bewerteten Langzeit-Humaninsulin Tresiba (Insulin degludec) sind darunter zahlreiche orale Antidiabetika und Wirkstoffe mit neuer Galenik oder Wirkprinzip. Für folgende Wirkstoffe ist das Verfahren der frühen Nutzenbewertung ebenfalls bereits abgeschlossen: Canagliflozin, Dapagliflozin, Dapagliflozin + Metformin, Linagliptin, Lixisenatid und Saxagliptin + Metformin. Für drei weitere neu zugelassene Wirkstoffe (Albiglutid, Canagliflozin + Metformin und Empagliflozin) stehen die Bewertungen noch aus. Nähere Details zu den Ergebnissen der Nutzenbewertungsverfahren für diese neuen Antidiabetika befinden sich in der Infobox. Zusätzlich erfolgte im Rahmen des Bestandsmarktaufrufes die Bewertung der DPP-IV-Hemmer (Gliptine). Auf diese am 01.04.2013 aufgerufene Wirkstoffgruppe wird zusammen mit den GLP-1-Agonisten Liraglutid und Exenatid am Ende dieses Beitrags noch einmal eingegangen.

Bestandsmarktaufruf: beendet und dennoch aktuell

Mit Beschluss vom 18. April 2013 hatte der G-BA die Kriterien zum Bestandsmarktaufruf konkretisiert und als erste Wirkstoffgruppe die Gliptine (DPP-IV-Hemmer) aufgerufen. Bis zum endgültigen Ende des Bestandsmarktaufrufs mit Verkündung am 20. Februar 2014 im deutschen Bundestag waren insgesamt 12 Wirkstoffgruppen von einem Aufruf betroffen. Die Bewertung wurde aber lediglich für die Gliptine abgeschlossen, womit das Ergebnis bis heute Bestand hat. Die betroffenen Wirkstoffe Saxagliptin, Sitagliptin und Vildagliptin (jeweils auch in Kombination mit Metformin) erhielten größtenteils keinen Zusatznutzen und für einige wenige

Nutzenbewertung neuer Antidiabetika

Sämtliche neuen Antidiabetika, die bislang durch die frühe Nutzenbewertung gelaufen sind, bekamen lt. G-BA-Beschluss keinen Zusatznutzen. Einzige Ausnahme ist die Wirkstoffkombination Saxagliptin + Metformin mit einem geringen Zusatznutzen für eine von zwei gebildeten Patienten-Subpopulationen. Dass ein negatives Ergebnis in der frühen Nutzenbewertung unterschiedliche Konsequenzen haben kann, sollen die nachfolgenden Beispiele verdeutlichen. Der SGLT2-Inhibitor Dapagliflozin wurde Ende 2013 außer Vertriebs genommen. Im Februar 2014 konnte sich der Hersteller aber doch noch ohne Schiedsspruch mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf einen Erstattungsbetrag einigen. Damit bleibt die neue Therapieoption den Patienten mit Diabetes Typ 2 in Deutschland erhalten. Dies trifft indessen auf den 2. Vertreter dieser Substanzklasse Canagliflozin nicht zu. Der Hersteller sieht unter den gegebenen Bedingungen keine Möglichkeit, das Arzneimittel dem deutschen Markt zur Verfügung zu stellen, und tritt somit erst gar nicht in die Phase der Preisverhandlungen ein. Der Aufruf des Wirkstoffes in Kombination mit Metformin erfolgte im August dieses Jahres, so dass das Nutzenbewertungsergebnis im Februar 2015 mit Spannung erwartet werden kann. Mit Lixisenatid steht ein weiterer der neuen antidiabetischen Wirkstoffe dem deutschen Markt nicht mehr zur Verfügung. Der Hersteller konnte sich in den Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband nicht auf einen Erstattungsbetrag einigen und stellte den Vertrieb des GLP-1-Agonisten zum 01. April 2014 ein. Der prominenteste Wirkstoff, für den der Hersteller drei Mal in Folge keinen Zusatznutzen bescheinigt bekam und letztlich die Opt-out-Entscheidung für den deutschen Markt traf, ist wohl der DPP-IV-Hemmer Linagliptin.

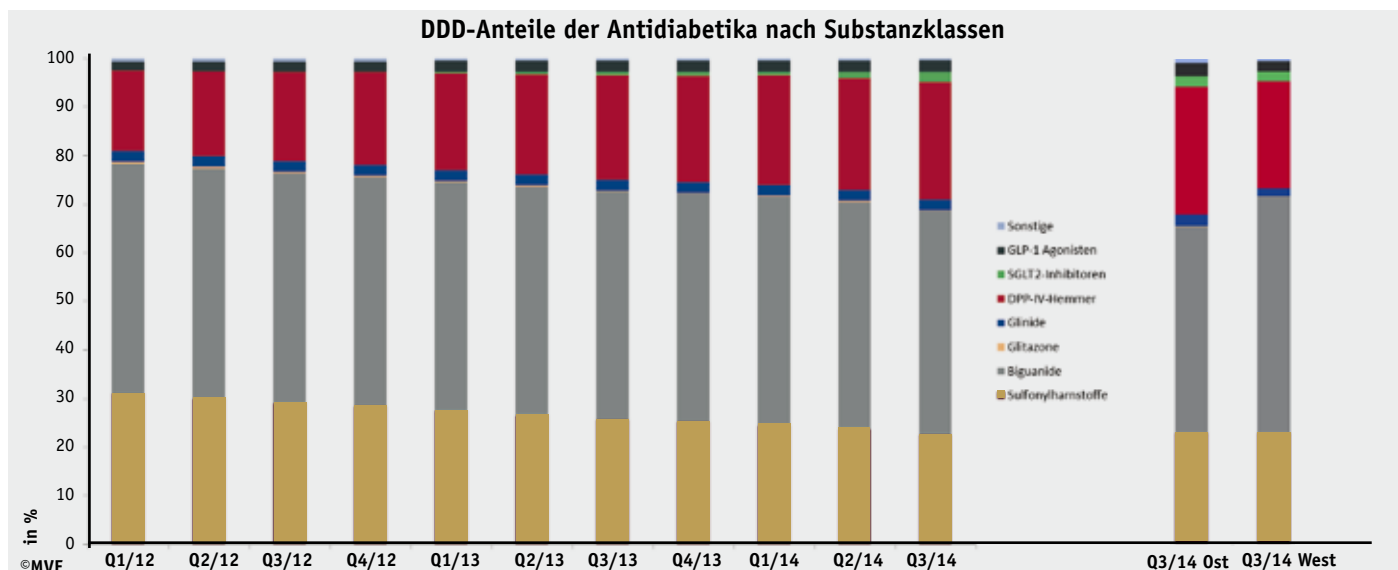


Abb. 1: Entwicklung der Marktanteile nach Substanzklassen im Antidiabetika-Markt. Quelle: regioMA (INSIGHT Health); Marktanteile nach DDD (def. Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte, Quartal 1/2012 bis 3/2014; Marktsegment exklusive Insulinen.

Patientengruppen einen geringen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Es konnten sich dennoch alle Hersteller auf einen Erstattungsbetrag in den Verhandlungen mit dem GKV-SV einigen. Damit wurde das Verschwinden einer kompletten Substanzklasse, was für eine beträchtliche Anzahl an Diabetikern als problematisch gilt, verhindert.

Trotz der Beendigung des Bestandsmarktaufrufs bleibt die späte Nutzenbewertung ein viel und kontrovers diskutiertes Thema. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, fordert den Gesetzgeber auf, sich „Gedanken darüber [zu] machen, wie eine Bewertung alter Arzneimittel auch juristisch haltbar ist.“ Das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) fordert in seiner Stellungnahme, dass „die Frühbewertung durch eine auf Versorgungsforschungsstudien basierende verpflichtende Spätbewertung ergänzt werden“ muss. Im Gegensatz dazu trifft der vfa folgende Aussage: „Wir begrüßen die Aufhebung des Bürokratiemonsters ‚Bestandsmarkt-Nutzenbewertung‘, erwarten aber, dass diese vollumfänglich entfällt (inkl. Gliptine).“

Derweil ist das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen mit Unterstützung der TK einen anderen Weg gegangen. Der im August 2014 veröffentlichte Bestandsmarktreport versteht sich als Fortführung des gesetzlich beendeten Bestandsmarktaufrufs und orientiert sich bei der Auswahl der Wirkstoffe an den G-BA-Aufrufen (vgl. Bestandsmarktreport 2014).

Kein Zusatznutzen – und die Praxis?

Das Ende des G-BA-Bestandsmarktaufrufs, der TK-datengestützte Bestandsmarkt-Report und zahlreiche weitere Stellungnahmen seitens der Politik und anderer Stakeholder könnten den Schluss nahelegen, dass schlecht bewertete

Wirkstoffe eine untergeordnete Rolle im Versorgungsalltag spielen. Zudem wäre damit zu rechnen, dass etablierte Wirkstoffe in der antidiabetischen Therapie nicht zuletzt aufgrund der steigenden Prävalenz des Diabetes stärker verordnet werden. Dieser Umstand sollte insbesondere auf die in der Nationalen Versorgungsleitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ empfohlenen Substanzklassen zutreffen. Darin gilt Metformin, der bekannteste Vertreter aus der Klasse der Biguanide, als Antidiabetikum der ersten Wahl. Neben Metformin werden die Sulfonylharnstoffe als Therapieoption mit „gesicherter günstiger Beeinflussung klinischer Endpunkte“ bezeichnet. Im Gegensatz dazu werden Glinide und Glitazone nur in Ausnahmen zur Therapie empfohlen. Neue Antidiabetika wie die DPP-4-Hemmer und SGLT2-Inhibitoren werden im Therapie-Algorithmus geführt, sind jedoch der Gruppe „ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte“ zugeordnet. Bei den GLP-1-Agonisten weist die Leitlinie auf fehlende Wirksamkeitsbelege zur Reduktion klinischer Endpunkte hin.

Bei einer Betrachtung der Marktanteile verschiedener Antidiabetika-Substanzklassen nach definierten Tagestherapiedosen (DDD) zeigt sich ein anderes als das oben beschriebene Bild (vgl. Abb. 1). Zum einen ist entgegen der Leitlinien-Empfehlung seit 2012 eine kontinuierliche Abnahme der verordneten DDDs insbesondere bei den Biguaniden und den Sulfonylharnstoffen zu beobachten. Zum anderen nehmen die DDD-Anteile bei den neuen Antidiabetika wie den DPP-IV-Hemmern und SGLT-2-Inhibitoren zu (vgl. Bensing/Kleinfeld: Gliptine mit zunehmender Versorgungsrelevanz, in: „Monitor Versorgungsforschung“, Nr. 3/2013, S. 12 f.). Das Ordnungsverhalten in der Praxis scheint sich demnach stark von Leitlinien-Empfehlungen, G-BA-Beschlüssen und anderen Maß-

nahmen zu unterscheiden und wird zweifelsohne durch weitere Faktoren beeinflusst.

Bemerkenswert sind zudem die Unterschiede bei einer geografischen Trennung in Ost- und Westdeutschland. In dem definierten Marktsegment liegt der Marktanteil aller neuen Substanzklassen im Osten der Republik höher als im Westen (vgl. Abb. 1). Beispielsweise haben die DPP-IV-Hemmer im Osten einen DDD-Anteil von 26 Prozent, im Westen fällt dieser mit 22 Prozent deutlich geringer aus. Hingegen verzeichnen die Biguanide im Westen einen Marktanteil von nahezu 50 Prozent (Osten 43 Prozent).

Fazit

Die medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus ist nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Substanzklassen, Empfehlungen und Vorgaben sehr komplex. Neben bewährten Wirkstoffen bekommen zahlreiche neue Antidiabetika eine Zulassung. Darunter befinden sich innovative Wirkstoffe mit neuem Wirkprinzip, die aber unter Umständen dem deutschen Markt nach dem AMNOG-Verfahren nicht mehr zur Verfügung stehen. Um deren Zusatznutzen im Vergleich zu den bestehenden Therapien zu bestimmen, ist eine frühe Nutzenbewertung wahrscheinlich unerlässlich. Dass die Ergebnisse der Bewertungen einen – wenn auch nicht immer nachvollziehbaren – Einfluss auf den Markt ausüben, ist ebenfalls unumstritten. Dennoch gibt es neben AMNOG viele weitere Faktoren, die die Marktdurchdringung eines neuen Antidiabetikums beeinflussen. So muss die Frage, ob die neuen Therapiemöglichkeiten in einer verbesserten Versorgung des Patienten münden, immer wieder aufs Neue gestellt und überprüft werden. <<

Autoren/Kontakt:

Kathrin Pieloth, André Kleinfeld,
Matthias König*

* INSIGHT Health, Versorgungsanalysen & Market Access, vf@insight.health.de / Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe legt ein Gutachten im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin e.V. vor

Forderungskatalog zum Gutachten „Qualität 2030“

Einen neuen Ordnungsrahmen für das Gesundheitssystem, in dessen Mittelpunkt Qualität und Patientensicherheit stehen, mahnt Ulf Fink, Vorsitzender von Gesundheitsstadt Berlin e.V., mit 220 Mitgliedern das größte regionale Gesundheitsnetzwerk in Deutschland, an. Um der Politik für dieses hehre Ziel eine Hilfestellung zu geben, beauftragte der Verein Gesundheitsstadt Berlin den Kölner Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, ein Gutachten zu erstellen, das unter dem Titel „Qualität 2030“ eine umfassende Strategie für das Gesundheitswesen entwirft, zu den zentralen Instrumenten der Qualitätsverbesserung Stellung nimmt und einen umfassenden Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen einfordert.

>> „Qualitätsdefizite können im gegenwärtigen Umfang nicht länger toleriert werden“, erklärt Schrappe, der über ein Jahr an dem 300-seitigen Gutachten gearbeitet hat, das von der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft (MWV) aufgelegt worden ist. Obwohl er in seinem Gutachten durchaus davon ausgeht, dass das deutsche Gesundheitswesen seine Aufgaben gut, in einigen Bereichen sogar hervorragend erfüllt, moniert er, dass dennoch gleichzeitig gravierende Qualitätsmängel nicht zu übersehen sind. Dabei seien wichtigsten Qualitätsdefizite solche, die die Patientensicherheit betreffen.

So zeigen die Zahlen des jährlich erscheinenden Qualitätsberichtes der externen Qualitätssicherung nach §137 SGB V Komplikationen bei mehreren Prozent der Patienten. „Auch nach einschlägigen internationalen Studien kommt auf 2 bis 4 Prozent der Krankenhaus-Patienten ein vermeidbares, auf Fehler zurückzuführendes unerwünschtes Ereignis zu, das durch die Behandlung bedingt ist,“ führt Schrappe aus. Das bedeute für Deutschland, dass jedes Jahr zwischen 380.000 und 760.000 Krankenhauspatienten von Schäden betroffen seien, die auf Fehler zurückgingen. Schrappe: „Man muss demnach mit rund 19.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr rechnen, wohlgemerkt vermeidbaren.“ Zwar tauchen laut Schrappe in den offiziellen Berichten z.B. der Schlichtungsstellen der Landesärztekammern nur einige 1.000 Behandlungsfehler pro Jahr auf, doch sei dies darauf zurückzuführen, dass nur wenige Prozent der Patienten die unerwünschten Ereignisse gerichtlich oder durch Schiedsstellen klären lassen würden.

Als die beiden wichtigsten Gruppen von unerwünschten Ereignissen zählt das Gutachten die nosokomialen (im Krankenhaus erworbenen) Infektionen und die Arzneimittel-bedingten Ereignisse auf – jährlich zwischen 400.000 und 600.000! Schrappe: „Rund ein Drittel davon ist als vermeidbar einzustufen: Folglich erleiden ca. 1% aller Krankenhaus-Patienten – also zwischen 100.000 und 200.000 pro Jahr – in Deutschland eine vermeidbare nosokomiale Infektion.“ Auch sei die Zahl der vermeidbaren Todesfälle durch Krankenhausinfektionen, nämlich 2500 bis 5000 Todesfälle pro Jahr, gut belegt.

Und die unerwünschten Ereignisse im Arzneimittelbereich liegen mindestens in der gleichen Größenordnung. Deutsche und internationale Untersuchungen wiesen laut Schrappe darauf hin, dass in Deutschland jährlich zwischen 380.000 und 950.000 Krankenhaus-Aufnahmen wegen Arzneimittel-„Nebenwirkungen“ notwendig werden. „Besonders ältere Patienten, die mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen, sind einem hohen Risiko ausgesetzt“, erklärt Schrappe. Zwar gebe es eine Liste von Medikamenten (sog. Priscus-Liste), die bei Älteren nicht eingesetzt werden sollen, trotzdem erhielten rund 20 Prozent der älteren Patienten in Deutschland mindestens ein Medikament, das nach dieser Liste nicht empfohlen wird.

Als weitere Beispiele nennt das Gutachten, das 29,5 Prozent der operierten und 36,8 Prozent der konservativ behandelten Krankenhauspatienten starke oder sehr starke Ruheschmerzen angeben würden, indes würden 15 bzw. 39 Prozent der Patienten trotz Schmerzen keine Schmerztherapie erhalten.

Vor dem Hintergrund dieser und vieler weiterer im Gutachten genannten Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitssystem sieht Schrappe im Rahmen der Strategie „Qualität 2030“ folgende Handlungsfelder von zentraler Bedeutung:

- (A) Strategische Neuausrichtung der Qualitätssicherung** am zukünftigen Morbiditätsspektrum (chronische Mehrfacherkrankungen und Prävention)
- (B) Überwindung der (zunehmenden) Sektoring mit ihrer sektoralen Qualitätsperspektive** – eine regionale und populationsbezogene Qualitätssicherung ist das Gebot der Stunde.
- (C) Qualität der Leistungserbringung:** Nutzen und Patient Reported Outcomes gehören zusammen.
- (D) Qualitätsorientierte Versorgungsplanung, Erweiterung der Qualitätsberichterstattung und P4P** müssen zielorientiert erfolgen, kein „Weiter so“ mit den rein prozedural-akutmedizinisch orientierten Daten nach §137/137a.
- (E) Prozessindikatoren müssen in den Vordergrund rücken**, die den Koordinations- und

Kooperationsproblemen in Therapie und Begleitung der chronischen Erkrankungen entsprechen – die ausschließliche Fokussierung auf Ergebnisindikatoren fördert die „alte“ prozedurale, akutmedizinische und anbieterbezogene Sichtweise, ganz abgesehen von den Problemen der Risikoadjustierung und Benachteiligung kleinerer Einrichtungen.

- (F) Routinedaten** sind wegen ihrer niedrigen Sensitivität mit Vorsicht anzuwenden, vielmehr müssen klinisch-epidemiologische Falldefinitionen wie weltweit in der Krankenhaushygiene den Vorzug erhalten.

Als wichtigste Schlussfolgerung erklärt Schrappe, dass Qualität viel mehr als heute bei der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt gestellt werden muss. „Die Gesundheitspolitik muss die Richtung vorgeben, strategische Ziele setzen und potentielle negative Auswirkungen kontrollieren“, fordert Gutachter Schrappe. Hierzu gehörten:

- (1)** Der Gesetzgeber soll ein Rahmenkonzept „Qualität 2030“ vorlegen, welches umfassend die bis 2030 umzusetzenden Qualitätsinstrumente beschreibt – unter Berücksichtigung des demografischen Wandels der Notwendigkeit der Stärkung der Prävention, des Aufbaus regionaler, qualitätsgesicherter Versorgungskonzepte sowie der Zentrenbildung und Durchsetzung von Mindestmengen.
- (2)** Der Gesetzgeber veröffentlicht einmal jährlich ein Gutachten zum Stand der Umsetzung der Strategie „Qualität 2030“ unter Einschluss eines Qualitäts-Monitorings zentraler Aspekte zur Beurteilung der Qualität, insbesondere von Daten zur vermeidbaren Sterblichkeit durch nosokomiale Infektionen und Antibiotika-Resistenzentwicklung.
- (3)** Das Bundesgesundheitsministerium beruft einen „Beirat Qualität 2030“ (Beirat Qualität und Patientensicherheit) ein, in dem insbesondere zivilgesellschaftliche Initiativen (Unternehmen, Kirchen, Verbände außerhalb des Gesundheitswesens) mitwirken. <<

Wie gesund kann ich alt werden?



Diese Frage stellen sich kleine und große Forscher. Für uns bei Lilly ist sie seit über 135 Jahren Ansporn und Herausforderung zugleich. Wir geben Antworten in Form von innovativen Arzneimitteln, Aufklärung und Information auf dringliche Fragen der Medizin. In den Lilly-Forschungslabors entwickeln wir neue Medikamente, mit denen z. B. Diabetes, Osteoporose, Krebs und psychiatrische Erkrankungen wirksam behandelt werden können. Weltweit schenken die Menschen uns Vertrauen. Denn unsere Medikamente unterstützen den Arzt in seinem Engagement für ihre Gesundheit. Für ein aktives Leben. Für ein gesundes Altwerden.

Wenn Sie mehr über uns wissen möchten, fragen Sie Ihren Arzt, Ihren Apotheker oder besuchen Sie uns im Internet: www.lilly-pharma.de



Es diskutierten (v.l.n.r.): Dr. Gerd Kräh (Lilly), Heike von Lützu-Hohlbein (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.), die MdBs Pia Zimmermann (Die Linke), Erwin Rüdell (CDU), Elisabeth Scharfenberg (Bündnis90/Die Grünen) und Hilde Mattheis (SPD) mit Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher (DAK) unter Moderation von Cornelia Spohn.

Symposium „Demenz – ein Thema mit Zukunft“ von DAK und Lilly

„Demenz ist ein Teil des Lebens“

Mit dem demografischen Wandel steigt die Zahl der Demenzkranke kontinuierlich an: Im Jahr 2050 wird es rund drei Millionen Betroffene geben, das sind mehr als doppelt so viele wie heute. Im Rahmen ihrer Aufklärungskampagne „Demenz in Deutschland“ griff die DAK-Gesundheit dieses gesellschafts- und gesundheitspolitisch wichtige Thema auf. Beim Symposium „Demenz – ein Thema mit Zukunft“ berieten auf Initiative der Krankenkasse in Kooperation mit dem Pharmaunternehmen Lilly Deutschland ausgewiesene Experten über zukunftsorientierte Lösungsansätze.

>> Eine immer älter werdende Bevölkerung bringt zwangsläufig mehr demenzielle Erkrankungen hervor – vermeiden lässt sich diese Entwicklung nicht. Gerade darum forderte Dr. Reiner Klingholz, Direktor des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung, einen Bewusstseinswandel. „Wir müssen begreifen, dass Demenz ein Teil des Lebens ist.“ Es fehlten aber noch innovative Konzepte für Wohnen und Leben mit Demenz, konstatierte Dr. Jürgen Gohde, Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Deren Kern könne nur das

Bekenntnis zu einem möglichst selbstbestimmten Leben von Menschen mit Demenz sein. „Die Betroffenen sollen merken, dass sie wichtig sind und wertgeschätzt werden.“

Die unzureichende medizinische Versorgung vieler Erkrankter kritisierte Prof. Dr. Wolfgang Maier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. „Nach wie vor wird die Versorgung von Demenzpatienten als vorwiegend pflegerische Aufgabe betrachtet“, sagte er. <<



„Städte und Gemeinden sollten wieder mehr Gestaltungskraft entwickeln“, mahnt DAK-Vorstandschef Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher.

Anzeige

Call for Interest: Stiftungsprofessur zur Versorgungsforschung für seltene Erkrankungen im Kindesalter



Die **Stiftung Kindness for Kids** ist eine gemeinnützige Stiftung mit Sitz in München, die sich seit ihrer Gründung im Jahr 2003 für Kinder mit seltenen Erkrankungen engagiert. Im Rahmen der geplanten Stiftungsprofessur zur Versorgungsforschung für seltene Erkrankungen im Kindesalter, sucht die Stiftung nach einer geeigneten Medizinischen Fakultät als Standort derselben. Ziel der Professur ist die nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität von Kindern mit seltenen Erkrankungen.

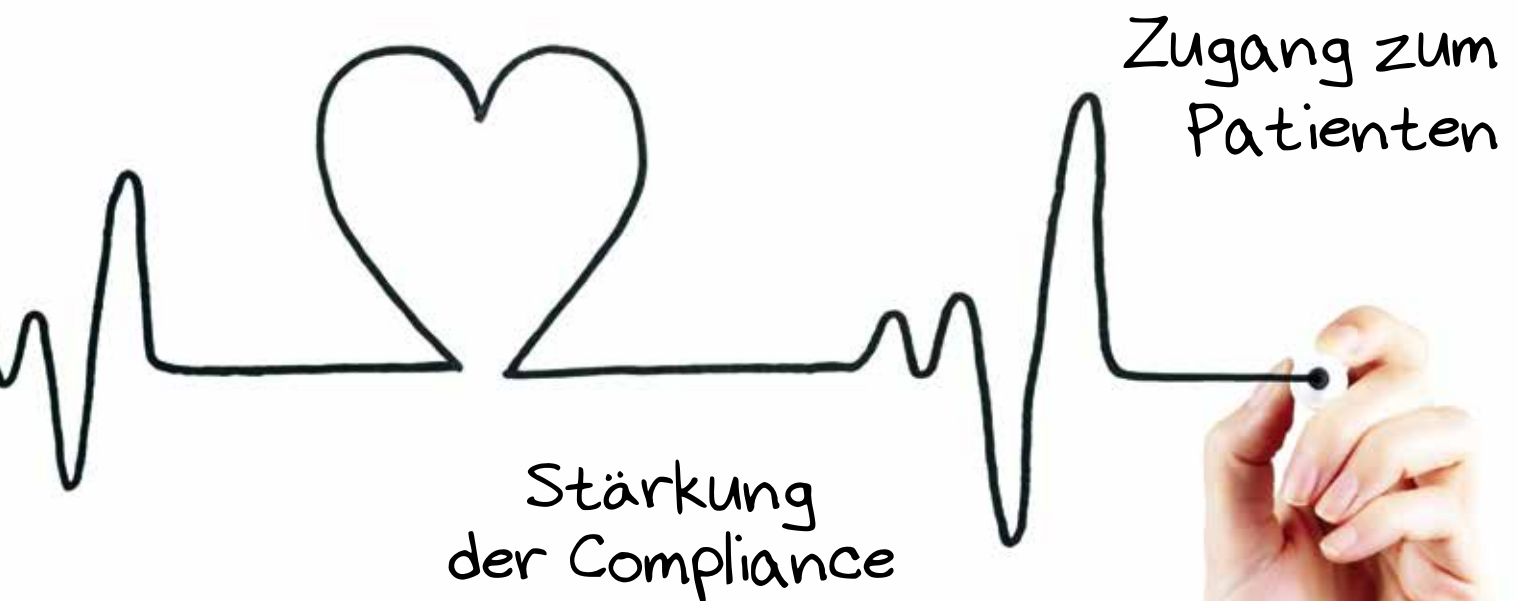
Die vollständige Ausschreibung finden Sie auf www.kindness-for-kids.de

Bei Interesse reichen Sie bitte zunächst einen **Letter of Intent bis 31. Dezember 2014** bei der Stiftung ein. Dieser ist notwendige Voraussetzung für die weitere Bewerbung. Die Bewerbungsfrist endet am 28. Februar 2015.

Bei Fragen kontaktieren Sie bitte Frau Dr. Barske, zuständig für den Bereich Forschungsförderung bei Kindness for Kids
Telefon: 089 21 56 85 80. E-Mail: j.barske@kindness-for-kids.de

GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-Begleitprogramme



Verbesserung der Lebensqualität

WERDEN SIE PARTNER!

E-Mail an: patientenprogramme@docmorris.de

Expertenforum des Bundesverbands Managed Care (BMC)

Überführung in die Regelversorgung noch strittig

Wie viel Akteursvielfalt und wie viel Wettbewerb steckt im Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes – dies war eine der zentralen Fragen beim Diskussionsforum des Bundesverbands Managed Care (BMC) am 10.11. in Berlin. Unter dem Titel „Wie viel Reformkraft steckt im VSG: Neue Optionen durch Innovationsfonds und ‚besondere Versorgung‘?“ diskutierten Vertreter von Kassen, Leistungserbringern und Industrie mit BMG-Abteilungsleiter Dr. Ulrich Orlowski über den Innovationsfonds und die neuen Selektivvertragsregelungen. Zeitgleich legte der BMC eine Stellungnahme vor, in dem u.a. die Ausweitung der Antragsberechtigten bei Innovationsfonds und der „besonderen Versorgung“ gefordert wird.

>> Der seit kurzem vorliegende Referentenentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz berührt eine Vielzahl an Themen. Der BMC veranstaltete daher Anfang November für alle Interessierten ein Diskussionsforum, bei dem mit BMG-Abteilungsleiter Dr. Ulrich Orlowski intensiv über die Ausgestaltung und Chancen des Innovationsfonds, der neu gestaltete Rechtsrahmen für Selektivverträge sowie die Veränderungen ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen diskutiert wurde.

Die Einrichtung eines Innovationsfonds wurde seit langem vom BMC gefordert: „Der Fonds ist eine echte Chance, neue Impulse für die Reform der Versorgungsstrukturen zu setzen“, freute sich Prof. Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des BMC. „Damit über die Förderanträge jedoch nach sachlichen statt nach politischen Kriterien entschieden wird, wäre eine größere Unabhängigkeit des Innovationsausschusses von seinem Träger, dem G-BA, sinnvoll.“ Auch Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK und Vorstandsmitglied des BMC, sah die Stimmgewichtung und Zusammensetzung des Innovationsausschusses mit Sorge: „Um die Unabhängigkeit zu unterstreichen, wäre eine breitere Aufstellung des Innovationsausschusses zu empfehlen, etwa durch Einbeziehung von Wissenschaftlern, Patientenvertretern oder auch dem Wissenschaftsministerium.“ Aus Sicht des BMC wäre zudem eine weniger restriktive Einschränkung der antragsberechtigten Akteure wünschenswert. So sollten beispielsweise auch Unternehmen, wie Managementgesellschaften, als mögliche Antragssteller ergänzt werden. Als kontrovers entpuppte sich im Laufe der Diskussion auch die Vorgabe des Gesetzesentwurfs, dass nur Projekte mit „Potenzial für die Überführung in die Regelversorgung“ zu fördern sind. Hier bedürfe es noch einer Klarstellung, dass damit kein Zwang zur kollektivvertraglichen Ausgestaltung gemeint sei, waren sich die Teilnehmer weitgehend einig.

Der wettbewerbliche Handlungsspielraum spielte auch eine zentrale Rolle in der Diskussion um die „Besondere Versorgung“ im neu verfassten § 140a SGB V: „Der Wegfall der

präventiven Vorlagepflicht von Selektivverträgen bei der Aufsicht setzt genau das richtige Signal“, bekräftigte BMC-Vorstandsmitglied Ralph Lägél. Jetzt müsse nur sichergestellt werden, dass sich die Wirtschaftlichkeitsvorgaben für die Projekte des Innovationsfonds und die § 140a-Verträge nicht kannibalisieren. Anregungen zur Erweiterung der Handlungsspielräume wurden dem Bundesministerium für Gesundheit auch hinsichtlich der Beteiligungsrechte der Akteure mitgegeben: „Geeignete Vertragspartner für die ‚besondere Versorgung‘ wären beispielsweise auch die Träger von Rehabilitationsmaßnahmen und andere soziale Träger“, betonte Franz Knieps, BMC-Vorstandsmitglied und Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbands. <<

BMG-Abteilungsleiter Dr. Ulrich Orlowski (stehend) diskutiert mit den BMC-Vorständen (sitzend, v.vorne): Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem, Ralph Lägél und Prof. Dr. Volker Amelung.



