

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



**TITEL-INTERVIEW:**  
Titelinterview mit Karl-Josef Laumann: „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen.“

- „Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen“ (Lessing)
- „Entwicklung ambulant verordneter Onkologika“ (Höer)
- „Therapieziel antihypertensiver Behandlung“ (Wahlert)

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

01/15 8. Jahrgang

## Editorial

### Qualität und Patientenorientierung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Titelinterview

### „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen“ 6

Titelinterview mit Karl-Josef Laumann

## Redaktion

### Kongress wird Qualitätsgedanken klarer definieren 12

MVF-Kongress am 10.2. - Jetzt noch schnell anmelden!

### „Sind P4P-Modelle auf lange Sicht wirkungslos?“ 14

Eine Studie zeigt, dass P4P-Modelle auf lange Sicht nicht so effektiv sind wie am Anfang.

### „Move the data, not the doctor“ 16

Interview mit Dr. Axel. Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom Healthcare & Security Solutions GmbH.

## Zahlen - Daten - Fakten

### Versorgungsforschung: Wer leistet welchen Beitrag? 10

## Standards

Impressum 2

News 15

Rezension 22

## Lese- und Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ liegt in einer Teilaufgabe ein neues Verlagsobjekt der eRelation AG - Content in Health, dem Verlag von MVF, bei: Die neue Fachzeitschrift „Monitor Pflege“, die ab 2015 viermal jährlich erscheinen wird - siehe auch: [www.monitor-pflege.de](http://www.monitor-pflege.de). Wir bitten um Beachtung.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 23 - 26

## WISSENSCHAFT

### Dr. Constanze Lessing / David Herr Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen - Analysen und Empfehlungen des SVR Gesundheit? 27

Der demografische Wandel und eine Verstärkung der Bevölkerung stellen ländliche, strukturschwache Regionen vor große Herausforderungen. In der Gesundheitsversorgung führt dies zu ausgeprägten regionalen Unterschieden mit einem Nebeneinander von (drohender) Unterversorgung einerseits und Überkapazitäten andererseits. Im aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung nimmt der Sachverständigenrat eine Analyse der Versorgungssituation vor und schlägt ein Bündel von Steuerungsmaßnahmen zum Abbau von Unter- und Überversorgung vor. Hierzu zählen ein Landarztzuschlag für niedergelassene Ärzte in unterversorgten Regionen und der vermehrte Aufkauf von freierwerbenden Arztsitzen in überversorgten Regionen. Empfehlungen zur nachhaltigen Förderung der Allgemeinmedizin zielen auf eine Stärkung der Primär- und Grundversorgung und damit auf die Sicherstellung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Der Rat entwirft hier das umfassende Modell von lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung.

### Dr. Ariane Höer / Christoph de Millas / Dr. Robert Hausteil / Peter Marx 32

### Die Entwicklung ambulant verordneter onkologischer Arzneimittel in der GKV bis 2016

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Prognose der zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel bis zum Jahr 2016. Die Prognose soll dazu dienen abzuschätzen, ob und in welchem Ausmaß es in diesem Zeitraum zu einer Kostensteigerung durch onkologische Arzneimittel kommen wird. Datengrundlage für die vorliegende Prognose bildeten die Umsatz- und Verbrauchsdaten von onkologischen Wirkstoffen und deren Fixkombinationen im ambulanten GKV-Arzneimittelmarkt von 2003 bis 2012. Folgende therapeutische Segmente wurden berücksichtigt: endokrine Therapien (L02), zielgerichtete Therapien (L01, monoklonale Antikörper (MAB), Proteinkinasehemmer und Bortezomib, konventionelle Zytostatika (L01) und zugelassene Mistelpräparate. Basierend auf den vorliegenden Daten wurde unter Berücksichtigung von externen Faktoren die Entwicklung der Umsätze und Verbräuche in den therapeutischen Segmenten geschätzt.

### Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert / Prof. Dr. Karel Kostev Therapieziel antihypertensiver Behandlung und Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen 38

Der Beitrag untersucht, inwiefern Integrierte Versorgungsprogramme, genauer Disease-Management-Programme, zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung führen. Ziel der Studie ist es, eine kassen-, programm- und regionsunabhängige quantitative Analyse von Qualitätseffekten von Patienten von DMP-Programmen und solchen der Regelversorgung durchzuführen.

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

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

### Herausgeber

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

### Chefredaktion

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

### Redaktion

Wolfgang Dame  
dame@m-vf.de

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

### Verlag

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

### Verlagsleitung

Peter Stegmaier

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

### Marketing:

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

### Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“  
erscheint sechsmal jährlich. Der  
Preis für ein Jahresabonnement  
beträgt 90 Euro. Jahresvorrangpreis  
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 Beiträgen  
und Informationen an den Verlag liegt das  
jederzeit widerrufliche  
Einverständnis, die zuge-  
sandten 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: 6.668  
(IWV 4. Quartal 2014)



# Herausgeber-Beirat

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske  
Universität Bremen



Dr. Christopher Hermann  
AOK Baden-Württemberg, Stuttgart



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH  
Universitätsmedizin Greifswald



Franz Knieps  
BKK Dachverband, Berlin



Roland Lederer  
INSIGHT Health Management GmbH,  
Waldems-Esch



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



Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher  
Hochschule Neubrandenburg



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



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



Prof. Dr. Matthias Schrappe  
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock  
Universität zu Köln



Dr. Thomas Trümper  
PHAGRO, Frankfurt



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

## Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



arvato  
BERTELSMANN

Dr. Jens Härtel



Ihrer Gesundheit zuliebe  
DeutscheBKK

Gerhard Stein



Boehringer  
Ingelheim

Dr. MarcoPenske



DocMorris  
Meine neue Apotheke

Prof Dr. Christian  
Franken



FRESENIUS  
KABI

Frank Lucaßen



IGES

Prof. Dr. Bertram  
Häussler



KVB

Stephan Spring



Lilly

Dr. Thomas M.  
Zimmermann



KVBB  
Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Dr. Hans-Joachim  
Helming



MedicalContact AG

Prof. Dr. Stephan  
Burger



NOVARTIS

Dr. Andreas Kress



Pfizer

Ralph Lägel



OptiMedis AG

Helmut  
Hildebrandt



Vivantes

Prof. Dr. Dr. Alfred  
Holzgreve



SANOFI

Prof. Dr.  
W. Dieter Paar





**Prof. Dr.  
Reinhold Roski**

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

## Qualität und Patientenorientierung

### 5. MVF Fachkongress „Vom Messen zum Steuern: Planung – Honorierung - Versorgung“ > S. 12

Prospektive Qualitätsorientierung und -steuerung statt ex post-Messung. So die generelle politische Richtung, aber wie macht man's im Einzelnen? Es wird eine enorme Zahl an Qualitätsindikatoren erhoben. Trotzdem gibt es im deutschen Gesundheitssystem zahlreiche und vielfältige Qualitätsdefizite, wie Prof. Schrappe in seinem Gutachten „Qualität 2030“ aktuell festgestellt hat. Die Qualitätsstrategie der Gesundheitspolitik und die sich ergebenden Handlungsoptionen wollen wir am 10. Februar 2015 beim 5. MVF Fachkongress in Berlin aus allen relevanten fachlichen Perspektiven darstellen und alle wichtigen Akteure zu Wort kommen lassen. Wir sind gespannt und freuen uns auf Ihre Teilnahme.

### MVF-Titelinterview mit Karl-Josef Laumann, dem Patienten-Beauftragten der Bundesregierung und Bevollmächtigten für Pflege > S. 6 ff.

„Die Patienten haben heutzutage eine ganz andere Stellung in unserem Gesundheitssystem. Sie sind auch viel selbstbewusster geworden.“ „Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tut sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer. Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass es eigentlich keiner richtig will.“ Karl-Josef Laumann spricht im MVF Titel Interview über Patientenbeteiligung, Patientenrechte und das neue Pflegegesetz sowie zentral über das Thema Qualität im Gesundheitswesen und in der Pflege.

### Interview mit Prof. Ruth McDonald, Manchester Business School > S. 14 ff.

Prof. McDonald war Teil eines Wissenschaftlerteams, das die langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen von Pay for Performance-Systemen in England untersucht hat. Sie bezeichnet die Ergebnisse als „mehrdeutig“. „P4P-Modelle sind im Prinzip auf jeden Fall für Krankenhäuser geeignet. Aber wir müssen nicht nur ein tieferes Verständnis dieser Modelle entwickeln, sondern die Modelle auch sehr sorgfältig umsetzen und evaluieren.“

### Interview mit Dr. Axel. Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom > S. 16 ff

Dr. Wehmeier bnescheibt den Status Quo von E-Health und der Telematikinfrastruktur in Deutschland. Seine feste Meinung: „Eigentlich ist die Zukunft schon fast Realität, wenn in diesem Jahr das Projekt CCS Telehealth Ostsachsen live geht.“

### Wissenschaftliche Beiträge

#### Lessing und Herr stellen die Analysen und Empfehlungen des Sachverständigenrates > S. 27 ff

aus dem aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Regionen und zum populationsorientierten Abbau von Unter- und Überversorgung vor. Sie gehen auf ärztliche, stationäre, Notfall- und Pflegeversorgung ein.

#### Höer u.a. prognostizieren die zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulant abgegebene onkologischer Arzneimittel bis zum Jahr 2016. Sie erwarten jährliche Steigerungsraten von 2013-2016 von 9,7 %, die deutlich höher sind als die Steigerungen zwischen 2010 und 2012. 64 % der Steigerungen lassen sich auf seit 2012 neu eingeführte Wirkstoffe zurückführen. > S. 32 ff.

#### Wahlert und Kostev untersuchen, wie Disease-Management-Programme bei Hypertonie zu einer Steigerung der Qualität der Patientenversorgung führen. Sie vergleichen Patienten mit gesicherter Hypertonie-Diagnose nach einem Propensity-Score-Matching und kommen zu dem Ergebnis, dass Teilnehmer von DMP-Programmen eine signifikant bessere Chance haben, das Therapieziel zu erreichen. > S. 38 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre und bin 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](http://www.insight-health.de).

**INSIGHT**HEALTH™

Titelinterview mit Karl-Josef Laumann

## „Pflege muss einen neuen Stellenwert bekommen“

Seit 2014 ist Karl-Josef Laumann Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigter für Pflege. In dieser Funktion nimmt er kein Blatt vor den Mund, wenn er wortgewaltig und nachdrücklich die Missstände im System anprangert und für Lösungen kämpft. Das hat er natürlich auch als Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes NRW getan, doch jetzt als Patientenbeauftragter umso mehr. Seine Aufmerksamkeit gilt dabei vor allem der Ausgestaltung und Implementierung des Patientenrechtegesetzes und vor allem des neuen, mehrstufigen Pflegegesetzes. Besonders das Thema Qualität im Gesundheitswesen und auch der Pflege liegt ihm dabei am Herzen.

>> Herr Laumann, das Amt des Patientenbeauftragten gibt es seit Januar 2004, das Amt des Pflegebevollmächtigten seit Januar 2014. Hier wird im Sinne des Patienten zusammengeführt, was zusammengehört: Gesundheitsversorgung nach SGB V und Pflege nach SGB XI. Doch von dieser SGB-übergreifenden Sichtweise ist die Realität noch weit entfernt. Sehen Sie den politischen Willen und auch die Durchsetzungsmöglichkeiten, die Versorgung und Pflege des Patienten zusammenzuführen – am besten von der Wiege über die Prävention bis zur Bahre?

Die Stärkung der Patienten in unserem Gesundheitssystem und die Stärkung der Pflege: Das sind zwei Seiten der gleichen Medaille. Eine gute medizinische Versorgung ist ohne eine gute Pflege gar nicht denkbar. Beispielsweise könnten wir ohne eine flächendeckende hausärztliche Versorgung keine menschenwürdige Pflege organisieren. Auch deshalb müssen wir endlich etwas gegen den drohenden Hausärztemangel unternehmen. Oder versetzen Sie sich einmal in die Situation eines Demenzerkrankten hinein, der gerade nach einer Operation unter Vollnarkose wieder aufwacht. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung brauchen wir hier natürlich eine ganz andere pflegerische Betreuung als bei Menschen, die nicht an einer Form von Demenz erkrankt sind. Und darum wollen wir auch die Pflege in den Krankenhäusern stärken. Ja, wir verfolgen eine ganzheitliche Gesundheitspolitik, bei der ein Rad in das andere greifen soll.“

Sie selbst sind seit einem Jahr im Amt. Wie sind Ihre persönlichen Erfahrungen? Was haben Sie bisher schon bewirken können? Wo haben Sie bereits Enttäuschungen erlebt?

Die Pflege muss sowohl in der Politik als auch in der Gesellschaft endlich den Stellenwert bekommen, den sie verdient. Wir müssen – wie wir es etwa bei der U3-Betreuung getan haben – auch für über 80-Jährige die richtigen Strukturen schaffen. Stellen Sie sich zum Beispiel vor, Sie werden als Pflegebedürftiger zu Hause ambulant versorgt: Morgens um acht Uhr und abends um 18 Uhr kommt ein Pflegedienst, der Ihnen hilft. Doch was machen Sie in der Zeit dazwischen? Jeder kann sich ausmalen, dass ein Tag ohne richtige Beschäftigung sehr lang werden kann. Vor diesem Hintergrund bin ich sehr froh, dass wir mit dem Pflegestärkungsgesetz I beispielsweise die Mittel für die Tagespflege de facto verdoppelt haben.

Auch engagiere ich mich sehr dafür, den Pflegeberuf deutlich attraktiver zu gestalten. Mit der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation machen wir hier derzeit einen wichtigen Schritt. Zudem bin ich froh, dass der Gesetzgeber noch einmal klargestellt hat, dass auch in der Pflege eine Bezahlung nach Tarif nicht unwirtschaftlich ist.

Dadurch können sich die Kostenträger nicht aus ihrer Verantwortung stehlen und auf Niedriglöhnen bestehen. Unsere Pflegekräfte müssen endlich flächendeckend fair bezahlt werden. Und eine faire Bezahlung ist für mich die Bezahlung nach Tarif. Es hat sich also schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist. Enttäuschungen habe ich zum Glück bisher noch nicht erlebt.

Wie ist die Patientenbeteiligung durch das Amt des Patientenbeauftragten in den letzten zehn Jahren gestärkt worden? An welchen Stellen hat der Patientbeauftragte in das Gesundheitssystem eingreifen und es verbessern können?

Die Rechte und die Stellung der Patienten sind in den vergangenen Jahren deutlich verbessert worden. Vor allem das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ist ein erheblicher Fortschritt. Seitdem ist noch einmal klar gesetzlich geregelt worden: Mit dem Behandlungsvertrag ist der Arzt verpflichtet, verständlich und umfassend über die Chancen und Risiken einer Behandlung aufzuklären. Auch haben Sie inzwischen als Patient das Recht, grundsätzlich jederzeit Ihre vollständige Patientenakte einzusehen. Die Krankenkassen wiederum müssen klare Fristen einhalten, wenn sie über die Genehmigung einer Leistung entscheiden.

Wo liegt gerade Ihr Fokus?

Ich selbst setze mich gerade zum Beispiel dafür ein, dass wir inakzeptablen Auswüchsen beim Krankengeldfallmanagement einen Riegel vorschieben. Es kann nicht sein, dass Krankenkassen etwa durch regelmäßige Telefonanrufe oder sehr intime Fragen Versicherte unter Druck setzen, sich möglichst schnell wieder arbeitsfähig zu erklären. Mit dem geplanten Versorgungsstärkungsgesetz soll daher klar gestellt werden, dass die Beratung für die Versicherten freiwillig ist. Das heißt: Die Zahlung des Krankengeldes darf nicht einfach eingestellt werden, wenn die Beratung ablehnt wird. Und: Versicherte müssen vorher umfassend informiert werden und grundsätzlich schriftlich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung ihrer Daten einwilligen.

Die Patientenbeteiligung hört oft bei der Selbstverwaltung auf. Sie wird zwar inzwischen gehört, aber ist an den Abstimmungen keine Stimme. Auch im neuen Qualitätsinstitut hat die Patientenvertretung keine eigene Stimme. Warum hat die Patientenvertretung in Deutschland, anders als in einigen anderen Ländern, in der Selbstverwaltung nicht mehr Gewicht?

Unser Gesundheitssystem muss den mündigen Patienten überhaupt nicht fürchten. Ganz im Gegenteil: Die Stimme der Patienten und ih-

.....  
*„Es hat sich schon einiges bewegt, wobei das für mich natürlich kein Grund zum Ausruhen ist“*  
 .....

rer Vertreter muss ernst genommen werden. Und ernst genommen wird man nur, wenn man auf gleicher Augenhöhe diskutiert und nicht nur am Katzentisch sitzt. Leider ist unsere Selbstverwaltung manchmal etwas schwerfällig. Das muss sich gerade im Hinblick auf die Patientenbeteiligung ändern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss haben wir damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Darum halte ich dort auch ein Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen für den nächsten logischen und sinnvollen Schritt, den wir gehen sollten.

Wo kann man ansetzen, die Patientenbeteiligung auch sonst im System zu stärken und wirksamer zu machen? Zum einen individuell mit der Beteiligung des Patienten in seiner Versorgung (Stärkung von Compliance und Adherence), zum anderen mit der Beteiligung des Patienten im Gesundheitssystem. Fallen Absicht und Realität stark auseinander?

Nein. Hier ist wirklich schon eine Menge geschehen, wenn man sich die Entwicklung anschaut. Die Patienten haben heutzutage eine ganz andere Stellung in unserem Gesundheitssystem. Sie sind auch viel selbstbewusster geworden. Das können Sie alleine schon daran sehen, dass der MDK im Jahr 2013 rund 14.600 Verdachtsfällen auf einen Behandlungsfehler nachgegangen ist. Ein Jahr zuvor lag die Zahl noch bei rund 12.500. Das liegt nicht daran, dass wir plötzlich einen großen Anstieg an Behandlungsfehlern haben. Tatsächlich ist die Zahl der vom MDK bestätigten Behandlungsfehler sogar zurückgegangen. Nein, die steigende Zahl der MDK-Gutachten zeigt meines Erachtens auch, dass die Bürger heute häufiger als früher ihre Rechte wahrnehmen. Das ist gut so. Und wir sollten die Stellung der Patienten weiter stärken. Das Krankengeldfallmanagement und das Mitbestimmungsrecht in Verfahrensfragen im G-BA habe ich ja bereits erwähnt.

Bundesgesundheitsminister Gröhe setzt auf Qualitätssicherung und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens. Er möchte von einer nachträglichen Messung der Qualität hin zu einer qualitätsorientierten Bedarfsplanung und auch einer qualitätsorientierten Honorierung. Wie wird das aus Ihrer Sicht funktionieren?

Im Zentrum der Gesundheitspolitik muss doch selbstverständlich eine gute medizinische Qualität stehen. Dafür werden wir die richtigen Strukturen und Anreize schaffen. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz wollen wir die Qualität verbindlich als weiteres Kriterium für die Entscheidungen der Krankenhausplanung verankern. Das Qualitätsinstitut soll als unabhängige Instanz für mehr Transparenz sorgen, indem es die gesammelten und ausgewerteten Daten in leicht verständlicher Form veröffentlicht. Und für die Krankenhäuser muss es sich auch finanziell lohnen, wenn man qualitativ gut arbeitet. Für gute Leistungen soll es Zuschläge geben, für schlechte Abschlüsse.

Und was ist mit der Pflege? Die bisherigen Pflegeindikatoren, bei



*„Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer.“*

denen jedes „Heim“ im Schnitt eine 1,2 bekommt, macht da wohl wenig Sinn. Sie sehen gerade bei der Qualitätssicherung im Bereich Pflege Reformbedarf, wie Sie gesagt haben. Sie fordern ein unabhängiges Expertengremium für den „Pflege TÜV“. Was macht der MDK/MDS falsch? Differenzieren die bisherigen Qualitätsbeurteilungen die Pflegeeinrichtungen zu wenig? Sind sie für die Gepflegten und für die Angehörigen zu wenig transparent?

Das Problem ist hier nicht der MDK. Die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen sind richtig und zwingend notwendig. Und die MDK-Prüfungen sind meiner Erfahrung nach auch gut. Das Problem liegt vielmehr in der Übersetzung der Prüfberichte in die Pflegenoten. Die ist gescheitert. Der Notendurchschnitt für alle rund 12.500 stationären Pflegeeinrichtungen liegt momentan bei 1,3. Das hat für die Menschen keine Aussagekraft. Im Gegenteil: Sie werden irreführt. Daher fordere ich eine Aussetzung der Pflegenoten. Wir brauchen stattdessen endlich messbare und wissenschaftlich fundierte Kriterien, an denen sich die Qualität von Pflege festmachen und vergleichen lässt. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II muss ein unabhängiges Expertengremium aus Wissenschaftlern geschaffen werden, das verbindlich festlegt, wie die Ergebnisse der MDK-Prüfungen künftig unverfälscht und in leicht verständlicher Form veröffentlicht werden können.

Ganz grundsätzlich auch für das Gesundheitssystem insgesamt gefragt: Es gibt in diversen Leitlinien nahezu 2.000 verschiedene Qualitätsindikatoren, die wenigsten davon sind evidenzgeprüft. Auch das Qualitätsindikatoren-Set, das im stationären Bereich in den vergangenen Jahren erarbeitet wurde, passt schlecht für eine qualitätsorientierte Steuerung. Welche Daten brauchen wir stattdessen? Welche fehlen? Erheben wir vielleicht mit viel Aufwand die falschen Qualitätsdaten? Sollte darüber nicht ein fachlicher Konsens geschaffen werden?

Mit der Transparenz und den Qualitätsindikatoren tun sich das deutsche Gesundheitswesen und auch die Pflege sehr schwer. Manchmal habe ich schon den Eindruck, dass es eigentlich keiner richtig will.



Wir evaluieren und dokumentieren jede Menge. Vergleichbarkeit und Transparenz wird dadurch aber selten hergestellt. Die Pflegenoten sind hier ein prominentes Beispiel. Darum will ich hier zusammen mit einer Reihe von Experten auch einen neuen Vorschlag machen.

Die große Baustelle der sektoren- und vielleicht auch SGB-übergreifenden Qualitätssicherung steht noch nahezu unberührt dar. Ein riesiges Vorhaben für den G-BA. Aus Ihrer Sicht: Wie kann der G-BA da weiterkommen?

Mit dem Innovationsfonds. Dieser hat ausdrücklich das Ziel, sektorenübergreifendes Handeln im Gesundheitswesen zu fördern. Und dazu soll eigens ein Innovationsausschuss beim G-BA eingerichtet werden. Ich bin sehr dafür, dass mithilfe des Fonds die Bereiche Krankenhaus und ambulante Versorgung auf der einen und der Bereich der Pflege auf der anderen Seite besser verzahnt werden. Das dient selbstverständlich auch der Qualitätssicherung. Deshalb wollen wir jetzt ja auch mit der generalistischen Ausbildung endlich den richtigen Weg bei der Alten- und Krankenpflege gehen.

Sehen Sie die großen Chancen durch Big Data? Wird durch die vielen Gesundheits-Apps und die Datenerhebung, die viele Bürger und Patienten selbst betreiben, nach und nach das Empowerment der Versicherten und Patienten verstärkt? Oder sehen Sie hier eher Gefahren?

Wenn die modernen digitalen Möglichkeiten helfen, einen gesunden Lebensstil zu führen und die richtige medizinische Versorgung sicherzustellen, ist das eine gute Sache. Ich halte es in diesem Zusammenhang übrigens für eine Katastrophe, dass nach so vielen Jahren auf der elektronischen Gesundheitskarte bislang nur ein Foto zu finden ist. Wir brauchen hier ganz klar ein schnelleres Tempo, klare Umsetzungsfristen und verbindliche Finanzierungsvereinbarungen.

Doch das Sammeln von Daten braucht auch klare Grenzen: Wenn beispielsweise eine App einer Krankenversicherung regelmäßig und quasi automatisch Daten zum Lebensstil übermittelt, stellt sich für mich die Frage des Persönlichkeitsschutzes und des Schutzes der Privatsphäre. Ich möchte nicht, dass Menschen wegen ihres Lebensstiles ausgegrenzt und diskreditiert werden. Eine ständige Überwachung der Bürger, womöglich noch verbunden mit einem System von Belohnung und Bestrafung, kann ich mir beim besten Willen nicht als menschengerecht vorstellen.“

Die Idee der Pay for Performance (P4P), die ursprünglich aus den USA kam, ist für das deutsche Gesundheitssystem ausführlich geprüft worden. Eigentlich war das Ergebnis, die Idee ist gut, aber sie passt nicht in das deutsche System. Was ist bei der qualitätsorientierten Honorierung anders?

P4P ist auf den ersten Blick ein gut klingendes Schlagwort. Richtig umgesetzt führt es sicher auch zu einer Reihe von guten Effekten. Aber als Patientenbeauftragter muss ich auch auf die Nebenwirkungen achten: Führt es zu Fehlsteuerungen durch falsch gesetzte Anreize? Wird die Motivation und die Patientenorientierung der Ärzte negativ beeinträchtigt? Bekommen wir es womöglich mit weiteren bürokratischen Belastungen zu tun? Werden Patienten ungleich behandelt und so genannte vulnerable Gruppen benachteiligt, weil die Behandlung dieser Gruppen für mich als Arzt grundsätzlich auch höhere Risiken bergen kann? Hierauf gibt es bisher noch keine durchweg überzeugenden Antworten.

Als Pflegebevollmächtigter bringen Sie das 5. SGB XI-Änderungsgesetz (Pflegestärkungsgesetz I) voran. Was sind die Kernpunkte? Welche Fortschritte soll das Pflegestärkungsgesetz bringen?

Durch das Gesetz gelangt zunächst einmal mehr Geld in das System. Fast alle Leistungen der Pflegeversicherung werden um vier Prozent erhöht. Doch wir alle wissen natürlich auch: Geld allein pflegt nicht. Darum ist es mir besonders wichtig, dass wir klare Vereinfachungen und Flexibilisierungen beim Leistungsbezug geschaffen haben. Damit tragen wir den individuellen Lebenswelten der Menschen Rechnung. Beispielsweise können ab dem 1. Januar Kurzzeit- und Verhinderungspflege deutlich flexibler ausgeschöpft werden. Zudem verdoppeln sich de facto die Leistungen für die Tagespflege. Und es werden zusätzliche Betreuungskräfte für die stationären Heime bereitgestellt.“

Lang wurden die neuen Pflegestufen, der neue Pflegebegriff diskutiert, nun sollen sie bis 2017 sukzessive eingeführt werden. Woran hat es so lange gehapert? Was wird dadurch verbessert?

Wir dürfen nicht vergessen, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes um die wohl größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor 20 Jahren handelt. Ich habe ja Verständnis dafür, dass es einigen nicht schnell genug damit gehen kann. Aber eine so grundsätzliche Reform kann man nicht von heute auf morgen über das Knie brechen.

Doch ich kann Ihnen versichern: Wir werden das jetzt in dieser Wahlperiode umsetzen. Mit dem neuen Begriff werden wir eine völlig neue und gerechtere Systematik schaffen, bei der der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nur allein anhand körperlicher

Faktoren ermittelt wird. Künftig werden darüber hinaus auch geistige und kommunikative Kriterien eine ganz wichtige Rolle spielen. Davon profitieren gerade Demenzerkrankte, die von dem alten Begriff bislang völlig unzureichend erfasst wurden.

Mehr Geld im Pflegesystem und neue Pflegestufen werden nichts nützen, wenn der Überalterung der deutschen Gesellschaft nicht durch qualifizierte Zuwanderung entgegengewirkt wird. Doch damit tun sich ethische Fragen auf: Was passiert in den Heimatländern, die oft mit ähnlichen Problemen wie Deutschland zu kämpfen haben?

Da sprechen Sie einen wichtigen Punkt an. Zum Beispiel ist jeder herzlich willkommen, der als Pflegekraft hier bei uns tätig sein will, wenn er erstens fair bezahlt, zweitens sozial-, kranken-, unfall- und haftpflichtversichert und drittens selbstverständlich gut untergebracht ist. Das ist nicht nur für unsere Pflegelandschaft eine Bereicherung.

