

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Hedwig François-Kettner,
Vorsitzende des
Aktionsbündnisses
Patientensicherheit e.V.:
„Wir wissen zurzeit ein-
fach noch nicht genug.“

Copyright: APS/ Cordula Giese.

- „IT zur Vermeidung von arzneimittelbezogenen Problemen“ (Worch)
- „Umsetzung der Versorgungsforschung in Deutschland“ (Wilke)
- „Patientenbeteiligung – ein komplexes Treiben“ (Danner)

**FOKUS:
Teilhabe**

Editorial

Fokus: Patienten und Sicherheit 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Wir wissen zurzeit einfach noch nicht genug“ 6

Titelinterview mit Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS e.V.

Redaktion

„Patientenbeteiligung – ein komplexes Treiben“ 16

Interview mit Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe

Wenn Qualität auf einmal zum Planungsfaktor wird 19

Diskussionen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Wie klinische Dokumentation etwas leichter wird 30

Faktencheck: Einsatz von Sprachsoftware

Studie belegt positive Effekte von Telemedizin 32

Warum Kassen in die Telemedizin investieren

„Sicherstellung und Organisation der Versorgung“ 34

Blickwinkel: Aus dem Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg

INNOFONDS

Bitte beachten Sie die Sonderseiten (23-29) zum Innovationsfonds, auf denen MVF regelmäßig über den Entwicklungsstatus informieren wird.

Zahlen - Daten - Fakten

Sind HzV Selektivverträge mit Zukunft? 14

Standards

Impressum 2

News 22, 33

Rezension 38

Beilagenhinweis

Bitte beachten Sie die Beilage des 2. Petersberger Forums zum Gesundheitswesen

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 39-42

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

Kerstin Müller
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
mueeller@m-vf.de
Jutta Mutschler
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
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 Anzeigentel)
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. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IVW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.615
(IVW 1. Quartal 2015)



WISSENSCHAFT

Prof. Dr. rer. oec. Thomas Wilke / Dr. rer. oec. Katja Gehrke / Veit Anton M.A. / Sabrina Müller 43

Umfrage unter pharmazeutischen Unternehmen: Umsetzung der Versorgungsforschung in Deutschland

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass ein noch deutlicher formaler, prozessualer und inhaltlicher Entwicklungsbedarf besteht, bis Versorgungsforschung in der Umsetzung von pharmazeutischen Unternehmen durchgehend einen hohen Stellenwert hat. Die Bedeutung der Versorgungsforschung nimmt aber aus Sicht der Unternehmen künftig dennoch weiter zu.

Joachim Graf M.A. / Dipl.-Soz. Christine Emrich / Prof. Dr. med. Monika A. Riegerer 47

Implementierung und Evaluation der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung und Evaluation der Veranstaltung kann die modularisierte Blockwoche als Möglichkeit beschrieben werden, methodische und inhaltliche Grundlagen der Versorgungsforschung ins Medizinstudium zu integrieren und angehende Mediziner für die Effectiveness-Forschung zu sensibilisieren. Das Lehrformat sollte auch zukünftig angeboten werden.

Dipl.-Pfleger (FH) Andreas Worch / Annika Schmidt, MSc / Dr. rer. cur. Johannes Gräse, MSc / Prof. Dr. rer. nat. Karin Wolf-Ostermann 53

IT-gestützte Anwendungssysteme zur Vermeidung von arzneimittelbezogenen Problemen – eine Literaturübersicht

Insbesondere ältere Menschen nehmen aufgrund von Mehrfacherkrankungen häufig eine Vielzahl verschiedener Medikamente ein. Dies führt oftmals zu arzneimittelbezogenen Problemen, wie z. B. Medikationsfehler, unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) und -wirkungen (UAW). Informationstechnologie (IT) soll die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Arzneimittelsicherheit (AMS) unterstützen. Das Ziel des vorliegenden Review ist es, die Bereiche, in welchen IT-gestützte Systeme zur Gewährleistung der AMTS und AMS (AMTS-/AMS-IT) zum Einsatz kommen und die Motive für deren Implementierung darzustellen. Im Weiteren sollen die Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE als Medikationsfehler, UAE, UAW und klinische Outcomes von Patienten mit einer Arzneimitteltherapie zusammengefasst werden. Im Fokus stehen ältere Menschen und die stationäre Langzeitpflege. Nach einer systematischen Literatursuche wurden hierzu englischsprachige Publikationen analysiert. AMTS-/AMS-IT werden derzeit hauptsächlich im akutklinischen Alltag eingesetzt und kaum in der Langzeitpflege. Hauptgründe für die Installation sind die Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit und die Senkung von Versorgungskosten. Derzeit findet sich kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis von AMTS-/AMS-IT bezogen auf die Detektion und Abwendung von (potenziellen) UAE und UAW. Der Nutzen IT-gestützter Verfahren in Einrichtungen der Langzeitpflege bleibt weiter offen; ebenso die Frage, ob ihr Einsatz zu einem direkten Patientennutzen führt. Zum endgültigen Wirksamkeitsnachweis sind weitere nutzenorientierte und gut dokumentierte Interventionsstudien unverzichtbar – vor allem im Bereich Langzeitpflege.

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 Greifs-
wald



Franz Knieps
BKK Dachverband, Berlin



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



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

Praxisbeirat

vertreten durch



Hedwig
François-Kettner



Nordost

Harald Moehlmann



Dr. Jens Härtel



Dr. Martin Danner



Dr. Marco Penske



Gerhard Stein



Prof. Dr. Christian
Franken



Frank Lucaßen



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Roland Lederer



Stephan Spring



Dr. Hans-Joachim
Helming



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Prof. Dr. Stephan
Burger



Dr. Andreas Kress



Dr. Thomas
Trümper



Ralph Läger



Helmut
Hildebrandt



Prof. Dr.
W. Dieter Paar



Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve



Dr. Dominik Graf
von Stillfried





**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.

Fokus: Patienten und Sicherheit

MVF-Titelinterview mit Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit, und Interview mit Dr. Martin Danner, BAG Selbsthilfe

> S. 6 ff.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit wurde in diesem Jahr zehn Jahre alt. Das ist eine kurze Zeit, wenn man bedenkt, dass die Patientensicherheit im Gesundheitswesen höchste Priorität haben muss. Aber wir haben keine gute Kultur im Umgang mit sog. unerwünschten Ereignissen. Wenn es darum geht, dann meist in der Form von Skandalen in den Medien. „Wir wollen eine Sicherheitskultur implementieren und etablieren. Und Skandalisierung schadet der Patientensicherheit“, sagt dagegen Frau **François-Kettner** im Titelinterview. Oft stößt man bei einer sachlichen Diskussion auf „systembedingte und durch systembedingt kumulierte Schwächen ermöglichte“, also komplexe Fehlerursachen, die dann angegangen und beseitigt werden können. Außerdem hat Frau François-Kettner durch ihre langjährige Erfahrung einen sehr souveränen Blick auf das Gesundheitssystem und die aktuellen Reformen.

Dr. Martin Danner von der BAG Selbsthilfe erläutert in seinem Interview das komplexe Treiben der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen und deren Kampf um die Anerkennung als gleichwertiger Akteur im System.

> S. 18 ff.

Neu im Herausgeberbeirat

Beide Gesprächspartner wirken ab jetzt auch in unserem Herausgeberbeirat mit. Somit begrüßen wir als neue Mitglieder im Herausgeberbeirat: **Hedwig François-Kettner**, Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. und **Dr. Martin Danner**, BAG Selbsthilfe.

Zusätzlich freue ich mich sehr, dass auch **Dr. Dominik Graf von Stillfried**, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, ab jetzt im Herausgeberbeirat mitwirkt. Mit ihm haben wir in der vorigen Ausgabe das Titelinterview geführt.

Der Beirat unterstützt Herausgeber und Verlag dabei, „Monitor Versorgungsforschung“ als unabhängiges, interdisziplinäres Fachmedium für das gesamte Themenfeld Gesundheitsversorgung und Versorgungsforschung zu realisieren und so die Wahrnehmung der Versorgungsforschung sowie die Wirksamkeit und Durchsetzung neuer Ideen und ihrer Ergebnisse zu verbessern.

Save the Date: 8. März 2016 - MVF-Fachkongress: 1. Runde Innovationsfonds

Ziele, Mittelverteilung, Nutzen und Evaluation des Innovationsfonds sollen im vierten Quartal 2015 weiter geklärt werden. Im Frühjahr 2016 läuft dann die 1. Antragsrunde. Den dann ganz aktuellen Stand und wie man von einer Idee zu einem erfolgreichen Projektantrag kommt, präsentiert der **6. MVF-Fachkongress am 8. März 2016**. Merken Sie sich das Datum bitte schon vor.

Rubrik Wissen

Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, erläutert die Maßnahmen der AOK Baden-Württemberg für eine eigenständige bestmögliche Versorgungsgestaltung im Interesse ihrer Versicherten.

> S. 34 ff

Wissenschaftliche Beiträge

Wilke u.a. präsentieren die Ergebnisse einer Befragung zur Bedeutung der Versorgungsforschung von pharmazeutischen Unternehmen.

> S. 43 ff.

Graf, Emrich und Rieger untersuchen den Erfolg einer Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ im Medizinstudium in Tübingen. Aufgrund der positiven Erfahrungen soll dieses Lehr-Format auch in Zukunft angeboten werden.

> S. 47 ff.

Worch u.a. untersuchen in einer systematischen Übersicht englischsprachiger Publikationen die Erfahrungen mit IT-gestützten Systemen zur Arzneimitteltherapiesicherheit und Arzneimittelsicherheit, die zur Zeit hauptsächlich im akutklinischen Alltag eingesetzt werden, für ältere Menschen und die stationäre Langzeitpflege.

> S. 53 ff.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für uns eine Selbstverständlichkeit. Unser Engagement für die Versorgungsforschung auch.

Mit unseren Daten zur Arzneimittelversorgung unter Alltagsbedingungen unterstützen wir Pharmaunternehmen, Krankenkassen und maßgebliche Institutionen des Gesundheitswesens.

Wir decken zeitnah Versorgungsauffälligkeiten zwischen Regionen, Facharztgruppen und Kassenarten auf. Wir analysieren die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.

www.insight-health.de

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10 · 65529 Waldems-Esch
Tel.: 06126 955-0, Fax: 06126 955-20



Titelinterview mit Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS)

„Wir wissen zurzeit einfach noch nicht genug“

„Qualität ist bereits ein ökonomischer Faktor und Qualität ist meines Erachtens unbedingt auch profitabel.“ Mit diesen Worten positioniert sich die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., Hedwig François-Kettner, eindeutig pro qualitätsorientierte Bedarfsplanung für Krankenhäuser. Sie schränkt das aber gleich wieder ein, denn ihrer Meinung nach „sind wir heute noch nicht so weit, dass wir eine qualitätsorientierte Honorierung gesamtgesellschaftlich für das System in Angriff nehmen könnten. Sie weiß als langjährige Pflegedirektorin der Berliner Charité mit Verantwortung für 4.100 Pflegekräfte sehr genau, wovon sie im Interview in „Monitor Versorgungsforschung“ spricht.

>> Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat vorgeschlagen, die bestehenden Qualitätsindikatoren zu nutzen, um eine gemeinsame Bedarfsplanung für Krankenhäuser und Ärzte zu schaffen und sogar die Honorierung danach zu steuern. Ist es im Sinne des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, wenn Qualität zum ökonomischen Faktor wird?

Qualität ist bereits ein ökonomischer Faktor und Qualität ist meines Erachtens unbedingt auch profitabel. Nur werden gelegentlich qualitative Verbesserungen unterlassen mit Hinweis auf Kostensteigerungen. Der Ansatz kann positive Impulse geben. Leider sind wir heute noch nicht so weit, dass wir eine qualitätsorientierte Honorierung gesamtgesellschaftlich für das System in Angriff nehmen könnten. Um so etwas zu machen, braucht es meines Erachtens eine Gesamtschau und es bedarf eines Rahmenkonzeptes. eine Bestandsaufnahme des deutschen Gesundheitswesens samt seiner regionalen Unterschiede und der entsprechenden Bedarfe. Insofern unterstütze ich die Planungsvorstellungen des Bundesgesundheitsministers Gröhe. „Die Qual mit der Qualität“ und wie gut eine Klinik wirklich ist, aber auch, wie schwer es ist gängige Qualitätskriterien zu einer objektiven Ergebnisbeurteilung anzulegen wird längst auch in der Öffentlichkeit diskutiert und im Juli sehr anschaulich von Werner Bartens in der „Süddeutschen Zeitung“ beschrieben.

Die Übersicht über die regionalen Qualitätsunterschiede und die Analyse ihrer Ursachen finden Sie fast wichtiger als Bedarfsplanung und Honorierung?

Nicht wichtiger – nur sollte man nicht den zweiten vor dem ersten Schritt machen. Eine Angebots- und Bedarfsanalyse sollte vorgeschaltet sein. Die regionalen Bedarfsanalysen dürfen dabei vor allem nicht an Landesgrenzen aufhören, d. h. auch eine Krankenhausplanung muss letztlich aus der Vogelperspektive über Ländergrenzen hinweg geschehen. Für eine qualitätsorientierte Honorierung ist es meines Erachtens noch zu früh, ich bin auch nicht wirklich sicher, ob sie in jedem Fall sinnvoll ist.

Zu früh? Wie lange soll man denn warten?

Wir wissen zurzeit einfach noch nicht genug. Denken wir doch einmal an die Landstriche in Deutschland, in denen jetzt die Bevölkerung schrumpft. Es ist doch eigentlich selbstverständlich, dass man dort nicht alle Angebote direkt vor Ort vorhalten kann und eigentlich auch nicht muss, wenn man es schafft, dafür andere versorgungssichernde Strukturen herzustellen. Genau das haben wir aber noch nicht getan. Das liegt auch und vielleicht vor allem daran, dass wir noch keine einsatzfähige elektronische Gesundheitskarte haben, die Patienten-

bedürfnisse strukturbasiert abbilden könnte, weil sich durch und mit ihr die tatsächlichen – und nicht von gestern auf morgen prognostizierte – Bedarfe abzeichnen würden.

Was sicher auch noch fehlt, wäre ein sinnvoller Pay-for-Performance-Ansatz, der auch „Non Pay for Non Performance“ bedeuten würde. Ist denn unser System für ein solches Umdenken in tatsächlich für den Patienten erbrachten Leistungen überhaupt bereit?

Es gibt doch heute bereits Abschläge. Pay for Performance wäre eigentlich nur eine Verdichtung dieses real existenten Malus-Systems. Doch auch hier ist davor zu warnen, dass unsere derzeitige Struktur einige dicke Probleme mit sich bringt, die die zu erwartenden Vorteile mehr als aufwiegen könnten.

Ein Beispiel?

Denken wir an die Pflege, in der bereits heute beispielsweise ein Abschlag existiert, wenn ein Patient einen Dekubitus bekommt. Wenn man aber nun in einem Nachtdienst eine Krankenschwester für 45 Patienten einsetzt, und erwartet, dass sie 30 Patienten alle zwei Stunden fachadäquat lagert, dann kann man sich ganz einfach ausrechnen, dass das schon alleine aus zeitlichen Gründen nicht funktionieren kann. Das heißt nichts anderes, als dass wir es hier mit einem strukturellen Problem zu tun haben, um das sich unser Gesundheitssystem derzeit überhaupt nicht bzw. nicht ausreichend genug kümmert. Sicher wird mal hier, mal da ein kleines Förderprogramm ins Leben gerufen, das aber nicht mehr als ein Pflaster und bloßes Alibi ist. Dieses Vorgehen ist eines der großen Grundprobleme unseres Systems. Besonders aus diesem Grund finde ich ggf. sinnvolle Ansätze wie qualitätsorientierte Honorierung oder Methoden wie Pay for Performance verfrüht, um nicht zu sagen: schädlich.

Was halten Sie denn vom Streik der Pflegekräfte, der kürzlich an der Charité stattfand?

Ich kann die Gründe für diesen Streik gut nachvollziehen. Ich bin ja dort lange selbst Pflegedirektorin gewesen. Während dieser Zeit habe ich immer wieder und an sehr unterschiedlichen Stellen darauf hingewiesen, dass die personelle Struktur nicht ausreicht, um in allen Schichten eine qualitativ hochwertige und ausreichende Pflege zu gewährleisten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Charité europaweit eine der Kliniken ist, die viele Patienten mit hohem Risiko versorgt. Allein diese Tatsache sorgt schon für einen deutlichen Mehraufwand im Vergleich zu allen anderen Krankenhäusern um die Charité herum. Dieser Mehraufwand ist in keinsten Weise in den Pflegeplänen abgedeckt. Daher kann ich die Gründe für den Streik voll verstehen. Allerdings bin

ich der Auffassung, dass die Arbeitgeber dafür zuständig sind, ausreichend Personal zur Verfügung zu stellen, allein schon aus Qualitätsgründen. Die Politik hat die Rahmenbedingungen dafür sicherzustellen.

Wie ist der Status quo der Qualität in deutschen Krankenhäusern?

Aus vielen Richtungen laufen Meldungen auf, nach denen der Status gar nicht so schlecht ist. Gefühlt ist der Status sogar recht gut. Das spiegeln uns vor allem viele Patienten wider, die im Ausland behandelt und versorgt wurden, immer nach dem Motto: Im Krankheitsfall bloß schnell nach Hause, nach Deutschland. Das wird selbst von unserem derzeitigen Bundesgesundheitsminister immer wieder betont. Auch Zahlen spiegeln diesen Eindruck wider. Unser Gesundheitswesen ist, was die einzelne Aktivität der einzelnen Akteure anbelangt, wirklich gut, besonders im Akutbereich. Doch eigentlich wissen wir viel zu wenig Genaues darüber, denn wir wissen auch um Fehler, um unerwünschte Ereignisse, die immer wieder auftreten. Im Aktionsbündnis Patientensicherheit befassen wir uns insbesondere mit diesen Hinweisen und Erkenntnissen.

Da sind wir bei einer Zeitschrift für Versorgungsforschung gerade an der richtigen Stelle. Was müssten wir besser und genauer wissen?

Wir müssten zum Beispiel sehen, wie es sich mit der Gesundheits- und Krankheitsentwicklung im Laufe der Jahre tatsächlich verhält. Und ebenso, welche Faktoren entscheidend dafür sind, dass Versorgung besser oder schlechter wird. Heute werden viele Ausschnitte, viele Interventionen gesondert erfasst und manchmal auch analysiert, aber gerade die Zusammenschau fehlt, auch im Internationalen Vergleich. Sicher gibt es, wenn auch erst seit wenigen Jahren, ein Klinisches Krebsregister, ein Traumaregister, ein Berliner Herzinfarktregister oder z. B. das Endoprothesenregister. Für viele einzelne Segmente und Indikationen gibt es somit einzelne Register und Versorgungsforschung, doch keine Instanz die diese Daten zusammenführt. Denn jeder der Registerhalter betrachtet die von ihm gesammelten Daten als sein Eigentum.

Das ist ein wichtiger Punkt: Die Daten müssten zusammengebracht werden und gehören an und für sich dem Patienten.

Das ist aber nur ein Punkt von vielen. Denken wir einmal an Behandlungsfehler. Die Bundesärztekammer sichtet und bewertet gemeldete Behandlungsfehler, aber auch die Krankenkassen und die Haftpflichtversicherungen. Doch auch hier werden die jeweils gesammelten Daten nicht übergreifend zusammengeführt, sie werden wie persönliches Eigentum behandelt. Eigentlich sind alle Daten, die im Gesundheitssystem erhoben werden, von wem auch immer, vom Patienten stammende oder zumindest von ihm ausgelöste Daten, die der Öffentlichkeit natürlich anonymisiert zur Verfügung stehen müssten, weil wir sie systemseitig und gemeinsam zur Verbesserung von Qualität und Bedarfsplanung dringend brauchen.

Um zurückzukehren zur Ausgangsfrage.

Das ist ganz einfach: Auch weil die Daten nicht genügend zusammengeführt werden, wissen wir heute in vielen Fällen nicht, wo wir nun genau stehen: wie gut sind wir oder wie schlecht? Und: Wo könnten wir besser sein? Anders ausgedrückt: Gefühlt sind wir ganz gut, gemessen weiß man es nicht.

Warum können denn die jeweiligen Erheber die Daten als ihr Eigentum betrachten?



Copyright: APS/ Cordula Giese.

Das ist unser System, das föderal und Sektor-bezogen funktioniert. Zudem wird unser Gesundheitswesen durch eine Selbstverwaltung gesteuert, die systemseitig mal mehr mal weniger und manchmal auch gar nicht moderiert wird.

Sie sind gegen Selbstverwaltung?

Aber nein, ich befürworte die Selbstverwaltung, die allerdings im Sinne des Allgemeinwohls zu funktionieren hat. Doch genau deswegen braucht es jemanden, der im Gesamtsystem sozusagen Dirigent oder Moderator ist. Dieser Dirigent, nennen wir die Funktion ruhig einmal so, hat die Aufgabe, mit den entsprechenden Akteuren gemeinsam auf das zu schauen, was für die Gesundheitsversorgung der Republik das Beste ist, nicht nur für die Bänke der Selbstverwaltung. Eine derartige Gesamt-Sichtweise würde unserem Gesundheitssystem eine ganz neue, weit deutlich patientenfokussiertere Richtung geben. Das wäre natürlich ein Paradigmenwechsel im Vergleich zum heutigen Status quo.

Doch: Ist das durchsetzungs- oder auch nur mehrheitsfähig?

Nein. Denn daran ist im Moment keine Partei interessiert. Das würde bedeuten, sich nicht länger nur mit Reformen und Reförmchen zu beschäftigen, sondern sich ernsthaft an einen Umbau des Systems zu wagen.

Bisher wird doch vieles aus rein ökonomischer Sichtweise heraus betrachtet, anstatt eine Vision eines zukunftssicheren Gesundheitssystems vor Augen zu haben.

Dem ist leider so. Das ist meine persönliche Ansicht, nicht eine des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Doch als Person stehe ich dazu, mir fehlt einfach ein geschickter Dirigent des Systems Gesundheitswirtschaft. Und wo wir schon mal dabei sind: Wieso ist die Gesundheitswirtschaft überhaupt eine Wirtschaft, die Gewinne abwerfen muss? Ich bin der Auffassung, dass ein zukunftssicheres Gesundheitssystem ein Non-Profit-Unterfangen sein muss, das darauf ausgelegt ist, jeden Cent, den es verdient, in die Verbesserung der Versorgung zu investieren. Sei es nun in Struktur, in Mitarbeiter oder auch in wichtige und notwendige Versorgungsforschungsstudien, die helfen, unser Gesundheitssystem wirklich nach vorne zu bringen. Ich bin nicht der Meinung, dass mit Erlösen aus dem Gesundheitswesen Aktionäre bedient werden sollten. Auch das ist meine rein persönliche Haltung.

Andererseits haben Sie vorhin gesagt, dass Ökonomie nur eine Seite der Medaille wäre. Auf der anderen finden sich historisch gewachsene föderale, regionalpolitische und auch Standesinteressen, die einer sinnvollen Gesamtverbesserung des Systems als Hindernisse entgegenstehen.

Das ist durchaus richtig.

Für die nächste Stufe, nämlich die Honorar- und Bedarfsplanung, fehlen uns Ihrer Ansicht nach derzeit noch ganz viele Informationen. Andererseits gibt es bereits heute eine Fülle, ja Tausende von einzelnen Qualitätsindikatoren. Messen wir denn in Bezug auf Qualität das Falsche?

Das will ich gar nicht sagen. Ich habe in meiner Amtszeit selbst sehr viel gemessen, wie eben zum Beispiel die Verläufe der Dekubitus, die Verläufe der Patientenzufriedenheit oder der Sturzaufkommen oder anderes. Ebenso habe ich die Qualität der Dokumentation im Kontext der realen Patientenbeobachtungsergebnisse überprüfen lassen. All diese Dinge sind ja auch wichtig, um Handlungsbedarf zu kennen und die entsprechenden Entscheidungen dazu herbei zu führen. Mit der externen Qualitätssicherung wurde meines Erachtens eine gute Grundlage gelegt, auf der man aufbauen konnte. Aber ich kann all die erhobenen Daten heute immer noch nicht ohne weiteres mit Daten anderer Häuser vergleichen. Zumindest nicht durchgängig. Um beim Beispiel Dekubitus zu bleiben: Es ist nicht unerheblich, welche Risikofaktoren ein Patient hat, um einen Dekubitus zu bekommen. Wenn man einen Patienten vor sich hat, den man aufgrund seines Hirndrucks nicht lagern darf, ist es nun einmal sehr wahrscheinlich, dass er einen Dekubitus bekommen wird. Muss dann das Krankenhaus einen Abschlag hinnehmen? Das heißt: Qualitätsmessung an und für sich ist gut. Nur muss man wissen, was man misst, und daraus die richtigen Schlüsse ziehen. Das aber ist nicht immer einfach.

Der Krankenhausreport macht deutlich, dass größere Erfahrung und Routine Einfluss auf bessere Qualitätsergebnisse zu haben scheint. Wer könnte sich denn darum kümmern, dass man solche Fakten genauer erforscht?

Die Verbände der Versorgungsforschung und anstehende Versorgungsforschungs-Förderungen etwa durch den Innovationsfonds haben hier ein Aufgabengebiet. Als APS erwarten wir, dass die Anliegen der Patientensicherheit geprüft und gefördert werden. Neben den temporären Projektschwerpunkten ist es eigentlich eine Aufgabe von Universitäten und öffentlichen Instituten. Damit können die daraus erhobenen Daten eben nicht in irgendeiner Schublade verschwinden, sondern stehen der Allgemeinheit zur Verfügung.

Jetzt haben wir schon zwei Qualitätsinstitute und bald ein drittes. Bräuchten wir vielleicht noch ein viertes Institut?

Wir brauchen nicht eine große Anzahl von Instituten, sondern eine Vielzahl von Aktivitäten. All diese Institute, ob nun drei oder vier, sind in die bestehenden Strukturen eingebunden und damit dem jetzigen System verhaftet. Ein System sollte man unabhängig von außen betrachten, wenn man es grundlegend reformieren will. Eigentlich müssten wir mit klugen, unabhängigen Leuten einen ausreichend langen Workshop veranstalten und definieren, wie das System aussehen sollte, in dem wir alle möglichst gesund alt werden wollen.

Was sagen Sie zu den sich bildenden Pflegekammern? Was halten Sie davon? Sind sie ein Teil eines zukunftsweisenden Gesundheitssystems?

So lange wie wir in einem Kammersystem leben, muss auch die Pflege eine Kammer bekommen. Das ist meine feste Überzeugung. Wenn irgendwann einmal in Deutschland eine Gesundheitskammer existieren würde, könnte ich mir auch andere Konstrukte vorstellen, die weniger „Bänke“-behaftet sind. Aber im ersten Schritt wird eine Kammer dazu führen, dass die Pflege selbst dazu im Stande sein wird, zu definieren, was Qualität sein soll und was nicht. Bisher wird der Pflegeprofession vorgegeben, was Pflege-Qualität sei – und das ist nicht gerade das Bestmögliche.

Haben Sie dafür ein Beispiel?

Nehmen wir beispielsweise die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Ich bin skeptisch, ob das ohne gleichzeitige fachliche Ergebnisevaluation und rasche Anpassungen bei Fehlentwicklungen wirklich gut funktionieren wird. Nicht weil dieser Ansatz per se nicht funktionieren könnte, sondern weil hier wesentlich aus ökonomischen Gesichtspunkten agiert wird. Wenn man dann künftig zwar weniger, aber vielleicht die falschen Faktoren misst, muss man sich nicht wundern, wenn sich die Qualität nicht verbessert. Natürlich stimmt es, dass die Dokumentation verschlankt werden muss, aber das muss die Pflege selbst entwickeln. Doch bisher passiert das, wenn es denn passiert, in unserer Freizeit. Denn bisher ist alles Übergreifende und Weiterführende in der Pflege sehr oft im Ehrenamt zu erbringen.

Das kann doch nicht länger so bleiben.

Doch derzeit ist oft kaum jemand da, der auch nur Gesetzeskommentierungen ordentlich vorbereiten kann. Das machen die wenigen Aktiven um Mitternacht – oft nach ihrer Spätschicht. Das ist doch kein Zustand! Auch aus diesen Gründen kämpfe ich für Pflegekammern.

Eine der zentralen Aussagen des Aktionsbündnisses ist es, dass bei Behandlungsfehlern oder allgemein unerwünschten gesundheitlichen Ereignissen eigentlich nur die Spitze dieses Eisbergs betrachtet wird.

Diese Feststellung ist wissenschaftlich gut untermauert. Schon der Sachverständigenrat für Gesundheit hat in seinem Jahresgutachten 2003 dieses Bild gewählt. Ich bin keine Wissenschaftlerin, sondern eine pragmatische Person, die 47 Jahre lang im Gesundheitswesen gearbeitet hat. Ich weiß nur allzu gut, dass nie alles ans Licht kommen wird. Darum können wir schon froh sein, die Spitze des Eisbergs zu sehen; auch wenn das das Einzige ist, was ans Licht kommt.

Das ist sicher eine sehr hohe Dunkelziffer, oder?