BMC-Stellungnahme zum GKV-VSG (Auszug)

I. Einrichtung des Innovationsfonds (§§ 92a u. 92b SGB V)

Der BMC begrüßt die Einführung eines Innovationsfonds. Dieser bietet die Chance der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zusätzliche Dynamik zu verleihen. Damit sich diese Erwartungen erfüllen, sind folgende Aspekte aus Sicht des BMC zentral:

Der Innovationsausschuss sollte mit größerer Unabhängigkeit von seinem Träger ausgestaltet sein.

Die Zusammensetzung des Innovationsausschusses sollte sich deutlich von derjenigen im G-BA unterscheiden. Sinnvoll wäre beispielsweise die Einbeziehung der Wissenschaft, der Patientenvertreter und weiterer Bundesministerien, z.B. des BMBF, BMAS oder BMWi. Damit könnte auch dem erheblichen Machtwachstum des G-BA über die vergangenen Jahre entgegengewirkt werden. Außerdem ließe sich so verhindern, dass die Antragsentscheidungen der jeweiligen Bänke Teil von „Deals“ im Zusammenhang mit anderen G-BA-Entscheidungen werden.

Die Einschränkung der Antragsberechtigten und der thematischen Förderschwerpunkte sollte gelockert werden.

Die Fähigkeit, innovative Ansätze zu entwickeln, sieht der BMC bei mehr Akteuren als denjenigen, die bisher im Gesetzesentwurf zur Antragsstellung berechtigt sind. So wären beispielsweise Unternehmen, wie Managementgesellschaften zu ergänzen. Ebenso sollten die Förderschwerpunkte nicht thematisch begrenzt werden. Um die besten Projekte auszuwählen, sollten vielmehr Kriterien wie die Erfolgswahrscheinlichkeit und das Potenzial für Qualitätsverbesserungen zentral für die Förderentscheidung sein.

Es sollten einheitliche Qualitätskriterien für die Evaluation entwickelt und angewendet werden.

Ein Ziel des Innovationsfonds ist es, Evidenz zu neuen Versorgungsansätzen zu generieren. Dafür bedarf es aussagekräftiger und vergleichbarer Evaluationsergebnisse. Demzufolge sollten einheitliche Qualitätskriterien für die Evaluation entwickelt werden. Dem G-BA sollten Fristen für den Erlass der Förderrichtlinien gesetzt werden. Um zu vermeiden, dass die Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds sich verzögert, sollte der G-BA schnellstmöglich die Förderrichtlinien erlassen. Ein partizipatives Verfahren, das auch weitere Interessengruppen einbezieht, wäre wünschenswert.



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

... **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art

... **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen

... **Einsatz:** 15.000 MitarbeiterInnen geben jeden Tag ihr Bestes

... **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken

... **Vielseitigkeit:** 9 Kliniken, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 11 MVZs, 1 Hospiz und mehr

... **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit

... **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser

... **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

Jedes Jahr schenkt uns eine halbe Million PatientInnen ihr Vertrauen, indem sie unseren Rat sucht oder sich bei uns behandeln lässt. Etwa jedes 3. Berliner Baby wird in einer Vivantes Klinik geboren. Die Tendenz dieser Zahlen ist steigend – was uns auf unserem Weg bestärkt.

Ein Weg, der sich u. a. durch die Nähe auszeichnet, die unsere fast 15.000 MitarbeiterInnen den ihnen anvertrauten Menschen entgegenbringen. Die Verbundenheit ist historisch gewachsen: Kein anderer Krankenhausbetreiber verfügt über ein so dichtes Netzwerk in Berlin wie Vivantes.

9 Krankenhäuser, 5 Komfortkliniken, 14 Tageskliniken, 14 Senioreneinrichtungen, 11 Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen für ambulante Pflege und Rehabilitation.

Vivantes hat sich als zuverlässiger Partner etabliert – für Kranke und Gesunde, für Jung und Alt, für Menschen jeder Nationalität. In einem von Respekt geprägten Dialog helfen wir dabei, die Weichen für ein gesundes Leben zu stellen. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen. Der Weg ist garantiert nicht weit!



Vivantes

Das Thema Wettbewerb beim „Dialog Gesundheits-Forum“: „Krankenkassen - Hort der Patienteninteressen“

„Ein massives Selbsterhaltungsinteresse“

Eine Tour d'horizon von Sozialwahlen bis AMNOG nahm sich gut-gesundheit-consulting mit dem aktuellen „Dialog Gesundheits-Forum“ in Berlin vor, das von Roche finanziell unterstützt wird, ohne sich weder in den medialen, noch thematischen Vordergrund zu drängen. Was auch fast, indes nicht ganz unmöglich bei dem durchaus anspruchsvollen Titel „Krankenkassen - Hort der Patienteninteressen“ war. Gerade bei der aktuell geführten Diskussion über die Pflicht der Kassen, ihre Mitglieder bei höheren als den durchschnittlichen Beitragssatz zu informieren, waren die Statements der Politik, in persona Jens Spahn (CDU) und Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD), der Kassenszene, anwesend war Holger Langkutsch (Barmer GEK), die Ärzteschaft - Dr. med. Hans-Joachim Helming (KVBB) und der Pharmaindustrie, vertreten durch Dr. Hagen Pfundner (Roche Pharma), doch sehr unterschiedlich.

>> Auch wenn Holger Langkutsch, Vorsitzender des Verwaltungsrats der Barmer GEK, dessen 40jähriges Jubiläum in der Selbstverwaltung durch die Veranstaltung, besonders aber durch den Erstedner und Laudator, Prof. Dr. Eckart Fiedler, geehrt wurde, auch noch nach diesen vielen Jahren „zutiefst überzeugt“ ist, dass sich „der soziale Friede in dieser Republik gründet auf die Selbstverwaltung und die sozialen Sicherungssysteme“, ist er doch aktuell mit einem Detail nicht ganz zufrieden: Mit der Art und Weise, wie Krankenkassen ab Dezember ihren Versicherten per Brief beibringen sollen, warum sie einen Beitragssatz jenseits des durchschnittlichen formuliert haben.

Dies hält Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, „für das normalste der Welt“. Er findet die aktuell in Publikumsmedien geführte Debatte über dieses Thema „so gaga“. Spahn: „Wenn ein Stromversorger den Preis erhöht, muss er selbstverständlich seine Kunden informieren. Ich finde es völlig normal, dass auch Krankenkassen ihre Versicherten darüber informieren müssen, wenn es eine Preisveränderung gibt, insbesondere da es kein wirklicher Wettbewerb ist, was wir da machen.“ Und weiter: „Eine kluge Kasse wird auch begründen können, warum sie das Geld ihrer Versicherten braucht.“ Dagegen hat Langkutsch auch nichts einzuwenden, zumal seine Kasse dies nach seinen Worten „schon immer getan und das auch weiter tun wird.“ Auch weil ihm viel daran liege, den Mitglieder im Zuge einer differenzierteren Beitragssatzgestaltung zu erklären, warum ein bestimmter Beitragssatz festgelegt worden sei. Dieser habe aber vor allem mit strukturellen Unterschieden und den Gegebenheiten der Versicherten zu tun, nicht nur mit Managementqualitäten, die eine Kasse auf den Erfolgspfad bringen könnten. Langkutsch: „Wogegen wir uns wehren, ist das einmalige Konstrukt, dass wir, falls der durchschnittliche Beitragssatz überschritten werden sollte, unsere Versicherten auf die billigste Versicherung hinweisen sollen.“ Dies sei eine Novität, die exklusiv in der gesamten wirtschaftlichen Welt sei und sich allein auf



Dialog Gesundheits-Forum (v.li.n.re.): Fiedler, Spahn, Helming, Moderator, Lauterbach, Langkutsch, Pfundner

das GKV beziehe. Beschwerden bereitet dem langjährigen aktiven Mitglied in der Selbstverwaltung, dass damit „nur das absolute Preissignal in den Vordergrund gerückt“ werde, jedoch nicht die unterschiedlichen Leistungen, die Beratungsqualität und Sonderprogramme.

„Das reine Preissignal ist zu kurz gesprungen“, sagte Langkutsch, während Spahn explizit darauf hinwies, dass der Preiswettbewerb „ein entscheidender Teil des Wettbewerbs der Kassen“ sei, wobei auch er zugibt, dass dieser nicht der alleinige sei, denn es gehe auch um das Angebot und um die gebotene Qualität. Doch: „Aber nicht bei jeder Kasse, die einen hohen Preis hat, heißt das per se, dass der höher Preis auch bessere Qualität hat.“ Wofür hätten wir denn unterschiedliche Beitragssätze, wenn nicht auch für einen Preiswettbewerb, fragte Spahn rhetorisch und beantwortete diese Frage auch gleich aus seiner politischen Sichtweise: „Wenn ich sage, ich will überhaupt keinen Preiswettbewerb, dann gibt es nur eine Lösung: einen einheitlichen Beitragssatz für alle.“ Für die diejenigen, die in eine Einheitskasse marschieren wollten, möge dies nach seinen Worten eine Verlockung sein, für ihn nicht. Darum betonte er ausdrücklich: „Der Preiswettbewerb ist Bestandteil des Wettbewerbs der Kassen.“ Ein Statement, das Langkutsch zur Erwidmung anstachelte, dass dies aber kein Selbstzweck, kein Ökonomismus werden dürfe. Dies erlebe er immer wieder bei den Diskussionen im G-BA, gerade wenn es um die Leistungskatalog geht und die patientenrelevanten Endpunkte ginge.

An dieser Stelle meldete sich Pfundner zu Wort, der unterstrich: „Preiswettbewerb ist ein Teil des Wettbewerbs.“ Doch müsste man sich

bemühen, auf der anderen Seite mehr die Leistungsstärke zu betonen. Pfundner: „Hier wäre die Politik gefordert, ihres dazu beizutragen, nicht nur den Pries in den Vordergrund des Wettbewerbs zu stellen, sondern die einheitlichen Strukturen im System ein Stück weit zu lockern, damit die Verträge besser werden können.“ Auch dass bei diesem gesundheitspolitischen Forum und in den Medien kritisch diskutiert werde, dass eine Kasse in einem Anschreiben an seine Versicherten darüber informieren müsse, den preiswertesten Anbieter zu nennen, kann Pfundner nicht so ganz verstehen. Denn bei Arzneimitteln sei das viel eklatanter, da würden die Patienten in die Apotheke gehen, wo ihnen das billigste Arzneimittel abgegeben wird. „Hier ist der Preiswettbewerb aufs Extreme verschärft, hier wird überhaupt keine Qualitätskomponente diskutiert“, erklärte der Roche-Pharma-Chef, der sich wünscht, dass die Krankenkassen dieses Thema auch mal bei Arzneimitteln diskutieren würden. Das solle nicht heißen, dass sich die Pharmaindustrie grundsätzlich keinen Wettbewerb wünsche, denn dieser belebe das Geschäft, aber bitte einen „fairen und gesunden“ Wettbewerb mit besonderen Regeln, in dem durch Entregulierung mehr Freiheiten entstehen müssten, gerade um durch Selektivverträge interessante Versorgungsangebote machen zu können.

Dies sei übrigens auch im im Sinne eines stabilen Systems. Denn, so Pfundner: „Die Pharmaindustrie lebt zu 90 Prozent von der Stabilität der staatlichen Sicherungssysteme, in dem Fall auch von der GKV, ohne die wir kein Geschäftsmodell hätten.“ Demnach habe seine Branche „ein massives Selbsterhaltungsinteresse“, dieses System nicht zu sprengen. <<



Dr. med. Hans-Joachim Helming

ist Facharzt für Gynäkologie und seit 20 Jahren Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

Versorgungsauftragsbasierte Arztsitzvergabe (VAV)

>> Was wir in Deutschland zur Sicherung einer auch in der Zukunft hochverfügbaren und qualitativ auf höchstem Niveau abgesicherten (ambulanten) medizinischen Versorgung benötigen, sind durchdachte Konzepte, welche den aktuellen und den prognostizierbaren medizinischen Versorgungsbedarf zugrunde legen, der sich aus der demografischen und Morbiditäts-Dynamik herleitet.

Die traditionell schlechten Rahmenbedingungen im Land Brandenburg haben die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) immer wieder zu neuen Versorgungsstrukturinnovationen veranlasst. Viele unserer Lösungsansätze sind entsprechend in der Gesetzgebung (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, Gesundheitsmodernisierungsgesetz und Gesundheitsstrukturgesetz) berücksichtigt worden.

Insbesondere die Frage der Verteilung vorhandener ärztlicher Kapazitäten ist bekanntermaßen Schwerpunkt im Land Brandenburg. Aus diesem Grund hat die KVBB im Jahr 2012 begonnen, ein Konzept zu entwickeln, welches die Basis alter statistischer Parameter verlässt, dafür aber den ermittelten tatsächlichen Versorgungsbedarf – abhängig von der Morbidität und der demografischen Dynamik – zugrunde legt. Dieses komplett neuartige Versorgungsstrukturkonzept könnte die Bedarfsplanung hergebrachter Art ergänzen.

Mit unserem Konzept der versorgungsauftragsbasierten Arztsitzvergabe auf der Basis einer Ausschreibung (VAV) stellen wir uns der Herausforderung, unter bereits defizitären und sich zunehmend verschlechternden Infrastrukturbedingungen in Brandenburg eine stabil regionale ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung heute und in Zukunft zu gewährleisten.

Die versorgungsauftragsbasierte Arztsitzvergabe berücksichtigt hierfür sowohl die Nachfrageseite (Anspruch der Versicherten an die medizinische Versorgung) als auch die Angebotsseite (Leistungsfähigkeit der in einer Region tätigen Ärzte und Psychotherapeuten) in ihren Anforderungen und Bedürfnissen und bildet die Grundlage für eine entsprechende zweckmäßige und wirtschaftlich tragfähige Versorgungsstruktur.

Der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Fragen nach den regionalen populationsbezogenen Morbiditätslasten und unterschiedlichen Prävalenzen einerseits sowie den Wirtschaftlichkeitsstudien und betriebswirtschaftlichen Modellen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit andererseits, kommt dabei ein sehr hoher Stellenwert zu. Gepaart mit dem KV RegioMed-Konzept, welches die strukturelle Komponente des Sicherstellungsauftrages umfasst, wird das VAV-Konzept – als die Kapazitäts-Komponente der Sicherstellung – zu einem stabilen und den regionalen Bedürfnissen gerecht werdenden Konstrukt der KVBB zur Verbesserung der Versorgungssituation.

Die Voraussetzungen zur Pilotierung eines solchen Ansatzes werden derzeit in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) erarbeitet: Ergebnisse der Versorgungsforschung schaffen das Fundament für eine Ermittlung des tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarfes. Gleichzeitig werden die betriebswirtschaftlichen Parameter identifiziert, welche Grundlage der wirtschaftlichen Tragfähigkeit eines solchen aususchreibenden Arztsitzes sind.

Mit einer Erweiterung des § 105 SGB V in Form eines neuen Zusatzparagraphen, der es den Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubt, abweichend von den Bedarfsplänen zur Sicherstellung regionaler ambulanter ärztlicher Versorgungsnotwendigkeiten Arztsitze mit regionalen Versorgungsaufträgen auszuschreiben, wäre hierfür der gesetzliche Rahmen leicht zu schaffen.

GKV-VSG: Geschichten aus dem Elfenbeinturm

Die Katze ist aus dem Sack: Seit Anfang Oktober liegt der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“, kurz Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), vor.

Nur gut, dass wir niedergelassenen Ärzte so viel Erfahrungen mit gesundheitspolitischen Reformen und Reförmchen haben. Wir wissen daher, den Referentenentwurf richtig einzuschätzen. Wie bereits so oft in der Vergangenheit, trägt auch dieser Vorschlag die Handschrift von Ideologen und nicht die der Praktiker. Der nun vorgelegte Entwurf kann nur so verstanden werden, denn die ambulante Versorgungsrealität spiegelt sich darin jedenfalls nicht wieder. Wieder einmal scheint ein Referentenentwurf im ideologischen Dunstkreis entstanden zu sein. Und er ist gespickt mit (mehr oder weniger gut versteckten) strategischen Zielrichtungen und „Beissknochen“.

Ein solcher Knochen, in den sich die Akteure „verbeißen“, ist die vorgesehene Regelung zum verpflichtenden Praxisaufkauf in „überversorgten“ Regionen.

Das macht natürlich keinen Sinn, denn in Brandenburg müssten trotz der traditionell geringsten Arztdichte von 3.500 Ärzten 417 mit einem „goldenen Handschlag“ verabschiedet werden. Die dafür erforderlichen rund 40 Mio. Euro sollen die verbleibenden 3.000 Ärzte aufbringen. Über den „Rauskauf“ dieser Praxen öffnen sich aber gleich wieder die Planungsbereiche für eine Zulassung; und der nächste „Rauskaufkandidat“ hat Anspruch auf Zulassung in eben diesem Bereich! Dieser Drehtüreffekt ist ein Treppenwitz – aber lachen kann man darüber nicht, denn der Gesetzentwurf ist leider nicht von Komikern geschrieben worden!

Da im BMG und in der gesundheitspolitischen Führungsriege keine Unkundigen sitzen, steht zu vermuten, dass hinter diesem Köder (und ein weiterer sind die Terminservicestellen bei den KVEn) die eigentlichen strategischen Vorhaben still und heimlich etabliert – quasi mittels Ablenkung durch die Hintertür – und die wirklichen Ziele erreicht werden sollen. Eigentlich clever – aber eben nicht neu!

Glücklicherweise ist ein Referentenentwurf nicht gleichbedeutend mit einem fertigen Gesetz. Es besteht also noch Hoffnung, dass die Verantwortlichen zumindest vorerst daran gehindert werden können, das deutsche Gesundheitswesen in einem weiteren Reformschritt zu zentralisieren und die (gemeinsame) Selbstverwaltung weiter zu entmachten.

Noch gebe ich die Hoffnung nicht auf, dass es gelingt, Regelungen zu finden, die das Versorgungssystem stabilisieren und positiv weiterentwickeln. <<

Interview mit Dr. med. Tobias D. Gantner, MBA, LL.M.

„Warten auf den First-Mover“

Die Projekt GmbH Gesundheitsregion Köln/Bonn hat sich dem Ziel verschrieben, wegweisende, zukünftige Innovationen für ein bestmögliches, leistungsfähiges und attraktives lokales wie globales Gesundheitswesen zu suchen. MVF sprach mit Geschäftsführer Dr. med. Tobias D. Gantner, MBA, LL. M., ebenso Teilhaber der HealthCare Futurists GmbH, eines internationalen, multidisziplinären, politisch und wirtschaftlich unabhängigen Netzwerks von ausgewählten Experten im Bereich Health Care.

>> Herr Dr. Gantner, beim Bau von Krankenhäusern gibt es den Forschungsschwerpunkt Healing Architecture, d.h. Architekten bemühen sich darum zu evaluieren, wie die Umgebung in Krankenhäusern Patienten hilft, weniger Stress zu erleben, die Gesundung zu beschleunigen und zu verbessern. Sie sagen nun, es gibt auch ein Healing Design. D.h., solche Einflüsse der Umgebung gibt es auch in unserer alltäglichen Umgebung und diese Umgebung sollte so gestaltet werden, dass sie unsere Gesundheit fördert. Und das erleben wir nicht nur passiv, sondern auch unsere Gesundheitseinstellungen ändern sich. „Man kann mit einer Wohnung einen Menschen genau so gut töten wie mit einer Axt“, schrieb Heinrich Zille 1924 über die Wohnverhältnisse armer Leute. Ein großer Teil des gesundheitlichen Fortschritts ist sicherlich auf den Fortschritt unserer Lebens- und Arbeitsumwelt zurückzuführen. Wie geht es denn damit weiter und wie hat sich unser Verhältnis zu unserer Gesundheit geändert? Welche Trends sehen Sie?

Es geht in zwei Richtungen weiter: technische und Design-Entwicklungen sowie deren Anwendung, weil sie zu unserem Lebensgefühl passen.

Die Gesundheit wird uns immer wichtiger. Man spricht vom Megatrend Gesundheit. Wie würden Sie diesen Trend, von dem schon lange die Rede ist, heute beschreiben?

Ich trenne den Megatrend Gesundheit in zwei Teilbereiche: Health Care und Self Care. Beides nimmt in unserer säkularen Wirklichkeit gegenwärtig fast ersatzreligiöse Züge an. Kniebeugen machen wir zur Erhaltung der körperlichen Fitness, also für uns selbst, und nicht mehr zur Verehrung eines höheren Wesens, wie wir auch eher Kliniken denn Kathedralen bauen. Offenbar eine nutzenorientierte Wertentscheidung. In einer manchmal narzisstisch genannten Gesellschaft besteht eine innere und äußere Verpflichtung zur Teilhabe an der Daseinsorge im Sinne der Self Care. Dies bezieht sich vor allem auf den stark wachsenden Bereich des zweiten Gesundheitsmarkts, d. h. des Selbstzahlermarktes. Häufig fällt hier der Begriff Silver Economy, und Wirtschaftspropheten preisen schier unendliche Absatzmärkte für Dienstleistungen medizinischer Spielart. Und obwohl dieser Markt mit einer Größe von ca. 360 Mrd. Euro jährlich fast doppelt so groß ist, wie der erste Gesundheitsmarkt, vergisst man bei aller Euphorie, dass der letztgenannte der wichtigere, weil strukturerhaltend ist und durch eine solidarische Finanzierung getragen wird. Auch hier führen

Forschung und Entwicklung zu einer Angebotsausweitung im Sinne eines Megatrends, doch deren Finanzierung aus lohnsummenabhängigen Beiträgen oder Steuermitteln ist völlig unklar. Also Medizin als Megatrend, eindeutig ja, jedoch mit unklarer Finanzierungsstrategie im Bereich der gesetzlich geregelten Daseinsfürsorge.

Um Apple Health und Google Fit gibt es eine Fülle von Gesundheits-Apps. Und immer mehr Gesunde und Patienten nutzen sie. Man kann das als Empowerment positiv sehen, viele kommentieren es allerdings unter Stichworten wie „Das Projekt Ich“, „Der vermessene Körper“ und „Selbstoptimierung“ sehr kritisch. Sehen Sie hier eher Probleme oder eher Chancen?

Wie fast jede Technologie zugleich Chancen, aber auch Herausforderungen birgt, so ist das auch hier. Historisch bedingt ist die Gesundheitsbranche eher traditionell verfasst mit mehr oder weniger etablierten und bewährten Strukturen und linearen Geschäftsmodellen, die auf Informationsasymmetrie beruhen. Durch technologische Veränderungen, wie z. B. der Informationstechnologie ganz allgemein, kommt es zu einer veränderten Wahrnehmung von Gesundheit. Es findet durch dieses „Empowerment“ gerade so etwas wie ein soziodemographischer Wandel statt: Eine repräsentative Menge an Menschen beginnt sich mit ihrer Gesundheit auf einer neuen Ebene zu beschäftigen. Die Klienten gewinnen die Lufthoheit über ihren Körper. Diese Demokratisierung führt zu einer Verringerung der Informationsasymmetrie und das wiederum zu einem neuen Selbstverständnis der Rollengefüge bei medizinischen Dienstleistungen.

Der aufgeklärte Patient ist demnach auch fordernder. Dass sich mehr Menschen als früher um sich selbst kümmern, somit Medical-Selfie-Daten sammeln, ist also gewissermaßen der dadurch verursachte systemrelevante Wandel?

Das vermessene Ich entspringt durchaus dem Zeitgeist, den die oben genannten Veränderungen befördern. Althergebrachte Unternehmen und neue Spieler beginnen sich darauf einzustellen, indem sie zunächst versuchen, ihre eigenen Gedankenansätze zu verändern und daraus ein neues Geschäftsmodell abzuleiten. Das bringt im Moment nicht immer den gewünschten Erfolg. Möglicherweise geschieht dies, weil die Geschäftsmodelle nicht mehr zeitgemäß sind und radi-



POLITIK

WIRTSCHAFT

PFLEGE

GESELLSCHAFT



Jetzt
anmelden:
[www.deutscher-
pfegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)



DEUTSCHER PFLEGETAG 2015

PFLEGE STÄRKEN MIT STARKEN PARTNERN

12.-14. MÄRZ 2015

FLUGHAFEN BERLIN-TEMPELHOF

Brücken schlagen für die Pflege!

Stellen Sie jetzt die Weichen für ein gesundes Morgen:
Besuchen Sie den Deutschen Pflergetag 2015,
die führende Veranstaltung für Pflegemanager und Pflegefachkräfte.
Erleben Sie interessante Fachvorträge, richtungsweisende Innovationen
für die pflegerische Praxis sowie **Spitzenvertreter** aus Politik,
Wirtschaft und Pflege **im Dialog.**

Veranstalter



in Kooperation mit



Organisator



Mit freundlicher Unterstützung von



kales Umdenken nun wichtig wäre. Begleitet davon bildet sich seither eine rege Start-Up- und Innovationsgemeinde heraus, die auf dem Feld „Beyond the Pill“ agiert.

Offenbar bereiten sich alle vor. Aber wer kann denn den System-Umbruch wirklich als Art First-Mover herbeiführen?

Es scheint, als würden im Moment alle darauf warten, welcher bislang möglicherweise noch unbekannte Akteur – vermutlich nicht aus der traditionellen Industrie kommend – nun den Markt neu ordnen wird. Die Situation der Musikindustrie in den 1990ern, bevor Apple auf den Plan trat und die der Pharmaindustrie heute ähneln sich: Wie in der Musikindustrie geht es auch in der pharmazeutischen Industrie letztlich um Intellectual Property. Dort und damals in Form von digitalisierten Audiotracks und hier und heute in Gestalt von Strukturformeln. Und wie in der Musikindustrie beginnen die Konsumenten mehr Selbstbestimmtheit einzufordern. Wir warten also alle auf den „iPod Moment“ der pharmazeutischen Industrie. Bis dahin sind die Buzzwords Big Data und Patientenzentriertheit; und die Ausweichstrategie sind hochpreisige Spezialprodukte. Die entstandene Lücke füllen Konsumenten mit ihrer datenschutztechnisch undogmatischen Freude daran, sich selbst zu vermessen und andere daran teilhaben zu lassen.

Apps sind der virtuelle Raum. Wie kann auch das Design unserer realen Umgebung Gesundheit, Compliance und Adherence fördern?

Die Verbindung aus Architektur und Prozessablauf ist gerade in der Medizin ein wichtiges Thema. Wir arbeiten mit einem belgisch-deutschen Architektur- und Design-Konsortium namens PROF (Patient Room Of the Future) an dieser Fragestellung. Hier wurden bereits vier reale Raumdesigns entwickelt, die den medizinischen Anforderungen des älteren, möglicherweise immobilen Patienten gerecht werden, ohne jedoch stigmatisierend zu sein. Unser Ansatz insbesondere zur Abbildung der Compliance-Thematik beruht darauf, sie als horizontale Wertschöpfungskette zu begreifen, an der die Pharmaindustrie, die Apotheke, der Patient, der Betreuer, die Krankenkasse, die akademischen Disziplinen, insbesondere die der Versorgungsforschung, die nationalen und europäischen Gesundheitsministerien und schließlich wieder die Industrie teilhaben. Das Dilemma ist, dass jeder der Beteiligten unter Compliance etwas anderes versteht. Daher geht der Ansatz über das bisherige Umgesetzte hinaus und stellt den Patienten, nicht das Produkt des einzelnen Herstellers in den Mittelpunkt. Genau diesem Ziel ordnet sich auch die Architektur unter und versucht den Menschen dort zu unterstützen, wo er naturgemäß in der Lage und auch willens ist, Unterstützung entgegen zu nehmen. Wir verorteten das Thema Compliance als Teilgebiet der Selfcare im Badezimmer und schaffen dort eine Infrastruktur.

Was passiert schon heute und was ist noch Zukunftsmusik?

Es gibt eine unüberschaubare Anzahl an Apps, die Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Häufig sind das Reminder-Funktionen zur Medikamenteneinnahme oder Programme, die sich mit Instrumenten des Quantified Self verbinden können. Dies sind meist proprietäre Lösungen, die darauf abzielen, den Patienten fest an das jeweilige Produkt zu binden. Auch im Bereich der Wearables wird Interessantes entwickelt: Ein Kleidungsstück, das über einen Sensor in der Lage ist, den Fettverbrennungsanteil in der Ausatemluft zu messen. Dies ermöglicht individualisierte Trainings- und Therapiepläne.

Erste Versuche mit Gesichtserkennungssoftware und Komponenten der künstlichen Intelligenz, einem Avatar, vollautomatisierte Psychotherapiesitzungen durchführen zu lassen, sind in den USA erfolg-

reich durchgeführt worden; und auch Oculus Rift, ein Head-Mounted Display mit besonders großem Sichtfeld, sucht gerade nach medizinischen Anwendungsgebieten, um auf den Simulationserfahrungen von Ramachandran* aufzubauen, der das Thema Phantomschmerz mit einer Spiegelsimulation voranbrachte. Wir arbeiten beispielsweise daran, einen Badezimmerspiegel mit einem herausnehmbaren Drug Dispensing Device (Arbeitstitel „PillBill“) auszustatten, das per Gesichtserkennung Medikamente an die richtigen Personen zur richtigen Zeit ausgibt, damit das Leben des Patienten erleichtert und Buch über das Medikationsverhalten führt. Das Badezimmer ist der originäre Ort der Selbstpflege. Und der Badezimmerspiegel ist so etwas wie dessen Hochaltar, der iShrine, wenn Sie mir die religiöse Metapher erlauben. Es geht also darum, das Badezimmer in das Netzwerk der datentechnisch erschlossenen Wohnräume aufzunehmen und dies so nutzenstiftend und nahtlos wie möglich. Mit einem berührungssensitiven Display stellt iShrine einen HealthCare Hub dar, der Daten sammelt, sie aber auch zur Verfügung stellt, der eine Verbindung nach außen hat, um medizinische Expertise zuzuschalten, der aber auch die Möglichkeit gibt, weitere Consumer Services zu Fragen der Hygiene oder andere Themen hinzu zu buchen, die im Badezimmer stattfinden. Dazu wird auch eine externe Architektur an Services entstehen, die bisherige Geschäftsmodelle verändern und bereichern wird.

Und was bedeutet das für die Versorgungsforschung? Welchen Nutzen können die Daten aus Apps, Wearables und die vielen sonstigen künftigen Anwendungen in unserer Lebensumgebung für Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement haben?

Meines Erachtens ist die Auswirkung auf die Versorgungsforschung erst dann richtig zu klären, wenn die international mittlerweile als „German Question“ bekannte Fragestellung nach dem Datenschutz befriedigend geklärt ist. Gehen wir einmal hypothetisch davon aus, dass das geschehen ist, dann eröffnen sich viele neue Möglichkeiten, beispielsweise Phase 4 Studien durchzuführen und damit herauszufinden, wie Medikamente und weitere Medizinprodukte in der tatsächlichen Versorgung wirken.

Das würde aber doch bedeuten, dass es einen glaubwürdigen, neutralen Datentreuhänder geben muss, der Zugriff auf die bisher proprietär gespeicherten Daten aus den Wearables, Apps, Gadgets etc. hat?