Doch das Problem des Fachkräftemangels lässt sich nicht einfach durch Zuwanderung lösen. Wir müssen unsere Hausaufgaben schon selbst machen. Wir müssen den Pflegeberuf so attraktiv machen, dass ihn auch hierzulande möglichst viele Menschen erlernen und ausüben wollen. Und in der Tat sollten wir auch immer im Kopf haben, dass die Menschen, die zu uns kommen, womöglich auch in ihren Heimatländern gebraucht werden.

Herr Laumann, vielen Dank für das Gespräch. <<

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





## Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim im Jahr 2013 rund 2,7 Milliarden Euro.

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

[www.boehringer-ingelheim.de](http://www.boehringer-ingelheim.de)

Schlaglichter zum Stellenwert der Versorgungsforschung in Deutschland

# Versorgungsforschung: Wer leistet welchen Beitrag?

INSIGHT Health beschäftigt sich seit vielen Jahren intensiv mit dem Thema Versorgungsforschung. Der Datendienstleister mit Hauptsitz in Waldems-Esch und Niederlassungen in Berlin und Wien ist Mitinitiator, kontinuierlicher Wegbegleiter und Förderer der Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“. Ihm ist es ein großes Anliegen, die Versorgungsforschung in Deutschland aktiv zu unterstützen und kontinuierlich auszubauen, um damit einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu leisten. In zahlreichen vorangegangenen Publikationen wurden einzelne Aspekte der Versorgungsforschung datenbasiert beleuchtet. In diesem Aufsatz nehmen die Autoren von INSIGHT Health eine etwas andere Perspektive ein und geben ihre Einschätzung zum Stellenwert der Versorgungsforschung in Deutschland wieder. Darüber hinaus wird anhand ausgewählter Ansatzpunkte skizziert, welchen Beitrag die einzelnen Akteure zu einer Weiterentwicklung der Versorgungsforschung leisten können.

>> Die Versorgungsforschung ist eine anwendungsorientierte oder auch translationale Wissenschaft und hat somit einen hohen Praxisbezug (vgl. DNVF-Stellungnahme; Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung; 2014). Vor diesem Hintergrund sollen die praktisch nutzbaren Aspekte dieser wissenschaftlichen Disziplin unter Berücksichtigung des Patientennutzens und der Bedeutung für die gesamtdeutsche Gesundheitsversorgung aus Sicht eines Datendienstleisters dargestellt werden. Dabei werden im folgenden Beitrag zwei Ausgangsfragestellungen besonders beleuchtet:

1. Wie hat sich der Stellenwert der Versorgungsforschung in den letzten Jahren entwickelt?
2. Welchen Beitrag können die beteiligten Akteure hinsichtlich weiterer Erkenntnisse im Bereich der Versorgungsforschung leisten?

## Stellenwert der Versorgungsforschung

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland ein wachsendes Interesse an der Versorgungsforschung herausgebildet. Eine etablierte Forschungslandschaft, neue Projekte seitens der Kassen und Industrie und die kontinuierlichen Fördermaßnahmen der Politik zeugen davon. Dennoch hat die Versorgungsforschung bei den beteiligten Akteuren einen unterschiedlich hohen Stellenwert, und es wird in Zukunft vor allem um die Auswahl der richtigen Projekte und die konkrete Umsetzung der gewonnenen

Erkenntnisse gehen (vgl. Abb. 1).

Stellten beispielsweise die Kostenträger in der Vergangenheit vornehmlich ausgewählte Datensätze für einzelne universitäre Forschungsprojekte bereit, starten sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungen zunehmend eigene Versorgungsforschungsinitiativen. Als ein Beispiel soll hier das wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) genannt werden. Dieses führt auf Basis der eigenen Sekundärdaten zahlreiche Studien durch, die sich unter anderem mit der Diskrepanz zwischen leitlinienkonformer Therapie und der Versorgungsrealität beschäftigen und zum Ziel haben, Qualitätssicherungsindikatoren abzuleiten (vgl. Horenkamp-Sonntag et al., Leitlinien in der Versorgungswirklichkeit: QS-Messung mit GKV-Routinedaten).

Aber auch in der pharmazeutischen Industrie gibt es immer mehr Unternehmen, die sich nicht mehr nur als reiner Arzneimittellieferant sehen, sondern sich zunehmend als Anbieter patientenindividueller Lösungen positionieren. Damit tritt die Frage, welche Innovationen tatsächlich beim Patienten ankommen, weiter in den Vordergrund und lässt das Interesse an der Versorgungsforschung steigen. Über die Förderung zahlreicher Versorgungsforschungsprojekte, den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung oder die Ausschreibung von Forschungspreisen kommt die pharmazeutische

Industrie so dieser wissenschaftlichen Disziplin und ihren Patienten näher. Im Zuge dessen gelingt es den Unternehmen mehr und mehr, den Empfehlungen der Verbände zu folgen. So fordert etwa der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) die „gemeinsame, konzertierte Aktion aller Beteiligten“ und sieht die „gemeinsame Finanzierung der Versorgungsforschung von Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie“ als unerlässlich an (vgl. Positionspapier Versorgungsforschung, BPI, Juni 2013).

## Forschungslandschaft in Deutschland

Als Forschungsdisziplin ist die Versorgungsforschung in Deutschland weitestgehend etabliert. Dies zeigt sich u.a. an der zunehmenden Zahl an Lehrstühlen und Publikationen. Allein die Datenbank „Versorgungsforschung Deutschland“ verzeichnet 424 Projekte (Stand: 14.01.2015) und ist möglicherweise ein Ansatz, viele kleine Projekte in koordinierte Strukturen zu lenken und mehr Transparenz bezüglich der Forschungsergebnisse herzustellen. Die Finanzierung hingegen bleibt insgesamt eher ungenügend. Lediglich 16 Projekte und sieben Institutionen wurden bisher von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert (vgl. GEPRIS: Geförderte Projekte Informationssystem). Zum Vergleich: bei Eingabe des Suchbegriffes „public health“ in die DFG-Datenbank erscheinen 136 geförderte Projekte und 41 Institutionen. Erwähnenswert ist aber an dieser Stelle das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Es fördert aktuell zahlreiche Projekte unter dem Stichwort Versorgungsforschung mit einer Gesamtfördersumme über alle Projekte und Laufzeiten von ca. 92 Mio. Euro.

Mit einem neuen Aktionsplan knüpft das BMBF aktuell an die bereits bestehenden Fördermaßnahmen an und schafft eine finanzielle Basis für viele Projekte. Mit ca. 50 Mio. Euro soll dieser von 2015 bis 2018 laut Bundesforschungsministerin Johanna Wanka dazu beitragen, „die Gesundheitsversorgung weiter zu verbessern“ und „herausfinden, welche Maß-

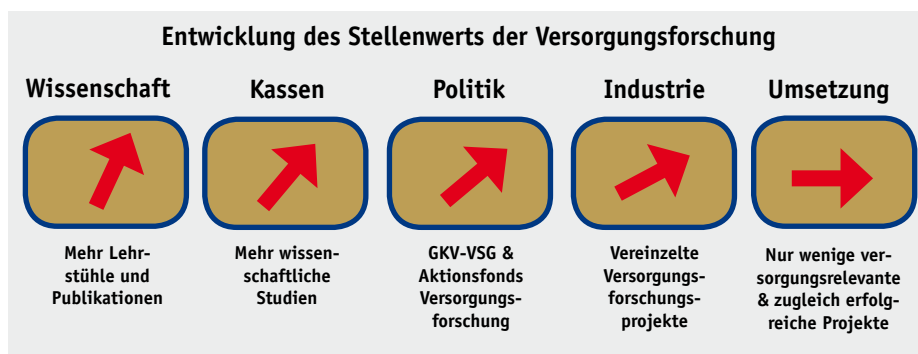


Abb. 1: Entwicklung des Stellenwerts der Versorgungsforschung bei unterschiedlichen Akteuren im deutschen Gesundheitswesen, Quelle: eigene Darstellung, INSIGHT Health.

nahmen tatsächlich wirkungsvoll sind, welche nicht zum Erfolg führen und an welcher Stelle Ressourcen möglicherweise nicht zielgerichtet eingesetzt werden“ (vgl. Aktionsplan Versorgungsforschung, BMBF, Dezember 2014).

## Versorgungsforschung als Gemeinschaftsaufgabe

Die Versorgungsforschung als eine Grundlage für gesundheitsrelevante Entscheidungen und eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik sollte als Gemeinschaftsaufgabe gesehen werden. Bislang überwiegen noch kleinere Versorgungsforschungsprojekte einzelner Marktteilnehmer. Um hochrelevante Ansätze für die Gesundheitsversorgung umsetzen zu können, ist jedoch eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Dabei bildet neben den Medizinprodukten und dem aufstrebenden E-Health-Sektor die Arzneimittelversorgung einen wichtigen Ansatzpunkt in der Versorgungsforschung. Beispielsweise können Analysen zu regionalen Versorgungsauffälligkeiten bei Arzneimitteln als Grundlage für umfassendere Versorgungsforschungsstudien dienen. In einer engen Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften, den Kassen und universitären Einrichtungen könnten große Versorgungsforschungsprojekte vorangetrieben werden, wie sie auch im Bereich der Polypharmazie erforderlich wären.

## Das Beispiel Multimedikation

In den INSIGHT Health zur Verfügung stehenden Datenbanken finden sich regelmäßig Patienten mit mehr als fünf parallelen Wirkstoffverordnungen und nicht selten auch Patienten mit mehr als 15 unterschiedlichen Wirkstoffverordnungen pro Jahr. Neben der Multimedikation sind überdurchschnittlich häufig ältere Patienten von inadäquaten Arzneimittelverordnungen betroffen. So haben beispielsweise im

Jahr 2010 knapp 900.000 der älter als 60-Jährigen mindestens eine Verordnung eines Analgetikums aus der PRISCUS-Liste und damit ein für diese Altersgruppe als potenziell inadäquat eingestuftes Arzneimittel erhalten (Quelle: Analgetika in der Behandlung älterer Patienten; DGGG-Kongress 2012, INSIGHT Health). Eine 2014 veröffentlichte Arbeit zum ärztlichen Ordnungsverhalten von potenziell inadäquaten Medikamenten kommt zu einem ähnlichen Ergebnis und merkt an, dass ein Einfluss der PRISCUS-Liste auf das Ordnungsverhalten nicht erkennbar ist (vgl. Linder et al., Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2014). Zwar ist auch die PRISCUS-Liste nicht unumstritten, dennoch sollte sich die pharmazeutische Industrie dringend solcher Themen annehmen. Durch mehr Transparenz zu den Grenzen der Einsatzgebiete der Arzneimittel könnte sie so einen Beitrag zur Reduzierung von Fehlversorgung leisten und gleichzeitig ihre Kompetenz bei Arzneimitteltherapien imagefördernd einbringen.

## Innovationsfonds und GKV-VSG: Investition in bessere Versorgung

„Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen.“ So steht es im aktuellen Koalitionsvertrag. Mit ihren Unterschriften unter diesen Vertrag haben die Koalitionäre im letzten Jahr eine jährliche Förderung durch den Innovationsfonds in Höhe von 300 Mio. Euro für zunächst vier Jahre - beginnend im Jahr 2016 - auf den Weg gebracht. 75 Mio. Euro sind hiervon wiederum für Projekte der Versorgungsforschung vorgesehen. Wie mit diesen Mittelverfahren werden soll, wird im geplanten Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) festgelegt. Der Entwurf wurde bereits am 17. Dezember 2014 von der Bundesregierung beschlossen und liegt

nun dem Bundesrat zur Beratung vor (das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig).

Nach welchen Kriterien die Mittel letztlich vergeben werden, obliegt dem G-BA. Zu diesem Zweck ist bis zum 1. Januar 2016 ein Innovationsausschuss zu bilden, zusammengesetzt aus Vertretern der bisher im G-BA vertretenen Institutionen, ergänzt um BMG und BMBF. Der Innovationsausschuss „legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung“ fest und „entscheidet auch über die Verwendung der Mittel“.

Inwieweit auch arzneimittelbezogene Versorgungsforschungsstudien zukünftig tatsächlich über den Innovationsfonds finanziert werden, ist noch schwer einzuschätzen. „Die parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium Ingrid Fischbach (CDU) kann sich zum Beispiel auch die Förderung von Versorgungsatlanten und Arzneimittelstudien unter Alltagsbedingungen vorstellen. Um diesen Aspekt berücksichtigen zu können, haben die Autoren des Gesetzentwurfs die pharmazeutischen Unternehmer sowie die Hersteller von Medizinprodukten nachträglich in den Kreis der Antragsberechtigten aufgenommen.“ Allerdings muss jedes Projekt von einer Krankenkasse unterstützt werden (vgl. Ärzte Zeitung, 26.12.2014). Unabhängig von der Möglichkeit der Finanzierung einzelner Projekte bleibt eine Tatsache bestehen: Solange Versorgungsforschungsstudien im Rahmen der Nutzenbewertung nicht explizit gefordert werden, wird die Industrie nicht bereit sein, die finanzielle Last für diese Studien alleine zu tragen. Arzneimittel sind Teil der Versorgung und sollten auch als solche von allen Protagonisten betrachtet werden.

## Fazit

Mit den Mitteln aus dem Innovationsfonds stehen der Versorgungsforschung in den nächsten vier Jahren, ergänzend zu den Förderungen durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, zusätzliche 75 Millionen Euro zur Verfügung. Inwieweit dieser Betrag ausreicht, um der Versorgungsforschung einen wirklichen Schub zu verleihen, muss sich noch zeigen. Klar ist allerdings, dass die Finanzierung nur einen Aspekt darstellt. Mindestens genauso wichtig ist die gesetzliche Verankerung einer verbindlichen Versorgungsforschung. Aber vor allem hängt der zukünftige Stellenwert der Versorgungsforschung für das Gesundheitssystem von der Bereitschaft aller Beteiligten ab, zum Wohle der Patienten gemeinsam und transparent Versorgungsforschungsstudien durchzuführen. <<

Autoren/Kontakt: Kathrin Pieloth, Christian Luley, Dr. André Kleinfeld\*.

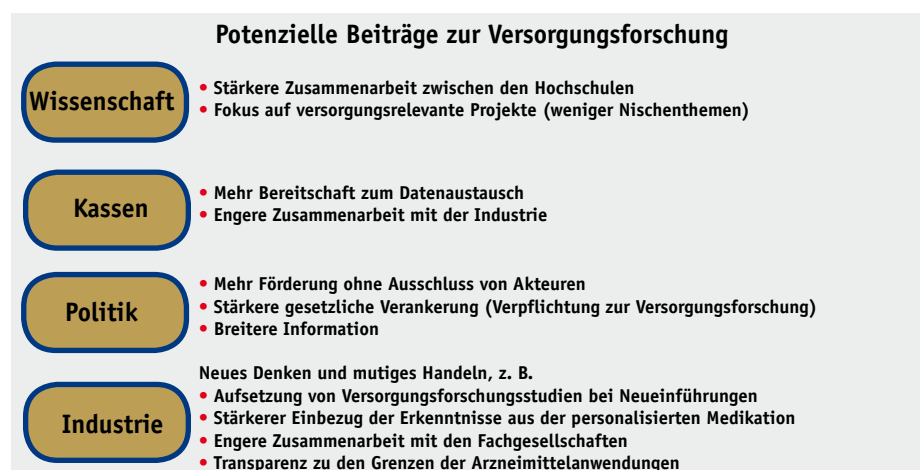


Abb. 2: Potenzielle Beiträge zur Versorgungsforschung unterschiedlicher Akteure; Quelle: eigene Darstellung.



MVF-Kongress am 10. Februar 2015 – Jetzt noch schnell anmelden!

# Kongress wird Qualitätsgedanken klar definieren

2 bis 4 Prozent der Krankenhaus-Patienten erleiden ein vermeidbares, auf Fehler zurückzuführendes unerwünschtes Ereignis, das durch die Behandlung bedingt ist. Für Deutschland heißt das, dass jedes Jahr zwischen 380.000 und 760.000 Krankenhauspatienten von Schäden betroffen sind, die auf Fehler zurückgehen, was in rund 19.000 vermeidbaren Todesfällen pro Jahr kulminiert. Wohlgermerkt vermeidbaren! Dazu kommen zwischen 100.000 und 200.000 pro Jahr wiederum vermeidbare nosokomiale Infektionen, die erneut in 2.500 bis 5.000 Todesfällen ihren traurigen Höhepunkt finden. Und jährlich werden noch einmal zwischen 380.000 und 950.000 Krankenhaus-Aufnahmen wegen Arzneimittel-„Nebenwirkungen“ verzeichnet. All das spielt sich im Krankenhausbereich ab, der seit Beginn der Qualitätsdiskussion in Deutschland jener Sektor ist, in dem die meisten Qualitätsindikatoren definiert sind, als auch seit Jahren erhoben werden. Vor dem Hintergrund dieser und vieler weiterer Qualitätsdefizite, die im Gutachten „Qualität 2030“ als umfassende Strategie für das Gesundheitswesen vorgestellt wurden, sieht der Kölner Prof. Dr. med. Matthias Schrappe zahlreiche Handlungsoptionen, die einen einzigen Nenner haben: „Es gibt kein weiter so“, sagt Schrappe, der seine Position am 10. Februar auf dem MVF-Kongress „Qualität 2015 - vom Messen zum Steuern“ der breiten Diskussion – aus Sichtweise der Politik, der Kassen und der Leistungserbringer – stellen wird.

>> Gegen Qualität an sich hat natürlich niemand etwas. Das Problem indes ist, dass gerade von ärztlicher Seite immer wieder Qualitätsmessung mit einem diagnostischen Verfahren verwechselt wird, wie Schrappe meint. Er zitiert hier Prof. Dr. Dr. Serban-Dan Costa, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Otto-von-Guericke an der Universität Magdeburg, der unlängst im „Ärztblatt“ postulierte, dass Qualitätsmanagement „für die Wissenschaftler ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel“ sei; eine Ansicht, die nach Schrappe ein seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts überwunden geglaubtes Verständnis der Gesundheitsversorgung zum Ausdruck bringe, das „auf einem impliziten und paternalistischen Qualitätsverständnis“ beruhe und den Patienten, der Gesellschaft und den finanzierenden Einrichtungen das Recht und die Befähigung abspreche, etwas über die Abläufe der Behandlung und die Behandlungsergebnisse in Erfahrung zu bringen und darüber kritisch zu befinden.

Tun sie das? Wenn ja wie? Antworten darauf gibt der MVF-Kongress „Qualität 2015 - vom Messen zum Steuern“.

Gerade in einer Zeit, in der seitens der Politik vom nie ganz klar definierten Qualitätsgedanken wahre Wunderdinge wie qualitätsorientierte Honorierung und Bedarfsplanung erwartet werden, muss endlich grundlegend diskutiert und konsentiert werden, ob – so Schrappe im Titelinterview mit MVF 06/14 – „wir unsere derzeitigen Anstrengungen auf der Basis der richtigen Grundannahmen und unter einer Perspektive unternehmen, die zielorientiert die richtigen Probleme thematisiert und auch mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu Lösungen führt.“ Schrappe: „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.“ Doch: Wer bestimmt Ziel und Kurs? Eine erste Annäherung an diese ebenso komplexe wie weitreichende Thematik eröffnet der kommende MVF-Kongress, auf dem wie gewohnt die verschiedenen Stakeholder des Gesundheitssystems zu Wort kommen und offen wie kontrovers diskutieren. <<



| Vormittag   |       |  |  |
|---|-------|--|--|
| von   | bis   | Thema  |  |
| <b>Qualitätsorientierung aus Sicht der Politik &amp; Selbstverwaltung</b> |       |  |  |
| 09:30   | 10:00 | Check-in   | eRelation AG   |
| 10:00   | 10:10 | Begrüßung  | Prof. Dr. Roski, MVF<br>Dr. Härtel, arvato           |
| 10:10   | 10:40 | Forderung der Politik: Von der retrospektiven zur qualitätsorientierten Bedarfsplanung | Prof. Dr. Karl Lauterbach,<br>SPD-Bundestagsfraktion |
| 10:40   | 11:10 | Sichtweise G-BA: Anforderungen an das neue QI-Set zur Versorgungs-Steuerung            | Dr. Regina Klakow-Franck,<br>G-BA                    |
| 11:10   | 11:40 | Sichtweise Kassen: Von der Qualitätssicherung zur -steuerung?                          | Hans-Werner Pfeifer, GKV-Spitzenverband Berlin       |
| 11:40   | 12:10 | Sichtweise Wissenschaft: Qualität 2030 – Vom Messen zum Steuern                        | Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität zu Köln     |
| 12:10   | 12:30 | Fragen/Diskussion: Qualitätsversorgung und Qualitätsorientierte Bedarfsplanung         | Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes |
| 12:30   | 13:30 | Mittagspause / Posterführung   |  |

| Nachmittag  |       |   |   |
|---|-------|---|---|
| von   | bis   | Thema   |   |
| <b>Qualitätsorientierte Steuerung und Honorierung</b> |       |   |   |
| 13:30   | 14:00 | Sichtweise Krankenhäuser: Qualitätsorientierung und Vergütung - Anspruch und Wirklichkeit | Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Fritsche, MBA, Paul Gerhardt Diakonie      |
| 14:00   | 14:30 | Qualitätsorientierte Honorarverteilung im Versorgungsmanagement                           | Harald Möhlmann, AOK Nordost  |
| 14:30   | 15:00 | Qualitätsorientierte Honorierung  | Regina Feldmann, KBV: hausärztliche Versorgung                      |
| 15:00   | 15:30 | Kaffeepause / Posterführung   |   |
| <b>Patientenbeteiligung</b>                           |       |   |   |
| 15:30   | 16:00 | Patientenorientierung und Patientenbeteiligung – Schein und Wirklichkeit                  | Dr. Willibert Strunz, eh. Landesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE NRW |
| 16:00   | 16:30 | Von der paternalistischen Werteentscheidung zur evidenzbasierten Patientenbeteiligung     | Hans-Holger Bleß,<br>IGES   |
| 16:30   | 17:00 | Patientenbeteiligung und Versorgungsforschung   | Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, DNVF e.V.             |
| 17:00   | 17:40 | Podiumsdiskussion: Qualität und Patienten im Fokus  | Moderation: Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF                           |
| 17:40   | 18:00 | Resümee und Verabschiedung  | Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF                                       |
| 18:00   | 21:00 | Abend-Talk mit Catering   |   |

# GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene  
Patienten-Begleitprogramme



**WERDEN SIE PARTNER!**

E-Mail an: [patientenprogramme@docmorris.de](mailto:patientenprogramme@docmorris.de)

Eine Studie zeigt, dass P4P-Modelle auf lange Sicht nicht so effektiv sind wie am Anfang

## Sind P4P-Modelle auf lange Sicht wirkungslos?

Ein Wissenschaftler-Team aus England stellt mit seinem neu erschienenen Paper die langfristigen Effekte von P4P-Modellen in Frage. Bei der Untersuchung kam heraus, dass die Senkung der Sterblichkeitsrate nach dem Start eines P4P-Programms in Krankenhäusern nach mehr als zwei Jahren nicht mehr so groß ausfiel wie in den ersten 24 Monaten. Eine der Autorinnen des Papers ist Ruth McDonald, Professor of Health Science Research and Policy an der Manchester Business School. McDonald wertet die Ergebnisse der Studie als „mehrdeutig“. Zwar habe man keinen langfristigen Effekt nach 42 Monaten ausmachen können, dafür aber Verbesserungen in der Versorgungsqualität weiterer Fachgebiete, die nicht vom P4P-Programm erfasst waren. Offenbar hat sich die „good practice“ der Behandler auch auf die nicht-angereizten Indikationen ausgedehnt.

>> Frau Prof. McDonald, Sie waren Mitglied des Teams, das die langfristigen Auswirkungen des P4P-Programms mit dem Titel „Advanced Quality“ analysiert hat. Wie läuft dieses Programm ab?

Bei dem AQ-Programm werden die Klinikprozesse und Outcomes auf fünf Fachgebieten angereizt: akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Koronararterien-Bypass, Lungenentzündung sowie Hüft- und Knieoperationen.

Diese Auswahl beruht auf der Häufigkeit der entsprechenden Aufnahmefälle und nicht zuletzt auf der Verfügbarkeit von Kriterien, die uns erlauben, Klinikprozesse und Outcomes zu messen.

Um die AQ-Messung zu verdeutlichen, eignet sich in diesem Zusammenhang die ambulant erworbene Pneumonie. Dabei finden folgende Messungen statt:

1. Der Anteil der Patienten, bei denen der Sauerstoffgehalt im Blut innerhalb von 24 Stunden vor oder nach der Ankunft im Krankenhaus gemessen wurde,
2. die Zahl der Initial-Selektionen von Antibiotika,
3. die Zahl der Blutentnahmen vor der ersten Antibiotikagabe,
4. die Zeiteinteilung der Antibiotika und der Anteil der Pneumoniepazienten, die die erste Dosis des Antibiotikums innerhalb von sechs Stunden nach der Ankunft im Krankenhaus erhalten haben,
5. die Zahl der Beratungen zur Raucherentwöhnung.

Was waren die Anreize des AQ-Programms und was bewirkten sie?

Das erste Jahr löste einen regelrechten Wettbewerb unter den Krankenhäusern aus. Diejenigen Krankenhäuser, die mit ihrer Qualitäts-Performance im obersten Viertel der Bewertungsskala lagen, wurden mit vierprozentigen Bonuszahlungen belohnt; die Krankenhäuser im zweitobersten Viertel mit einem Bonus von zwei Prozent.

In den darauf folgenden sechs Monaten wurden die finanziellen Anreize basierend auf drei Kriterien verteilt: Leistungserbringern, deren Performance in dieser Zeit über dem mittleren Wert im Vergleich zum ersten Jahr lag, wurde ein „Verwirklichungs“-Bonus zugesprochen.

Diejenigen, die diesen Bonus bekommen haben, hatten Anspruch auf zwei weitere Zuzahlungen, die an das Spitzenviertel der „Verbesserer“ vergeben wurden sowie an jene, die Qualitätswerte in den zwei



oberen Vierteln erreicht hatten. Während dieser ersten 18 Monate gab es noch keine „Strafen“ für weniger gute Performer.

Nach 18 Monaten wurden die Zahlungen im Rahmen eines neuen P4P-Modells gewährt, das in ganz England angewandt wurde. In diesem Programm mit dem Titel Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) wurde ein fixer Anteil der vom Krankenhaus erwarteten Outcomes einbehalten und nur dann wieder ausgezahlt, wenn das Krankenhaus einen bestimmten Qualitätswert auf der Skala erreicht hat.

Ihr Team fand heraus, dass die positiven Effekte des Modells nach 42 Monaten deutlich abgenommen haben. Auf der anderen Seite hat sich aber die Behandlungsqualität in den „benachbarten“ Indikationen – in

diesem Fall Krankheiten, die auf der gleichen Station behandelt wurden – deutlich verbessert. Wo speziell?

Die Verbesserung der Behandlungsqualität fand auch in den nicht-angereizten Indikationen Akutes Nierenversagen und Alkohollebersyndrom statt. Wir haben auf gleichen Stationen, bei den gleichen Spezialisten die Behandlung unter den angereizten und unter den nicht-angereizten Bedingungen analysiert. Dafür haben wir zwei Bereiche in den Hospital Episodes Statistics data (HES-Daten) untersucht, die das Spezialistenteam und die Stationsleiter eindeutig identifizieren, die für die Versorgung eines bestimmten Patienten verantwortlich sind.

Diese Analyse bezog sich wie bereits erwähnt auf die gleichen Stationen und die gleichen Spezialisten-Teams. Unter den angereizten Bedingungen entfielen dabei 41 bis 53 Prozent der behandelten Patienten auf die Station Innere Medizin. Auf der gleichen Station wurden aber auch 48 Prozent der Pa-

tienten mit Akutem Nierenversagen und 57 Prozent der Patienten mit Alkohollebersyndrom behandelt. Bei diesen zwei Leiden fand eine größere Verringerung der Sterblichkeitsrate im Nordwesten Englands statt.

Wir stellten darüber hinaus fest, dass es insgesamt weniger Übertragungseffekte zwischen den Indikationen gab, wenn die Behandlungsbedingungen nicht angereizt wurden. Dort gab es auch zu einem späteren Zeitpunkt keine signifikante Senkung der Sterblichkeitsrate.

Wie erklären Sie sich, dass es eine Verbesserung auf den Gebieten ohne Anreiz-Motivation gab?