Davon ist auszugehen. Wissenschaftliche Schätzungen zeigen, dass höchstens jeder 30ste Fall gemeldet wird, vermutlich nur jeder 100ste. Wir können über die tatsächliche Anzahl nur schwer eine genaue Antwort bekommen. Genau das ist das Problem, weil die Dunkelziffer immer viel höher sein wird, als die Zahl der berichteten Fälle. Das ist aber überall so und auch sehr menschlich.

Hat das Aktionsbündnis genauere Zahlen?

Grundlage für die Fehlerschätzungen ist ein systematischer Review aller relevanten Studien veröffentlicht in den APS-Jahresberichten



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 vergangenen Jahr rund 2,7 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit mehr als 47.700 Mitarbeiter, davon rund 14.780 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de

2008 und 2009. Neuere Untersuchungen bestätigen diese Aussagen, es gibt keine Belege, dass sich die Fehlerhäufigkeiten grundlegend geändert hätten.

Kommen wir zu den nicht sichtbaren 80 Prozent des Eisbergs. Haben Sie Vermutungen darüber, wo die Probleme der nicht bekannt werdenden Behandlungsfehler liegen?

Wir haben im Aktionsbündnis sehr viele Erkenntnisse zu unerwünschten Ereignissen, die auch heute noch allzu oft ausgelöst werden durch eine mangelnde Überleitung in das Krankenhaus. Deswegen plädieren wir für eine einheitliche Patientenakte, mindestens in den Punkten, die relevant sind für einen Krankenhausaufenthalt. Das Institut für Patientensicherheit – eine Stiftungsprofessur des Aktionsbündnis Patientensicherheit – hat gerade in Bonn in Zusammenarbeit mit dem ÄZQ die Studie High-5 abgeschlossen. Die ersten Ergebnisse sind ebenso deutlich wie dramatisch: Selbst in den mutigen Pilotkliniken, die dabei waren – und das waren sicher nicht die schlechten in Deutschland – wurden bis zu 50 Prozent Fehler bei der Medikation gesehen. Auch wenn die Ergebnisse* nicht repräsentativ waren, so sind sie aufschlussreich und bedürfen unserer aller Intervention, denn sie zeigen exemplarisch Handlungsbedarf auf.

50 Prozent. Ist ja eigentlich ein unglaublicher Skandal.

Es zeigt die Komplexität der Aufgabe und wie häufig etwas dabei schief gehen kann. Leider! Das Problem ist vielschichtig und bedarf systembedingter Interaktionen. Wenn ein Patient ins Krankenhaus kommt, nimmt er oft schon jahrelang von seinem Hausarzt verordnete Medikamente, die aber das Krankenhaus nicht vorrätig hat. Das Krankenhaus wird also eine Umstellung vornehmen. Manchmal macht das der Assistenzarzt und sicher wird auch manchmal nicht so genau drauf geschaut, ob eine Substitution wirklich so einfach möglich ist, z.B. hinsichtlich Wirkstoffgleichheit und Bioverfügbarkeit. Wir haben durch die Studienergebnisse raschen Anlass zur Kommunikation mit den Akteuren gesehen, die durchführenden Institutionen erarbeiten ein Manual zur sicheren Medikationsumstellung. Wobei dazu kommt, dass beim Entlass-Management häufig der umgekehrte Vorgang noch einmal passiert. Der behandelnde Hausarzt bekommt vielleicht einen Arztbrief, auf dem eine Medikationsänderung empfohlen wird, der nicht immer und sicher gefolgt wird.

Eine von allen zu nutzende Patientenakte ist da sicherlich nützlich.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat vor kurzem ein Positionspapier herausgegeben, das gemeinsam mit Patienten erarbeitet wurde. Darin wird vorgeschlagen, dass zumindest die Notfalldaten und andere wichtige Medikationsdaten auf einer oder über eine elektronische Gesundheitskarte des Patienten unbedingt schnell verfügbar sein müssen.

Wenn da nicht der Datenschutz wäre.

Das ist aus unserer Erfahrung heraus oft nur ein vorgeschobener Grund. Die bisherigen Widerstände einzelner Akteure werden hoffentlich mit dem E-Health-Gesetz im Sinne einer höheren Patientensicherheit beendet.

Auf welche Einstellung zur Patientensicherheit treffen Sie denn

bei den verschiedenen Akteuren? Sind die eher grundsätzlich positiv, eher skeptisch oder erleben Sie sie gar als Hindernis?

Ich habe gerade mit unserem Positionspapier zur elektronischen Gesundheitskarte eine ganz erstaunliche Erfahrung gemacht. Am Anfang schlug uns regelrecht Aggression entgegen, verbunden mit der Frage, warum sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit überhaupt um die Gesundheitskarte kümmert.

Warum denn Aggression?

Viele Beteiligte fürchten, zu transparent und durchsichtig zu werden. Das kann man zwar verstehen, aber man muss das ins richtige Verhältnis rücken. Das ist mir in einigen Aussprachen tatsächlich gelungen. Das Wichtigste ist: Wir haben gezeigt, dass wir mutiger geworden sind, auch unbequeme Dinge auf den Plan zu heben. Wir müssen aufhören, uns vor unangenehmen Themen weg zu ducken.

Den Anspruch, für das Beste des Patienten zu arbeiten, haben doch mit Sicherheit alle, zumindest nach außen.

Sicher. Da ist so. Deswegen bin ich auch dagegen, dass in der Presse sehr schnell skandalisiert wird. Keiner, der im Gesundheitssystem arbeitet, steht doch morgens auf und nimmt sich vor, einen Fehler zu machen. Jeder möchte so gut wie möglich arbeiten. Doch dafür müssen wir den vielen Menschen, die im Gesundheitssystem engagiert mitwirken, die richtigen Strukturen geben und ihnen den Rücken stärken. Wenn irgendetwas jedoch nicht in Ordnung ist, dann muss man dazu stehen und daraus lernen. Jeder Einzelne und vor allem das System.

Sind viele Medien, die oft vor allem Interesse an Skandalen haben, für eine gute Fehlerkultur nicht eher hinderlich?

Kurz etwas zu den Begriffen: nicht „Fehlerkultur“, denn Fehler sollen nicht kultiviert werden. Wir wollen eine Sicherheitskultur implementieren und etablieren. Und Skandalisierung schadet der Patientensicherheit. Das APS hat sich in Stellungnahmen gegen eine Skandalisierung in der öffentlichen Berichterstattung über Behandlungsfehler gewandt und für eine sachliche zielorientierte Diskussion geworben. Das darf uns trotzdem nicht davon abhalten, genau zu analysieren, welche Gründe zu einem bestimmten Fehler geführt haben. Wenn man genau hinschaut, sind es oft auch nicht auf einzelne Personen reduzierbare Fehler, sondern häufig systembedingte und durch systembedingt kumulierte Schwächen ermöglichte. Darum brauchen wir eine neue Sicherheitskultur, in der es nicht um Schuldzuweisung, sondern um Problemlösung geht.

Sehen Sie die Krankenhäuser, Pflegeheime und andere schon auf dem Weg dahin? Oder sind wir noch weitgehend beim Vertuschen, Vergessen und Begraben?

Es gibt viele Einrichtungen, die sehr stringent an einer positiven Sicherheitskultur arbeiten. Das hat vor allem sehr viel mit Führung zu tun. Leider ist es so, dass wir gerade in Gesundheitseinrichtungen noch enorme Führungsschwächen haben. Viele denken immer noch mehr in der Kategorie Strafe, denn in jener der Aufklärung und des Lernens aus den Fehlern. Und wieder andere verwehren sich total, weil Fehler bei ihnen angeblich überhaupt nicht vorkommen.

*: www.aezq.de ; www.ifpsbonn.de



Implementierung von Versorgungsforschung bei Krankenkassen

Bei der Deutschen BKK hat sich 2015 intern viel getan und so werden die Strukturen auch weiterhin verändert. Nach der erfolgreichen Fusion zum Jahresbeginn mit der BKK Essanelle wurde bereits im Mai auf die Krankenkassen-Software iskv_21c umgestellt. Große Herausforderungen in einem Jahr, in dem die neuen Gesetze vom Bundesministerium für Gesundheit wie vom Fließband erlassen werden. Um den veränderten Rahmenbedingungen eines verschärften Beitrags-



Achim Kolanoski
Vorstandsvorsitzender
Deutsche BKK

wettbewerbs gerecht zu werden und damit dem Kostendruck standzuhalten, richtet die Betriebskrankenkasse deshalb Versorgungsmanagement und Controlling neu aus.

Dabei kommt der Bewertung und Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit eine stetig steigende Bedeutung zu. Die Kollektiv- und Selektivverträge wirken sich auf Qualität und Kosten der Versorgung ebenso aus wie auf die Finanzierung der

Leistungen unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds. Das klassische Finanzcontrolling liefert allerdings für die Steuerung der Qualität, Kosten und Refinanzierung ebenso wenig hinreichende Informationen wie wissenschaftliche Evaluationen, die in der Regel erst nach mehreren Jahren ein Ergebnis aufzeigen. Zwischen diesen beiden Datenquellen (Finanzcontrolling und Evaluation) verbleibt eine Informationslücke. So wird die Umsetzung von Versorgungsstrategien in eine erfolgreiche operative Steuerung der Versorgung in den Routineprozessen der gesetzlichen Krankenversicherung erschwert. Es fehlen zeitnahe Informationen über die Effekte und Wirkungszusammenhänge von Versorgungsverträgen und Veränderungen in der kasseninternen Prozesssteuerung.

Die Deutsche BKK schließt diese Lücke, indem die Versorgungssteuerung einen Schwerpunkt auf die Prozesssteuerung und das Risikomanagement legt. Dazu werden spezifische Kennzahlensysteme aufgesetzt, welche bewährte Ansätze wie Balanced Scorecard (Strategy Map), Qualitätsmodell von Donabedian sowie Grundsätze des Risikomanagements zusammenführen.

Das Ergebnis und die zukünftige Grundlage ist dann ein Steuerungsmodell, das vergleichsweise stabile Strukturgrößen (z. B. Mitgliederbestand und regionale Verteilung) und nicht beeinflussbare gesetzliche Wirtschaftlichkeits- und Sachleistungsziele mit dazwischengelagerten Handlungsebenen der Krankenversicherung verbindet.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen dabei die zur Steuerung verbleibenden Dimensionen:

- Kennzahlen / Indikatoren auf der Prozessebene, welche eine Steuerung der Routineprozesse ermöglichen
- Kennzahlen / Indikatoren auf der Ebene der kritischen Prozesse und Risiken, die vertragsindividuell alle jeweils relevanten Hauptrisiken abbilden, die in der Regel aus Über-, Unter- und Fehlversorgung resultieren

Mit diesem internen Strukturwandel, der zwei Abteilungen deutlich stärker vernetzt, als das vorher der Fall war, ist die Deutsche BKK gut für bevorstehende Herausforderungen aufgestellt.

Deutsche BKK

38439 Wolfsburg
Telefon 0800 255 66 55
www.deutschebkk.de



Gütesiegel: FOCUS-MONEY 49/2014

Das liegt aber doch auch wieder am System selbst.

Wer die Mortalitätsrate als Kriterium nimmt, muss sich darüber nicht wundern. Insgesamt sehen wir aber große Fortschritte in den letzten zehn Jahren beim Ausbau des klinischen Risikomanagements im speziellen und generell bei der Beförderung der Patientensicherheits-Kultur. Die Arbeit der APS-Mitglieder hat hierzu sicherlich wertvolle Beiträge geleistet.

Denoch: Die Mortalität ist für den Vergleich von Krankenhäusern mit oft ganz unterschiedlichen Patienten sicherlich nicht das beste Kriterium.

Dass Menschen sterben und dies in der Altenpflege in Würde der „normale“ Weg ist, kann zumindest dort nicht als schlechtes Qualitätskriterium gelten. Menschen, die an der Basis arbeiten, wissen, welche Kriterien besser wären. Dieses Wissen müssen wir nutzen, um unsere Schwächen zu bearbeiten. Aber wenn man genau diese Menschen einschüchtert und nicht auf sie hört, dann haben wir ein Problem.

Wo wird denn Sicherheitskultur schon gut realisiert?

Ich erlebe viele Akteure in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, die sich der Sache offensiv annehmen. Wir haben auch zum Beispiel in der Charité über viele Jahre nach Auswertung der Befragungen zur Patientenzufriedenheit die fünf schlechtesten Stationen besucht und sie gefragt, was denn der Grund für die schlechte Rückmeldung sein könnte und wo wir als Top-Management helfen könnten. Und dann wurde gemeinsam versucht, die Probleme zu bearbeiten und auszuschalten. Das ist oft richtig gut gelungen. Natürlich wurden auch die Besten besucht, um von ihnen zu lernen und um sie mit diesen Ergebnissen zu würdigen. Eine meiner grundlegenden Erkenntnisse ist, dass man auch und gerade im Top-Management sehr genau hinschauen muss und die Handlungsfelder kennen sollte. Delegierte Aufgaben entheben uns nicht von der Eigenverantwortung.

Das Schwierigste ist sicher immer, einen Kulturwandel so zu initiieren, dass er nicht zu stark nur von Einzelpersonen getragen wird und dadurch von ihnen abhängig ist.

Richtig. Doch ebenso wichtig ist, dass man wertschätzt, was die Menschen einem sagen. Und entschieden falsch ist es, wenn man ihre Resilienz untergräbt. Da gibt's noch ganz viel zu tun.

Dafür verleihen Sie ja auch den Deutschen Preis für Patientensicherheit.

Wir haben den Deutschen Preis für Patientensicherheit 2014 das erste Mal vergeben und festgestellt, dass er sehr ermutigend ist. Der Preisträger des letzten Jahrs war ein Pflegeheim, das entdeckt hat, dass die alten Menschen zu viele Medikamente bekommen. Dann haben sie die Medikationen gemeinsam mit einem Apotheker und anderen Akteuren durchforstet und 20 Prozent der Medikamente reduzieren können. Den Ärzten haben sie dann empfohlen, diese überflüssigen 20 Prozent nicht mehr zu verordnen. Das hat dazu geführt, dass die Heimbewohner viel lebendiger wurden und aktiver am Leben teilgenommen haben. Abgesehen von der besseren Lebensqualität sind unnötige Medikamente natürlich ein erheblicher Kostenfaktor. Auf die Republik hochgerechnet ließe sich da einiges sparen.

Dieses Jahr feiert das Aktionsbündnis Patientensicherheit sein zehnjähriges Jubiläum. Was waren denn die größten Erfolgs-Meilensteine in diesen zehn Jahren?

Einer der ganz großen Erfolge war es sicher, in Bonn den bisher bundesweit einzigen Lehrstuhl, der sich mit Patientensicherheit beschäftigt, zu gründen und dauerhaft zu etablieren. Ebenso konnten viele Broschüren, und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, mit denen unsere Erkenntnisse im Gesundheitssystem bekannt werden und die praxiswirksam umsetzbar sind. Damit haben wir für die Patientensicherheit einiges erreicht.

Sie haben 2008 beispielsweise auch die Aktion „Saubere Hände“, kurz ASH, gestartet. Dass nach 150 Jahren Hygiene in der Medizin eine solche Aktion überhaupt nötig ist, wundert einen schon.

Wir hatten 2015 immerhin 1.858 teilnehmende Einrichtungen, die sich selbst überprüft haben, beziehungsweise zertifiziert wurden. Das heißt aber auch, dass es immer noch viele Krankenhäuser Pflegeeinrichtungen oder Praxen gibt, die sich nicht für die ASH entschieden haben und die gerade bei der Prävention noch einiges verbessern könnten. Also gibt es immer noch viel zu tun. Das APS hat für den 17. September zum 1. Mal zu einem ersten „Internationalen Tag für Patientensicherheit“ aufgerufen und seine Mitglieder und alle Akteure im Gesundheitswesen zur Beteiligung aufgefordert. Ziel ist es, das Thema Hygiene und Infektionsprävention über das Gesundheitswesen hinaus in die Bevölkerung zu tragen.

Auf der APS-Homepage* sind ja auch viele Einrichtungen aufgeführt, die mit Hygiene- und Infektionspräventionsprogrammen an diesem Tag ihre Patienten und Mitarbeiter, aber auch die lokale und regionale Öffentlichkeit informieren.

Patientensicherheit geht alle an; und – um ein Zitat von Friedrich Dürrenmatt aus den „Physikern“ zu verwenden: „Was alle angeht, können nur alle lösen.“ Patientensicherheit ist nun einmal eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die gemeinsam zu lösen ist.

Frau François-Kettner, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

Hedwig François-Kettner

Für „ihren überragenden Beitrag zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen“ wurde in diesem Jahr Hedwig François-Kettner, die frühere Pflegedirektorin der Charité und derzeitige Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V., von Bundespräsident Joachim Gauck mit dem Verdienstkreuz am Bande ausgezeichnet. Die gebürtige Bitburgerin und ausgebildete Krankenschwester gilt als eine der jüngsten Pflegedirektorinnen Deutschlands, als sie 1983 Leiterin des Pflegedienstes am ehemaligen Universitätsklinikum Steglitz wurde. Nach der Fusion der Universitätskliniken in Berlin übernahm sie 2003 als Pflegedirektorin der Berliner Charité die Verantwortung für 4.100 Pflegekräfte. Neben ihrem Engagement für die APS setzt sich die 64-Jährige in der „Allianz Pflegekammer Berlin“ für den Aufbau einer Pflegekammer ein.

*: www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de ;
www.tag-der-patientensicherheit.de



Caring and Curing

Leben retten und Gesundheit verbessern – das ist unser Ziel

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

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

INSIGHT Health zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

Haben HzV Selektivverträge Zukunft?

Bundesweit nehmen an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) über 3,7 Millionen Versicherte (5 Prozent aller GKV-Versicherten) sowie 16.000 Hausärzte teil – Tendenz steigend. Über ein Drittel der teilnehmenden Patienten ist bei der AOK Baden-Württemberg versichert, die die HzV bereits im 7. Jahr anbietet. INSIGHT Health liegen Abrechnungsdaten dieser HzV-Teilnehmer vor, die eine eingehende Betrachtung des Versorgungsmodells aus der Perspektive der ambulanten Arzneimittelversorgung ermöglichen.

>> Selektivverträge sollen den Wettbewerb in der GKV fördern. Sie sind im 5. Sozialgesetzbuch geregelt und umfassen u. a. Verträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung, Disease-Management-Programme, Verträge zur Integrierten Versorgung sowie die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Die AOK Baden-Württemberg legte die Vertragsinhalte zur Hausarztzentrierten Versorgung im Mai 2008 fest. Sie sehen Rechte und Pflichten für alle an diesem Selektivvertrag Beteiligten (Ärzte, Krankenkassen und gesetzlich Versicherte) vor. Mit der Teilnahme am HzV-Programm, die freiwillig erfolgt, sind zahlreiche Vorteile für Patient und behandelndem Arzt verbunden. Beispielsweise ist der Hausarzt für eingeschriebene Versicherte der erste Anlaufpunkt. In einer Lotsenfunktion soll er die Behandlung gezielt koordinieren und bei Bedarf an Fachärzte überweisen. Er verpflichtet sich zur Behandlung nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung und zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungen. Mit der Übernahme der gesamten Behandlungsdokumentation behält der Hausarzt auch alle verordneten Medikamente im Blick. Patienten haben u. a. Anspruch auf eine Extra-Sprechstunde, Zuzahlungsbefreiungen und eine jährliche Gesundheitsuntersuchung.

HzV der AOK Baden-Württemberg

In Baden-Württemberg ist die Zahl der in die HzV eingeschriebenen Versicherten laut eigenen Angaben im März 2015 auf 1,9 Millionen gestiegen – das entspricht nahezu jedem fünften GKV-Versicherten in Baden-Württemberg. Zudem nahmen im Jahr 2014 über 3.800 Hausärzte an der Hausarztzentrierten Versorgung teil. Die AOK Baden-Württemberg weist 1,25 Mio. Teilnehmer auf, das sind 32 Prozent ihrer Versicherten. Vertragspartner der AOK Baden-Württemberg sind die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HAVG) und die MEDI Verbund AG. Die Ärzte im HzV-Programm decken das gesamte hausärztliche Leistungsspektrum ab und nehmen regelmäßig an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie und hausarzt-spezifischen Fortbildungen teil. Der Vertrag beinhaltet eine attraktivere Vergütung und erleichtert die Abrechnungs- und Dokumentationsprozesse. Geringerer bürokratischer Aufwand

bedeutet mehr Zeit, die schlussendlich für den Patienten genutzt werden kann (vgl. „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) bei der AOK Baden-Württemberg, 25.10.2010). Teilnehmende Patienten verpflichten sich für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr, bei gesundheitlichen Problemen ausschließlich ihren Hausarzt zu konsultieren. Ausnahmen von dieser Regel bilden spezielle Fälle wie Besuche beim Gynäkologen, Kinder- oder Augenarzt sowie dringende medizinische Notfälle. Dafür profitieren sie unter anderem von einer zusätzlichen Abendsprechstunde bis mindestens 20.00 Uhr, von der Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln und von einer besseren Abstimmung der Behandler (vgl. Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 01.01.2014).

Deutlich mehr Verordnungen beim Allgemeinmediziner

Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle, an der der weitere Behandlungsverlauf der Patienten koordiniert wird. Dass dies auch die Pharmakotherapie betrifft, wird bei einem Vergleich der Verordnungsanteile bei Allgemein- und Fachärzten sowie auf Ebene der ATC2-Klassen zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten deutlich. Zum Beispiel gingen bei den Allgemeinmedizinern von Januar 2014 bis Juni 2015 im Mittel 75,1 Prozent der Verordnungen an eingeschriebene Patienten (24,9 Prozent entfallen auf die Fachärzte). Bezogen auf die übrigen Versicherten der AOK Baden-Württemberg lag der Anteil der Verordnungen bei den Allgemeinmedizinern bei durchschnittlich 45,8 Prozent und damit deutlich darunter (Verordnungsanteil der Fachärzte 54,2 Prozent).

Tabelle 1 zeigt zusätzlich die Verordnungsanteile für verschiedene ATC2-Klassen. In der HzV liegen diese bei den Renin-Angiotensin wirksamen Präparaten im 2. Quartal 2015 bei 45,6 Prozent. Ähnlich hohe Anteile zeigen sich bei den Betarezeptoren-Blocker und Diuretika. Mit 47,2 Prozent erreicht die ATC2-Klasse der Lipidregulatoren und Arteriosklerose-Präparaten den höchsten Wert in der HzV. Im Gegenzug entfallen in der HzV deutlich geringere Anteile auf systemisch wirkende Antibiotika und Psycholeptika.

Positive Bewertung von Patienten, Ärzten und Kassen

Laut den Ergebnissen der telefonischen Versichertenbefragung 2015 im Rahmen der hausarzt- und facharztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg ist die Zufriedenheit der befragten Versicherten im Vergleich zum Jahr 2014 nahezu unverändert hoch. Der Hauptgrund für die Teilnehmer, sich in das Hausarztprogramm einzuschreiben, liegt in der verbesserten Koordination der medizinischen Versorgung. 81 Prozent gaben als zweithäufigsten Grund die Erwartung einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Ärzten an. Finanzielle Aspekte spielen überraschenderweise laut Befragung keine Rolle. Ärzte sehen im HzV-Programm „eine Win-win-Situation für alle Beteiligten, Praxen wie Patienten“ (vgl. Der Hausarzt, 01/2015), und auch die teilnehmende Kasse bewertet das trotz hoher Investitionen positiv. So bilanziert Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, 2014: „Insgesamt ist ein Drittel unserer Versicherten in der HzV freiwillig dabei und profitiert von einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung“.

Die AOK Baden-Württemberg sieht den HzV-Vertrag als einen Baustein in der umfassenden qualitätsorientierten ambulanten Versorgung, die durch ergänzende Facharztverträge sukzessive gesteigert werden soll. Zudem wird das Hausarzt-Programm durch eine wissenschaftliche Studie



Abb. 1: Das Ampelsystem der HzV-Arzneimittelbewertung nach HzV-Vertrag in Baden-Württemberg in der Fassung vom 01.01.2014 und www.hzv-schulung.de.

| Verordnungsanteile nach ATC2-Klassen | | |
|---|------------------|------------------------|
| ATC2-Klasse | H _z V | nicht H _z V |
| C09 Renin-Angiotensin wirksame Präparate | 45,61% | 54,39% |
| N02 Analgetika | 40,34% | 59,66% |
| C07 Betarezeptoren-Blocker | 45,50% | 54,50% |
| A02 Antacida, Antiflatulencia, Ulcustherap. | 42,18% | 57,82% |
| A10 Antidiabetika | 42,86% | 57,14% |
| M01 Antiphlogistika/Antirheumatika, syst. | 41,96% | 58,04% |
| H03 Schilddrüsentherapie | 43,52% | 56,48% |
| T02 Testdiagnostika | 33,05% | 66,95% |
| C03 Diuretika | 44,10% | 55,90% |
| B01 Antithrombose-Präparate | 43,18% | 56,82% |
| J01 Antibiotika, systemisch | 34,42% | 65,58% |
| C10 Lipidregulatoren /Arteriosklerose-Präp. | 47,23% | 52,77% |
| R03 Asthma- und COPD-Präp. | 36,67% | 63,33% |
| C08 Calciumantagonisten | 46,32% | 53,68% |
| N05 Psycholeptika | 37,55% | 62,45% |

Tab. 1: Verordnungsanteile bei Allgemeinmedizinerinnen und Internisten nach ATC2-Klassen (Klassifikation nach EphMRA) in der H_zV und in der übrigen AOK Baden-Württemberg; Auswahl der Top 15 Indikationen nach Verordnungen in Q2/2015; Quelle: H_zV-Monitor (INSIGHT Health).

begleitet, obgleich der Gesetzgeber im § 73b SGB V eine Evaluation der Verträge nicht verpflichtend vorgesehen hat. Die Evaluation erfolgt durch das Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main und der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg. Laut Evaluationsbericht 2014 wird das Programm nicht nur aus Sicht der Leistungserbringer und Patienten positiv bewertet, sondern birgt auch Vorteile für die Kasse. So nähmen überflüssige Behandlungen ab (unkoordinierte Facharztkontakte liegen um mehr als 20 Prozent unter der Regelversorgung) und es würde um ein Drittel weniger Medikamente verschrieben. Zudem konnten in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt 9.000 Klinikeinweisungen vermieden werden (vgl. gemeinsame Pressemitteilung der AOK Baden-Württemberg, des Hausärzteverband

Arzneimittel der grünen Kategorie, zurzeit 259 rabattierte Wirkstoffe, zuzahlungsfrei. Patentschutzte und/oder biotechnologische Arzneimittel mit Rabattvertrag fallen in die blaue Kategorie. Sind diese nicht rabattiert, werden sie der Kategorie Orange zugeordnet, insofern sie durch ein rabattiertes Arzneimittel der Kategorie Blau ersetzt werden können. Rot eingestuft sind alle Produkte, an deren Stelle der Arzt ein Arzneimittel der grünen Kategorie verordnen könnte (sog. Me-too-Arzneimittel). Darüber hinaus sind Ärzte angehalten, auf Aut-idem-Ausschlüsse zu verzichten und nur patientenindividuell anhand medizinischer Indikation eine Substitution zu untersagen (vgl. Abb. 1).

Generika häufiger verordnet

Eine wirtschaftliche Ordnungsweise ist

auch für die Ärzte in der H_zV verpflichtend. Sie wird unter anderem mit der Ampelfunktion gefördert, auf die die Ärzte über eine entsprechende Vertragssoftware zugreifen. Die vertraglich geregelte Vergütung von Arzneimittelzuschlägen erfolgt bei Erreichen bestimmter Zielquoten im Bereich der rabattvertragsgeregelten Medikamente. Der Erfolg einer wirtschaftlichen Ordnungsweise lässt sich unter anderem durch die Betrachtung der Rabattquoten generischer Wirkstoffe zeigen. Bei einem Vergleich der H_zV-Patienten zu den übrigen Versicherten in der AOK Baden-Württemberg fällt auf, dass diese deutlich mehr rabattierte Arzneimittel erhalten. Beispielsweise liegt die Rabattquote bei Diclofenac, einem der wichtigsten generischen Analgetika, bei 75,4 Prozent und damit nahezu 13 Prozent höher als bei den nicht eingeschriebenen (vgl. Abb. 2).

Neben der in Abbildung 2 betrachteten Rabattquote ist die Generikaquote der H_zV-Verordnungen von Januar 2014 auf Juni 2015 um 2,0 Prozent gestiegen, die der nicht eingeschriebenen Versicherten um 1,3 Prozent. Über den gesamten Zeitraum betrachtet liegt der Anteil von Generika an allen Verordnungen im H_zV-Programm im Mittel 10,0 Prozent höher als bei nicht H_zV-Teilnehmern.