Exakt. Diese Daten müssen aber noch mit möglicherweise vorhandenen medizinischen Daten kombiniert werden und können dann im besten Sinne dessen, was wir im Moment Big Data nennen, bewertet, zusammengeführt und ausgewertet werden. Es fehlt dazu zur Zeit neben den Vereinbarungen an der Klärung der Fragestellung, wem die Daten gehören, wer befugt sein soll, dieses Data Merging durchzuführen und nach welcher Methodik eine Interpretation stattfinden soll. Auch wenn diese Fragen noch nicht geklärt sind, ist es meines Erachtens wichtig, sich auf Entscheidungsträgerseite damit auseinander zu setzen. Ohne euphorisch und blauäugig erscheinen zu wollen, bin ich sicher, dass diese Daten uns zu Informationen und Erkenntnissen im besten Sinne der Real World Evidences leiten werden, die eine Patientenversorgung greifbar verbessern werden und möglicherweise auch zu Einsparungen im Gesundheitswesen führen werden, indem wir mehr über das Delta zwischen Value Proposition und tatsächlicher Tauglichkeit der Produkte erfahren und entsprechend auch die Preise nachjustiert werden können.

Herr Dr. Gantner, vielen Dank für das Gespräch. <<
Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Telemedizin und Telematik in Deutschland

„Missverständnisse, Angst und Lobbying“

Warum tun wir uns in Deutschland mit der Telemedizin so schwer? Oder, anders gefragt: Warum tun wir uns mit der Anwendung moderner Telekommunikations- und Informationstechnologien, zusammengefasst in dem Kunstwort „Telematik“, im Gesundheitswesen so schwer? Warum spielt eHealth, das im europäischen Sprachgebrauch für diesen Themenbereich immer häufiger verwendete Wort, im Versorgungsalltag nach wie vor eine untergeordnete Rolle?

>> Obwohl jedermann die Möglichkeiten moderner Telekommunikations- und Informations-technologie gerne und ständig in Anspruch nimmt und ihre Vorzüge anerkennt, hält sich der Gesundheitssektor damit zurück. Während Deutschland auf vielen Feldern der Medizin Bestleistungen liefert, während wir stolz darauf sind, eines der besten Gesundheitssysteme der Welt zu haben, bewegen wir uns bei der Anwendung von eHealth auf sehr konventionellen, ja überholten Bahnen. Insbesondere administrative Prozesse, Wissensvermittlungs- und Behandlungsverfahren bedienen sich kaum oder nur sehr zögernd der Möglichkeiten von eHealth. Wo liegen die zentralen Ursachen dafür?

Gründe für die Zurückhaltung

Ich halte hierfür fünf Ursachen verantwortlich:

1. Die medizinische Biografie eines Patienten ist nicht vollständig und für Kommunikationszwecke untauglich dokumentiert.
2. Die Behandlung im fragmentierten deutschen Gesundheitssystem ist eine Addition von Diagnose- und Therapieepisoden. Es fehlen integrierte Behandlungsketten der behandelnden Ärzte untereinander, des ambulanten mit dem stationären und dem Pflegebereich.
3. Die bestehenden EDV-Verwaltungs- und Entscheidungssysteme sind isoliert, verfolgen punktuelle Ziele und haben Inselcharakter. Es existiert zwar eine Vielzahl von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen, sie können aber nicht miteinander kommunizieren.
4. Es sind mehr patientenrelevante Informationen vorhanden, als tatsächlich abgegriffen werden können. Eine verbesserte Verfügbarkeit von individuell erhobenen Gesundheitsdaten könnte unnötig erfolgende Doppeluntersuchungen vermeiden.
5. Patienten sind überversorgt, ohne dass damit therapeutische Vorteile verbunden wären. Traditionelle, kostenmäßig ungünstige Behandlungsschritte werden nämlich nicht in gebotenum Umfang durch die eigentlich erforderliche und sinnvolle Kommunikation der

Behandler untereinander substituiert. Diese Überversorgung wird durch eine defensive und einen Behandlungsaufwand scheinbar optimierende, in Wirklichkeit aber maximierende Medizin noch verschärft.

Vorstellungen zur Lösung dieser Fehlentwicklungen

Gesundheitspolitiker und IT-Fachleute sind der Überzeugung, dass sich diese Mängel durch die Einführung von Techniken der elektronischen Kommunikation und Information verbessern, wenn nicht gar vermeiden lassen. Nach ihrer Vorstellung bedarf es einer Telematikinfrastruktur, also eines Netzes von Verbindungen, durch das Gesundheitsdaten übermittelt werden. Den Zugang zu diesem Netzwerk sollte die elektronische Gesundheitskarte eröffnen. Sie wurde durch das 2003 ergangene Gesundheitsmodernisierungsgesetz eingeführt und sollte die seit 1989 vorgeschriebene, aber erst 1994 tatsächlich umgesetzte Krankenversicherungskarte spätestens bis zum 1.1.2006 ablösen.

In dieser elektronischen Gesundheitskarte, die nicht mehr mit der veralteten Magnetstreifenmethode, sondern mit einem Mikroprozessor als sog. Smart Card arbeitete, konzentrierten sich die Erwartungen der Beteiligten. Wenn man die Details der Funktionalitäten dieses Instruments in § 291a SGB V liest, erahnt man die Möglichkeiten, die sich die Gesundheitspolitik damit eröffnen wollte. Ihre Umsetzung sollte durch die 2005 installierte Gesellschaft für Telematik erfolgen, mit der – systemkonform – den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen das Ausformulieren der informationstechnischen Details, also die Umsetzung in den Versorgungsalltag, übertragen wurde.

Heute, ein Jahrzehnt nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, müssen wir feststellen, dass wir von einer flächendeckenden Umsetzung von eHealth immer noch meilenweit entfernt sind. Zwar haben die Krankenkassen inzwischen fast alle rund 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet. Aber diese Karte ersetzt ab 1.1.2015 bisher le-

diglich die alte Krankenversicherungskarte, mehr nicht. Es fehlen nach wie vor die Anwendungsmöglichkeiten, von denen die Schöpfer der Karte ausgegangen sind. Die private Krankenversicherung, die ebenfalls in den Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte einbezogen war, hat sich deshalb vorläufig ausgeklinkt.

Ursachen

Angesichts dieser Entwicklung stellt man sich die Frage, ob und ggf. was man falsch gemacht hat oder hätte besser machen können. An einer überstürzten Vorbereitung kann es nicht liegen. Mehrere Jahre lang haben sich alle Beteiligten, insbesondere im von der GVG organisierten Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, intensiv mit der Konzeption von eHealth in Deutschland beschäftigt.

War unser Gesundheitswesen überfordert mit der gesetzlichen Einführung einer Telematikinfrastruktur, die alle Beteiligten, Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer, gleichermaßen einbeziehen sollte? Kann man ein so gigantisches Projekt im Top-down-Ansatz, also von oben nach unten, mit gesetzlichen Rahmenbedingungen, aber ohne Masterplan mit zeitlichen Meilensteinen in einem Gesundheitssystem einführen, in dem Organisation, finanzielle und politische Verantwortung, Selbstverwaltungsstruktur eine bundesweite zentrale Regelung erschweren? Wäre es nicht besser gewesen, eine Strategie mit zahlreichen Insellösungen zu schaffen und diese allmählich zusammenwachsen zu lassen?

Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass auch andere Länder bei der Einführung von eHealth mit Schwierigkeiten kämpfen, gleich ob sie den Kartenansatz wie Deutschland oder einen Serveransatz wie die skandinavischen Länder verfolgen. Selbst Länder mit günstigeren strukturellen Ausgangsbedingungen wie Großbritannien oder Österreich haben das gesteckte Ziel noch nicht erreicht. Andererseits machen uns die skandinavischen Länder, insbesondere Dänemark, vor, wie mit eHealth allmählich die Versorgungsstruktur verbessert werden kann.

Skepsis an der Arztbasis

Trotz umfangreicher detaillierter Regelungen zur Umsetzung von eHealth, trotz einer generellen Akzeptanz der neuen Technologien durch die Gesundheitspolitik und die Funktionäre der Spitzenverbände im Gesundheitswesen stoßen wir nach wie vor auf eine massive Skepsis, ja Ablehnung des Einsatzes von IT an der ärztlichen Basis. Entsprechende Entschließungen von Ärztagungen sprechen hier eine deutliche Sprache. Woher kommt diese Haltung? Warum lehnen niedergelassene Ärzte den Einsatz von eHealth-Technologien ab, obwohl sie in ihrer Ausbildung im Krankenhaus die Möglichkeiten und Vorzüge der Telemedizin kennengelernt haben? Obwohl sie in ihrem Privatbereich die modernen Telekommunikations- und Informationsmöglichkeiten selbstverständlich einsetzen?

Die Argumente, die gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth vorgetragen werden, beruhen zum Teil auf Missverständnissen, zum Teil auf Angst vor einer existenzbedrohenden Transparenz des eigenen ärztlichen Tuns. Selbstverständlich werden die medizinischen Daten nicht in einem Zentralserver gespeichert, auf den obskure Mächte Zugriff haben. Zum Geschäftsmodell von eHealth gehört die dezentrale Speicherung von Gesundheitsdaten.

Die Zugriffsregeln sind zum Teil schon im geltenden Recht festgelegt. Zum Teil hängen sie von dem ab, was die Beteiligten für zweckmäßig halten und vereinbaren. Ob Gesundheitsdaten in einer Fallakte beim Patienten oder beim Behandler gespeichert werden, hängt vom Willen der Beteiligten ab. Denkbar wäre auch eine Speicherung auf der Gesundheitskarte im Besitz des Patienten; die IT-Industrie bietet bereits entsprechende Lösungen an und Patienten, insbesondere in den USA, machen davon vereinzelt Gebrauch. Eigenartigerweise haben die gesetzlichen Krankenkassen dieses Modell auf freiwilliger Basis ihren Versicherten als Marketingmaßnahme nicht angeboten, obwohl dies rechtlich möglich gewesen wäre. Die Politik hat sich bisher nicht für eine solche Lösung ausgesprochen. Sie präferiert wie die Mehrzahl der IT-Fachleute ein sog. Pointer-Modell: Auf der elektronischen Gesundheitskarte sollen Hinweise enthalten sein, wo bestimmte Gesundheitsdaten gespeichert sind. Das Problem des Datenschutzes ist damit weitgehend gelöst.

Der Grund für den Widerstand eines Teils der niedergelassenen Ärzte liegt tiefer. eHealth kann nur dann seine Möglichkeiten und Vorzüge entfalten, wenn die Behandler zusammenarbeiten. Die vom einzelnen Arzt erhobenen Gesundheitsdaten bilden – gerade bei chronisch

Kranken – die Grundlage für die Behandlung durch andere Ärzte im ambulanten und stationären Bereich. Die Speicherung dieser Daten gibt anderen Behandlern – sofern die Patienten dem Zugriff zustimmen – die Möglichkeit, die Sinnhaftigkeit und Qualität des ärztlichen Handelns zu überprüfen und zu hinterfragen. Befürchten die Ärzte, dass die Krankenkassen Daten der elektronischen Gesundheitskarte gegen sie verwenden können, indem sie beispielsweise die Verschreibungs- und Prognosepraxis der einzelnen Mediziner unter die Lupe nehmen und bewerten? Die Krankenkassen könnten dann auf die Idee kommen, Leistungen zu bewerten und schlechte Leistungen schlechter zu bezahlen. Diese Gefahr besteht natürlich, wenn der Gesetzgeber dies zulässt. Allerdings verfügen die Kostenträger ohnehin heute bereits über alle von den Behandlern abgerechneten Gesundheitsdaten, wenngleich nicht mit den Erfassungsmöglichkeiten im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte.

Die durch den Einsatz von eHealth ausgelöste Transparenz liegt offenbar nicht im Interesse aller Beteiligten. Der „gläserne Arzt“ und der „gläserne Patient“ geistern seit der Einführung der Krankenversichertenkarte vor 20 Jahren durch die standespolitische Diskussion. Die von unterschwelligem Ängsten geprägte Sorge wird aber in erster Linie von Ärzten vorgetragen. Die Interessen der Patienten an einer Transparenz des ärztlichen Handelns sehen anders aus. Deshalb kommt von Seiten der Patienten kein Widerstand gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth. Der „gläserne Patient“ als Schreckgespenst einer Veröffentlichung aller individuellen Gesundheitsdaten wird von der Ärzteseite vorgeschoben. Ich habe das vor 20 Jahren bei der Einführung der Krankenversichertenkarte erlebt, über die heute kein Mensch mehr ein Wort verliert. Und ich erlebe das jetzt wieder, wenn auch im Rahmen ganz anderer informationstechnischer Möglichkeiten.

Es macht einen schon stutzig, dass dieser ärztliche Widerstand sich im ambulanten Sektor konzentriert, während das stationäre Behandlungsgeschehen ohne Einsatz von eHealth vielfach nicht mehr denkbar wäre. Das Thema Transparenz und Vergleichbarkeit spielt innerhalb der einzelnen Abteilungen oder eines Krankenhauses eine untergeordnete Rolle, zumal die Vergütungsmethoden ein hohes Maß an Transparenz erlauben. Hier ist die Möglichkeit des Vergleichs einzelner Krankenhäuser untereinander ein viel brisanteres Thema.

Flickenteppich Telemedizin?

Alle Fachleute sind sich darin einig, dass

der Einsatz von eHealth ein großes Potential birgt. Gleichwohl gibt es bisher noch keine telemedizinische Anwendung, die es bis in die Regelversorgung geschafft hat. Zwar benennt der EBM eine Gebührenordnungsposition, die die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers per Funk vergütet. Jedoch muss bei dieser „telemetrischen“ Abfrage der Kardiologe anwesend sein, um die Leistung anschließend abrechnen zu können. Der Einsatz von eHealth-Technologie zur Überwindung von räumlicher Distanz („move the information not the patient“) findet hier gerade nicht statt.

Die telemedizinische Landschaft in Deutschland ist nach wie vor ein Flickenteppich. Das deutsche Telemedizin-Portal listet fast 300 Projekte auf, die die Vorzüge von eHealth in strukturschwachen Regionen beleuchten und die Patienten in den Behandlungsprozess einbeziehen. Viele dieser Projekte bedienen sich des elektronischen Monitorings in der Erwartung, dass sich die Patienten besser versorgt fühlen und unnötige Behandlungsschritte – z.B. die Einweisung ins Krankenhaus – vermieden werden.

Das zentrale Problem dieser Projekte ist: Wenn die öffentliche Projektförderung ausläuft, stellt sich die Frage, wie es weitergehen soll. Die Bereitschaft von IT-Unternehmen, solche Projekte zu unterstützen, hat erheblich nachgelassen, nachdem die Unterstützung durch Anwender nach dem Auslaufen solcher Projekte weitgehend eingestellt worden ist. Die meisten Krankenkassen halten sich bei der Durchführung dieser innovativen Vorhaben zurück, weil sie befürchten, dass sich das auf kürzere Frist nicht rechnet und die Gefahr von Zusatzbeiträgen heraufbeschwört. Der geplanten Innovationsfonds soll neue Versorgungsformen, z.B. in der Telemedizin, fördern. Ein entsprechender Innovationsfonds oder eine gesetzliche Anschubfinanzierung zur Förderung von eHealth ist nicht in Sicht.

Auch wenn die laufenden Projekte mit viel Engagement durchgeführt werden, fehlt bisher in den meisten Fällen die Evidenz für den Nutzen der Anwender. Das hängt damit zusammen, dass sich die Vorteile von eHealth-Projekten erst nach längerer Zeit bemerkbar machen. Die Bereitschaft, für mehrere Jahre eine auch finanzielle Durststrecke auf sich zu nehmen, ist nicht besonders weit verbreitet. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass der Erfolg von eHealth-Projekten, wenn überhaupt messbar, erst nach Jahren eintritt. Manche Krankenkasse stellt sich dann die Frage, ob das Mitglied durch ein solches Projekt gehalten werden kann oder zu einer „billigeren“ Kasse wechseln würde.

Möglichkeiten, den Umsetzungsprozess zu beschleunigen

Erstmals in einem Koalitionsvertrag ist 2013 das Thema der elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologie behandelt worden. Die Koalitionäre zählen auf, wo sie damit die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern wollen: Versichertenstammdaten, Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern, Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassmanagement. Hindernisse im Datenaustausch und Schnittstellenprobleme sollen beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern gefördert werden. Es versteht sich von selbst, dass dabei ein hoher Datenschutz beachtet werden muss. Schließlich der Appell an die Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern: Telemed-Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.

Damit ist bereits der Inhalt des eHealth-Gesetzes umschrieben, das Bundesgesundheitsminister Gröhe auf dem Hauptstadtkongress in Berlin in diesem Jahr angekündigt hat und das er bis Ende 2014 vorlegen will. Wir wissen noch nicht, welchen methodischen Weg er dabei einschlagen will. Will er die Selbstverwaltungspartner verpflichten, in einem zeitlich vorgegebenen Rahmen bestimmte Aufgaben umzusetzen? Welche Anreize für die Beteiligten könnten dabei vorgesehen werden? Bisher haben sich die Krankenkassen dagegen gesträubt, den niedergelassenen Ärzten durch finanzielle Zuschläge beim Einsatz telemedizinischer Behandlungsschritte die Umsetzung von eHealth zu „versüßen“. Oder sollen die Verpflichtungen mit Sanktionen bewehrt werden? Sollen sich die Versicherten/Patienten auf bestimmte Umsetzungsschritte berufen können?

Die Erfahrungen der Politik und des Gesetzgebers mit verpflichtenden und strikten zeitlichen Vorgaben sind nicht besonders ermutigend. Seit über einem Jahrzehnt steht die elektronische Gesundheitskarte mit detailiertem Inhalt und Aufgabenkatalog in § 291a SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen haben, zum Teil unter massivem gesetzlichen Druck, bisher rund 880 Millionen Euro für die Ablösung der 1994 eingeführten Krankenversichertenkarte ausgegeben. Und was können Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer mit dem Plastikkärtchen mit Lichtbild anfangen? Eigentlich noch nichts, bzw. nicht mehr als mit der 1994 eingeführten Krankenversichertenkarte. Auch die zeitlichen Vorgaben für den Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 2a SGB V, in welchem Umfang ambulante telemedizinische

Leistungen erbracht werden können, stehen seit zwei Jahren immer noch auf dem Papier.

Im Grund genommen haben wir die wichtigsten gesetzlichen Voraussetzungen für die Telematikinfrastruktur und die dabei einzusetzenden Instrumente. Aber es fehlt der endgültige Schub, diese Möglichkeiten auch zu realisieren. Noch haben insbesondere die niedergelassenen Ärzte, aber auch die Patienten nicht verstanden, welche Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgung hier bestehen. Und auch für die Krankenkassen ist die flächendeckende Anwendung von eHealth-Technologien noch kein Herzensanliegen. Wie lässt sich erreichen, dass für alle Beteiligten eine Win-win-Situation entsteht, deren Vorteile möglichst einfach erkennbar und spürbar sind?

Rolle der Patienten

Die Antwort auf diese Frage ist bisher vernachlässigt worden. Wir haben uns in Deutschland viel zu sehr mit der technischen Machbarkeit beschäftigt und die Umsetzung elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien den IT-Fachleuten überlassen. Es reicht aber nicht aus, perfekte technische Lösungen zu schaffen, mit denen die sog. User, also Patienten und Leistungserbringer etwas anfangen können. Die Diskussion um ellenlange PIN-Kombinationen, um den Datenschutz absolut wasserdicht zu machen, ist ein anschauliches negatives Beispiel für die Praktikabilität von eHealth. Der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz-Joseph Bartmann, hat auf einer Veranstaltung des BMC betont: „Der entscheidende Schub für eine flächendeckende Anwendung von eHealth-Technologien wird nicht von der Selbstverwaltung oder von politischen Initiativen ausgehen, sondern von den Erwartungen und Forderungen der Patienten. Wenn die Patienten koordinierte Behandlungen und eine bessere Abstimmung der Therapie nachfragen, werden in der Konsequenz auch die Organe der Selbstverwaltung reagieren.“

Ich frage mich ohnedies, warum die Versicherten nicht ständig die Frage stellen, was sie mit der Karte machen können oder sollen. Fragen, die sie an ihre Kasse, den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus stellen müssten. Die bisherigen Funktionen, nämlich der Nachweis der Berechtigung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für den Behandler die Abrechnung mit den Leistungserbringern, sind unverändert geblieben. Nur das Lichtbild auf der elektronischen Gesundheitskarte – übrigens eine Forderung aus der Ärzteschaft zur Vermeidung von Missbrauch – ist neu.

Auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen wird dennoch der entscheidende Schub für die flächendeckende Anwendung von eHealth nicht vom Gesetzgeber kommen. Auslöser werden die Anwender im Zusammenwirken mit den Behandlern sein. Auf der Grundlage von zahlreichen einzelnen Anwendungen, die sich als praktikabel und patientenfreundlich erwiesen haben, wird sich ein telemedizinisches Netz bilden, das sich in die schon vorhandene Telematik-Infrastruktur einfügt. Das Rückgrat dieser Infrastruktur wird die schon vorhandene elektronische Gesundheitskarte sein, mit der Versicherte und Patienten Zugang zu den dann zur Verfügung stehenden Anwendungen haben.

Was muss beachtet werden?

Bei der Entwicklung und Ausgestaltung dieses Netzes von Anwendungen muss nach meiner Einschätzung Folgendes beachtet werden:

1. Die Anwendungen müssen so einfach sein, dass die Benutzer sie in ihrer Sinnhaftigkeit und Zweckmäßigkeit begreifen und schon deshalb bereit sind, sie einzusetzen.
2. Das Ziel der Anwendungen muss es sein, die medizinische Versorgung der Patienten zu verbessern. Dabei ist es wichtig, dass Patienten wie Behandler den Nutzen erkennen und für sich als Win-win-Situation empfinden.
3. Die Gewinnung und Speicherung von individuellen Gesundheitsdaten muss transparent und in einer vertrauensvollen Atmosphäre erfolgen. Darauf müssen sich Patienten und Behandler verlassen können.
4. Erst in der Zusammenarbeit der Behandler, im Einsatz von Ärztenetzen kann die Telemedizin ihre Möglichkeiten voll entfalten. Deshalb müssen die telemedizinischen Systeme der Behandler – niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, nicht approbierte Gesundheitsberufe – so ausgestaltet sein, dass sie interoperabel sind.
5. Zur Akzeptanz von eHealth-Anwendungen gehört es, dass schwierige Vorhaben, wie z.B. die Arzneimitteltherapiesicherheit zuerst in zahlreichen Modellvorhaben erprobt werden, bevor sich die Nutzer für einen Weg entscheiden.

Beachtet man dies, wird man in 10 bis 15 Jahren über den heutigen Widerstand eines Teils der Ärzteschaft gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth nur noch den Kopf schütteln. Telemedizin wird dann so selbstverständlich zu unserem Versorgungsalltag gehören wie der Einsatz von Smartphones oder die Methoden der bargeldlosen Zahlung zu unserem Leben. <<

von: Dr. Manfred Zipperer*

Routinedaten im Gesundheitswesen

Hrsg.: Swart, Ihle, Gothe, Matusiewicz
Routinedaten im Gesundheitswesen
 Verlag: Hans Huber, 2014
 536 Seiten
 ISBN: 9783456854359
 Preis: 39,95 Euro



>> Vieles ist geschehen, seit im Jahre 2005 das Standardwerk „Routinedaten im Gesundheitswesen“ als „Handbuch der Sekundärdatenanalyse“ erstmals erschienen ist. So viel, dass die Herausgeber der ersten Auflage es als notwendig erachten, mit dem vorliegenden Buch eine vollständig überarbeitete 2. Auflage zu präsentieren. Was hat sich nun seit der Erstauflage für die Sekundärdatenanalysten geändert?

Markiert die erste Auflage des Handbuchs noch einen Zeitpunkt, zu dem die Routinedaten-Community sich gleichsam in Aufbruchsstimmung befand, in der ein begeisterungsfähiges, überwiegend wissenschaftlich orientiertes Publikum erstmals mit Referenzpublikationen wie der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) in Berührung kam, so flankiert die zweite Auflage nun eine Phase der Proliferation und des Wachstums der Sekundärdatenszene. Seit wenigen Jahren werden viele Player – v. a. diejenigen Institutionen, die selbst Routinedaten halten, insbesondere die Krankenkassen und andere Sozialversicherungsträger – sich des besonderen Wertes ihres Schatzes bewusst und leisten einen willkommenen Beitrag dazu, denselben zu heben und mit Befunden, Analysen und Interpretationen an die interessierte Öffentlichkeit heranzutreten“, betont Dr. Enno Swart von der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg die Bedeutung des Werks für die sekundärdatengestützte Versorgungsforschung. Dies betreffe etwa die Nutzung der Sekundärdaten für den gesetzlichen Auftrag einer qualitätsorientierten Bedarfs- und Vergütungsplanung, wozu sich die sektorspezifischen, gleichwohl sektorübergreifend und längsschnittlich auswertbaren Daten der gesetzlichen Krankenversicherung gut eignen, um beispielsweise Ergebnisse stationärer Behandlungen (Wiedereinweisungen, Todesfälle nach Entlassung) abzubilden.

„Gleichzeitig erkennt die Academia, repräsentiert von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Notwendigkeit, die methodisch fundierte, hypothesengeleitete Auseinandersetzung mit diesen ganz besonderen

Daten, die auf den ersten Blick gar nicht zum Prozess des traditionellen wissenschaftlichen Arbeitens von der Formulierung der Forschungsfrage über die Hypothesengenerierung und Operationalisierung bis hin zur gezielten Datenerhebung, Analyse und Interpretation passen wollen, zum Gegenstand ihres Interesses zu erklären und sich verstärkt mit der „Sekundärnutzung“ bereits vorhandener Datensätze zu befassen. Dies findet seinen Niederschlag in der Gründung zahlreicher Arbeitsgruppen und Arbeitskreise der unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen, von den theoretischen gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Fächern bis hin zu den klinisch-praktischen Disziplinen sowie in der Formulierung von Anleitungen und Methodenpapieren verschiedenster Provenienz. Ihr Geltungsbereich erstreckt sich von der Versorgungsforschung über gesundheitsökonomische Analysen bis hin zur Verwendung der Daten für Modellierungen im Medical Decision Making und Health Technology Assessment“, erläutert Peter Ihle von der Universität zu Köln die aktuellen Tendenzen in der Versorgungsforschung. Sicherlich dürfe nicht verschwiegen werden, dass auch die in diesem Buch beschriebenen Routinedaten im Gesundheitswesen gewisse Grenzen aufwiesen, doch diese könnten durch die Nutzung und das gezielte Datenlinkage mit ergänzenden Primär- und Sekundärdaten überwunden werden, worauf im Buch explizit hingewiesen werde.

Begünstigt wird das zunehmende Interesse an Routinedaten dadurch, dass bereits frühzeitig angelegte Entwicklungstendenzen, wie sie etwa in das am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) Einzug gehalten haben, erst jetzt, nachdem einige Jahre ins Land gegangen sind, ihre volle Wirkungskraft zu entfalten beginnen. Beispielgebend dafür sei die Datentransparenzverordnung (DaTraV) vom 10. September 2012 genannt, mit der das DIMDI die Aufgabe erhielt, das Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz) aufzubauen. 2014 sollen nun erstmals aggregierte Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen für Analysen des Versorgungsgeschehens, z. B. im Rahmen der

Versorgungsforschung über das DaTraV-System zur Verfügung stehen. Es dürfte spannend sein zu beobachten, welche Impulse die angestrebte Transparenz der Datennutzung tatsächlich setzt und ob sich, ein neuerlicher dynamischer Schub in Richtung intensiver Nutzung von Routinedaten ergibt“, weist Dr. Holger Gothe von der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) aus Hall in Tirol auf zukünftige Entwicklungen in der Nutzung von Sekundärdaten hin.

Ziel der Überarbeitung des vorliegenden Werkes ist es, derartigen Entwicklungen mit fundierten, aktualisierten Informationen und substanzialen Handreichungen zu begegnen. Wir haben die 1. Auflage in großen Teilen strukturiert, eine Trennschärfe zwischen den Kapiteln erzeugt und neue Inhalte wie ein Methodik-Kapitel und gesundheitsökonomische Aspekte mit eingebracht. Zum Einstieg gibt es eine Kurzgeschichte, die verspielt durch das Buch führt. Jedem Artikel ist ein deutscher und englischer Abstract vorangestellt. Wir haben somit ein neues erweitertes und zeitgemäßes Opus geschaffen“, stellt Dr. David Matusiewicz von der FOM Hochschule (ehemals wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Duisburg-Essen) die Zielrichtung der Neuerscheinung als Hand- und Lehrbuch heraus.

Das Buch erschien am 10. Oktober 2014 im Hans Huber Verlag. Exklusiv und vorab wurde dieses Standardwerk bereits in zwei Sessions auf der diesjährigen 50. wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) am 24.09.2014 in Erlangen vorgestellt. Das Buch stammt aus der Feder erfahrener Experten, die mit Routinedaten im Gesundheitswesen in der Forschung und Praxis arbeiten und richtet sich an Wissenschaftler und Entscheider in allen Bereichen des Gesundheitswesens und der Medizin sowie Studierende und Postgraduierte gesundheitsbezogener Studiengänge. Die Herausgeber plädieren mit diesem Standardwerk für eine Erleichterung mit dem Umgang mit Routinedaten im Gesundheitswesen, die zunehmend zur „Routinearbeit“ vieler Akteure im Gesundheitswesen wird. Das „Licht am Ende des Datentunnels“ wird schon auf dem Deckblatt angedeutet. Hier wünschen die Herausgeber ihrer Leserschaft, dass sie diesem Licht mit jeder Buchseite ein gutes Stück näher kommen mögen. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DNVF-Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-VSG

Innovationsfonds: Quantensprung für die Versorgungsforschung!

Das DNVF e.V. hat in seiner Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz auf die Chancen und Risiken der im Referentenentwurf vom 21.10.2014 vorgesehenen Regelungen zum Innovationsfonds hingewiesen. Das DNVF befürwortet die politische Absicht, Strukturen und strukturelle Änderungen des Gesundheitswesens einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen. Hier besteht die Chance, das deutsche Gesundheitswesen in Richtung einer Evidence-Based Health Care & Policy weiterzuentwickeln und auf eine Stufe mit anderen Ländern (wie den USA oder Großbritannien) zu treten. Versorgungsforschung kann aber ihr Potenzial und ihren Mehrwert für die Gesundheitspolitik und Versorgungspraxis nur generieren, wenn sie wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, inhaltlich zielführend geplant, transparent und transferorientiert gestaltet wird. Dies ist aus Sicht des DNVF im vorliegenden Referentenentwurf bisher unzureichend berücksichtigt.

>> Das DNVF unterbreitet in der Stellungnahme konkrete Vorschläge und bietet die eigenen Kompetenzen der Mitglieder an, um den Quantensprung zu ermöglichen.

1. Vorbemerkung

1.1. Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) beinhaltet eine große Zahl von Regelungen, die das deutsche Gesundheitswesen stark prägen werden. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) nimmt schwerpunktmäßig zu den §§92a und 92b (Innovationsfonds) Stellung, ist sich aber im Klaren darüber, dass der Gesetzesentwurf weitgehende Regelungen enthält, die die Versorgung und Demographieproblematik (z.B. Unterversorgung/Übersorgung), die Struktur der Versorgung bzw. Integration des Systems (z.B. Besondere Versorgung, Entlassmanagement) und Qualitätsverbesserung (Patientenbeteiligung (z.B. Zweitmeinungsverfahren), Nutzenbewertung (Medizinprodukte) und Qualitätssicherung (z.B. sektorübergreifende Datenerhebung) betreffen.