Wir könnten die Hypothese aufstellen, dass sich aufgrund personeller Überlappungen in den verschiedenen Klinikteams die „good practice“, die sich wegen des AQ-Modells entwickelt hatte, auch unter anderen Bedingungen durchsetzen konnte. Sicher sind wir da allerdings noch nicht.

**Was ist Ihr Fazit aus den aktuellen Studienergebnissen – sind P4P-Modelle prinzipiell für Krankenhäuser geeignet, oder nicht?**

P4P-Modelle sind im Prinzip auf jeden Fall für Krankenhäuser geeignet. Aber wir müssen nicht nur ein tieferes Verständnis dieser Modelle entwickeln, sondern die Modelle auch sehr sorgfältig umsetzen und evaluieren.

Denken Sie, dass das „Advancing Quality“-

**Modell auf andere Gesundheitssysteme, etwa das deutsche, einfach übertragbar ist?**

Im Prinzip schon, es wurde ja auch bereits von einer US-Initiative adaptiert.

**Gehen Sie davon aus, dass sich P4P-Modelle in Zukunft durchsetzen werden?**

Politische Entscheidungsträger scheinen in die P4P-Modelle gar verliebt zu sein. Und ich möchte auf keinen Fall, dass sie demnächst enttäuscht werden!

**Frau McDonald, vielen Dank für das Gespräch. <<**

**Das Interview führte MVF-Redakteurin Olga Gilbers.**

## E-Health-Konferenz „Ideenküche“

>> Unter dem Titel „Ideenküche - Kassen auf dem Weg ins digitale Zeitalter“ veranstaltet TCP Terra Consulting Partners am 21. April 2015, in Berlin eine E-Health-Fachkonferenz. Das Ziel besteht darin, den E-Health-Trend anhand innovativer Best-Practice-Beispiele in die Krankenkassenwelt zu tragen.

Start-up-Unternehmer, Kreative und Anwendungsentwickler aus aufstrebenden Unternehmen zeigen, wie die zukünftige digitale Welt der Gesundheit und der Therapie von Erkrankungen aussehen könnte. Das alles mit kurzen, knackigen Vorträgen und der Möglichkeit, Dinge „anzufassen“. Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit mit Microsoft in deren Atrium in Berlin statt.

Während die digitale Revolution viele Branchen, wie den Handel, die Banken oder das Verkehrsgewerbe gerade fundamental verändert, scheint – so die Veranstalter – die Digitalisierung in der Krankenkassen-Welt noch im Dornröschenschlaf zu sein.

Welche Rolle können und müssen die Krankenkassen im künftigen E-Health-Szenario spielen? Sind die Kassen nur das „Salz in der Suppe“ oder gar „das Feuer im Herd“?

Informationen: [www.terraconsult.de](http://www.terraconsult.de). <<

## Maßstab „Patient“

>> Renommiertere Vertreterinnen und Vertreter aus dem deutschen und dem internationalen gesundheitspolitischen Umfeld nahmen am ersten Kongresstag des BMC-Kongresses 2015 zum Thema Patientenorientierung Stellung. Neben Gesundheitsminister Hermann Gröhe sprachen u. a. Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Prof. Dr. Dr. Martin Härter sowie Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse. Der ehemalige KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler berichtete darüber hinaus über seine Erfahrungen als Patient im deutschen Gesundheitssystem.

In seiner Eröffnungsrede verdeutlichte Gesundheitsminister Hermann Gröhe, dass der Erhalt und Ausbau unseres leistungsstarken, solidarischen Gesundheitssystems nur zwischen den beiden Polen der Kostenkontrolle und der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen gelingen könne. Jenseits aller Interessenkonflikte der Akteure müsse das Leitmotiv des Handelns immer die Frage sein: Was nützt dem Patienten? Vor diesem Hintergrund sprach er sich für mehr Patientenbefragungen und eine Stärkung der Versorgungsforschung aus. Erhebliche Verbesserungen für Angebote der Regelversorgung verspricht er sich aus dem Innovationsfonds. <<

## Design und Ergebnis der Studie zur langfristigen Auswirkung von P4P-Modellen

**Die Studie:** Das Wissenschaftler-Team von der University of Manchester und der University of Cambridge knüpfte ihre aktuelle Untersuchung an eine bereits bestehende Studie an. Bei der vorhergehenden Studie wurden 24 Krankenhäuser im Nordwesten Englands untersucht, die das P4P-Modell angewandt hatten. Festgestellt wurde in diesem Zusammenhang, dass die Zahl der Todesfälle in den ersten 18 Monaten nach der Einführung des P4P-Modells um 890 Fälle gesenkt werden konnte.

Die Verfasser der aktuellen Studie zu P4P-Modellen stellten jedoch fest, dass zwei Jahre nach der Einführung des P4P-Modells dessen Auswirkung auf die Verbesserung der Sterblichkeitsrate innerhalb der ersten 30 Tage nach der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus verschwunden ist.

Gefördert wurde die Untersuchung im Rahmen einer Analyse des National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research (NIHR HS&DR). Bei dieser Analyse, publiziert im „The New England Journal of Medicine“, werden drei Indikationen untersucht, die zur Aufnahme von Patienten im Krankenhaus führen: Herzinfarkt, Pneumonie und Herzversagen. Im Rahmen dieser Analyse wurde deutlich, dass die Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus auftraten. Verglichen wurden dabei 24 Krankenhäuser im Nordwesten Englands mit 137 anderen englischen Krankenhäusern, ausgewertet wurden insgesamt 1,8 Millionen Aufnahmefälle.

Das Paper zur Untersuchung mit dem Titel „Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England“ wurde verfasst von Søren Rud Kristensen, Rachel Meacock, Alex James Turner, Ruth Boaden und Matt Sutton von der University of Manchester sowie Ruth McDonald von der Warwick Business School als auch Martin Roland von der University of Cambridge.

**Das P4P-Modell und das Experiment:** Das so genannte „Advancing Quality“-Modell, das im Nordwesten Englands eingesetzt wird, sieht monetäre Boni vor. Diese werden an die Top-Performer unter den Krankenhäusern vergeben, damit sie in die Verbesserung der Versorgung investieren können. In der Mitte des Programms wurden für die aktuelle Studie diese Boni gestoppt und in Strafen für diejenigen umgewandelt, die ihre Ziele nicht erreichen konnten.

**Das Ergebnis:** Die aktuelle Studie stellt die langfristige Wirksamkeit von P4P-Modellen in Krankenhäusern in Frage. Die Studie zeigt, dass die Reduktion der Todesfälle von Patienten lediglich ein kurzfristiger Effekt von P4P-Modellen ist. Nach einem kurzfristigen Effekt von P4P-Modellen bleibt der langfristige Effekt offenbar aus. Zwar sank die Zahl der Todesfälle in den P4P-Krankenhäusern im Nordwesten Englands kontinuierlich, jedoch entsprach diese Rate auch dem nationalen Trend. Die Studienverfasser fanden sogar heraus, dass die Reduktion der Sterblichkeitsrate unter den Patienten mit den untersuchten Indikationen in solchen Krankenhäusern größer war, die kein P4P-Modell praktizierten. Als interessantes Ergebnis zeigte sich bei der Studie aber auch, dass die Zahl der Todesfälle in weiteren Indikationen, die nicht vom P4P-Modell erfasst wurden, mehr gefallen ist, wenn Krankenhäuser das P4P-Modell anwandten. Die Studienverfasser sprechen in diesem Zusammenhang von einem „positiven Übertragungseffekt“ auf die Versorgung der Patienten in „benachbarten“ Fachgebieten.

Interview mit Dr. Axel Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom Healthcare & Security Solutions

## Move the data, not the doctor

In 10 bis 15 Jahren wird die Ärzteschaft über den heutigen Widerstand gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth nur noch den Kopf schütteln, orakelt Manfred Zipperer, Vorsitzender des Aufsichtsrates des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen GmbH (ZTG) in Bochum, in einem Wissensbeitrag in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/14). Dr. Axel Wehmeier, Sprecher der Geschäftsführung Deutsche Telekom Healthcare & Security Solutions GmbH und Leiter des Konzerngeschäftsfeldes Gesundheit, ist ähnlicher Meinung, wohlwissend, dass sein Konzern schon kräftig daran mitarbeitet, dass Zukunft Gegenwart wird.

>> Herr Dr. Wehmeier, wird Telemedizin bald so selbstverständlich zu unserem Versorgungsalltag gehören wie der Einsatz von Smartphones oder die Methoden der bargeldlosen Zahlung zu unserem heutigen Leben?

So lange wird es nicht mehr dauern. Wenn die Telematikinfrastruktur in diesem Jahr läuft, wird der Rest der Strecke schneller gehen.

Derzeit sind ja schon sechs größere E-Health-Pilotprojekte am Start.

Die Telekom ist zum Beispiel als Generalunternehmer verantwortlich für die großangelegten Feldtests in Bayern und Sachsen. 500 Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sowie fünf Krankenhäuser nehmen daran teil. Wir müssen jetzt zeigen, dass die Technik funktioniert. Und dass sie allen Teilnehmern im Gesundheitswesen nutzt: Patienten, Ärzten, Helferinnen und Helfern und den Kostenträgern. Wenn erst eine bundesweite, sichere Gesundheitsautobahn steht, wird unser Gesundheitswesen einen großen Sprung nach vorne machen. Aber die Autobahn ist nicht alles. Die weitaus größere Schubkraft geht von Smartphones mit Gesundheitsapps oder Fitness-Trackern aus.

Dieser Ansicht ist auch Zipperer, wenn er sagt, dass die Entwicklung dieser Technologie das große Aufbäumen, eine Infrastruktur ins Land zu setzen, zum einen überholen wird; zum anderen, die vielen, nach einander schon erprobten Einzellösungen irgendwann zu einem großen Gesamten zusammenwachsen könnten.

Es wird auf eine Integration dieser beiden Welten hinauslaufen. Auf der einen Seite steht die Konsumenten-Health-Cloud, die Apple und andere große, multinationale Player massiv treiben, auf der anderen die professionelle Gesundheits-Welt. Doch alleine vor dem Hintergrund der NSA-Affäre wird kein Weg daran vorbeigehen, dass wir unsere professionellen medizinischen Versorgungsanwendungen auf höchstmögliche Datensicherheit ausrichten. Das geht aber nur mit einer regulierten Telematik-Infrastruktur. Jenseits dessen wird es aber ebenso immer Menschen geben, die ganz freiwillig ihre Fitness- und sonstigen Vitalparameter sowie diverse Gesundheitsdaten mit ihren Smartphones erfassen und in allerlei Clouds zur Verfügung stellen. Die Entwicklung hat begonnen, wie sie weiter geht, werden wir in wenigen Jahren beobachten.

Ist der Weg schon beschritten?

Noch nicht. Das sind Zukunftsszenarien. Heute sind das noch zwei völlig getrennte Welten. Doch, Achtung, nur bei uns! In den USA ist das schon heute ganz anders. In Amerika nutzen beispielsweise die

Mayo-Kliniken Apple-Geräte, um über sie diverse Versorgungsdaten zu integrieren.

Das wird in Deutschland wie in anderen europäischen Ländern aufgrund der wesentlich höheren Anforderungen des Datenschutzes und auch aufgrund der Erkenntnisse aus der NSA-Affäre wohl etwas länger dauern.

Sicher. Es ist ja auch Vorsicht geboten. Zur Zeit können wir uns zu Recht nicht vorstellen, dass deutsche Gesundheitsdaten auf amerikanischen Servern gehostet werden und sich damit weit außerhalb der informationellen Selbstbestimmtheit des Patienten befinden.

Welche Pilotprojekte aus Ihrem Hause könnten in eine neue medizinische, sichere Telematik-Infrastruktur hineinwachsen?

Nehmen wir zum Beispiel unser Krankenhausinformationssystem iMedOne, das derzeit schon bei der Knappschaft im Einsatz ist. Dieses System ist führend, wenn es darum geht, Patientendaten ans Krankenbett zu bringen. Wenn Ärzte in Knappschafts-Krankenhäusern ihre Visite machen, schleppen sie längst keine Papierakten mehr mit sich, sondern haben ein kleines iPad dabei, das in den Arztkittel passt. Von diesem iPad aus können sie alle wichtigen Patienteninformationen abrufen, auch Labordaten oder Röntgenbilder abfragen. iMedOne ist aber auch ein klinisches Informationssystem, an das sich relativ leicht andere Subsysteme andocken lassen.

Ich habe schon auf das fast magische Zauberwort Interoperabilität gewartet.

Wir können auch Schnittstellen dazu sagen, denn die sind enorm wichtig, damit sich ein System und ein Datenstrom ohne großen Aufwand mit anderen Systemen verbindet.

Das heißt: Das System ist offen genug definiert, dass andere Krankenhausinformationssysteme respektive Patientenakten, später vielleicht auch Arztpraxissysteme, angebunden werden können?

Die Telematik wird nur dann Erfolg haben, wenn möglichst alle Subsysteme miteinander kommunizieren können. Derzeit findet Versorgung in Deutschland weitgehend in abgeschotteten Silos statt. Das müssen wir überwinden, wenn Gesundheit künftig für alle bezahlbar bleiben, die Versorgung aber zugleich besser werden soll.

Ein globaler Player wie Telekom muss doch die Potenz haben, nicht nur die Knappschaft von einem solchen System zu überzeugen.

Wir müssen realistisch sehen, dass gerade im Gesundheitswesen nichts von heute auf morgen geht. Es gibt im Markt aber tatsäch-

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



lich Stimmen, die uns das zutrauen. Diese Rolle wollen wir ja auch spielen. Wenn alle Player im Gesundheitswesen hochsicher Daten austauschen können, hat die Telekom ihr Ziel erreicht. Neue intelligent vernetzte Klinikinformationssysteme sind hierbei ein wichtiger Schritt.

*Doch die großen, weit verbreiteten Arzt- und Klinikinformationssysteme sind viel, viel älter.*

Die sind 15, teilweise 20 Jahre alt. Hier handelt es sich um sogenannte Legacy-Systeme, also etablierte, historisch gewachsene Anwendungen im Bereich der Unternehmenssoftware. Wenn ein Anwender wie ein Krankenhaus bei einem solchen System den Anbieter wechseln möchte, geht das natürlich, aber das ist immer mit einem erheblichen Aufwand verbunden.

*Darum ist die Wechselwilligkeit wohl auch sehr suboptimal ausgeprägt.*

Sagen wir: Sie ist sehr träge. Deshalb favorisieren wir eine Welt, in der man die Systeme miteinander sprechen lässt, in der es beispielsweise Fallakten gibt, die im Rahmen einer integrierten Versorgung von System zu System wandern können. Dieser Ansatz wird wesentlich leichter zu realisieren sein als der Austausch kompletter oder zumindest größerer Systeme der Unternehmenssoftware.

*Sie bilden damit eine Art Subkultur, die ihre eigene Vernetzungssystematik in sich birgt.*

Das ist genau das, was wir bei der Telematik machen. Hier wird nichts anderes getan als ein sicheres Netz zu bauen, dessen Zugang kontrolliert werden kann und das in der Lage ist, allerlei Angriffe von außen abzuwehren. Hinter diesem Zugang kann dann nach und nach ein sicheres, medizinisches Internet wachsen.

*Wenn es diese Anwendungen denn mal gäbe.*

Ich spreche daher auch von einem ersten Schritt. Anwendungen auf diesem Medizernetz, die nicht an den Sektorengrenzen Halt machen, sind der zweite. Erst dieser Ausbauschritt wird den wirklichen Nutzen von eHealth zeigen. Davon sind wir nicht mehr weg. Ach was, eigentlich ist die Zukunft schon fast Realität, wenn in diesem Jahr das Projekt „CCS Telehealth Ostsachsen“ live geht.

*Als das Projekt im April letzten Jahres angekündigt wurde, hieß es, dass das CCS-Projekt, an dem das Land Sachsen, das Carus Consilium Sachsen - eine Tochter des Universitätsklinikums Dresden - und Ihr Unternehmen beteiligt sind, „eine Blaupause für Deutschland“ darstellen könnte.*

Das stimmt auch. Das ist ein in der Europäischen Union einmaliges Telemedizinprojekt, das Patienten vor allem in ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte medizinisch besser versorgen soll. Im Kern des Projektes steht der Aufbau einer offenen technischen Plattform, die Ärzte, Kliniken, Kassen und Patienten miteinander vernetzt und den schnellen und sicheren Austausch von Informationen sicherstellt, um die medizinische Versorgung von Patienten zu unterstützen. So könnten nach Abschluss des Projektes schon Mitte dieses Jahre beispielsweise Schlaganfall- oder Herzpatienten in den östlichen Landesteilen Sachsens von Ärzten mit Unterstützung des Internets medizinisch betreut werden.

*Das klingt fast wie Science Fiction.*

Bleibt es auch, zumindest in der Regelversorgung, wenn man solche Pilotprojekte, die immerhin von der EU und dem Freistaat Sachsen mit rund 9,8 Millionen Euro gefördert werden, nicht zusammen denkt und über die Telematik-Infrastruktur zusammenbringt. Nur wenn die Telematik-Infrastruktur als lebendige Plattform genutzt wird, wird sie Erfolg haben.

*Das war gerade der Fehler der ersten zehn Jahre, in der die Plattform auf hunderten, wenn nicht tausenden Seiten definiert wurde. Vor lauter Strukturen und Definitionen hat anscheinend nie jemand daran gedacht, was man denn eigentlich inhaltlich damit erreichen will.*

Es ist in der IT vollkommen normal, eine Infrastruktur auf mehreren hundert oder auch tausenden von Seiten zu spezifizieren – allein aus juristischen Gründen. Über allem muss natürlich der praktische Nutzen stehen.

*Falsch war es jedenfalls, die Gesundheitskarte als solche als allein selig machendes Mittel verkaufen zu wollen.*

Dem kann ich zustimmen. Die Karte ist nichts weiter als eine Art Schlüssel, also ein Eingang zu einem sicheren Netz, das Patienten über Sektorengrenzen hinweg integriert versorgt.

*Obwohl es so sicher wie das Amen in der Kirche sein wird, dass viele, wenn nicht das Gros der Hunderte von eHealth-Pilotprojekten, die wir in Deutschland haben, sterben werden, wenn die Förderung ausbleibt.*

Nur, wenn in der Zwischenzeit die Telemedizin-Infrastruktur nicht ans Laufen gebracht wird, die als Netzinfrastruktur genutzt werden kann, um Insellösungen, deren Evidenz nachgewiesen worden ist, skalieren zu können. Der wirkliche Erfolg wird sich aber auch nur dann einstellen, wenn es eine Art Entwickler-Plattform gibt, die diversen Entwicklern und Projektträgern die Möglichkeit gibt, schneller und günstiger als bisher telemedizinische Anwendungen auf dieses Netz zu bringen.

*Ein System, ähnlich wie es Apple den App-Entwicklern oder Google den Android-Adepten bietet.*

So in der Art. Nur muss man sich diese Plattform auf eine professionalisierte, medizinische Welt zugeschnitten vorstellen.

*Wieder Science Fiction?*

Nein, bereits angelegt im Projekt CCS. Dort beginnen wir mit drei Pilotprojekten: dem Schlaganfallnetz, das mit einer Fallakte unterlegt ist, die heute durchaus als Vorreiter in Sachen Telemedizin in Deutschland gelten kann; einer Telepathologie und einem Tele-Coaching von Schwestern, die vor Ort Patienten im Bereich Herzinsuffizienz betreuen. Diese drei Pilotanwendungen inklusive der Anbindung von mobilen Medizingeräten, dem Andocken von Video-Konferenzen, dem Einbinden von Fallakten und vielem anderen mehr ist auf der CCS-Plattform bereits heute vorkonfiguriert.

*Wenn also jemand zum Beispiel eine Diabetesanwendung auf die Plattform bringen möchte ...*

... muss er diese Anwendung im Prinzip nur noch konfigurieren und auf die jeweiligen Anforderungen und Leitlinien hin adaptieren,

aber nicht ganz neu von vorne entwickeln. Das diese Plattform in einem sicheren Rechenzentrum betrieben wird, muss ich nicht näher erläutern, das ist eine Grundvoraussetzung. Damit kann man sich den Aufbau diverser Module und den Invest für eigene sichere Server oder gar Serverfarmen sparen, man mietet einfach die benötigten Detaillösungen. Damit sinkt der Aufwand für eine neue telemedizinische Anwendung, sie wird damit auch leichter kalkulierbar.

**Damit könnte auch ein Modellprojekt, dessen Förderung ausläuft, leichter skaliert werden.**

Genau. Um das zu erreichen, verbinden wir CCS ganz bewusst mit einer eigenen Betreibergesellschaft, die es uns leichter macht, weitere Projekte zu akquirieren.

**Auch jenseits von Ostsachsen?**

Erst einmal bleiben wir in Sachsen. Doch auch hier gibt es schon jetzt Interesse, weitere Anwendungen auf diese Plattform bringen.

**Man hat demnach eine Plattform mit diversen Modulen und Schnittstellen, womit 80 oder auch 90 Prozent des nötigen Invests abgedeckt werden können, wobei nur mehr der Rest zu individualisieren ist.**

Ein wenig komplexer ist die Sache schon. Aber im Prinzip haben Sie recht. Ausschlaggebend ist, dass die Schnittstellen zu den einzelnen klinischen Informationssystemen vorprogrammiert sind; im Laufe der Zeit gibt es auch jene zu den wesentlichen Systemen im niedergelassenen ärztlichen Bereich.

**Stehen Sie in Verhandlungen mit den Arztinformationssystem-Herstellern, unter anderem mit dem Platzhirsch Compugroup?**

Wir kennen die Compugroup und die anderen Anbieter von Arztsoftwares. Mit vielen arbeiten wir im gematik-Projekt zusammen. Ich spüre aber auch als Vorstand im bvtg, dass die Tendenz zu standardisierten, offenen Schnittstellen geht. Ebenso ist es ein glücklicher Zufall, dass wir die Netzinfrastruktur über die Testregion und eine Telemedizininfrastruktur wie CCS in Sachsen schon heute verbinden können.

**Und damit gemeinsam lernen und sich kennenlernen können.**

Vor allen Dingen: integrieren können! Unsere Vision ist die, dass wir in nicht allzu ferner Zeit gerade über das CSS-Projekt auch Anwendungen in die Arztpraxis bringen können - über die Telematikinfrastruktur.

**Erst dann wird der Nutzen der Patientenkarte wirklich gegeben sein. Viel Nutzen ist ja bislang wahrlich nicht vorhanden.**

Der Versicherte hat heute eine Karte, mit der er nicht viel machen kann. Dieses Stück Plastik wird auch in Zukunft nicht viel mehr als ein sehr sicheres Authentifizierungsinstrument sein - selbst dann, wenn einige Daten mehr als bisher auf den Chip der Karte gebracht werden. Doch wird sie immer nur ein Bruchteil der telematischen Anwendung bleiben können.

**Solche Projekte stimmen hoffnungsfroh, dass dieser Gordische Knoten der Telematik über diverse Modellversuche, die natürlich evaluiert werden müssen und deren Evidenz damit bewiesen werden kann, durchbrochen wird. Dann reden wir sicher auch über eine eher absehbaren Zeit, in der die Versorgungsrealität verändert werden kann.**

Die Skepsis, dass es schnell geht, ist schon tief verankert. Es gibt



inzwischen aber ausreichend gut laufende Projekte, die auch mich hoffnungsvoll stimmen.

**Irgendwann fällt mit Sicherheit auch das Schlagwort Big Data.**

Sicher. Alle sind interessiert an Big Data. Auch, weil Ärzte, vor allem aber Forscher wissen, dass mit diesem Zauberwort eine ganz andere Art von Versorgungsforschung möglich sein wird. Bisher reden wir gerade einmal über Forschung mit Sozial-, Abrechnungs- oder Registerdaten. Mit dem flächendeckenden Einsatz der Telematik wird es auf einmal ganz andere Möglichkeiten der Datenerhebung- und auch der Datenanalyse geben, die, wenn man beispielsweise an personalisierte Medizin denkt, unverzichtbar sein werden.

**Die Telematik wäre die künftige Möglichkeit, relativ einfach an neue Primärdaten heran zu kommen, die es heute in der Form noch gar nicht gibt. Wenn denn das Einverständnis der Patienten vorliegt.**

Absolut. Dieses Einverständnis kann man und muss man vorher abfragen. Doch nur wenige Patienten - das sieht man in Amerika - lehnen ein solches Ansinnen ab, wenn ihre Daten helfen können, die Therapie oder auch die Versorgung zu verbessern.

**Denken Sie jetzt schon Versorgungsforschung mit oder ist das eher noch ein neues Betätigungsfeld für die Telekom?**

Es wird einfach enorme Potenziale für die IT in der Versorgungsforschung geben. Immer, wenn ich mit Versorgungsforschern spreche, stößt dieses Thema auf großes Interesse. Doch ebenso schnell wird deutlich, dass die Szene gerade erst dabei ist, an digital unterstützte Prozesse zu denken. Das fängt bei den Möglichkeiten von Daten aus Wearables an und hört bei Daten aus Blutzuckermessgeräten noch lange nicht auf. Bei all diesen Vital- und medizinischen Daten tut sich ein Feld riesiger Möglichkeiten auf. Der große Gedanke muss der sein, dass es uns die Technologie erstmals ermöglicht, Studien - natürlich mit der Zustimmung und meist auch mit der Mitarbeit des Individuums, die sicher nicht schlecht für dessen Adhärenz sein wird - am realen Patienten im realen Umfeld durchzuführen. Das wird etwas ganz anders sein als bisherige medizinisch-klinische Studien, die in einem künstlichen Studiensetting fast unter Laborbedingungen stattfinden.

**Mit einer großen Verzerrung, bedingt durch Setting, Bias etc.**

Immer mehr Versorgungsforschern wird allmählich klar, dass sich hier eine ganz neue Welt auftut – von Datenerhebung bis -analyse und -auswertung. Und das in einer weitaus realistischeren Form als heute und obendrein auch noch mit wesentlich mehr Datenpunkten.

#### Was kann die Telekom schon heute als Lösung anbieten?

Wir beginnen derzeit mit der Archivierung. Unsere Studienabbildung ermöglicht es Forschern, schnell und einfach auf gemeinsame Plattformen zuzugreifen und Daten gemeinsam auszuwerten. Man braucht keine Daten mehr hin und her zu schicken, weil alle in einer sicheren Cloud abgelegt sind, auf die man jederzeit vollständigen Zugriff hat. Schon diese Verfügbarkeit und Auswertungsgeschwindigkeit wird eine ganz neue Dimension von Studien ermöglichen, in der Daten studienbegleitend generiert und ausgewertet werden können, nahezu in Ist-Zeit.

#### In deutschen Universitätskliniken wird immerhin teilweise schon auf kostenlose Cloud-Dienste wie Dropbox zurückgegriffen...

...und jeder Datenschützer dürfte dazu Zweifel anmelden. Die Sicherheit von Gesundheitsdaten steht über allem. Schnelle und billige Angebote machen daher keinen Sinn.

Das liebe Geld ist in der Infrastruktur immer schon ein heikles Thema gewesen. Man sagt, dass in zehn Jahren so knapp eine Milliarde Euro ausgegeben worden ist, das macht also rund 100 Millionen Euro pro Jahr.

Ist das viel? Kaiser Permanente investiert pro Jahr rund eine Milliarde US-Dollar in die Entwicklung ihrer IT-Infrastruktur. In den USA wurden in den letzten Jahren in einem sehr strategischen Versorgungsansatz Patientenakten ins System gebracht, mit einem Invest von rund 24 bis 25 Milliarden US-Dollar.

#### Denken wir Deutschen zu kleinkariert?

Das nicht, aber manchmal nicht strategisch und visionär genug. Seien wir doch mal realistisch: Ein Großteil der bisherigen Ausgaben ist für die Definition und die Ausgabe der Gesundheitskarte ausgegeben worden. Dass das alleine wohl noch kein strategischer Systemansatz sein kann, muss doch allen klar sein. Doch diese Diskussion kommt mir viel zu kurz. Es wird fast reflexartig über Datenschutz und Datensicherheit diskutiert - dabei wird das System von den Bundesdatenschützern des BSI empfohlen. Natürlich stolpert man über hohen Ausgaben. Dabei sind die hier aufgerufenen Beträge unterm Strich reine Investitionen in eine Infrastruktur. Wir sehen doch in anderen Bereichen schon heute, wie unsere Infrastruktur leidet, wenn jahrelang nicht in sie investiert wurde - wer im Rheinland über die Brücken fährt, weiß, wovon ich rede.