FAZIT

„Man merkt, der Arzt hat mehr Zeit für Sie und er geht intensiver auf Sie ein. Man ist nicht mehr nur eine Nummer, man hat auch einen Namen.“ Dieses Zitat eines Patienten aus dem Evaluationsbericht der H_zV in Baden-Württemberg weist, ebenso wie die Ergebnisse der telefonischen Versichertenbefragung, auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten hin, die insbesondere mit einer intensiveren Betreuung begründet wird. Der erste Evaluationsbericht zeigt zudem deutlich die Vorteile aller am Programm Beteiligten auf. Es wird spannend sein zu beobachten, welche Anstrengungen in anderen Regionen unternommen werden, um die Teilnehmerzahl deutschlandweit an die der AOK Baden-Württemberg anzunähern. Zudem sind weitere regionale Arzneimittelsteuerungsmodelle gestartet, wie die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen „ARMIN“ oder die Wirkstoffvereinbarung in Bayern (vgl. Kleinfeld/Pieloth: Wirkstoffvereinbarung in Bayern – ein Vorbild?, in: Monitor Versorgungsforschung, Nr. 3/2015). Welchen Beitrag diese hinsichtlich einer wirtschaftlicheren Arzneimittelverordnung leisten werden, bleibt abzuwarten. Gleiches gilt – noch bedeutsamer – für deren Anteil an einer verbesserten Versorgung der Patienten. <<

Autorinnen:

Kathrin Pieloth, Jana Heiler*

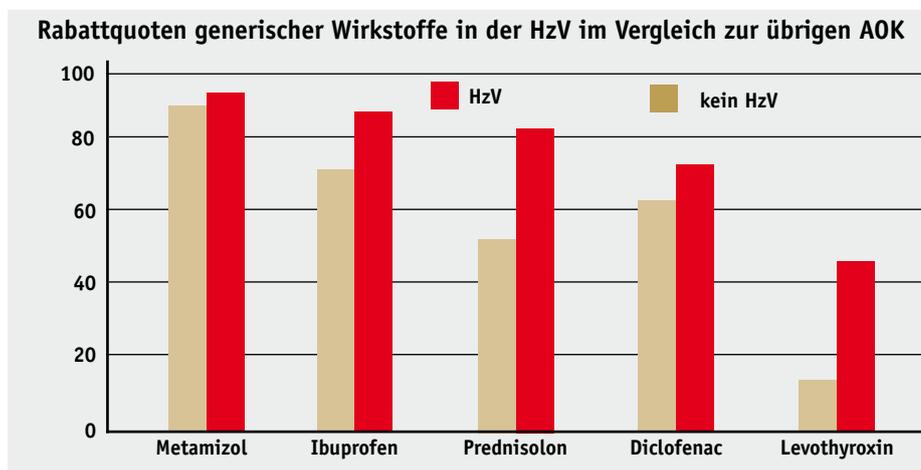


Abb. 2: Rabattquoten generischer Wirkstoffe in der H_zV im Vergleich zur übrigen AOK Baden-Württemberg; Wirkstoffauswahl der Top 20 generischen Wirkstoffe nach Anzahl rabattierter Verordnungen innerhalb der AOK Baden-Württemberg in Q2/2015; Quelle: H_zV-Monitor (INSIGHT Health).

Interview mit Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe

„Patientenbeteiligung – ein komplexes Treiben“

Dr. Martin Danner, seit 2008 Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe und Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung der DBR und der BAG Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss, spricht sich im MVF-Interview auf allen Ebenen vehement für eine stärkere Patientenbeteiligung aus und fordert von der Politik einen Paradigmenwechsel. Letztendlich, so Danner, müsse die Politik sich dazu bekennen, endlich „Patienten als gleichwertige Akteure im System strukturell zu stärken“, damit dieser vom Empfänger zum Akteur werden kann, weil Patienteninteressen in einer Ära reinen Wettbewerbs nur von Patienten selbst repräsentiert werden können.

>> Herr Dr. Danner, in der BAG-Selbsthilfe, dem Dachverband der Selbsthilfeorganisation chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland, sind mehr als 120 Bundesorganisationen der Selbsthilfe zusammengeschlossen, allesamt sind Patientenorganisationen, die es – anders als in anderen Ländern – in der Bundesrepublik für fast alle relevanten Indikationsbereiche gibt. Doch wie sieht es mit der Bürger- oder auch Patientenbeteiligung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene aus? Ganz unten, so scheint es, funktioniert die Beteiligung, doch je weiter man nach oben kommt?

Das muss man differenziert betrachten. Denn Bürger- oder auch Patientenbeteiligung macht sich vor allem an bestimmten Gremien fest; und dort wächst dieses zarte Pflänzchen ebenso, wobei es natürlich auch Bereiche gibt, wo Bürger- oder Patientenbeteiligung noch nicht stattfindet.

Bewegen wir uns doch mal von unten nach oben.

Beginnen wir auf der örtlichen Ebene. Hier gibt es beispielsweise die Behindertenbeauftragten der Kommunen, welche die Selbsthilfegruppen vor Ort einbinden. Und teilweise gibt es auch kommunale Gesundheitsforen mit Patiententbeteiligung.

Aber es fehlt doch an einem institutionalisierten Rahmen?

Stimmt. Die Einbindung von Selbsthilfegruppen ist alleine dem Goodwill der kommunalen Entscheidungsträger überlassen. Darum ist die Art und Weise, wie Bürger- oder Patientenbeteiligung auf dieser Ebene stattfindet, von Gemeinde zu Gemeinde und von Stadt zu Stadt sehr verschieden. Wenn man es genau nimmt, kann man es auf örtlicher Ebene überhaupt nicht einheitlich sagen, wie und ob die Beteiligung überhaupt funktioniert. Das ist vor allem ein strukturelles Problem, weil es in der Regel auf ört-

licher Ebene keine indikationsübergreifenden Zusammenschlüsse gibt. Darum ist ein Austausch unter den verschiedenen Patientengruppen auf der Mikroebene auch nur sehr schwer zu organisieren.

Wie sieht es auf der Mesoebene aus?

Auf der Landesebene gibt es punktuell Beteiligungsmöglichkeiten, das ist aber von Bundesland zu Bundesland ein Stück weit unterschiedlich. In meinem Bundesland, in Nordrhein-Westfalen, gibt es zum Beispiel eine Landesgesundheitskonferenz, an der Patientenorganisationen beteiligt sind. Ebenso beispielsweise beim Gemeinsamen Landesausschuss, wo die Beteiligung

„Die Anwesenheit von Patientenvertretern ändert Inhalte.“

über ein Bundesgesetz geregelt und im SGB V verankert ist. Dem Gemeinsamen Landesausschuss obliegt die regionale Planung der Versorgung. Ferner gibt es zum Beispiel eine Patientenbeteiligung bei den Zulassungs- und Beratungsausschüssen zur Vergabe der Vertragsarztsitze.

Es gibt eine Möglichkeit, gar oft Recht auf Anhörung und Mitarbeit, aber kein Stimmrecht!

Auf den bisher erwähnten Ebenen gibt es keinerlei Stimmrechte, vor die bis bislang so eine Art demokratietheoretischer Riegel vorgeschoben wird. Aber es gibt immerhin Mitberatungsrechte, die zwar einerseits nicht so stark sind wie Stimmrechte, aber andererseits schon als einen enormen Fortschritt zu verstehen sind. Denn wenn man es schafft, sich Gehör zu verschaffen, kann man auch Einfluss auf die Entscheidung ausüben – auch ohne Stimmrecht. Eigentlich möchten sich alle Entscheidungsgremien gerne darauf berufen, dass sie die Patienten-

interessen vertreten. Es kommt halt darauf an, eine Diskussionskultur zu entwickeln, in der möglichst alle Argumente offen auf den Tisch gelegt werden müssen. Dann und nur dann können sich die Entscheidenden daran messen lassen, wie gut ihre Argumente und ihre Entscheidungen wirklich sind.

In diesem Konstrukt nimmt dann die Patientenvertretung eine Art Notarfunktion ein?

So in der Art. Die Anwesenheit von Patientenvertretern ändert aber auch Inhalte. Wenn Patientenvertreter dabei sind, wird in solchen Gremien eher versucht, über die Sache an sich zu sprechen, was nicht ausschließt, dass implizit die finanziellen und berufsständischen Interessen mitverhandelt werden. Wenn Patientenvertreter aber nicht dabei sind, wird unter den Stakeholdern viel offener über finanzielle Interessen gesprochen.

Also ist Bürger- oder auch Patientenbeteiligung per se ein regulativer Faktor.

Mit Sicherheit. Besonders gilt das für die Makroebene. Auf der Bundesebene gibt es zwar immer noch keine Mitentscheidungs-, aber immerhin Mitberatungs- und Antragsrechte. Damit kann man die Selbstverwaltung durchaus vor sich hertreiben. Sobald ein Antrag gestellt ist, muss sich der Gemeinsame Bundesausschuss anhand evidenzbasierter fachlicher Grundlagen damit befassen. Wenn diese Grundlagen aussagekräftig genug sind, muss er auch entscheiden. Tut er das nicht, kann die Rechtsaufsicht einschreiten.

Ein Beispiel?

Die Knochendichtemessung wäre sicherlich ohne Patientenvertretung auch heute immer noch nicht wieder in den Leistungskatalog aufgenommen worden.

Die durch das BMG ausgeübte Rechtsaufsicht macht doch nur eine faktische, aber

keine inhaltliche Prüfung.

Das ist eine spannende Frage. Das BMG kann, wenn es will, seine Rechtsaufsicht sehr detailliert wahrnehmen. Rechts- und Fachfragen sind dabei eng miteinander verwoben. Beispielsweise kann die Rechtsaufsicht auch eingreifen, wenn sie sieht, dass die Anforderung an die nötige Evidenz – sagen wir es so – etwas überspannt werden.

Ein anderer wichtiger Effekt auf Bundesebene ist, dass die Plenarsitzungen des G-BA öffentlich sind.

Richtig. Manchmal gibt es ja auch einen Diskurs zu den zu fällenden Entscheidungen. Gerade hier ist das Mitberatungsrecht viel wert.

Wer bei Plenarsitzungen des G-BA anwesend ist, mag sich wundern, warum die Patientenvertreter oftmals genauso wie alle anderen Bänke stimmen.

Viele zunächst einmal divergierende Ansichten werden beim G-BA im vorgelagerten Gremien ausdiskutiert und zu konsensfähigen Beschlussvorlagen verarbeitet. Aber wir hatten auch öffentliche Plenarsitzungen wie zum Beispiel jetzt zur Kinderrichtlinie oder zur Qualitätssicherung, in der ausufernde Debatten und kontroverse Abstimmungen von Statten gingen. Wenn es um ein spannendes Thema geht, gibt es fast regelhaft große Auseinandersetzungen, die aber wie gesagt oft schon vorher abgehandelt werden. Aber genau hier zeigt sich die Stärke der Patientenvertretung. Denn sie kann im Unterausschuss ihre Meinungen und Anliegen vorbringen, die oft schon in die Beschlussvorlagen eingebaut werden. Genau darum trägt die Patientenbeteiligung im G-BA so viele Beschlüsse mit.

Aber ist es denn nicht so, dass Sie sich mit Ihrer Auffassung oft nur deshalb durchsetzen können, weil der unparteiische Vorsitzende es vermeiden will, dass die Patientenvertreter mit irgendwelchen abweichenden Voten öffentlich im Plenum agieren und alle Anwesenden wieder alles vor vorne ausdiskutieren müssen?

Grundsätzlich nutzen wir das GBA-Plenum meist dazu, öffentliches Aufsehen zu erregen. Doch auch hier gehe es uns nur um die Sacharbeit. Aber ich denke, dass die Öffentlichkeit der Plenarsitzungen in manchen Fällen schon ein Aspekt ist, der verhindert,



dass unsere Positionen von den entscheidungsberechtigten Beteiligten einfach überwunden werden. Alles in allem aber nimmt der G-BA unsere Meinung schon vorher in die Beschlussvorlagen auf, natürlich nur dann, wenn es als fachlich adäquat angesehen wird. Doch ist das ein probates Beispiel, wie man über das Mitberatungsrecht Einfluss auf Entscheidungen nehmen kann, gerade durch die praktizierte Abstufung der Gremien.

Es gibt aber auch Fälle, wie bei den veranlassten Leistungen, wo sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzteschaft keine Lust haben, bestimmte Dinge zu bearbeiten.

Das gibt es durchaus. Soziotherapie ist so ein Fall, bei dem die gemeinsame Selbstverwaltung sicher mehr tun könnte. Aber ist es ja durchaus gegeben, dass man ein solch wichtiges Thema wie die Soziotherapie auf unterschiedlichen Ebenen spielen kann. Aktuell gibt es beispielsweise im Bereich des Bundesteilhabegesetzes innerhalb der Behindertenpolitik Entwicklungen, weil die Bundesländer erkennen haben, dass die Kommunen über die Eingliederungshilfe sozusagen als Ausfallbürge eintreten müssen, wenn die Soziotherapie über die GKV nicht ordentlich abgewickelt wird. Hier hilft es durchaus, wenn die Patientenbeteiligung die Kommunen by the way auf die Sachlage im G-BA hinweist, und ganz plötzlich ist Soziotherapie in den Bund-Länder-Gesprächen ein

wichtiges Thema. Tja, Patientenbeteiligung kann schon ein ganz komplexes Treiben sein.

Muss man dieses „Treiben“ als demokratieerfahrener Mensch spielen wollen?

Na ja. Das gehört wohl dazu. Aber es ist nicht so, dass Patienteninteressen nur beim G-BA und auf den unteren Ebenen vertreten wären. Patientenvertreter können auch Mitglieder im Gesundheitsausschuss auf bestimmte Sachlagen aufmerksam machen und damit initiieren, dass selbst das Parlament reagieren muss.

Ein Beispiel dafür wäre sicher die Langzeitverordnung von Heilmitteln, bei der sich die Selbstverwaltung quer gestellt hat und der Gesetzgeber mehrfach nachjustieren musste.

Aber nur auf Betreiben der Patientenvertreter! Darum kann die Selbstverwaltung ihr Spiel nicht bis zum Ultimo treiben; was sie meist ja auch nicht tut, weil sie sehr darauf bedacht ist, ihren Ruf und damit auch einen Teil ihrer Legitimation zu erhalten. Andererseits tut es der Selbstverwaltung auch mal ganz gut, wenn sie über das Parlament in ihre Schranken verwiesen wird. Danach verbessert sich eine Zeit lang die Bedeutung der Patientenvertretung auf dieser Ebene durchaus.

Und das immerhin sozusagen aus der letzten Reihe heraus.

Bei den Anhörungen im Gesundheitsausschuss sitzen in der ersten Reihe immer die Kassenvertreter, in der zweiten die Ärztevertreter, in der dritten meist die Vertreter spezifischer Leistungserbringer, der Fachgesellschaften und der Pharmaindustrie und in der vierten sitzen immer die Patientenorganisationen. Ich habe im Gesundheitsausschuss schon öfter gesagt, dass diese Sitzordnung auch als Ausdruck eines Stellenwerts angesehen werden kann. Aber immerhin: Früher wurden Patientenvertreter überhaupt nicht zu den Anhörungen eingeladen, mittlerweile ist das seit fünf, sechs Jahren Standard.

Wir reden hier nur über Patientenbeteiligung im Rahmen des SGB V. Wie kommen wir denn je über das Kasten- und Sektorendenken hinaus und hin zu einer wahrhaft gesamthaften Betrachtung, die Gesundheit als gesellschaftliches Metathema begreift?

Dieses Sektorendenken wird in Deutsch-

land durch die historische Entwicklung determiniert. Weil sich bei uns die Sektoren derart ausdifferenziert haben, ist es enorm schwer, das Versorgungssystem zu vereinheitlichen und auf das Nötige zurückzustützen. Es ist natürlich völlig absurd, wenn man beispielsweise das Thema Rehabilitation im G-BA bearbeitet, nicht auch die Sozial- und Rentenversicherung mitdenkt. So sinnvoll es wäre, wäre es ein zu großer Wurf, Sozial-, Renten- und Krankenversicherung als System in ein Gremium zusammenzuführen. Das würde empfindliche Schnittstellen berühren.

Aber zu einer ganz anderen Betrachtung führen, auch im Arzneimittelbereich.

Was macht es für einen Sinn, nur die Arzneimitteltherapie zu betrachten, aber alle Nachfolgekosten wie Hospitalisation, Reha oder Folgeschäden wie Arbeitsunfähigkeit oder -losigkeit sowie Frühverrentung zu vernachlässigen? Was wäre es doch schön, wenn man ein Gesundheitswesen wie unseres ganz von vorne am Reißbrett planen könnte. Dann könnte man sich effizientere Strukturen überlegen und und und. Aber was hilft? Wir sind nun einmal in unserem tradierten System ein Stück weit gefangen, was ich aktuell wieder einmal in der Diskussion zum Präventionsgesetz erleben durfte. Denn das Präventionsgesetz nimmt nur die Primärprävention in den Fokus, wobei es recht einfach wäre, eine akademische Betrachtungsweise in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einzuführen. Wenn ich einen Bundesbürger im Hinblick auf seine Ernährung erreichen will, kann ich doch nicht unterscheiden, ob dieser Mensch gesund ist oder ob er Diabetes hat? Warum auch? Ich möchte ihn doch im Hinblick auch seine Ernährung erreichen! Doch nach bisheriger Lesart ist der Diabetiker nur jemand, der im Sinne der Tertiärprävention anzusprechen ist. Darum habe ich in der Anhörung zum Präventionsgesetz darauf hingewiesen, dass diese Verengung des Präventionsgesetzes fachlich nicht adäquat ist, worauf mir vorgehalten wurde, dass man hier nur das SGB V regeln könne. So perpetuieren sich Verengungen und letztendlich kommt es damit zu Deformationen von fachlichen Diskursen. Aber Hand aufs Herz, ich sehe recht wenig Chancen, dem Herr zu werden.

Man muss auch Visionen haben dürfen.

Ein Mensch muss doch von Geburt bis zur Beerdigung versorgt werden, dem ist vollkommen egal, ob das durch das SGB V, IX oder XI geschieht.

Das ist ein Petitum dafür, Patientenbeteiligung in möglichst vielen Bereichen zu etablieren. Denn Patientenbeteiligung sucht genau diesen gesamthaften Blick.

Eigentlich müsste aber doch überall der Patient im Fokus stehen. Warum dürfen die, die am System verdienen, das Geld der Versicherten unter sich verteilen, ohne den Patienten zu fragen? Oder auch nur mit Stimmrecht zu versorgen? Das ist doch habnübchen!

Dem stimme ich durchaus zu. Doch lassen Sie uns diese Thematik in größeren zeitlichen Dimensionen betrachten. Als ich vor rund 15 Jahren angefangen habe, mich für eine Politik für Patientinnen und Patienten zu engagieren, war die Haltung der Akteure die, dass es überhaupt keine Patientenvertretung braucht.

Weil die Ärzte besser wissen, was ihre Patienten brauchen und sowieso dem Eid des Hippokrates verpflichtet sind ...

... die Krankenkassen die Interessen der Versicherungsgemeinschaft vertreten. Das war sicher früher auch so. Doch inzwischen haben alle entwickelten Gesellschaften einer Phase der Ökonomisierung des Gesundheitswesens er- und durchlebt. Heute wird wohl niemand mehr guten Gewissens behaupten können, dass das Wohl des Patienten über allem steht; weder bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die die Berufsinteressen der Ärzteschaft in allen Gremien vertritt, noch bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder beim Spitzenverband Bund, die darauf achten, dass die wirtschaftlichen Grundlagen der durch sie vertretenen Krankenhäuser respektive gesetzlichen Krankenkassen gewahrt bleiben.

Die Gesellschaft akzeptiert es also unhin- terfragt, dass diejenigen, die am Gesundheitssystem verdienen, diejenigen sind, die am runden Tisch quasi unter sich aushandeln, mit welcher Qualität und welcher monetären Mittelverteilung versorgt wird?

Offenbar ist das noch so.

Alle beteiligten Player sind, das muss

man doch mal ganz deutlich sagen, keine altruistischen Vereinigungen. Kann man den sogenannten Bänken denn trauen, das Beste für den Patienten zu wollen?

Wir leben immer noch in den Vorstellungen, die aus der Vergangenheit rühren und vertrauen auf den guten Willen, der vielen auch nicht abzusprechen ist.

Warum fordern Sie denn nicht mit noch mehr Nachdruck die Entscheidungsbeteiligung?

Das liegt einfach daran, dass wir die bisherige Mitsprache mit den uns zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln ganz gut umsetzen können, aber längst nicht den Apparat haben, wie die anderen Entscheidungsbeteiligungen.

Also liegt es nur an der Finanzierung der Patientenbeteiligung?

Es liegt sowohl an der fehlenden Finanzierung, als auch an der mangelnden Stärkung der Strukturen. Beides gehört zusammen. Wir bekommen zwar mit jedem Reformgesetz etwas mehr Beteiligungsrechte, aber meist nicht mehr Budget. Wie aber wollen Patientenvertreter mit unserem schmalen Budget auf Basis ehrenamtlicher Arbeit mit KBV, DKG und GKV-Spitzenverband interagieren?

Das nennt man dann Augenhöhe oder gleichlange Spieße.

Letztendlich muss die Politik sich dazu bekennen, Patienten als gleichwertige Akteure im System strukturell zu stärken. Das ist ein Paradigmenwechsel, den damit wird der Patient vom Empfänger, quasi Bittsteller, zum Akteur, der im Systeminteresse tätig ist. Die Gesellschaft, vor allem die Politik, muss erkennen, dass man für eine ausgewogene, zukunftsfähige und faire Steuerung des Gesundheitswesens genau diesen Akteur braucht, weil Patienteninteressen eben in einer Ära reinen Wettbewerbs nur von Patienten selbst repräsentiert werden können.

Wer finanziert denn die Mitarbeiterstäbe des G-BA, der KBV, der DKG und des GKV-Spitzenverbands. Das sind doch die Patienten und Arbeitgeber mit ihren Beiträgen.

Es ist völlig absurd, dass die Patientenvertretung die schwächsten Ressourcen hat. Der Gesetzgeber hat zwar, was ja auch schon ein Fortschritt im Vergleich zu früher ist, eine Stabsstelle mit Sitz beim G-BA eingerichtet, aber die ist mit ihren fünf Mitarbeitern bei weitem nicht vergleichbar zu dem, was an Stäben auf der gegenüberliegenden

Straßenseite in der Wegelystraße in den Gebäuden der KBV und der DKG sitzt. Darum können wir uns derzeit auch nur - so gut es eben geht - in möglichst vielen Feldern einbringen und versuchen mitzureden.

Kann man wirklich auf Augenhöhe mitreden? Oder bleibt nicht viel mehr als der gesunde Menschenverstand, den man einbringen kann?

Es gibt durchaus gute Fortbildungsmöglichkeiten für Patientenvertreter in Deutschland. Darum ist bei uns das methodische Wissen in den letzten zehn Jahren enorm gewachsen. Arzneimittelstudien oder Studien zur Bewertung von Behandlungsmethoden können Patientenvertreter inzwischen ganz gut einschätzen und beurteilen. Das ist nicht mehr so das Problem. Was uns noch fehlt, ist ein ausreichender Datenzugang und eine hinreichende Arbeitsstruktur zur Umset-

zung der Datenarbeit. Denn die Krankenkassen und die Ärzteschaft sitzen auf wahren Datenschatzen und können mit Hilfe dieser

Daten strategisch viel besser arbeiten und ihre Anträge besser unterlegen. Dazu aber fehlt uns der Apparat, das Know-how und der

Datenzugang.

Letzteren könnten Sie beantragen.

Dann aber braucht man Leute, die diese Daten auswerten. Letztlich stoßen wir immer auf die Frage einer ausreichenden Manpower. Uns fehlt derzeit einfach der nötige Unterbau.

Ehrenamt heißt im Endeffekt auch Selbstausbeutung.

Wenn man koordinierend im Bereich der Patientenbeteiligung tätig wird, ist das ein Vollzeitjob. Ich bin immer wieder verblüfft, wie viele Menschen es doch gibt, die das trotzdem machen. Oftmals sind das Menschen, die entweder im Ruhestand oder berufsunfähig sind, weil sie eben aufgrund ihrer Erkrankung in ihrem normalen Job nicht mehr berufstätig sein können, die sich aber entsprechend ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten einbringen wollen.

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

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Dr. Martin Danner

Dr. Martin Danner ist seit 2008 Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe und Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung der DBR/BAG Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss. Von 2001 bis 2008 war er Referatsleiter der BAG, davor als Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Arzthaftungsrecht tätig. Er studierte in Bremen und Heidelberg Rechtswissenschaften.

Diskussionen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG)

Wenn Qualität auf einmal zum Planungsfaktor wird

Der Entwurf für das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG), das die Behandlungsqualität und die Versorgungssicherheit in den Kliniken verbessern soll, wird grundsätzlich begrüßt, jedoch werden von vielen Seiten Nachbesserungen gefordert. Mit dem Gesetz, das bereits zum 1. Januar 2016 inkraft treten soll, sollen bestimmte Eckpunkte umgesetzt werden, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung zur Krankenhausreform vorgelegt hat. Anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im September bezogen Institutionen, Vereine und Verbände Stellung.

>> Nach Willen der Politik sollen künftig als Maßstab der Krankenhausvergütung auch Qualitätsaspekte herhalten. Der Grundgedanke klingt recht trivial: Gute Qualität wird mit Zuschlägen honoriert, Mängel hingegen mit Abschlägen bestraft. Doch so einfach ist das nicht, wie diverse Einwurfe zeigen, die nach Bekanntwerden des Gesetzesentwurfs zum Krankenhausstrukturgesetz, kurz KHSKG, aufkamen. Der AOK-Bundesverband betont beispielsweise, dass Vergütungsabschlüsse für schlechte Qualität sowohl aus Patienten- als auch aus Krankenkassensicht nicht geeignet seien, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität herbeizuführen. Der AOK BV geht sogar noch weiter, indem er fordert, dass kontinuierlich schlechte Qualität die Konsequenz haben müsse, dass Leistungen gar nicht mehr erbracht werden dürften.

Auch der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht die Abschläge kritisch, da seiner Ansicht nach statt einer verbesserten Versorgung eher ein gegenteiliger Effekt erzielt werde. Der

Bundesverband schlägt darum vor, alle Häuser vorab mit einem Abzug zu belegen und in der Folge den besten Kliniken dann entsprechende Aufschläge zu gewähren.

Damit aber die Qualität überhaupt als weiteres Kriterium Einzug in die Krankenhausplanung und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung halten kann, müssen die entsprechenden Indikatoren erst gefunden werden. Mit dieser Aufgabe will die Politik den G-BA beauftragen. Dieser soll nun Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln, die sich – so die gesetzlich formulierte Aufgabe – als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen; anders als die bisherigen Qualitätsindikatoren, die im Prinzip nur zum Benchmarking dienen.

Weiters sollen die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse den Planungsbehörden der Länder zugänglich gemacht werden, was durchaus weitreichende Konsequenzen haben kann. Denn eine qualitativ minderwer-

tige Leistungserbringung eines Krankenhauses kann sich dann auf Aufnahme und Verbleib im Krankenhausplan des Landes auswirken. Das ist ein Ansatz, den zum Beispiel der Sozialverband VdK begrüßt, aber gleichzeitig bemängelt, dass es den Krankenhäusern nach wie vor freistehe, die Qualitätsindikatoren heranzuziehen, sodass damit eine generelle Neuausrichtung nicht erreicht werden könne. Der VdK fordert darum bundeseinheitliche Qualitätsmindeststandards.

Der Gesetzesentwurf sieht zur weiteren Stärkung der Qualität für vier vom G-BA ausgewählte planbare Leistungen vor, den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit zu geben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Damit soll erprobt werden, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung durch Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Der BKK Dachverband beispielsweise begrüßt dieses Instrument, während die Gewerkschaft ver.di sich gegen die Implementierung der Qualitätsverträge ausspricht,

da sie insgesamt den Vorrang bei Kollektivverträgen der Verbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern sieht, aber einen Wettbewerb im Rahmen von Versorgungsverträgen über stationäre Leistungen ablehnt.

Auch soll das Instrument der Sicherstellungszuschläge, das bei Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs auch innerhalb eines nicht als unterversorgt geltenden Versorgungsbezirkes gezahlt werden kann, im Gesetz präzisiert werden. „Wir sichern gut erreichbare Grundversorgung, wo es schnell gehen muss – bei einem Unfall oder bei bestimmten Erkrankungen – indem wir dann mit Sicherstellungszuschlägen das Angebot in der Fläche auch wirklich sichern“, verspricht Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Der GKV-Spitzenverband hingegen empfiehlt die Schließung von Krankenhäusern, um die Patientenversorgung grundsätzlich zu verbessern. „Vor allem Kliniken, die unzureichend Qualität liefern, sollten vom Netz genommen werden“, macht der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Johann-Magnus v. Stackelberg deutlich.