1.2. Nach Ansicht des DNVF stellt jedoch die Einrichtung des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) das herausragende Merkmal des GKV-VSG (Entwurf) dar, der der Evaluation von Strukturveränderungen des Gesundheitswesens und

der Versorgungsforschung dienen soll. Dieser Fonds ist mit jährlich 300 Mill. Euro ausgestattet, die hälftig durch den Gesundheitsfonds und die GKV aufgebracht werden (§92a, b). Der G-BA erhält hierdurch eine erhebliche Ausdehnung seiner Kompetenzen; neben der Nutzenbewertung durch das IQWiG und der Qualitätssicherung durch das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz in der Gesundheitsversorgung (IQTiG) aus dem GKV-FQWG verfügt er nach diesen Regelungen über die zusätzliche Möglichkeit zur Bewertung von strukturellen Veränderungen, die die GKV-Versorgung sowie durch den G-BA angestrebte Weiterentwicklungen betreffen.

75 % dieser Gelder werden für „neue Versorgungsformen [verwendet, DNVF], die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen und hinreichendes Potenzial aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die einen sektorenübergreifenden Ansatz enthalten und auf eine Verbesserung der Versorgung oder eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt“ (Abs. 92a, Abs. 1). Antragssteller können alle zugelassenen Leistungserbringer und Patientenorganisationen nach §140f sein, die Krankenkassen sollen „in der Regel“ beteiligt werden.

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein turbulenter Herbst mit vielen Aktivitäten liegt hinter uns. In den letzten Tagen hat uns die Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschäftigt. Eine große Chance für die Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland. Gerne möchten wir Ihnen vom 2. DNVF-Forum Versorgungsforschung berichten, das wir mit der KBV und der BÄK, die beide Mitglied im DNVF sind, Anfang November ausgerichtet haben.

Erinnern wollen wir Sie auch an die DNVF-Spring-School 2015 und den Anfang Januar endenden Frühbucherrabatt.

Neben einigen weiteren Zahlen und Fakten ist es uns wichtig, in dieser Ausgabe den Nachruf des DNVF anlässlich des Todes von Herrn Prof. Wilfried Lorenz zu veröffentlichen. Wir haben einen besonderen Kollegen, Freund und Wissenschaftler sowie einen Pionier der Versorgungsforschung verloren. In Anerkennung seiner Verdienste für unser Fachgebiet wird das Netzwerk einen nach ihm benannten Versorgungsforschungspreis ausloben.

Ihr Edmund A. M. Neugebauer
Vorsitzender DNVF



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

Anhörung zum Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Die Anhörung zum Referentenentwurf fand am 11.11.2014 in Berlin statt und wurde von Dr. Orłowski (BMG) stringent und sachlich klar geleitet. Die häufigsten Anmerkungen und Änderungsvorschläge wurden zu §92a und §92b thematisiert und begründet. Das DNVF, vertreten durch Prof. Neugebauer und PD Dr. Klinkhammer-Schalke, betonte die große Chance dieses Innovationsfonds für die Versorgungsforschung, forderte aber auch dringend die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise in den Innovationsausschuss und in die Begutachtung. Vorgeschlagen wurde eine Beratungsstelle für Versorgungsforschung und die Gründung eines Nationalen Zentrums für Versorgungsforschung (siehe Stellungnahme).

Josef Hecken (G-BA) hatte die Einbeziehung der Wissenschaft bei der Begutachtung und ein Antragsrecht der Fachgesellschaften schon in seinem Eingangsstatement deutlich hervorgehoben.

25 % (also 75 Millionen Euro jährlich) werden für die Förderung der Versorgungsforschung durch den GBA bereitgestellt, zum "Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung" (Abs. 2). Als Antragssteller sind hier zusätzlich universitäre und nicht-universitäre Forschungseinrichtungen berücksichtigt.

1.3. Zur Verteilung der Gelder wird ein Innovationsausschuss eingerichtet, der analog dem GBA-Vorstand (§91 Abs. 2) plus drei BMG-Vertretern besetzt wird: „drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannte Mitglieder des Beschlussgremiums nach §91 Absatz 2, jeweils ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benanntes Mitglied des Beschlussgremiums nach §91 Absatz 2, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie drei Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit ... Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht" (§92b). Das BMG kann durch die Gesamtheit der Stimmen der G-BA-Vertreter überstimmt werden, denn der Innovationsausschuss entscheidet mit einer Mehrheit von 7 Stimmen.

1.4. Zur Unterstützung des Innovationsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet (§92b, Abs. 3, 4), die der fachlichen Weisung durch den Innovationsausschuss und der dienstlichen Weisung durch den G-BA-Vorsitzenden untersteht. Die Geschäftsstelle hat die Förderbekanntmachungen zu erarbeiten und die Förderanträge fachlich zu begutachten.

2. Die Bewertung der Rege- lungen zum Innovationsfonds muss differenziert erfolgen.

2.1. Der Innovationsfonds mit seiner erheblichen finanziellen Schlagkraft stellt einen Quantensprung für die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens dar. Erstmals bestehen die Möglichkeiten und die politische Absicht, Strukturen und strukturelle Änderungen des Gesundheitswesens einer wissenschaftlichen Überprüfung zu unterziehen. Durch diese Entwicklung kommt das deutsche Gesundheitswesen einer Evidence-Based Health Care & Policy einen großen Schritt nä-

her, wie sie bereits jetzt international in weit entwickelten Gesundheitssystemen praktiziert wird.

2.2. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.) hebt mit besonderem Nachdruck hervor, dass die Versorgungsforschung durch diesen Gesetzesentwurf und die Finanzierung von 75 Millionen Euro jährlich in Deutschland langfristig etabliert werden kann. Entsprechend der Stellungnahme des DNVF vom 17.09.2014¹ wird auf diese Weise die Wissenschaftslandschaft entscheidend weiterentwickelt und im internationalen Vergleich auf eine Stufe mit anderen Ländern (z.B. USA, Großbritannien) gestellt, in denen Outcome Research bzw. Health Services Research schon seit mehreren Jahren zum Instrumentarium der Klinischen Wissenschaft und Gesundheitsforschung gehört. Hiermit wird es in Zukunft auch in Deutschland möglich sein, die Translation der Ergebnisse der Grundlagen- und Klinischen Forschung in die Behandlungswirklichkeit zu erleichtern und komplexe gesundheitspolitische Interventionen methodisch auf dem höchsten wissenschaftlichen Niveau und mit adäquaten Zielvorstellungen zu evaluieren.

2.3. Der Innovationsausschuss mit seiner Geschäftsstelle spielt bei der Vergabe und Beauftragung dieser Mittel die entscheidende Rolle. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird durch die Einrichtung des Investitionsfonds mit seinen Einrichtungen (Investitionsausschuss, fachlich unabhängige Geschäftsstelle), die neben die bestehenden Institute IQWiG und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz treten, als zentrale Einrichtung des deutschen Gesundheitswesens deutlich gestärkt. Politisch bedeutet diese Stärkung eine weitgehende Übertragung von legislativen und exekutiven Befugnissen, die einen großen gesellschaftlichen Sektor betreffen, auf die Selbstverwaltung. Die demokratische und politische Kontrolle dieses Gremiums muss daher aktiv wahrgenommen werden.

2.4. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.) sieht es vor diesem Hintergrund als seine Pflicht an, auf die Gefahr möglicher Fehlentwicklungen hinzuweisen, die durch die Monopolstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel von größter Tragweite sein könnten. In erster Linie ist hervorzuheben, dass die enormen finanziellen Mittel zielorientiert und effizient eingesetzt werden müssen. Evaluations- und Forschungs-

mittel in der Größenordnung von 300 Millionen Euro pro Jahr in einer Form zu allozieren, dass es tatsächlich zu einer Steigerung der Problemlösungskompetenz auf politischer und institutioneller Ebene kommt, bedeutet nicht nur einen enormen administrativen Aufwand, sondern stellt große Anforderungen an die verantwortlichen Entscheidungsgremien. Angesichts dieser Umsetzungsproblematik sieht das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung es als außerordentlich problematisch an, dass die Wissenschaft bei der Verteilung der Mittel des Innovationsfonds von den Entscheidungen ausgeschlossen ist. Es besteht definitiv die Gefahr, dass nicht zielführende Vorgehensweisen im Bereich der Methodik und Evaluation zu nicht validen Aussagen führen, die z.B. falsche strukturelle Richtungsentscheidungen im Gesundheitswesen zur Folge haben.

2.5. Das DNVF e.V. möchte weiterhin darauf hinweisen, dass die Versorgungsforschung in Deutschland ein sehr junges Forschungsgebiet darstellt. Die Etablierung erster Lehrstühle an deutschen Universitäten, die sich ausdrücklich auf Versorgungsforschung beziehen, liegen teilweise keine 10 Jahre zurück. Auch andere Fachgebiete im Bereich der Gesundheitswissenschaften lagen in den vergangenen Jahrzehnten nicht im Fokus der wissenschaftlichen Entwicklung in Deutschland. Die Aufgabe, Forschungsvorhaben in der im Gesetzesentwurf genannten Größenordnung adäquat zu bewältigen, setzt folglich ein differenziertes und überlegtes Vorgehen und eine optimale Entscheidungsfindung voraus. Ein besonderes Augenmerk muss auf die Koordination der Forschung gelegt werden, gerade auch im Hinblick auf die Generierung von wissenschaftlichem Nachwuchs.

3. Lösungsmöglichkeiten und Empfehlungen

3.1. Zur Integration der Wissenschaft in die Allokation der Mittel und der Verbesserung der Umsetzung der anstehenden Evaluationen und wissenschaftlichen Strategien stehen mehrere Herangehensweisen zur Verfügung. Es gibt die Möglichkeit, Wissenschaftler bzw. von wissenschaftlichen Institutionen (z.B. Deutsche Forschungsgemeinschaft) entsandte Persönlichkeiten in den Innovationsausschuss und

1) „Qualität, Wirksamkeit und Nutzen der Versorgungsforschung“, Statement des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. und Ableitung von Konsequenzen für die Förderung durch den Innovationsfond und den entsprechenden Gesetzesentwurf, Köln, Version, 17.09.2014.

seine Untergremien zu delegieren. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Vergabe der Mittel vollständig an bestehende wissenschaftliche Institutionen zu übertragen (z.B. DFG). Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung sieht es in der gegenwärtigen Situation aber als naheliegender an, die Kompetenz der Versorgungsforschung in einer Form institutionell zu verankern, die eine kontinuierliche Unterstützung der anstehenden Entscheidungsprozesse ermöglicht. Das Ziel sollte es sein, sowohl die Erarbeitung von Forschungsprogrammen als auch die Definition von Fragestellungen und Methoden sowie die Interpretation von Ergebnissen optimal zu gestalten.

3.2. Nach ausführlichen Diskussionen mit den Mitgliedern des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und der Abwägung der unterschiedlichen Optionen unterbreitet das

DNVF e.V. einen Vorschlag zur Einrichtung einer Beratungsstelle Versorgungsforschung. Diese Beratungsstelle realisiert eine kontinuierliche fachlich-methodische Begleitung der anstehenden Entscheidungen und macht die Kompetenz des DNVF und seiner Mitglieder bzw. Mitgliedsorganisationen zugänglich. Diese Beratungsstelle wird vom DNVF e.V. getragen, sollte in Berlin lokalisiert sein und kann im Laufe des Jahres 2015 ihre Arbeit aufnehmen. Die Finanzierung erfolgt im Rahmen einer Projektförderung. Im zeitlichen Verlauf kann die Beratungsstelle zu einem wissenschaftlichen Ausschuss Versorgungsforschung erweitert werden. Analog der internationalen Vorbilder (Projekt des Patient Related Outcome Research Institute der USA parallel zur Etablierung der Comparative Effectiveness Research) sollte perspektivisch der Ausbau zu einem Nationalen Zentrum für Versorgungsforschung

angestrebt werden, der der Bedeutung der Thematik und der Größenordnung der finanziellen Mittel entspricht. Ein nationales Zentrum für Versorgungsforschung sollte als begleitende Institution die Inhalte, die Qualität und den Ergebnistransfer der durch den Innovationsfonds geförderten Projekte beratend und aktiv sichern. Eine fachlich-methodische begleitende Institution, die außerdem Transparenz schafft und den Transfer der Ergebnisse in Versorgungspraxis und -politik unterstützt. Das Zentrum könnte perspektivisch weiterhin die Evaluation des Innovationsfonds, die im Gesetzentwurf bisher nicht vorgesehen ist, übernehmen. <<

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

2. DNVF-Forum Versorgungsforschung:

Patientenzentrierung versus Ökonomisierung

Das 2. DNVF-Forum Versorgungsforschung zum Thema „Versorgungsforschung aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung – Patientenzentrierung versus Ökonomisierung?“ fand in Kooperation mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 5.11.2014 im großen Saal der KBV Berlin statt.

>> Auf der Basis eines gemeinsamen Gesprächs mit Prof. Montgomery (dem Präsidenten der BÄK), Dr. Gassen (dem Vorsitzenden der KBV) und Vertretern des DNVF-Vorstands im Juli dieses Jahres wurde die Idee der Ausrichtung eines gemeinsamen Forums entwickelt. Es nahmen knapp 100 Mitglieder aus den Reihen der KBV, BÄK und des DNVF e.V. teil.

Gleich zu Beginn stellte der Hausherr, Dr. Gassen in seiner Begrüßung fest, dass die Ausrichtung eines gemeinsamen Forums bei Erfolg zur Institution werden könne. Auch Prof. Montgomery würdigte in seinen einleitenden Worten die Initiative des Netzwerks, an die Spitzen der ärztlichen Selbstverwaltung heran getreten zu sein. Die Bundesärztekammer sei mittlerweile ebenso wie die KBV Mitglied im Netzwerk, weil sie die Versorgungsforschung fördere und die Aktivitäten des Netzwerks befürworte und unterstützen möchte. Leider fehlten der BÄK derzeit die finanziellen Mittel, sich weiterhin aktiv an der Forschungsförderung mit eigenen Ausschreibungen zu beteiligen.

Vertreter aller drei Organisationen hatten das interessante Programm zusammengestellt, das sich am Vormittag zunächst dem Thema „Patientenzentrierung“ widmete.

In der Einführung zum Thema durch Prof. Neugebauer betonte der Vorsitzende des DNVF, dass das Thema Patientenzentrierung endlich Konjunktur habe und dass sich sowohl der

Deutsche Ethikrat in seiner Herbsttagung, als auch der gerade zu Ende gegangene DKOU Kongress sich mit dem Thema intensiv auseinandergesetzt habe. Er zitierte den Präsidenten der Unfallchirurgen (DGU), Prof. Bouillon (Witten/Herdecke) mit den Worten „Kostenreduzierung können wir nicht- wir können Qualität“ und mit Bezug auf die Kommunikation mit dem Patienten forderte Bouillon die Kollegen auf „wieder mit den Patienten in eine Beziehung zu treten. „Das stärkste Werkzeug von Ärzten ist unsere Persönlichkeit. Trauen wir uns“, so Bouillon. In den sich anschließenden Vorträgen wurden sowohl die Arzt-Patienten-Beziehung, die Potenziale der Patientenzentrierung und der Gesundheitskompetenzförderung als auch die Frage nach patientenbezogenen Qualitätskriterien von den Referierenden Prof. Montgomery (Berlin), Prof. Härter (Hamburg), Prof. Ernstmann (Köln) und Prof. Schrappe (Köln) thematisiert. Zentrale Ergebnisse der anschließenden Diskussion mit den Referierenden und Teilnehmenden wurden von den Moderatoren der Veranstaltung Prof. Neugebauer (Witten/Herdecke) und Prof. Hoffmann (Greifswald) wie folgt zusammengefasst.

Zum Thema, ob die Arzt-Patienten-Beziehung in Gefahr sei, führte der BÄK-Präsident u.a. aus, dass er dann eine Gefahr sehe, wenn der Arzt zum Verkäufer von Leistungen mutiere und er den Patienten als reinen Kunden sehe.

Patienten seien keine Kunden und Praxen keine Profitzentren – aber wir Ärzte dürfen sie, die Patienten, trotzdem wie Könige behandeln.“ Bei IGEL solle man sich auf ärztlich empfehlenswerte und ärztlich vertretbare Leistungen beschränken. Auf den anstehenden Paradigmenwechsel „vom hilfsbedürftig Leidenden zum aufgeklärten Patienten“ müsse man sich vorbereiten.

Auch Prof. Härter betonte in seinem Vortrag die Arztrolle im Wandel. Er hob vor allem auf die Arzt-Patienten-Kommunikation und die partizipative Entscheidungsfindung ab und stellte die Ergebnisse seines vom BMBF geförderten Projektes zur Evaluation von Messdimensionen und Patientenrelevanten Indikatoren einer partizipativen Versorgung chronischer Krankheiten vor. Derzeit bestünden noch erhebliche Hürden bei der Implementierung in die Routineversorgung. Eine der Ursachen, wie Prof. Ernstmann in ihrem Folgevortrag ausführte liege in der mangelnden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Gesundheitskompetenz/ Health Literacy ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Niedrige Gesundheitskompetenz ist mit schlechterer Gesundheit und höheren Gesundheitskosten assoziiert.

Im letzten Beitrag des Vormittags referierte Prof. Schrappe (Köln) zum Thema: Qualitätsmessung im Gesundheitswesen – in Zukunft Patienten-bezogen? Seine knappe Antwort am Beginn lautete: WAS DENN SONST? Er ging auf die Patient reported outcome measures ein (PROMs)-ungefilterte Daten, die unmittelbar vom Patienten kommen. Entscheidend für die Qualität sei die Koordination und konsequenterweise stehen die Prozessvariablen und weniger die Ergebnisvariablen im Fokus.

Der zweite Themenblock beschäftigte sich am Nachmittag mit der Ökonomisierung der Medizin. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind ärztliche Leistungen ambulant wie stationär einem Wirtschaftlichkeitsgebot unterworfen, dessen Auslegung Folgen für die Versorgung hat. Die Referate von Dr. Graf v. Stillfried (Berlin), Prof. Becker (Marburg), Dr. Tauscher (München) und Kapitzka (München) verschafften einen Einblick in die vorliegenden Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich sowie die möglichen Studienansätze, um das Konzept der „Wirtschaftlichkeit“ zukünftig verantwortungsvoll und sowohl patienten- als auch arztbezogen auszugestalten. In der anschließenden Plenardiskussion wurden von den Moderatoren folgende Punkte festgehalten:

- Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit allein auf der Basis von Durchschnittswerten greift häufig zu kurz. Alter, Geschlecht und sozialer Hintergrund der Patienten werden ebenso wie regionale Besonderheiten oder Kompensationseffekte (z.B. aus anderen Sektoren) nicht ausreichend berücksichtigt (v. Stillfried, ZI)
- Eine valide Betrachtung der Wirtschaftlichkeit erfordert einen multivariablen Ansatz. Bei Berücksichtigung relevanter weiterer Informationen (Verdünnungsquote – Anzahl der Patienten eines Arztes, die gar keine Medikamentenverschreibungen erhalten, Verordnungstiefe – Anteil der Verordnungen der Praxis an allen Verordnungen eines Pa-

tienten; Morbidität – Anzahl der Diagnosen eines Patienten) können viele der Auffälligkeiten bei der Durchschnittsprüfung erklärt werden. Praxisbesonderheiten sind die Regel, nicht die Ausnahme in der KV-Versorgung (Tauscher, KV Bayern).

Die überaus komplexen Zusammenhänge in der realen Versorgungssituation stellen hohe Anforderungen an die Methodik der Versorgungsforschung. Neben analytischen Verfahren sollten deshalb auch hypothesenfreie Assoziationsanalysen (Identifikation von Subgruppen, sequentielle Musteranalysen, Methoden der Attributselektion) sowie Methoden des data mining und machine learning weiter entwickelt und in der Versorgungsforschung eingesetzt werden (Becker, Institut für Allgemeinmedizin Marburg).

Die Ökonomisierung der klinischen Versorgung stellt Ärzte zunehmend vor Fragen der Angemessenheit ihres Handelns. Die unmittelbare Beteiligung an wirtschaftlichen Gewinnen (und Verlusten) eines Trägers führt zu Zielkonflikten und gefährdet den Systemkern – die solidarische Gesundheitsversorgung für alle und das Systemvertrauen der Patienten. Die Versorgungsforschung ist entscheidend für die Entwicklung von patient related outcomes (PRO) als Bewertungsgrundlage für Effizienz im Gesundheitswesen. <<

Link

>> Die Vortragsfolien (z.T. in Auszügen), das Programm sowie eine Zusammenfassung der Ergebnisse finden Sie auf www.dnvf.de >> DNVF-Forum VF >> 2. Forum

News und Fakts

Neue Mitglieder im DNVF e.V.

Das DNVF e.V. begrüßt die Bundesärztekammer (BÄK) und das Center for Health Care Research, UKE Hamburg als neue Mitglieder.

Weiterhin wurden drei weitere persönliche Mitglieder aufgenommen.

DNVF-Spring-School 2015 – bis zum 04.01.2015 gilt der Frühbucherrabatt

Zur DNVF-Spring-School 2015, die vom 03. bis 05.03.2015 in Bonn stattfindet, ist eine Anmeldung zum Frühbucherrabatt noch bis zum 04.01.2015 möglich.

Die DNVF-Spring-School bietet insgesamt 17 Seminarmodule an, die einzeln oder in Kombination gebucht werden können. Die Nachfrage ist groß, die Teilnehmerzahl begrenzt. Mehr Infos: www.dnvf.de >> Spring-School >> 2015

Save the Date

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

07.-09.10.2015 in Berlin

Der 14. DKVF, der in der Urania in Berlin stattfinden wird, steht unter dem Motto „Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit?!“. Der DKVF 2015 wird erstmalig nicht von einer Mitgliedergesellschaft ausgerichtet, sondern von der Kongressagentur m:con – mannheim:congress. Der DNVF-Vorsitzende Prof. Dr. Neugebauer wird die Kongresspräsidentschaft übernehmen und mit der 44-köpfigen Programmkommission das wissenschaftliche Programm vorbereiten.

Nachruf

Prof. Dr. Wilfried Lorenz

seit Mai 2014 Ehrenmitglied des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung ist am 24.10.2014 im Alter von 75 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben.

Wir trauern mit seiner Witwe Margit und seinen Kindern um einen verdienten Wissenschaftler, Vater, Ehemann und Mentor für viele Nachwuchswissenschaftler. Er war nach seiner Verabschiedung als Institutsdirektor des von ihm gegründeten Instituts für Theoretische Chirurgie an der Philipps-Universität Marburg nach 34 Jahren auch nach seiner Übersiedlung zurück in seine bayerische Heimat an der Universität Regensburg im dortigen Tumorzentrum bis zu seinem Tode weiterhin wissenschaftlich aktiv. Er hat sich um die Versorgungsforschung und hier insbesondere um die Outcomeforschung und das Thema Lebensqualität nach Brustkrebs verdient gemacht. Für sein wissenschaftliches Lebenswerk hat er zahlreiche Ehrungen erhalten. So ist er u.a. Ehrenmitglied der Deutschen und der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie, er erhielt die Euricius Cordus Medaille der Universität Marburg für seine Verdienste für die Universität und ihm wurde 2005 das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland vom Bundespräsidenten verliehen. Auch nicht chirurgische Fachgesellschaften beehrten ihn mit Preisen, wie die Deutsche Röntgengesellschaft oder die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin mit dem Karl-Thomas Preis.

Neben seinen Ämtern als Editor und Board Mitglied in führenden chirurgischen und nicht chirurgischen Fachzeitschriften hat er in seiner Zeit mehr als 1.000 wissenschaftliche Beiträge meist in Englisch und Deutsch, aber auch in Französisch und Spanisch selbst geschrieben oder war als Mentor/Ideengeber daran beteiligt.

Wilfried Lorenz wird in seinen Werken, Veröffentlichungen und in unseren Erinnerungen lebendig bleiben. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung wird einen Preis nach ihm benennen, damit auch die jüngeren Kollegen, die ihn vielleicht nicht persönlich kennen lernen konnten, von seinem enormen Wirken für die Wissenschaft erfahren und er ihnen ein prägendes Vorbild sein soll.

Wir werden ihn immer in ehrender Erinnerung behalten.

Edmund A.M. Neugebauer im Namen des DNVF e.V.

Dr. Miriam Gerlich, MPH

Jens Piegsa

Christian Schäfer

Dr. Thomas Kehl

PD Dr. Nils-Olaf Hübner

Prof. Dr. Axel Kramer

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Management multiresistenter Erreger: Implikationen für den Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung

In der gesundheitlichen Versorgung bilden die Übergänge zwischen stationärem und ambulantem Sektor eine besondere Herausforderung. Aus Patientensicht sind die Festlegung von Behandlungspfaden und deren fortlaufende Optimierung entlang klar definierter Schnittstellen von essentieller Bedeutung. Dementsprechend gehört die Verbesserung intersektoraler Kommunikation und Zusammenarbeit zu den wesentlichen Zielen vieler Initiativen, Maßnahmen und Verbünde. In der Gesundheitsregion Ostseeküste wird im Rahmen von HICARE¹ – Aktionsbündnis gegen multiresistente Erreger (MRE) – eine modellhafte Implementierung regionaler Konzepte angestrebt und durch Versorgungsforschung begleitet. Aus der Perspektive niedergelassener Ärzte* sollen in diesem Beitrag Herausforderungen und Perspektiven bei den Übergängen von Patienten mit Kolonisation oder Infektion mit MRE zwischen den Sektoren dargestellt werden. Anregungen hierzu wurden von niedergelassenen Kollegen* in der Region gegeben.

>> MRE sind sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung ein ernst zunehmendes Thema mit wachsender Bedeutung. Im stationären Bereich sind sie durch die Konzentration infektionsgefährdeter Patienten besonders problematisch. Daher ist es wichtig, diese Erreger bei einer stationären Aufnahme möglichst frühzeitig zu entdecken und gleichzeitig effektive Schutzmaßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen oder Übertragungen auf Personal und Mitpatienten zu etablieren. Es ist aber ebenso notwendig, dass sich der vertragsärztliche Bereich seiner Verantwortung für die Prävention von MRE bewusst ist (Kramer et al. 2011).

Das HICARE-Verbundprojekt hat sich im Zeitraum 2011 bis 2014 das Ziel gesetzt, in einem regional konzertierten Ansatz wirkungsvolle, standardisierte und transferierbare Interventionsstrategien zu entwickeln, um der Verbreitung von MRE entgegenzuwirken. Am HICARE-Projekt beteiligen sich u.a. die Universitäten Greifswald und Rostock, 12 Akutkliniken, 4 Rehabilitationseinrichtungen sowie insgesamt über 40 institutionelle und industrielle Partner (www.hicare.de). Zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Stämmen in Krankenhäusern

Zusammenfassung

Die Ausbreitung multiresistenter Erreger (MRE) ist ein weltweites Problem. Dekolonisierungsmaßnahmen zur Eradikation von MRE bei Krankenhauspatienten sind derzeit nur bei Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA)-Stämmen etabliert. Dabei kann allerdings durch die meist kurze Liegedauer eine begonnene Sanierungsbehandlung oftmals während des Krankenhausaufenthaltes nicht abgeschlossen werden. Deshalb muss die Dekolonisierung in vielen Fällen nach Entlassung weitergeführt werden. Der gesetzlich geforderte Überleitungsbogen, der gleichzeitig eine Besiedlung mit etwaigen weiteren MRE, wie Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) oder multiresistenten Gram-negativen Bakterien (MRGN), dokumentiert, dient dem weiterbehandelnden Arzt hierbei als Entscheidungsgrundlage. Allerdings mangelt es aufgrund der Besonderheiten im ambulanten Bereich teilweise noch an Erfahrungen im Umgang mit MRE. Regionale Versorgungskonzepte zur Prävention einer Weiterverbreitung von MRE sind ein geeigneter Weg, den vertragsärztlichen Bereich im Sinne optimierter Übergänge verstärkt einzubeziehen.

Schlüsselwörter

multiresistente Erreger, MRSA, Sanierungsbehandlung, Hygieneempfehlungen, ambulante Versorgung, HICARE-Verbundprojekt

und anderen medizinischen Einrichtungen wurde von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) erstmals 1999 eine umfassende Empfehlung erarbeitet, die 2008 und 2014 aktualisiert wurde. Die KRINKO hat 2012 zudem Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten Gram-negativen Stäbchenbakterien (MRGN) herausgegeben.

Durch die Novelle des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2011 haben die Empfehlungen der KRINKO bindenden Charakter erhalten (BMJV 2013; BMG 2011). Im Rahmen des HICARE-Projektes wurden diese KRINKO-Empfehlungen implementiert und fanden Eingang in die regionalen HICARE-Empfehlungen zur Prävention und Behandlung von MRE. Unter Zuhilfenahme eigener und internationaler Studienergebnisse wurden zudem das Screening und die Präventionsstrategie von Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) in HICARE implementiert.

Zur Unterstützung der Umsetzung der Empfehlungen zur Prävention von MRSA, VRE, ESBL-Bildnern und MRGN wurden Frage-, Dokumentations- und Patienteninformationsbögen für den stationären Bereich entwickelt. Neben einem Fragebogen zu MRE-Risikofaktoren bei stationärer Aufnahme wurde u.a. ein Behandlungsbogen (Abb.1) zur systematischen Dokumentation der MRE-Diagnose und etwaiger Kontrollabstriche entwickelt und erprobt. Der Dokumentationsbogen adressiert auch die Überleitung der Patienten und wird dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung gestellt. Diese Informationen helfen, der Krankenhaushygieneverordnung des Landes Mecklenburg-Vorpommern (MedHyg VO M-V)² laut §11 zur Weitergabe von infektionsschutzrelevanten Informationen von Patienten mit MRE zu entsprechen.

Überleitung von MRE-Patienten vom stationären in den niedergelassenen Bereich

In der Praxis ist zu berücksichtigen, dass der Überleitungsbogen eine große Anzahl von Informationen aufnehmen kann und daher u. U. nicht für alle Adressaten selbsterklärend ist. Der weiterbe-

*Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in diesem Beitrag nur die männliche Form, z.B. der Patient oder der Arzt verwendet. Selbstverständlich sind hierbei auch weibliche Personen eingeschlossen.