#### Haben Sie Angst, dass Deutschland den Zug verpasst, nebenbei auch noch so eine Infrastrukturgroßbaustelle?

Durchaus. Weil wir zu kurzfristig denken. Weltweit werden Versorgungssysteme viel stärker unterstützt als bei uns. In den nächsten drei bis vier Jahren werden Standards geschaffen, an denen sich Deutschland dann orientieren muss. Wir werden uns dann viel schwerer tun, mit dieser Entwicklung Schritt zu halten.

#### Ohne Geld wird es nicht gehen.

Sicherlich - allerdings müssen das keine Unsummen sein. Um der Telemedizin eine wirkliche Chance zu geben, müsste man nur einen recht überschaubaren Betrag investieren, um die dafür notwendige

Infrastruktur in den Praxen zu finanzieren.

#### Was ist für Sie ein überschaubarer Betrag?

Wir haben das einmal hochgerechnet: Für das gesamte Bundesgebiet kamen wir auf einen kleinen dreistelligen Millionenbetrag.

#### Das klingt nicht allzu viel, wenn man an rund 300 Milliarden Euro denkt, die pro Jahr über das GKV-System in die Versorgung fließen. Wie wird denn für die Telekom ein Businessmodell daraus?

Wir müssen es schaffen, die Telematik und damit die sichere Telemedizinplattform mit möglichst vielen, wenn nicht allen, Systemen vor Ort zu integrieren. Deshalb engagieren wir uns sowohl bei der Telematikinfrastruktur als auch bei Pilotprojekten wie in Sachsen. Dieser Ansatz liegt auch relativ nahe an unserem Kerngeschäft, weil die Telekom für sichere Netze steht. Nun bauen wir jetzt noch eine medizinische Plattform darauf. Und verbinden das Ganze über Telekom-Leitungen mit den Kliniken, in denen wir wiederum unser iMedOne nutzen können. Das wird schon eine ganz runde Sache.

#### Wo sehen Sie die Zukunft der Telekom Healthcare?

Im Mittelpunkt steht immer der Vernetzungsgedanke, aus dem man sehr viel entwickeln kann.

#### Wo sind mittel- oder auch langfristig Ihre Grenzen?

Wir machen überhaupt keine medizinische Versorgung, auch nicht über Managementgesellschaften.

#### Ist das eine Grundsatzentscheidung, sich der Konkurrenzkonflikte zu enthalten?

Genau. Wir werden nicht in Konkurrenz zu Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern oder Pflegepersonal treten. Telemedizin wird nur dann ein Erfolg, wenn wir es schaffen, alle Spieler im Gesundheitswesen sicher zu vernetzen. Das ist unser Ziel, und die Aufgabe als solche ist schon groß genug.

#### Move the data, not the patient!

Das ist das Grundprinzip der Telemedizin, doch wir fügen hinzu: Move the data, not the doctor.

#### Was halten Sie sich vom E-Health-Gesetz?

In erster Linie ist es wichtig, dass wir klare Rahmenbedingungen erhalten, vor allen Dingen, was die Interoperabilität betrifft - ein aus meiner Sicht völlig unterschätztes Thema. Jeder beklagt sich über Sektoren und Systemgrenzen, doch anno 2015 kann ein Arzt in der Regel seinen Arztbrief nicht in das System des weiter behandelnden Arztes oder der Klinik schicken, weil diese eine andere Praxis- oder Kliniksoftware benutzen.

#### Was macht er dann?

Er faxt! Schon rein aus Datenschutzgründen ist das ein Unding.

#### Definiert Schnittstellen und Punkt. Das darf doch nicht so schwierig sein.

Ich könnte es nicht besser definieren. Denn ohne Interoperabilität wird das eben dann doch nichts mit der Telematikinfrastruktur. Das wollen wir doch alle nicht. <<

Herr Dr. Wehmeier, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier





**Jetzt  
anmelden:**  
[www.deutscher-  
pflegetag.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 Pflegetag 2015,  
**die führende Veranstaltung für Pflegemanager und Pflegefachkräfte.**  
Erleben Sie interessante Fachvorträge, richtungweisende Innovationen  
für die pflegerische Praxis sowie **Spitzenvertreter** aus Politik,  
Wirtschaft und Pflege **im Dialog.**

## Handbuch Gesundheitskommunikation

Hrsg.: Hurrelmann, Baumann  
**Handbuch Gesundheitskommunikation**  
 Verlag: Hans Huber, 2014  
 536 Seiten  
 ISBN: 978-3-456-85432-8  
 Preis: 59,95 Euro



bzw. zwischen medizinischen Experten, kehrt der Leser im letzten Kapitel des ersten Teils zurück. Deutlich wird hier, dass der Arzt-Patient-Kommunikation heute ein ausgesprochen

>> Gesundheitskommunikation ist ein Themengebiet, das sich in den letzten Jahren zu einem komplexen und dynamischen Kommunikationsfeld entwickelt hat. Immer mehr Disziplinen widmen sich dem Thema, die Reihe der fokussierten Akteure wird länger und ihre sozialen Interaktionen haben sich aufgrund der enormen Entwicklung von medialen Kontexten zu vielgestaltigen Austauschprozessen gewandelt. Für denjenigen, der sich einen aktuellen Überblick über dieses Gebiet verschaffen will, ist das „Handbuch Gesundheitskommunikation“, herausgegeben und gestaltet von renommierten Autoren und Autorinnen unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen, ein ausgesprochen hilfreiches Überblickswerk.

Mit dem ersten deutschsprachigen „Handbuch Gesundheitskommunikation“ liefert der Verlag Hans Huber eine beeindruckende Ausdifferenzierung des bereits im Jahr 2001 publizierten Sammelbandes „Moderne Gesundheitskommunikation“ von Hurrelmann und Leppin. Die Programmatik der Publikation spiegelt das in den letzten 15 Jahren herausgebildete weitreichende Verständnis von Gesundheitskommunikation wieder: „Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen, die sich auf Gesundheit oder Krankheit, Prävention oder den gesundheitlichen Versorgungsprozess, die Gesundheitswirtschaft oder Gesundheitspolitik richten. Die Kommunikation kann auf interpersonaler, organisationaler oder gesellschaftlicher Ebene stattfinden und direktpersönlich oder medienvermittelt erfolgen.“ (Hurrelmann & Baumann 2014, S. 13).

Im ersten Teil des Handbuches wird Gesundheitskommunikation als interdisziplinäres Forschungsfeld entfaltet mit seinen verschiedenen Perspektiven, Paradigmen und Programmen. Grundlagen und Forschungslinien der Health Communication in Soziologie, Psychologie und Kommunikationswissenschaften bieten dazu interessante Vertiefungen in den Folgekapiteln. Zur „Ursprungsinteraktion“ der Gesundheitskommunikation, der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

hoher Stellenwert zukommt und die korrespondierenden Erfolgspotenziale im Theorie-Praxis-Transfer noch nicht voll ausgeschöpft werden.

Gut anschlussfähig an diesen Forschungsüberblick ist die Vertiefung der interpersonellen Gesundheitskommunikation im zweiten Teil des Handbuches. Wer differenzierte Einblicke in das Interaktionsgeschehen zwischen Patient und Arzt sucht, sich über kritische Gesundheitsbildung und kompetente Patienten informieren möchte oder die Herausforderungen der Interaktion mit schwer erreichbaren Zielgruppen zu meistern sucht, erhält hierzu interessierte Analysen und sinnvolle Strategien für die Gestaltung der An- und Mitsprache von Patienten, die Mitentscheider in Fragen der Diagnose und Therapie sind und als Kommunikanten auf Augenhöhe zum medizinischen Experten aufzufassen sind.

Die direktpersönliche Kommunikation über Gesundheit ist kontextualisiert durch die massenmediale Darstellung von Gesundheit und Krankheit, Diagnose und Therapie. Insbesondere die Berichterstattung über Gesundheitsrisiken kann hier als persuasive Größe nicht vernachlässigt werden. Dem tragen die Beiträge im dritten Teil des Handbuches Rechnung. Hier sind vielfältige empirische Befunde zur Risikowahrnehmung und Gesundheitsberichterstattung im Allgemeinen, aber auch zu ausgewählten Risiken, zusammengetragen. Im Anschluss werden die Implikationen für die journalistische Arbeit in Fach- und Publikumsmedien entwickelt sowie Qualitätskriterien für den Gesundheits- und Medizinjournalismus vorgestellt. Neben Information bieten Medien auch Unterhaltung und diese wird in ihrer Bedeutung für die Gesundheit und das korrespondierende Verständnis von Medienrezipienten erörtert, so dass die gesundheitsfördernden und –beeinträchtigenden Potenziale der massenmedialen Thematisierung von Gesundheit nachvollziehbar werden können.

Das moderne Verständnis von Gesundheitskommunikation wird im vierten Teil des Handbuches durch die Betrachtung der Online-Informationen und –Interaktionen der Akteu-

re komplettiert. Neben modernen Informations- und Kommunikationstechnologien sind ausgewählte Interaktionsbeziehungen Thema der Betrachtung. Nicht so recht zum konzeptionellen Rahmen des Buches passen die Vertiefungen zu Pathologien der Mediennutzung, Internetabhängigkeit und Cybermobbing – wenn auch die Einzelbeiträge teils hoch interessante Einsichten vermitteln.

Anstelle dieses Exkurses wären die Kommunikationsstrategien und -kampagnen verschiedener Akteure im Feld der Health Communication anschlussfähiger gewesen. Denn diese Kommunikation wird heute in beträchtlichem Rahmen in Webseiten, Portalen und Social-Media-Angeboten realisiert. Diese erst im fünften Teil des Handbuches offerierten Inhalte weisen darüber hinaus insofern einige Leerstellen im inhaltlichen Spektrum auf, als dass die gesonderte Betrachtung des Akteurs Krankenkasse die einzige akteurspezifische Erörterung darstellt. Die Kommunikation von Ministerien und nachgelagerten Behörden, Ärzten und Verbänden sowie von weiteren Gesundheitsberufen und ihren Standesvertretungen mit ihren Informationsofferten und Beratungsangeboten sowie die Selbstthematization von pharmazeutischen Unternehmen und ihrer Produkte fehlen. Gerade letzteres ist bedauerlich, da die Pharmaindustrie mit einem Image zwischen Fluch und Segen massiv die Einstellungen zu Gesundheitsförderung und Therapie mitbestimmen dürfte.

Der Patient steht im Mittelpunkt des vorletzten Teils des Handbuches, der Betrachtung der Patienten- und Nutzenperspektiven der Gesundheitskommunikation. Mit dieser Fokussierung verbunden ist eine gewisse Redundanz der Beiträge zum Themenangebot des Parts zwei (interpersonale) und drei (massenmediale Gesundheitskommunikation). Der Abschlusspart thematisiert Politikbezüge der Gesundheitskommunikation, standesethische Kriterien für die Kommunikation zu Gesundheit und Krankheit sowie die Betrachtung des Berufsfelds Health Communication. Die Teil-Überschrift „Praxisbezüge“ ist etwas irreführend, verschränkt doch das „Handbuch Gesundheitskommunikation“ in nahezu jedem Beitrag Wissenschafts- und Praxisperspektiven – was einen Gewinn im Leseerlebnis darstellen dürfte. <<

von: Prof. Dr. Susanne Femers, Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW) Berlin, FB 04 – Informatik, Kommunikation und Wirtschaft, Studiengang Wirtschaftskommunikation



## Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

### Kommentar



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein arbeitsreiches und erfolgreiches Jahr 2014 liegt hinter uns. Die Mitgliederzahlen entwickeln sich weiterhin sehr positiv. Wir haben die Gründe für eine Mitgliedschaft im DNVF einmal bei Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands, nachgefragt.

Die vielfältigen Anfragen an das Netzwerk spiegeln den Erfolg unserer Arbeit wider, übertreffen aber die personellen Ressourcen. Ohne die Unterstützung des Vorstands, der Sprecherinnen und Sprecher unserer Arbeits- und Fachgruppen sowie der zahlreichen Mitglieder sowie der hocheffizient arbeitenden Geschäftsstelle würde uns dies in dieser Form nicht gelingen. An dieser Stelle einen herzlichen Dank an alle!

Neben einem kleinen Rückblick wollen wir Ihnen auch einen kurzen Ausblick auf das Jahr 2015 geben. Wir freuen uns auf die Herausforderungen und Chancen, die im kommenden Jahr auf uns zukommen. Eine zentrale Aufgabe wird die Ausrichtung des 14. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung sein, den wir zum ersten Mal ohne Federführung einer Mitgliedschaft mit der Agentur m:con ausrichten. Erste Informationen zum Thema und Konzept stellen wir vor.

In Gedenken an unser verstorbenes Ehrenmitglied Prof. Wilfried Lorenz werden wir 2015 erstmalig einen Versorgungsforschungspreis ausloben, die Ausschreibungen haben wir hier abgedruckt.

Weiterhin haben wir für Sie einige aktuelle Termine, Zahlen und Fakten zusammengestellt.

Ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit und Entwicklung des DNVF.

Ihr

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

### Aufgaben und Strategien des DNVF e.V. – Rückblick und Ausblick

## Das Netzwerk wächst und damit die Aufgaben

Im Jahr 2014 sind die Anzahl der institutionellen und die Anzahl der persönlichen Mitglieder im DNVF e.V. so stark gestiegen wie nie zuvor. Diese erfreuliche Bilanz ist auf zwei wesentliche Entwicklungen zurückzuführen. Zum einen ist die Versorgungsforschung in der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Szene angekommen und sehr präsent. Durch die Ankündigung des Innovationsfonds im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist das Interesse auf allen Seiten gewachsen. Zum anderen hat die Satzungsänderung 2011 zu diesen Entwicklungen beigetragen. Diese Satzungsänderung war mit der Strategie verbunden, neben den Fachgesellschaften auch wissenschaftliche Institute, die Selbstverwaltungsorgane und andere Akteure der Versorgungspraxis in das Netzwerk aufzunehmen und den Versorgungsforschern in Form einer stimmberechtigten persönlichen Mitgliedschaft mehr Gestaltungsmöglichkeiten im DNVF einzuräumen.

>> Der Ausbau des Netzwerks und die engere Vernetzung mit weiteren Akteuren wie z.B. aus dem Bereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungsträger werden 2015 weiter verfolgt. Wichtig erscheint weiterhin das Thema E-Health stärker in den Fokus zu rücken. Innovationen im E-Health-Bereich bringen neue Chancen, führen aber auch zahlreiche Schnittstellenproblematiken zu Tage, die es gemeinsam zu lösen gilt.

Wie das Netzwerk, so sind auch die Aufgaben in 2014 gewachsen. In den Anfangsjahren des Vereines galt es zunächst, die Versorgungsforschung als wissenschaftliches Fach (insbesondere gegenüber der klinischen Forschung) zu stärken. In den DNVF-Arbeitsgruppen wurden Methodenmemoranden erarbeitet, die heute erfolgreich in zahlreichen Seminarmodulen (u.a. vom 3.-5. März 2015 bei der DNVF-Spring-School) vermittelt werden.

Aktuell stehen die Themen Qualität, Trans-

parenz und Nutzen der Versorgungsforschung vermehrt im Fokus der Arbeit des DNVF. Die Datentransparenzverordnung, die Frage der Datenzugänge sowie die Qualität von Daten spielen eine wichtige Rolle, der sich das Netzwerk auch 2015 intensiv widmen möchte. Um Transparenz über Versorgungsforschungsprojekte zu schaffen, hat das DNVF die Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland, die in einem gemeinsamen Projekt des IMVR (Köln) und des WINEG (TK) entwickelt wurde, übernommen. Neben diesem „Register“ für Versorgungsforschungsstudien soll gemeinsam mit dem korrespondierenden Mitglied, der TMF, ein „Register für Register“ aufgebaut werden. Beide Projekte werden 2015 weiter verfolgt. Ebenso wird das Netzwerk weiterhin dort Stellung beziehen, wo es dazu eingeladen wird oder es für notwendig erachtet wird.

Mit dem „DNVF-Forum Versorgungsforschung“ wurde 2014 ein neues Veranstaltungsformat erprobt, das den Diskurs zu



### Save the Date

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



# DNVF

ausgewählten aktuellen Themen unter den Mitgliedern und mit externen Experten fördert. Die Resonanz war ausgesprochen positiv. Dieses Format wird 2015 fortgesetzt. Das nächste Forum wird voraussichtlich schon im Mai zum Thema Innovationsfonds stattfinden.

Für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat das Netzwerk bisher keine personellen und finanziellen Ressourcen. Dank dem Angebot des „Monitors Versorgungsforschung“, pro Ausgabe vier Seiten inhaltlich zu gestalten, konnte die Außendarstellung des Netzwerks in dem versorgungspraktischen und gesundheitspolitischen Bereich deutlich verbessert werden. Nach dem ersten erfolgreichen Jahr mit dem MVF wird die Zusammenarbeit fortgesetzt. Darüber hinaus

verheißt die von Mitgliedern angekündigte Unterstützung in Sachen PR- und Öffentlich-

keitsarbeit eine positive Entwicklung für das kommende Jahr. <<

## Nachgefragt: Die Gründe für die Mitgliedschaft des BKK-Dachverbands im DNVF e.V.

„Der BKK Dachverband e.V. engagiert sich gern im Netzwerk: Zum einen könnten sich unsere 88 Mitgliedskassen ein kassenarteneigenes Institut gar nicht zeitnah aufbauen. Zum anderen haben viele unserer Betriebskrankenkassen in ihren Regionen innovative Versorgungsprojekte mit medizinischen Partnern aufgebaut, die erfolgreich sind und bei den Versicherten gut ankommen. Die Expertise, die Wirkung solcher Projekte zu evaluieren, findet sich im Netzwerk Versorgungsforschung. Ich denke, es profitieren beide Seiten: Die Kassen-Praktiker gewinnen Einsicht in die wissenschaftliche Herangehensweise, und die Wissenschaftler sehen die Mühen im operativen Geschäft, trotz engagierter Akteure ein innovatives Projekt der medizinischen Versorgung dauerhaft ans Laufen zu bringen.“



**Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes**

## Ausschreibung Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2015 verliehen vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

1. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) vergibt den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) verliehen.
2. Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis wird in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939-2014), vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung und hier insbesondere um die Outcomeforschung und das Thema Lebensqualität nach Brustkrebs verdient gemacht. Er hat für sein wissenschaftliches Lebenswerk zahlreiche Ehrungen erhalten. Vielen DNVF-Mitgliedern ist er Vorbild.
3. Der Preis ist für die Auszeichnung und Förderung einzelner oder einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. sind und sich mit einer Originalarbeit bewerben, die in den letzten 12 Monaten vor der Ausschreibung in einem Publikationsmedium mit Peer-Review publiziert oder zur Publikation angenommen wurde.
4. Kriterien sind wissenschaftliche Originalität, eine sehr gute methodische Qualität sowie eine hohe Relevanz für die Umsetzung in die Patientenversorgung.
5. Die Kandidatur für den Preis kann ausschließlich durch Eigenbewerbung erfolgen. Sofern der Beitrag bereits mit einem Preis ausgezeichnet oder für eine Preisbewerbung eingereicht wurde, ist dies zu vermerken.
6. Die Ausschreibung des Preises richtet sich an alle DNVF-Mitglieder. Dies schließt die Mitglieder unserer Fachgesellschaften, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute und Zentren, die Mitglied oder Fördermitglied im DNVF e.V. sind, ein. Gleichmaßen können sich persönliche Mitglieder im DNVF e.V. um den Preis bewerben.
7. Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert.
8. Die Bewerbungsunterlagen beinhalten ein Anschreiben, die Originalarbeit, einen tabellarischen Lebenslauf des Bewerbers/der Bewerber/in sowie ein für jeden Bewerbenden ausgefülltes Formblatt „Interessenkonflikte“. Die Bewerbungsunterlagen sind in einer Datei zusammengefasst als Anlage einer E-Mail an die Geschäftsstelle des DNVF zu richten (e-Mail: [dnvf@uk-koeln.de](mailto:dnvf@uk-koeln.de)). Bewirbt sich eine Gruppe, muss das Einverständnis aller Beteiligten vorliegen. Bei Mitarbeitern und Mitgliedern unserer institutionellen Mitglieder ist zum Nachweis des Mitgliederstatus eine Bescheinigung der Gesellschaft/des Arbeitgebers vorzulegen. Bei Forschergruppen sollten 40% der beteiligten Personen den Nachweis eines direkten (persönliche DNVF-Mitgliedschaft) oder indirekten Mitgliederstatus vorlegen können. Persönliche Mitglieder im DNVF benötigen keinen gesonderten Nachweis.
9. Abgabetermin für Bewerbungen ist der 31.03.2015.
10. Die Auswahl des/der Preistragenden erfolgt durch eine Jury. Zu dieser gehören Mitglieder des Vorstands, Ehrenmitglieder des DNVF, Vertreterinnen und Vertreter der Sektionen sowie der Arbeitsgruppe Nachwuchsförderung des DNVF.
11. Unter den eingereichten Bewerbungen wählt die Jury nach den Kriterien der wissenschaftlichen Originalität, der methodischen Qualität sowie der Relevanz für die Versorgungspraxis den/die Preistragenden aus. Jurymitglieder werden bei einer Bewerbung aus dem eigenen Hause (Institut, Klinik) für die Bewertung ausgeschlossen.
12. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

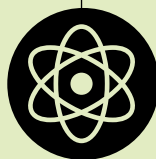


# Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

14. Kongress | 07. - 09.10.2015 | Urania - Berlin

## Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



Call for Abstracts –  
Einreichungsfrist 31.03.2015  
[www.dkvf2015.de](http://www.dkvf2015.de)



## 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) vom 07. bis 09.10.2015 in Berlin

# Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?

Der 14. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, der vom 07. bis 09.10.2015 in der Urania in Berlin stattfindet, steht unter dem Motto „Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!“. Der DKVF 2015 wird erstmalig nicht von einer Mitgliedsgesellschaft ausgerichtet, sondern von der Kongressagentur m:con – mannheim:congress GmbH. Der DNVF-Vorsitzende Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer wird auch die Kongresspräsidentschaft übernehmen und mit der 44-köpfigen Programmkommission das wissenschaftliche Programm vorbereiten.

>> Bei der Zusammensetzung der Programmkommission wurden Mitglieder aus allen Sektionen des DNVF angesprochen bzw. ausgewählt. Sowohl Vertreter der DNVF-Mitgliedsgesellschaften, der im DNVF vertretenen wissenschaftlichen Institute und der Organisationen der Selbstverwaltung sowie persönliche Mitglieder des DNVF planen gemeinsam das Programm. Weiterhin wurden Patientenvertreter in die Kommission berufen, um die Patientenperspektive in die Planungen einzubeziehen. Die Mitglieder der Programmkommission sind der Tabelle rechts zu entnehmen.

### Kongressthema Systeminnovationen

Die Verbesserung der Gesundheit u.a. durch Innovationen liegt im Interesse aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Innovationen finden neben der Systemebene vor allem auch auf der Produkt- und der Prozessebene statt, wie z.B. Arzneimittel oder Medizinprodukte, sowie neue Anwendungsformen, neue Dienstleistungen, neue Managementstrategien oder veränderte Organisationsstrukturen.

Neue Produkte, die nicht ausreichend auf „Wirkungen und Nebenwirkungen“ evaluiert werden, können auch zu negativen Ergebnissen führen. Im Interesse der Patienten ist es daher wichtig, die Zulassungsbedingungen für Innovationen und die qualitative gesicherte Umsetzung von Innovationen in die Routineversorgung zu diskutieren.

Im Zentrum steht immer die Frage, was bei den Patientinnen und Patienten ankommt, mit welchem Nutzen und mit welcher Qualität Patientinnen und Patienten von der Innovation profitieren. Inwieweit führt die Innovation zu einer besseren Gesundheit?

| Programmkommission DKVF 2015                      |   |
|---|---|
| Prof. Dr. Dr. h.c. H.-Jürgen Appelrath, Oldenburg | PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Regensburg |
| Prof. Dr. Matthias Augustin, Hamburg              | Franz Knieps, Berlin                          |
| Dr. Walter Baumann, Köln                          | Dr. Johannes Knollmeyer, Frankfurt am Main    |
| PD Dr. Kurt Bestehorn, Ebenhausen                 | Prof. Dr. Michael Koller, Regensburg          |
| Prof. Dr. Anke Bramesfeld, Göttingen              | Dr. Claudia Linke, Berlin                     |
| Dr. Johannes Bruns, Berlin                        | Hannelore Loskill, Düsseldorf                 |
| Thomas Bublitz, Berlin                            | Prof. Dr. Thomas Mansky, Berlin               |
| Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Berlin           | Prof. Dr. Thorsten Meyer, Hannover            |
| Dr. Stefan Dudey, Schwäbisch Gmünd                | Prof. Dr. Gabriele Meyer, Halle (Saale)       |
| Dr. Michaela Eikermann, Essen                     | Dr. Markus Müschenich, Berlin                 |
| Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann, Köln          | Dr. Gisela Nellessen-Martens, Köln            |
| Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Freiburg         | Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, Köln       |
| Prof. Dr. Gerd Glaeske, Bremen                    | Prof. Dr. Holger Pfaff, Köln                  |
| Dr. Holger Gothe, Hall in Tirol                   | Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig    |
| Dr. Dominik Graf von Stillfried, Berlin           | Prof. Dr. Martin Scherer, Hamburg             |
| Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Hamburg              | Prof. Dr. Jochen Schmitt, Dresden             |
| Prof. Dr. Bertram Häussler, Berlin                | Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln             |
| Prof. Dr. Falk Hoffmann, Oldenburg                | Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Rangendingen  |
| Dr. Felix Hoffmann, Berlin                        | Prof. Dr. Jürgen Stausberg, Essen             |
| Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Greifswald           | Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Göttingen        |
| Dr. Ulrike Holtkamp, Bonn                         | Dr. Frank Verheyen, Hamburg                   |
| Dr. Regina Klakow-Franck, Berlin                  | Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Bremen        |

Im Fokus des Kongresses stehen zudem der Innovationsfonds des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sowie die klassischen Themen der Versorgungsforschung, wie z.B. Versorgungsepidemiologie, Versorgungsbedarf, Zugang und Inanspruchnahme, Evaluationen von Gesundheitsleistungen, -technologien, Versorgungsstrukturen und -konzepten.

### Profil Versorgungsforschungskongress

Das Anliegen des DNVF ist es, eine Plattform für den Dialog zwischen Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik zu schaffen, und die Diskussion über Fragestellungen, Methoden/Designs, Ergebnisse, deren Transfer sowie die Rahmenbedingungen für Versorgungsforschung zu ermöglichen. Der Kongress spricht alle an der Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung beteiligten Personengruppen an.

Der Ausstellerbereich wird zukünftig stärker im Sinne eines „Marktplatzes“ und „Treffpunkts Versorgungsforschung“ gestaltet. Hier

können sich Dienstleister und Arbeitgeber im Bereich Versorgungsforschung präsentieren (z.B. Uni-Institute, Zentren, Krankenkassen-Institute, Forschungsbereiche der Pharmahersteller und Medizinproduktehersteller) als auch die Anbieter von Primär-, Sekundär- und Routinedaten. Willkommen sind ebenfalls Universitäten und Hochschulen, die Studiengänge im Bereich der Versorgungsforschung anbieten.

In den Vortragssitzungen sollen verstärkt die interprofessionellen und intersektoralen Sichtweisen berücksichtigt werden, Sitzungsleiter jeweils aus Wissenschaft und Praxis/Politik werden die Sitzungen umsetzungsorientiert und praxisnah moderieren. Für den wissenschaftlichen Nachwuchs werden Pre-conference-Seminare sowie besondere Angebote im wissenschaftlichen und Rahmenprogramm vorgehalten.