Krankenhausfinanzierung

Eine weitere Großbaustelle des KHSG ist die Krankenhausfinanzierung. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), spricht sich – wie übrigens auch der Bundesrat – dafür aus, dass der Versorgungszuschlag, den die Kliniken seit 2013 erhalten, beibehalten wird. Mit einer Abschaffung im Jahr 2017 würden den Krankenhäusern 500 Millionen Euro entzogen, und das sei weit mehr, als über das Förderprogramm bereitgestellt werde. Statt gestrichen zu werden, müsse der Versorgungszuschlag in die Landesbasisfallwerte übergehen. „Bei den Reformplänen fehlt eine umfassende Finanzierungsstrategie“, erklärt sie, und fordert: „In Anbetracht der zu erwartenden Kosten in Höhe von mehr als acht Milliarden Euro bis 2020 muss dies dringend nachgeholt werden.“ Elsner wehrt sich aber auch gegen die ihrer Meinung nach übersteigerten Ansprüche der Leistungserbringer: „Die Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehen da erheblich zu weit.“

Damit antwortet Elsner der DKG, die generell die Reform als „Verknennung der Lage“ bezeichnet. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG, positioniert sich gegenüber den Krankenkassen: „Die finanziellen Auswirkungen der Krankenhausreform werden von den Kassen völlig falsch eingeschätzt und hoffnungslos übertrieben dargestellt.“ Wer behaupte, die Reform würde im Zeitraum bis 2020 rund

5,3 Milliarden Euro zusätzliche Mittel in die Kliniken bringen, müsse dazu sagen, dass bei dieser Art der Rechenmethode in der gleichen Zeit die Beitragseinnahmen der Krankenkassen um 100 Milliarden Euro steigen würden.

Die DKG fordert aber nun ihrerseits, dass Regelungen zu treffen seien, um erstens Tarifsteigerungen des Personals leichter in den Kosten einpreisen zu können und zweitens die ambulante Notfallversorgung besser bezahlt zu bekommen. An der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser erhalten aktuell in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. DKG-Präsident Reumann moniert nun, dass derzeit 32 Euro für eine Notfallbehandlung gezahlt werde. „Damit können die Vorhaltungskosten der Ambulanzen nicht ansatzweise gedeckt werden.“ Pro Fall geht er von einem Defizit von rund 88 Euro aus. Die vorgesehene Halbierung des Investitionskostenabschlags in der Notfallversorgung von 10 auf 5 Prozent werde nur minimal die finanzielle Lage bei der Erbringung ambulanter Notfallleistungen an den Kliniken verbessern.

Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband will hingegen die Notfallversorgung besser konzentriert wissen. Es sei besser, an wenigen Stellen hochqualifizierte Notfallzentren einzurichten, statt Notfälle in allen Ambulanzen behandeln zu lassen.

Im Gegensatz zu den Betriebskosten, für die die Krankenkassen aufkommen, werden die Investitionskosten durch die Bundesländer finanziert. Ver.di klagt die Länder an, die entgegen ihrer gesetzlichen Pflichten aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) weniger als die Hälfte der erforderlichen Investitionen zahlten, sodass die Krankenhäuser Investitionen aus den Erlösen der Krankenversorgung abzweigen müssten.

DKG-Präsident Thomas Reumann beanstandet zudem, dass die Reform wichtige Aspekte völlig unberührt lasse, unter anderem die Frage der Investitionskostenfinanzierung: „Sechs Milliarden Euro werden dafür benötigt, nur drei Milliarden Euro bringen die Länder aber auf.“ Gleichzeitig rügt er, dass der Gesetzgeber dafür keine Lösung finde, ja sich nicht einmal mit dem Thema beschäftige. Auch DKG-Hauptgeschäftsführer Baum kritisiert, dass das Bundesgesundheitsministerium in seinem Gesetzentwurf von 5,4 Milliarden Euro spricht, die den Krankenhäusern mit der Reform zur Verfügung gestellt würden: „Manches davon kommt gar nicht bei den Krankenhäusern an, zum Beispiel die 500 Millionen Euro, die der Bund maximal für den Strukturfonds einplant.“ Zudem seien darin die Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm enthalten. „Was nützen uns Zuschüsse für 6.000

neue Mitarbeiter, wenn wir die Tarifsteigerungen für 1,2 Millionen Mitarbeiter nicht bezahlen können?“, fragt Baum. „Die Verbesserungsleistungen, die die Koalition im Gesetzentwurf ausweist, stehen in keiner Relation zu den Basisproblemen der Krankenhäuser.“

Strukturfonds

Damit der Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung, wie etwa die Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize finanziert werden können, soll nach Wortlaut des vorliegenden Gesetzentwurfs ein Strukturfonds eingerichtet werden. Der Fonds werde mit 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet. Die Länder sollen sich in gleicher Höhe beteiligen, sodass insgesamt ein Betrag von 1 Milliarde Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung steht. Jedem Land stehen Mittel aus dem Fonds nach dem Königssteiner Schlüssel zu. Welche Projekte gefördert werden, entscheidet das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden. Der AOK Bundesverband moniert hier, dass eine Bundesbeteiligung über Steuermittel nicht stattfindet. Auch die nur freiwillige Beteiligung der PKV sei nicht sachgerecht, da die geförderten Strukturverbesserungen auch den privatversicherten Krankenhauspatienten zugute kämen. Daher sei es sachlich geboten, dass sich die PKV obligatorisch an dieser Aufgabe entsprechend ihrem Versichertenanteil mit einem angemessenen Beitrag an den Gesamtkosten beteilige.

Der vdek mahnt hingegen an, dass durch den Strukturfonds alleine die notwendigen Konzentrations- und Umstrukturierungsmaßnahmen nicht umgesetzt werden können und daher in Zukunft die Krankenhausplanung der Länder, Krankenkassen und Krankenträger mit dem Strukturfonds einhergehen müsse. Auch der AOK Bundesverband stellt fest, dass das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder im Gesetzentwurf nicht gelöst werde. Es bleibe dabei, dass die Länder jährlich knapp drei Milliarden Euro zu wenig für Investitionen in der stationären Versorgung bereitstellten. „Das KHSG geht in einigen wichtigen Punkten auf die schlechte Lage der Krankenhäuser ein, indem es Rahmenbedingungen schafft, mit denen die Krankenhäuser umgehen können“, meint Boris Augurzyk vom RWI. Zunächst werde sich eine leichte finanzielle Verbesserung einstellen, bis zum Jahr 2020 werde sich die Lage der Krankenhäuser allerdings weiter verschlechtern. << von: Kerstin Müller

Fürsorge mit Forschergeist verbinden – für ein besseres Leben

Wir bei Lilly wollen Menschen ein längeres und gesünderes Leben ermöglichen. Ob wir neue Medikamente erforschen oder Wege aufspüren, Patienten besser helfen zu können: Wir setzen alles daran, die Leben derer zu verbessern oder zu erleichtern, für die wir jeden Tag arbeiten.

Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de

Lilly

Besonderheiten von Medizinprodukten in Studiendesigns

>> Für die Nutzenbewertung von Medizinprodukten sind Studien nötig, die den Patientennutzen anhand der Studienendpunkte Morbidität, Mortalität und Lebensqualität bzw. Zufriedenheit messen und bewerten. Das ist das Fazit des Workshops „Der Wert von Medizinprodukten: Messen von Effekten“ von der Hochschule Neubrandenburg und der B. Braun Stiftung im Juli in Berlin über (klinische) Datengewinnung und Evidenzgrade von Medizinprodukten. Die klare Botschaft der Experten ist, dass auch für Medizinprodukte als Studiendesigns randomisierte kontrollierte Studien (RCT), aber auch alternative Studienformen in Frage kommen, um den kausalen Zusammenhang zwischen Medizinprodukt und Patientennutzen nachzuweisen. Diskutiert wurde auch über die Besonderheiten von Medizinprodukten und ob sich diese bei der Studienplanung berücksichtigen lassen. So wurde der Nutzen für den Anwender als ein Bewertungskriterium genannt. Offen blieb allerdings, welchen Einfluss dieser auf den Nutzen für den Patienten hat.

Evidenzbasierte Medizin und innovative Versorgungsprozesse sind ohne das „Messen von Effekten“ nicht möglich. „Die klinische Effektmessung kann als erster Schritt der Nutzenbewertung verstanden werden“, erklärte Prof. Dr. Axel Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg die Bedeutung des „Messens“. Mühlbacher machte in seinem Vortrag deutlich, dass das Messen von klinischen Ergebnisparametern zur Bestimmung des Patientennutzens und seiner weiteren Verwendung (Operationalisierung) eine grundsätzliche und ungelöste Herausforderung im Gesundheitswesen darstellt. Dennoch wird die Nutzenbewertung im Kontext der Zulassung, Kostenerstattung, Preisfestsetzung oder Therapieentscheidung im Rahmen eines neuen Verfahrens erfolgen müssen.

Im Rahmen der Nutzenbewertung wird immer wieder kontrovers diskutiert, ob RCT grundsätzlich als Studiendesign für Medizinprodukte geeignet sind oder auch andere Studientypen eingesetzt werden können, um ausreichende Evidenz zu erzielen. Yvonne Zens und Dr. Naomi Fujita-Rohwerder vom IQWiG sehen RCT als Königsweg der Evidenzgenerierung, auch für Medizinprodukte. Die Diskussion machte deutlich, dass es aussagekräftige klinische Studien mit Medizinprodukten braucht, die den Nutzen und Schaden kausal aus der Perspektive des Patienten bewerten. Als Kausalitätsnachweis können neben der klassischen RCT auch sequenzielle, adaptive

Designs, Zelen's/Präferenz Designs oder auch expertenbasierte Designs dienen.

Dass RCT nicht alles sind und die klassische Evidenzhierarchie derzeit hinterfragt wird, legte PD Dr. Dirk Stengel vom Zentrum für klinische Forschung am Unfallkrankenhaus Berlin dar: „Alternative Studienformen für die Nutzenbewertung von Medizinprodukten werden derzeit schon international eingesetzt“, erklärte er. Entscheidend für die Auswahl des Studiendesigns sei primär die Validität der Studienformen. Als komplementäre Ansätze zum klassischen RCT nannte er Netzwerk-Meta-Analysen, Ansätze des Comparative Effectiveness Research oder auch Propensity-Score-Modellierungen. Wie auch im Vortrag des IQWiG kamen bei Stengel verschiedene RCT-Varianten zur Diskussion.

Der Workshopintergrund ist die im GKV-VSG integrierte, kritisch betrachtete Neuordnung der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse und besonders invasivem Charakter des Eingriffs (§137 h, SGB V), die mit dem GKV-VSG im August in Kraft getreten ist. Noch ist allerdings offen, wie die systematische Nutzenbewertung von Medizintechnik erfolgen kann, welche Parameter und Zielkriterien darin einfließen sollen bzw. wie sich ein Wert für Patienten, aber auch für Anwender, Krankenhäuser, und Kostenträger ergeben kann.

Dieser Workshop ist die zweite von insgesamt sechs Veranstaltungen, die die Hochschule Neubrandenburg und die B. Braun Stiftung zum Thema Nutzenbewertung im Rahmen des gemeinsamen Forschungsprojekts durchführen. Bereits im April hat es eine Plenumsveranstaltung gegeben, auf der Vertreter von Patienten, Medizintechnologieunternehmen, Krankenhäusern, Krankenkassen, aus der Politik und Entscheidungsgremien wie dem IQWiG ihre Meinung zur Bewertung von Medizinprodukten offen darlegten. Es werden noch drei weitere Methodenworkshops und ein Symposium zu den Themen Abwägung von Evidenz, Risiko und Nutzen sowie über das Entscheiden über Entwicklung, Zulassung, Vergütung und Inanspruchnahme durchgeführt. Die Hochschule Neubrandenburg und die B. Braun Stiftung möchten mit jeder Veranstaltung die Diskussion zu einem Teilaspekt der Nutzenbewertung voranbringen. Die Veranstaltungen finden im Langenbeck Virchow-Haus in Berlin-Mitte statt. Weitere Termine und Informationen sind unter www.bbraun-stiftung.de zu finden. << von: Andrea Thoene

Fresenius: Neuer Studiendekan

>> Seit 1. September ist Prof. Dr. Thomas Teyke Studiendekan für „Management und Ökonomie im Gesundheitswesen“ und „Health Economics“ an der Hochschule Fresenius, Fachbereich Wirtschaft & Medien in Köln. Er blickt auf eine fast zehnjährige Forschungs- und Lehrtätigkeit an der Columbia University, New York, sowie an der Johannes Gutenberg Universität in Mainz zurück. Weitere Stationen führten ihn zu internationalen Beratungsunternehmen wie Gemini Consulting, Arthur D. Little oder der von ihm gegründeten BTP GmbH. <<



Wensing nach Heidelberg

>> Prof. Dr. Michel Wensing bekleidet die neu eingerichtete Professur für „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Ab dem Wintersemester 2015/16 bietet er den Master-Studiengang „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ an, der sich als forschungsorientiertes akademisches Qualifizierungsprogramm an der Schnittstelle von Medizin, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsversorgung versteht. Die Studierenden erlernen Probleme der Gesundheitsversorgung zu identifizieren, vor dem Hintergrund aktueller internationaler wissenschaftlicher Forschung und Methoden zu analysieren sowie neue Versorgungsmodelle zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. So können Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung evidenzbasiert und nachhaltig zu verbessern. <<

IQM erweitert Vorstand

>> Frank Böker, Sprecher der Geschäftsführung der Johanniter GmbH (Holding), und Prof. Dr. Jean-Blaise Wasserfallen, Medizinischer Direktor des Universitätsspitals Lausanne (CHUV), wurden auf der 7. ordentlichen Mitgliederversammlung in Berlin als Mitglieder des erweiterten Vorstandes der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) gewählt. <<

Ihre News

können Sie auch selbst kostenlos einstellen auf www.healthreminder.de

INNOFONDS

Fakten Status Diskurs

Innovationsfonds sinnvoll nutzen:

Kriterien für eine Förderung

In kaum einem anderen Bereich sind Innovationen so dringend notwendig wie im Gesundheitswesen – und in kaum einem anderen Bereich setzen sie sich so langsam durch. Internationale Studien schätzen, dass nur etwa 50% aller evidenzbasierten Verfahrensweisen zur Verbesserung der Versorgungsqualität tatsächlich erfolgreich implementiert werden (Alexander & Hearld 2011). Eine solche Systemträgheit steht in alarmierendem Widerspruch zu den immensen Herausforderungen, die im Zusammenhang mit stetig steigenden Kosten, zunehmender Nachfrage und immer komplexeren Krankheitsspektren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland gemeistert werden müssen. Im Mittelpunkt dieses Artikels stehen deshalb zwei zentrale Fragen: Warum setzen sich Innovationen im deutschen Gesundheitssystem nur langsam durch? Und: Wie können Mittel des im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes beschlossenen Innovationsfonds sinnvoll genutzt werden, um Versorgungsqualität bzw. –effizienz zu verbessern?

>> Innovationen im Gesundheitswesen umfassen die Umsetzung neuer Konzepte, Ideen, Leistungen, Methoden und Verfahren sowie die Einführung neuer institutioneller und organisatorischer Regeln (Atun 2012). Trotz des stetig steigenden Bedarfs nach Prozess- und Strukturinnovationen bietet das deutsche Gesundheitssystem aufgrund seiner stark fragmentierten Ausgestaltung kaum Möglichkeiten für die Verbreitung derartiger Innovationen. Es ist vielmehr ein Paradebeispiel für Kooperations- und Innovationshemmnisse. Innovationen scheitern in Deutschland immer wieder an Barrieren und Partikularinteressen, entstanden durch Strukturen, die beinahe so alt wie das System selbst sind (Häckl 2010). Die ungleiche Innovationspolitik zwischen den Sektoren hemmt sektorenübergreifende Prozessinnovationen (Buchführer 2011). Unterschiedliche und intransparente Regelungen zu Finanzierung und Vergütung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Vorhaltung doppelter Versorgungsstrukturen schaffen Versorgungshoheiten. Fehlanreize der individuellen Vergütungsregelungen bergen die Gefahr einer Abgabe der Versorgungsverantwortung an nachgelagerte Leistungserbringer und verursachen damit Schnittstellenverluste. Darüber hinaus existieren aufgrund mangelnder Qualitäts- und Behandlungsstandards im ambulanten Sektor sowie in der sektorübergreifenden Zusammenarbeit eine unzureichende Leitlinien-treue und Qualitätsschwankungen bei Behandlungen. Die Folge sind Informationsverluste an den Schnittstellen in Verbindung mit Versorgungsdiskontinuitäten, z.B. in

Form von Medikationsveränderungen (Ommen et al. 2007) sowie Behandlungsfehler, wie das verspätete Erkennen von Komplikationen oder übersehene Diagnosen aufgrund mangelhafter Koordination der Versorgung (Hansis 2001).

Innovationsfonds im Versorgungsstärkungsgesetz

Ausgangslage

In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche Reformen zur sektoralen Integration der Versorgung umgesetzt, darunter die Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit durch das Belegarztwesen (§115 SGB V; GRG 1989) und die Weiterentwicklung der Versorgung durch Modellvorhaben gem. §§ 63 – 65 (2. NOG 1997). Die Einführung von Disease-Management-Programmen (2002, §137f-g SGB V) sowie die Verträge zur integrierten Versorgung gem. § 140 a-d SGB V (GKV – Gesundheitsreform 2000, GMG 2004) setzten gleichermaßen wesentliche integrative und wettbewerbliche Impulse im Gesundheitssystem. Selektive Vertragsformen und interdisziplinäre Kooperationsformen werden seither im Verlauf weiterer Reformen flexibilisiert und durch finanzielle Anreize gefördert (Schreyögg, Weinbrenner & Busse 2013). Letztendlich haben sich die neuen Versorgungsformen und insbesondere die Integrierte Versorgung dennoch nicht in dem erwünschten und erwarteten Tempo durchgesetzt. Die Hauptgründe dafür liegen einerseits in Umsetzungshindernissen für Krankenkassen (vgl. SVR 2012, DGIV & BMC 2008, Greß 2010, IGES 2015).

Kommentar

Liebe Leserinnen und Leser, unser Gesundheitssystem ist überaus träge: Innovationen setzt es großen Widerstand entgegen, sodass sie sich oft nur sehr langsam in der Fläche verbreiten. Das gilt insbesondere für sektorenübergreifende Prozess- und Strukturinnovationen, bei denen das deutsche Gesundheitswesen anderen Ländern ganz deutlich hinterherhinkt. Genau hier will darum der Innovationsfonds ansetzen und innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern.

Welche Chancen hat der Innovationsfonds, diese Ziele tatsächlich zu erreichen? Damit beschäftigt sich der Diskussionsbeitrag von Dr. Dennis Häckl in dieser Ausgabe. Er benennt das zentrale Zeitproblem des Innovationsfonds, zu dem besonders die noch nicht geschaffene Mittelübertragbarkeit über 2019 hinaus beiträgt. Hoffentlich lässt sich die Politik noch von dieser Notwendigkeit überzeugen!

Die Zeit für Begutachtung und Bewertung der komplexen Projekte wird sehr knapp. Und wie soll man bewerten und auswählen? Nach welchen Schwerpunkten und Kriterien?

Ich möchte Sie bitten, sich mit eigenen Beiträgen, mit Leserbriefen und Kommentaren an unserer Diskussion zu beteiligen.

Ihr
Prof. Dr. Reinhold Roski



MVF-Herausgeber
Prof. Dr.
Reinhold Roski

- Zu erwähnen sind insbesondere:
- Beitragsstabilität und Wirtschaftlichkeitsgebot sind kaum vereinbar mit „riskanten“ Investitionen in Innovationen
 - der Wettbewerb zwischen den Kassen führt zur Vermeidung finanzieller Risiken
 - nach Wegfall der Anschubfinanzierung fehlen Anreize zur Entwicklung und Diffusion innovativer Versorgungsprojekte
 - der bürokratische und administrative Aufwand für Genehmigung, Ausschreibungsverfahren und Budgetbereinigung ist zu groß
 - Unklare Regelungen zur Budgetbereinigung hemmen die Nachhaltigkeitsorientierung innovativer Ansätze

Andererseits fehlen die entsprechenden Anreizmechanismen und gesetzlichen Vorgaben, wie

- der Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Verträgen anstelle einer „bedingungslosen“ Subventionierung von Versorgungsangeboten (Mitnahmentalität)
- die Verknüpfung der Vergütung von Leistungen mit transparenten und überprüfbaren Zielvereinbarungen
- die Verpflichtung zur Evaluation, wodurch Informationen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie Lerneffekte erzielt werden können

Innovations-affinen Krankenkassen fehlt es darüber hinaus oft an geeigneten Vertragspartnern auf Seiten der Leistungserbringer. Aufgrund der kollektiv-vertraglichen finanziellen Absicherung besteht auch für diese kein ausreichender ökonomischer Anreiz zur Umsetzung von Strukturinnovationen.

Zielsetzung des Gesetzgebers

Durch die Politik wurde die Einrichtung eines Innovationsfonds im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vollzogen. Im Zuge dessen ist vorgesehen, im Zeitraum von 2016 bis 2019 jährlich 300 Mio. Euro bereitzustellen, davon 225 Mio. Euro für die Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und 75 Mio. Euro für die Versorgungsforschung. Verbindliche Förderungsschwerpunkte und Kriterien für die Verteilung der Mittel wurden noch nicht festgelegt. Ob ein Innovationsfonds generell zur Stärkung von Versorgungsinnovationen beitragen kann, soll hier nicht diskutiert werden; vielmehr geht es in vorliegendem Beitrag darum, wie innerhalb des bereits gesetzlich definierten Rahmens „sinnvolle“ Projekte identifiziert werden können.

Wie können die Mittel des Innovationsfonds erfolgreich eingesetzt werden?

Damit die Mittel des Innovationsfonds tatsächlich zielorientiert eingesetzt werden, bedarf es konkreter Regelungen zur Mittelvergabe und Auswahl förderwürdiger Versorgungsangebote. Bei der Auswahl innovativer Projekte und im Förderprozess sollten konkrete thematische Schwerpunkte (vgl. SVR 2012, 2014), Erfahrungen aus anderen Programmen zur Innovationsförderung sowie das Potenzial zur erfolgreichen Diffusion im Gesundheitssystem berücksichtigt werden.

Förderung und Diffusion von Innovationen

Die häufigsten Probleme im Zusammenhang mit Programmen zur Innovationsförderung liegen in Diskrepanzen zwischen den Zielen und dem vorgesehenen Zeitrahmen (Edler et al. 2012). Es wird deshalb von ausschlaggebender Bedeutung sein, mit dem Start des Förderzeitraums am 01.01.2016 die Arbeitsfähigkeit der zu gründenden Institutionen beim G-BA herzustellen, ohne dass ein zu bürokratischer Prozess auf Kosten des Volumens des Innovationsfonds entsteht. Die Möglichkeit, Mittel in Folgejahren zu übertragen, sollte zudem unbedingt gegeben sein (IGES 2015, Häussler & Albrecht 2015).

In Anbetracht des administrativen Aufwandes, der mit der Begutachtung und Förderung von Anträgen zu erwarten ist, liegt die Vermutung nahe, dass Projekte mit längerer Laufzeit und größerem Volumen bevorzugt werden könnten (Häussler & Albrecht 2015). Operativ kann dies problematisch sein, vor allem, wenn Kooperationsverbände von Grund auf aufgebaut werden müssen. Kommunikations- bzw. Koordinationsdefizite, die oft im Zusammenhang zur Größe von Projekten stehen,

sind die Hauptprobleme einer erfolgreichen Umsetzung und hemmen angestrebte Spezialisierungs- und Lerneffekte (Barjak 2013). Innovationsförderung, die auf einen Ausbau von Kooperationen und Netzwerken ausgerichtet ist, erzielt wiederum die besten Ergebnisse, wenn bereits bestehende Kooperationsverbände im Sinne eines „up-scaling“ gefördert werden (Edler et al. 2013).

Begutachtung und Bewertung von Projektanträgen

Um einen Konflikt zwischen dem Anliegen des Innovationsfonds und Partikularinteressen zu vermeiden, bedarf es eines transparenten, neutralen und an wissenschaftlichen Kriterien orientierten Auswahlverfahrens (Lauterbach & Spahn 2014). Zentrales Entscheidungsorgan bei der Festlegung von Schwerpunkten und Förderkriterien sowie bei der Auswahl von Anträgen wird ein Innovationsausschuss sein, der beim G-BA eingerichtet wird. Operativ und administrativ wird der Ausschuss von einer ebenfalls beim G-BA einzurichtenden Geschäftsstelle unterstützt. Versorgungswissenschaftliche, klinische und methodische Expertise wird von einem Expertenbeirat in das Auswahlverfahren eingebracht. Das Gesetz nennt sieben Schwerpunkte nach denen über eine Projektförderung entschieden werden soll (§92a SGB V). Dies sind Verbesserungen von Qualität und Effizienz in der Versorgung, die Behebung von Defiziten, Interdisziplinarität und fachübergreifende Kooperationen, Übertragbarkeit der Ansätze, die Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen sowie die Evaluierbarkeit. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens ist noch weitestgehend offen. Das IGES Institut (2015) empfiehlt zur Projektbewertung die multiplikative Verknüpfung von 3 wesentlichen Kriterien: den Umfang der Qualitätssteigerung, die Umsetzungschancen und Effizienz des Vorgehens sowie die Anzahl betroffener Patienten, wobei für besonders förderwürdige, aber seltene Erkrankungen Ausnahmen gelten sollen (IGES 2015). Schmitt et al. (2015) identifizierten im Rahmen einer Delphi-Befragung unter Beteiligung unterschiedlicher Interessengruppen als relevante Begutachtungsschwerpunkte die Relevanz von Thema und Fragestellung, die Qualität des Designs zur Umsetzung, methodische Anforderungen sowie eine transparente Berichterstattung und Evaluation. Der nachfolgend dargestellte Vorschlag umfasst die aus unserer Sicht wesentlichen Schwerpunkte und eine weiterführende inhaltliche Detaillierung der Kriterien sowie ein Bewertungs-

| Relevante Vergabeverfahren im Bereich Innovationsförderung | |
|---|--|
| Art | Initiator |
| Forschungsrahmenprogramm Horizont2020 | EU |
| European institute of innovation and technology – Ausschreibung „KICs“ (Knowledge and Innovation Communities) | EU |
| Förderungen, fokussierte Bereiche: Gesundheit und Soziales, Technologien, Innovation, Kooperation/Vernetzung | BMBF / BMWi |
| Förderung über Programme des Europäischen Sozialfonds | EFS |
| Förderung über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung | EFRE |
| DFG-Förderung | DFG |
| Förderung von Gesundheitsregionen | BMBF |
| Förderung durch Stiftungen | z.B. Robert Bosch-/Roland-Ernst-Stiftung |

Tab. 1: Vergabeverfahren im Bereich Innovationsförderung.

schema für eine transparente und neutrale Begutachtung.

Vorgehen

Um Kriterien zur Begutachtung und Bewertung von Projektanträgen zu erarbeiten, wurden neben den bisher skizzierten theoretischen Aspekten nationale und internationale Vergabeverfahren und die damit verbundenen Entscheidungs- und Begutachtungssysteme bei der Förderung von Innovationen analysiert. Dazu gehören Ausschreibungen zur Förderung von innovativen Projekten im Gesundheitsbereich, weitreichende Initiativen wie die Förderung von Gesundheitsregionen, die gezielte Förderung von Clustern und Kooperationen sowie Fördermöglichkeiten für Forschungsverbände aus Unternehmen, Forschungszentren und Hochschulen (vgl. Tab. 1).

Bezüglich der Relevanz wesentlicher Auswahlkriterien für eine Förderung zeigten sich zahlreiche Überschneidungen zwischen den verschiedenen Programmen, die die Basis für die vorgeschlagenen Schwerpunkte bilden. Zur detaillierten Beschreibung wurde ein Kriterienkatalog entwickelt und in fünf Interviews mit Experten, die im Gesundheitssystem und als Gutachter bei Vergabeverfahren tätig sind, validiert. Zur Operationalisierung des Entscheidungsprozesses wurde ein zugehöriges Bewertungssystem entwickelt. Hierbei werden Ausprägungen in Form einer Bewertungsskala vorgegeben und – analog zu nationalen und internationalen Verfahren – bestimmte Mindestwerte empfohlen. Letztlich wird ein Entscheidungsmodell skizziert, um die eingereichten Projektvorhaben nach den Zielset-

zungen des Innovationsfonds transparent und objektiv auszuwählen und zu bewerten.

Vorschlag für ein Auswahlverfahren

Für das Auswahlverfahren wird zunächst eine **formale Prüfung** der eingereichten Projektanträge vorgeschlagen. Die formale Prüfung sollte zunächst K.O.-Kriterien, wie die Vollständigkeit der Antragsunterlagen, die Förderfähigkeit der beantragten Mittel und Partner, die Zulässigkeit und sonstige Veröffentlichungs- und Datenschutzpflichten umfassen und ohne gutachterliche und fachliche Expertise durchführbar sein. Im Erfolgsfall schließt sich eine inhaltliche **Begutachtung** anhand eines Kriterienkataloges und die **Bewertung** und **Gewichtung** anhand eines Scoringmodells an. Abbildung 1 fasst den möglichen Ablauf unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen gemäß §92a/b SGB V überblicksmäßig zusammen.

Inhaltliche Begutachtung und deren Schwerpunkte

Die im Folgenden dargestellten Kriterien sind in erster Linie zur Begutachtung innovativer Versorgungsprojekte gemäß §92a Abs. 1 SGB V anwendbar und dienen weniger der Bewertung von Projekten aus dem Bereich der Versorgungsforschung.