MRE-Dokumentationsbogen
MRE-V - MRE-Verlaufsbogen (IG)

Eintragskriterien:
 Aufnahme in Krankenhaus: _____ Uhr
 Aufnahme auf Station: _____ Uhr
 Entlassung: _____ Uhr
 verstorben: _____ Uhr (TUM/J) (B/W)

Art der Station:
 Innere
 Chirurgie
 ITS

Hospitalisierung:
 Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr
 Art: Einzelhospitalisierung Kohortenhospitalisierung virtuelle Hospitalisierung
 Grund: Verdachtskolonisation Hospitalisierung bei positivem Erregernachweis

Änderung/Mitbringen:
 Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr
 Art: Einzelhospitalisierung Kohortenhospitalisierung virtuelle Hospitalisierung

MRE-Status:
 Kolonisation
 Infektion, festgelegt am: _____

Abstrichnahme und Befundergebnisse

Lokalisation	Erstbefund	Kontrollabstriche	1. Zyklus												2. Zyklus											
			positiv oder negativ (P/N)						positiv oder negativ (P/N)						positiv oder negativ (P/N)						positiv oder negativ (P/N)					
	Datum, Uhrzeit (T.M/J, H:MM)	Datum, Uhrzeit (T.M/J, H:MM)	Schwingung oder Zufallsbefund (S/Z)	MRSA	VR	EBL	IMGA	AMGA	MGA	VR	EBL	IMGA	AMGA	MGA	MRS	VR	EBL	IMGA	AMGA	MGA	VR	EBL	IMGA	AMGA	MGA	
Nase																										
Rachen																										
Wunde																										
Urin																										
Stuhl																										

Überleitung:
 Patient aufgeklärt Durch den Mag. des Bogens dem Entlassungs-/Verlegungsbrief beigelegt
 Angehörige aufgeklärt Sanierungsakt ausgehändigt; Sanierungsakt Nr.: _____

MRSA-Langzeit-Sanierungskontrolle:
 nach erfolgreicher Sanierung zum: stationär (T.M/J) ambulant nach 7 Tagen nach 14 Tagen nach 11 Monaten

HMR/ICHC-Studie | Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Institut für Community Medicine | MRE-V (IG) - Version 2.2, 08.02.2013

Abb. 1: MRE-Dokumentationsbogen (Universitätsmedizin Greifswald; Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Institut für Community Medicine).

handelnde Arzt steht dann etwa vor den Fragen „Was kann ich als Hausarzt aus den Informationen des Bogen für den Patienten tun?“ „Kommt eine Dekolonisierung in Betracht und wenn ja, welche Kontrollabstriche sind zur Erfolgskontrolle notwendig?“ und „Was mache ich überhaupt als Hausarzt mit den Informationen auf dem Bogen?“ Daher wurde von Hausärzten der Wunsch geäußert, dass der Entlassungsbrief Handlungsvorschläge auf Basis aktueller Empfehlungen enthält.

Anforderungen an die Behandlung MRE-positiver Patienten im niedergelassenen Bereich

Ambulante Arztpraxen sind ein wesentlicher Anlaufpunkt für Patienten sowohl in der Vor- und Nachsorge stationärer Aufenthalte



Abb. 2: Aufgaben und Herausforderungen bezüglich der MRE-Thematik für die ambulante Praxis als zentraler Akteur in der regionalen Versorgung.

als auch bei der Versorgung von Patienten in der Häuslichkeit. Die MRE-Thematik berührt die ambulante Versorgung in den Punkten Aufklärung und Beratung, Diagnostik, MRSA-Sanierungsbehandlung und MRSA-Langzeit-Sanierungskontrolle (Abb. 2). Die abrechenbaren Leistungen (Infobox 1) beziehen sich auf MRSA und sind seit dem 1. April 2014 als Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) festgelegt. Eingangsvoraussetzung ist, dass es sich um einen „Risikopatienten“ handelt (Infobox 2). Zudem ist der Nachweis über eine entsprechende Fortbildungsmaßnahme für die Vergütung nötig. Abrechnungsberechtigte Vertragsärzte müssen die Zusatzausbildung „Infektiologie“ und/oder „MRSA“-Zertifizierung vorweisen. Diese kann entweder durch das Fortbildungsseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ oder

durch die Teilnahme an einer Online-Fortbildung zu MRSA erworben werden. Weitere Informationen befinden sich unter der Webadresse: www.ebm.de; MRSA-Fortbildung (KBV 2014).

Die MRE-Problematik umfasst neben den oben genannten Themen auch weitere Faktoren, die im Folgenden aufgeführt werden (ebenfalls Abb. 2). Die Risikofaktoren für MRE unterscheiden sich je nach Erreger und sind unterschiedlich gut untersucht. Für MRSA wurden neben den in Infobox 2 beschriebenen Faktoren eine Reihe weiterer Risikofaktoren eruiert, die sich je nach Erreger-Subtyp unterscheiden (RKI 2013; Köck et al. 2011). Häufige Antibiotika-

Infobox 1: Für die ambulante Arztpraxis abrechenbare RSA-Leistungen (KBV 2014)

- Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten
- Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson (nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur 1 x je Sanierungsbehandlung berechnet werden)
- Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson
- Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson
- Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz
- Bestätigung einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)
- Ausschluss einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich(e)

Infobox 2: Voraussetzungen für die ambulante MRSA-Versorgung (KBV 2014)

Der MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

- positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese (unabhängig vom Zeitpunkt der Infektion) und / oder zwei oder mehr der folgenden Risikofaktoren:
- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe 1)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflicht
- Hautulkus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen

therapien fördern den Selektionsdruck auf die Mikroorganismen und die Resistenzentwicklung. Im Rahmen des HICARE-Projektes wurden an der Universitätsmedizin Greifswald regionale Antibiotikempfehlungen für die initiale kalkulierte Antibiotikatherapie (weiter)entwickelt, die einen zielgenauen und kritisch geprüften Einsatz von Antibiotika fördern sollen. Es ist geplant, diese Empfehlungen für den ambulanten Bereich zu erweitern.

Folgendes Beispiel soll veranschaulichen, dass umfassende und spezifische Informationen zum Thema MRE notwendig sind, um die Versorgung MRE positiver Personen zu gewährleisten: Ein Bewohner eines Seniorenwohnheimes kommt nach einer Krankenhausbehandlung zurück in die Einrichtung. Aus dem Überleitungsbogen geht hervor, dass beim Patienten im Urin ein *E. faecalis* mit Vancomycin-Resistenz (VRE) nachgewiesen wurde. Was bedeutet das für das Seniorenwohnheim und den weiterbehandelnden Arzt? Was ist an weiteren Schritten nötig? Welche hygienischen Maßnahmen sind angezeigt? In Gesprächen zwischen niedergelassenen Ärzten, Hygienikern und Mikrobiologen im Rahmen des HICARE-Verbundes zeigte sich, dass zur MRE-Thematik viele Fragen und Unsicherheiten der betroffenen Stellen existieren. Dabei ist u.a. zu berücksichtigen, dass die Empfehlungslage für den stationären Bereich wesentlich konkreter als für den vertragsärztlichen Sektor ist. Zudem stellen sich im häuslichen Bereich teilweise völlig andere Fragen als in der Klinik. Geringe Fallzahlen an MRE in der einzelnen Praxis limitieren die Häufigkeit, mit denen ein niedergelassener Arzt tatsächlich mit der MRE-Problematik konfrontiert wird. Ist nur eine kleine Anzahl von Patienten betroffen, wird unter Umständen eine Abwägung stattfinden. So sagte ein Vertreter aus dem niedergelassenen Bereich: „Wenn das [für die einzelne Praxis] nur wenige Fälle pro Jahr sind, dann kann [...] [die Etablierung eines einheitlichen Vorgehens] schwierig sein. [...]. Das Problem ist nämlich, wenn man für den ersten Patienten zusammengerechnet ungefähr eineinhalb bis zwei Stunden Aufwand hat, dann überlegt man es sich beim Zweiten, ob man diesen Aufwand wieder aufbringen kann“. Mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit MRE-positiven Patienten verringert sich der Aufwand für den einzelnen aber dementsprechend.

Ebenfalls hilfreich ist der kollegiale Austausch beim Umgang mit

MRE. Im Rahmen von HICARE ist dabei wiederholt deutlich geworden, dass sowohl bei den Vertragsärzten als auch den Pflegeheimen die nötige Sensibilität und Offenheit für eine Verbesserung des Managements von MRE vorhanden ist, auf dem regionale Netzwerke aufbauen können. Ein Ansatz auf der Basis von Selbstorganisation ist z.B. die Benennung von regionalen Ansprechpartnern. Das wurde, neben regelmäßigen Workshop-Angeboten – z.B. zum täglichen Umgang mit MRE in der Arztpraxis oder zur rationellen Antibiotikatherapie im niedergelassenen Bereich – in der Gesundheitsregion Ostseeküste von einem Ärztenetz in der Region Greifswald/Wolgast erfolgreich initiiert.

Fazit

In den letzten Jahren fand der ambulante Bereich bezüglich der Versorgung von Patienten mit MRE zunehmend Beachtung. Das spiegelt sich z.B. auch darin wieder, dass vor rund zwei Jahren spezielle Abrechnungsziffern für die Fortsetzung einer im Krankenhaus begonnen Sanierungsbehandlung bei MRSA-Patienten eingeführt wurden, die eine Honorierung der erbrachten Leistungen ermöglichen. Jüngst wurde ein eigener Abschnitt für MRSA-Leistungen in den EBM eingeführt. Dennoch erscheint es notwendig, den ambulanten Bereich verstärkt in die Konzeption und Umsetzung regionaler MRE-Versorgungsstrukturen einzubeziehen sowie zielgruppenspezifische Fortbildungs- und Informationsangebote zum Thema MRE anzubieten. Versorgungsforschung kann dazu beitragen, mehr über die Bedingungen (z.B. Verbreitung von MRE) und Bedürfnisse (z.B. zu Informationen und Kooperationen) im niedergelassenen Bereich in Erfahrung zu bringen und darauf aufbauend die sektorenübergreifende Versorgung zu optimieren. <<

Autorenerklärung

Das HICARE-Projekt wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01KQ1001E) und durch das Ministerium für Wissenschaft, Bildung und Kultur Mecklenburg-Vorpommern (UG11019) gefördert. Sanofi ist ein Projektpartner im HICARE-Verbund und unterstützt dieses anteilig. Wir danken dem Ärztenetz Gypsnet e.V. für wertvolle Diskussionsbeiträge. Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- 1: Health, Innovative Care and Regional Economy (HICARE)
- 2: Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen Mecklenburg-Vorpommern (MedHygVO M-V) vom 22. Februar 2012 Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz BMJV (2013): IFSG 2000 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 36 u. Artikel 4 Absatz 21 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist“ Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 Abs. 36 u. Art 4 Abs. 21 G v. 7.8.2013 I 3154. <http://www.gesetze-im-internet.de> (abgerufen am 23.05.2014)
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2011): Pressemitteilung vom 8. Juli 2011 „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze passiert Bundesrat“. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-03/infektionsschutzgesetz.html> (abgerufen am 23.05.2014).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV (2014): KBV-Praxisinformation „Anschlussregelung MRSA-Vergütungsvereinbarung“, 01. April 2014: http://www.kbv.de/media/sp/2014_04_10_Praxisinformation_MRSA_Anschlussregelung.pdf (abgerufen am 09.05.2014)
- Köck, R./ Mellmann, A./ Schaumburg, F./ Friedrich, A.W./ Kipp, F./ Becker, K. (2011) Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus* in Deutschland. *Epidemiologie. Deutsches Ärzteblatt* 2011, 108, 45: 761-767
- Kramer, A./ Assadian, O./ Exner, M. (2011): Perioperative Prophylaxe und Therapie von Infektionen. Präventionsstrategien in der Krankenhaushygiene. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 2011, 46: 684-691
- Robert Koch-Institut (RKI) und Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (1999). Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 1999, 42: 954-958
- Robert Koch-Institut (RKI) und Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2008). Kommentar zu den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“. Hinweise zu Risikopopulationen für die Kolonisation mit MRSA. *Epidemiologisches Bulletin* 2008, 42: 363-364
- Robert Koch-Institut RKI (2012): Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2012, 55: 1311-1354
- Robert Koch-Institut RKI (2013): Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2011/2012. *Epidemiologischer Bulletin* 2013, 21:187-193
- Robert Koch-Institut (RKI) und Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2014): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2014, 57, 6: 695-732

Management of multidrug-resistant organisms: Implications for the transition from inpatient to outpatient care

The spread of multidrug-resistant organisms (MDRO) is a problem worldwide. Currently, measures for decolonization in hospital patients are implemented only for the eradication of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). The decolonization often cannot be completed in the hospital due to the usually short stays of the patients. Thus, the decolonization therapy must be continued after discharge. A documentation sheet, obligatory by law, on the progression of the MDRO status provides information for the physician responsible for subsequent management of MRSA and potentially further MDRO including vancomycin-resistant enterococci (VRE) or multiresistant Gram-negative bacteria (MRGN). However, practitioners with their array of different tasks often have limited experience in the management of MDRO. Regional concepts of patient-centered care may help to optimize the transition from clinic to practice and may contribute to improve effective prevention and treatment of MDRO.

Keywords

multidrug-resistant organisms, MRSA, decolonization, hygiene recommendations; out-patient care, joint project HICARE

Dr. Miriam Gerlich, MPH

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald.

Bereichskoordination für das HICARE-Projektfeld „IT und Epidemiologie“

Kontakt: miriam.gerlich@uni-greifswald.de



Jens Piegsa

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald

Informatiker im HICARE-Projektfeld „IT und Epidemiologie“

Kontakt: jens.piegsa@uni-greifswald.de



Christian Schäfer

Institut für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald.

Informatiker im HICARE-Projektfeld „IT und Epidemiologie“

Kontakt: christian.schaefer@uni-greifswald.de



Dr. Thomas Kehl

Bereich Marketing & Market Access / Health Care Institutions der Sanofi Aventis Deutschland GmbH.
Projektpartner im HICARE-Verbundprojekt

Kontakt: thomas.kehl@sanofi.com



PD Dr. Nils-Olaf Hübner

Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald.

Leitung des HICARE-Projektfelds „Intervention“

Kontakt: nhuebner@uni-greifswald.de



Prof. Dr. Axel Kramer

Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald.

1. Sprecher des HICARE-Verbundprojekts

Kontakt: kramer@uni-greifswald.de



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Institut für Community Medicine Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald,

Leitung des HICARE-Projektfelds „IT und Epidemiologie“

Kontakt: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de



Dr. med. Miriam Kip, MPH
 Susann Behrendt, M.A.
 Hans-Holger Bleß, Apotheker

Versorgungssituation von Patienten mit chronischer Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Die chronische koronare Herzkrankheit (KHK) trägt in Deutschland wesentlich zur Mortalität, Morbidität und zum Verlust von Lebensqualität bei. Verbesserte Therapien und die medikamentöse Sekundär- und Tertiärprävention haben dazu beigetragen, dass die KHK-bezogene Mortalität in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Das verbesserte Überleben mit einer KHK sowie der wachsende Anteil der älteren Bevölkerung lassen eine Zunahme der Prävalenz der Erkrankung und ihrer Folgeerkrankungen erwarten. Die vorliegende Publikation soll Morbidität, Mortalität und Prävalenz der chronischen KHK in Deutschland darstellen und dabei die Bevölkerungsgruppen identifizieren, die besonders häufig von der Erkrankung betroffen sind. Zusätzlich werden Aspekte der Krankheitslast (Lebensqualität, vorzeitige Sterblichkeit und Krankheitskosten) berücksichtigt. Des Weiteren sollen Versorgungslücken sowie Potenziale für die Optimierung der Sekundär- und Tertiärprävention von Patienten mit chronischer KHK identifiziert werden.

>> Laut Statistischem Bundesamt sind im Zeitraum 2000 bis 2012 die Todesfälle aufgrund einer chronisch ischämischen Herzkrankheit (I25) deutlich von 93,3 im Jahr 2000 um 42 % auf 53,8 pro 100.000 Einwohner (altersstandardisierte Angaben) im Jahr 2012 gesunken (Statistisches Bundesamt 2013). Die chronische KHK ist nach wie vor die häufigste Todesursache in Deutschland. Im Jahr 2012 starben in Deutschland 71.655 Patienten an einer chronischen KHK und machten somit über 8 % aller Todesfälle aus (Statistisches Bundesamt 2013).

Akute (kardiale) Gefäßereignisse wie ein (rezidivierendes) ACS oder einen Schlaganfall sowie eine Herzinsuffizienz zu entwickeln, sind schwerwiegende Komplikationen der chronischen KHK. Im 2002 gestarteten Euro Heart Survey, einer europaweiten prospektiven Beobachtungsstudie mit 3.031 Patienten mit neu diagnostizierter stabiler Angina pectoris, betrug die Ereignisrate für den nicht tödlichen Herzinfarkt unter Patienten mit einer bestätigten KHK (n = 994) im Beobachtungszeitraum von 13 Monaten 3,2 pro 100 Patientenjahre. Die jährliche Ereignisrate für zerebrovaskuläre Ereignisse betrug 1,6 und für das Auftreten von Herzversagen 2,1 pro 100 Patientenjahre (Daly et al. 2006).

Männliche Patienten mit Depression zeigten ein signifikant erhöhtes Mortalitätsrisiko (adjustiertes HR = 1,55; 95 % KI: 1,28-1,83, p < 0,0001) und ebenso ein erhöhtes Risiko für tödliche und nicht tödliche Herzereignisse (adjustiertes HR = 1,36; 95 % KI: 1,02-1,81, p < 0,035). Bei Frauen konnte kein signifikanter Einfluss einer De-

Zusammenfassung

Die chronische KHK ist die häufigste Todesursache in Deutschland. Ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Sozialstatus sowie Männer sind besonders häufig von einer chronischen KHK betroffen. Die medikamentöse Therapie der konventionellen Risikofaktoren hat zum Rückgang der Sterblichkeit beigetragen. Dennoch bestehen bezüglich der kontinuierlichen Sekundär- und Tertiärprävention Defizite in der Versorgung von Patienten mit chronischer KHK. Insbesondere im zeitlichen Verlauf nach einem ACS nimmt die Verordnungshäufigkeit leitliniengemäßer Therapien stark ab. Potenziale bestehen in der Entwicklung innovativer Versorgungs- und Forschungskonzepte, die sowohl Barrieren einer leitliniengemäßen Therapie als auch soziale Determinanten wie beispielsweise Armut oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse berücksichtigen. Soziale Determinanten bilden den Kontext, in dem Patienten überhaupt „gesunde“ Entscheidungen fällen und so selbst Einfluss auf den Verlauf ihrer Erkrankung nehmen können.

Schlüsselwörter

Versorgungssituation, Prävention, chronische KHK, Krankheitslast

pression auf das Mortalitätsrisiko bzw. das Risiko inzidenter kardialer Ereignisse beobachtet werden (Ladwig et al. 2011, Ladwig et al. 2005). Allerdings entwickelten bis zu 25 % aller Patienten nach einem kardiovaskulären Ereignis schwere Depressionen. KHK-Patienten mit einer moderaten oder schweren Depression hatten eine um 69 % höhere Wahrscheinlichkeit, an einem Herzstillstand zu sterben und eine insgesamt um 78 % höhere Wahrscheinlichkeit zu versterben als KHK-Patienten ohne Depression (Barefoot et al. 1996, Blazer 1982).

Stress am Arbeitsplatz kann das Risiko für einen plötzlichen Herztod oder einen tödlichen sowie nicht tödlichen Herzinfarkt um das 2,6-fache erhöhen (Emeny et al. 2013). Eine Metaanalyse von 13 untereinander unabhängigen Kohortenstudien aus dem europäischen Raum, die zwischen 1985 und 2006 durchgeführt wurden, ergab, dass bei Betrachtung des Pools aller Teilnehmer (n = 197.473) das Risiko (population attributable risk, PAR) für eine inzidente KHK im jeweiligen Beobachtungszeitraum signifikant mit der Belastung am Arbeitsplatz assoziiert war (PAR 3,4; 95 % KI: 1,5-5,4) (Kivimaki et al. 2012). Ältere Menschen, Männer und Menschen mit niedrigem Sozialstatus sind in Deutschland besonders häufig an einer chronischen KHK erkrankt.

KHK

Die KHK ist eine Folge der Atherosklerose an den Herzkranzgefäßen. Durch die atherosklerotischen Veränderungen an den Gefäßen kommt es zur Koronarinsuffizienz. Letztlich führt diese zur Mangeldurchblutung (Ischämie) des Herzmuskelgewebes. Akute, lebensbedrohliche Zustände der KHK, die instabile Angina pectoris und der Myokardinfarkt (non-STEMI und STEMI), werden unter dem Akuten Koronarsyndrom (Acute Coronary Syndrome, ACS) zusammengefasst. Die chronische KHK beschreibt den Zustand, bei dem unmittelbar kein ACS droht oder innerhalb der letzten vier Wochen stattgefunden hat. Leitsymptom der chronischen KHK ist die stabile Angina pectoris (Bundesärztekammer et al. 2013, Saurbier und Bode 2007).

Der Zusammenhang zwischen den kardiovaskulären Risikofaktoren und der Entstehung, Progredienz und Prognose der KHK ist vielfach nachgewiesen. Die wichtigsten Risikofaktoren sind erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, Störung des Lipidstoffwechsels (hohe LDL-Fraktion, niedrige HDL-Fraktion) und Rauchen sowie die prädisponierenden Faktoren physische Inaktivität, falsche Ernährung und Übergewicht (Yusuf et al. 2001).

Neben diesen konventionellen kardiovaskulären Risikofaktoren werden auch Faktoren wie Störungen in der Blutgerinnung, Marker einer Infektion oder Entzündungsreaktion, erhöhte Homocysteinkonzentration im Blut sowie psychosoziale Faktoren und Stress im Zusammenhang mit der Entstehung und dem Verlauf einer KHK diskutiert (Rosengren et al. 2004, Rudolf und Lewandrowski 2014, Saurbier und Bode 2007, Yusuf et al. 2004).

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert Koch-Instituts (RKI), eine repräsentative Untersuchung für die deutschsprachige erwachsene Wohnbevölkerung, ermittelte die Lebenszeitprävalenz der KHK in der Altersgruppe 40 bis 79 Jahre im Zeitraum 2008 bis 2011. Angaben zur Lebenszeitprävalenz, die den Anteil der Personen mit einer KHK in der bisher verstrichenen Lebenszeit bis zum gewählten Stichpunkt erfassen, spiegeln aufgrund des dauerhaften Bestehens die Häufigkeit der chronischen KHK wider. Angaben zur Lebenszeitprävalenz der chronischen KHK basierten auf Selbstangaben der Teilnehmer ($n = 5.901$) zu ärztlichen Diagnosen. Die Teilnehmer wurden gefragt, ob bei ihnen jemals von einem Arzt ein Herzinfarkt, eine Durchblutungsstörung am Herzen, eine Verengung der Herzkranzgefäße oder eine Angina pectoris festgestellt wurde. Die entsprechende Lebenszeitprävalenz der chronischen KHK liegt in der Altersgruppe 40 bis 79 Jahre bei insgesamt 9,3 %, wobei Frauen mit 6,4 % signifikant seltener betroffen sind als Männer mit 12,3 % (Gosswald et al. 2013).

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Betroffenen (Abbildung 1). Sind in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen nur 1,9 % betroffen, liegt der Anteil bei den 50- bis 59-Jährigen bei 4,1 % und steigt auf 12,1 % bei den 60- bis 69-Jährigen an. Im Alter von 70 bis 79 Jahren ist jeder 5. (19,9 %) an einer KHK erkrankt (Gosswald et al. 2013).

Im Vergleich zu den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS 1998) ist die Lebenszeitprävalenz der chronischen KHK relativ konstant geblieben (altersadjustierter Rückgang von 1,4 %). Unter Frauen konnte ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz von 8,7 % auf 6,4 % beobachtet werden. Bei der männlichen Bevölkerung war dieser Trend nicht zu beobachten. Die Lebenszeitprävalenz für Männer blieb nahezu unverändert (12,7 % versus 12,3 %) (Gosswald et al. 2013).

Die DEGS1 beziffert die Prävalenz des überlebten Herzinfarkts mit insgesamt 4,7 %. Auch hier ist eine höhere Prävalenz mit zunehmendem Alter zu beobachten. Die Prävalenz bei den Männern liegt mehr als doppelt so hoch im Vergleich zur Prävalenz bei den Frauen (7 % versus 2,5 %) (Gosswald et al. 2013).

Im Vergleich zum BGS 1998 ist die Prävalenz des überlebten Herzinfarkts von 3,6 % auf 4,7 % angestiegen. Dieser Anstieg ist fast ausschließlich auf eine Zunahme des überlebten Herzinfarkts innerhalb der männlichen Bevölkerung zurückzuführen. Bei Frauen war keine signifikante Veränderung der Prävalenz des überlebten Herzinfarkts zu beobachten (Gosswald et al. 2013).

Unterschiede in der Prävalenz der KHK sind nicht nur allein in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter zu beobachten. Eine nach Sozialstatus differenzierte Analyse der DEGS1 ergab bei den 40- bis 79-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz der KHK von 13,7 % bei niedrigem versus 6,5 % bei hohem Sozialstatus. Auch hier zeigen sich die bereits dargestellten geschlechtsspezifischen Unterschiede: Männer mit einem niedrigen Sozialstatus haben eine Lebenszeitprävalenz der KHK von 17,9 %, während sie bei Männern mit einem hohen Sozialstatus bei 9,2 % lag. Bei Frauen betrug die Lebenszeitprävalenz der KHK bei einem niedrigen Sozialstatus 10,0 % und 2,7 % bei einem hohem (Gosswald et al. 2013).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Prävalenz der chronischen KHK spiegeln sich auch in der Häufigkeit der Abrechnungsdiagnose chronische KHK einer gesetzlichen Krankenkasse wider: Im Arztreport 2013 der Barmer GEK werden die 100 in der ambulanten ärztlichen Versorgung häufigsten ICD-10-GM Diagnosen (auf 3-Stellen-Ebene) aufgelistet. Im Jahr 2011 wurde bei 6,6 %

der Bevölkerung (altersstandardisiert; Männer: 7,95 %, Frauen: 5,3 %) mindestens einmal die Diagnose I25 „Chronisch ischämische Herzkrankheit“ im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert. In der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre lag der Anteil bei Männern sogar bei 27,8 %, das entspricht 1,6 Mio. betroffenen Männern in Deutschland, und nahm damit Platz 7 der häufigsten Diagnosen ein. Bei den 80-jährigen und älteren Männern lag der Anteil deutschlandweit sogar bei 42,96 %, sprich 0,6 Mio. Betroffenen. Bei Frauen der Altersgruppe 65 bis 79 Jahre tauchte die chronische KHK nicht unter den zwanzig häufigsten Diagnosen auf; in der Gruppe der 80-Jährigen und Älteren waren 27,4 % (ca. 0,8 Mio.) betroffen (Grobe et al. 2014).

In einer weiteren Analyse wurde basierend auf gesicherten ambulanten und stationären Diagnosen für die Barmer GEK-Versicherten im Jahr 2011 eine Häufigkeit der Angina pectoris von 1,5 % (Männer: 1,7 %; Frauen: 1,4 %) ermittelt. Während bei den unter 50-Jährigen bei weniger als 0,5 % der Versicherten die Diagnose Angina pectoris kodiert wurde, nahm der Anteil mit höherem Alter zu und war bei Männern in allen Altersgruppen größer als bei Frauen (Glaeske und Schickanz 2013).

Die Krankheitslast und -kosten der chronischen KHK in Deutschland sind hoch

Laut aktueller Krankenhausstatistik entfielen auf Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) insgesamt 37 Mrd. Euro der Krankheitskosten (direkte Kosten), was einen Anteil von 14,5 % an den direkten Kosten (bezogen auf das Jahr 2008: 254,3 Mrd. Euro) darstellt; der Anteil für ischämische Krankheiten ohne Herzinfarkt belief sich auf 1,9 % (4,3 Mrd. Euro). Die Ausgaben für die ischämischen Krankheiten ohne Herzinfarkt sind von 2002 bis 2008 um 20 % gesunken, während die Ausgaben zur Behandlung des Herzinfarkts im gleichen Zeitraum um 74 % auf 1,9 Mrd. Euro gestiegen sind. Dadurch sind die Krankheitskosten für die KHK gesamt fast konstant geblieben (2008: 6,2 Mrd. Euro, -4 % gegenüber 2002) (Statistisches Bundesamt 2010).

In einer Routinedatenanalyse aller AOK-Versicherten (25 Mio.) wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit KHK oder Herzinsuffizienz im Jahr 2004 untersucht. Insgesamt verursachte die Versorgung der KHK-Patienten Ausgaben in Höhe von 5.125 Euro pro Kopf und Jahr. Dabei nahmen lediglich 10 % der KHK-Patienten rund 42,9 % der Gesamtausgaben in Anspruch. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Deutschlands kommen die Autoren auf Gesamtausgaben in Höhe von rund 22,4 Mrd. Euro für die Versorgung von Patienten mit KHK (Gerste 2007).

Zu den Krankheitskosten zählen auch intangible Kosten. Intangible Kosten stellen einen realen Verlust durch beispielsweise Einbußen der Lebensqualität oder durch Schmerzen für die Betroffenen dar (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2009, Telser 2011). Chronische KHK-Patienten können in ihrer Belastbarkeit und Lebensqualität erheblich eingeschränkt sein. Eine Untersuchung ermittelte den Einfluss des Herzinfarkts auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels des standardisierten Fragebogens EuroQol (EQ-5D™) und zeigte, dass Betroffene im Vergleich zu nicht Herzkranken langfristig signifikante Einbußen ihrer Lebensqualität nach dem Ereignis erleiden. Die Betroffenen führten diese Einschränkungen hauptsächlich auf Schmerzen bzw. Unwohlsein (55,0 %), Angstzustände bzw. Depressionen (29,2 %) und Einschränkungen der Beweglichkeit oder bei der alltäglichen Aktivität

(25,9 %) zurück (Schweikert et al. 2009).

Über die vorzeitige Sterblichkeit lassen sich Kenntnisse über den Gesundheitszustand in der Bevölkerung, aber auch Hinweise auf Defizite in Versorgungsstrukturen ableiten. Vor dem Hintergrund vorhandener wirksamer Präventions- und Therapiemaßnahmen gelten viele KHK-bezogene vorzeitige Sterblichkeitsfälle (vor dem 65. Lebensjahr) als vermeidbar. 9,3 % der vorzeitigen Todesfälle (Tod vor dem 65. Lebensjahr) waren in Deutschland im Jahr 2012 auf Erkrankungen aus dem Formenkreis der ischämischen Herzkrankheiten (I20-I25) zurückzuführen. 68 % der ischämischen Herzkrankheitsbedingten vorzeitigen Todesfälle (6,3 % der vorzeitigen Sterblichkeit insgesamt) waren 2012 auf den akuten und rezidivierenden Herzinfarkt (I21, I22) zurückzuführen. Die altersstandardisierte vorzeitige Sterblichkeitsrate der ischämischen Herzkrankheiten betrug im Jahr 2012 15,9 und für akute und rezidivierende Herzinfarkte (I21, I22) 10,5 pro 100.000 Einwohner. Dies entspricht 107.230 verlorenen Lebensjahren für alle ischämischen Herzkrankheiten und 77.413 verlorenen Lebensjahren aufgrund eines akuten oder rezidivierenden Herzinfarktes (Statistisches Bundesamt 2012).

Lücken und Potenziale in der Sekundär- und Tertiärprävention in der ambulanten Versorgung

Die Sekundär- und Tertiärprävention in der Behandlung von Patienten mit chronischer KHK hat das Ziel, das Fortschreiten der Atherosklerose an den Herzkrankgefäßen sowie das Auftreten von akuten Ereignissen wie einem (rezidivierenden) Herzinfarkt sowie die Entwicklung einer Herzinsuffizienz zu verhindern.

Die ambulante Behandlung des Patienten mit chronischer KHK erfolgt mehrheitlich durch Hausärzte. Mehr als vier Fünftel der KHK-Patienten haben mindestens einmal pro Jahr Kontakt zum Allgemeinmediziner (83 %), zwei Drittel zum Internisten (61 %) (Gerste 2007).

Um Hinweise auf Defizite in der Sekundär- und Tertiärprävention zu identifizieren, werden soweit möglich die zum Studienzeitpunkt gültigen Behandlungsempfehlungen den Ergebnissen gegenübergestellt.