Erstmals wird im Rahmen des DKVF 2015 der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis verliehen (s. Ausschreibung S. II). <<



Dr. Constanze Lessing,  
David Herr

# Bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen - Analysen und Empfehlungen des SVR Gesundheit

Ein nach allgemeiner Auffassung zentrales Aufgabenfeld der Gesundheitspolitik liegt in der Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau. Erschien die praktische Umsetzung des damit verbundenen Anspruchs jahrzehntelang als Selbstverständlichkeit, so mehren sich seit einigen Jahren Bevölkerungsentwicklungen, von deren nachteiligen Auswirkungen vor allem ländliche Regionen betroffen sind: beispielhaft sei etwa die zunehmende Verstärkung der Bevölkerung genannt. So sind für junge Menschen insbesondere mittelgroße und größere Städte zu bevorzugten Lebens- und Arbeitsorten geworden (Gibis et al. 2012). Dieses Phänomen betrifft verschiedene Berufsgruppen, ist bei Gesundheitsberufen jedoch besonders problematisch. Gleichzeitig stellt der demografische Wandel und damit die älter werdende Gesellschaft gerade strukturschwache Regionen vor große Herausforderungen. In der Folge kommt es zu regionalen Ungleichheiten des Fachkräfteangebots, in der Regel zuungunsten ländlicher Regionen, was sich etwa in Nachbesetzungsschwierigkeiten von Arztpraxen zeigt. Auch im Krankenhaussektor finden sich deutliche regionale Unterschiede sowie ein ausgeprägter Mangel an Pflegefachkräften (BA 2013). In Verbindung mit dem steigenden Versorgungsbedarf ergibt sich daraus eine zunehmende Diskrepanz zwischen Fachkräfteangebot und -nachfrage.

>> Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Entwicklungen hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung einen Schwerpunkt auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen gelegt.

## 1. Ambulante vertragsärztliche Versorgung

### 1.1 Ungleiche Verteilung der Versorgungsstrukturen

Um den Status quo der vertragsärztlichen Versorgung zu charakterisieren, hat der Sachverständigenrat für sein aktuelles Gutachten alle KVen befragt und eine Analyse der Versorgungsgrade der vier Versorgungsstufen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Stichtag 30.09.2013 vorgenommen. Der Rat kommt dabei zu dem Schluss, dass es regional z.T. bereits erhebliche Ungleichverteilungen gibt. Bei den Hausärzten ist eine manifeste Unterversorgung gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Versorgungsgrad < 75 %

## Zusammenfassung

Der demografische Wandel und eine Verstärkung der Bevölkerung stellen ländliche, strukturschwache Regionen vor große Herausforderungen. In der Gesundheitsversorgung führt dies zu ausgeprägten regionalen Unterschieden mit einem Nebeneinander von (drohender) Unterversorgung einerseits und Überkapazitäten andererseits. Im aktuellen Gutachten 2014 zur bedarfsgerechten Versorgung nimmt der Sachverständigenrat eine Analyse der Versorgungssituation vor und schlägt ein Bündel von Steuerungsmaßnahmen zum Abbau von Unter- und Überversorgung vor. Hierzu zählen ein Landarztzuschlag für niedergelassene Ärzte in unterversorgten Regionen und der vermehrte Aufkauf von freierwerbenden Arztsitzen in überversorgten Regionen. Empfehlungen zur nachhaltigen Förderung der Allgemeinmedizin zielen auf eine Stärkung der Primär- und Grundversorgung und damit auf die Sicherstellung eines leistungsfähigen Gesundheitssystems. Perspektivisch sollte die Bedarfsplanung populationsorientiert weiterentwickelt werden. Für die stationäre Versorgung empfiehlt der Rat, die Sicherstellungszuschläge rechtssicher auszugestalten und zugleich Überkapazitäten maßvoll abzubauen. Die dreigliedrige Notfallversorgung könnte durch eine Integration der Leistungen und eine zentrale Koordinierung an Effizienz gewinnen. Im Bereich der Pflege sollte die Profession der Pflegenden durch eine gezielte Qualifizierung und Übernahme neuer Aufgaben aufgewertet werden und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff unverzüglich umgesetzt werden. Gerade im ländlichen Raum liegt Potenzial in innovativen sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen. Der Rat entwirft hier das umfassende Modell von lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung.

## Schlüsselwörter

Ländliche Versorgung; Bedarfsplanung; Unter- und Überversorgung; Krankenhausfinanzierung; Notfallversorgung; Pflege; Sachverständigenrat Gesundheit

bei Hausärzten) bisher für einen Mittelbereich in Hessen vom Landesausschuss festgestellt worden. 52 weitere Mittelbereiche in insgesamt sieben Bundesländern werden als drohend unterversorgt eingestuft (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Bayern, Saarland, Thüringen, Niedersachsen). Dabei fällt im KV-Vergleich auf, dass für die Feststellung einer ‚drohenden Unterversorgung‘ durchaus unterschiedliche Kriterien angewendet werden: In einigen Fällen werden Altersstrukturen der Ärzte und zu erwartende Nachbesetzungen einbezogen, teilweise wird die Einwohnerzahlentwicklung berücksichtigt, in mehreren KV-Regionen gibt es bisher gar keine Berechnungen zu drohender Unterversorgung. Der Rat empfiehlt hier eine Vereinheitlichung.

Regionale Unterschiede der ambulanten Versorgungsstrukturen finden sich auch bei der allgemeinen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung – sowohl zwischen den KVen als auch noch deutlicher zwischen verschiedenen Planungsbereichen innerhalb einzelner KV-Regionen. Unterversorgte Bezirke (Versorgungsgrad < 50 %) finden sich bei den Augen-, Haut- und HNO-Ärzten, außerdem bei den Psychotherapeuten und Kinder-Jugend-Psychiatern. Bei letzteren werden regionale Unterschiede besonders deutlich, da der Versorgungsgrad in manchen großstädtischen Planungsbereichen (Hamburg, Bremen, Berlin) zwischen 200 % und 300 % liegt.

In seiner Analyse des Status quo kommt der Sachverständigenrat auch zu dem Ergebnis, dass ein zunehmendes Ungleichgewicht in der Verteilung von Haus- und Fachärzten besteht. Eine ausgewogene Versorgungsstruktur ist gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie dann anzunehmen, wenn die Zahl der hausärztlich tätigen Vertragsärzte gegenüber den Fachärzten „wesentlich überwiegt“ (G-BA 2013). Während dies im Jahr 1993 mit einem Verhältnis von 60:40 noch der Fall war, ist bis zum Jahr 2012 mit einem Verhältnis von 46:54 eine kontinuierliche Verlagerung zuungunsten der Hausärzte festzustellen. Als erschwerender Faktor kommt die Altersstruktur der Hausärzte hinzu: Aktuell sind bundesweit 30,1 % aller Hausärzte 60

Jahre oder älter, während es bei den anderen Gebietsbezeichnungen durchschnittlich nur 13,4 % sind (BÄK 2014).

## 1.2 Bisherige Maßnahmen gegen Unter- und Überversorgung

Auch der Gesetzgeber hat die bestehenden Probleme einer Ungleichverteilung erkannt. Mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Sicherstellung zu verbessern und die Niederlassung ambulant tätiger Ärzte in (drohend) unterversorgten Regionen zu befördern, trat 2012 das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft. So gilt seit dem 01.01.2013 eine reformierte Bedarfsplanungs-Richtlinie, die u.a. eine kleinräumigere hausärztliche Bedarfsplanung vorsieht; eine Entwicklung, die der Rat ausdrücklich begrüßt. In seiner Analyse stellt er gleichwohl fest, dass sich nach der Neufassung der Richtlinie für alle Fachgruppen die Plansollzahlen an Arztsitzen verringert haben: z.B. um -2,8 % bei den Hausärzten und um -12,9 % bei den Kinderärzten. Zugleich hat sich die Zahl der tatsächlichen bundesweiten Niederlassungsmöglichkeiten (bis zur Sperrung der Planungsbezirke) erhöht.

Mit dem GKV-VStG wurden außerdem den für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verantwortlichen KVen größere Spielräume für regionale Anpassungen eingeräumt. Die Befragung aller KVen durch den Rat zeigt jedoch, dass die verfügbaren Instrumente – beispielsweise Strukturfonds, Sicherstellungszuschläge, Umsatzgarantien, Gründungszuschüsse oder auch Kauf von Arztsitzen – bisher nur verhalten angewendet werden. Dabei ist auch augenfällig, dass der Schwerpunkt der berichteten Aktivitäten auf dem Abwenden von (drohender) Unterversorgung liegt, während in weit geringerem Umfang Maßnahmen gegen ebenfalls bestehende Überversorgung ergriffen werden. Dies verdeutlichen auch einige Beispiele der KV-Maßnahmen (siehe Box 1).

## 1.3 Empfehlungen gegen Unter- und Überversorgung

Zum Abbau von Unter- und Überversorgung empfiehlt der Rat, die von den KVen bereits eingeleiteten Maßnahmen konsequent umzusetzen und weiterzuentwickeln. Hierzu unterbreitet er Vorschläge auf verschiedenen Ebenen: von eher langfristig angelegten qualitativen Verbesserungen der Rahmenbedingungen bis hin zu potenziell schneller wirkenden finanziellen Anreizen.

Mit dem Ziel einer regional ausgeglichenen Verteilung vertragsärztlicher Strukturen werden die Einführung eines „Landarztzuschlags“ einerseits und die Verpflichtung zum Kauf überzähliger

Arztsitze andererseits empfohlen. Der konkrete Vorschlag sieht vor, dass niedergelassene Hausärzte, allgemeinversorgende Fachärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 90 % für Hausärzte bzw. unter 75 % für Fachärzte einen (bis zu) 50-prozentigen Vergütungszuschlag auf alle ärztlichen Grundleistungen erhalten. Bei den Hausärzten betraf dies zum Stichtag 30.06.2013 12 % der Mittelbereiche. Die Zuschläge sollen den jeweiligen Ärzten für 10 Jahre garantiert werden und ermöglichen somit Planungssicherheit. Die Finanzierung soll für die Versicherten kostenneutral erfolgen und zulasten derjenigen Ärzte aller Fachgruppen gezahlt werden, die in nicht (drohend) unterversorgten Planungsbereichen praktizieren. Für den Fall einer Überforderung einzelner KVen ist ein überregionaler finanzieller Ausgleich denkbar.

Zugleich gilt es, einer Perpetuierung von Überversorgung entgegenzuwirken. Daher empfiehlt der Rat, die bestehende Regelung zum Kauf frei werdender Arztsitze ab einem Versorgungsgrad von 110 % von einer „Kann-“ in eine „Soll-Regelung“ umzuwandeln – wie es auch von der Bundesregierung geplant ist – und zusätzlich für einen Versorgungsgrad ab 200 % als „Muss-Regelung“ zu gestalten, mit Ausnahme der Psychotherapeuten. Zum Stichtag 30.09.2013 betraf dies insgesamt 1.739 Arztsitze über der 200 % -Versorgungsgradgrenze.

## 1.4 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Ansichts ihrer zentralen Bedeutung sollte die Bedarfsplanung möglichst präzise ausgestaltet sein und sich an für den Versorgungsalltag relevanten Kriterien orientieren. Aktuell weist sie jedoch Schwächen auf: Besonders die Versorgungsgrade sind arbiträre Größen; ihnen fehlt es an einer objektiven, medizinisch fundierten Quantifizierung des klinischen Bedarfs. Dies gilt für alle Fachgruppen, speziell aber für die psychotherapeutische Versorgung. Es braucht daher empirische Studien zur Bedarfsermittlung; die Bedarfsplanung sollte populationsorientiert weiterentwickelt werden. Bei den Kinderärzten sollte beispielsweise die Zahl der Kinder und nicht die der Gesamtbevölkerung zu Grunde gelegt werden, bei den Gynäkologen die weibliche Bevölkerung. Neurologen und Psychiater werden historisch bedingt noch gemeinsam als Nervenärzte geplant, was möglicherweise einen Mangel an Psychiatern verdeckt. Hier empfiehlt der Rat eine differenzierte Betrachtung. Dies gilt auch für die Orthopäden und Unfallchirurgen sowie für verschiedene Fachinternisten, deren gemeinsames Leistungsspektrum abnimmt.

## 1.5 Förderung der Allgemeinmedizin

Der Rat empfiehlt ausdrücklich die Förderung der Allgemeinmedizin und beschreibt diverse Ansatzpunkte in der Aus- und Weiterbildung sowie der praktischen Tätigkeit. Die Vorschläge umfassen curriculare Stärkungen des Faches und Honorierungen für Fakultäten, die die Allgemeinmedizin besonders fördern – etwa durch so genannte „Landarzt-Tracks“. Bedeutsam bleibt die Einrichtung von selbstständigen Lehrstühlen an allen medizinführenden Universitäten. Eine weitere Anregung ist ein sechswöchiges Berufsfeld-Orientierungspraktikum vor Antritt des Medizinstudiums, das im ärztlichen Bereich abgeleistet werden könnte und die Hälfte des bisherigen dreimonatigen Pflegepraktikums ersetzen würde. Mit dem Ziel einer besseren und kürzeren Weiterbildungszeit wird die bundesweite Etablierung von regionalen Weiterbildungsverbänden empfohlen, die eine verlässliche nahtlose Rotation durch die zu absolvierenden Abschnitte sicherstellen; außerdem die Förderung

### Box 1: Beispiele von Maßnahmen der KVen gegen Unter- und Überversorgung

Sicherstellungszuschläge wurden im ersten Halbjahr 2013 im hausärztlichen Bereich von vier KVen (alle in den neuen Bundesländern) in insgesamt 36 Planungsbereichen an 39 Ärzte gezahlt, im fachärztlichen Bereich in zwei KV-Regionen an insgesamt zwei Ärzte (Kinder- und Augenarzt). Investitionskosten- bzw. Gründungszuschüsse wurden in dieser Zeit im hausärztlichen Bereich in acht KV-Regionen bzw. 85 Planungsbereichen an 51 Ärzte gezahlt und addierten sich auf ca. 1,5 Mio. Euro. Im fachärztlichen Bereich wurden in fünf KV-Regionen an acht Ärzte insgesamt knapp 250.000 Euro gezahlt. Das Angebot bestand insbesondere in Hessen für weitere Arztgruppen, ohne dass es zu Zahlungen kam. Umsatzgarantien bzw. Mindestumsätze wurden im hausärztlichen Bereich in vier KV-Bezirken gewährt und führten in zweien zur tatsächlichen Zahlung von insgesamt knapp 400.000 Euro. Bei den Fachärzten erhielten entsprechende Garantien nur ein HNO-Arzt (knapp 30.000 Euro) und ein Augenarzt (ohne Zahlung).

Eigeneinrichtungen der KVen sind selten, doch Nebenbetriebsstätten haben eine größere Bedeutung erlangt: So gibt es in allen KV-Regionen Nebenbetriebsstätten niedergelassener Vertragsärzte, in 15 auch solche von MVZ. Ermächtigungen von Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sind hingegen noch nicht zu verzeichnen.

Gezielte Maßnahmen gegen Überversorgung wurden kaum ergriffen: So wurde beispielsweise bundesweit nur ein Arztsitz aufgekauft. Von der Förderung des freiwilligen Verzehrs wurde bei elf Sitzen psychologischer Psychotherapeuten Gebrauch gemacht.

von Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. Allgemeinmediziner sollten zudem während der Weiterbildung in Praxen finanziell nicht schlechter gestellt sein als Klinikärzte, weswegen die Fördermittel entsprechend erhöht werden sollten. Zur Finanzierung der Verbesserungsmaßnahmen wird die Gründung einer „Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung“ vorgeschlagen.

## 2. Stationäre Versorgung

In seiner Analyse vorhandener Krankenhauskapazitäten kommt der Sachverständigenrat zu dem Schluss, dass Deutschland trotz anhaltendem Bettenabbau seit 1991 über die mit Abstand höchste Bettendichte in der EU verfügt (Eurostat 2014). Auch im stationären Sektor sind regionale Unterschiede zu beobachten, z.B. zwischen Baden-Württemberg mit 538 Betten pro 100.000 Einwohnern und Bremen mit 788 Betten pro 100.000 Einwohnern. Im Ergebnis stellen Überkapazitäten das derzeit dominierende Problem im Krankenhaussektor dar. Der Rat befürwortet daher eine Förderung maßvoller Schließungen von nicht benötigten stationären Kapazitäten. Zu einer entsprechenden Marktberäumung könnte ein Fonds zur Zahlung von befristeten Übergangsgeldern beitragen.

### 2.1 Krankenhausfinanzierung

Für die Sicherstellung der stationären Versorgung speziell in ländlichen Regionen ist es daneben erforderlich, das Überleben bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zu ermöglichen, deren wirtschaftlicher Betrieb durch einen Bevölkerungsrückgang erschwert wird. Hier sieht der Rat die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen als geeignetes Steuerungsinstrument an. Angesichts der bisherigen gerichtlichen Auseinandersetzungen sollten jedoch verbindliche Kriterien vereinbart werden, deren Erfüllung einen Rechtsanspruch auf die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen auslöst. Es wird vorgeschlagen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine am DRG-Kalkulationsschema orientierte Vorgabe für eine abteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung erarbeitet, die dann bei den Entscheidungen über Sicherstellungszuschläge berücksichtigt wird. Ferner unterstützt der Rat das im Koalitionsvertrag verankerte Vorhaben, die standortbasierte zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung weiterzuentwickeln. Angesichts des Rückzugs der Länder aus der Investitionskostenfinanzierung und der daraus resultierenden „schleichenden Monistik“ (Rürup 2008) empfiehlt der Rat erneut den Übergang zu einer generellen monistischen Finanzierung.

### 2.2 Qualität im stationären Sektor

Stärker als bisher sollten bei der Krankenhausplanung Qualitätsaspekte berücksichtigt werden. Der Rat empfiehlt in diesem Zusammenhang, dass höher spezialisierte Leistungen nur in Kliniken angeboten werden, die die gebotene Qualität sicherstellen können, während sich Krankenhäuser im ländlichen Raum auf Leistungen der Grund- und Regelversorgung konzentrieren. Da bisher keine rechtssichere Gestaltung von Mindestmengenvorgaben möglich war und die Studienlage zu ihren Auswirkungen unzureichend ist (IQWiG 2012), wird ein gezieltes Forschungsprogramm zu mengenabhängigen Qualitätspotenzialen empfohlen.

### 2.3 Notfallversorgung

Potenzial für eine besser koordinierte Notfallversorgung erkennt der Sachverständigenrat in einer langfristigen Zusammenführung

der drei Bereiche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungswesens und der Notaufnahmen in Krankenhäusern. Zuletzt verzeichneten die Notaufnahmen angesichts des niedrighschwelligigen Zugangs und der erwarteten hochqualifizierten Behandlung eine zunehmende Inanspruchnahme (Schöpke/Plappert 2011), wobei viele Patienten auch im Rahmen des von den KVen organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgt werden könnten. Empfohlen werden daher zentrale Leitstellen mit einheitlicher Notdienstnummer, die den Patienten Orientierung geben und über die adäquate Versorgungsebene entscheiden könnten (z. B. vertragsärztlicher Hausbesuch vs. Notarztwagen). Darüber hinaus spricht sich der Rat für einen verstärkten Einsatz von Allgemeinmedizinern in interdisziplinären Notaufnahmen aus, um dafür geeignete Patienten bestmöglich ambulant zu behandeln und medizinisch nicht erforderliche stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

## 3. Pflegerische Langzeitversorgung

Demografische Alterung einerseits und Fachkräftemangel andererseits sind auch in der Pflege beherrschende Themen. So wird in den kommenden Jahren der Bedarf an Pflegeleistungen so weit ansteigen, dass die vorhandenen Fachkräftressourcen nicht ausreichen werden, um eventuell entstehende Versorgungslücken zu kompensieren (Afentakis / Maier 2010). Darüber hinaus existieren regionale Disparitäten, welche eine zusätzliche Barriere für eine flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung der pflegerischen Versorgung darstellen. In seinem aktuellen Gutachten empfiehlt der Sachverständigenrat daher eine Reihe gezielter Maßnahmen zur Fachkräftesicherung, dem Ausbau von Pflegekapazitäten und zur Erprobung regionaler Versorgungskonzepte.

### 3.1 Fachkräfteentwicklung und -qualifizierung in der Pflege

In seiner Analyse kommt der Rat zu dem Schluss, dass Pflegekräften vornehmlich in der Altenpflege fehlen. Diesem Fachkräftemangel wird man kurzfristig nur durch erhebliche Investitionen in die Ausweitung von Ausbildungskapazitäten und in die Weiterbildung begegnen können. Mittel- und langfristig ist es aber notwendig, überdies zu einer allgemeinen Attraktivitätssteigerung und Statusaufwertung der Pflege zu kommen (Wissenschaftsrat 2012). Der Rat spricht sich deshalb für eine Reform der Pflegeausbildung sowie für eine gezielte Akademisierung der Pflege aus. So sollten der universitäre Ausbau der Pflegewissenschaften intensiviert und Mittel für Pflegeforschung kontinuierlich bereit gestellt werden. Dazu schlägt der Rat konkret vor, die den Pflegekassen nach § 8 Abs. 3 SGB XI zur Verfügung stehenden Mittel zur Weiterentwicklung der Pflege zu 30 % der Pflegeforschung zu widmen. Dadurch würden sich auch neue Karrieremöglichkeiten eröffnen, indem die Erkenntnisse aus der Pflegeforschung Eingang in die praktische Tätigkeit akademisch ausgebildeter Pflegenden fänden. In der Folge würden neue Tätigkeitsfelder entstehen, die neue Formen der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung nach sich ziehen könnten.

### 3.2 Ausbau und Vernetzung von Pflegekapazitäten

Viele Pflegebedürftige haben den Wunsch, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben (Schaeffer et al. 2008). Der Rat empfiehlt deshalb (neben einer Spezialisierung von stationären Einrichtungen auf die Versorgung von alten Menschen in ihrer letzten Lebensphase), den Ausbau von Pflegekapazitäten vorrangig im Bereich der häuslichen Versorgung. Dazu erscheint es vorteil-



haft, die ambulante Pflege in größeren Organisationseinheiten zusammenschließen, da sie ein Mehr an Flexibilität ermöglichen, von welchem Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegenden gleichermaßen profitieren. Eine weitere Notwendigkeit besteht in der unverzüglichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, könnte so doch die Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflege wesentlich gestärkt und weiterentwickelt werden.

Ergänzend dazu sieht der Rat erheblichen Verbesserungsbedarf bei der Kooperation mit pflegenden Angehörigen. Ihre Hilfepotenziale sollten gefördert und die Ressourcen von Familien, sozialen Netzwerken und informellen Helfern gestärkt werden. Auch sieht es der Rat für notwendig an, einen Ausbau von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten als flankierende Maßnahme flächendeckend zu forcieren und mit mobilen Beratungsstrukturen auszustatten.

Um Überlastungen nachhaltig entgegenzuwirken ist es schließlich auch notwendig, zukünftig stärker auf die Gesundheitsförderung im Alter und die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu setzen. Die Stärkung und der Erhalt der eigenen Autonomie könnten so wesentlich befördert und verbessert werden.

#### 4. Sektorenübergreifende Versorgung

Angesichts der zu erwartenden Folgen des demografischen Wandels beweist sich die Innovationsfähigkeit des Gesundheitssystems auch in der Erprobung von neuen Versorgungsmodellen. Innovative Modelle geben zudem Anstöße, in welcher Weise die Gesundheitsversorgung perspektivisch weiterentwickelt werden könnte und sollte.



Abb. 1: Das Konzept lokaler Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZ). Quelle: www.svr-gesundheit.de.

Im Rahmen seines aktuellen Gutachtens hat der Rat deshalb die Landesministerien und Landkreistage aller Flächenländer angefragt und um Informationen über entsprechende Initiativen gebeten. Auf diese Weise konnten für Deutschland über 380 Vorhaben zur gesundheitlichen Versorgung in ländlichen Regionen identifiziert werden. Die Analyse des Status quo zeigt, dass bisherige Schwerpunktsetzungen vor allem auf der Vernetzung und Koordination von Versorgungsangeboten (113 Vorhaben), auf der Sicherung von Fachkräften und Standorten sowie (in geringerem Umfang) auf der Erprobung von neuen Formen der Zusammenarbeit (zusammen 90 Vorhaben) und schließlich auf der Überwindung von Distanzen (83 Vorhaben) – z.B. in Gestalt telemedizinischer Anwendungen – liegen. Auch die Bedeutung einer Begleitung und Steuerung auf politischer Ebene vermittels Gremien, Analysen und Strategien scheint mit insgesamt 52 Nennungen vielerorts erkannt. Weiterer Entwicklungsbedarf besteht hingegen vor allem hinsichtlich von Versorgungsmodellen mit explizit regionalem Bezug, sei es in Form gemeindenaher Versorgungskonzepte (43 Vorhaben) oder in Form lokaler Gesundheitszentren (3 Vorhaben).

## Literatur

- Afentakis, A./Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: Wirtschaft und Statistik 2010; 11/ 990-1002.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2013): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräftengpassanalyse Dezember 2013, Nürnberg.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2014): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2013. Berlin, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf> (abgerufen am 01.12.2014).
- EUROSTAT (2014): Hospital beds per 100.000 inhabitants, [epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00046) (abgerufen am 01.12.2014).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Bedarfsplanungs-Richtlinie, in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 17. Juli 2013, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-920/BPL-RL\\_2014-07-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-920/BPL-RL_2014-07-17.pdf) (abgerufen am 01.12.2014).
- Gibis, B./Heinz, A./Jacob, R./Müller, C.-H. (2012): The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany. In: Dtsch Arztebl Int 109(18): 327-332.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2012): Literaturrecherche und Evidenzprüfung zur Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus, Rapid Report, IQWiG-Berichte Nr. 132, Köln.
- Rürup, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A. / Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, Bern, Hans Huber: 352-369.
- Schöpke, T./Plappert, T. (2011): Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland. In: Notfall Rettungsmedizin 14(5): 371-378.
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12, Berlin.

Hilfreich war hier ein zusätzlicher Blick auf Länder wie Kanada und Finnland, die aufgrund ihrer traditionell dünnen Siedlungsstruktur seit längerem auf eine Vernetzung und Bündelung vorhandener Ressourcen setzen. Das Innovationspotenzial von lokalen und regionalen Gesundheitszentren, die Elemente der Zentralisierung und der Vernetzung in der Fläche in sich vereinen, erscheint dabei besonders diskutierenswert. Mit seinem Vorschlag zur Gründung von lokalen Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung knüpft der Sachverständigenrat an seine langjährige Forderung nach einer Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung an. Speziell für ländliche Regionen ist er der Auffassung, dass vernetzte Strukturen an Bedeutung gewinnen werden und Potenzial für eine besser koordinierte Versorgung besitzen. Aller Voraussicht nach werden gerade dort Krankenhäuser verstärkt auch solche Aufgaben übernehmen müssen, die bisher durch die ambulanten Strukturen erbracht wurden. Über eine Gesetzesänderung des § 116a SGB V von einer „Kann“- in eine „Muss“-Regelung könnten die Zulassungsausschüsse verpflichtet werden, geeignete Häuser hierzu zu ermächtigen.