Schwerpunkte sind dabei (vgl. Tabelle 2):

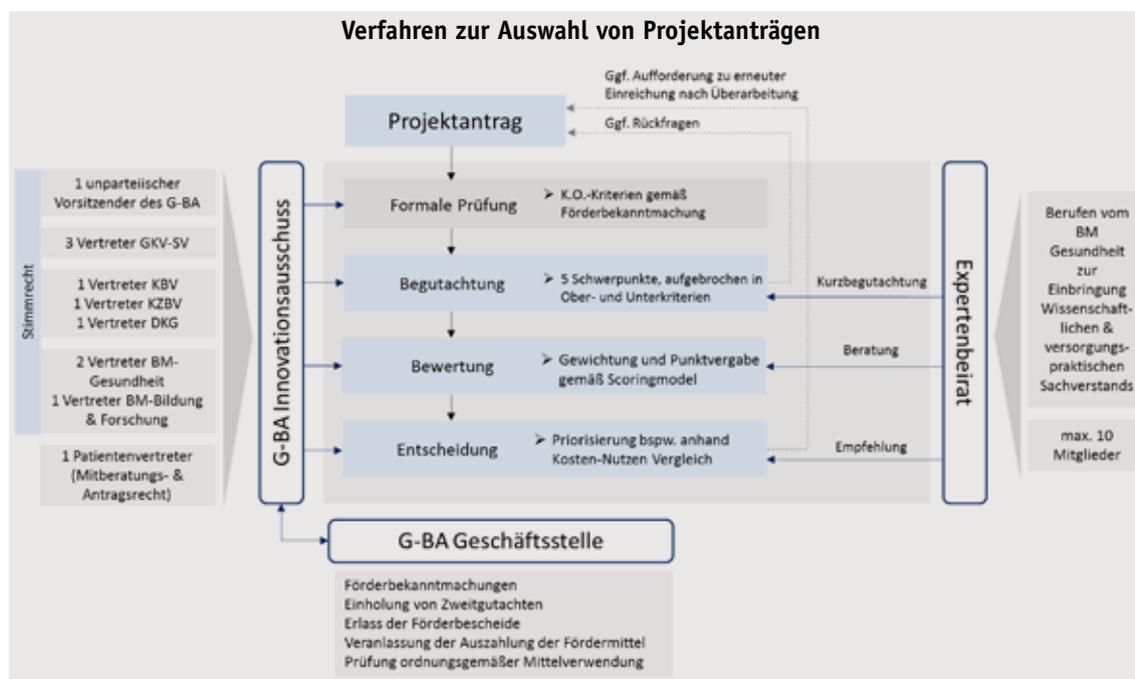
- die Zielkonformität,
- die Auswirkungen und die Relevanz,
- die Nachhaltigkeit,
- die Qualität der Evaluierung,
- die Umsetzungskompetenz, d.h. Projektverbund und –management

Im Mittelpunkt der **Zielkonformität** stehen die thematische Ausrichtung und die überzeugende Darstellung der Ziele eines Versorgungsangebotes. Förderanträge müssen die inhaltlichen Schwerpunkte des Innovationsfonds aufgreifen und Projektziele klar formulieren. Eine Innovation kann Prozesse, organisatorische Strukturen oder Vergütungsformen umfassen. Der Innovationsgrad muss jedoch ersichtlich sein und die Fortschrittlichkeit des Ansatzes begründet werden. Für eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung existieren dabei diverse und bereits seit Jahren diskutierte Ansatzpunkte in den Bereichen bedarfsgerechter Versorgung, wirtschaftlich sinnvoller intersektoraler Zusammenarbeit, integrierter Versorgung und unterstützender Informations- und Kommunikationstechnologien (vgl. SVR 2007, 2012, 2014). Insbesondere die Arbeitsteilung und Kooperation medizinischer und nicht-ärztlicher Versorgung und die Wahrnehmung koordinierender Aufgaben sollten für eine Verbesserung der Versorgungskontinuität forciert werden. Eine echte Innovation beinhaltet zudem die (Weiter-) Entwicklung von Kompetenzen bei den Beteiligten eines Versorgungsprojektes.

Die Bedeutung eines Vorhabens muss anhand konkreter **Auswirkungen** auf Qualität, Transparenz und Effizienz der Versorgung herausgestellt werden. Innovative Versorgungsansätze müssen mindestens in einer, möglichst jedoch in mehreren Qualitätsdimensionen, d.h. medizinischer Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung (vgl. AQUA Institut 2010), Verbesserungen erzielen. Geförderte Projekte sollten zudem einen

Beitrag zu Erhöhung von Transparenz und Qualitätssicherung in der Versorgung leisten. Dazu gehört neben der Verfolgung oder Weiterentwicklung etablierter Standards insbesondere die Zielgruppen-adequate, für Fachleute sowie Laien verständliche Bereitstellung von Informationen, bspw. über Krankheitsbilder, Behandlungsoptionen, Kosten, Qualität oder Forschungsergebnisse. Darüber hinaus ist die Erreichbarkeit der formulierten Ziele durch

Abb. 1: Verfahren zur Auswahl von Projektanträgen.



| Schwerpunkte und Oberkriterien | |
|--|---|
| Schwerpunkt 1: Zielkonformität, Auswirkungen und Relevanz | |
| 1.1 | Innovationsgrad zur Verbesserung der Versorgung |
| 1.2 | Förderung von Versorgungskontinuität durch Arbeitsteilung und Kooperation |
| 1.3 | Steigerung der Qualität in der Versorgung |
| 1.4 | Erhöhung von Transparenz und Qualitätssicherung in der Versorgung |
| 1.5 | Erhöhung von Versorgungseffizienz |
| 1.6 | Zielstellung und Umsetzbarkeit des Antrags |
| 1.7 | Relevanz des Ansatzes |
| Schwerpunkt 2: Nachhaltigkeit | |
| 2.1 | Übertragbarkeit auf andere Bereiche |
| 2.2 | Verwertungspotenzial und Langfristigkeit |
| Schwerpunkt 3: Qualität der Evaluierung | |
| 3.1 | Evaluierungskonzept |
| 3.2 | Evaluierung durch externe Institute |
| Schwerpunkt 4: Projektverbund und -management | |
| 4.1 | Zusammensetzung des Projektverbundes |
| 4.2 | Kompetenzen der Versorgungsvertragspartner |
| 4.3 | Projektorganisation |
| 4.4 | Projektcontrolling |

Tab. 2: Schwerpunkte und Oberkriterien für eine Begutachtung

die Gutachter einzuschätzen. Geplante Maßnahmen sind deshalb konkret und zielbezogen zu beschreiben. Ferner soll zur Begründung der **Relevanz** die Ausgangssituation auf Basis valider und reliabler Informationen bewertet werden. Es soll begründet werden, in welchen Bereichen, Indikationen, Patientengruppen oder Regionen Handlungsbedarf besteht. Der Status Quo determiniert schließlich, welche Hebelwirkung die Ziele eines Projektes tatsächlich haben.

Der Schwerpunkt der **Nachhaltigkeit** zielt auf die Prüfung ab, ob ein beantragtes Projekt bzw. die daraus erlangten Erkenntnisse für eine Übertragbarkeit auf andere Regionen, Indikationen, Anwendungskontexte oder Technologiefelder in Frage kommt, unabhängig davon, ob dies auf kollektivvertraglicher oder einzelvertraglicher Basis erfolgen könnte. In diesem Zusammenhang sind insbesondere ein Geschäftsmodell und die darin enthaltene Weiterverwertung von Projekt- und Forschungsergebnissen abzuwägen. Versorgungsangebote sollten hinreichend Potenzial besitzen, um auch nach Auslaufen der finanziellen Förderung aus dem Fonds erfolgreich weiter bestehen zu können und ggf. dauerhaft in die Versorgung überführt zu werden.

Die Prüfung der Qualität der Evaluierung von Projekten ist durch ein unabhängiges und ausgewiesenes Institut durchzuführen. Es müssen getrennte Verantwortlichkeiten für

Projektumsetzung und Evaluierung gewährleistet sein. Der Aufwand sollte dabei in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Studien müssen fachlich angemessene Informationen hervorbringen und aktuellen wissenschaftlichen Standards¹ folgen. Daher muss ein Projektantrag ein überzeugendes Evaluationskonzept beinhalten, in dem neben Effektivität und Wirtschaftlichkeit auch die Generalisierbarkeit von Ergebnissen und weiterreichende Auswirkungen, bspw. gesellschaftlich oder unbeteiligte Dritte betreffend, diskutiert werden.

Der Schwerpunkt **Projektverbund und -management** dient der Bewertung der fachlichen und organisatorischen Eignung der beteiligten Partner zur Umsetzung des beantragten Projektes. Da insbesondere die intersektorale Kooperation ausgebaut werden soll, fließt darüber hinaus auch die Zusammensetzung des Projektverbundes durch Bewertung des Integrationsgrades in die Begutachtung ein. Dabei ist nicht in erster Linie die absolute Anzahl verschiedener Leistungserbringer wesentlich, sondern insbesondere wie viele für das Versorgungsprojekt relevante Versorgungsstufen bzw. Sektoren einbezogen sind. Entsprechend den Empfehlungen des Sachverständigenrates (SVR 2012) findet vorzugsweise eine vertikale Integration, indikationsübergreifend, über möglichst viele Versorgungsstufen statt. Versorgungsprojekte

sollten außerdem über eine Organisations- und Managementstruktur verfügen, die eine erfolgreiche Durchführung des Vorhabens gewährleistet. Dazu gehören Strukturen und Prozesse zur Projektsteuerung, die Einbindung wesentlicher Akteure im Projektverbund, geregelte Verantwortlichkeiten und die Implementierung eines Projektcontrollings.

Tabelle 2 fasst die wichtigsten Schwerpunkte und mögliche Oberkriterien zusammen. Zur detaillierten Darstellung und nachvollziehbaren Bewertung werden diese in Unterkriterien aufgebrochen.

Vorschlag zur Bewertung von Projektanträgen

Die genannten Oberkriterien sollten essentielle Bestandteile eines Projektantrags sein. Zugehörige Unterkriterien dienen der detaillierteren Beschreibung und entscheiden, in welchem Maße ein Projektantrag die Voraussetzungen für eine Förderung durch den Innovationfonds erfüllt. Die einzelnen Schwerpunkte können für die Begutachtung in einem Scoringverfahren unterschiedlich gewichtet werden. Um eine Abstufung von Projektanträgen vornehmen zu können, sollten verschiedene Zielerreichungsgrade für die Auswahlkriterien definiert werden, wie bspw.:

- 0 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen nicht erfüllt.
- 1 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen mit Einschränkungen erfüllt.
- 2 = Das Kriterium wird durch die im Projektantrag enthaltenen Informationen in vollem Umfang erfüllt.

Um den unterschiedlichen Projektanträgen gerecht zu werden, sollte eine hinreichend detaillierte Auswahl von Ober- und Unterkri-

— — — —

1: Es seien hier beispielsweise Maßnahmen zur Förderung der Bedarfsgerechtigkeit, vergütungssystematische Anreize für eine wirtschaftlich sinnvolle intersektorale Zusammenarbeit, integrierte Behandlungspfade und der sinnvolle Einsatz unterstützender Informations- und Kommunikationstechnologien genannt.

2: Bspw.: Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“ des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V., 2009 und 2010)

- Leitlinien für Gute Klinische Praxis (GCP) 2004
- Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP), 2008
- Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS), 2008
- Grundsätze zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis (DFG, 1998)
- Standards der DeGVal Gesellschaft für Evaluation e.V.

terien erfolgen. Daher ist eine Unterscheidung in drei Zielerreichungsgrade ausreichend und reduziert die Komplexität bzw. den Interpretationsspielraum für den Gutachter.

Zur weiteren Differenzierung in der Bewertung von Projektanträgen kann für jedes Kriterium im Vorfeld ein Multiplikator festgelegt werden. Für jedes Kriterium kann so eine Punktzahl und somit wiederum eine Gesamtpunktzahl je Schwerpunkt ermittelt werden. Die Schwerpunkte und Multiplikatoren können an Projekterfolge, aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten und die jeweiligen Förderbekanntmachungen im Zeitverlauf angepasst werden. So könnte sich zum Beispiel im dritten Jahr der Mittelvergabe durch den Innovationsfonds herausstellen, dass sich die erfolgreich durchgeführten Projekte von den nicht-erfolgreich durchgeführten Projekten hauptsächlich in der Qualität der Projektorganisation unterscheiden haben, was eine Erhöhung des Schwerpunkteinflusses nach sich ziehen könnte. Wird eine sehr hohe Anzahl an Anträgen an den Innovationsausschuss gesandt, könnte eine Veränderung der Multiplikatoren oder eine Änderung der Mindestpunktzahlen notwendig sein, um die besten Projektanträge

effektiver zu filtern und zu priorisieren.

Fazit

Der Innovationsfonds kann einen Beitrag dazu leisten, die eingangs dargestellten Probleme im deutschen Gesundheitssystem abzubauen und sowohl Versorgungsqualität als auch -effizienz zu erhöhen. Das Begutachtungsverfahren muss transparent sein und wissenschaftlichen Maßstäben genügen. Aufgrund des im Versorgungsstärkungsgesetz festgelegten Zeitraums von 4 Jahren muss der Begutachtungsprozess zügig durchgeführt werden. Der Aufbau bürokratischer Strukturen sollte hinterfragt werden und stattdessen erfahrene Projektträger einbezogen werden. Aus ordnungspolitischer Sicht ist nicht zuletzt deshalb das geplante zentralisierte Auswahl- und Entscheidungsprozedere zu hinterfragen. Ob der Innovationsausschuss des G-BA als traditioneller Vertreter der Sektoren tatsächlich das effektivste Entscheidungsgremium zur Umsetzung von Neuerungen darstellt, bleibt abzuwarten.

Neben der erfolgreichen Umsetzung innovativer Projekte ist insbesondere die Erlangung neuer Erkenntnisse im Gesundheitswe-

sen ein Ziel des Innovationsfonds. Daher ist sowohl eine projektbegleitende Evaluierung nach anerkannten Verfahren als auch die im Gesetz festgelegte Evaluierung des Innovationsfonds an sich zwingend. Nur so können die jährlich zur Verfügung stehenden Gelder nutzenstiftend und im Sinne der Versicherten eingesetzt werden. <<

Wesentliche Forderungen

- Die Schwerpunktsetzung sollte auf vorhandenem Wissen um Defizite und neue Ansätze in der Gesundheitsversorgung aufbauen.
- In Anbetracht der zahlreichen Interessengruppen muss Transparenz im Vordergrund stehen. Dazu gehören die Veröffentlichung von Begutachtungskriterien und der Bewertungssystematik, die Nutzung wissenschaftlichen Sachverständigen bei der Auswahl von Projekten und eine zielgruppen-adäquate Bereitstellung von Informationen, sowohl bei der administrativen und operativen Umsetzung des Innovationsfonds als auch durch die geförderten Projekte.
- Innovative Versorgungsansätze sollten alle Dimensionen von „Qualität“ berücksichtigen (Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung).
- Projektklaufzeiten müssen adäquat sein. Dazu sollte, zugunsten der Nachhaltigkeit, eine Mittelübertragung erlaubt und eine „Pilotitis“ mit geringem Impact vermieden werden. Ein effektives Projektmanagement muss gefordert und über den Innovationsfonds finanziell gefördert werden.

Literatur

- Alexander, J. A., & Heard, L. R. (2011). The science of quality improvement implementation: developing capacity to make a difference. *Medical care*, 49, 6-20.
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2010). Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2. Göttingen
- Atun, R. (2012). Health systems, systems thinking and innovation. *Health policy and planning*, 27(suppl 4), iv4-iv8.
- Barjak, F. (2013). Wirkungen innovationspolitischer Fördermassnahmen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Berufsbildung und Technologie BBT.
- Buchführer, D. (2011). Integrierte Versorgung in Brandenburg: eine Analyse im Kontext der Prinzipal-Agenten-Theorie. TUDpress Verlag der Wissenschaften Dresden.
- Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) und Bundesverband Managed Care (BMC) (2008). Positionspapier zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland. http://www.dgiv.org/cmsMedia/Downloads/Presse/Positionspapier_DGIV_BMC_AF_IV_02.2008.pdf.
- Edler, J., Cunningham, P., Gök, A., & Shapira, P. (2013). Impacts of Innovation Policy: Synthesis and Conclusions. Manchester Institute of Innovation Research, Manchester Business School, University of Manchester.
- Greß, S. (2010). Investitionsförderung für eine soziale und innovative Gesundheitswirtschaft. Bewertung unterschiedlicher Optionen. WISO Diskurs –Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Häckl, D. (2010). Neue Technologien im Gesundheitswesen: Rahmenbedingungen und Akteure. Springer-Verlag.
- Häussler, B., Albrecht, M. (2015). „Überlegungen zur Gestaltung einer wertvollen nationalen Initiative. Wie gibt man 300 Mio. Euro aus? „Monitor Versorgungsforschung“ 3/15.
- Hansis, M. L. (2001). Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler. *Deutsches Ärzteblatt- Ärztliche Mitteilungen- Ausgabe A*, 98(31-32), 2035-2039.
- Lauterbach, K., Spahn, J. (2014). Diskussionspapier zum Innovationsfonds.
- IGES Institut GmbH (2015). Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Berlin.
- Ommen, O., Ullrich, B., Janßen, C., & Pfaff, H. (2007). Die ambulant-stationäre Schnittstelle in der medizinischen Versorgung. *Medizinische Klinik*, 102(11), 913-917.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=465>.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., & Busse, R. (2013). Leistungsmanagement in der integrierten Versorgung. In: *Management im Gesundheitswesen* (pp. 106-127). Springer Berlin Heidelberg.

Dr. Dennis Häckl

Dr. Dennis Häckl ist wissenschaftlicher Direktor und Geschäftsführer des WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung in Leipzig. Das Institut beschäftigt sich insb. mit der Finanzierung des Gesundheitssystems sowie Aspekten der Versorgungs- und Innovationsforschung. Gemeinsam mit dem Gesundheitsökonomischen Zentrum der TU Dresden entstand eine Expertise zu Förderkriterien für den Innovationsfonds. Kontakt: haeckl@wig2.de



Weitere Autoren: **Ines Weinhold (WIG2), Maximilian Schwarz (WIG2), Prof. Dr. Alexander Karmann (TU Dresden)**

Der Innovationsfonds soll im Dezember starten

Spätestens seit Veröffentlichung des Koalitionsvertrags gehört der Innovationsfonds zu den meistdiskutierten Themen im Gesundheitswesen. Jetzt gewährte der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care einen Einblick in den aktuellen Umsetzungsstand: Mit eher groß angelegten Projekten unter Beteiligung von mindestens einer Krankenkasse will Hecken die Modernisierung von Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen erreichen. Das Antragsverfahren soll für innovative Versorgungsformen einstufig und für Versorgungsforschungsprojekte zweistufig erfolgen. Die erste Förderbekanntmachung ist für Dezember geplant.

>> Die Einrichtung eines Innovationsfonds ist ein richtiger Schritt – da ist sich der unparteiische G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken mit dem Großteil der Akteure des Gesundheitswesens einig. Doch ob die 1,2 Milliarden Euro Fördermittel, die in den kommenden vier Jahren für innovative Versorgungsformen (225 Mio. Euro p. a.) und für Versorgungsforschung (75 Mio. Euro p. a.) ausgeschüttet werden sollen, den Innovationsstau im System nachhaltig auflösen können, hängt in erheblichem Maße von der Ausgestaltung der Förderkriterien und natürlich von den Entscheidungen des Innovationsausschusses ab.

Die Defizite in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität sowie in der Versorgungsforschung seien hinlänglich bekannt, räumte Hecken am 14. September vor rund 500 Zuhörern im Langenbeck-Virchow-Haus ein. Viele Lösungsansätze seien bereits im Kleinen erprobt worden, nun ginge es darum, Evidenz zu generieren und den Transfer in die Regelversorgung zu ermöglichen. Voraussetzung dafür sei nach Heckens Ansicht eine gewisse Mindestgröße der Projekte, da sonst keine signifikanten Aussagen zur Evidenz abgeleitet werden könnten. „Mauerblümchenförderung kann am Ende nicht zu dem vom Gesetzgeber gewollten Erfolg führen“, so Hecken.

Ausschließliche Fokussierung auf große Projekte verschenkt Innovationspotenzial

Die Fokussierung auf große Projekte ist einerseits nachvollziehbar. Andererseits könnte ein Mix aus großen und kleinen Projekten dem Innovationsfonds möglicherweise noch mehr Schub verleihen. So gibt es durchaus verbesserungswürdige Bereiche, beispielsweise die Versorgung seltener Erkrankungen, bei denen allein aufgrund der geringen Fallzahlen keine groß angelegten Projekte realisierbar sind. Gleichwohl seien hier Szenarien denkbar, die evidenzbasierte Aussagen zulassen. Ausschlaggebend sind weniger die zunächst vorgesehenen Fallzahlen als vielmehr die Skalierbarkeit und die Entwicklungsfähigkeit des Modells. Darüber hinaus birgt die Ankündigung, nur große Projekte fördern zu wollen, auch die Gefahr, dass Anträge unnötig aufgebläht werden.

Beteiligung von Krankenkassen „mehr als sinnvoll“

Aus Sicht von Hecken sei außerdem die Beteiligung einer großen oder mehrerer kleiner Krankenkassen „mehr als sinnvoll“ – mit anderen Worten: unerlässlich. Jedoch darf man nicht aus dem Blick verlieren, dass der Gesetzgeber zuletzt gute Gründe dafür hatte, den Kreis der Antragsteller weitgehend zu öffnen. Insofern würde eine dominante Rolle der Krankenkassen diese Öffnung partiell konterkarieren.

Insgesamt sollte bedacht werden, dass diese von Hecken skizzierte Herangehensweise weniger unternehmerischen Handlungsspielraum zulässt. Dabei wären gerade von unternehmerischer Seite wertvolle Innovationsimpulse zu erwarten, auch weil Wettbewerbsdenken per se mit einer gewissen Innovationsfreude einhergeht.

Offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen

In Bezug auf die Förderinhalte stellte Hecken klar, dass Versorgungsdefizite im Rahmen

des SGB V im Mittelpunkt stehen. Vorhaben, die primär auf die Verbesserung von Prozessen und Strukturen im Bereich des SGB XI oder anderer Sozialgesetzbücher abzielen, fallen nicht in das Förderspektrum.

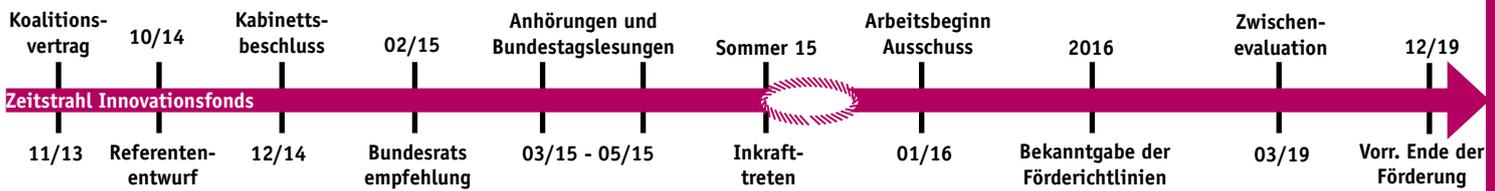
Zudem sprach sich der G-BA-Vorsitzende für die Festlegung von Förderschwerpunkten für den Bereich der innovativen Versorgungsformen aus, da dies auch eine Vergleichbarkeit der Anträge ermöglichen würde. Dabei werde man sich nach seinem Dafürhalten zunächst an den im Gesetz genannten Schwerpunkten orientieren, allerdings sei der dort aufgeführte Katalog keineswegs als abschließend zu verstehen. Darüber hinaus hält Hecken es für denkbar, dass es zu Beginn eine offene Förderrunde ohne inhaltliche Beschränkungen gibt. Dies wäre sinnvoll, denn so würde man die Antragsteller, die bereits in den Startlöchern stehen, nicht ausbremsen und den Innovationsfonds schnell zum Laufen bringen. Außerdem könnte sich der Innovationsausschuss auf diese Weise ein Bild vom breiten Spektrum der Innovationsideen machen.

Ungeklärt ist bislang noch die Frage nach der Übertragbarkeit der Mittel über das jeweilige Kalenderjahr hinaus. Sofern der Gesetzgeber eine Änderung zugunsten der Übertragbarkeit vornehme, sei es möglich, pro Jahr 75 Mio. Euro Fördermittel zu vergeben und Projekte für vier Jahre in jeweils gleicher Höhe zu fördern. Die letzte Tranche würde dann 2022 ausgezahlt. Sollte die Entscheidung gegen eine Übertragbarkeit fallen, müsste das gesamte Budget von 300 Mio. Euro im Jahr 2016 vergeben werden. Wollte man dann Projekte über mehrere Jahre fördern, seien die Fördermittel der Folgejahre somit bereits im Vorhinein gebunden.

Im Bereich der Versorgungsforschung gehe es um Forschungsvorhaben mit einem realen Bezug zur Versorgungspraxis, nicht um Grundlagenforschung. Die mögliche Übernahme der Erkenntnisse in Gesetze und Richtlinien bilde hier einen wichtigen Fokus. Dies beziehe sich auch auf Richtlinien des G-BA. So liege etwa in der Evaluation der SAPV-Richtlinie ein lohnenswerter Forschungsgegenstand. Als Antragsteller für Fördervorhaben im Bereich Versorgungsforschung sieht Hecken hier in er-



Der G-BA-Vorsitzende Professor Josef Hecken gab auf einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care einen Einblick in den aktuellen Umsetzungsstand des Innovationsfonds.



ster Linie universitäre und außeruniversitäre wissenschaftliche Einrichtungen.

Rechtssicherheit ist Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds

Ein weiterer Punkt, der noch einer abschließenden Klärung bedarf, ist die Unsicherheit, ob im Falle einer Förderung bei den Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber das europäische Vergaberecht anzuwenden ist.

Der Innovationsfonds ist darauf angelegt, Teamleistungen zu fördern. Solche Teams könnten beispielsweise aus Krankenkasse, KV, Ärztenetz, Software-Anbieter und wissenschaftlichem Institut bestehen. Dieser Rahmen erfordert es, dass die Projektpartner sich bereits im Stadium der Antragstellung zusammenfinden und miteinander abstimmen. Eine entsprechende Rechtssicherheit, die für alle beteiligten Akteure gleichermaßen gewährleistet sein muss, stellt daher eine zentrale Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds dar.

Hecken berichtete zu diesem Punkt, dass bereits ein Rechtsgutachten vorliege, nach dessen Einschätzung wegen diverser Limitierungen keine Ausschreibung auf europäischer Ebene nötig sei. Ob diese Einschätzung am Ende von den Gerichten geteilt wird, bleibt abzuwarten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Rechtsunsicherheit tendenziell zu einer Lähmung der Akteure führt. Im Zweifelsfall könnten Rechtsstreitigkeiten erhebliche Verzögerungen nach sich ziehen, was vor dem Hintergrund der derzeit noch fehlenden Übertragbarkeit der Mittel möglicherweise gravierende Folgen hätte.

Erste Förderbekanntmachung für Dezember geplant

Zum Umsetzungsstand berichtete Professor Hecken, dass der Innovationsausschuss sich voraussichtlich Mitte Oktober konstituieren werde. Alle beteiligten Trägerorganisationen hätten ihre Vertreter bereits benannt. Darüber hinaus seien die Geschäfts- und Verfahrensordnungen derzeit in Vorbereitung. Patientenvertreter haben im Innovationsausschuss ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

Der Expertenbeirat wird eine beratende Funktion übernehmen und Empfehlungen zur Förderentscheidung abgeben. Er besteht aus max. zehn durch das BMG berufenen Mitgliedern aus Wissenschaft und Versorgungspraxis mit versorgungswissenschaftlicher, klinischer und methodischer Expertise. Aktuell sammelt das BMG Vorschläge der Akteure für die Besetzung des Expertenbeirats.

Für die praktische Abwicklung werden zwei Geschäftsstellen eingerichtet, die die Entscheidungen des Innovationsausschusses und



Abb. 1: Von Professor Hecken vorgeschlagener Ablauf für den Innovationsfonds, Quelle: Vortrag Prof. Hecken, BMC, Berlin, im September 2015.

des Expertenbeirats umsetzen. Zudem werde das Bundesversicherungsamt einen Mitarbeiter abordnen, um die vorgesehenen Zahlungsflüsse sicherzustellen. Die Auszahlung des Geldes erfolgt an den antragstellenden Projektträger.

Nach Einschätzung von Professor Hecken seien die Vorbereitungen so weit fortgeschritten, dass eine erste Förderbekanntmachung im Dezember 2015 erfolgen könne.

Einstufiges Verfahren für neue Versorgungsformen, zweistufiges Verfahren für Versorgungsforschung

Vorausgesetzt, die Übertragbarkeit der Mittel wäre gegeben, schlug Professor Hecken folgendes Verfahren vor (vgl. Abb. 1): Zunächst würde der Innovationsausschuss Förderschwerpunkte benennen. Danach folgen eine Diskussion mit dem Expertenbeirat zu den Bewertungskriterien, die Erstellung der Ausschreibungsunterlagen sowie die Ausschreibung selbst. Eingegangene Anträge werden auf formale Vollständigkeit geprüft und gehen dann an den Expertenbeirat zur fachlichen und wissenschaftlichen Bewertung. Nach Abgabe der Empfehlung des Expertenbeirats würde der Innovationsausschuss die Förderentscheidungen treffen und diese veröffentlichen.