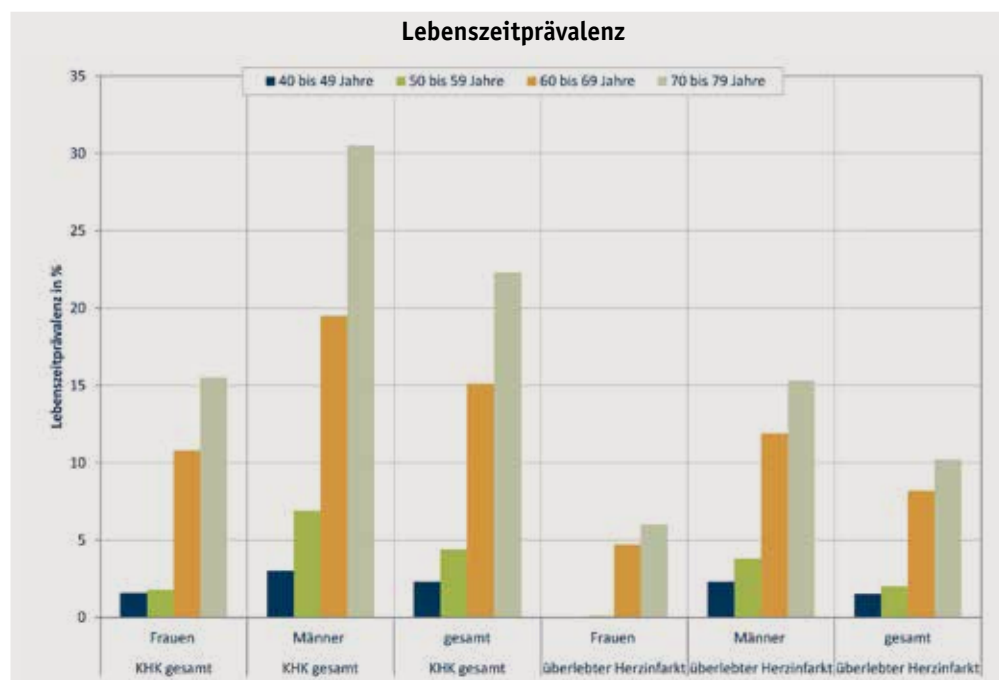


Abb. 1: Lebenszeitprävalenz

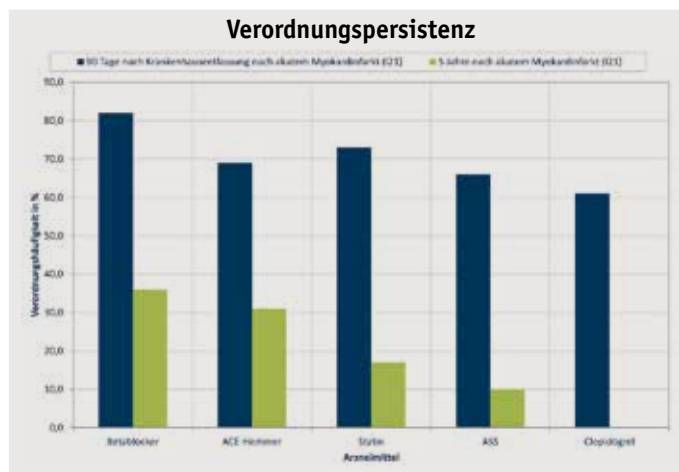


Abb. 2: Verordnungspersistenz

Die fortdauernde Aufklärung, Beratung, Schulung und Motivation zu Lebensstiländerungen in Kombination mit der kontinuierlichen medikamentösen Therapie bilden die Grundlage des Risikofaktorenmanagements zur Sekundär- und Tertiärprävention von Patienten mit chronischer KHK und sollten gemäß Leitlinienempfehlung bei jedem Patienten erfolgen (Bundesärztekammer et al. 2013, Dietz 2003). In der Versorgungsrealität zeichnet sich jedoch ein anderes Bild ab: lediglich 44,1 % (adjustierte OR = 1,56, 95 % KI: 1,21-2,01) der hausärztlich betreuten Patienten mit chronischer KHK erhalten die Aufforderung zu mehr Bewegung (Hinrichs et al. 2011). Im Rahmen der DETECT-Studie erhielten lediglich 50,2 % der KHK-Patienten Hinweise zur sportlichen Betätigung und gesunder Ernährung (Silber und Wittchen 2014).

Die DETECT-Studie stellte im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung aus dem Jahr 2003 mit einer repräsentativen Stichprobe an Hausarztpraxen (n = 3.795) die medikamentöse Versorgung von Patienten mit KHK, d.h. mit Vorliegen von mindestens einem der Befunde stabile Angina pectoris, instabile Angina pectoris, Herzinfarkt, perkutane Koronarintervention oder koronarer Bypass, dar.

Von den 55.518 Patienten dieser Arztpraxen waren 12,4 % von einer KHK betroffen. Nahezu alle KHK-Patienten (96,1 %) wurden mit mindestens einem kardial-wirksamen und/oder Gefäß-protectiven Arzneimittel versorgt (Bischoff et al. 2006). Eine differenzierte Betrachtung nach Arzneimitteln gibt jedoch Hinweise auf eine medikamentöse Unterversorgung.

Nach der zum Zeitpunkt der Erhebung der DETECT Studie gültigen Leitlinie (Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-Herz- und Kreislaufforschung (2003)) sowie auch der aktuell gültigen Leitlinie (Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK (2013)) sollte aufgrund der nachgewiesenen Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisi-

kos bei allen Patienten mit chronischer KHK eine lebenslange TAH erfolgen, und alle Patienten sollten dauerhaft einen HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statin) zur Senkung des LDL-Cholesterins erhalten (Bundesärztekammer et al. 2013, Dietz 2003). Die DETECT-Studie zeigte, dass 57,2 % der männlichen und 46,5 % der weiblichen KHK-Patienten eine Verordnung für die TAH und 46,3 % der männlichen und 38,5 % der weiblichen Patienten ein Statin erhielten (Bischoff et al. 2006).

Gemäß Leitlinien verbessert ein ACE-Hemmer die Prognose von Patienten mit chronischer KHK. Bestehen Kontraindikationen oder eine Unverträglichkeit gegenüber einem ACE-Hemmer soll die Behandlung alternativ mit einem AT1-Antagonisten (Sartan) erfolgen (Bundesärztekammer et al. 2013, Dietz 2003). 53,0 % bzw. 18,1 % der Männer und 45,7 % bzw. 21,2 % der Frauen mit KHK erhielten im Rahmen der DETECT-Studie einen ACE-Hemmer bzw. ein Sartan (Bischoff et al. 2006).

Die Behandlungsempfehlungen sehen des Weiteren die dauerhafte Gabe eines Betablockers bei Patienten mit chronischer KHK vor, da Betablocker neben ihrer anti-anginösen Wirkung das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse senken (Bundesärztekammer et al. 2013, Dietz 2003). Innerhalb der untersuchten Studienpopulation der DETECT-Studie erhielten 60,8 % der männlichen und 52,3 % der weiblichen Patienten einen Betablocker für die Therapie der KHK (Bischoff et al. 2006).

Für die symptomatische Therapie pectanginöser Beschwerden sollten gemäß Leitlinien alle Patienten ein kurzwirksames Nitrat als Bedarfsmedikation zur Verfügung haben (Bundesärztekammer et al. 2013, Dietz 2003). 23,5 % der Männer und 25,8 % der Frauen mit chronischer KHK erhielten eine Verordnung für ein Nitrat für die Bedarfsmedikation (Bischoff et al. 2006).

Mit Ausnahme von Nitrat für die Bedarfsmedikation lässt sich beobachten, dass Patienten nach kardiovaskulärem Ereignis bzw. nach Intervention höhere Verordnungsraten aufweisen als Patienten mit stabiler oder instabiler AP, die noch kein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben (Bischoff et al. 2006).

Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) auf Basis von AOK-Routinedaten aus dem Jahr 2007 zeigte ebenfalls, dass die Mehrzahl der KHK-Patienten eine indikationsspezifische Arzneimitteltherapie aufwies. Nahezu jeder KHK-Patient der Studie (95,4 %) erhielt mindestens eine KHK-spezifische Verordnung (Gerste 2007).

Bei Betrachtung der Verordnungshäufigkeit differenziert nach Arzneimitteln ergeben sich allerdings auch hier Hinweise auf eine medikamentöse Unterversorgung von Patienten mit chronischer KHK:

Betablocker wurden in 53,9 % der Fälle verordnet. 55,0 % der KHK-Patienten erhielten einen ACE-Hemmer. Die Verordnungshäufigkeit von Sartanen belief sich auf 13,3 %. 32,3 % der KHK-Patienten erhielten Betablocker und einen ACE-Hemmer. Bei 34,7 % der KHK-Patienten wurde die Verordnung von TAH abgerechnet (Gerste 2007). Bei Betrachtung der niedrigen Versorgungsprävalenz von TAH gilt

allerdings zu beachten, dass die rezeptfreie und Over-the-counter (OTC) Abgabe von ASS in Routinedaten nicht abgebildet ist. Somit ist davon auszugehen, dass die Abrechnungshäufigkeit die tatsächliche Versorgung mit TAH unterschätzt.

In einer für die ambulante Versorgung in Deutschland repräsentativen Untersuchung aus dem Zeitraum 2002 bis 2003 wurden Hausärzte und ambulant tätige Internisten (n = 1.023) bezüglich Kenntnisstand und Akzeptanz von Leitlinien und Sekundärprävention in der Behandlung der KHK befragt. Die Ärzte gaben mangelnde Vergütung (84 % Zustimmung), Mangel an Zeit (54 % Zustimmung), aber auch mangelnde Adhärenz auf Seiten der Patienten (70 % Zustimmung) als Barrieren für eine leitliniengerechte Therapie von Patienten mit KHK an (Heidrich et al. 2005).

Eine randomisierte Interventionsstudie in den USA zeigte, dass durch eine Patienten-fokussierte Intervention mittels ausführlicher Aufklärung über Barrieren der Adhärenz sowie die aktive Einbeziehung der Apotheken in die Versorgung die Adhärenz bezüglich der Einnahme von Betablockern, Statinen und ASS die Sekundärprävention von Patienten mit chronischer KHK langfristig verbessert werden konnte (Calvert et al. 2012).

In einer kürzlich veröffentlichten systematischen Literaturanalyse wurde gezeigt, dass eine konsequente kontinuierliche Umsetzung sekundärpräventiver Maßnahmen in der Therapie der chronischen KHK (hohe Adhärenz) zu verbesserten Patienten-Outcomes und einer Reduktion (zwischen 10,1 % und 17,8%) der KHK-assoziierten Kosten führte (Bitton et al. 2013).

Die Therapietreue nimmt im zeitlichen Verlauf deutlich ab

Die Auswertung von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenkasse mit dem Ziel, die kontinuierliche Arzneimittelversorgung von Patienten mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt (n = 30.028) im Zeitraum 2001 bis 2006 zu beschreiben, zeigte eine deutliche Abnahme der Verordnungen für die medikamentöse Sekundär- und Tertiärprävention in Abhängigkeit vom zeitlichen Abstand zu dem Ereignis (Mangiapane und Busse 2011). Je weiter der Herzinfarkt-bedingte Krankenhausaufenthalt zurücklag, desto geringer waren die Verordnungshäufigkeiten (Abb. 2).

Um das Risiko atherothrombotischer Ereignisse zu senken, gelten für Patienten nach ACS und (elektiver) PCI besondere Empfehlungen für die duale TAH. Nach Mangiapane und Busse lag während des Studienzeitraums (2001-2006) die empfohlene Anwendungsdauer von Clopidogrel je nach Verfahren zwischen ein und zwölf Monaten (Mangiapane und Busse 2011). Die nach Verfahren differenzierten beobachteten Verordnungshäufigkeiten im zeitlichen Verlauf zeigt Tabelle 1. Gemäß aktuellen Leitlinien sollen alle Patienten nach ACS unabhängig vom durchgeführten Verfahren oder davon, ob überhaupt ein Verfahren durchgeführt wurde, durchgängig für zwölf Monate eine duale TAH und dabei vorzugsweise ASS und einen Wirkstoff aus der Gruppe der neuen TAH erhalten (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2013, Hamm et al. 2011, Steg et al. 2012). Nach elektiver PCI und Stent gelten die bisher gültigen Empfehlungen für die duale TAH (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2013).

Hintergrund, Häufigkeit und Prädiktoren eines Abbruchs der dualen TAH wurden in einer prospektiven Follow-Up Studie im Beobachtungszeitraum von zwölf Monaten bei chronischen KHK-Patienten nach Stentimplantation (n = 1.965) in Spanien untersucht

Verordnungshäufigkeit von Clopidogrel

Intervention	Nach 6 Mon.	Nach 12 Mon.
PCI mit DES	90 %	50 %
Keine PCI, PCI ohne Stent oder BMS	45-55 %	22-28 %

Tab. 1: Verordnungshäufigkeit von Clopidogrel bei chronischen KHK-Patienten mit Zustand nach akutem Myokardinfarkt. IGES nach Mangiapane und Busse. 2011.

(Ferreira-Gonzalez et al. 2010). 14,4 % der Patienten unterbrachen die TAH innerhalb der ersten 12 Monate nach Stentimplantation. Auf medizinischer Ebene wurde eine gleichzeitige Indikation für eine Antikoagulation als signifikanter Prädiktor für eine vorzeitige Unterbrechung der TAH identifiziert. Auf Patientenebene waren die Faktoren Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit sowie die Einnahme von Psychopharmaka besonders stark mit einem vorzeitigen Abbruch der TAH assoziiert. Des Weiteren waren wiederholte Krankenhausaufenthalte und chirurgische Prozeduren gehäuft mit einer Unterbrechung der TAH assoziiert, wohingegen Blutungen im Beobachtungszeitraum nur eine untergeordnete Rolle spielten (Ferreira-Gonzalez et al. 2010).

Schlussfolgerung und Ausblick

Die chronische KHK ist nach wie vor die häufigste Todesursache in Deutschland und trägt in hohem Maße zum Verlust an Lebensqualität, zur vorzeitigen Sterblichkeit und zu hohen Kosten bei. Es existiert eine deutliche Ungleichheit in der Verteilung der Erkrankung: Ältere Menschen sowie Männer und Menschen mit niedrigem Sozialstatus jeder Altersgruppe sind signifikant häufiger an einer chronischen KHK erkrankt als Frauen bzw. der Bevölkerungsanteil mit hohem Sozialstatus.

Patienten mit chronischer KHK können nachweislich von mehr

Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische KHK – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. <http://www.khk.versorgungsleitlinien.de/>.
- Barefoot JC et al. (1996): Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol* 78(6), 613-617.
- Bischoff B et al. (2006): Inadequate medical treatment of patients with coronary artery disease by primary care physicians in Germany. *Clin Res Cardiol* 95(8), 405-412.
- Bitton A et al. (2013): The impact of medication adherence on coronary artery disease costs and outcomes: a systematic review. *Am J Med* 126(4), 357 e357-357 e327.
- Blazer DG (1982): Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 115(5), 684-694.
- Calvert SB et al. (2012): Patient-focused intervention to improve long-term adherence to evidence-based medications: a randomized trial. *Am Heart J* 163(4), 657-665 e651.
- Daly CA et al. (2006): Predicting prognosis in stable angina--results from the Euro heart survey of stable angina: prospective observational study. *BMJ* 332(7536), 262-267.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2013): Duale Plättchenhemmung – Neue Thrombozytenaggregationshemmer.
- Dietz R & Rauch B (2003): Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) *Z Kardiol* 92(6), 501-521.
- Emery RT et al. (2013): Job strain-associated inflammatory burden and long-term risk of coronary events: findings from the MONICA/KORA Augsburg case-cohort study. *Psychosom Med* 75(3), 317-325.
- Ferreira-Gonzalez I et al. (2010): Background, incidence, and predictors of antiplatelet therapy discontinuation during the first year after drug-eluting stent implantation. *Circulation* 122(10), 1017-1025.
- Gerste B et al. (2007): Sektorenübergreifende Leistungsanalysen. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Glaeske G & Schickanz C (2013): BARMER GEK Arzneimittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH.
- Gosswald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E & Busch MA (2013): [Prevalence of myocardial infarction and coronary heart disease in adults aged 40-79 years in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5-6), 650-655.
- Grobe TG, Blitzer M & Schwartz FW (2014): BARMER GEK Arztreport 2013. Auswertung zu Daten bis 2011. Schwerpunkt: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen ADHS. Siegburg: Asgard-Verlag
- Hamm CW et al. (2011): ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 32(23), 2999-3054.
- Heidrich J et al. (2005): Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a physician survey in Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 12(6), 521-529.
- Hinrichs T et al. (2011): General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Fam Pract* 12, 26.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009): Arbeitspapier Kostenbestimmung. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- Kivimaki M et al. (2012): Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 380(9852), 1491-1497.
- Ladwig KH et al. (2011): Depression. An underestimated risk for the development and progression of coronary heart disease. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 54(1), 59-65.
- Ladwig KH et al. (2005): Psychosocial factors as risk for coronary heart disease--status with special reference to the KORA platform. *Gesundheitswesen* 67 Suppl 1, S86-93.
- Mangiapane S & Busse R (2011): Prescription prevalence and continuing medication use for secondary prevention after myocardial infarction: the reality of care revealed by claims data analysis. *Dtsch Arztebl Int* 108(50), 856-862.
- Rosengren A et al. (2004): Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364(9438), 953-962.
- Rudolf J & Lewandowski KB (2014): Cholesterol, lipoproteins, high-sensitivity c-reactive protein, and other risk factors for atherosclerosis. *Clin Lab Med* 34(1), 113-127, vii.
- Saubier B & Bode C (2007): Krankheiten des Koronarkreislaufs. In: Gerok, Huber, Meinertz, Zeidler. Die Innere Medizin - Referenzwerk für den Facharzt. 11. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Schweikert B et al. (2009): Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *Eur Heart J* 30(4), 436-443.
- Silber S & Wittchen H (2014) Behandlung koronarer Herzkrankheiten und Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung: Ergebnisse der DETECT Studie. http://www.detect-studie.de/publikationen/DETECT_Silber.ppt
- Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit. Krankheitskosten. 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12 Reihe 7.2.
- Statistisches Bundesamt (2012): Vorzeitige Sterblichkeit. <http://www.gbe-bund.de>.
- Statistisches Bundesamt (2013): Todesursachenstatistik. www.gbe-bund.de.
- Steg PG et al. (2012): ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 33(20), 2569-2619.
- Telser H, Fischer B, Leukert K & Vaterlaus SP (Polynomics) (2011): Gesundheitsausgaben und Krankheitskosten.
- Yusuf S et al. (2004): Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364(9438), 937-952.
- Yusuf S et al. (2001): Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 104(22), 2746-2753.

Bewegung und einer gesunden Ernährungsweise profitieren. Nichts desto weniger erhalten Patienten mit chronischer KHK nur selten ausreichend Hinweise und auch Möglichkeiten, mehr Bewegung und gesunde Ernährung im alltäglichen Leben umzusetzen.

Trotz positiver Trends in der Verordnungshäufigkeit von Beta-blockern, Hemmern des Renin-Angiotensinsystems und TAH gibt es Hinweise auf eine nicht unerhebliche Unterversorgung in der medikamentösen Sekundär- und Tertiärprävention.

Insbesondere im zeitlichen Verlauf nach einem akuten kardialen Ereignis nimmt die Adhärenz bezüglich der medikamentösen Therapie deutlich ab. Neben medizinischen Gründen beeinflussen auch soziale und ökonomische Faktoren auf der individuellen Ebene (Patienten und Arzt) die leitliniennahe Umsetzung sekundärpräventiver Empfehlungen.

Eine vergleichende Betrachtung von Verordnungszahlen mit Leitlinien können Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung geben. Weitere Studien, die Barrieren in der Umsetzung sekundärpräventiver Maßnahmen im Kontext der Versorgungsstrukturen in Deutschland untersuchen, wären wünschenswert. Dabei sollte den komplexen Vorgängen ärztlicher Entscheidungsprozesse, beispielsweise Berücksichtigung von Multimorbidität, des häuslichen Umfelds und Aspekten der Patientenautonomie, Rechnung getragen werden. Ein Vergleich zwischen geplanter und tatsächlich durchgeführter Therapie kann zusätzliche wertvolle Hinweise liefern und ist für eine differenzierte Bewertung der Versorgungssituation unerlässlich.

Patientenfokussierte Interventionen, die Adhärenzbarrieren konkret thematisieren, eine verbesserte Kommunikation an der Schnittstelle stationäre-ambulante Versorgung und eine intensiviertere Einbeziehung der Apotheken können zu einer Verbesserung in der medikamentösen Sekundärprävention von Patienten mit chronischer KHK beitragen.

Soziale Determinanten sind Einflussgrößen, unter denen Patienten überhaupt „gesunde“ Entscheidungen fällen und so selbst Einfluss auf den Verlauf ihrer Erkrankung nehmen können. Soziale Determinanten wie Armut oder prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Current state of health care of patients with Chronic Coronary Artery Disease (CAD) in Germany

Chronic Coronary Artery Disease (CAD) is the most common cause of death in Germany. CAD is particularly prevalent among elderly persons, persons with low socio-economic status and men. Medication of conventional risk factors has contributed to a decrease in mortality. Still, deficits remain in the treatment for patients with chronic CAD regarding continued secondary and tertiary prevention. In the course after an ACS prescription rates of recommended preventive measures decline notably. Potential lies in the development of innovative health care service and research concepts that take into account both barriers to guideline adherence and the social determinants of health like poverty or precarious employment conditions. Social determinants are the context in which patients make "healthy" choices and thereby shape the course of their disease.

Keywords

Management, Prevention, CAD, Burden of Disease

haben eine starke Assoziation mit der KHK-bezogenen Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit. Das Verständnis von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie deren Einfluss auf die Versorgung sollten daher ebenso wie das Risikofaktorenmanagement Teil innovativer Versorgungs- und Forschungskonzepte sein, um im Kontext knapper Ressourcen langfristig die Krankheitslast zu senken und die Lebensdauer von Patienten mit chronischer KHK zu verlängern. <<

Autorenerklärung

Die Autoren sind Mitarbeiter des Bereichs Versorgungsforschung des IGES Instituts, das mit der vorliegenden Publikation von der Astra-Zeneca GmbH beauftragt wurde.

Dr. med. Miriam Kip, MPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Versorgungsforschung am IGES Institut. Nach ihrem Studium der Humanmedizin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin arbeitete sie als Forschungsassistentin im Bereich Präventionsforschung. Während ihres Public-Health-Studiums mit Schwerpunkt Health Policy and Management an der New York University hat sie sich mit Gesundheitssystemforschung sowie quantitativen und qualitativen Methoden beschäftigt. Kontakt: miriam.kip@iges.de



Susann Behrendt, M.A.

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich Versorgungsforschung am IGES Institut. Im Anschluss an ihr Studium der Medien- und Kommunikationswissenschaften, Soziologie, Interkulturelle Wirtschaftskommunikation in Jena, Salamanca (Spanien) und Limerick (Irland) war sie zunächst am Europäischen Migrationszentrum in Berlin tätig. Danach arbeitete sie mehrere Jahre am Statistischen Bundesamt in Bonn. Kontakt: susann.behrendt@iges.de



Hans-Holger Bleß, Apotheker

ist Leiter des Bereichs Versorgungsforschung des IGES Instituts und ist verantwortlich für Projekte, die sich mit der Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation beschäftigen. Weiterhin ist er schwerpunktmäßig mit Themen wie dem Arzneimittelbedarf, Erstattungsregularien im Arzneimittelbereich sowie der vertraglichen und inhaltlichen Konzeption von Versorgungsmanagement befasst. Nach Tätigkeiten in Apotheken arbeitete er für die AOK Brandenburg. Kontakt: hans-holger.bleess@iges.de



Dr. Nele Kettler
Christian Wehry, MBA
Sebastian Draeger
Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

Zahnmedizinische Prävention in Deutschland

„Der wahre Beruf des Zahnarztes ist die Erhaltung der natürlichen Zähne, aber nicht das Ausziehen derselben und die Einsetzung künstlicher, welche erst dann stattfinden darf, wenn das Erstere nicht mehr möglich ist“, schrieb bereits 1829 der Leipziger Zahnarzt S. Guttman (Laurisch 2000). Diese historische Definition der Zahnheilkunde hat in der heutigen Zeit nichts an Aktualität verloren. Zu einem Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Zahnmedizin kam es in Deutschland jedoch erst Mitte der 1990er-Jahre, als systematische Prophylaxekonzepte für den gesamten Lebensbogen mit seinen alterstypischen Risiken entwickelt wurden (IDZ 1996). Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) griffen gemeinsam dieses Konzept als Basis zur „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ auf und trugen es zusammen mit der Darstellung gesetzlicher Rahmenbedingungen für eine nachhaltige Implementierung sowohl in die Politik als auch in die Gesundheitsversorgung (BZÄK et al. 2004). Durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 kam es zudem zu einer Neuausrichtung der zahnmedizinischen Behandlungsrichtlinien sowie zu einer Neurelationierung des Bewertungsmaßstabs zahnärztlicher Leistungen (BEMA) nach dem Leitbild einer ursachengerechten und präventionsorientierten Zahnheilkunde. Konservierend-chirurgische Leistungen wurden aufgewertet und zugleich andere zahnärztliche Leistungen abgewertet.

>> Ein umfassendes zahnmedizinisches Präventionskonzept beinhaltet einerseits Prophylaxemaßnahmen zur primären Verhütung von alterstypischen Munderkrankungen über den gesamten Lebensbogen, die mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes beginnen und bis zur Pflege Hochbetagter reichen. Andererseits sind effektive Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention eingeschlossen (IDZ 1996). Dabei spielen drei Organisationsformen der Prophylaxe in der Zahnmedizin eine besondere Rolle (Abb. 1): Die Individualprophylaxe richtet sich an Einzelpersonen und wird in der Regel in der Zahnarztpraxis durchgeführt. Das Ausmaß der Notwendigkeit zur Individualprophylaxe wird vom Zahnarzt im Rahmen einer Risikodiagnostik bestimmt (Zimmer/Jordan 2010; Jordan/Zimmer 2010). Die Gruppenprophylaxe richtet sich an Teilgruppen der Bevölkerung, in Deutschland vor allem an Kinder und Jugendliche. Sie ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) gesetzlich geregelt und wird in Kindergärten und Schulen umgesetzt. Daneben existieren Präventionsformen auf der Ebene der Kollektivprophylaxe, die möglichst viele Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft erreichen sollen (Roulet 2003).

Zusammenfassung

Risikoorientierte Präventionskonzepte zur Vermeidung der versorgungsepidemiologisch bedeutendsten oralen Erkrankungen, Karies und Parodontitis, bestehen auf Ebene der (Primär-)Primärprävention, aber auch zur Verzögerung durch Sekundär- und Tertiärprävention. Die zahnmedizinischen Konzepte sind evidenzbasiert und werden in Deutschland regelmäßig und bevölkerungsweit mit unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten durchgeführt. Bei Kindern und Jugendlichen werden sie auf den unterschiedlichen Organisationsebenen der Individual-, Gruppen- und Kollektivprävention am konsequentesten umgesetzt und zeigen dort große Erfolge. Für bislang präventiv nicht ausreichend versorgte Risikogruppen wie Kleinkinder oder Pflegebedürftige wurden von der Zahnärzteschaft bedarfsorientierte Präventionskonzepte vorgelegt.

Schlüsselwörter

Prävention, Prophylaxekonzept, Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe, zahnärztliche Versorgung

Individualprophylaxe

Die regelmäßige Beurteilung der oralen Strukturen im Rahmen der Individualprophylaxe durch den Zahnarzt ist ein wichtiger Aspekt der Primär- und Sekundärprävention. Schäden wie Parodontalerkrankungen und Zahnkaries sollen so in einem frühen, mitunter reversiblen Stadium entdeckt und eine Progression oder Chronifizierung verhütet oder zumindest verzögert werden. Daneben werden regelmäßig und flächendeckend evidenzbasierte Prophylaxekonzepte für die wichtigsten Zielerkrankungen als individualprophylaktische Maßnahmen in der zahnärztlichen Praxis durchgeführt. Diese lassen sich akademisch in drei Domänen aufteilen: Erstens, die hauptsächlich kariespräventive Individualprophylaxe im Kinder- und Jugendalter, die bei normalem Kariesrisiko zweimal jährlich durchgeführt wird und in diesem Sinne auch einen Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung darstellt. Zweitens steht bei älteren Erwachsenen oft die parodontalprophylaktisch ausgerichtete Tertiärprophylaxe der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) im Vordergrund, die zurzeit eine privatärztliche Tätigkeit darstellt. Drittens gilt dies ebenso für die Basisprophylaxe, die ab dem Erwachsenenalter mit der professionellen Zahnreinigung in Anspruch genommen werden kann.

Individualprophylaxe bei zweieinhalb- bis fünfjährigen Kindern wird von einem Drittel der Kinder dieser Altersklasse in Anspruch genommen. Kinder von sechs bis zwölf Jahren nehmen knapp zur Hälfte die für ihre Altersklasse vorgesehenen individualprophylaktischen Leistungen in Anspruch. Allgemeine altersunabhängige individualprophylaktische Leistungen wurden 2012 in über 100 Millionen Fällen bei über 50 Millionen Versicherungsnehmern erbracht (GKV-SV 2013; KZBV 2013).

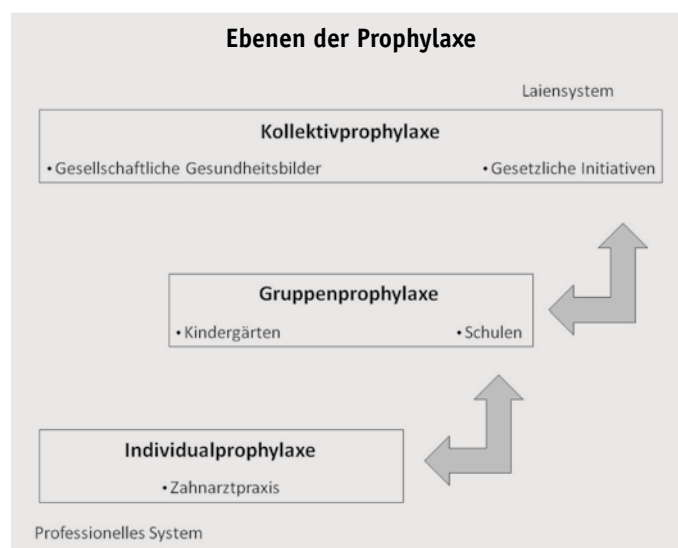


Abb. 1: Ebenen der Prophylaxe (Oesterreich 2010).

Gruppenprophylaxe

Die kariesprophylaktische Gruppenbetreuung bei Kindern soll vor allem vermitteln, dass Mundgesundheit vom eigenen Mundgesundheitsverhalten abhängt (Bartsch/Laurisch 1996). Die Krankenkassen fördern gemeinsam mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen flächendeckende Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen bei Kindern bis einschließlich zum 12. Lebensjahr, bei hohem Kariesrisiko bis zum 16. Lebensjahr. Die Maßnahmen sollen in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden. Sie erstrecken sich auf die Untersuchung der Mundhöhle mit Erhebung des Zahnstatus, Maßnahmen zur Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygieneunterweisung.

Im Schuljahr 2008/2009 wurden mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen etwa fünf von zehn Millionen Schülern erreicht, bei etwa 750.000 Schülern wurden Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2013).

Kollektivprophylaxe

Kollektivprophylaxe ist konzeptionell undifferenziert, da möglichst viele Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft unabhängig vom persönlichen Risiko erreicht werden sollen. Sie ist hauptsächlich kariespräventiv ausgerichtet und fokussiert in Deutschland auf die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz (Roulet 2003).