Darüber hinaus entwirft der Rat in seinem aktuellen Gutachten ein umfassendes Modell regional vernetzter Versorgung, das besonders für ländliche Regionen geeignet ist: Der Ausgangspunkt für die so genannten „Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ, siehe Abb. 1) kann sowohl bei einer Klinik als auch bei Praxen liegen. Wesentliches Merkmal ist die Integration verschiedener ambulanter und stationärer Versorgungsangebote an einem Ort. Dies geht einher mit einer gewissen Zentralisierung und kann zum Beispiel verschiedene niedergelassene Ärzte, eine Kurzliegerstation und ggf. weitere stationäre Kapazitäten besonders der grundversorgenden Fachgebiete sowie der Geriatrie, zudem Pflegekapazitäten und mitunter auch bestimmte höher spezialisierte Angebote einschließen. Einen reibungslosen Übergang zwischen den Angeboten koordiniert ein zentrales Case Management. Von Bedeutung sind auch die Mobilitätsdienste, die die Erreichbarkeit – mitunter aus größerer Distanz – sicherstellen. Neben den oben angesprochenen Modellen einer integrierten Notfallversorgung am Krankenhaus ist auch der Einbezug von telemedizinischen Angeboten vorstellbar. Die Rahmenbedingungen des LGZ können auch Vorteile bei der Fachkräftegewinnung bieten: Die Möglichkeit verschiedener Arbeitsmodelle mit einem Fokus auf guter Vereinbarkeit von Familie kann die Attraktivität steigern, in einem solchen Arbeitsumfeld dauerhaft oder für eine umschriebene Zeit tätig zu werden. <<

### Dr. Constanze Lessing

ist wissenschaftliche Referentin in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit in Berlin. Nach Studium und Promotion zum Dr. phil. in Münster war sie in der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe NRW und beim Aktionsbündnis Patientensicherheit in Witten tätig, später als Geschäftsführerin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn.  
Kontakt: constanze.lessing@bmg.bund.de



© Schaftgans DGPh

### David Herr

ist wissenschaftlicher Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit. Während des Medizinstudiums war er gesundheitspolitisch bei der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und in Brüssel tätig. Anschließend arbeitete er als Arzt in der Psychiatrischen Klinik der Universität zu Köln.  
Kontakt: david.herr@bmg.bund.de



## Needs-based Health Care in Rural Regions - Analyses and Recommendations of the Advisory Council

Demographic change and a process of urbanisation present challenges for less well-developed, rural regions. In health care, this leads to pronounced regional differences with (the risk of) underprovision on the one hand and overcapacity on the other hand. In the latest report 2014, the Advisory Council analyses the health care situation and recommends a number of measures to remedy under and overprovision. These include a country doctor allowance paid to physicians in regions at threat of underprovision as well as an increased purchase of vacant medical practice places. Furthermore, the Council recommends to strengthen general-practitioner provided health care. As regards inpatient care, the Council proposes to create legal certainty for service guarantee fees and to moderately reduce overcapacity. The tripartite emergency care could become more efficient through an integration of services and central coordination. The nursing profession should be made more attractive by specific qualification measures and by opportunities to take over new responsibilities. The new definition for the need for long-term care is to be introduced without delay. Particularly in rural regions there is potential in cross-sectoral health care provision. In this context, the Advisory Council presents a comprehensive model of local health centres for primary medical and long-term care.

### Keywords

health care in rural regions, provision planning, under and overprovision, hospital financing, emergency care, long-term care, Advisory Council.

### Autorenerklärung

Dr. Constanze Lessing und David Herr sind wissenschaftliche Referenten in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit. Die dargestellten Daten zur ambulanten Versorgung wurden im Rahmen der Erstellung des Gutachtens 2014 des Sachverständigenrates und mit freundlicher Unterstützung der KBV erhoben und analysiert. Die Autoren haben keine Interessenskonflikte.

Dr. Ariane Höer  
 Christoph de Millas  
 Dr. Robert Haustein  
 Peter Marx

## Die Entwicklung ambulant verordneter onkologischer Arzneimittel in der GKV bis 2016

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel zur Behandlung von Krebserkrankungen stehen immer wieder im Fokus der Diskussion (Neller 2013). Ein im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstelltes Gutachten zur Frage der Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie zeigt, dass ein Anstieg der Kosten für die GKV in diesem Bereich zu erwarten ist (Glaeske et al. 2010). Auch international wird der Prognose von zukünftigen Krankheitskosten im onkologischen Bereich Bedeutung eingeräumt. Mariotto et al. (2010) betrachtet insbesondere die demographisch bedingten Mehrkosten der Krebsbehandlung in den USA. Yabroff et al. (2011) weisen auf die zusätzliche Berücksichtigung der indirekten Kosten als Folge der Krebstherapie hin. Diese werden von Featherstone et al. (2010) für eine Betrachtung der Kosten im Vereinigten Königreich (UK) berücksichtigt. Die demographisch bedingten jährlichen Kostensteigerungen zwischen 2008/2010 bis 2020 werden in diesen Publikationen auf 1,0 % bis 2,5 % geschätzt. Globale Betrachtungen mit Fokus auf den Arzneimittelmarkt und unter Berücksichtigung von Neueinführungen gehen von höheren jährlichen Steigerungen (6,9 % zwischen 2010 und 2016) aus (Business Insight (2011)), welche auch in Deutschland erwartet werden (Höer et al. 2010). Ziel der aktuell vorgelegten Analyse ist es, eine aktuelle Prognose für die zu erwartende Entwicklung der Umsätze und Verbräuche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel bis 2016 zu erstellen.

>> Datenbasis war die Nationale Verordnungsinformation (NVI) des Unternehmens INSIGHT Health, welche über 99 % des über die Offizinapotheken abgegebenen und über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Arzneimittelmarktes abbildet.

Die Analyse umfasste die aggregierten Daten der therapeutischen Segmente L01 (Antineoplastische Mittel) und L02 (Endokrine Therapie) gemäß der ATC-Klassifikation der WHO auf Ebene einzelner Wirkstoffe bzw. Fixkombinationen. Die Umsatz- und Verbrauchsdaten bezogen sich dabei auf den ambulanten GKV-Arzneimittelmarkt.

Zum Zeitpunkt der Analyse (Februar 2013) konnten die monatsgenauen Umsätze (Basis: Apothekenverkaufspreis (AVP)) sowie die abgegebenen Verordnungen von Fertigarzneimitteln zwischen Januar 2003 und Oktober 2012 sowie von onkologischen Zubereitungen zwischen April 2010 und Oktober 2012 berücksichtigt werden. Für

### Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Prognose der zu erwartenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel bis zum Jahr 2016. Die Prognose soll dazu dienen abzuschätzen, ob und in welchem Ausmaß es in diesem Zeitraum zu einer Kostensteigerung durch onkologische Arzneimittel kommen wird.

Datengrundlage für die vorliegende Prognose bildeten die Umsatz- und Verbrauchsdaten von onkologischen Wirkstoffen und deren Fixkombinationen im ambulanten GKV-Arzneimittelmarkt von 2003 bis 2012. Folgende therapeutische Segmente wurden berücksichtigt: endokrine Therapien (L02), zielgerichtete Therapien (L01, monoklonale Antikörper (MAB), Proteinkinasehemmer und Bortezomib, konventionelle Zytostatika (L01) und zugelassene Mistelpräparate. Basierend auf den vorliegenden Daten wurde unter Berücksichtigung von externen Faktoren die Entwicklung der Umsätze und Verbräuche in den therapeutischen Segmenten geschätzt.

Die Ergebnisse der Prognose weisen für den Zeitraum 2013 bis 2016 jährliche Steigerungsraten von 9,7 % aus, was einem Umsatz (Apothekenverkaufspreis inkl. MwSt., AVP) von 5.145 Mio. Euro für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel in 2016 entspricht. Die größte Umsatzsteigerung wird im Segment der zielgerichteten Therapien, insbesondere im Bereich der Proteinkinasehemmer erwartet. Die Prognose der Ergebnisse zeigt, dass nach moderaten Umsatzsteigerungen zwischen 2010 und 2012 von durchschnittlich 3,7 % pro Jahr der Markt für onkologische Arzneimittel in eine Phase verstärkten Wachstums eintreten wird. Gründe dafür sind insbesondere Markteintritte neuer Wirkstoffe und die damit verbundenen erweiterten Therapieregime. So können 64 % der Umsatzsteigerungen 2013 bis 2016 auf neu eingeführte Wirkstoffe (ab 2012) zurückgeführt werden.

### Schlüsselwörter

Onkologie, Arzneimittelausgaben, Prognose, gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

die relevanten Verordnungen wurden die Mengen der abgegebenen DDD (Defined Daily Doses) berechnet (Häussler et al. 2013). Um die Datenlücken für die Jahre 2010 (Zubereitungen) und 2012 (Zubereitungen und Fertigarzneimittel) zu schließen, wurden die jeweils fehlenden Monatswerte geschätzt.<sup>1</sup>

### Prognose von Umsatz- und Verbrauch von onkologischen Arzneimitteln

#### Segmente des ambulanten onkologischen Arzneimittelmarktes

Für die Prognose der Umsatz- und Verbrauchsentwicklung wurden die onkologischen Arzneimittel in folgende Segmente untergliedert: endokrine Therapie (L02), zielgerichtete Therapien (L01, monoklonale Antikörper (MAB), Proteinkinasehemmer (PKI) und Bortezomib), konventionelle Zytostatika (übrige chemisch definierte Wirkstoffe aus L01) und Mistelpräparate (ATC-Kode L01CP01).

Eine Prognose erfolgte für alle sich 2012 im GKV-Markt befindlichen Wirkstoffe in diesen Segmenten. Für die Segmente der zielgerichteten und der endokrinen Therapie wurde für jeden der 25 bzw. 18 Wirkstoffe der zu erwartende Verbrauch und Umsatz einzeln modelliert. Für das Segment der konventionellen Zytostatika wurden die 20 Wirkstoffe, auf welche 2012 90 % des Umsatzes entfielen, einzeln betrachtet. Für die restlichen 46 Wirkstoffe erfolgte die Analyse auf aggregierter Ebene. In dem Segment der Mistelpräparate wurden alle Wirkstoffvarianten aggregiert analysiert.

1. In einem nachträglichen Vergleich zwischen geschätzter und tatsächlicher Entwicklung von Umsätzen und Verbräuchen für 2012 ergab sich für den betrachteten onkologischen Markt eine Abweichung von 0,9 % (Umsatz) bzw. 0,6 % (Verbrauch). Die Datengrundlage für die Prognose ist somit als ausreichend robust anzusehen.



### Erstellung von Zeitreihen für Verbrauch und Preise

Aus den vorliegenden monatlichen Verbrauchs- und Preisdaten der einzelnen Wirkstoffe wurden Zeitreihen erstellt, wobei in der Regel eine Aggregation der Werte auf Jahresebene erfolgte. Der Verbrauch wurde durch die Summe der abgegebenen Tagesdosen (DDD) ausgedrückt, der Preis als der Quotient aus der aggregierten Umsatz- und Verbrauchssumme.

### Einflussfaktoren für Preis- und Verbrauchsentwicklung

Zur Verbesserung der Prognose wurden relevante Faktoren berücksichtigt, welche sowohl die Preis- als auch die Verbrauchsentwicklung bis 2016 unmittelbar beeinflussten könnten.

Die Einflussfaktoren umfassten epidemiologische Faktoren wie die zu erwartenden Patientenzahlen, die Wettbewerbssituation auf den Märkten sowie die Anzahl von Patentabläufen und Neueinführungen. Zur Einschätzung der zu erwartenden Patientenzahlen wurden auf die in den Nutzenbewertungen nach § 35a SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) genannten Angaben zu Zielpopulationen zurückgegriffen und dem tatsächlichen Verbrauch gegenübergestellt. Bei deutlichen Abweichungen wurde der zu erwartende Verbrauch auf Basis des beobachteten Verbrauchs modelliert. Als Orientierung diente hierbei die Entwicklung anderer onkologischer Wirkstoffe.

Zur Einschätzung der zukünftigen Preisentwicklung (Umsatz je DDD) waren vor allem Annahmen zu Patentabläufen relevant, die sich auf internetbasierte Recherchen gründeten (u. a. Article One Partners 2012, BioTrends 2012, DrugBank 2012a, DrugBank 2012b). Im Segment der konventionellen Therapien werden danach die Patente für Capecitabin (2013) und Pemetrexed (2016) auslaufen, im Segment der zielgerichteten Therapien die Patente für Trastuzumab (2014) und Bortezomib (2014/2015 mit Ausnahme subkutaner Zubereitungen).

Zur Modellierung von Verbrauch und Umsatz der Neueinführungen ab 2013 bis 2016 wurden Annahmen getroffen, um die zu erwartende Anzahl der jährlichen Neueinführungen im Bereich der onkologischen Wirkstoffe zu prognostizieren. Ausgangspunkt waren Informationen der European Medical Agency (EMA) über onkologische Wirkstoffe, die sich aktuell im Zulassungsprozess befinden (EMA 2012). Aufgrund dieser Information und der Marktentwicklung von Wirkstoffen in der Vergangenheit wurden Annahmen über die Anzahl der zukünftigen Markteinführungen in den einzelnen Segmenten getroffen (Tab. 1).

Die zu erwartende Umsatzentwicklung und Preissetzung neuer Wirkstoffe wurde auf der Basis der Marktentwicklung von 28 Wirkstoffen geschätzt, die zwischen 2001 und 2012 eingeführt wurden. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

1. Je Segment wurden auf Basis der unterschiedlichen Umsatzentwicklungen von Wirkstoffen drei bis vier Kategorien gebildet. Die Wirkstoffe wurden aufgrund der Vergleichbarkeit ihrer Umsätze im vierten Jahr nach Markteinführung (bzw. Umsätze in den Vorjahren, wenn sie weniger als vier Jahre auf dem Markt waren) in entsprechende Kategorien eingeordnet.
2. Es wurde das Verhältnis der Anzahl aller Wirkstoffe in einer Kategorie zur Anzahl aller betrachteten Wirkstoffe im gesamten Segment als Wahrscheinlichkeit interpretiert, dass ein neu eingeführter Wirkstoff zu einer der Kategorien gehört. Die Wahrscheinlichkeit je Kategorie wurde dann mit dem durchschnittlichen Umsatz je Kategorie multipliziert, um

- den zu erwartenden Umsatz des neuen Wirkstoffs zu bestimmen.
3. Aus dem Quotienten von Umsatz und ungewichtetem Durchschnittspreis (Umsatz je DDD) einer Kategorie wurde der angenommene Verbrauch eines durchschnittlichen Wirkstoffes innerhalb der Kategorie gebildet. Dieser wurde mit der zuvor bestimmten Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kategorie multipliziert und so der zu erwartende Verbrauch eines neuen Wirkstoffes berechnet. Der Preis des neuen Wirkstoffes ergab sich aus dem Quotienten von Umsatz und Verbrauch.

### Ermittlung der prognostizierten Werte für Umsatz und Verbrauch in den gebildeten Segmenten

Abschließend erfolgte auf Basis der erstellten Zeitreihen für Verbrauch und Preise die Prognose der Umsatz- und Verbrauchsentwicklung für die Segmente bis 2016. Dabei wurden epidemiologische Gesichtspunkte, erwartete Patientenzahlen, Wettbewerbssituation, Patentabläufe und neu eingeführte Wirkstoffe als korrigierende Faktoren berücksichtigt. Die erwartete jährliche Umsatzentwicklung je Wirkstoff wurde durch die Multiplikation von Preis und Verbrauch bestimmt. Die Addition der prognostizierten Verbrauchs- und Umsatzverläufe über alle Wirkstoffe je Segment ergab die prognostizierten Werte für die Segmente.

## Ergebnisse

### Entwicklung des onkologischen und des gesamten GKV-Arzneimittelmarktes im Überblick

Zwischen 2010 und 2012 verlief die Umsatzentwicklung für onkologische Arzneimittel im GKV-Markt moderat (Abbildung 1). Insgesamt stieg das Marktvolumen von 3.298 Mio. Euro (AVP) im Jahr 2010 auf 3.547 Mio. Euro im Jahr 2012 (jährlicher Anstieg von 3,7 %). Für den Zeitraum 2012 bis 2016 wird für die onkologischen Arzneimittel eine jährliche Steigerungsrate von 9,7 % erwartet (Abbildung 1). Dies führt zu einem Umsatz von 5.145 Mio. Euro für ambulant abgegebene onkologische Arzneimittel in 2016. Bezogen auf den Gesamt-Markt der GKV (Fertigarzneimittel und Zubereitungen) von 34.349 Mio. hatten in 2012 die Onkologika einen Anteil von 10,9 % (Häussler et al. 2013). Da in der gesamten GKV bis 2016 niedrigere Wachstumsraten als für den Teilmarkt der Onkologie zu erwarten sind, nimmt somit dessen Bedeutung zu (Abb. 1).

### Entwicklung der Segmente des onkologischen GKV-Arzneimittelmarktes

#### Allgemeine Entwicklung

Ab 2013 ist mit einer deutlich dynamischeren Marktentwicklung als in den Vorjahren zu rechnen, da die pharmazeutischen Unternehmen ihre Forschungsanstrengungen im Bereich der onkologischen

| Annahmen zur Anzahl neuer onkologischer Wirkstoffe je Segment zwischen 2013 und 2016 |           |          |          |          |
|--|-----------|----------|----------|----------|
|  | 2013      | 2014     | 2015     | 2016     |
| Zielgerichtete Therapie (PKI)  | 6         | 5        | 5        | 4        |
| Zielgerichtete Therapie (MAB)  | 2         | 1        | 0        | 1        |
| Konventionelle Wirkstoffe  | 3         | 1        | 1        | 1        |
| Endokrine Therapie   | 1         | 0        | 1        | 0        |
| <b>Summe</b>   | <b>12</b> | <b>8</b> | <b>7</b> | <b>6</b> |

Tab. 1: Annahmen zur Anzahl neuer onkologischer Wirkstoffe je Segment zwischen 2013 und 2016, Quelle: IGES.

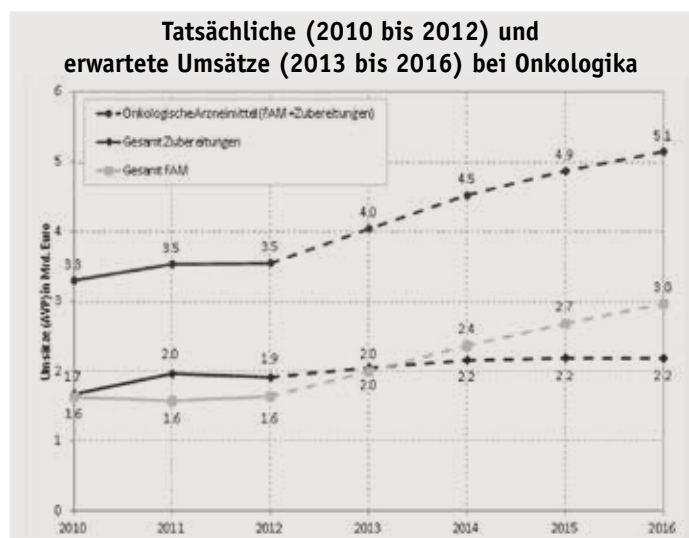


Abb. 1: Tatsächliche (2010 bis 2012) und erwartete Umsätze (2013 bis 2016) des GKV-Arzneimittelmarktes für onkologische Fertigarzneimittel und Zubereitungen. Quelle: IGES-Berechnung nach NVI (INSIGHT Health)

Erkrankungen intensiviert haben und daher von zahlreichen Neueinführungen bis 2016 ausgegangen wird.

Die bei der European Medicines Agency (EMA) beantragten Zulassungen zeigen, dass der derzeitige Forschungsschwerpunkt der pharmazeutischen Industrie auf der Wirkstoffgruppe der Protein-kinasememmer liegt, welche zum Segment der zielgerichteten Therapien gehört. Diese werden überwiegend als Fertigarzneimittel, häufig in oralen Darreichungsformen, abgegeben. Dementsprechend werden die größten Umsatzsteigerungen in diesem Teil-Segment erwartet. Gegenüber dem Jahr 2012 wird sich der Umsatz von Fertigarzneimitteln im Jahr 2016 im Segment der zielgerichteten Therapie voraussichtlich mehr als verdoppeln (1.935 Mio. Euro), was einem jährlichen Anstieg von 22,8 % zwischen 2012 und 2016 entspricht.

Im Segment der endokrinen Therapien ergibt sich ein jährlicher

Anstieg der Ausgaben von 10,2 % auf 804 Mio. Euro im Jahr 2016. Der Markt für onkologische Zubereitungen (zielgerichtet und konventionell) wird voraussichtlich nur vergleichsweise mäßig um 3,4 % pro Jahr auf insgesamt 2.183 Mio. Euro 2016 steigen.

### Detaillierte Entwicklung von Umsatz und Verbrauch in den einzelnen Segmenten

Die Ergebnisse zeigen, dass die Steigerung der Ausgaben insbesondere auf neue Wirkstoffe, welche ab 2013 eingeführt werden, zurückzuführen ist. Diese Wirkstoffe werden rund 1.025 Mrd. Euro Umsatz im Jahr 2016 erreichen, was einem Anteil von 20 % am Markt für Onkologika entspricht. Für Wirkstoffe, die bis 2012 auf den Markt gekommen sind, werden die Umsätze im Jahr 2016 voraussichtlich 4.121 Mio. Euro (im Vergleich 2012: 3.548 Mio. Euro) betragen. Dies entspricht einer jährlichen Steigerungsrate von 3,8 %. Es zeigt sich somit, dass 64 % der Umsatzsteigerung für onkologische Arzneimittel zwischen 2012 und 2016 auf die Markteinführung neuer Wirkstoffe zurückzuführen ist. Die zu erwartende Entwicklung von Verbrauch und Umsatz für die vier Segmente ist Tab. 2 aufgeführt.

### Zielgerichtete Therapie

Für die insgesamt 25 Wirkstoffe der zielgerichteten Therapien stieg der Verbrauch zwischen 2010 und 2012 von 11,2 Mio. auf 12,9 Mio. DDD, der Umsatz stieg von 1.648 Mio. auf 1.910 Mio. Euro. In 2012 entfielen 60 % des Umsatzes bzw. 64 % des Verbrauchs auf vier marktführende Wirkstoffe (Imatinib, Trastuzumab, Rituximab und Bevacizumab). Ihre Bedeutung im Markt wird jedoch bis 2016 voraussichtlich abnehmen. Ein Grund hierfür ist, dass mit Ausnahme von Bevacizumab die führenden Wirkstoffe bis 2016 voraussichtlich ihren Patentschutz verlieren werden.

Insgesamt wird ein steigendes Umsatz- und Verbrauchsvolumen im Bereich der zielgerichteten Therapien prognostiziert. Für das Jahr 2016 wird ein Umsatzvolumen von 3.150 Mio. Euro bzw.

| Umsatz- und Verbrauchentwicklung in den Segmenten der onkologischen Arzneimittel von 2010 bis 2012 und modellierte Entwicklung von 2013 bis 2016 |               |                      |       |       |       |          |       |       |         |                     |         |         |          |         |         |
|--|---------------|----------------------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|---------|---------------------|---------|---------|----------|---------|---------|
| Segment  |               | Verbrauch in Mio DDD |       |       |       |          |       |       |         | Umsatz in Mio. Euro |         |         |          |         |         |
|  |               | Beobachtete Werte    |       |       |       | Prognose |       |       |         | Beobachtete Werte   |         |         | Prognose |         |         |
|  |               | 2010                 | 2011  | 2012  | 2013  | 2014     | 2015  | 2016  | 2010    | 2011                | 2012    | 2013    | 2014     | 2015    | 2016    |
| Zielgerichtete Therapien   | FAM           | 5,1                  | 5,4   | 5,9   | 7,0   | 8,6      | 10,6  | 12,8  | 720,1   | 756,9               | 850,5   | 1.073,8 | 1.379,9  | 1.664,7 | 1.935,0 |
|  | Zubereitungen | 6,1                  | 7,5   | 7,0   | 7,5   | 8,0      | 8,4   | 8,7   | 920,7   | 1.114,8             | 1.059,6 | 1.159,9 | 1.242,7  | 1.246,4 | 1.214,7 |
|  | Gesamt        | 11,2                 | 12,9  | 12,9  | 14,5  | 16,6     | 18,9  | 21,5  | 1.640,8 | 1.871,8             | 1.910,1 | 2.233,7 | 2.622,6  | 2.911,1 | 3.149,7 |
| Konventionelle Therapie  | FAM           | 10,0                 | 10,1  | 10,1  | 10,3  | 10,5     | 10,6  | 10,7  | 242,6   | 242,8               | 230,0   | 228,7   | 225,8    | 222,8   | 219,6   |
|  | Zubereitungen | 26,4                 | 29,4  | 29,0  | 29,2  | 29,5     | 29,8  | 30,1  | 749,8   | 845,0               | 849,0   | 887,2   | 915,6    | 942,5   | 968,3   |
|  | Gesamt        | 36,4                 | 39,5  | 39,1  | 39,6  | 40,0     | 40,4  | 40,8  | 992,3   | 1.087,9             | 1.079,0 | 1.115,9 | 1.141,4  | 1.165,3 | 1.187,9 |
| Endokrine Therapie   | FAM           | 142,7                | 141,6 | 143,3 | 143,4 | 143,3    | 143,2 | 143,0 | 638,6   | 551,0               | 544,4   | 680,7   | 746,1    | 782,2   | 804,1   |
|  | Zubereitungen | 0,0                  | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,0      | 0,0   | 0,0   | 0,0     | 0,0                 | 0,0     | 0,0     | 0,0      | 0,0     | 0,0     |
|  | Gesamt        | 142,7                | 141,6 | 143,3 | 143,4 | 143,3    | 143,2 | 143,0 | 638,6   | 551,0               | 544,4   | 680,7   | 746,1    | 782,2   | 804,1   |
| Mistel   | Gesamt        | 4,3                  | 3,6   | 2,4   | 1,7   | 1,3      | 0,9   | 0,6   | 26,5    | 22,9                | 14,4    | 10,6    | 7,8      | 5,5     | 3,7     |
| Onkologische Arzneimittel  | FAM           | 162,1                | 160,6 | 161,6 | 162,4 | 163,7    | 165,3 | 167,1 | 1.627,8 | 1.573,7             | 1.639,3 | 1.993,8 | 2.359,7  | 2.675,3 | 2.962,5 |
|  | Zubereitungen | 32,6                 | 36,9  | 36,0  | 36,8  | 37,5     | 38,1  | 38,8  | 1.670,4 | 1.959,8             | 1.908,6 | 2.047,1 | 2.158,3  | 2.188,8 | 2.182,9 |
|  | Gesamt        | 194,6                | 197,6 | 197,7 | 199,2 | 201,2    | 203,4 | 205,9 | 3.298,2 | 3.533,5             | 3.547,8 | 4.040,9 | 4.518,0  | 4.864,1 | 5.145,4 |

Tab. 1: AnUmsatz- und Verbrauchentwicklung in den Segmenten der onkologischen Arzneimittel von 2010 bis 2012 und modellierte Entwicklung von 2013 bis 2016, Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (INSIGHT Health)

ein Verbrauchsvolumen von 21,5 Mio. DDD erwartet. Da die neuen Wirkstoffe überwiegend Tyrosin-Kinase-Inhibitoren (TKI) sind, wird von der Entwicklung vor allem der Fertigarzneimittelmarkt betroffen sein.

Eine besondere Rolle kommt hierbei den 2012 neu eingeführten TKIs Axitinib, Ruxolitinib, Vandetanib und Vemurafenib zu (Umsatz 2012 37,2 Mio. Euro). Diese werden 2016 voraussichtlich einen Umsatz von 304 Mio. Euro aufweisen, was einem Umsatzanteil von 9,6 % entspricht. Ein geringerer Effekt der eingeführten PKIs wird auf den Verbrauch erwartet. Dieser wird von 0,32 Mio. DDD (2012) auf 2,2 Mio. DDD (2016) ansteigen, was einem Marktanteil von 4,6 % entspricht.

Unter der Annahme, dass sich die ab 2013 neu eingeführten Wirkstoffe ähnlich wie die Neueinführungen der vergangenen Jahre entwickeln, wird ein Umsatzanteil von 29 % bzw. ein Verbrauchsanteil von 24 % für 2016 erwartet. Die bisher vier marktführenden Wirkstoffe werden einen Umsatz bzw. Verbrauchsanteil von 31 % bzw. 45 % aufweisen.

### Endokrine Therapie

Im Segment der endokrinen Therapeutika blieb der Verbrauch zwischen 2010 und 2012 weitgehend unverändert (ca. 143 Mio. DDD in 2012), der Umsatz ging von 639 auf 544 Mio. Euro zurück. Bedeutendste Umsatzträger waren Leuprorelin und Abirateron auf die 52 % des Umsatzes im Jahr 2012 entfielen. Die häufigsten eingesetzten Wirkstoffe im Jahr 2012 waren Tamoxifen (24 % Verbrauchsanteil) und Leuprorelin (23 % Verbrauchsanteil). Hingegen spielte der Wirkstoff Abirateron mit 0,5 % Verbrauchsanteil eine untergeordnete Rolle. Mit seinen hohen Tagestherapiekosten (2012: 181,62 Euro je DDD) orientiert er sich bei seiner Preisgestaltung eher an neuen zielgerichteten Therapien (147,63 Euro je DDD), denn an dem – mehrheitlich generisch geprägten – Preisniveau der sonstigen Ansätze zur endokrinen Therapie (2,87 Euro je DDD). Da erwartetet werden kann, dass der Verbrauch von Abirateron weiter ansteigen wird, besteht aufgrund der hohen Tagestherapiekosten ein hohes Umsatzpotenzial.