Nach Heckens Dafürhalten wäre für den Bereich der neuen Versorgungsformen ein einstufiges Verfahren vorgesehen, während für den Bereich der Versorgungsforschung ein zweistufiges Verfahren sinnvoller sei. Er begründete dies damit, dass man möglichst wenig Zeit verlieren wolle, was für ein einstufiges Verfahren spreche. Gleichwohl seien Vorhaben im Bereich Versorgungsforschung häufig sehr komplex und die antragstellenden Einrichtungen verfügten

nicht immer über ausreichende Ressourcen, um im ersten Anlauf einen vollumfänglichen Antrag vorzulegen. Daher halte er hier ein zweistufiges Verfahren für besser.

Darüber hinaus sprach sich Professor Hecken für zwei bis drei Ausschreibungsphasen pro Jahr aus. Zudem wolle er eine Beratung für Antragsteller ermöglichen, damit Anträge nicht an formalen Hürden scheiterten. Auch Nachbesserungen bei zunächst zurückgewiesenen Anträgen sollen möglich sein.

Abschließend betonte Professor Hecken, dass es ihm um eine größtmögliche Transparenz rund um das Vergabeverfahren gehe. So sollen sowohl positive wie auch negative Förderentscheidungen veröffentlicht werden, lediglich die Gründe für eine Ablehnung würden nicht bekannt gemacht. <<

von: Sabine Barz

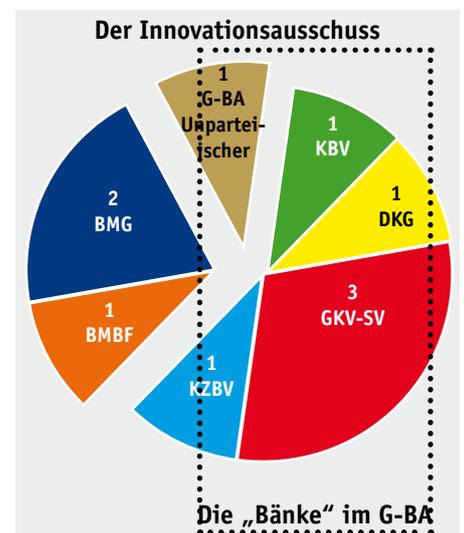


Abb. 2: Zusammensetzung des Innovationsfonds-Ausschusses, Quelle: nach Vortrag Hecken, BMC, Berlin.

Faktencheck: Einsatz von Sprachsoftware

Wie klinische Dokumentation etwas leichter wird

Krankenhausstrukturgesetz. Versorgungsstrukturgesetz. Patientenrechtegesetz. Pflegestärkungsgesetz. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, kurz Präventionsgesetz. Wer die mannigfaltigen Gesetzesrefomen des Jahres 2015 fehlerfrei schreiben will, ist entweder eine geübte Schreibkraft oder: diktiert. Was bisher schier unmöglich war, ermöglicht eine Software namens „Dragon“ von Nuance. Natürlich ist es auch möglich, Begriffe wie „Krankenhausstrukturgesetz“ oder „Versorgungsstrukturgesetz“ in der Basic-Anwendung zu diktieren, die es bereits ab 169 Euro gibt, allerdings dauert es durchaus eine Weile, bis die Software auf Worte wie diese trainiert ist und dann fehlerfrei umsetzt. Doch in der Spezifikation „Medical Practice Edition“ haben die Entwickler diese Arbeit bereits getan. Darum kann sich für Ärzte wie für Krankenhäuser der Invest einer solchen Software durchaus lohnen, wie zwei aktuelle Studien nahelegen.

>> Das Unternehmen Nuance Healthcare hat es immerhin geschafft, inzwischen rund 70 Prozent aller amerikanischen Krankenhäuser mit Spracherkennungslösungen auszustatten. Gemeint ist hier allerdings nicht nur die „Medical Practice Edition“ (Kosten: 1.599 Euro), mit der niedergelassene, meist allein oder in einem kleinen Team mit MTA arbeitende Ärzte eine Erfassung von medizinischen Informationen direkt im Arzteinformationssystem per Sprache ermöglicht wird, sondern eine Lösungsfamilie, die so ziemlich jede Form einer zeitgemäßen medizinischen Dokumentation abdecken kann – angefangen bei digitalem Diktat, Front-End- und Back-End-Spracherkennung, bis hin zur Workflow- und Transkriptionsfunktionalität und weiter zum Cloud-basierten Ansatz. Hier kommen weiterführende Lösungspakete wie die „Development Plattform“, die „Workflow Edition“ und/oder die „SpeechAnywhere Services“ in Anwendung, ein neues Set von Cloud- und netzwerkbasiereten Webdiensten zur sicheren und schnellen Implementierung von Spracherkennungsfunktionen in bestehende klinische oder auch mobile Applikationen.

Bei diesem skalierbaren Komplettansatz ruft das Unternehmen, das inzwischen Kunden und Partner in mehr als 30 Ländern hat, allerdings ganz andere Beträge auf. Es scheint sich aber für die Anwender zu lohnen, denn inzwischen arbeiten mehr als 500.000 klinisch tätige Ärzte in mehr als 10.000 Institutionen mit den mit diversen Awards ausgezeichneten Softwarepaketen, die den klinischen Workflow unterstützen helfen. Da diese Behauptung in der Realität bisher nicht nachweisbar war, hat Nuance zwischen Januar und April in England und im März dieses Jahres in Deutschland je eine Studie durchführen lassen.

197 beteiligte Mitarbeiter aus zwei Universitätskliniken, darunter 40 % Ärzte, 20 % Pflegepersonal, 27 % Therapiepersonal und 13 % in anderen Funktionen, trugen in England in der Studienzeit dazu bei, nahezu

40.000 Datenpunkte zusammenzutragen, die anschließend in Teilsegmenten und in ihrer Gesamtheit analysiert wurden.

Ein erstes Ergebnis dieser Studie ist die Erkenntnis, dass die durchschnittliche Zeit, die die Befragten alleine für die klinische Dokumentation aufwenden mussten, im Schnitt bei 10,8 Stunden pro Woche betrug, wobei allerdings die Ärzte noch ein wenig mehr Zeit investieren mussten als andere Funktionsträger in den Kliniken (11,5 Stunden). Wichtig dabei ist allerdings nicht die Gesamtzeit an sich, sondern wie sie sich aufteilt; zum einen in narrative, zum anderen in strukturierte Inhalte. Während die in der Studie beobachteten Ärzte 68,6 % (7,4 Stunden pro Woche) ihrer Zeit damit beschäftigt waren, narrativen (also

meist unstrukturierten und von der mündlich erzählten in die schriftliche Form zu übertragenden Content zu erfassen, waren es beim Pflegepersonal nur 6,8 Stunden. Das war für Nuance ein wichtiger Hinweis, denn gerade die Eingabe dieses narrativen Contents kann – so die Ausgangsthese der Studie – durch technische Lösungen beeinflusst werden.

Eine weitere Studienerkenntnis ist jene, wie viel Zeit in Klinik arbeitende Funktionsträger damit verbringen müssen, die Information zu suchen, die sie für ihre Tätigkeit brauchen. Die gute Nachricht ist jene, dass im Durchschnittswert über alle Funktionsträger hinweg immerhin 72,6% der benötigten Informationen verfügbar war, der Rest – und das ist die negative Nachricht – aber eben nicht.

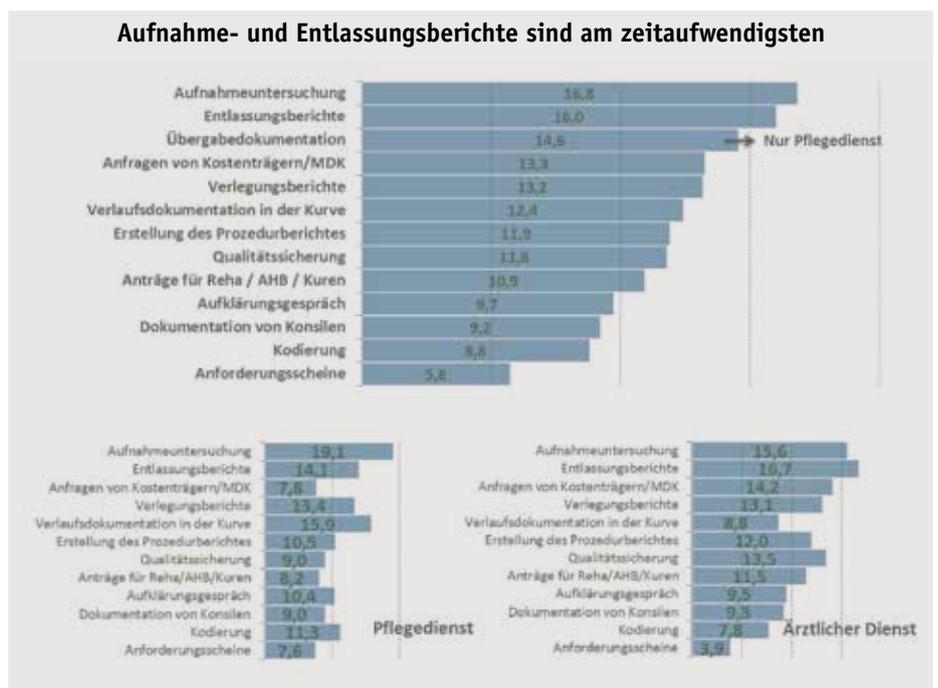


Abb. 1: Die aufwendigsten Dokumentationsprozesse für alle Befragten sind Aufnahme- und Entlassungsberichte, gemessen in Minuten pro Fall, auf die durchschnittlich 43 Minuten (Aufnahmebericht) bzw. 44 Minuten (Entlassungsbericht) am Tag entfallen. Zusätzlich ist für den Pflegedienst die Verlaufsdokumentation in die Kurve ein zeitintensiver Dokumentationsvorgang mit durchschnittlich 50 Minuten pro Tag. Insgesamt verursachen 9 von 13 Dokumentationen einen Aufwand von mehr als 10 Minuten pro Fall. Aus: Studie „Die wahre Belastung durch Dokumentation an deutschen Akutkrankenhäusern wird unterschätzt“, von HIMSS EUROPE, März 2015.

Denn diese 27,4% machen jede Menge Arbeit, weil eben nicht sicher ist, ob diese fehlende Information nur nicht verfügbar, ungenügend detailliert oder gänzlich unklar ist.

Gerade diese Verifikation ist zeitintensiv. Kein Wunder, dass die Befragtenangaben, dafür rund 52 Minuten pro Tag, Ärzte gar 69,9 Minuten aufwenden zu müssen. Was Nuance gleich hochrechnet und auf den stolzen Betrag von rund 20.000 englischen Pfund kommt, den ein Arzt pro Jahr für die Suche nach vermissten Informationen verschwenden muss.

Eine ergänzende Studie führte HIMSS Europe mit Unterstützung von Nuance in deutschen Akutkrankenhäusern durch, die untersuchen sollte, inwieweit Transparenz über den tatsächlichen Aufwand, der durch klinische Dokumentation verursacht wird, vorliegt. Darauf basierend wurde das Einsparpotenzial, das sich durch den Einsatz digitaler Technologien ergibt, berechnet. Laut Hochrechnungen der HIMSS-Studie kostet es durchschnittlich 65.550 Euro im Jahr, wenn ein Chefarzt dokumentiert, beziehungsweise 30.914 Euro bei einem Oberarzt. Die Dokumentationskosten belaufen sich auf 21 % des gesamten Personalaufwands für Ärzte und Pfleger. Im Jahre 2013 beliefen sich die gesamten Personalkosten an deutschen Krankenhäusern laut Statistischem Bundesamt (2014) auf 53,8 Mrd. Euro, davon entfielen knapp 62 % oder 33,4 Mrd. Euro auf Ärzte und Pflegedienst. Auf dieselbe Quelle berufend, belaufen sich die jährlichen Personalkosten für Ärzte und Pfleger in einem Krankenhaus mit 450 Betten auf beinahe 26 Mio. Euro. Wenn man nun die in der Studie erhobenen Dokumentationszeiten auf einen repräsentativen Personalschlüssel eines 450-Betten-Hauses überträgt, ergibt sich ein Aufwand von 5,5 Mio. Euro, was 21 % der Personalkosten für Ärzte und Pfleger entspricht.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse:

- Ärzte dokumentieren pro Tag durchschnittlich 4 Stunden beziehungsweise 44 % ihrer Arbeitszeit. Der zeitliche Dokumentationsaufwand über alle Befragten hinweg ist in Chirurgie und Innerer Medizin am höchsten.
- Ärzte und Pflegedienst unterschätzen den täglichen Dokumentationsaufwand: Die befragten Ärzte schätzten, dass sie 35 % eines Arbeitstages mit Dokumentieren verbringen, während es tatsächlich 44 % sind. In der Pflege sind es geschätzte 30 % im Vergleich zu 36 % tatsächlichem Aufwand.
- Mehr als 90 % aller Befragten finden, dass Detailgrad und Volumen der zu dokumentierenden Abläufe in den letzten 10 Jahren zugenommen haben.
- Die Dokumentationskosten belaufen sich

auf circa 21 % des gesamten Personalaufwands für Ärzte und Pfleger.

- Die aufwendigsten Dokumentationsprozesse sind Aufnahme- und Entlassungsbericht, auf die durchschnittlich 43 Minuten beziehungsweise 44 Minuten am Tag entfallen.
- Fast die Hälfte des ärztlichen Dienstes dokumentiert computergestützt, im Pflegedienst sind es 52 %. Insbesondere Chefärzte nutzen das digitale Diktat.
- In allen Fachrichtungen, mit Ausnahme der Anästhesie- und Intensivmedizin, dominiert die computergestützte Dokumentation. In der Urologie und HNO ist sie am meisten verbreitet.

Sprachsoftware im Realeinsatz

Soweit die Studien, nun ein Selbstversuch: Software installiert, Mikrofon angeschlossen, recht kurzen Initial-Text ins Mikrofon gesprochen und drei, vier bereits geschriebene Texte, mit denen das System sein Vokabular selbständig ausbauen kann, eingelesen. Nun der Start: Das System meldet, dass die Sprachdateien eingelesen und die Software initialisiert wird; ein erstes Diktatfenster öffnet sich. Ich sage vollen Mutes: „Krankenhausstrukturgesetz“. Doch: nichts passiert.

Ein sachdienlicher Hinweis oben in der Dragon-Systemleiste erscheint: „Das Mikrofon ist im Schlafmodus; bitte sagen Sie ‚wach auf‘ oder drücken Sie die entsprechende Taste.“ Ich sage und grinse etwas dämlich, weil ich mit meinem PC spreche und damit einen Kollegen leicht irritiere, der mich seinerseits wie wissend anlächelt: „Wach auf“. Aber siehe da: Ein grüner Kreis (das Dragon-Unternehmenslogo) erscheint im Diktatfenster, ich sage noch einmal ganz normal und in meinem auch nach 20 Jahren Diaspora im Rheinland immer noch etwas bayerisch gefärbten Dialekt: „Krankenhausstrukturgesetz“.

Der grüne Kreis kreist kurz und da steht doch absolut fehlerfrei: „Krankenhausstrukturgesetz“. Dann sage ich in einer Folge, recht schnell, doch so weit es mir möglich ist, deutlich prononciert: „Versorgungsstrukturgesetz“ „Punkt“ „Patientenrechtegesetz“ „Punkt“ „Pflegerstärkungsgesetz“. Und es erscheint fast wie magisch im Diktierfeld: „Versorgungsstrukturgesetz“. „Patientenrechtegesetz“. „Pflegerstärkungsgesetz“.

Beim Sprechen von „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ verhaspele ich mich kurz, wiederhole „Prävention“ und füge hinzu: „Komma“, „kurz Präventionsgesetz“. Es erscheint auf dem Display: „Gesetz zur Stärkung der Gesundheits-

förderung und (verwirft) der Prävention, kurz Präventionsgesetz“.

Doch was ist mit möglichen Sprachticks wie „äh“, „ähm“ oder gar Vokalen, die an Verben angehängt werden, wie „iste“ statt „ist“? Ersterer erkennt die Software sofort und eliminiert sie selbsttätig. Zweitere müssen einmal händisch im Textfeld korrigiert und gekennzeichnet werden, danach weiß die Software, wie sie damit umgehen soll. Und was passiert, wenn Bayern, Sachsen oder gar Schweizer damit arbeiten wollen? Also bei einem Bayern wie mir funktioniert das wider Erwarten prächtig. Das Unternehmen verspricht das aber auch für andere deutsche Dialekte; für Schwyzerdütsch (Schweizerdeutsch) hingehen braucht es eine eigene Sprachversion, weil es in diesem sehr eigenständigen alemannischen Dialekt doch zu viele unterschiedliche Begriffe gibt.

Wie funktioniert das denn nun? Das liegt vor allen daran, dass die Software eine enorme Lernfähigkeit hat. Mit jedem Diktat und mit jedem eingelesenen Dokument lernt die Software sukzessive dazu. Das Geheimnis ist allerdings nicht nur die schiere Anzahl von bekannten Wörtern, die bei der „Praxis Edition“ von vorneherein (und nicht erst lange Zeit erst anzutrainierende) 10.000ende von Wörtern umfasst, sondern in der vom Unternehmen angewandten Logik.

Wenn man ein Wort wie „Pflegerstärkungsgesetz“ ins Mikrofon spricht, sucht die Software natürlich nach einem ähnlichen, ihr bekannten Begriff, gibt dann aber den Begriff in der Reihenfolge der höchsten Wahrscheinlichkeit aus, was unter Einsatz diverser Varianten sogenannter Hidden-Markov-Modelle geschieht. Das ermöglicht eine Spracherkennungsgüte, die schier nichts mehr mit den anfänglichen Versuchen gemein hat. Denn bei ähnlich oder gleich klingenden Begriffen entscheidet die Software anhand dieser Markov-Modelle sowie linguistischer Modelle, welches Ergebnis als ausgegebener Text auf dem Screen erscheint. Der Erkennungsvorgang läuft bei einigermaßen aktueller PC-Hardware im Hintergrund auch so fix ab, dass der ins Mikrofon gesprochene Text nahezu sofort nach Beendigung der Eingabe im Diktierfeld erscheint. Nahezu. So eine halbe Sekunde braucht es aber schon, „zumindest bei einem doch sperrigen Begriff wie Pflegerstärkungsgesetz“ (Anm.: was vom Autor übrigens nicht originär getippt, sondern diktiert worden ist). Beim Einlesen von Text-Dokumenten oder auch Diktaten benötigt die Software übrigens auch etwas mehr als die Realzeit: Ein Diktat von 30 Minuten Länge dauert in der Umsetzung circa 45 Minuten. <<

von MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Warum Kassen in die Telemedizin investieren

Studie belegt positive Effekte von Telemedizin

Die Versorgung von immer mehr und immer älteren, chronisch kranken Menschen stellt die Krankenkassen vor große Herausforderungen. eHealth-Angebote bieten die Chance, die Menschen – egal wie alt sie sind und ob sie in der Stadt oder auf dem Land wohnen – auch in Zukunft und unter den gegebenen Umständen gut zu versorgen.

>> 45,6 Millionen Menschen in Deutschland besitzen laut Statistik ein Smartphone. Experten gehen davon aus, dass jeder Fünfte bereits heute Gesundheits-Apps nutzt. 17 Prozent der Deutschen besitzen ein Wearable Device. Die digitale Vernetzung gehört mittlerweile zum Grundprinzip des Lebens. Und so macht sie auch vor dem Gesundheitsverhalten der Menschen nicht Halt. Krankenkassen müssen sich auf diese Entwicklungen und das sich dadurch verändernde Kundenverhalten einstellen.

Mit dem Ziel, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen, fördert die AOK Nordost als eine der ersten Krankenkassen digitale Gesundheits-Angebote: Wer Fitness-Apps und die entsprechende Hardware nutzt, wird finanziell unterstützt. So sollen einerseits die Menschen dort angesprochen werden, wo sie sich bewegen, nämlich in ihrer (vernetzten) Lebenswelt, und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden. Andererseits helfen gezielte eHealth-Angebote Versicherten mit chronischen Erkrankungen, zum Manager der eigenen Gesundheit zu werden. Erfahrungen aus dem Programm AOK-Curaplan Herz Plus haben gezeigt, dass an chronischer Herzinsuffizienz leidende Menschen mit digitaler Unterstützung besser mit ihrer Krankheit umgehen können.

Positive Effekte belegt

Mittlerweile 5.200 Versicherte der AOK Nordost nutzen das Programm AOK-Curaplan Herz Plus. Im Kern geht es bei AOK-Curaplan Herz Plus darum, Zeichen einer drohenden kritischen Verschlechterung der Herzinsuffizienz, einer sogenannten Dekompensation, rechtzeitig zu erkennen und sofort intervenieren zu können. So werden die Patienten noch in der regulären ambulanten Versorgung

wieder stabilisiert und Krankenhausbehandlungen vermieden. Das Konzept besteht dabei grundsätzlich aus zwei wichtigen Säulen: der individuellen telefonischen Beratung und Betreuung der Patienten sowie der telemedizinischen Überwachung von Zeichen und Beschwerden der Herzinsuffizienz. Zu Letzteren zählt zum Beispiel ein durch Wassereinlagerungen ansteigendes Körpergewicht.

Die teilnehmenden Patienten bescheinigen dem telemedizinischen Versorgungsprogramm gute Noten. Und auch eine Studie des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald zeigt: Die gut strukturierte Versorgung im telemedizinischen Versorgungs-

programm AOK-Curaplan Herz Plus erhöht nachweislich die Überlebenschancen der Teilnehmer in den ersten zwei Jahren nach Teilnahmebeginn. Die Patienten, die aktiv an AOK-Curaplan Herz Plus teilnehmen, wiesen in der Sensitivitätsanalyse eine bis zu rund 70 Prozent höhere Überlebenschancen auf als Nichtteilnehmer. Darüber hinaus belegte die Untersuchung positive wirtschaftliche Effekte. Die Einsparungen lagen dabei insbesondere in der Sensitivitätsanalyse deutlich über den Programmkosten.

Für die Analyse wurde eine Gruppe von Programmteilnehmern mit einer Kontrollgruppe von Nichtteilnehmern verglichen. Dabei standen zwei Aspekte im Vordergrund: Zum einen wurde geschaut, wie hoch die Wahrscheinlichkeit für die Patienten in der jeweiligen Gruppe war, ein beziehungsweise zwei Jahre nach Programmbeginn noch zu leben. Zum anderen sollte hier am konkreten Beispiel auch geprüft werden, inwieweit die Investitionen in ein solches Versorgungsprogramm auch zu gesundheitsökonomischen Effekten führen können.

eHealth bei der AOK Nordost

Chronische Diabetiker in der Region Mecklenburg-Vorpommern mit kritischen Stoffwechselsituationen werden im Rahmen des Programms „Ther@Optimum Diabetes“ versorgt. Herzstück des Versorgungsvertrages ist die Simulationssoftware „KADIS®“ (Karlsruher Diabetes Management System). Mit Hilfe von KADIS® können auf Basis der individuell ermittelten Gesundheitsparameter der teilnehmenden Patienten passgenaue Therapiesimulationen durchgeführt werden. Mit diesen Simulationsdaten wird dann in Absprache zwischen Arzt und Patient kurzfristig die Therapie optimiert. Das telemedizinische Unterstützungssystem wurde insbesondere für die Diabetiker entwickelt, bei denen vermehrt

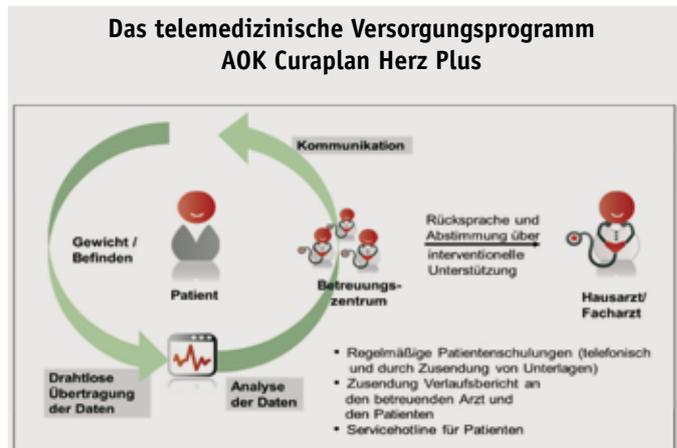


Abb.: Schematischer Versorgungsablauf im Programm „AOK-Curaplan Herz Plus“

| | |
|--|---|
| | Schulung und Beratung des Patienten zur Stärkung des Selbstmanagements auf Basis eigener Kompetenz. |
| | Erhöhung der Compliance nicht nur in Bezug auf die Empfehlungen des Betreuungszentrums sondern insbesondere auch der betreuenden Ärzte des Patienten. |
| | Die Vermeidung einer vorhersehbaren Dekompensation der Herzinsuffizienz durch die telemetrische Überwachung von Zeichen und Beschwerden der Erkrankung sowie des Körpergewichts, damit Ermöglichung einer frühzeitigen Intervention. |
| | Die Verhinderung von belastenden Krankenhausaufenthalten aufgrund einer dekompensierten Herzinsuffizienz. |
| | Die Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung und damit einer Zustandsverschlechterung des Patienten. |

Abb. 1: Die fünf wesentlichen Kernziele des Programms „AOKCuraplan Herz Plus“.

kritische bzw. therapiebedürftige Stoffwechselsituationen vorhanden ist – so zum Beispiel bei stark schwankenden Blutzuckerwerten oder erhöhten Langzeitblutzuckerwerten (HbA1c-Werte größer als acht Prozent). Mit „KADIS“ können diabetesbedingte Komplikationen vermieden oder verzögert werden, und die Therapietreue sowie die Selbstkompetenz der Patienten werden gestärkt. Das neue Angebot ist als Pilotprojekt zunächst auf drei Jahre befristet. Ziel ist es, mit insgesamt zirka 300 eingeschriebenen Versicherten nach Abschluss der Programmlaufzeit eine aussagefähige Evaluation zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungsangebotes durchzuführen. Mit Stand 01.09.2015 sind 37 Hausärzte bzw. Diabetologen Vertragspartner der KADIS-Projektmanagement und Beratungsagentur GmbH; bis heute nehmen fast 140 Diabetiker an dem Programm teil.

In den Bundesländern Berlin und Brandenburg wurden chronische Diabetiker durch das START („Systematic Trial with Analysis of Results in Telemedicine“) -Projekt begleitet. Hierzu wurden die Patienten mit einem telemedizinbasierten und in sich geschlossenen Diabetesselbstmanagement-Pen „ESYSTA“ der Emperra GmbH E-Health Technologies begleitet. Der Pen überträgt täglich und in Echtzeit die Werte aus der Blutzuckermessung und applizierten Insulineinheiten an einen externen Server. Die Daten werden visuell aufbereitet und sind sowohl für den Arzt als auch den Patienten dort abrufbar. Ein Ampelsystem dient zur Steuerung von Handlungsbedarfen. Derzeit wird das Projekt evaluiert.

Die AOK begleitet werdende Mütter und Väter während der wohl spannendsten Zeit ihres Lebens mit dem mobilen Ratgeber „AOK Schwanger“. Abgestimmt auf die Schwangerschaftswoche erhalten die User allerhand nützliche Tipps rund um Bewegung oder Ernährung und Vorsorge für das Ungeborene.

AOK mobil vital spricht die Versicherten dort an, wo sie sich bewegen: in ihrer digitalen Welt. Hierzu bietet die AOK Nordost eine Gesundheits- und Fitnessplattform, die zielgerichtet bestehende und zukünftige Präventions- und Versorgungsprogramme mit mobilen Technologien und Gamification unterstützt. Mit Hilfe der Tracker-App von dacadoo werden Veränderungen bspw. in Bewegungsumfang, Ernährung sowie Blutdruck- und Cholesterinwerte gemessen und auf die Plattform übertragen. Diese Werte fließen in einen Gesundheitsindex zusammen. Die User können sich nun ein individuelles Gesundheitsziel setzen und ihre Fortschritte in Echtzeit verfolgen. <<

Ärzte erwarten Aufnahme von therapieunterstützenden Apps in die Leitlinien

>> 43,8 Prozent der Ärzte in Deutschland erwarten, dass therapieunterstützende Apps innerhalb der nächsten zehn Jahre in die Leitlinien aufgenommen werden. Zu diesem Ergebnis kommt die gerade veröffentlichte eHealth-Studie 2015 aus der Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit. Noch im Vorjahr hatten mehr als zwei Drittel der Ärzte bezweifelt, dass Apps in Zukunft überhaupt den Gesundheitszustand ihrer Patienten überwachen könnten oder sich in dieser Funktion durchsetzen würden. Die Studie zeigt zudem, dass Ärzte den Nutzen von eHealth sehr differenziert betrachten. Das größte Potenzial sehen sie in der Versorgung von Patienten in einem größeren räumlichen Radius, in der Verbesserung der Patientensicherheit sowie in der Anwendung von Apps im Rahmen der Behandlung und des Self-Monitoring. Positive Effekte auf den Arbeitsalltag und die Zufriedenheit der Ärzte und des Praxispersonals versprechen

sie sich von den neuen Möglichkeiten jedoch nicht.