Fluoridiertes Speisesalz hat in Privathaushalten in Deutschland eine Verbreitung von über 60 %. In der Lebensmittelindustrie und in der Gruppenverpflegung ist der Einsatz fluoridierten Speisesalzes in Deutschland derzeit nicht zulässig. Die Daten der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zeigen, dass ein niedriger Kariesbefall positiv mit der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz korreliert (Micheelis/Reiter 2006).

Zahnmedizinische Prophylaxekonzepte im Lebensbogen

Prävention im Kindesalter

Die zahnmedizinische Prävention setzt idealerweise als Primär-Primär-Prophylaxe bereits bei der werdenden Mutter an, die in der Schwangerschaft durch den Zahnarzt über Prophylaxemaßnahmen bei sich selbst und dem Nachwuchs aufgeklärt wird. Diese frühe Intervention der zahnärztlichen Gesundheitsförderung kann nachweislich die Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen verbessern (Günay/Meyer 2010), hat allerdings Pilotcharakter.

Gesetzlich krankenversicherte Kinder haben in Deutschland seit 1999 mit der Einführung des § 26 SGB V („Kinderuntersuchung“) Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, auch auf Früherkennungsuntersuchungen von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Diese Leistungen werden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Obwohl keine gesonderte zahnärztliche Leistungsbeschreibung für Prophylaxemaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Kinder bis zum 30. Lebensmonat vorhanden ist, führt ein Großteil der Zahnärzte bereits präventive Maßnahmen für diese Altersgruppe durch (Kettler/Splieth 2013). Jedoch gehen nur die wenigsten Eltern mit ihren Kleinstkindern überhaupt zum Zahnarzt. Daher ist es bisher nicht gelungen, die Kariesprävalenz für Kinder bis zu drei Jahren

in Deutschland weiter zu reduzieren. In regionalen Untersuchungen der letzten zehn Jahre wird sie für unter Dreijährige zwischen 5 % und 17 % angegeben. Dabei konzentriert sich die gesamte Karieserfahrung oft auf einen kleinen Teil der untersuchten Kinder, was als Kariespolarisation bezeichnet wird (Robke 2008; Senkel/Heinrich-Weltzien 2008).

Die Zahnärzteschaft hat daher unlängst das umfassende Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ für diese Patientengruppe vorgelegt, damit Kleinkinder zukünftig ab dem Durchbruch des ersten Milchzahnes mit etwa einem halben Lebensjahr systematisch zahnmedizinisch betreut werden können (KZBV/BZÄK 2014). Dieses Konzept, das in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft entwickelt wurde, befindet sich derzeit in der Diskussion. In einzelnen Regionen wurden jedoch bereits Vereinbarungen für die zahnärztliche Betreuung kleiner Kinder zwischen einzelnen Krankenkassen und kasenzahnärztlichen Vereinigungen getroffen.

Die bereits bestehenden Früherkennungsuntersuchungen beginnen mit dem 30. Lebensmonat, einem Zeitpunkt, der für die rechtzeitige Erkennung der frühkindlichen Karies häufig zu spät ist. Sie beinhalten die eingehende Untersuchung und Beratung, die Einschätzung des Kariesrisikos, eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie die Empfehlung und Verordnung geeigneter Fluoridpräparate, welche bei hohem Kariesrisiko in der Zahnarztpraxis appliziert werden. In der Altersgruppe der Sechsjährigen konnte so in den letzten zehn Jahren ein leichter Rückgang der Kariesprävalenz verzeichnet werden. Sechsjährige Kinder wiesen je nach Bundesland im Jahr 2009 im Schnitt zwischen einem und zweieinhalb Zähne mit Karieserfahrung auf (Pieper 2010).

Die gesetzliche Grundlage für die Individualprophylaxe für Kinder ab sechs Jahren bildet der 1988 eingeführte § 22 SGB V „Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)“. Demnach können sich Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, zur Verhütung von Zahnerkrankungen regelmäßig zahnärztlich betreuen lassen. Zur Durchführung dieser Individualprophylaxeleistungen fanden mehrere Gebührenpositionen in den BEMA Einzug. Die Individualprophylaxe ist angepasst an die Bedürfnisse



Abb. 2: Karieserfahrung bei 12-jährigen Kindern. A5-Studie: Bundesweite Patientenstudie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; DAJ: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege; 1 = Rechnerisch interpoliert, untersucht wurden die 8/9-jährigen Kinder und die 13/14-jährigen Jugendlichen.

des Wechselgebisses und beinhaltet eine Erhebung des Mundhygienestatus. Diese umfasst die Messung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands sowie die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen. Daneben wird regelmäßig eine Mundgesundheitsaufklärung durchgeführt, welche auch die Aufklärung der Erziehungsberechtigten über Krankheitsursachen und deren Vermeidung und Motivation einschließen kann. Als therapeutische Maßnahmen können lokale Fluoridierungsmaßnahmen mit Lacken oder Gelen nach erfolgter Zahnreinigung einmal pro Halbjahr durchgeführt werden, bei hohem Kariesrisiko auch zweimal im Kalenderhalbjahr. Seit 1993 haben Kinder und Jugendliche zusätzlich Anspruch auf Fissurenversiegelung der bleibenden Molaren.

Die Gruppenprophylaxe bis zum 12. beziehungsweise 16. Lebensjahr, deren Inhalte im Abschnitt „Gruppenprophylaxe“ beschrieben sind, stützt sich auf den 1988 eingeführten § 21 SGB V „Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)“. Zur Durchführung der Maßnahmen schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bundeseinheitliche Rahmenempfehlungen insbesondere über Inhalt und Finanzierung zu beschließen. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind in der Gruppenprophylaxe spezifische Programme zu entwickeln. Für die Durchführung maßgeblich sind die durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) entwickelten inhaltlichen Empfehlungen. Die DAJ ist ein Zusammenschluss unter anderem aus BZÄK, dem GKV-Spitzenverband, der KZBV, den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und den kommunalen Spitzenverbänden, welche gemeinsam die bundesweite Durchführung gruppenprophylaktischer Maßnahmen fördern. Sie legt einmal jährlich eine Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe vor (DAJ 2014).

Insbesondere die konzentrierten Maßnahmen zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen auf allen Organisationsebenen der Prävention haben ihre Wirkung nicht verfehlt: Die Kariesprävalenz bei 12-Jährigen konnte in den letzten Jahren deutlich gesenkt werden. Wiesen die 12-Jährigen in den 1980er-Jahren bis zu 6,8 Zähne mit

Karieserfahrung auf, waren es im Jahr 2005 noch lediglich 0,7 Zähne (Abb. 2) (Schiffner 2006c). Damit ist die Zielvorgabe der BZÄK aus dem Jahr 2004 auf der Grundlage der Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Weltzahnärzterverbands (FDI), die in dieser Altersgruppe weniger als einen Zahn mit Karieserfahrung im Jahr 2020 erwarten, bereits 2005 erreicht worden (Ziller et al. 2006). Die Anzahl der 12-jährigen kariesfreien Kinder stieg gleichzeitig von 42 % im Jahr 1997 auf 70 %. Als wichtige Gründe für den Kariesrückgang werden auf der kollektivpräventiven Ebene die Verbesserungen des Zugangs zu fluoridierten Produkten und auf der individualpräventiven Ebene vor allem die Versiegelung kariesgefährdeter Molaren genannt (Zimmer et al. 2011). Weiterhin können ein mehr kontroll- und weniger beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen zu dieser Entwicklung beigetragen haben (Schiffner 2006c). Auf der anderen Seite zeigten bei der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie etwa ein Viertel der 12-Jährigen ausgeprägte plaqueinduzierte Zahnfleischentzündungen (Hoffmann 2006b). Hier ist noch Raum für zielgerichtete Prophylaxemaßnahmen gegen Parodontalerkrankungen, die im Rahmen der Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen wirksam werden können.

Prävention im Erwachsenenalter

Nach dem 18. Lebensjahr ist im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eine systematische Individualprophylaxe nicht mehr vorgesehen. Die im Jahr 1997 in die GKV eingeführte Individualprophylaxe für Erwachsene wurde im Jahr 2000 wieder abgeschafft.

Im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention sieht die GKV jedoch einige Leistungen vor, wie die „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Beratung“ oder die Bestimmung des „Parodontalen Screening Index“ (PSI). Daneben kann die jährliche Entfernung harter Zahnbeläge im weiteren Sinne als individuelle GKV-Prophylaxemaßnahme verstanden werden, die allerdings in dieser Form keinem individuellen risikoorientierten Präventionskonzept folgt. Als mundgesundheitsfördernde Maßnahme hat sich in den vergangenen Jahr(zehnt)en allerdings die Professionelle Zahnreinigung (PZR) bzw. die Individualprophylaxesit-

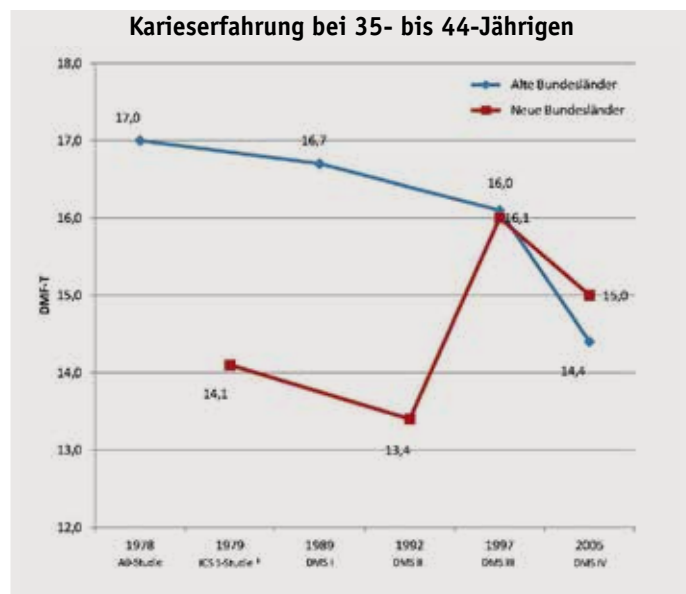


Abb. 3: Karieserfahrung bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen. A0-Studie: Patientenstudie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); ICS: International Collaborative Study of Dental Manpower Systems; DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; 1= Raum Leipzig.

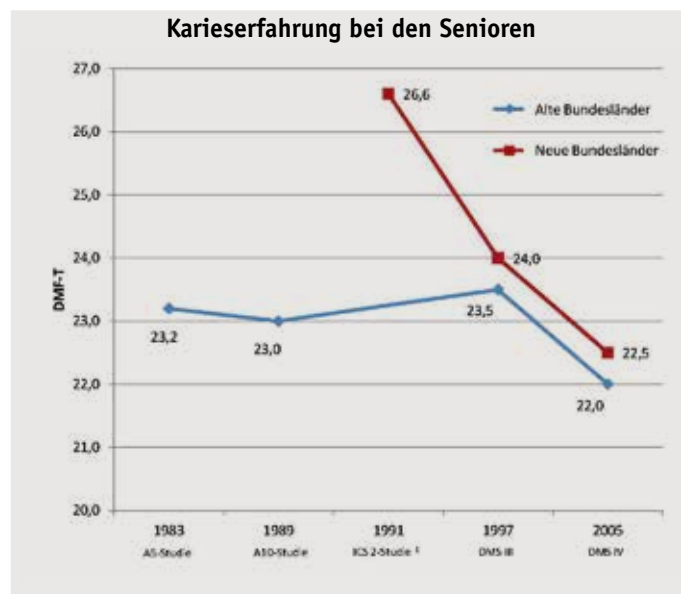


Abb. 4: Karieserfahrung bei den Senioren. A-Studien: Patientenstudien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); ICS: International Collaborative Study of Dental Manpower Systems; DMS: Deutsche Mundgesundheitsstudie; 1=Raum Erfurt.

zung mit PZR herausgebildet, die von vielen Erwachsenen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Anspruch genommen wird. Mittlerweile wird die PZR auch von vielen Krankenkassen bezuschusst. Allgemeine gruppenprophylaktische Maßnahmen für Erwachsene, beispielsweise im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsfürsorge, erscheinen vor dem Hintergrund von Settingansätzen interessant, werden zurzeit jedoch flächendeckend nicht durchgeführt.

Auch wenn die zahnmedizinische Prävention im Erwachsenenalter verstärkt eigeninitiativ erfolgt, zeigen die deutschen Mundgesundheitsstudien einen langsamen Kariesrückgang von durchschnittlich 16 Zähnen mit Karieserfahrung im Alter von 35 bis 44 Jahren im Jahr 1997 auf 14,5 Zähne 2005 bei einem Sanierungsgrad von 95,6 % (Abb. 3). Diese Entwicklung ist vor allem auf eine geringere Zahl kariesbedingter Extraktionen zurückzuführen. Die Kariesprävalenz im engeren Sinne, repräsentiert durch kariöse oder gefüllte Zähne, blieb in diesem Zeitraum unverändert (Schiffner 2006b). An parodontalen Erkrankungen litten 2005 fast drei Viertel der deutschen Bevölkerung, eine im Vergleich zum Jahr 1997 erhöhte Parodontitisprävalenz (Hoffmann 2006a).

Prävention bei älteren Menschen

Im Zuge des demografischen Wandels und einer doppelten Altersdynamisierung in Deutschland wurden in der vergangenen Dekade spezielle Prophylaxekonzepte entwickelt, die sich an den Bedürfnissen älterer Menschen orientieren. Sie befinden sich in der wissenschaftlichen Evaluation. Grundsätzlich sind die im Abschnitt „Prävention im Erwachsenenalter“ beschriebenen Leistungen jedem gesetzlich Versicherten ohne Altersbeschränkung zugänglich; die Beschreibung dieser Leistungen gilt somit auch für ältere Menschen.

Der Trend zur Zahnerhaltung, der sich in der jungen Erwachsenenbevölkerung abzeichnet, kann auch bei den Senioren (65–74 Jahre) beobachtet werden: Ähnlich wie bei den Erwachsenen ist der Rückgang der Zähne mit Karieserfahrung auch bei der Altersgruppe der Senioren auf die geringere Zahl extrahierter Zähne zurückzuführen (Abb. 4). Zwischen 1997 und 2005 hat sich die Anzahl der vollständig zahnlosen Personen leicht reduziert, die Prävalenz von Zahnwurzelkaries hat sich im selben Zeitraum allerdings verdreifacht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Altersgruppe noch nicht im vollen Ausmaß von den oben beschriebenen Prophylaxemaßnahmen profitiert haben wird (Schiffner 2006d). Die Prävalenz parodontaler Erkrankungen war bei den Senioren 2005 hoch (rd. 88 %). Auch hier ist wie schon bei den jüngeren Erwachsenen eine ansteigende Tendenz erkennbar (Hoffmann 2006c).

Prävention bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

Grundsätzlich basiert der GKV-Leistungskatalog darauf, dass erwachsene Patienten eigenverantwortlich Mundhygiene betreiben, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren können. Auf Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen treffen diese Grundannahmen jedoch häufig nicht zu. Ein systematisches Präventionskonzept für diese Menschen ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht verankert. 2012 hat die Zahnärzteschaft daher ein bedarfsorientiertes Präventionskonzept zur aufsuchenden Betreuung vorgestellt. Erste Leistungspositionen daraus für den Besuch eines oder mehrerer Versicherter wurden bereits in den BEMA integriert. Darüber hinaus haben Vertragszahnärzte auf Grundlage des 2013 verabschiedeten Pflegeneuansatzgesetzes heute die Möglichkeit, einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen. Diese Maßnahmen berücksichtigen den

erhöhten Aufwand der bestehenden Behandlungsoptionen. Der besondere Präventionsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ist dabei jedoch noch nicht berücksichtigt. Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ von BZÄK und KZBV, das gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und dem Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) entwickelt wurde, schlägt vor, diese Prophylaxelücke zu schließen, indem Betroffene einen Anspruch auf systematische Prophylaxemaßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen erhalten (KZBV/BZÄK 2010). Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen gehören zu einer Hochrisikogruppe für die Haupterkrankungen in der Zahnmedizin, Karies und Parodontitis, da es ihnen oft schwerfällt, Mundhygiene eigenverantwortlich durchzuführen oder sie Schwierigkeiten haben, selbstständig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

Für pflegebedürftige Menschen existieren keine bundesweiten Daten, sondern bislang nur regionale Studien. Eine systematische Übersicht kommt allerdings zu dem Schluss, dass die Kariesprävalenz bei Pflegebedürftigen in Deutschland deutlich höher liegen dürfte als bei älteren Menschen ohne Pflegebedarf, was an der höheren Anzahl kariös bedingter Extraktionen zu liegen scheint (23 vs. 14 Zähne) (Nitschke et al. 2012; Schiffner 2006d). Problematisch erweist sich in der Gruppe der Pflegebedürftigen das Inanspruchnahmeverhalten: 76,3 % geben an, ihren Zahnarzt nicht regelmäßig, sondern nur bei Beschwerden aufzusuchen (Nitschke et al. 2012).

Auch für Menschen mit Behinderungen liegen keine bundesweiten Daten zu Prävalenzen oraler Erkrankungen vor. Aus regionalen Studien lässt sich aber ableiten, dass die Karieserfahrung 12-Jähriger mit Handicap mindestens doppelt so hoch sein dürfte wie die Karieserfahrung gleichaltriger Kinder ohne Behinderung. Erwachsene Menschen mit Behinderungen im Alter von 35 bis 44 Jahren scheinen aber eine mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbare Karieserfahrung zu haben. Auffällig ist der deutlich geringere Sanierungsgrad sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen (Schulte 2012).

Finanzierung der Prävention

Wie im Abschnitt „Zahnmedizinische Prophylaxekonzepte im Lebensbogen“ beschrieben, gibt es Leistungen, die von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, sowie Leistungen, die privat bezahlt werden – entweder durch eine Privatversicherung oder vom Patienten selber. Für jede Leistung, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, ist im BEMA eine Position mit einer festgelegten Bewertungszahl genannt; dies gilt auch für prophylaktische Leistungen. Diese Bewertungszahl entspricht einem jährlich festgelegten Punktwert in Euro. Für das Jahr 2011 belaufen sich nach diesem Berechnungsschema die Gesamtausgaben der Krankenkassen auf etwa 52,2 Millionen Euro für die „Eingehende Untersuchung“, auf 11,8 Millionen Euro für das „Erheben des PSI“ sowie auf 29,5 Millionen Euro für das „Entfernen harter Zahnbeläge“ (KZBV 2013). Für individualprophylaktische Leistungen für Kinder gaben die Gesetzlichen Krankenkassen 2011 444,8 Millionen Euro aus. Davon entfielen rund 10,8 Millionen Euro auf die Früherkennungsuntersuchung vom 30. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr und 434,0 Millionen Euro auf die individualprophylaktischen Leistungen vom 6. bis zum 18. Lebensjahr (KZBV 2013). Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für die Gruppenprophylaxe beliefen sich im Jahr 2012 auf rund 42,8 Millionen Euro (BMG 2013).

Zahnmedizinische Prävention kann durch Empowerment auch im häuslichen Setting eigenverantwortlich betrieben werden, im We-

sentlichen durch effektive Mundhygienemaßnahmen. Je Haushalt und Monat entfielen im Jahr 2008 durchschnittlich 94 Euro, das sind 4,2 % an den gesamten Konsumausgaben der Privathaushalte, auf den gesamten Bereich der Gesundheitspflege (Destatis 2010). Für Zahn- und Mundpflegemittel und -geräte wurden in Deutschland 2010 1,5 Mrd. Euro ausgegeben und weitere 90 Millionen Euro für privatärztliche prophylaktische Leistungen (Klingenberger et al.

2012). Das waren rund 2 % aller GOZ-Ausgaben.

Zusammenfassung und Herausforderungen

Im internationalen Vergleich nimmt die Mundgesundheit in Deutschland einen Spitzenplatz ein. Betrachtet man die Entwicklung der Kariesprävalenzen über einen längeren Zeitraum, sind die Erfolge der Prä-

Literatur

- Bartsch, N./Laurisch, L. (1996): 6–12 Jahre. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.) (1996): Propylaxe ein Leben lang. Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. 1. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag: 42–52
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–4. Quartal 2012. In: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/Rechnungsergebnisse_1.-4._Quartal_2012.pdf (abgerufen am 24.07.2013)
- BZÄK (Bundeszahnärztekammer)/DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)/KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2004): Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Berlin: Eigenverlag
- DAJ (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.): Dokumentation der Maßnahmen in der Gruppenprophylaxe – Jahresauswertung Schuljahr 2011/2012 In: http://www.daj.de/fileadmin/user_upload/PDF_Downloads/Dokumentation/Doku_2011_2012_nur_Zahlen.pdf (abgerufen am 11.02.2014)
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2010): Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte 2008. Fachserie 15, Heft 4. Wiesbaden: Eigenverlag
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2013): Erreichte Kinder durch Prophylaxemaßnahme nach § 21 SGB V (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Maßnahme, Einrichtungstyp. In: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasy921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=81788423&nummer=740&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=40672849 (abgerufen am 17.07.2013)
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2013): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Eigenverlag
- Günay, H./Meyer, K. (2010): Interdisziplinäre Gesundheitsfrüherkennung. Ein Frühpräventionskonzept für die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit von Mutter und Kind. In: *Präv Gesundheitsf* 2010, 5, 4: 326–339
- Hoffmann, T. (2006a): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35–44 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 266–289
- Hoffmann, T. (2006b): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Kindern (12 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 185–199
- Hoffmann, T. (2006c): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65–74 Jahre). Parodontalerkrankungen. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 334–353
- IDZ (Institut der Deutschen Zahnärzte) (Hrsg.) (1996): Propylaxe ein Leben lang. Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. 1. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Jordan, R. A./Zimmer, S. (2010): Bestimmung des individuellen Risikos von Karies und Parodontitis. Teil 2. In: *Prophylaxe Impuls* 2010, 14, 2: 62–67.
- Kettler, N./Splieth, C. (2013): Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder. Köln: IDZ-Information Nr. 1/13
- Klingenberger, D./Ostwald, D. A./Daume, P./Petri, M./Micheelis, W. (2012): Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) (2013): Jahrbuch 2012. Statistische Basisdaten zur Vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich GOZ-Analyse. Köln: Eigenverlag
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)/BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Berlin: Eigenverlag
- KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)/BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2014): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin: Eigenverlag
- Laurisch, L. (2000): Individualprophylaxe: Diagnostik und Therapie des individuellen Kariesrisikos. 2. Aufl. Köln/München: Deutscher Zahnärzte Verlag/DÄV-Hanser
- Micheelis, W./Jordan, R. A. (2013): DMS V in den Startlöchern. In: *Dtsch Zahnärztl Z* 2013, 68, 6: 321
- Micheelis, W./Reiter, F. (2006): Soziodemographische und verhaltensbezogene Aspekte oraler Risikofaktoren in den vier Alterkohorten. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 375–398
- Nitschke, I./Hopfenmüller, J./Hopfenmüller, W. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades (stationäres Setting) bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. In: Nitschke, I./Schulte, A. G. (Hrsg.) (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). Köln: IDZ-Information Nr. 3/12: 4–21
- Oesterreich, D. (2010): Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in Deutschland. Vortrag auf der Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde. Berlin, 12./13.03.2010
- Petersen, P. E. (2003): World map on dental Caries. In: http://www.who.int/ora_health/media/en/orh_figure6.pdf (abgerufen am 23.07.2013)
- Pieper, K. (2010): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Bonn: DAJ-Gutachten
- Robke, F. J. (2008): Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. In: *J Orofac Orthop* 2008, 69, 1: 5–19
- Roulet, J.-F. (2003): Begriffsbestimmungen und Definitionen. In: Rateitschak, K. H./Wolf, H. F. (Hrsg.) (2003): Farbatlanten der Zahnmedizin 16 – Prophylaxe und Präventivzahnmedizin. 1. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 9–28
- Schiffner, U. (2006a): Internationale Vergleiche. Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 425–435
- Schiffner, U. (2006b): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Erwachsenen (35–44 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 241–265
- Schiffner, U. (2006c): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Kindern (12 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 155–184
- Schiffner, U. (2006d): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Senioren (65–74 Jahre). Zahnkaries. In: Micheelis, W./Schiffner, U. (Hrsg.) (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV: 307–333
- Schulte, A. G. (2012): Systematisches Review zur Frage der Mundgesundheit und des zahnmedizinischen Versorgungsgrades bei Menschen mit Behinderungen in Deutschland. In: Nitschke, I./Schulte, A. G. (Hrsg.) (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). Köln: IDZ-Information Nr. 3/12: 22–43
- Senkel, H./Heinrich-Weltzien, R. (2008): Milchzahnkaries vor dem Hintergrund des generellen Kariesrückganges bei Kindern und Jugendlichen. Problemaufriss und Lösungsansätze aus Sicht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In: *Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde* 2008, 30, 1: 38–42
- Ziller, S./Micheelis, W./Oesterreich, D./Reich, E. (2006): Goals for oral Health in Germany 2020. In: *Int Dent J* 2006, 56, 1: 29–32
- Zimmer, S./Jordan, R. A. (2010): Bestimmung des individuellen Risikos von Karies und Parodontitis. Teil 1. In: *Prophylaxe Impuls* 2010, 14, 1: 6–12
- Zimmer, S./Jordan, A. R./Fresmann, S. (2011): Die Einführung der Prophylaxe in die Zahnarztpraxis. Herne: Zahnärztlicher Fach-Verlag.

vention vor allem bei Kindern deutlich. Nach der Definition der WHO zu den Kategorien des Kariesbefalls bei 12-jährigen Kindern (Petersen 2003) wurde Deutschland lange Zeit der Gruppe „moderater Kariesbefall“ zugeordnet, 1997 fiel Deutschland erstmals in die Kategorie „niedrig“ und seit 2005 erfolgt die Zuordnung in die Gruppe „sehr niedrig“. Die Erfolge bei den Erwachsenen sind weniger deutlich: Deutschland rangiert hier immer noch in der Kategorie „hoher Kariesbefall“ (Schiffner 2006a). Derzeit betreibt das Institut der Deutschen Zahnärzte die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) (Micheelis/Jordan 2013); die aktualisierten versorgungsepidemiologischen und bevölkerungsrepräsentativen Kennzahlen werden für das Jahr 2016 erwartet.

Viele der aktuell in der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Präventionsmaßnahmen sind nach wie vor gut und wichtig. Sie wirken aber eher nach dem Gießkannenprinzip. Um weitere Verbesserungen der Mundgesundheit zu erreichen, müssen sie stärker ausdifferenziert und passgenau auf den spezifischen Bedarf von Alters- und Risikogruppen zugeschnitten werden. Denn die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass es weiterhin drei große Problemfelder in der präventiven Zahnmedizin in Deutschland gibt: Erstens zeigen die deutschen Mundgesundheitsstudien, dass bestimmte Gruppen von den bisherigen Präventionsstrategien nicht ausreichend profitiert haben. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es etwa eine wachsende Schiefelage in der Kariesverteilung. Rund zehn Prozent der 12-Jährigen tragen über 60 Prozent der Karieslast in dieser Altersgruppe (Schiffner 2006c). Auffällig dabei ist, dass sich diese Risikogruppe vor allem aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und niedrigem Bildungsgrad rekrutiert. Zweitens finden Zahnärzte bereits bei Kindern unter drei Jahren kariöse Zähne. Drittens rückt die demografische Entwicklung in Deutschland weitere Problemfelder in den

Dental Prevention in Germany

Risk oriented approaches exist in form of (primary) primary prevention to prevent the major oral diseases in health Care – caries and periodontitis – and in form of secondary or tertiary prevention to delay them. Those approaches are evidence-based. In Germany they are conducted population-based on a regular basis with differing utilization. They are implemented most consistently for children and adolescents on different organizational levels of individual, group and collective prophylaxis and have proven to be successful. For risk groups, which have not received adequate preventive treatment hitherto, i.e. toddlers and long term care patients, the dental profession has developed approaches to dental prevention based on their actual needs.

Keywords

prevention, prophylactic concept, individual prophylaxis, group prophylaxis, dental care

Autorenerklärung

Dr. Nele Kettler ist wissenschaftliche Referentin am Institut der Deutschen Zahnärzte. Christian Wehry, MBA, ist Leiter Kommunikation und Pressesprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Sebastian Draeger ist Referent Politik in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. PD Dr. A. Rainer Jordan ist Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Die Studie wurde nicht durch Dritte finanziell unterstützt und die Autoren haben keine Interessenkonflikte.

Vordergrund. Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung haben an der positiven Entwicklung der Mundgesundheit bislang nicht angemessen partizipiert. Alle drei Herausforderungen haben eines gemeinsam: Sie sind keine singulären zahnmedizinischen, sondern gesamtgesellschaftliche Probleme. <<

Dr. Nele Kettler

ist Wissenschaftliche Referentin mit Schwerpunkt Zahnärztliche Berufsausübung am Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) Köln. Nach dem Studium der Zahnmedizin absolvierte sie ihre Assistenzzeit in Aachen und Hamburg und arbeitete anschließend als Zahnärztin in Kent, UK. Zurzeit studiert sie Public Health.

Kontakt: n.kettler@idz-koeln.de



Christian Wehry, MBA

war Pressereferent in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Er ist heute Leiter Kommunikation und Pressesprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Kontakt: cwehry@kvbb.de



Sebastian Draeger

ist Referent für Politik in der Berliner Vertretung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Zuvor war er Wissenschaftlicher Mitarbeiter eines Abgeordneten im Deutschen Bundestag.

Kontakt: s.draeger@kzbv.de



Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan

ist Wissenschaftlicher Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte in Köln und Lehrbeauftragter für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Hauptarbeitsgebiete: Versorgungsepidemiologie

Kontakt: r.jordan@idz-koeln.de



Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
 PD Dr. med. Georg Schomerus
 Dr. rer. med. Uta Gühne
 Prof. Dr. med. Thomas Becker

Schwer psychisch Kranke mit psychosozialen Therapien besser versorgen

Eine aktuelle DGPPN-S3-Leitlinie gibt Impulse für die Versorgung und Versorgungsforschung

Schwer psychisch Kranke stellen eine wichtige Gruppe in der Versorgung psychisch Kranker dar. Die eklatanten Versorgungsmissstände leiteten vor 40 Jahren die Psychiatrie-Enquete ein, und tatsächlich werden die meisten dieser Patienten heute multiprofessionell und gemeindenah versorgt. Dennoch partizipieren schwer psychisch Kranke nicht oder unzureichend am gegenwärtigen enormen Wissenszuwachs im Feld der psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten. Anspruch auf ein Klinikbett, auf die Behandlung durch einen Facharzt und Zugang zu allen verfügbaren psychopharmakologischen Substanzen sind wichtig, aber nicht hinreichend für die Behandlung schwer psychisch Kranker (Kilian 2014). Der Zugang zu evidenzbasierten ambulanten psychosozialen Behandlungsformen, wie zum Beispiel der Akutbehandlung zu Hause [Home-Treatment], der familienbezogenen Psychoedukation oder der unterstützten Beschäftigung [supported employment], hängt bis heute von mehr oder weniger zufälligen Konstellationen von Laien, Politikern, Betroffenen, psychiatrischen Experten und Aktivitäten von Kommunen, freien Trägern oder anderen Akteuren ab (Kilian 2014). Doch gerade die psychosozialen Therapien sind neben den somatischen Behandlungen (z.B. Psychopharmaka) und den psychotherapeutischen Interventionen eine wichtige und zentrale Säule in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten. Sie zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern und Inklusion zu ermöglichen.