Für die Aromatasehemmer Anastrozol, Exemestan und Letrozol ist die Entwicklung hingegen rückläufig. Für alle drei Wirkstoffe sind nach Patentabläufen seit 2011 Generika im Markt, was einen Rückgang der Marktanteile nach Umsatz von 49 % (2010) auf 16 % (2012) zur Folge hatte. In Bezug auf die Versorgung sind sie jedoch weiterhin bedeutsam (33 % Marktanteil in Segment).

Insgesamt steigt der Umsatz der endokrinen Therapeutika bis 2016 moderat an (804 Mio. Euro). Bis 2016 werden knapp 41 % des Umsatzes auf Abirateron entfallen, auf Leuprorelin 17 %. An neuen Wirkstoffen ist für 2013 nur die Markteinführung von Enzalutamid abzusehen (EMA 2012). Sollte 2015, wie im Modell angenommen, noch ein weiterer Wirkstoff auf den Markt kommen, dann ist für 2016 ein Umsatzanteil von 12 % für die beiden Neueinführungen möglich.

Aufgrund der hohen Sättigung im Markt wird bis 2016 ein gleichbleibendes Verbrauchsniveau von rund 143 Mio. DDD erwartet. Das Marktgefüge wird sich nicht verändern, Tamoxifen bleibt der verbrauchsstärkste Wirkstoff. Für Anastrozol, Exemestan und Letrozol ist davon auszugehen, dass die generische Konkurrenz nicht zu einer Ausweitung der Menge führt, da bereits vor Einführung der Generika eine Sättigung des Marktes erreicht war. Äquivalent zum Umsatzanstieg wird sich auch der Verbrauch von Abirateron ausweiten. Es

ist ein Verbrauchsanteil im unteren einstelligen Prozentbereich zu erwarten. Für Neueinführungen werden bis 2016 Verbrauchsanteile von unter einem Prozent erwartet.

### Konventionelle Therapie

Konventionelle Wirkstoffe spielen auch nach Einführung zielgerichteter Therapien eine bedeutsame Rolle. Häufig werden zielgerichtete Therapien in Kombination mit konventionellen Wirkstoffen gegeben, bzw. als weitere Therapielinie nach Versagen der Vorbehandlung mit konventionellen Wirkstoffen eingesetzt (Siddiqui et al. (2012)).

Insgesamt wurden für 2012 66 konventionelle Wirkstoffe berücksichtigt. Ihr Verbrauch stieg zwischen 2010 und 2012 von 36,4 auf 39,1 Mio. DDD an, der Umsatz erhöhte sich von 992 auf 1.079 Mio. Euro. Rund 35 % des Umsatzes entfielen 2012 auf die generischen Taxane Paclitaxel und Docetaxel sowie auf Pemetrexed, welches voraussichtlich 2016 patentfrei wird. Diese Wirkstoffe werden überwiegend als Zubereitungen abgegeben. Gemessen am Verbrauch ist der Antimetabolit Fluorouracil (5-FU) mit einem Anteil von 32 % der Wirkstoff mit dem höchsten Anteil unter den konventionellen Krebstherapeutika. Darauf folgt als wichtigstes orales Zytostatikum Hydroxycarbamid mit einem Anteil am Verbrauch von 9 %. Beide Wirkstoffe sind ebenfalls generisch.

Von 2012 bis 2016 ist für die Wirkstoffe des Segments nur ein vergleichsweise mäßiger Umsatzanstieg (jährliche Steigerungsrate 2,4 %) auf 1.188 Mio. Euro zu erwarten. Der mäßige Umsatzanstieg ist auch die Folge der modellierten Einsparungen für generische Substitution (Docetaxel und Temozolomid). Dennoch bleiben die drei genannten Marktführer auch 2016 mit 36 % weiterhin die umsatzstärksten Wirkstoffe des Segmentes. Der Verbrauch wird bis 2016 mit einem jährlichen Wachstum von 1,1 % auf geschätzte 40,8 Mio. DDD ansteigen.

Im Gegensatz zu den zielgerichteten Therapien ist das Marktpotenzial neuer konventioneller Wirkstoffe eher gering. Für die Prognose wurde angenommen, dass bis 2016 sechs neue Wirkstoffe in den Markt kommen. Ihr umsatzbezogener Marktanteil in 2016 wird voraussichtlich rund 2,5 % betragen. Eine Veränderung der Marktanteile beim Verbrauch ergibt sich aus der Modellierung nicht. Die Wirkstoffe 5-FU und Hydroxycarbamid bleiben die wichtigsten Zytostatika. Neue Wirkstoffe werden 2016 voraussichtlich knapp 1 % am Verbrauch ausmachen.

### Diskussion

Die vorliegende Arbeit schätzt die Entwicklung der onkologischen Arzneimittel des ambulanten GKV-Marktes zwischen 2013 und 2016. Neben der Prognose des gesamten Marktsegments wurde auf die Entwicklung einzelner Segmente im onkologischen Bereich eingegangen.

Nach einer moderaten jährlichen Steigung von 3,7 % der Umsätze im Zeitraum 2010 bis 2012 ist für die nächsten Jahre eine Phase des verstärkten Wachstums im Markt für onkologische Arzneimittel zu erwarten. So wird eine jährliche Steigerung der Umsätze in Höhe von 9,7 % für den Zeitraum 2012 bis 2016 prognostiziert. Dies bewegt sich im Rahmen anderer Schätzungen, welche von jährlichen Steigerungsraten von 6,9 % ausgehen (Business Insights (2011)).

Eine besondere Rolle spielen hierbei die zu erwartenden Markteinführungen von neuen Tyrosinkinasehemmer (TKIs), welche die Umsatzentwicklung im Bereich onkologischer Arzneimittel verstärken. Mögliche kurzfristige Ausgabeneinsparungen, bedingt durch das Ab-

laufen von Patenten und dem damit verbundenen Markteintritt von Biosimilars bzw. Generika sind hingegen kritisch zu betrachten. Einerseits ist die Zahl der Patentausläufe bis 2016 voraussichtlich eher gering. Andererseits ist bedingt durch die derzeitigen Erfahrungen bei der Einführung von Biosimilars für monoklonale Antikörper ein schwächerer Preiswettbewerb als bei chemisch definierten generischen Wirkstoffen zu erwarten (Haustein et al. 2012).

Bei der Betrachtung der Arbeit ist auf Limitationen hinzuweisen. Die Analyse erfolgte auf Basis der Apothekenverkaufspreise, d. h. gesetzliche Abschläge der Hersteller, Individualrabatte auf Grundlage von Verträgen zwischen Unternehmen und einzelnen Krankenkassen nach § 130a Abs. 8 SGB V sowie vereinbarte Rabatte im Rahmen der Vereinbarungen eines Erstattungsbetrages nach § 130b SGB V sind nicht berücksichtigt. Zudem gelten die getroffenen Aussagen nur für den Bereich der ambulanten Versorgung.

Wie gezeigt wurde, treiben insbesondere neue Wirkstoffe und die sich daraus ergebenden erweiterten Therapieregime z.B. durch sequenziellen Einsatz, die Markt- und Ausgabenentwicklung; auf sie gehen 64 % der Umsatzsteigerung im Zeitraum 2012 bis 2016 zurück. Die vorliegende Analyse ist damit sensitiv bezüglich der Annahme zur Anzahl und dem zu erwartenden Marktvolumen der neuen Wirkstoffe. Da in der Krebstherapie neue Wirkstoffe meist additiv zu bestehenden Therapien eingesetzt werden (Siddiqui et al. 2012), ist eine ähnliche Marktdynamik wie in den letzten Jahren wahrscheinlich. Es verbleiben aber Unsicherheiten, welche die Entwicklung abschwächen könnten. Insbesondere die frühe Nutzenbewertung kann Einfluss auf die Vermarktung eines Produktes haben und Verzögerungen beim Markteintritt bzw. sogar Marktrücknahmen zur Folge haben.

#### Aus den Ergebnissen können mehrere Schlüsse gezogen werden.

Als zweithäufigster Todesursache in Deutschland (Statistisches Bundesamt (2012)) besteht für die Krebsbehandlung ein hoher Therapiebedarf. Die Ausweitung der Umsätze, insbesondere in der zielgerichteten Therapie, gehen einher mit einer Ausweitung der Mengen, sodass die Wachstumsrate der Ausgaben über dem Niveau

des gesamten GKV-Arzneimittelmarktes bleiben wird. Insbesondere in den Segmenten der zielgerichteten und der endokrinen Therapien werden auch in naher Zukunft Umsatzzuwächse bedingt durch neue Wirkstoffe zu erwarten sein.

Es ist jedoch zu bedenken, dass für onkologische Wirkstoffe der Verbrauch bei den meisten Wirkstoffen häufig schon nach wenigen Jahren einen Sättigungspunkt erreicht. Ursache hierfür ist, dass die lebensverlängernde Wirkung der meisten Mittel gegen Krebs begrenzt ist. Somit wird in kurzer Zeit ein stabiler Zustand von Patientenzugängen und Patientenabgängen erreicht. <<

## Literatur

- Article One Partners. Xeloda – Roche (17.12.2012). Im Internet: <http://www.articleonepartners.com/study/print?id=278>; Stand 17.12.2012
- BioTrends BioTrends Research Group Analyst Kate Keeping quoted in FirstWord Pharma (23.07.2012). Im Internet: <http://bio-trends.com/News-and-Events/In-The-News/Kate-Keeping-FirstWord-Pharma-072312>; Stand: 02.09.2013
- Drug Bank (2012a). Bortezomib (19.04.2012). Im Internet: <http://www.drugbank.ca/drugs/DB00188>; Stand 19.12.2012
- Drug Bank (2012b) Pemetrexed (14.02.2012). Im Internet: <http://www.drugbank.ca/drugs/DB00642>; Stand 17.12.2012
- Business Insights (2011). The Cancer Market Outlook to 2016. (01.06. 2011). Im Internet: [http://download.bioon.com.cn/view/upload/201303/16084219\\_5745.pdf](http://download.bioon.com.cn/view/upload/201303/16084219_5745.pdf); Stand 17.12.2012
- Neller, M. Krebsmedikamente sorgen für explodierende Kosten. (02.06.2013). Im Internet: <http://www.welt.de/116746107>; Stand 29.8.2013
- EMA. Medicines under evaluation (01.12.2012). Im Internet: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2012/12/WC500135703.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2012/12/WC500135703.pdf); Stand 25.04.2012
- Featherstone H, Whitham L. The Cost of Cancer (01.02.2012). Im Internet: <http://www.policyexchange.org.uk/images/publications/the%20cost%20of%20cancer%20-%20feb%202010.pdf>; Stand 29.08.2013
- Häussler, B., A. Höer, Hempel E, Hrsg. Arzneimittel-Atlas 2013: Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag; 2013
- Haustein, R., de Millas C., Höer A., Häussler, B. Einsparungen für die europäischen Gesundheitssysteme durch Biosimilars. In. „Monitor Versorgungsforschung“ 2012; 5(2): 49-54
- Höer A, Häussler B, Bleß H-H. Arzneimittel gegen Krebs – Rollt die Kostenlawine? Expertise des IGES-Instituts; Eigenverlag; 2010
- Glaeske G, Höffken K, Ludwig W-D et al. (01.08.2010). Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung in der Onkologie – Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Im Internet: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/O/Onkologie/Gutachten\\_Sicherstellung\\_einer\\_effizienten\\_Arzneimittelversorgung\\_in\\_der\\_Onkologie.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/O/Onkologie/Gutachten_Sicherstellung_einer_effizienten_Arzneimittelversorgung_in_der_Onkologie.pdf); Stand 17.12.2012
- Mariotto A, Yabroff k, Shao Y et al. Projections of the Costs of Cancer Care in the United States: 2010-2020. Journal of the National Cancer Institute 2011; 103: 117-128
- Siddiqui M., Rajkumar S. V. The High Cost of Cancer Drugs and What We Can Do About It. Mayo Clin Proc; 87 (10): 935-943
- Statistisches Bundesamt. Todesursachenstatistik 2012. (12.12.2013). Im Internet: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400127004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400127004.pdf?__blob=publicationFile); Stand 29.08.2013
- Yabroff K, Lund J, Kepka D, et al. Economic Burden of Cancer in the US: Estimates, Projections, and Future Research. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention 2011; 20 (10): 2006-2014



## The development of cancer drugs in the SHI until 2016

The aim of this work is the prediction of the expected expenditures for out-patient oncology drugs for the statutory health insurance (SHI) until the year 2016. The goal of the prognosis is to assess whether and to what extent a cost increase will be caused by oncology drugs in this time period.

Data base for the present forecast were the sales and consumption data of oncology drugs and their fixed combinations in the ambulatory SHI pharmaceutical market from 2003 to 2012. Thereby, the following therapeutic segments were considered: Endocrine therapies (L02), targeted therapies (L01 monoclonal antibody (MAB), protein kinase inhibitors and bortezomib), conventional cytostatics (L01) and approved mistletoe preparations. Based on the available data, the development of sales and consumption in the therapeutic segments was estimated taking into account external factors.

The results of the forecast for the period 2013 to 2016 indicate an annual growth rates of 9.7 %, which corresponds to a conversion (pharmacy retail prices including VAT, AVP) of 5,145 million euros for outpatient oncology drugs dispensed in 2016. The largest increase in sales is expected particularly for the segment of targeted therapies in the field of protein kinase inhibitors. The prognosis of the results shows that after moderate sales growth between 2010 and 2012 (in average 3.7 % per year), the market for oncology drugs will enter a phase of increased growth. This development is driven especially through market penetration of new drugs and the associated extended possibilities in therapy. Therefore, 64% of the revenue increases from 2013 to 2016 is caused by drugs whose market entry was in 2012 or later.

### Keywords

Oncology, drug expenditures, forecast, statutory health insurance (SHI)

### Autorenerklärung

Frau Dr. Höer, Herr de Millas und Herr Dr. Haustein sind Mitarbeiter des IGES Institut Berlin. Herr Marx ist Mitarbeiter der Pfizer Deutschland GmbH. Die Datenanalyse wurde von der Pfizer Deutschland GmbH beauftragt.

#### Dr. Ariane Höer

ist seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin des IGES Institut Berlin in den Bereichen Arzneimittelmarkt und Versorgungsforschung. Seit 2007 war sie stellvertretende, seit 2011 ist sie Abteilungsleiterin des Bereiches Arzneimittelmarkt. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Arbeit liegen in den Bereichen ATC-Klassifikation, DDD-Systematik, Arzneimittelsicherheit, Arzneimittelbewertung sowie in der Durchführung von pharmakaepidemiologische und pharmakaökonomische Studien. Kontakt: Ariane.Hoer@iges.de



#### Christoph de Millas

ist seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter/Doktorand im IGES Institut Berlin in den Bereichen Arzneimittelmarkt und Gesundheitspolitik. Schwerpunkt der Tätigkeit sind aktuelle Analysen des GKV-Arzneimittelmarktes in Bezug auf Ökonomie, Wettbewerbspolitik und Versorgung sowie die empirische Bewertung zukünftiger Entwicklungen. Kontakt: Christoph.de.Millas@iges.de



#### Dr. Robert Haustein

ist seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im IGES Institut Berlin in den Bereichen Arzneimittelmarkt, Medizinprodukte und Gesundheitspolitik. Die Schwerpunkte seiner Tätigkeit liegen in ökonomischen Analysen des GKV-Arzneimittelmarktes, Erstattungs- und Market Access Fragestellung sowie Analysen im Bereich Vergütung stationärer und ambulanter Leistungen. Kontakt: Robert.Haustein@iges.de



#### Peter Marx

ist seit 1998 bei Pfizer tätig. Nach mehreren Stationen im Unternehmen leitet Herr Marx seit 2009 den neu geschaffenen Bereich Market Access. Seit 2011 ist der Bereich federführend für die Verfahren nach AMNOG, insb. der Dossievorbereitung, Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und Verhandlungen der Erstattungsbeträge mit dem GKV-Spitzenverband verantwortlich. Seit Mai 2014 ist Peter Marx Geschäftsführer und Head of Health & Value Germany. Kontakt: peter.marx@pfizer.de



Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert  
Prof. Dr. Karel Kostev

# Therapieziel antihypertensiver Behandlung und Teilnahme an integrierten Versorgungsprogrammen

Integrierte Versorgungsmodelle sind in Deutschland gesetzlich und politisch gefördert. Ziel derartiger Modelle ist es, zu einer Optimierung der qualitativen und wirtschaftlichen Patientenversorgung beizutragen, indem die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern innerhalb und zwischen den Sektoren ambulant, akutstationär, Rehabilitation und Pflege gefördert wird. Aufgrund des anhaltenden Kostendrucks im deutschen Gesundheitssystem sollen Redundanzen und Reibungsverluste zwischen den Akteuren abgebaut und die Sozialkassen entlastet werden. Wesentliches Merkmal von Integrierten Versorgungsmodellen ist es, dass Anbieter, Nachfrager und Kostenträger auf Grundlage von selektiven Verträgen und auf freiwilliger Basis einen individuellen Vertrag abschließen (vgl. §§140a und b SGB V). Damit hat der Gesetzgeber eine Abkehr vom Kollektivvertragssystem geschaffen, um mehr Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu fördern. Insbesondere den Kassen eröffnet sich hierdurch die Möglichkeit, die Leistungserbringer nach eigenen Kriterien auszuwählen, Vergütungssysteme zu verhandeln und somit Leistungsfinanzierung und Leistungserfüllung unter einem Dach zu vereinheitlichen (vgl. Amelung 2009, S.6f.). Die Folge ist eine Veränderung der Rollen in der traditionellen Dreiecksstruktur von Kasse – Leistungserbringer – Patient. Für die Leistungserbringer ergibt sich der Vorteil, sich im Wettbewerb durch das Angebot besonderer Behandlungsprogramme zu profilieren und zu professionalisieren. Ein Nachweis guter Qualität und Reputation rückt somit für die Leistungserbringer in den Blickpunkt des Interesses. Für die Patienten ergeben sich Vorteile durch eine abgestimmte Behandlung und Qualität durch zum Beispiel integrierte Behandlungspfade (Waehlert/Wagner/Czap 2010) sowie mögliche Boni/Rabatte oder andere verbesserte Konditionen durch die Kostenträger durch Teilnahme an Integrierten Versorgungsmodellen. Dafür geben die Patienten zumeist die freie Arztwahl auf und verpflichten sich zur Anerkennung der Leistungssteuerung im vorgegebenen Vertrag.

>> Unter Integrierte Versorgungsmodelle fallen dabei eine ganze Reihe unterschiedlicher Ansätze (vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.106f.). Neben den erwähnten Integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a-d stellen sogenannte Disease-Management-Programme (DMP-Programme) nach §§137f-g und §116b Abs.1 einen wichtigen Baustein zur Verbesserung kooperativer Strukturen zwi-

## Zusammenfassung

**Background:** Der Beitrag untersucht, inwiefern Integrierte Versorgungsprogramme, genauer Disease-Management-Programme, zu einer Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung führen. Ziel der Studie ist es, eine kassen-, programm- und regionsunabhängige quantitative Analyse von Qualitätseffekten von Patienten von DMP-Programmen und solchen der Regelversorgung durchzuführen.

**Methoden:** Daten aus der repräsentativen Disease Analyzer-Datenbank von IMS Health wurden für die Studie verwendet. Eingeschlossen wurden Patienten, die eine gesicherte Hypertonie-Diagnose aufweisen und in der Zeit zwischen Januar 2010 und Dezember 2012 mit einer antihypertensiven Therapie begonnen haben. Die primäre Zielgröße der Studie war die Veränderung der Blutdruckwerte nach mindestens sechs Monaten antihypertensiver Behandlung. Zur Bewertung dieser Zielgröße wurde der Anteil der Patienten mit einem Blutdruck von unter 140/90 in der Zeit zwischen Tag 183 und Tag 365 nach Behandlungsbeginn (Indexdatum) ermittelt. Um Störfaktoren zu beseitigen, wurde ein One-To-One-Matching basierend auf einem Propensity-Score durchgeführt.

**Ergebnisse:** 1.317 Patienten mit Teilnahme am integrierten Versorgungsprogramm (IVP) und 1.317 Patienten ohne Teilnahme standen nach dem Propensity-Score-Matching für weitere Analysen zur Verfügung. In beiden Gruppen waren Patienten sehr ähnlich im Bezug auf demographische Variablen sowie antihypertensive Therapie. Der Anteil der Patienten mit Blutdruckwerten <140/90 nach einem Behandlungsjahr betrug 33,6% in der Gruppe der IVP-Teilnehmer und 22,7% bei den Patienten, die nicht an einem solchen Programm teilnahmen ( $p < 0,0001$ ). Die Chance, das Behandlungsziel zu erreichen, war in der Gruppe der Patienten, die an einem Disease-Management-Programm teilnahmen, signifikant höher (OR: 1,73; 95% KI: 1,45-2,05).

**Schlussfolgerung:** Es zeigt sich, dass Teilnehmer von DMP-Programmen eine signifikant bessere Chance haben, das Therapieziel zu erreichen. Damit kann ein positiver Effekt von Integrierten Versorgungsprogrammen auf die Qualität festgestellt werden.

## Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung, DMP, Qualitäts- und Kosteneffekte, Hypertonie, Blutdruck

schen den Sektoren und zur ambulant stationären Versorgung durch Krankenhäuser dar. Wie aus einschlägigen Erhebungen bekannt ist, entfallen 80 % der Kosten auf 20 % der Versicherten, wobei Patienten mit chronischen Erkrankungen einen großen Anteil dieser Kosten ausmachen (vgl. Bundesversicherungsamt, S.3). Gekoppelt mit dem Alter entfallen 47 % der Krankheitskosten pro Jahr und Einwohner auf Patienten, die älter als 65 Jahre sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). Als Konsequenz ergibt sich die Notwendigkeit, insbesondere „teure“ Patientengruppen qualitativ besser zu betreuen.

Hier setzen Disease-Management-Programme an. Es handelt sich um strukturierte Behandlungsprogramme, bei denen die strukturierte und systematische Behandlung des Patienten nach den Anforderungen seiner Krankheit im Mittelpunkt steht. Merkmale solcher Programme sind die Betreuung des Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf, die koordinierte Leistungserstellung über Sektorengrenzen hinweg sowie die Anwendung gesicherter medizinischer Erkenntnisse zur Behandlung (vgl. Amelung 2009, S.19; Greilich et al. 2002, S.1; Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.115ff.). Im Mittelpunkt steht dabei die Prävention. Dies folgt der Überlegung, bei besonders gefährdeten und teuren Patientengruppen durch ein gezieltes Betreuungsprogramm Risiken und mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

Lassen sich aus theoretischer Sicht eine ganze Reihe von Gründen anführen, die aus Kostengründen für eine Behandlung von chronisch kranken Patienten im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme sprechen, so mangelt es an quantitativen Studien, die unabhängig von der Kassenzugehörigkeit, der Region oder des konkreten Behandlungsprogramms empirisch belegen können, dass solche Programme auch zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung beitragen

können. Denn es liegt im Interesse der Kostenträger, nicht nur die Kosten, sondern die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, da im Fokus die Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung steht. Grundüberlegung dabei ist, dass Qualität einen positiven Zusammenhang zu den Kosten aufweist. Diese Überlegung fußt auf der Annahme, dass eine hohe Qualität mit hoher Gesundheit korreliert, d.h. geringere Folgekosten durch etwaige Krankenhauseinweisungen, Arztbesuche und Arzthopping oder für Arzneimittel entstehen. Zur Bewertung der Qualität von Integrierten Versorgungsmodellen gibt es jedoch kaum programm- und kassenübergreifende Analysen. So ist eine Dokumentation und Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f Abs.2 SGB V zwar gesetzlich vorgeschrieben. Vorliegende Studien oder Qualitätsberichte beziehen sich jedoch in der Regel auf KV-Regionen oder Patienten einer bestimmten Kasse (vgl. Schreyögg/Weinbrenner/Busse 2010, S.117ff.). Es wird hiermit angenommen, dass die abzuwägenden Kostenvorteile zwischen fragmentierter Regelversorgung einerseits und strukturierten Behandlungsprogrammen andererseits nicht nur auf Transaktionskosteneffekte zurückzuführen sind, sondern in gleicher Weise durch Qualitätseffekte begründet sind. Hier setzt die vorliegende Studie an. Ziel ist es, am Beispiel der Hypertonie-Behandlung auf Basis einer datenbankgestützten Erhebung die Qualität von Disease-Management-Programmen im Verhältnis zur klassischen Regelversorgung aufzuzeigen.

## Patienten und Methoden

### Disease Analyzer-Datenbank

Die Disease Analyzer-Datenbank (IMS HEALTH) sammelt Informationen zu Arzneimittelverordnungen und Diagnosen sowie medizinische und demografische Grunddaten, die direkt in anonymisierter Form durch die Praxis-EDV-Systeme von Allgemeinmedizinern an IMS geliefert werden [9]. Diagnosen (ICD-10), Verordnungen (Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches (ATC) Klassifikationssystem) und die Qualität der gemeldeten Daten werden von IMS auf Grundlage einer Reihe von Kriterien überwacht (z.B. Vollständigkeit der Dokumentation, Verknüpfung von Diagnosen und Verordnungen).

Die Methoden zur strichprobenartigen Auswahl der Arztpraxen waren geeignet, um eine repräsentative Datenbank der Allgemeinärztpraxen zu erhalten [9]. Die Verordnungsstatistiken mehrerer Medikamente waren den verfügbaren Daten aus pharmazeutischen Verordnungsberichten sehr ähnlich [9]. Die Altersstrukturen bestimmter Diagnosen in der Disease Analyzer-Datenbank stimmten ebenfalls gut mit denen entsprechender Krankheitsregister überein [9].

### Studienpopulation

Insgesamt umfasste die Datenbank 1.205 Allgemeinärztpraxen, die während der Studiendauer (01/2010-12/2012) kontinuierlich Daten an IMS HEALTH übermittelten. Zunächst wurden Bluthochdruckpatienten (ICD 10: I10) mit einer First-Line-Verordnung (Indexdatum) eines Diuretikums (DIU) (ATC: C03), Beta-Blockers (BB) (ATC: C03), Calciumantagonisten (CA) (ATC: C08), ACE-Hemmer (ACE) (ATC: C09A, C09B) oder Angiotensin-II-Antagonisten (AA) (ATC: C09C, C09D) ausgewählt. Weitere Einschlusskriterien waren eine kontinuierliche Behandlung in der gleichen Praxis in den 12 Monaten vor dem Indexdatum und während mindestens 12 Monaten nach dem Indexdatum sowie ein Alter von über 18 Jahren zum Zeitpunkt des Indexdatums. Des Weiteren wurden nur Patienten mit einem dokumentierten Blutdruck  $\geq 1$  (diastolisch (DBD) und systolisch (SBD))

mindestens 0-183 Tage vor und 183-365 nach dem Indexdatum einbezogen. Schlussendlich umfasste die Studienpopulation 6.186 Patienten. 2.242 (36,3%) wurden als Teilnehmer an der ‚integrierten Gesundheitsversorgung‘ einschließlich Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus und koronare Herzkrankheit vermerkt.

Die primäre Zielgröße der Studie war die Veränderung der Blutdruckwerte nach mindestens sechs Monaten antihypertensiver Behandlung. Zur Bewertung dieser Zielgröße wurde der Anteil der Patienten mit einem Blutdruck von unter 140/90 in der Zeit zwischen Tag 183 und Tag 365 nach Behandlungsbeginn (Indexdatum) ermittelt.

Für jeden Studienteilnehmer wurden Alter, Geschlecht, Region (West- oder Ostdeutschland) und Diagnosen zum Zeitpunkt des Indexdatums bestimmt. Die Diagnosen wurden basierend auf Primärdiagnosen (ICD-10-Codes) bestimmt, aufgeteilt nach koronarer Herzkrankheit (I20, I24, I25 ohne I25.2), Myokardinfarkt (I21, I22, I23, I25.2), peripherer arterieller Verschlusskrankheit (E10.5, E11.5, E14.5, I73.9), Schlaganfall (I60-65, G45), Diabetes (E10, E11, E14), Fettstoffwechsel (E78), Adipositas (E65-68) und Niereninsuffizienz (E10.2, E11.2, E14.2, N18, N19, Z49).