„Diese Veränderung ist ein Hinweis darauf, dass sich die Einstellung der Ärzte zum Thema eHealth gerade deutlich verändert“, bilanziert Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann, Forschungsleiter der Stiftung Gesundheit und Gesundheitsökonom am Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg. In der Vergangenheit hatten sich Ärzte bei diesem Thema sehr kritisch und zurückhaltend bis ablehnend gezeigt. „Die initialen Berührungsängste mit den neuen Medien und Möglichkeiten haben sie offenbar nun abgelegt.“ Dies betreffe übrigens nicht nur jüngere Ärzte, bei denen dies thematisch bedingt zu erwarten gewesen wäre: „Die Altersstruktur der Ärzte, die sich an der Studie beteiligt haben, entspricht weitgehend den Anteilen in der Gesamtärzteschaft, wobei die Altersgruppen über 51 Jahren sogar überproportional vertreten waren“, so Obermann. <<

Chancen für die Schmerzmedizin in Deutschland

>> Das 2. Nationale Schmerzforum zeigte in eindrucksvoller Weise, dass eine Verbesserung der Unter- und Fehlversorgung bei Schmerzen im Deutschen Gesundheitssystem eine Gemeinschaftsaufgabe aller Akteure und Professionen ist. „Gerade in Zeiten eines sich weiter verschärfenden ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser sind Regelungen der Qualitätsorientierung notwendige Leitplanken einer hochwertigen und fachlich soliden Krankenhausversorgung“, so Prof. Dr. Michael Schäfer, Präsident der deutschen Schmerzgesellschaft und Veranstalter des 2. Nationalen Schmerzforums, das deshalb auf das Handlungsfeld Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen fokussiert war. Beispielsweise sei es nötig, die Kliniken in Deutschland im Hinblick auf eine gute Schmerzversorgung zukünftig vergleichen zu können, etwa durch die Entwicklung eines „Schmerz-Indikators“. Zudem müssen die Rahmenbedingungen, beispielsweise durch die Landeskrankenhausplanung, aber auch durch Nachbesserungen im „DRG-System“ wesentlich verbessert werden. Pflegeeinrichtungen könnten noch mehr als bisher die Best-Practice-Beispiele, wie sie beispielsweise vom Deutschen Netzwerk Qualität in der Pflege mit den Expertenstandards Chronischer Schmerz und Akutschmerz entwickelt worden sind, aufgreifen und umsetzen.

Das diesjährige 2. Nationale Schmerzforum knüpfte an den Beratungen des letzten

Jahres an. Erstmals in diesem Jahr stand es zudem auf noch breiteren Füßen: „Delegierte von über 16 maßgeblichen mitgliederstarken medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften nehmen an den Beratungen teil, neben ausgewiesenen Expertinnen und Experten der Akteure des Gesundheitswesens. Unser Motto: Mehr Stimme durch breitere Basis ist ein voller Erfolg“, so Schäfer weiter.

Nach der Satzungsreform auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. im vergangenen Jahr sind in den letzten Monaten 16 mitgliederstarke und an einer interdisziplinären Schmerztherapie beteiligte Fachgesellschaften in die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. eingetreten. Als Schmerzdachgesellschaft repräsentiert die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. fachlich diese über 60.000 Experten bei Schmerzfragestellungen in Ergänzung der rund 3.400 persönlichen Mitgliedschaften in der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. Die Delegierten der Fachgesellschaften wählten auf der konstituierenden Fachbeiratssitzung Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert als Sprecher des Fachbeirats, stellvertretender Sprecher ist Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Thomas R. Tölle. Der neue Sprecher des Fachbeirats ist gemäß der Satzung der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. zudem ab sofort Mitglied des Präsidiums der Deutschen Schmerzgesellschaft. <<

Blickwinkel: Aus dem Selbstverständnis der AOK Baden-Württemberg

Sicherstellung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung

Der König ist tot – es lebe der König. Nach der allgemein als Scheitern eingestuften Anschubfinanzierung für Verträge der integrierten Versorgung nach § 140d SGB V a. F., soll es nun der Innovationsfonds richten: Die Gesundheitsversorgung insbesondere durch sektorenübergreifende Versorgungsformen zu modernisieren und am Ziel einer höheren Versorgungsqualität auszurichten. Zweifel an der Zielerreichung sind angebracht, zumal der Innovationsfonds dem tradierten korporatistischen Ordnungsrahmen verhaftet bleibt und in seiner Wirkungsrichtung auf die tradierte, gemeinsam und einheitlich organisierte Regelversorgung gerichtet ist. Mit der von der Politik programmatisch nach wie vor beschlossenen „solidarischen Wettbewerbsordnung“ hat das Ganze jedenfalls wenig zu tun. Das hält die AOK Baden-Württemberg nicht ab, weiterhin aktiv die Chancen und die Verantwortungsübernahme für eine eigenständige bestmögliche Versorgungsgestaltung im Interesse ihrer Versicherten zu suchen.

>> Spätestens mit dem wegweisenden Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) unter dem Motto „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (Über-Unter-Fehlversorgung) sowie der nachfolgenden Gutachten mit den Schwerpunkten „Koordination und Qualität“, „Kooperation und Verantwortung“, „Koordination und Integration“ bis zum Sondergutachten 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ darf als ausgemacht gelten, dass Organisation und Strukturen des deutschen Gesundheitswesens nicht ausreichend an den gewandelten Erfordernissen einer Bevölkerung mit steigenden Prävalenzen chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft des längeren Lebens ausgerichtet sind. Das im Vorfeld der letzten Bundestagswahl entstandene Positionspapier „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen“ der Friedrich-Ebert-Stiftung bringt es auf den Punkt: „Die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, die demografische Entwicklung und der medizinische Fortschritt machen die Förderung integrierter Versorgungsformen erforderlich. Zugleich müssen Primärversorgung gestärkt und die hausarztzentrierte Versorgung ausgebaut werden.“ Dahinter steht der Anspruch einer an Bedarf und Bedürfnissen der Menschen orientierten adäquaten und damit auch effizienten Versorgungsgestaltung.

Deutschland steht mit der Suche nach funktionalen institutionellen Antworten auf diese Herausforderungen nicht alleine. Ähnliche Fragen stellen sich in allen entwickelten Gesundheitssystemen der OECD-Länder, unab-

hängig davon, ob sie primär steuerfinanziert oder als Sozialversicherung konzipiert sind und gleich, ob sie eher staatlich, wettbewerblich oder korporatistisch gelenkt werden. Ein besonderes Merkmal der deutschen Governancestruktur ist allerdings, dass sich darin in hohem Maße Elemente aller Steuerungsansätze parallel finden, was – wie wiederholt diagnostiziert – zu einer „organisierten Verantwortungslosigkeit“ führt, in der die einzelnen Steuerungsbemühungen kaum auf ein übergreifendes Ziel ausgerichtet werden können und deshalb die Implementierung überzeugender Lösungsansätze besonders schwierig ist. Das FES-Papier aus 2013 hält fest: „Das System korporatistischer Selbstverwaltung war bisher nicht in der Lage, die aktuellen Versorgungsdisparitäten zu lösen“. Ein inkrementelles „Weiter so“ in letztlich erstarrten korporatistischen Strukturen verbietet sich somit als angemessene Strategie: Gefordert ist vielmehr die Etablierung einer klaren sektorenübergreifenden Verantwortlichkeit. Die AOK Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich dazu, diese Verantwortung zu übernehmen und eine bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten durch einen Mix von aufeinander bezogenen Verträgen und flankierenden eigenen präventiven, beratenden und koordinierenden Leistungen zu organisieren.

Krankenkassen als Träger übergreifender Sicherstellungsverantwortung

Das deutsche Gesundheitssystem weist auf den ersten Blick unbestritten eine hohe „Produktionseffizienz“ auf, denn bezogen auf den Mitteleinsatz werden zweifellos viele Leistungen produziert. Auch die Kosten der

einzelnen Leistungen sind im Verhältnis zu vergleichbaren Industrienationen nicht überdurchschnittlich, d.h. es liegt auf der Preisebene im Allgemeinen auch eine hohe finanzielle Produktionseffizienz vor. Somit wäre zu erwarten, dass bei moderatem Preisniveau und sehr hohen Leistungsdaten auch eine sehr hohe allokativen Effizienz resultiert. Diese ist im OECD-Vergleich jedoch nur Mittelmaß, konkret: Der überdurchschnittliche Mitteleinsatz auch in Form sehr hoher Leistungsdaten produziert keine überdurchschnittlichen gesundheitlichen Outcomes, wie etwa Lebenserwartung, gesundheitlich unbeeinträchtigte Lebensjahre, Krebshäufigkeit etc. Vielmehr liegen die gesundheitlichen Outcomes für Deutschland allenthalben im OECD-Mittelfeld.

Die Betrachtung der „physischen Produktionseffizienz“ führt hier zu einer Erklärung. Die physische Produktionseffizienz bezeichnet das Behandlungsangebot im Sinne der Frage nach dem optimalen Einsatzverhältnis der verschiedenen Produktionsverfahren (z.B. Prävention, Beratung, Operationen, Rehabilitation, Hygiene, Pflege usw.). Dies impliziert Überlegungen danach, ob die optimalen Leistungen bzw. Verfahren an der jeweils notwendigen Stelle in der erforderlichen Qualität und mit ausreichender Koordinierung eingesetzt werden. Es ist davon auszugehen, dass die so definierte physische Produktionseffizienz in hohem Maße die letztlich für die Güte eines Gesundheitswesens maßgeblichen Größen der gesundheitlichen Outcomes beeinflusst.

Dieser für eine überzeugende Gesundheitsversorgung ausschlaggebende Aspekt wird verstärkt durch die etablierte Versorgungsforschung beleuchtet. Für die Umsetzung entsprechender Erkenntnisse und daraus resultierender Versorgungskonzepte wird die Notwendigkeit einer übergreifenden Verantwortlichkeit und Steuerungsfähigkeit nicht nur theoretisch deutlich erkennbar, sondern vor allem auch durch praktische Erfahrungen untermauert. Erfolge im Sinne der skizzierten physischen Produktionseffizienz lassen sich nur durch – regelhaft auf regionaler Ebene – optimal abgestimmte und organisierte Prozesse erreichen: Managementaufgaben in Reinform. Dies kann mit zentralistischen und einheitsfixierten Steuerungskonzepten der Regelversorgung absolut nicht in Einklang gebracht werden.

Vielmehr sollte die konkrete Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung in der Konsequenz möglichst unmittelbar den Krankenkassen einerseits und den Leistungsanbietern andererseits in einem sozialstaatlich ausgeprägten grundsätzlich wettbewerblich ge-

prägen Ordnungsrahmen übertragen werden.

Die Versorgungsstrategie der AOK BW: Alternative Regelversorgung

HZV als stabile Basis

Die Versorgungsstrategie der AOK Baden-Württemberg folgt wesentlich der Überzeugung, dass eine flächendeckende, für alle Versicherten zugängliche hausärztliche Versorgung das Rückgrat eines leistungsfähigen modernen Gesundheitssystems darstellt. Hausärzte sind in der Regel die erste medizinische Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen und sie beurteilen, ob weitere Behandlungsschritte, wie beispielsweise die Überweisung zu einem Facharzt oder eine stationäre Aufnahme, erforderlich sind. Besondere Bedeutung kommt der hausärztlichen Versorgung neben spezifisch geriatrischen und palliativen Versorgungsfragen im Management der Volkskrankheiten zu, wie es sich etwa in den Disease-Management-Programmen (DMP) als explizit hausarztbasierten Versorgungskonzepten widerspiegelt. Diese Überzeugung der AOK Baden-Württemberg steht in breiter Übereinstimmung etwa mit den aktuellen DEGAM-Zukunftspositionen.

Trotz der elementaren Bedeutung einer leistungsfähigen allgemeinmedizinischen Versorgungsebene hat diese in den letzten Jahrzehnten stetig relativ wie absolut an Gewicht gegenüber Spezialisierungen verloren. Die Politik versucht seit 25 Jahren, unabhängig von parteipolitischer Färbung, diesem Trend entgegenzuwirken – allerdings mit unbefriedigendem Ergebnis. Die AOK Baden-Württemberg nahm die Chance der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) frühzeitig wahr und schloss bereits im Mai 2008 als bundesweit erste Krankenkasse einen Hausarztvertrag mit freien Ärzteverbänden (Hausärzteverband und Medi) mit Vollversorgungsanspruch und Bereinigung für ganz Baden-Württemberg ab.

Die im HZV-Vertrag festgelegte pauschalierte Vergütungssystematik mit wenigen Einzelleistungen, qualitäts- und ergebnisabhängigen Zuschlägen, einem Zuschlag für chronisch Kranke und der Wegfall jeglicher fallzahlorientierter Mengen- oder Honorarbegrenzungen stellen einen Paradigmenwechsel dar, der die vom SVR 2009 dargelegten Empfehlungen in weiten Teilen umsetzt. Die Vertragsstruktur unterstützt insbesondere große Versorgerpraxen mit klassischem breitem hausärztlichen Behandlungsspektrum, so dass sich im Ergebnis zum einen überdurchschnittlich viele große Praxen und zum anderen überdurchschnittlich viele Praxen in ländlich

strukturierten Gebieten an dem Vertrag beteiligen. Flankiert wird die Vertragsstruktur durch für den Erfolg unverzichtbare, unterstützende Elemente wie eine innovative, verpflichtende IT-Struktur, die das Handeln im Sinne der Vertragsziele unterstützt oder etwa durch die über 400 etablierten und von der AOK finanzierten Qualitätszirkel (QZ) zur rationalen Pharmakotherapie und evidenzbasierten Versorgung. Des Weiteren setzt der Vertrag nachhaltige finanzielle Anreize zur Beschäftigung von speziell weitergebildeten Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH).

Auf diese Weise befördert die HZV der AOK Baden-Württemberg bewusst einen Entwicklungspfad in den Hausarztpraxen hin zu professionellen Betreuungsstrukturen für chronisch Kranke im Rahmen von Teamstrukturen und ärztlicher sowie nichtärztlicher Arbeitsteilung. Neben einer Intensivierung von vorausschauender Behandlungsplanung und Strukturierung der Versorgung unmittelbar aus Patientensicht geht damit auch eine Entlastung der knapper werdenden hausärztlichen Ressourcen einher. Parallel findet mit universitären Partnern oder innovativen Dienstleistern eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen in der HZV mit neuen Ansätzen statt, etwa ein hausarztbasiertes Case-Management von multimorbiden Patientinnen und Patienten oder die Unterstützung von empfohlenen Lebensstilveränderungen unter Nutzung neuer Medien. Darüber hinaus wurden im Rahmen der HZV spezifische VERAH-Qualitätszirkel etabliert, die nach dem Vorbild der ärztlichen Qualitätszirkel eine kontinuierliche extern begleitete Fortbildung ermöglichen, um das Aufgabenspektrum der VERAH kontinuierlich zu vertiefen und an klaren Qualitätserwartungen auszurichten.

HZV und Facharztverknüpfungen

Die HZV stellt somit die Basis einer effektiven und effizienten Versorgungssteuerung auf der Grundlage einer klaren Patientenbindung dar („Primärarztssystem“). Strukturierung bedingt Verbindlichkeit im Sinne eines wechselseitigen Commitments und Vertrauens zwischen (Haus-)Arzt und Patient einerseits und im Weiteren zwischen Versicherten bzw. Patient und seiner Krankenkasse und deren Versorgungsangebot andererseits. Auf diesem Grundverständnis einer rationalen Versorgungsstrukturierung basieren die weiteren an die HZV angefügten Angebote und Versorgungspfade inhaltlich und qualitativ. Anknüpfungspunkte dieser strukturierten alternativen Regelversorgung sind insbesondere die Facharztverträge nach § 73c SGB V.

Die AOK Baden-Württemberg hat mittlerweile 73c-Verträge in den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie umgesetzt; die Bereiche Urologie und Rheumatologie befinden sich aktuell in Verhandlung. Ziel ist es, sukzessive alle relevanten Facharztgruppen in die alternative Regelversorgungsstrategie einzubinden. Allen Verträgen ist gemeinsam, dass sie die für die jeweiligen Facharztgruppen relevanten medizinischen Versorgungsbereiche anhand der qualitativ besten verfügbaren Evidenz definieren. Die Vergütungsstruktur richtet sich vor allem an den Krankheitsbildern und nicht an einzelnen Einrichtungen aus. Damit werden ein verbindlicher Indikationsbezug des Handelns und somit gleichzeitig eine sorgfältige Diagnostikstellung als Ausgangspunkt aller weiteren Therapieoptionen befördert.

Wesentliches Merkmal der 73c-Vertragsgestaltung ist ferner, dass an diesen Verträgen nur Versicherte der AOK Baden-Württemberg teilnehmen können, die bereits in der HZV eingeschrieben sind. Denn HZV und 73c-Verträge sind strukturell miteinander verschränkt insbesondere hinsichtlich inhaltlicher Therapiepfade und Schnittstellen der ärztlichen Tätigkeiten zwischen den Beteiligten. Auch die technische Integration wird vorangetrieben. Auf der Basis bereits bestehender einheitlicher IT-Grundstrukturen zur Vertragsabrechnung, einem gemeinsamen Arzneimittelverordnungstool und der online-Teilnehmerprüfung erfolgt derzeit die pilothafte Umsetzung eines strukturierten elektronischen Arztbriefs und eines praxenübergreifenden Medikationsplanes. Darüber hinaus ist in der Versorgungsstruktur geregelt, dass auf Überweisung des Hausarztes ein erforderlicher Facharzttermin binnen zwei Wochen vergeben wird. Eine optimale regionale Vernetzung auf gemeinsamer inhaltlicher Basis wird befördert durch die Möglichkeit arztgruppenübergreifender Qualitätszirkel-Teilnahme sowie der Etablierung eines fachärztlichen Pendantes zur VERAH, der EFA (Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis). Ihr kommen neben praxisspezifischen erweiterten Tätigkeiten insbesondere Koordinierungsaufgaben zwischen den Praxen und mit den entsprechenden AOK-Leistungen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung zu.

Verknüpfung mit AOK-Angeboten und -Leistungen

Auch hinsichtlich der Kommunikation und Erläuterung der Vertragsinhalte und deren Umsetzung beschreitet die AOK Baden-Würt-

emberg mit dem eigenen Arztpartner-Service (APS) neue Wege. Die dezentral in ganz Baden-Württemberg aufgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen den teilnehmenden Praxen als Berater, Kümmerer und „Vernetzer“ zur Verfügung. Sie leisten über persönliche Kommunikation vor Ort ihren Beitrag zu einem partnerschaftlichen Miteinander und einer erfolgreichen Vertragsumsetzung.

Weitere Anknüpfungspunkte einer strukturierten Versorgung sind unmittelbare Angebote der AOK über die Gesundheitsangebote hinaus, vor allem Beratungsleistungen des Sozialen Dienstes zur Herstellung von stabilen Gesamtversorgungssituationen. Zusammen bietet dies eine verlässliche und stabile Ausgangslage für eine weitere Integration und konkrete Koordinierung von Versorgungsangeboten und Anbindung aller sonstigen Aktivitäten der AOK Baden-Württemberg im Bereich der Qualitätsförderung. Der Soziale Dienst ergänzt die medizinische bzw. therapeutische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um gemeinsam mit der Praxis des behandelnden Arztes oder des Therapeuten eine nachhaltig belastbare Gesamtversorgungssituation herzustellen. Dazu gehören auch Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. In einem Gespräch analysiert eine Sozialpädagogin oder ein Sozialpädagoge den Bedarf, stimmt mit Patientin oder Patient und eventuell mit der Praxis einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei dessen Durchführung.

Auch weitere Aktivitäten zur Qualitätsförderung sind sowohl vertraglich als auch über den Sozialen Dienst im Sinne einer übergreifenden Versorgungsstrukturierung konkret an die HZV-Facharztversorgung angebunden:

Dabei spielt Rehabilitation einen zunehmend wichtigeren Bestandteil in der Versorgungsgestaltung. Die AOK Baden-Württemberg setzt dabei auf Transparenz und Innovation auch in diesem Bereich gepaart mit einer leistungsorientierten Vergütung. Mit dem (anfangs) Modellprojekt AOK-proReha, einem speziellen Behandlungskonzept für die nachhaltige Rehabilitation bei Hüft- und Kniegelenkersatz, wird seit 2008 eine zukunfts- und leistungsfähige, mittlerweile etablierte Versorgungsstruktur sichergestellt. Im Mittelpunkt steht dabei eine qualitativ hochwertige Versorgung, die sich an den aktuellsten wissenschaftlichen Standards orientiert sowie Teilhabe und Lebensqualität der Versicherten prominent adressiert. 2014 zur alternativen Regelversorgung avanciert, wird „AOK-proReha“ aktuell um den Bereich

Geriatric erweitert. AOK-proReha Geriatric beinhaltet zum einen die Entwicklung des Behandlungskonzepts für die geriatrische Rehabilitation nach Schenkelhalsfraktur und zum anderen die Evaluation des Behandlungskonzeptes. Dabei kann an hervorragende Erfahrungen angeknüpft werden, die in der orthopädischen Rehabilitation mit „AOK-proReha“ gesammelt werden konnten.

Die AOK Baden-Württemberg hat zudem mit AOK-Sports eine Versorgungslücke in der Orthopädie geschlossen. AOK-Sports ist indiziert bei sporttypischen Verletzungen, bei denen sich ein grundsätzlicher Rehabilitationsbedarf ergibt, während die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Das Versorgungskonzept ist rehabilitativ ausgerichtet und in den 73c-Orthopädievertrag eingebunden. Die medizinische Notwendigkeit für AOK-Sports bestätigt der Orthopäde, während der individuell gestaltete Behandlungsplan von der ebenfalls vertraglich eingebundenen AOK-Sports-Therapieeinrichtung erstellt wird. AOK-Sports wurde bereits bei der Entwicklung wissenschaftlich begleitet, die Behandlungsinhalte werden regelmäßig an aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse angepasst.

Auch im Bereich der strukturierten indikationsspezifischen Sporttherapie bestehen bisher – trotz dokumentierter Evidenz und internationaler Leitlinien – noch kaum entsprechende Angebote. Mit dem 73c-Orthopädievertrag wurde deshalb auch das „AOK-Hüft- und Knie-Training“ als strukturiertes sekundärpräventiv ausgerichtetes Bewegungsangebot implementiert. Seit Anfang des Jahres laufen landesweit über 80 Kurse mit rund 70 geschulten

AOK-Kursleiterinnen und -leitern. Inhaltlich liegt dem Programm das wissenschaftlich evaluierte Tübinger Hüftkonzept zugrunde, der Indikationsbereich wird auf den Bereich der Gonarthrose erweitert. Das Trainingsangebot umfasst acht angeleitete Trainingseinheiten durch programmspezifisch ausgebildete Bewegungsfachkräfte der AOK und wird durch ein systematisches Heimtrainingsprogramm ergänzt. Auch hier werden Effektivität und Effizienz des Programms wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Im Bereich der Arzneimittelverordnungssteuerung im Sinne einer rationalen Pharmakotherapie haben HZV und 73c-Verträge von Anfang an Pionierarbeit geleistet. Mittels optimaler technischer Anbindung und entsprechender tagesaktueller Informationsbereitstellung wird eine wirtschaftliche und medizinisch sinnvolle Verordnungssteuerung maßgeblich unterstützt. Sei es durch Hinweise zu rabattierten Alternativpräparaten oder unterstützenden Funktionen, wie der Priscusliste oder eines Arzneimittel-Therapie-Sicherheits-Moduls (AMTS-Modul), das individuelle Hinweise zur Nierenfunktionsverträglichkeit bei Verordnungsvorschlägen gibt. Nicht zuletzt wurden AOK-Versicherte in der HZV allein 2014 mit rund 28 Millionen Euro durch Zuzahlungsbefreiung rabattierter Medikamente entlastet und so am ökonomischen Erfolg der HZV unmittelbar beteiligt.

Evaluationsergebnisse der HZV-73c-Forschung

Die Versorgungsstrategie, die die AOK Baden-Württemberg durch die Verknüpfung der

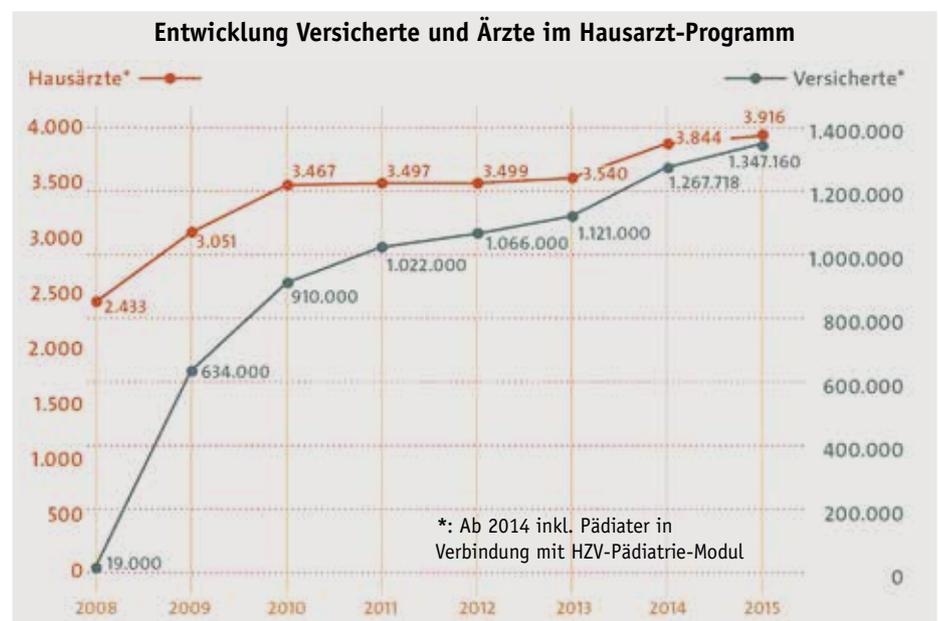


Abb. 1: Entwicklung Versicherte und Ärzte im Hausarzt-Programm der AOK Baden-Württemberg.

HZV mit den Facharztverträgen umsetzt, sollte von Anfang an unabhängig wissenschaftlich auf ihre Zielerreichung hin beforscht werden. Aus diesem Grund beauftragten die Vertragspartner Teams der Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg mit der Durchführung der kontinuierlichen wissenschaftlichen Begleitevaluation, die sowohl qualitative als auch quantitative Fragestellungen umfasst. Durch den adjustierten Vergleich von HZV-Versicherten (Interventionsgruppe aktuell 611.000) mit Nicht-HZV-Versicherten (Kontrollgruppe derzeit 577.000), können Erkenntnisse gewonnen werden, die wiederum in die Weiterentwicklung der alternativen Regelversorgungslandschaft einfließen.

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere ältere und chronisch kranke Menschen von der HZV profitieren. Es konnte ein deutlicher Rückgang an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen festgestellt werden; eine Risikoselektion hin zu gesunden, jungen Versicherten findet nicht statt. Durch den Abbau von Überbürokratie und die adäquate Honorierung erleben die teilnehmenden Hausärzte mehr Planungssicherheit; sie haben mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Auf diese Weise kann eine langfristige, kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut werden, die dazu führt, dass HZV-Versicherte umfassend und zielgerichtet behandelt werden. So liegt etwa die Zahl der unkoordinierten Facharztbesuche signifikant unter der der Kontrollgruppe (2012: -20,5%). Die Lotsenfunktion des Hausarztes wird mit über drei Hausarztkontakten zusätzlich akzeptiert und gelebt. Damit werden die teilnehmenden Fachärzte an der richtigen Stelle

entlastet und können sich auf medizinisch notwendige Fälle konzentrieren.

Die bedarfsgerechte, mitunter engmaschige und vom Hausarzt koordinierte Betreuung wird durch die VERAH sinnhaft unterstützt. Die Betonung dieser Kooperation in der HZV wird sowohl von Hausärzten als auch von den Versorgungsassistentinnen sehr positiv wahrgenommen: Die neu organisierte Arbeitsteiligkeit bei Themen wie z. B. Hausbesuchen für Routinekontrollen, Wund-, Impf-, Medikamenten- oder Case-Management führt zu deutlicher Entlastung der Ärzte, ohne dass die Zuwendung für die Patienten eingeschränkt wird. Die kontinuierliche Rückkopplung des Ordnungsverhaltens im Rahmen von datenbasierten Verordnungsspiegeln und Qualitätszirkeln zur rationalen Pharmakotherapie führte zu positiven Effekten in der Arzneimittelversorgung: Präparate ohne therapeutischen Zusatznutzen werden im HZV-Kollektiv signifikant häufiger durch qualitativ gleichwertige Alternativen ersetzt (2012: -37% Me-too-Präparate). Die Ergebnisse weisen nicht zuletzt darauf hin, dass die Verzahnung zwischen Haus- und Fachärzten, die in die Selektivverträge eingeschrieben sind, aufgrund der steigenden Anzahl von AOK-Facharztverträgen, kontinuierlich besser wird.