>> Deshalb hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) die evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ auf den Weg gebracht. Die Leitlinie weist drei Besonderheiten auf:

- (1) die Leitlinie ist diagnose-übergreifend,
- (2) legt eine Systematik der sehr heterogenen psychosozialen Interventionen vor und
- (3) verortet diese Interventionen im Rahmen eines Matrixkapitels im deutschen Versorgungssystem und zeigt gleichzeitig Beispiele guter Praxis auf.

Zusammenfassung

Obgleich Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen heute gemeindenah behandelt werden, partizipieren sie unzureichend am Erkenntnisfortschritt im Bereich der psychosozialen Therapien. Der Beitrag gibt eine Übersicht zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen und den Empfehlungen, wie sie in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erstmals für den deutschen Sprachraum systematisiert und zusammengefasst werden. Auf dieser Grundlage wird ausgelotet, wie Versorgungsforschung die Implementierung der Leitlinie unterstützen und begleiten kann und welche Impulse von der Leitlinie ausgehen, um die Versorgung schwer psychisch Kranker zu verbessern.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, psychosoziale Therapien, S3-Leitlinie, schwere psychische Erkrankungen

Das macht sie zu einem deutschsprachigen Standardwerk. Die Leitlinie soll die Versorgungspraxis für Menschen mit schweren psychischen Krankheiten verbessern (DGPPN 2013).

Wer ist genau gemeint? Der Arbeitsalltag vieler in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung Tätigen wird von dieser Patientengruppe, also von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bestimmt. Es geht diagnoseübergreifend um Menschen, die längere Zeit durch psychische Symptome beeinträchtigt sind, deutliche Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus erleben und das Hilfesystem intensiv in Anspruch nehmen (Ruggeri et al. 2000). Dabei können die Betroffenen an unterschiedlichen psychischen Störungen erkrankt sein (Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwere affektive Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen oder schwere Angst- und Zwangsstörungen).

Was versteht man unter psychosozialen Interventionen? Psychosoziale Therapien umfassen eine Reihe von sehr unterschiedlichen Interventionen, die in der Leitlinie systematisiert werden. Einen Bereich bilden dabei sogenannte Systeminterventionen, bei denen es darum geht, Versorgungsangebote in einer bestimmten Art und Weise zu organisieren und bereitzustellen. Das sind meist komplexe Interventionen wie z.B. die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, das Case-Management oder die Arbeitsrehabilitation. Gerade im Bereich komplexer Versorgungsinterventionen gibt es einen enormen Wissenszuwachs und qualitativ hochwertige Evidenz. Einen weiteren Bereich stellen sogenannte Einzelinterventionen dar, wie z.B. die Psychoedukation oder die künstlerischen Therapien. Diese können in verschiedenen Settings (ambulanter Bereich, Tagesklinik, Station) Anwendung finden. Zudem werden grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns adressiert (therapeutische Beziehung, die Milieutherapie und Recovery) und Konzepte wie Selbsthilfe, Selbstmanagement und Peer-Beratung finden Berücksichtigung.

Überblick zu Evidenz und Empfehlungen

Einen Überblick zu den wichtigsten Empfehlungsbereichen, der Evidenz und den entsprechenden Empfehlungsstärken gibt Tab. 1. Die beste Evidenz liegt bisher für die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen und teambasierten Behandlungsansätze sowie für die Psychoedukation unter Einbezug der Angehörigen und das Training sozialer Fertigkeiten vor (Tab. 1).

In einer Fülle von qualitativ hochwertigen Studien und Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass gemeindepsychiatrische teamorientierte Ansätze, wie die der „community mental health teams“, „home treatment“-Teams und „assertive community treatment“-Teams gegenüber herkömmlicher gemeindebasierter Behandlung ohne ein multiprofessionelles Team stationäre Behandlungen und Behandlungszeiten sowie Behandlungsabbrüche reduzieren und die Behandlungs-

Psychosoziale Therapien: Evidenz und Empfehlungen					
	Interventionen	Empfehlungsstärke			Evidenz
		A ¹	B ²	O ³	
Interventionen auf Systemebene	Multiprof. gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung	x			Ia
	Case Management		x		Ia
	Arbeitsrehabilitation		x		Ia-Ib
	Unterstütztes Wohnen			x	III
Einzel fallbezogene Interventionen	Training sozialer Fertigkeiten	x			Ia
	Psychoedukation und Angehörigenarbeit	x			Ia
	Psychoedukation (allein patientenorientiert)		x		Ia
	Ergotherapie		x		Ib
	Künstlerische Therapien		x		Ib
	Sport & Bewegung		x		Ib-IIa

Tab. 1: Legende: 1 = Soll-Empfehlung: Die meisten Patienten sollten diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden. 2 = Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und andere Alternativen gemeinsam erörtert wurden. 3 = Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben, oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar. 4: Evidenzebenen: Ia: Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCT) oder einer einzelnen großen RCT mit eindeutigen Ergebnis, Ib: Evidenz aus mindestens einer kleineren RCT oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs, IIa: Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nichtrandomisierten Studie, IIb: Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie, III: Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen deskriptiven Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien.

zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen verbessern können (Murphy et al. 2012; Malone et al. 2007; Dieterich et al. 2010). Merkmale sozialer Inklusion insbesondere in den Bereichen Wohnen und Arbeit können durch eine langfristige Begleitung der Betroffenen durch eine aufsuchende und nachgehende multiprofessionelle Behandlung („assertive community treatment“) deutlich positiv beeinflusst werden (Dieterich et al. 2010). Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams bildet neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses vor allem die gemeinsame Verantwortung des Teams für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen, um so die Behandlungskontinuität zu sichern. Im Bereich der Arbeitsrehabilitation gibt es zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien und systematische Übersichtsarbeiten, die eine Überlegenheit des „supported employment“-Ansatzes (unterstützte Beschäftigung) gegenüber einer Standardbehandlung und auch dem „pre-vocational training“ (vorbereitendes Arbeitstraining beispielsweise in Rehabilitationseinrichtungen) aufzeigen (Bond et al. 2008). Die meisten Studien wurden in den USA durchgeführt und die Generalisierbarkeit für deutsche Wirtschaftsbedingungen wurde in Frage gestellt. Seit dem Erscheinen der Leitlinie hat sich die Evidenz erweitert: Inzwischen gibt es eine aktuelle Studie aus der Schweiz, die „supported employment“ auch unter westeuropäischen Wirtschaftsbedingungen im Vergleich mit klassischen Zugängen beruflicher Rehabilitation eindeutig favorisiert (Hoffmann et al. 2012).

Zur Wirksamkeit von Psychoedukation liegt eine große Anzahl an Studien, u.a. auch aus Deutschland stammend, vor. Überzeugende Effekte für schwer psychisch Kranke lassen sich vor allem für psychoedukative Behandlungsansätze unter Einbezug der Familienangehörigen finden. So zeigen sich in Systematischen Reviews und Metaanalysen ausnahmslos reduzierte Rückfallrisiken und eine damit verbundene geringere Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmeraten (Pharoah et al. 2010; Pitschel-Walz et al. 2001). Daneben lassen sich Hinweise auf eine verringerte Symptomausprägung, verbesserte Medikamentencompliance sowie ein höheres soziales Funktionsniveau

finden. Familienorientierte psychoedukative Interventionen zeigen zudem positive Auswirkungen auf den Wissenserwerb und das Belastungserleben bei den Angehörigen und tragen zu einem verbesserten Familienklima bei. Auch ein Training sozialer Fertigkeiten, bisher in erster Linie bei Menschen mit schizophrener Störung untersucht, zeigt deutliche Effekte auf verbesserte soziale Fertigkeiten sowie auf eine höhere Wahrscheinlichkeit einer größeren sozialen Anpassung (Gühne et al. 2012). Für andere Interventionen ließ sich weit weniger Evidenz identifizieren oder methodische Schwächen lassen derzeit eine starke Empfehlung nicht zu. Im Bereich der Künstlerischen Therapien beispielsweise existiert bisher eine überschaubare Anzahl randomisierter kontrollierter Studien auf der Basis überwiegend kleiner Stichproben. Die Beobachtungszeiträume sind oft kurz, die Interventionsansätze heterogen, z. T. fehlen aktive Kontrollinterventionen. Eine zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen scheint deshalb verfrüht. Die bisher vorliegenden Ergebnisse geben jedoch nahezu einheitlich Hinweise darauf, dass die zusätzliche Anwendung verschiedener Ansätze Künstlerischer

Therapien (Musik-, Kunst-, Drama- und Tanztherapie) neben einer herkömmlichen Behandlung die Negativsymptomatik bei schizophrenen Erkrankungen reduzieren kann (Mössler et al. 2011; Ruddy/Milnes 2005).

Weiteren Forschungsbedarf gibt es in den Bereichen Künstlerischer Therapien, Ergotherapie und Ansätzen der Sport- und Bewegungstherapien. Aber auch im Bereich des Unterstützten Wohnens kann auf Basis wissenschaftlicher Evidenz gegenwärtig keine Aussage dazu getroffen werden, welche Form des Wohnens für welchen Patienten besonders geeignet ist. Sicher ist allerdings, dass eine Dauerhospitalisierung mit negativen Effekten verbunden ist (Kallert et al. 2007), (vgl. Tab. 1).

Implementierung und Impulse für die Versorgungsforschung

Bekanntmachung der Leitlinie bei Anwendern und Nutzern: Es liegt auf der Hand, dass die Verbreitung des Wissens an die beabsichtigte Zielgruppe durch geeignete Maßnahmen und deren Verfügbarkeit eine Voraussetzung für weitere Handlungsschritte ist. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ liegt deshalb als Buch (DGPPN 2013a) und als Open-Access im Internet als Lang- und Kurzversion vor. Zusätzlich wurden Open-Access-Fortbildungsmaterialien zu allen Kapiteln der Leitlinie mit Power-Point-Folien zum Download erarbeitet (DGPPN 2013b). Daneben wurden die Inhalte der Leitlinie in zahlreichen Fachjournalen und auf nationalen und internationalen Kongressen und Arbeitstagen verbreitet. Obgleich die Bekanntmachung notwendig ist, wissen wir, dass dies allein wenig bewirkt. Ein zentraler Schritt erscheint uns deshalb in der Herausgabe einer Patienten- und Angehörigenversion unter Mitarbeit von Nutzern als Buch (Gühne et al. 2014) und als freie e-Version (DGPPN 2013b). Ergänzt wird die Patientenleitlinie durch eine Ultrakurz- bzw. Wartezimmerversion, für welche ein umfangreiches Disseminationskonzept erarbeitet wurde.

Wirksame Interventionen in die Versorgungspraxis überführen:

Literatur

- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211
- Barbui, C./Girlanda, F./Ay, E./Cipriani, A./Becker, T./Koesters, M. (2014): Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014, Issue 1: CD009780
- Bond, G./Drake, R./Becker, D. (2008): An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2008, 4: 280-290
- Bramesfeld, A./Schäfer, I./Stengler, K./Schomerus, G. (2014): Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt auf die DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapien? In: *Psychiatrische Praxis* 2014, 41: 65-67
- DGPPN (Hrsg.) (2013a): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer
- DGPPN (2013b): <http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html> (abgerufen am 30.04.14)
- Dieterich, M./Irving, C.B./Park, B./Marshall, M. (2010): Intensive case management for severe mental illness. In: *Cochrane Database Systematic Reviews* 2010, Issue 10: CD007906
- Gühne, U./Weinmann, S./Arnold, K./Becker, T./Riedel-Heller, S. (2012): Das Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen - ist es wirksam? Eine systematische Übersicht. In: *Psychiatrische Praxis* 2012, 39: 371-380
- Gühne, U./Fricke, R./Schliebener, G./Becker, T./Riedel-Heller, S.G. (2014): PatientenLeitlinie für Betroffene und Angehörige. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer
- Hoffmann, H./Jäckel, D./Glaser, S./et al. (2012): A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012, 125: 157-167
- Kallert, T.W./Leisse, M./Winiacki, P. (2007): Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. In: *Journal of Public Health* 2007, 15, 1: 29-42
- Kilian, R. (2014): Integrierte Versorgung unter gemeindepsychiatrischer Steuerung – Pro & Kontra. In: *Psychiatrische Praxis* 2014, 41, 4: 182-183
- Lambert, M./Bock, T./Schöttle, D./Golks, D./Meister, K./Rietschel, L./Bussopulos, A./Frieling, M./Schödlbauer, M./Burlon, M./Huber, C.G./Ohm, G./Pakrasi, M./Chirazi-Stark, S./Naber, D./Schimmelmann, G.B. (2010): Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care: A 12-Month Trial in Patients With First- and Multiple-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). In: *Journal of Clinical Psychiatry* 2010, 71: 1313-1323
- Malone, D./Marriott, S./Newton-Howes, G./Simmonds, S./Tyrer, P. (2007): Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3: CD000270
- Mössler, K./Chen, X./Heldal, T.O./Gold, C. (2011): Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12: CD004025
- Munz, I./Ott, M./Jahn, H./Rauscher, A./Jäger, M./Kilian, R./Frasch, K. (2011): Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung („Home Treatment“). In: *Psychiatrische Praxis* 2011, 38: 123-128
- Murphy, S./Irving, C.B./Adams, C.E./Driver R. (2012): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5: CD001087
- Nothacker, M./Muche-Borowski, C./Kopp, I./Selbmann, H.K./Neugebauer, E.A. (2013): Leitlinien – Attraktivität, Implementierung und Evaluation. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2013, 107: 164-169
- Pharoah, F./Mari, J./Rathbone, J./Wong, W. (2010): Family intervention for schizophrenia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue12: CD000088
- Pitschel-Walz, G./Leucht, S./Bäumel, J./Kissling, W./Engel R.R. (2001): The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. In: *Schizophrenia Bulletin* 2001, 27: 73-92
- Ruddy, R./Milnes, D. (2005): Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4: CD003728
- Ruggeri, M./Leese, M./Thornicroft, G./Bisoffi, G./Tansella, M. (2000): Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. In: *British Journal of Psychiatry*, 177: 149-155
- Steinhart, I./Wienberg, G. (2014): Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. In: *Psychiatrische Praxis* 2014, 41: 179-181
- Thornicroft, G./Lemp, H./Tansella, M. (2011): The place of implementation science in the translational medicine continuum. In: *Psychological Medicine* 2011, 41, 10: 2015-2021

Implementierungsmaßnahmen sollten mit einer systematischen Kontrastierung der aktuellen Versorgungslage mit den Leitlinienempfehlungen („translational gap“ oder der Evidenz-Praxis-Lücke) beginnen. Ausgangspunkt muss dabei der schwer psychisch Kranke sein. Dabei stehen nach Bramesfeld et al. folgende drei Fragen im Mittelpunkt (Bramesfeld et al. 2014):

(1) Welche psychosozialen Therapien werden von Klienten gegenwärtig in Anspruch genommen? Psychosoziale Versorgung ist in der Gemeinde angelegt und funktioniert auch nur in der Kooperation regionaler Leistungserbringer. Die Region ist deshalb wichtige Untersuchungseinheit für drei Größen:

(a) die regionalen Versorgungsstrukturen (z.B. Wer bietet psychosoziale Hilfen in der Region an?)

(b) die Prozesse (z.B. Was erhalten schwer psychisch Kranke tatsächlich an psychosozialer Versorgung? Haben schwer psychisch Kranke flächendeckend die Möglichkeit, von einzelnen wirksamen Interventionen wie der Psychoedukation oder dem Training sozialer Fertigkeiten zu profitieren? Wie ist der Zugang zu innovativen Behandlungsansätzen wie der Akutbehandlung zu Hause (home treatment) oder den konsequent aufsuchend arbeitenden Diensten („assertive community treatment“) gewährleistet?)

(c) die Ergebnisse (relevante Endpunkte und damit Parameter der Ergebnisqualität psychosozialer Versorgung umfassen objektive Kriterien z.B. Heimeinweisung, Berentung, Aufnahme einer Arbeit, Krankenhauseinweisungen sowie subjektive Kriterien wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder Recovery). Diese Fragen sind Ausgangspunkt für weiterführende Implementierungsmaßnahmen. So sind z.B. innovative Behandlungsmodelle gegenwärtig nur an wenigen Orten etabliert. Beispielhaft benannt seien hier Home-Treatment-Teams in Frankfurt, Krefeld, Günzburg und andernorts oder das Assertive-Community-Treatment-Team für die Versorgung psychotischer Patienten am Uni-

versitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Munz et al. 2011; Lambert et al. 2010).

(2) Was sind die Charakteristika von Klienten, die psychosoziale Versorgung in Anspruch nehmen? Dabei sind Fragen der Unter-, Über- und Fehlversorgung zu adressieren. Wer nimmt zu welchem Zeitpunkt und in welcher Intensität Versorgungsleistungen in Anspruch? Welche Barrieren existieren bei Nichtinanspruchnahme? Wie lassen sich wechselnde Bedarfe zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf bedienen?

(3) Welche Strukturen und Prozesse fördern eine Implementierung der Leitlinie, wo sind Barrieren? Hier können Regionen, in denen es gut gelingt die Leitlinie zu implementieren, mit Regionen verglichen werden, in denen dies weniger gut gelingt. Chancen und Barrieren einer flächendeckenden Implementierung gilt es genauer herauszuarbeiten. Darüber hinaus muss erfragt werden, welche Einstellungen und Haltungen der Behandler und Nutzer zu einer leitliniengerechten psychosozialen Therapie führen. Hier stehen verhaltenstheoretische Modelle zur Verfügung (Ajzen 1991), die Chancen und Barrieren für Einstellungsänderungen aufzeigen.

Eine besondere Barriere stellen auch aktuelle Rahmenbedingungen im deutschen fragmentierten System der Organisation und Finanzierung von sozialen- und Gesundheitsleistungen dar (Bramesfeld et al. 2014; Kilian 2014), die sich insbesondere bei der Implementierung komplexer, multiprofessioneller und sektorübergreifender (ambulant vs. stationär, Finanzierung durch verschiedene Leistungsträger) hinderlich auswirken. Beispiele guter Praxis zur Etablierung solcher innovativer Behandlungsmodelle im Rahmen integrativer Versorgungsmodelle zeigen, dass einiges auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen möglich ist, obgleich die Neufassung der §§ 140ff. des SGB V die Fragmentierung nicht auflöst. Attraktive Zukunftsvisionen zur fachlich begründeten Gestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wie das funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Ver-

sorgung müssen verstärkt in die Diskussion gebracht werden (Steinhart/Wienberg 2014).

Die Implementierung von Leitlinien ist nicht trivial, besonders für komplexe psychosoziale Interventionen. Obgleich Konsens besteht, dass die Translation von Evidenz in die Versorgungspraxis beschleunigt werden muss, resümieren Thornicroft et al. (2011), dass eine Implementierungsforschung („Implementation science“) in der Psychiatrie noch in den Kinderschuhen steckt. Dies unterstreicht ein aktuelles Cochrane Review, das Studien zur Wirksamkeit von Leitlinien-Implementierungsstrategien in der psychiatrischen Versorgung unter die Lupe nahm, dabei nur wenige Studien einschließen konnte und keine gültigen Schlussfolgerungen erlaubte (Barbui et al. 2014). Mit den gleichen Anstrengungen und Förderungen wie Grundlagenforschung in klinische Forschung umgesetzt wird, müssen die Erkenntnisse der klinischen Forschung in die Versorgungspraxis implementiert werden, um letztlich die Versorgung der Patienten zu verbessern. Für diesen letzten und sehr wesentlichen Schritt in der Translationskette ist die

Autorenerklärung

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, PD Dr. Georg Schomerus und Dr. Uta Gühne sind am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig, Prof. Dr. Thomas Becker an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. Alle Autoren sind an der Entwicklung und Verbreitung der im Beitrag behandelten DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ beteiligt.

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

ist Psychiaterin und Gesundheitswissenschaftlerin und gegenwärtig als Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig tätig. Forschungsschwerpunkte liegen an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health.

Kontakt: Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de



PD Dr. med. Georg Schomerus

ist Psychiater und Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald im Helios Hansekrankenhaus Stralsund. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Stigma- und Einstellungsforschung und der Forschung zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen.

Kontakt: georg.schomerus@uni-greifswald.de



Dr. rer. med. Uta Gühne

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig und war an der Erstellung der DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beteiligt.

Kontakt: Uta.Guehne@medizin.uni-leipzig.de



Prof. Dr. med. Thomas Becker

ist Psychiater und Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Sozialpsychiatrie und die Versorgungsforschung insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Er ist maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung der DGPPN S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ beteiligt.

Kontakt: t.becker@uni-ulm.de



Improving mental health care for severe mentally ill patients

A recent DGPPN-S3-guideline on psychosocial interventions facilitates mental health service research

Although people with severe and persistent mental illness are generally treated in the community, most of them do not benefit from the latest evidence-based treatment strategies in the area of psychosocial interventions as these are not routinely available. The paper compiles the evidence regarding the effectiveness of psychosocial interventions and the recommendations outlined by the S3 guideline „Psychosocial interventions in severe mental illness“ of the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN). Based on this knowledge, perspectives for future mental health service research are developed in order to support and evaluate implementation strategies to improve mental health care for this severely impaired patient group.

Keywords

Health service research, psychosocial interventions, S3 guidelines, severe mental illness

Versorgungsforschung unabdingbar. Die Versorgungsforschung muss die Implementierung von Leitlinien, in denen Evidenz gesammelt und in Empfehlungen gegossen wird, evaluativ begleiten und unterstützen (Nothacker et al. 2013). Für schwer psychisch Kranke und deren Partizipation am Wissensfortschritt und einer evidenzbasierten Versorgung trägt unsere Gesellschaft eine besondere Verantwortung. <<



Liebe Leser, die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS ist multiprofessionell und unabhängig zusammengesetzt. Ihre Mitglieder repräsentieren ein breites Spektrum unterschiedlicher Kompetenzen, bürgerschaftliches Engagement und die Bereitschaft, unabhängig von Partialinteressen Beiträge zur Förderung der Gesundheit der Zielgruppe „65 Plus“ zu leisten. „65 Plus“ ist dabei als Metapher für das Alter und nicht als konkrete Altersgrenze gedacht.

Dr. Klaus Meyer-Lutterloh
65 PLUS

Ihr
Dr. Klaus Meyer-Lutterloh

GESUNDHEIT 65 PLUS Jahresthema 2014

Bürgerschaftliches Engagement für mehr Arzneimittelsicherheit im Alter

Die demografische Entwicklung stellt die Gesamtgesellschaft vor erhebliche Herausforderungen und geht deshalb jeden Bürger an. Dazu gehören Themen wie medizinische Versorgung und Wohnen im Alter, Krankheitsvorsorge, Pflege, Alterssicherung und soziales Umfeld sowie die kommunale und überregionale Politik für diese Generation. Die multiprofessionelle, unabhängige und bürgerorientierte Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS greift diese Fragen auf und sucht nach Lösungen.

>> Das von der Arbeitsgemeinschaft bearbeitete Jahresthema 2014 ist die Arzneimitteltherapie im Alter mit dem Schwerpunkt Multimedikation. Die Vorgehensweise erfolgte dabei in drei Schritten:

1. Identifikation der Probleme (z.B. die zahlreichen Risiken bei unkritischer Multimedikation: Gesundheitsschäden, Todesfälle, Kosten)
2. Ermittlung der Ursachen (z.B. Schnittstellen-Probleme, Brüche der Kommunikation, mangelnde Kooperation Ärzte/Apotheker)
3. Erarbeitung von Lösungen auf Grund von eigenen Analysen und Recherchen.

Identifikation der Probleme bei Multimedikation

Mit dem wachsenden Anteil älterer und betagter Menschen in unserer Gesellschaft steigt die Zahl multimorbider und chronisch Kranker. Damit nehmen die Gründe für Multimedikation (Einnahme von mehr als 5 Wirkstoffen pro Patient/Tag) und die Gefahren einer Fehlmedikation zu. Als Folge davon entstehen Risiken für den einzelnen Patienten durch Interaktionen, Doppelverordnungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und die Einnahme potenziell ungeeigneter Arzneimittel.

Für die Patienten kann das bedeuten: ausbleibender Therapieerfolg, verminderte Lebensqualität, erhöhte Morbidität, vermeidbare Behinderung, erhöhte Mortalität. Je nach Studie erfolgten 3 bis 7 % aller Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen, davon waren 2 % tödlich.^{1, 2} Auf Grund von systematischen Literaturstudien lässt sich schätzen, dass in Deutschland jährlich zwischen 6.000 und 24.000 Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen oder fehlerhafte Arzneimiteleinnahe zurückzuführen sind.³

Auf diese Weise entstehen auch für das Gesundheits- und Sozialsystem vermeidbare Folgeleistungen: Klinikbehandlungen, ambulante ärztliche Behandlungen, Selbstmedikation, vermehrter Pflegebedarf, vermehrter Reha-Bedarf, Frührenten.

Letztlich ist auch die Volkswirtschaft betrof-

fen, wenn Multimorbidität und Multimedikation bei Versicherten vor dem Rentenalter eine Rolle spielt, z.B. durch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und Produktionsausfälle.

Einem wesentlichen Teil dieser Risiken kann durch ein kooperatives Medikationsmanagement begegnet werden.

Ursachenermittlung

Für mangelnde Arzneimittelsicherheit bei Multimedikation kommt ein umfangreicher Mix von Ursachen in Frage. Davon sind in der folgenden Aufzählung die wichtigsten beispielhaft erwähnt:

- Die unzureichende Bereitschaft sich mit den Kernfragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, Doppel-Verordnungen, vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Non-Compliance auf Grund von UAW etc. im Routinebetrieb auseinanderzusetzen. Das gilt vor allem für Ärzte, aber auch für Apotheker.
- Die unzureichende Umsetzung und Nutzung von Hilfsmitteln, z.B. Medikationsplänen und Softwareprogrammen, die das Medikationsmanagement unterstützen, auch hier vor allem bei den Ärzten, aber auch bei den Apothekern bezüglich der Nutzung dort bereits verfügbarer Programme.
- Die noch nicht erreichte Passfähigkeit von Medikationsplänen gemäß AMTS-Empfehlung mit diesen Programmen, d.h. bisher hat kein Softwarehaus den empfohlenen Medikationsplan so umgesetzt, dass er eingelesen werden und ein Medikations-Check durchgeführt werden kann, auch wenn die entsprechenden Bemühungen durch das BMG bereits angelaufen sind.
- Die bisher nicht formal (z.B. durch Arzneimittel-Richtlinien) etablierte, aber zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch mit Pflegekräften beim sektions- und fachübergreifenden Medikationsmanagement.
- Unzureichend entwickeltes oder irrationales Problembewusstsein bei Patienten über Risiken einer Arzneimittelanwendung, die man aber durch ein strukturiertes Medikationsmanagement deutlich verbessern könnte.
- Die Abhängigkeit von Settings (koordinierte, integrierte und selektiv-vertragliche Versorgung

versus unkoordinierte Versorgung, Klinik oder stationäre Pflegeeinrichtung versus ambulante Versorgung, Ballungszentrum versus ländliche schwach versorgte Region.

- Fehlende Honorierung des Medikationsmanagements (refinanziert durch Verminderung der Folgen von UAW, ungeeigneten Medikamenten und schädlichen Arzneimittel-Interaktionen).
- Zu wenig Evidenz für manche Vorgaben beim Medikationsmanagement.
- Abhängigkeit von der Bereitschaft der Patienten, vollständige Angaben für die Medikationspläne zu machen oder selbst einen Medikationsplan zu führen und laufend zu aktualisieren.
- Wenn Patienten mehrere Hausärzte aufsuchen, die voneinander nichts wissen, ist die Übersicht über das gesamte Medikamentenspektrum erschwert oder gar unmöglich, es sei denn, dass ein verbindlicher Medikationsplan in der Versicherungskarte integriert ist und diese bei jedem Medikamentenkauf in der Apotheke vorgelegt werden muss.

Bei diesem Fokus auf Multimedikation sollte darüber hinaus nicht übersehen werden, dass die Multimedikation nicht alleinige Ursache unerwünschter Medikationsfolgen darstellt, vielmehr können auch Rabattverträge, Reimportquoten, Festbetragsregelungen und dadurch bedingte Medikamentenumstellungen und Non-Compliance ebenfalls zu erheblichen Problemen der Arzneimittelsicherheit beitragen.

Von Analysen und Recherchen zu Lösungsvorschlägen

Die Ursachenanalysen fordern zur Überwindung der identifizierten Schwachstellen heraus. Hierzu hat die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS einerseits mit der Entwicklung von zwei praktischen lokalen Erprobungsmodellen begonnen, andererseits stehen Forderungen an Akteure, Selbstverwaltung und Politik auf der Agenda. Mit den Lösungsvorschlägen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS für mehr Arzneimittelsicherheit bei Multimedikation wurde ein Set von 10 detaillierten Forderungen entwickelt, mit dem die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS demnächst den Dialog mit Politik, Verbänden und Akteuren im Rahmen ihres bürgerschaftlichen Engagements plant. <<

1: EC Davies, et al. (2009) PLoS One; 4 (2): e4439

2: S. Schneeweiss, et al. (2002) Eur J Clin Pharmacol; 58 (4): 285-291

3: A. Johnsson (2009), Mortalität durch Arzneimittel - Systematischer Review zur Häufigkeit von arzneimittelbedingten Todesfällen, Berlin School of Public Health



Wir holen den Mehrwert

aus Ihren Daten!

Das Potenzial Ihrer Versorgungsdaten ist groß: Medizinische Versorgung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie analysiert und daraufhin optimiert wird.

Mit Hilfe unserer prämierten Business Intelligence-Lösung mit Data Warehouse untersuchen wir unter anderem GKV-Routinedaten und Daten aus Arztinformationssystemen, beispielsweise für die Steuerung und Evaluation von Projekten:

- Strukturen – z. B. Alters- und Morbiditätsstruktur von Patienten
- Prozesse – z. B. Leitlinien-treue
- Ergebnisse der Gesundheitsversorgung – z. B. Gesundheitsoutcomes, Patientenzufriedenheit, Deckungsbeiträge von Krankenkassen

Wir bieten:

- standardisierte Reporting-, Feedback- und Benchmarking-Systeme
- gesundheitsökonomische und Versorgungsforschungsstudien
- Evaluationen, z. B. mittels Propensity Score Matching
- Markt- und Potenzialanalysen
- Analysen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder zur ergebnisorientierten Vergütung
- prämierte Data Warehouse- und BI-Lösung: Beratung, Implementierung und Software
- Integration von Daten aus Arztinformationssystemen sowie elektronischer DMP-Dokumentation

	2005 Ø pro Patient mit KHK	2012 Ø pro Patient mit KHK	Wachstumsrate 2011 auf 2012	2012 Ø Patienten gesamt
Kosten Arzneimittel (brutto)	968,90	1.179,51	-1,1%	510,98
Kosten Arzt	815,71	1.109,46	-3,6%	491,03
Kosten Krankengeld	73,79	197,04	-15,1%	181,49
Kosten Krankenhaus	2.192,85	2.893,79	12,0%	883,05
Kosten Rehabilitation/Kur	187,56	154,23	1,7%	47,14
Kosten sonstige Leistungen	600,60	553,11	-5,6%	240,50
Gesamtkosten (unbereinigt)	4.839,35	6.087,15	3,2%	2.354,19
Gesamtkosten (bereinigt Morbi-RSA)	4.815,67	5.512,95	6,9%	2.005,95
Zuweisungen (Morbi-RSA)	3.288,91	5.205,71	9,9%	2.448,11
Deckungsbeitrag	-1.526,75	-307,24	27,5%	442,15



Best Practice Award
Business Intelligence und
Datenmanagement