## Statistische Analyse

Für alle Variablen wurden deskriptive Analysen erstellt und die durchschnittliche  $\pm$  SA für normalverteilte Variablen berechnet. Unterschiede in den Eigenschaften von Patienten mit und ohne Teilnahme an der integrierten Versorgung wurden mittels t-Test, Wilcoxon-Tests oder Chi-Quadrat-Tests ermittelt. Um Störfaktoren zu beseitigen, wurde ein One-To-One-Matching basierend auf einem Propensity-Score durchgeführt, der als bedingte Wahrscheinlichkeit integrierter Versorgung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung und definierter Komorbiditäten gestaltet war. Eine multivariate logistische Regressionsanalyse wurde verwendet zur Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Teilnahme an der integrierten Gesundheitsverordnung und der Erreichung des Therapieziels (BD  $< 140/90$ ). Eine multivariate lineare Regressionsanalyse wurde verwendet, um Zusammenhänge zwischen der Teilnahme an der integrierten Gesundheitsverordnung und einer Blutdrucksenkung zu untersuchen.

Beide multivariaten Analysen (logistisch und linear) wurden mithilfe einer schrittweisen Selektion mit einem Erfassungskriterium von  $p < 0,10$  erstellt. Zweiseitige Tests wurden eingesetzt und ein p-Wert von  $< 0,05$  wurde als statistisch signifikant angesehen. Alle Analysen wurden unter Einsatz von SAS 9.3 durchgeführt. (SAS Institute, Cary, USA).

## Ergebnisse

### Patientenmerkmale

1.317 Patienten mit Teilnahme am integrierten Versorgungsprogramm (IVP) und 1.317 Patienten ohne Teilnahme standen nach dem Propensity-Score-Matching für weitere Analysen zur Verfügung. Die grundlegenden Merkmale der Studienpatienten sind in Tabelle 1 zu finden. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen im Hinblick auf durchschnittliches Alter, Geschlecht, definierte Begleiterkrankungen und Blutdruckwerte bei Behandlungsbeginn. IVP-Teilnehmer fanden sich häufiger in Westdeutschland (83,4% verglichen mit 77,4%,  $p=0,0001$ ). Der Anteil der Patienten mit Fettstoffwechselstörungen war etwas höher in der Gruppe der IVP-Teilnehmer (32,4% verglichen mit 27,4%,  $p=0,0050$ ).

| Demographische und klinische Charakteristika von Studienpatienten |                        |                              |               |
|---|------------------------|------------------------------|---------------|
| Variable  | integrierte Versorgung | keine integrierte Versorgung | p-Wert        |
| N   | 1,317                  | 1,317                        | 0,7780        |
| Männliches Geschlecht (%)   | 53,3                   | 52,1                         | 0,5324        |
| Westdeutschland (%)   | 83,4                   | 77,4                         | 0,0001        |
| Alter; Mittelwert (Standardabweichung.)                           | 64,3 (13,0)            | 64,1 (13,5)                  | 0,6266        |
| Alter ≤ 50 Jahre (%)  | 15,6                   | 17,2                         | 0,3164        |
| Alter 51-60 Jahre (%)   | 22,6                   | 23,6                         |               |
| Alter 61-70 Jahre (%)   | 25,7                   | 22,7                         |               |
| Alter 71-80 Jahre (%)   | 25,7                   | 25,1                         |               |
| Alter >80 Jahre (%)   | 10,3                   | 11,5                         |               |
| Systolischer Blutdruck (mmHg) zum Zeitpunkt des Therapiebeginns   | 160,7 (16,5)           | 159,3 (15,7)                 | 0,0510        |
| Diastolischer Blutdruck (mmHg) zum Zeitpunkt des Therapiebeginns  | 91,2 (11,8)            | 91,9 (12,9)                  | 0,2865        |
| Koronare Herzkrankheit (%)  | 10,9                   | 12,7                         | 0,1649        |
| Myokardinfarkt (%)  | 2,5                    | 2,9                          | 0,4734        |
| Schlaganfall (%)  | 1,1                    | 0,8                          | 0,4121        |
| Periphere arterielle Verschlusskrankheit (%)                      | 3,3                    | 3,2                          | 0,9122        |
| Diabetes (%)  | 35,0                   | 33,3                         | 0,3446        |
| Fettstoffwechselstörung (%)                                       | 32,4                   | 27,4                         | 0,0050        |
| Adipositas (%)  | 11,3                   | 10,3                         | 0,3791        |
| Niereninsuffizienz (%)  | <b>3,7</b>             | <b>4,2</b>                   | <b>0,5483</b> |

Tab. 1: Demographische und klinische Charakteristika von Studienpatienten.

### Blutdrucktherapie

Tabelle 2 zeigt die Anteile der verschiedenen Klassen blutdrucksenkender Medikamente der Patienten mit und ohne Teilnahme an Programmen der integrierten Gesundheitsversorgung. Die Mehrheit der Patienten in beiden Gruppen erhielt als Initialtherapie einfache ACE-Hemmer oder Betablocker. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen integrierten Gesundheitsprogrammen und anderen Gruppen im Hinblick auf den Anteil der Patienten, die initial mit Diuretika, einfachen ACE-Hemmern, Betablockern, Calciumantagonisten und Angiotensin-II-Antagonisten behandelt wurden. Der Anteil der Patienten, deren Behandlung mit Kombinationspräparaten einschließlich ACE-Hemmern begann, war unter IVP-Teilnehmern etwas höher als in der anderen Gruppe (12,1% verglichen mit 9,2%,  $p=0,0163$ ). In der medikamentösen Second-Line-Therapie waren die beiden Gruppen sich ebenfalls sehr ähnlich, allerdings erhielten IVP-Teilnehmer wesentlich häufiger Diuretika (12,8% verglichen mit 9,1%,  $p=0,0027$ ) und Calciumantagonisten (14,5% verglichen mit 10,6%,  $p=0,0027$ ) als andere Patienten.

### Erreichen des Behandlungsziels

Der Anteil der Patienten mit Blutdruckwerten  $<140/90$  nach einem Behandlungsjahr betrug 33,6% in der Gruppe der IVP-Teilnehmer und 22,7% bei den Patienten, die nicht an einem solchen Programm teilnahmen ( $p<0,0001$ ). Die multivariaten Odds Ratios der logistischen Regressionsmodelle sind in Tabelle 3 aufgelistet. Die Chance, das Behandlungsziel zu erreichen, war in der Gruppe der Patienten, die an einem integrierten Gesundheitsprogramm teilnahmen, signifikant höher (OR: 1,73; 95% KI: 1,45-2,05). In verschiedenen Patientenuntergruppen war die Chance der IVP-Teilnehmer, das Behandlungsziel

zu erreichen, ebenfalls höher im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmern (Tabelle 3).

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten, die in einem DMP-Programm eingeschrieben sind, eine deutlich bessere Chance haben, das Therapieziel „Blutdruck  $<140/90$ “ zu erreichen. Damit kann die Hypothese, dass IHCP zu Qualitätseffekten führen, unabhängig von Kassen- oder Regionszugehörigkeit und unabhängig vom DMP-Programm empirisch abgebildet werden. Legen Studien aus den USA den Schluss nahe, dass im Hinblick auf das Behandlungsergebnis praktisch keine Unterschiede zwischen Patienten, die mit und ohne Managed-Care-Organisationen (MCO) betreut wurden, gegeben sind, die Patientenzufriedenheitswerte in MCO sogar schlechter ausfielen (vgl. Amelung 2009, S.24f.), zeigt die vorliegende Studie folglich einen gegenteiligen Effekt auf. Zwar sind diese Ergebnisse aufgrund der vollkommen anderen Versicherungsstruktur und -kultur der USA nur bedingt auf das deutsche System übertragbar, sie sind jedoch ein Indikator, der darauf hinweist, dass integrierte Versorgungsprogramme nicht per se zu besseren Ergebnissen führen. Dies deckt sich mit der Tatsache, dass in der vorliegenden Studie im Hinblick auf die Patientenstruktur und auch im Hinblick auf die durchgeführte Therapie kaum Unterschiede zwischen Patienten in IHCP und solchen der Regelversorgung festgestellt wurden. Aus diesem Grunde müssen andere Ursachen für das bessere Abschneiden der IHCP-Patienten verantwortlich sein.

Ein Ansatzpunkt liegt möglicherweise in der Compliance-Thematik. Es ist anzunehmen, dass Patienten, die an einem DMP-Programm



| Antihypertensive Therapie der Studienpatienten         |                        |                              |        |
|--|------------------------|------------------------------|--------|
| Therapie   | integrierte Versorgung | keine integrierte Versorgung | p-Wert |
| <b>Initiale Therapie</b>                               |                        |                              |        |
| Diuretika (%)  | 6,9                    | 8,1                          | 0,2371 |
| Betablocker, Monopräparate (%)                         | 21,7                   | 21,4                         | 0,8497 |
| Betablocker, Kombinationspräparate (%)                 | 0,8                    | 1,4                          | 0,1912 |
| Calciumantagonisten, Monopräparate (%)                 | 8,1                    | 8,9                          | 0,4413 |
| ACE-Hemmer, Monopräparate (%)                          | 39,0                   | 39,6                         | 0,7496 |
| ACE-Hemmer, Kombinationspräparate (%)                  | 12,1                   | 9,2                          | 0,0163 |
| Angiotensin II-Antagonisten, Monopräparate (%)         | 5,8                    | 6,8                          | 0,2616 |
| Angiotensin II-Antagonisten, Kombinationspräparate (%) | 5,3                    | 4,5                          | 0,3207 |
| Andere Präparate (%)                                   | 0,3                    | 0,0                          | 0,0453 |
| <b>Weitere Therapie</b>                                |                        |                              |        |
| Diuretika (%)  | 12,8                   | 9,1                          | 0,0027 |
| Betablocker, Monopräparate (%)                         | 14,4                   | 13,0                         | 0,2817 |
| Betablocker, Kombinationspräparate (%)                 | 1,0                    | 1,0                          | 0,6817 |
| Calciumantagonisten, Monopräparate (%)                 | 14,5                   | 10,6                         | 0,0027 |
| ACE-Hemmer, Monopräparate (%)                          | 15,3                   | 13,7                         | 0,2447 |
| ACE-Hemmer, Kombinationspräparate (%)                  | 8,2                    | 7,4                          | 0,4237 |
| Angiotensin II-Antagonisten, Monopräparate (%)         | 8,1                    | 7,4                          | 0,5127 |
| Angiotensin II-Antagonisten, Kombinationspräparate (%) | 6,4                    | 6,1                          | 0,7470 |
| Andere Präparate (%)                                   | 0,5                    | 0,1                          | 0,1567 |

| Patientengruppen  |                     |         |
|-------------------|---------------------|---------|
|                   | Odds Ratio (95% CI) | P value |
| Alle Patienten    | 1,73 (1,45-2,05)    | <0,0001 |
| Männlich          | 1,67 (1,31-2,13)    | <0,0001 |
| Weiblich          | 1,81 (1,42-2,32)    | <0,0001 |
| Alter ≤ 50 Jahre  | 1,52 (0,97-2,38)    | 0,0688  |
| Alter 51-60 Jahre | 1,65 (1,15-2,37)    | 0,0070  |
| Alter 61-70 Jahre | 1,63 (1,13-2,37)    | 0,0094  |
| Alter 71-80 Jahre | 1,64 (1,16-2,32)    | 0,0053  |
| Alter >80 Jahre   | 3,41 (1,93-6,02)    | <0,0001 |
| Westdeutschland   | 1,70 (1,40-2,06)    | <0,0001 |
| Ostdeutschland    | 1,52 (0,98-2,35)    | 0,0626  |

**Tab. 3:** Assoziation (Odds ratios, 95%CI) zwischen der integrierten Versorgung und der Erreichung des Therapieziels (BP <140/90) bei Hypertonie-Patienten in hausärztlichen Praxen (multivariate logistische Regression).

**Tab. 2:** Antihypertensive Therapie der Studienpatienten.

teilnehmen, gemäß der Zielsetzung solcher Programme systematischer betreut werden und eine bessere Kommunikation und Transparenz über Therapieziele herrscht. Dies könnte den Effekt nach sich ziehen, dass die Teilnehmer von DMP-Programmen eher therapietreu bleiben, was für die untersuchten Patienten bedeutet, Ernährung, Medikation, Fitness etc. einzuhalten und umzustellen, wodurch sich der positive Qualitätseffekt erklären ließe. Nicht zu Letzt wird aus diesem Grunde gefordert, strukturierte Behandlungsprogramme am

Patientennutzen auszurichten (vgl. Andersen 2010, S.196). Mit einer hohen Compliance wiederum werden positive Kosteneffekte verbunden (vgl. Gräf 2007), was dem Ziel der Erhöhung der Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Kostenträger nahe kommt. Greift man auf transaktionskostentheoretische Überlegungen zurück (vgl. Williamson 1995), so zeigt die Studie, dass Kosteneffekte eines IHCP im Verhältnis zu den Kosten in der Regelversorgung durch das Abwägen möglicher und bestehender Qualitätseffekte angereichert

## Literatur

- Amelung, E.V. (2009) Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, in: Amelung, E.V., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N., Weatherly, J.N. (Hrsg.): Managed Care in Europa, Berlin, S.3-30.
- Andersen, H.H. (2010) Kundenmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse R., Schreyögg, J., Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg, S.186-197.
- Baumann, M. (2006) Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung – Beiträge zur effizienten Gesundheitsversorgung? Eine institutionenökonomische Analyse, Bayreuth.
- Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardi D. Validity and representativeness of the Disease Analyzer patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies. Int J Clin Pharm Therap 2009; 47: 617-626.
- Bundesversicherungsamt, Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA) unter [www.bundesversicherungsamt.de/druckversion/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/druckversion/weitere-themen/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html).
- Gräf, M. (2007) Die volkswirtschaftlichen Kosten der Non-Compliance: eine entscheidungsorientierte Analyse, Bayreuth.
- Greilich, A, Berchtold, P, Löffel, N (2002) Disease Management – Patient und Prozess im Mittelpunkt, 2. Aufl., Stuttgart.
- Kostev K, Rathmann W. Secondary analysis of electronic databases: potentials and limitations. Reply to Asghari S, Mahdavian M [letter]. Diabetologia. 2013; 56: 2098-9.
- Luhmann, N. (1989) Vertrauen. Ein Mechanismus zur Reduktion sozialer Komplexität, 3. Aufl., Stuttgart.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2010) Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in: Busse, R., Schreyögg, J., Tiemann, O. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg, S.101-121.
- Statistisches Bundesamt (2010) Krankheitskostenrechnung.
- Waehler, L., Wagner, A., Czap, H. (2010) Potenziale und Nutzen einer Pfadkostenrechnung auf Basis von Behandlungspfaden für Einrichtungen im Gesundheitswesen, in: ZögU 33, Jg. 4/2010, S.368-380.
- Wieland, J. (1993) Formen der Institutionalisierung von Moral in der Unternehmung. Die amerikanische Business-Ethics-Bewegung: Why and how they do it. Bern/Stuttgart.
- Williamson, O.E. (1975) Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. A Study in the Economics of Internal Organization, New York..

werden müssen, um zu einer Gesamtaussage über die „Günstigkeit“ der Organisationsform zu gelangen.

Aus sachlich-logischen Überlegungen heraus ist dabei anzunehmen, dass aus kurzfristiger Sicht mit vergleichsweise hohen Transaktionskosten bei integrierten Behandlungsprogrammen zu rechnen ist. Sowohl die Auswahl der geeigneten Transaktionspartner, ihre Bewertung, das Aufsetzen und Aushandeln von Verträgen sowie die koordinierte Durchführung und Kontrolle und Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Patientenbehandlung erfordern einen hohen zeitlichen, personellen und infrastrukturellen Aufwand. Langfristig jedoch ist zu erwarten, dass aufgrund von Spezialisierungseffekten innerhalb des Netzwerkes koordinierter Leistungserbringung nicht nur economies of scale und learning realisiert werden können, sondern vor allem economies of scope (vgl. auch Baumann 2006, S.153) und – wie die Studie zeigt – Qualitätseffekte mit positiven Effekten auf die Gesamtkosten erzielt werden können, was in einem fragmentierten System nicht möglich ist. Eine Senkung der Transaktionskosten durch eingespielte Prozesse, Bündelung von Know-how, gemeinsame und vereinfachte Infrastrukturen zur Dokumentation und Lenkung des Patienten sowie eine höhere Compliance und damit eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg sind als Folge anzunehmen. Ein wesentlicher Faktor hierbei ist die Existenz von Vertrauen, die sich in langfristigen Transaktionsbeziehungen aufbauen kann. Wie Wieland betont, ist es mit zunehmender Komplexität nicht sinnvoll und auch nicht möglich, die Leistungsabwicklung über herkömmliche Kontroll-, Sanktions- und Anreizmechanismen zu steuern (vgl. Wieland 1993, S.27). Im Hinblick auf die Transaktionspartner treten an deren Stelle Vertrauen, geteilte Wertevorstellungen und moralische Standards. In einer solchen Vertrauensorganisation entfallen die Kontrollkosten. Im Hinblick auf den Patienten ist eine starke Arzt-Patienten-Beziehung mit positiven Auswirkungen auf die Therapietreue wahrscheinlich. Es ist also anzunehmen, dass in langfristigen (Vertrags)Beziehungen die Transaktionskosten sinken, indem sie durch Vertrauen ersetzt werden. Darin ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil im Verhältnis zum fragmentierten System zu sehen, bei dem die Eigennutzoptimierung im Vordergrund steht. Es scheint folglich sinnvoll, bei der Bewertung von strukturierten Behandlungsprogrammen sowohl kurz- wie langfristige Kosteneffekte zu betrachten, als auch diese abzuwägen zu Qualitäts-, Compliance- und Vertrauenseffekten, die sich durch die Art und Struktur der Patientenbehandlung in strukturierten Behandlungsprogrammen ergeben.

## Improved blood pressure control is associated with a participation on integrated health care program

This study examines the extent to which Integrated Care Programs, i.e. Disease Management Programs, lead to an improvement in the quality of patient care. The aim of the study is to carry out a quantitative analysis of differences in quality between patients participating in Disease Management Programs (DMPs) and patients receiving regular care, regardless of health insurance status, program, or region. The study used data from the representative IMS Disease Analyzer database. It included patients with a confirmed diagnosis of hypertension who started antihypertensive therapy in the period between January 2010 and December 2012. The primary dependent variable of the study was the change in blood pressure after at least six months of antihypertensive treatment. To assess this variable, we determined the proportion of patients with a blood pressure of below 140/90 in the period between day 183 and day 365 after initiation of treatment (index date). In order to eliminate confounding factors, we performed one-to-one matching based on a propensity score.

The study shows that DMP participants have a significantly better chance of achieving the therapy goal. Thus, it can be established that integrated health care programs have a positive effect on quality.

### Keywords

integrated health care, disease management program, quality and cost effects, hypertension, blood pressure

Die Hauptlimitation der Studie besteht darin, dass der Therapieerfolg basierend auf einem Blutdruckwert gemessen wurde. Ein einzelner Blutdruckwert reicht sicherlich nicht für eine valide Aussage aus, sondern bedarf einer wiederholten Überprüfung. Andererseits kann das Ergebnis jedoch nicht allein auf eine zufällige Häufung von besseren Blutdruckwerten bei IHCP-Patienten zurückgeführt werden. Die Ursachen für die verbesserte Chance auf einen Therapieerfolg können folglich nicht ausreichend erklärt werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. <<

### Autorenerklärung

Karel Kostev ist Professor an der Hochschule Fresenius in Idstein und Mitarbeiter des Unternehmens IMS Health in Frankfurt. Lilia Waehlert ist Professorin an der Hochschule Fresenius in Idstein. Frau Waehlert und Herr Kostev haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von dem Unternehmen IMS Health in Frankfurt durchgeführt.

#### Prof. Dr. habil. Lilia Waehlert

ist an der Hochschule Fresenius in Idstein Professorin für Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie sowie Studiendekanin für Gesundheitsökonomie (B.A.) in Idstein und Führung und Management im Gesundheits- und Sozialwesen (M.A.) in Frankfurt. Sie hat an der Universität Trier Betriebswirtschaftslehre studiert, wo sie promovierte und habilitierte. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Strat. Management und Unternehmensführung, -ethik sowie Versorgungsforschung. Kontakt: lilia.waehlert@hs-fresenius.de



#### Prof. Dr. Karel Kostev

ist Senior Research Advisor bei IMS Health in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in der Medizin promoviert und lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität in Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.



Kontakt: [kkostev@de.imshealth.com](mailto:kkostev@de.imshealth.com)



Rudolf Bals  
65 PLUS

Liebe Leser, Multimorbidität und Multimedikation gehen besonders im fortgeschrittenen Alter „Hand in Hand“.

Dabei geraten oft pharmakologische Erkenntnisse ein wenig in den Hintergrund. Grundsätzlich sollte immer überprüft werden, wieviel Medikation sinnvoll und für den Patienten noch zuträglich ist. Auch Patientenpräferenzen müssen bei diesen Überlegungen berücksichtigt werden. Die 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS sollen dabei helfen, dieses gesamtgesellschaftliche Problem besser in den Griff zu bekommen.

Ihre Meinung zu diesen Forderungen würde uns sehr interessieren.

Ihr  
Rudolf Bals

ment sollte in den Themenkatalog des Innovationsfonds aufgenommen werden, insbesondere dann, wenn es für multimorbide Patienten, die mindestens mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig nehmen, in selektiv-vertraglicher Versorgung implementiert wird.

**8.** Die Honorierung des Medikationsmanagements von Ärzten und Apothekern muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gewährleistet werden (möglichst refinanziert durch Verminderung der Folgen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, potenziell inadäquaten Medikamenten, Arzneimittel-Interaktionen oder Doppelverordnungen).

**Umsetzungsvorschlag:** Aufnahme der Honorierung des Medikationsmanagements in Gebührenordnungen, Selektivverträge oder sonstige Finanzierungsregelungen.

### Förderung der Mitwirkung der Patienten

**9.** Das noch immer unzureichend entwickelte Wissen und Problembewusstsein über Notwendigkeiten und/oder Risiken der Arzneimittelanwendung sowie über Risiken der Selbstmedikation sollte bei Patienten erheblich gefördert werden. Das Gleiche gilt auch für die Akzeptanz von Angeboten des Medikationsmanagements.

**Umsetzungsvorschlag:** Arzneimittelbezogene Informationen und Coaching der Patienten auf Grund einer Medikationsanalyse mit dem Ziel einer besseren Therapietreue und des Empowerments müssen als Aufgabe von Ärzten, Apothekern, medizinischen Fachangestellten, sonstigen dafür qualifizierten nichtärztlichen Fachberufen und Krankenkassen intensiv wahrgenommen, in den Rahmenseetzungen und Verträgen berücksichtigt und finanziell gefördert werden (siehe auch Forderung 8).

**10.** Die Bereitschaft der Patienten, vollständige Angaben für die Medikationspläne über alle verordneten und im freien Verkauf erworbenen Arzneimittel zu machen oder selber einen Medikationsplan zu führen und laufend zu aktualisieren, sollte in deren eigenem Interesse (Therapiesicherheit) gefördert werden.

**Umsetzungsvorschlag:** Bonusregelungen in Krankenkassensetzungen. <<

## 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS

# Unerwünschte Folgen der Multimedikation im Alter - 10 Forderungen

Auf der Grundlage eigener Recherchen und Analysen hat die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS Lösungsvorschläge für mehr Arzneimittelsicherheit bei Multimedikation erarbeitet und daraus 10 Forderungen abgeleitet.

>> Jede der 10 Forderung ist mit einem Umsetzungsvorschlag versehen, der sich an die beteiligten Akteure, den Gesetzgeber oder die untergesetzlichen Normengeber wendet und als Denkanstoß zu einem wirksamen Medikationsmanagement gedacht ist. Diese Forderungen wurden in der letzten Plenumsitzung der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS diskutiert und zur Abstimmung gestellt. Mit großer Mehrheit stimmten die Mitglieder aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens den folgenden Forderungen bei wenigen Enthaltungen zu.

### Förderung der Akzeptanz des Medikationsmanagements bei Ärzten und Apothekern

**1.** Die Bereitschaft vieler Ärzte und Apotheker, sich mit den Kernfragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, Doppel-Verordnungen, vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Non-Adherence wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder Medikamentenumstellungen etc.) im Routinebetrieb auseinanderzusetzen, die immer noch unzureichend entwickelt ist, sollte stärker gefördert werden. Das gilt vor allem für Ärzte, aber auch für Apotheker.

**Umsetzungsvorschlag:** Umsetzung im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben der Körperschaften und Berufsverbände der Ärzte und Apotheker sowie in den Weiterbildungsordnungen (z.B. im Rahmen von geriatrischer Qualifikation).

### Kooperation von beim Medikationsmanagement

**2.** Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch mit medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften beim Medikationsmanagement muss formal etabliert werden.

**Umsetzungsvorschlag:** Implementierung in die AM-Richtlinien und Berufsordnungen. Einsatz von Hilfsmitteln (Medikationspläne, Software)

**3.** Die Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. von Medikationsplänen), insbesondere jedoch von Softwareprogrammen, die das Medikationsmanagement unterstützen, muss vor allem bei den Ärzten, aber auch hinsichtlich der bei den Apothekern bereits verfügbaren Programme gefördert werden.

**Umsetzungsvorschlag:** Längerfristig ist dafür zu sorgen, dass der Medikationsplan in der vom BMG bzw. der Koordinierungsgruppe AMTS vorgeschlagenen Form in die elektronische Gesundheitskarte

integriert wird. Verbindliche Vorgaben und/oder finanzielle Anreize sind dazu nötig (durch den Gesetzgeber, die Vertragspartner und die zuständigen Körperschaften).

**4.** Medikationspläne müssen in Softwareprogrammen so umgesetzt werden, dass ein Medikations-Check durchgeführt werden kann (gemäß AMTS-Empfehlung).

**Umsetzungsvorschlag:** Förderung durch verbindliche Vorgaben und/oder finanzielle Anreize (siehe auch Forderung 3.).

**5.** Das Risiko von Doppelverordnungen und unerwünschten Arzneimittelinteraktionen bei Verordnungen durch mehrere Ärzte muss verringert werden (z.B. wenn Patienten mehrere Hausärzte aufsuchen, die voneinander nichts wissen, und dadurch die Übersicht über das vollständige Medikamentenspektrum erschwert oder gar unmöglich ist).

**Umsetzungsvorschlag:** Motivation und Anreize für Patienten zur verbindlichen Nutzung eines individuellen Medikationsplans (z.B. integriert in die Versicherungskarte) der sowohl bei den behandelnden Ärzten als auch bei den Apotheken vorgelegt und laufend aktualisiert werden sollte (Voraussetzungen müssen insbesondere durch den Gesetzgeber - Stichwort Versicherungskarte -, aber auch durch die Vertragspartner im G-BA und Partner von Selektivverträgen geschaffen werden).

### Versorgungsforschung

**6.** Die Evidenz für Vorgaben beim Medikationsmanagement (Berücksichtigung von Interaktionen und Kontraindikationen, Medikationsregeln etc.) muss durch gezielte Versorgungsforschung erhöht werden.

**Umsetzungsvorschlag:** Die Versorgungsforschung hinsichtlich Multimedikation bedarf intensiver Förderung (beispielsweise durch Evaluation von Modellprojekten zum Medikationsmanagement mit Mitteln aus dem Innovationsfonds oder durch das BMG bzw. das BMBF).

### Finanzielle Förderung und Anreize

**7.** Das Medikationsmanagement sollte besonders dann finanziell gefördert werden, wenn es in Settings, die dafür günstige Voraussetzungen bieten (z.B. koordinierte, integrierte und selektiv-vertragliche Versorgung, Klinikversorgung, Versorgung in Pflegeeinrichtungen) vertraglich einbezogen wird.

**Umsetzungsvorschlag:** Das Medikationsmanage-





# OB MANN ODER FRAU MACHT BEI UNS KEINEN UNTERSCHIED.

*Angelika | 34 | Rechtsabteilung*

Der Anteil der Frauen unter den Mitarbeitern Sanofis ist hoch: Er beträgt 50% innerhalb der Sanofi-Gruppe und 45% innerhalb des Managements. Das Unternehmen sieht sich in der Pflicht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Lebenssituationen zu unterstützen, und das gilt insbesondere, wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Aus diesem Grund gehören flexible Arbeitszeiten und ausreichende Kinderbetreuungsangebote bei Sanofi zum Unternehmensalltag.



Weitere Infos zur Unternehmenskultur  
bei Sanofi finden Sie auf [www.sanofi.de](http://www.sanofi.de)