Perspektiven

Die bislang erzielten Erfolge der alternativen Regelversorgung beruhen auf einer konstruktiv vertrauensvollen Zusammenarbeit der Vertragspartner und erfordern so viel Geduld wie Ausdauer und auch – wettbewerblich motivierte – Innovationsfreude. Von hoher

Bedeutung ist dabei die unmittelbar gelebte Verantwortungsübernahme für die regionale Versorgung durch die AOK Baden-Württemberg im Wege der Übernahme des Sicherstellungsauftrages im Rahmen von HZV und 73c-Verträgen gemeinsam mit den Partnern Hausärzterverband und MEDI sowie verschiedenen unterstützenden fachärztlichen Berufsverbänden.

Die gemeinsam mit regionalen Vertragspartnern aufgebaute Grundstruktur bietet noch vielfältige Anknüpfungspunkte für die weitere Entwicklung von leistungsfähigen Praxen und Vernetzungsoptionen zu weiterführenden Versorgungsstrukturen nicht zuletzt in den akutstationären Sektor. Um allerdings insgesamt deutlich mehr Dynamik in derartige Entwicklungen zu bekommen, wäre ein gesetzlich unterlegter Wettbewerbsdruck auf Krankenkassen wohl deutlich Erfolg versprechender als einzig die Einrichtung eines Innovationsfonds (§§ 92 a,b SGB V i.d.F. des GKV-VSG).

Nach den politischen Ansätzen insbesondere im GKV-VSG Mitte des letzten Jahrzehnts, die einzelnen Krankenkassen endlich stärker in einer zukunftsorientierten Rolle als tatsächlicher Versorgungsgestalter zu etablieren, erfolgt auch gerade über die Ausgestaltung des Innovationsfonds eine Restauration zentralistischer korporatistischer Strukturen. Der Preis dafür dürfte die weitere Verkrustung der Strukturen sein, die den eingangs skizzierten externen Anpassungsdruck immer ungenügender umsetzen können. Konfliktlösungen finden dabei derzeit häufig (noch) in Form von zusätzlichen Finanzmitteln, die ins System gegeben werden, anstelle von tatsächlich strukturell ansetzenden Maßnahmen statt.

Dieser politische Strategiewechsel kann auch einer gewissen vordergründigen „Enttäuschung“ über den in weiten Teilen ausgebliebenen positiven Versorgungsschub mit den Möglichkeiten der Selektivverträge geschuldet sein, da die bisherigen Regelungen grundsätzlich Ansätze für kreative Vertrags- und Versorgungsgestaltungen zuließen. Auch an Geld für Investitionen hätte es im System angesichts deutlicher Überschüsse – zumindest in den Jahren 2012 bis 2014 – prinzipiell nicht gemangelt (woraus man aber eine gewisse Skepsis gegenüber den Erwartungen an den Innovationsfonds ableiten darf). Worin liegen die Barrieren also tatsächlich begründet?

Als wesentliche Hemmschuhe für eine intensivere Umsetzung von strukturierten und integrierten Versorgungskonzepten auf selektivvertraglicher Basis erweisen sich zum einen die mangelnde Konsequenz der Politik bei der „Vorfahrt“ für alternative Versorgungskon-

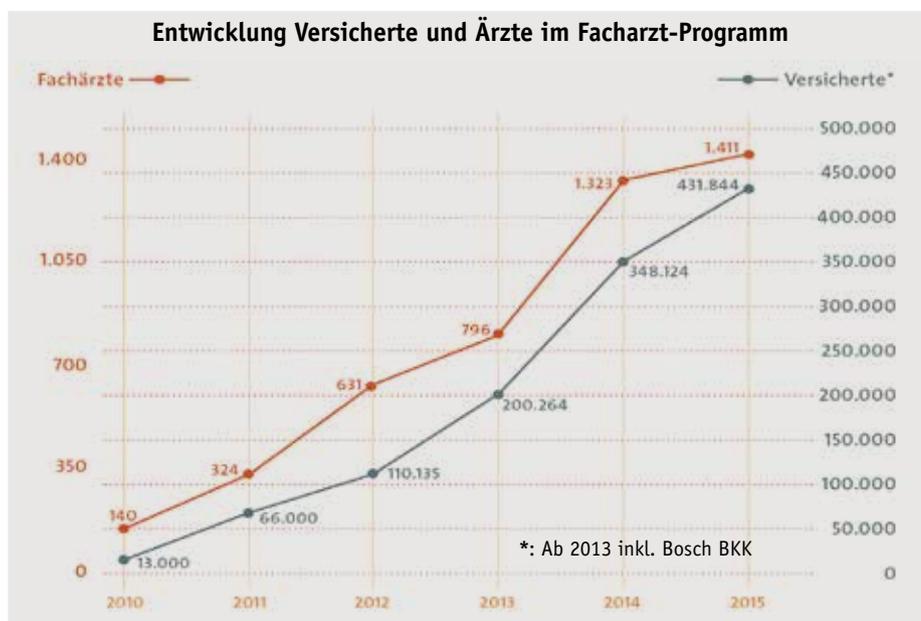


Abb. 2: Entwicklung Versicherte und Ärzte im FA-Programm der AOK und Bosch BKK Baden-Württemberg.

zepte. Und zum anderen immer wieder eine generelle Systemträgheit, die ihre Ursachen teilweise auch in einer finanziellen Sättigung der Beteiligten zu haben scheint, die sich aus den (eingangs skizzierten) primär finanziell dominierten dysfunktionalen Handlungsstrategien der einzelnen Akteure in den zentralistisch ausgerichteten Alt-Strukturen ableiten lässt.

Um den skizzierten Weg der solidarischen Wettbewerbsordnung im Sinne eines Versorgungswettbewerbs zugunsten der Versicherten zwischen Krankenkassen endlich einzuleiten, bedarf diese Systemträgheit der Auflösung. Wie dies gelingen könnte, soll abschließend anhand wesentlicher Anforderungen an die politisch Handelnden konkretisiert werden:

- 1) Die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel können nur in einem solidarisch einheitlichen Leistungskatalog verwendet werden. Darüber hinausgehende Leistungen sind ggf. konsequent über individuell finanzierte Wahl- bzw. Zusatztarife anzubieten. Der solidarisch einheitliche Leistungskatalog wird abschließend vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Damit erfolgt neben einer hervorragenden Service- bzw. Kundenorientierung eine Konzentration der Bemühungen auf optimale Versorgungslösungen anstelle der Ausweitung von therapeutisch zweifelhaften Leistungen, die sich nicht selten an Wünschen von bestimmten „profitablen“ Zielgruppen unter Deckungsbeitragsaspekten als an (evidenzbasierten) medizinischen Kriterien orientieren.
- 2) Die gesetzlichen Vorgaben zu einheitlich und gemeinsamen Vertragsabschlüssen von Krankenkassen mit Leistungsanbietern werden konsequent zurückgeführt. Die ambulant ärztlichen Teilleistungsbereiche Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung einschließlich des ambulanten Operierens, Psychotherapeutische Versorgung sowie Notfallversorgung (Notdienst) werden in eigenständige Verhandlungs- und Vergütungssäulen gefasst. Allein die Notfallversorgung ist krankenkassenübergreifend einheitlich zu verhandeln und zu gestalten.
- 3) Kontrahierungszwänge der Krankenkassen mit Leistungsanbietern werden neu geordnet, insbesondere durch Aufhebung für fachärztliche und spezialfachärztliche Leistungen sowie für bestimmte, v.a. elektive stationäre Leistungen. Der Sicherstellungsauftrag wird in soweit grundsätzlich auf die Krankenkassen übertragen, die diesen

durch entsprechende Vertragsabschlüsse erfüllen müssen. Die Gewährleistung dieser Verpflichtung wird über staatliche Aufsichts- und Eingriffsrechte unterlegt.

- 4) Die Aufgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, insbesondere DKG, KBV und GKV-SV werden konsequent auf eine Rahmgestaltung zurückgeführt, die insbesondere keine direkten Vergütungsvorgaben enthalten und kassenseitig strikt wettbewerbsneutral ausgerichtet sind. Entsprechend werden die Aufgaben auf Bundesebene bzw. im gemeinsam-einheitlichen Zwangsmodus konsequent am Prinzip der Nachrangigkeit ausgerichtet. Nur solche Regelungen oder Aufgaben, die nicht unmittelbar zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringer(gruppen) sinnvoll gestaltet werden können (oder sollen), erfolgen auf einer globaleren Ebene.
- 5) Arzneimittel- und Apothekenrecht werden entschlackt. Dies gilt zum einen um auf rechtssicherer Basis erweiterte Abgabemöglichkeiten von Arzneimitteln durch Vertragsärzte und Krankenhäuser im Rahmen von entsprechenden Vereinbarungen mit Krankenkassen zu schaffen. Das Mehrbesitzverbot bei Apotheken wird zum anderen insgesamt aufgehoben, um die bestehenden, eher an Zunftordnungen des 18. Jahrhunderts als an modernen Dienstleistungserfordernissen ausgerichteten Angebotsstrukturen zugunsten von effizienten Betriebs- und Vertriebsformen abzulösen.

Die konkrete Gestaltung eines neuen sozialrechtlichen Ordnungsrahmens, der diesen Aspekten gerecht wird, stellt die Krankenkassen rasch und nachhaltig in einen Wettbewerb um optimale Versorgungsangebote für ihre Versicherten und eröffnet damit die Chance, dass sich die bisherigen Erwartungen an positive selektivvertragliche Versorgungsinnovationen insgesamt erfüllen.

Die Legitimität eines pluralistischen Krankenkassensystems kann sich in diesem Sinne perspektivisch vor allem aus einem zielorientierten Wettbewerb um bestmögliche Versorgung speisen. Die verbreitete Wettbewerbslogik der Politik gegenüber Krankenkassen, die Beitrags- und Leistungswettbewerb fokussiert, wäre am Ende. Nicht die schlechteste Perspektive für die GKV in der Zivilgesellschaft des 21. Jahrhunderts! <<

von:

Dr. Christopher Hermann*

Versorgungsforschung

Hrsg.: Höfel

Versorgungsforschung

Verlag: Schattauer, 2015

176 Seiten

ISBN Print: 978-3-7945-3146-2

ISBN eBook: 978-3-7945-6971-7

Preis: 19,99 Euro

>> Es gibt wohl wenige Menschen, die das Wissenschaftsfeld der Versorgungsforschung in Deutschland nicht nur etabliert, sondern ihm auch ein Gesicht gegeben haben: Gerd Glaeske, seines Zeichens Professor, inzwischen emeritiert, aber beileibe nicht im Ruhestand. Es gab und gibt wohl niemanden, der medial so präsent war und ist wie der in Köln lebende und seit 1999 an der Universität Bremen lehrende Glaeske. Und nun hat er auch noch ein eigenes Buch bekommen, mit dem schlichten wie treffenden Ein-Wort-Titel „Versorgungsforschung“. In Zeiten, in denen die Gesetzestitel immer länger werden, sagt dieser eine Begriff alles, was es zu wissen gibt: Glaeske = Versorgungsforschung. Das ist zwar ziemlich verkürzt, denn neben ihm gibt es viele Mitstreiter, die im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung vereint, mit dafür gekämpft haben, diese Forschungsrichtung in den Köpfen der Politik, der Stakeholder und auch der Verbraucher zu manifestieren.

Denen das bisher nicht gelungen ist, ist die Lektüre des Fachbuchs „Versorgungsforschung“ mit der Unterzeile „Einsichten, Beispiele und Akteure“ anzuraten, das übrigens auch als eBook (in PDF-Form) erhältlich ist. Die Geleitworte von Bernhard Badura, Heiner Raspe und Peter C. Scriba, wie Glaeske Wegbereiter der Versorgungsforschung in Deutschland, sagen eigentlich alles. Und wer dann noch Christoph Straubs Artikel „Der uns die Daten verstehen lässt“ liest, mag zwar kurz an Kevin Costner – inzwischen auch stark ergraut – denken, versteht dann aber besser Glaeskes Rolle für das deutsche Gesundheitssystem. Ohne ihn hätte es Dinge wie den Arzneimittel- oder den Heil- und Hilfsmittelreport – jeweils versehen mit einem aussagekräftigen Routineteil mit detaillierten Aussagen zu den wichtigsten Kennziffern – so nicht gegeben. Das große Verdienst Glaeskes ist es nach Straub, dass er sich zu den Erfindern dieser Form der Analyse zählen darf. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier





Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DKVF-Plenarsitzungen vom 7. bis 9. Oktober 2015

Diskussion zur Ausgestaltung des Innovationsfonds

In der letzten Ausgabe von MVF hat der Vorsitzende des DNVF seinen Beitrag zum Innovationsfonds unter die Überschrift gestellt „Zum Innovationsfonds müssen wir eine intensive Diskussion führen!“ Diese findet derzeit in verschiedenen Foren statt. Das DNVF beteiligt sich, weil die Einrichtung des Innovationsfonds mit insgesamt 1,2 Mrd. Euro verteilt über vier Jahre als große Chance für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems und als das herausragende Merkmal des GKV Versorgungsstärkungsgesetzes ansehen. Begonnen hat das DNVF diese Diskussion mit einer Sitzung auf dem letzten Jahreskongress des DNVF 2014 in Düsseldorf mit Prof. Hecken, dem unabhängigen Vorsitzenden des G-BA und künftigen Vorsitzenden des Innovationsausschusses, als Gastredner.

>> In der Folge hat sich das DNVF an sämtlichen Anhörungen des BMG und Gesundheitsausschusses beteiligt und sich mit mehreren Stellungnahmen zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) eingebracht. Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der durch das DNVF vorgeschlagenen Änderungen zum 01.08.2015 wirksam. Jetzt beginnt die spannende Periode der Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben. Auch hier hat das DNVF entscheidende Vorarbeiten geleistet. Ein Hauptkritikpunkt seitens des Netzwerks zu den jeweiligen Gesetzesentwürfen war es immer, dass die Wissenschaft bei der Verteilung der Mittel des Innovationsfonds an den Entscheidungen nicht ausreichend beteiligt ist. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) sah es als erforderlich an, anhand eines wissenschaftlichen und transparenten Vorgehens dem Innovationssausschuss geeignete Begutachtungs-, Förder-, und Evaluationskriterien für Projektanträge und Projekte aus dem Innovationsfonds zu empfehlen. Die Mittelvergabe sollte möglichst effektiv, effizient, gerecht, transparent und nachhaltig sein.

Vor diesem Hintergrund initiierte und koordinierte das DNVF eine wissenschaftliche Konsens-Studie (Delphi-Studie) unter Beteiligung aller relevanten Interessenvertreter. Es konnten thematische und methodische Anforderungen, Kriterien hinsichtlich der Eignung der Antragssteller, des Evaluationskonzeptes und des Begutachtungsprozesses über alle Interessenvertreter konsentiert werden. Die

Ergebnisse wurden auf dem 3. DNVF Forum Versorgungsforschung am 18.5.2015 in Berlin vorgestellt und begleitet durch Impulsvorträge mit den Mitgliedern des DNVF, dem Vorsitzenden des G-BA (Prof. J Hecken) und Gästen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung lebhaft diskutiert. Das Programm und die Folien der Vorträge sind abrufbar unter <http://www.netzwerkversorgungsforschung.de/index.php?page=3-dnvf-forum-vf>. Die Ergebnisse wurden zeitnah in „Das Gesundheitswesen“ publiziert. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555898>.

Unter dem Titel „Startschuss für den Innovationsfonds“ hat auch der Bundesverband Managed Care e. V. am 14. September eine sehr gut besuchte Folgeveranstaltung im Langenbeck-Virchow Haus zum Innovationsfonds* mit 500 Teilnehmern durchgeführt. Als Hauptredner begrüßte der BMC den G-BA-Vorsitzenden Prof. Hecken, der sich im Anschluss an seine Ausführungen den Fragen des Publikums stellte. Als sehr erfreulich seitens des DNVF soll hier festgehalten werden, dass was die Förderkriterien für beide Töpfe (225 und 75 Mio Euro/Jahr) angeht, „man sich an den Empfehlungen aus der vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung initiierten DELPHI-Studie halten wird“.

Die nächste wichtige Veranstaltung im

>> *<http://www.bmcev.de/bundesverband-managed-care-ev/innovationsfonds/innovationsfonds>

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, derzeit ist der Innovationsfonds das beherrschende Thema in der Versorgungsforschung. Dieser Newsletter nimmt hierauf mehrfach Bezug. Das DNVF hat sich seit dem



Univ.-Prof. em. Dr.
Prof. h.c. Edmund A.M.
Neugebauer

Bekanntwerden des Koalitionsvertrages in die Diskussion zur Ausgestaltung eingebracht und den Weg der Umsetzung durch eigene Beiträge begleitet. Die nächste wichtige Veranstaltung ist der Versorgungsforschungskongress, wo wir die Themen in zwei Plenarsitzungen unter Beteiligung des Bundesministers für Gesundheit Herrn Hermann Gröhe (am 07.10.) und dem Vorsitzenden des G-BA Herrn Joseph Hecken (am 09.10.) diskutieren werden. Ein weiteres wichtiges Thema ist aktuell die Diskussion zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSg).

Das DNVF hat hierzu Stellung bezogen und u.a. grundlegend hinterfragt, ob die Reform „Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung“ überhaupt sinnvoll gewählt sei – oder ob nicht angesichts des Versorgungsbedarfs, zwangsläufig eine „Qualitäts-orientierte Versorgungsplanung“ angegangen werden sollte.

In dieser Ausgabe berichten wir weiterhin über unseren DNVF-Info-Tag 2015 sowie über aktuelle Aktivitäten und Zahlen aus den DNVF.

Im Namen des DNVF lade ich alle herzlich zum DKVF 2015 ein. Unter Beteiligung unserer Mitglieder und der Programmkommission haben wir ein spannendes und attraktives Programm zusammengestellt, das interessante Diskussionen verspricht (www.dkvf2015.de).

Ihr

Edmund A. M. Neugebauer
Vorsitzender des DNVF e.V.

Save the Date

Deutscher Kongress für
Versorgungsforschung 2016

Im kommenden Jahr wird der Versorgungsforschungskongress vom 05. bis 07. Oktober in Berlin mit PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke als Kongresspräsidentin stattfinden.

Rahmen dieser sehr konstruktiv geführten Diskussion ist der DKVF 2015 (<http://dkvf2015.de/>) vom 7. bis 9. Oktober in Berlin. In zwei Plenarsitzungen unter Beteiligung des Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe (Plenarsitzung 1) und Prof. Hecken (Plenarsitzung 4) werden hier die

Ausgestaltungen des Fonds diskutiert. Welche prioritären Themen sollen gefördert werden, wie ist die Zusammenarbeit zwischen Innovationsausschuss und Expertenbeirat vorgesehen und wie wird Transparenz und Nachhaltigkeit gesichert? Dies soll mit den Vertretern aus der Gesundheitspolitik, aus der Praxis und

aus der Wissenschaft diskutiert werden. Die Akteure stehen bereits in den Startlöchern für den Innovationsfonds. Die erste Förderbekanntmachung soll im Dezember dieses Jahres erfolgen. <<

>> *<http://dkvf2015.de>

DNVF-Info-Tag 2015

Großes Interesse und gute Resonanz

Der DNVF-Info-Tag am 16.09.2015 im dbb forum Berlin fand großen Zuspruch. Vertreter wissenschaftlicher Einrichtungen, der Forschungsförderer, der Medizintechnik, der Pharmazie, der Ärzteschaft, verschiedener Gesundheitsfachberufe und Fachgesellschaften waren gekommen, um mehr über das DNVF und seine Aktivitäten zu erfahren.

>> Nach der Vorstellung des Verbandes durch die Geschäftsführerin Dr. Gisela Nellessen-Martens und dem Vortrag von Prof. Dr. E. Neugebauer, der den Nutzen der Versorgungsforschung für die Wissenschaft, Politik und Gesundheitswirtschaft skizzierte, folgte ein reger Dialog. Dieser wurde durch Statements zweier Fördermitglieder, Dr. Knollmeyer (Sanofi Aventis Deutschland GmbH) und Frau Knirsch (Roche Pharma AG), sowie von Herrn Prof. Dreinhöfer, der den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. als auch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie im DNVF vertritt, angeregt. Thematisiert wurde u.a. der Innovationsfonds, der Weiterentwicklungsbedarf der Methoden in der Versorgungsforschung, die Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Datenzugang oder auch die Nutzenbewertung von Medizinprodukten. Inwieweit kann das DNVF Hilfestellung bei verschiedenen Fragestellungen bieten, z.B. im Bereich der Medizintechnik, da hier z.B. eine gewisse Ratlosigkeit herrscht, wie der Nutzen einer Röntgenaufnahme während einer Blinddarmsoperation bewertet werden kann.

Besonderes Interesse zeigten die Teilnehmer an der Publikation zur Delphi-Befragung, die das DNVF durchgeführt hat (s.o.), sowie am politischen Engagement. Begründet durch die Erwähnung des DNVF e.V. im §137a des SGB V als eine zu beteiligende Institution an Forschungs- und Entwicklungsaufträgen des wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), wird das DNVF regelmäßig zur Stellungnahme eingeladen.

Die Vielzahl der abgegebenen Stellungnahmen des DNVF dokumentieren in besonderer Weise, welche politische und gesellschaftliche Bedeutung der Dachverband in den letzten Jahren gewonnen hat. Die Ge-

schäftsführerin Dr. Gisela Nellessen-Martens stellte in Aussicht, sich über einen Anstieg der Mitglieder, die sich seit Vereinsgründung mehr als verdreifacht hat, zum zehnjährigen

Jubiläum im Mai 2016, sehr zu freuen und steht daher für Fragen insbesondere zur Mitgliedschaft im DNVF jederzeit gerne zur Verfügung. <<



Auf dem Podium (v.li.): DNVF-Hauptgeschäftsführer Dr. Felix Hoffmann, Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie), DNVF-Präsident Prof. Dr. E. Neugebauer. Nicht im Bild: DNVF-Geschäftsführerin: Dr. Gisela Nellessen-Martens.

Zahlen, Aktivitäten und Termine

>> **Neue Mitglieder:** Im August wurden das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Erlangen, das Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin, das Institut für Hausarztmedizin des Universitätsklinikums Bonn und das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost der AOK Nordost (GeWINO) in die Sektion 2 „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“ aufgenommen. Weiterhin wurden drei neue persönliche Mitglieder in die Sektion 4 („Natürliche Personen“) aufgenommen.

>> **Aktuelle DNVF-Stellungnahmen:** Neben der Stellungnahme zum KHSG (s.o.) hat das DNVF in den letzten Wochen zu folgenden Themen Stellung bezogen.

Die Stellungnahmen stehen in der Rubrik „Stellungnahmen und Positionspapiere“ auf

www.dnvf.de zum Download bereit:

- Zum Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ des AQUA-Instituts Stellung bezogen
- Zum Vorbericht „Entwicklungen für ein Qualitätssicherungsverfahren zur systemischen Antibiotikatherapie im Rahmen der parodontalen und konservierend-chirurgischen Behandlung.“

>> **Veranstaltung des BPI, VFA und BMC am 14.10.15 in Berlin:** Bei der gemeinsamen Veranstaltung von BPI, VFA und BMC zum Thema „Warum wir unterschiedliche Studienarten brauchen! Evidenzgenerierung jenseits von RCTs“ wird Frau PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende des DNVF e.V.) zum Thema „(Krebs-)Register“ referieren. <<

DNVF nimmt Stellung zum KHSKG

Das DNVF hat zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSKG BT-Drucksache 18/5372) vom 30.6.2015 eine schriftliche Stellungnahme abgegeben und war durch den Vorsitzenden an der Sitzung des Gesundheitsausschusses am Montag, dem 7. September 2015 vertreten. Der Anhörungssaal war prall gefüllt; insgesamt lagen über 60 schriftliche Stellungnahmen vor, was die enorme Bedeutung des geplanten umfangreichen Gesetzes widerspiegelt. Im Folgenden sind aus Platzgründen nur Auszüge aus der Stellungnahme des DNVF dargestellt.

>> Das DNVF begrüßt die Neustrukturierung des 9. Abschnittes des 4. Kapitels im SGB V und den vorgelegten Gesetzentwurf ausdrücklich, weil hierdurch der ernsthafte Versuch unternommen wird, Krankenhausvergütung und -planung durch die Elemente Qualität und Patientenbezug grundlegend weiterzuentwickeln und gleichzeitig regionale Versorgungsaspekte mit einzubeziehen. Das DNVF hat zu ausgewählten Bereichen des Gesetzesentwurfs Stellung bezogen, die aus Sicht der Patienten von besonderer Bedeutung sind.

1. Qualitätsorientierte Krankenhaus- und Versorgungsplanung (verkürzte Wiedergabe):

Die Absicht, Qualitätsparameter in die Krankenhausplanung einzuführen ist begrüßenswert, erscheint dieser Zugang doch sehr viel sinnvoller als die statische Planung von Fachabteilungsbetten oder von Fällen ohne irgendeine Differenzierung. Erhebliche Skepsis an dieser Krankenhausplanung ist dennoch angebracht, denn primär ist die Frage zu klären, ob die Thematik „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ überhaupt sinnvoll gewählt ist – oder muss nicht angesichts des Versorgungsbedarfs, zwangsläufig eine „Qualitätsorientierte Versorgungsplanung“ angegangen werden, die nicht mehr nur den stationären Sektor, sondern das ganze Versorgungsgeschehen einer Region in den Blick nimmt. Für den Patienten ist es nicht entscheidend wo er behandelt wird, sondern dass er sektorenübergreifend „gut“ behandelt wird. Es steht deshalb in Frage, ob die sektorenbezogene Betrachtungsweise überhaupt noch sinnvoll ist und ob unter sektoraler Perspektive mit Qualitätsparametern eine Verbesserung der Planung möglich ist. Das DNVF plädiert deshalb für eine weitreichendere Lösung. Die geplanten Regelungen, die sich allein auf die Krankenhäuser beziehen, werden diese aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu Reaktionen verleiten, die für die Populationsgesundheit und für das Gesundheitssystem als Ganzes höchstwahrscheinlich nicht positiv sind (Risikoselektion, Fallzahlsteigerung Indikationsausweitung und Verlagerungen in den ambulanten Sektor). Besser aus Sicht der

Versorgungsforschung wäre es daher, direkt einen Schritt weiter zu gehen und alle Leistungserbringer in einer Region gemeinsam für die Qualität der Versorgung der Bevölkerung in die Verantwortung zu nehmen.

2. Qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance, P4P) (verkürzte Wiedergabe):

Einschätzung: Die deutsche Gesundheitspolitik setzt ein international gut erprobtes und intensiv genutztes Instrument ein, so wie es vom Sachverständigenrat bereits im Gutachten 2007 gefordert worden war. P4P stellt weder eine „magic bullet“ noch ein isoliertes Instrument im Sinne einer neuen Ära der Krankenhausvergütung dar, denn es wird lediglich an wenigen Punkten in ein bestehendes Vergütungssystem (DRG) integriert. Im Gesetzestext (§136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) wird explizit die Definition von Qualitätszielen gefordert, denn erst diese lassen ein so differenziertes Instrument wie P4P sinnvoll erscheinen. Diese Qualitätsziele sollten nicht die akutmedizinische, prozedurale und sektorale Orientierung des Systems verstärken, sondern der Behandlung und Prävention chronischer Erkrankungen sowie der Weiterentwicklung und Stärkung der Integration dienen (z.B. aktive Beteiligung von Krankenhäusern an der Gestaltung der Integration über die Sektorengrenzen hinweg, Patientensicherheit, EDV-Ausstattung etc.). Unklar sind sowohl die Kompetenzverteilung und kritisch der Rekurs auf Routinedaten. Eine potentielle „Nebenwirkung“ von P4P liegt auch in der Verstärkung des Mengenanreizes, insbesondere wenn Ergebnisindikatoren bei Krankheitsbildern mit möglicher Mengenausweitung verwendet werden.

3. Qualitätsverträge – Selektivverträge: Der Gesetzgeber hat die Absicht, parallel zur Qualitätsorientierten Vergütung (P4P) die sog. „Qualitätsverträge“ nach §110a [neu] SGB V einzuführen. Die Einführung von Qualitätsverträgen, die grundsätzlich wissenschaftlich zu evaluieren sind, wird befürwortet, da hier eine begrenzte Erprobung und nicht direkt wie bei den anderen Punkten eine bundesweite

Einführung ohne vorherige begrenzte Erprobung vorgesehen ist. Das DNVF plädiert hier für eine hohe Transparenz der Planung und Durchführung zur Sicherstellung einer wissenschaftlich hochwertigen Studienplanung und Auswertung. Die Qualitätsverträge sollten darüber hinaus insoweit verändert werden, als nicht nur Verträge mit Krankenhäusern, sondern Verträge mit ambulanten und stationären Leistungserbringern in Regionen, die für begrenzte Populationen Verantwortung tragen, ermöglicht werden sollten

4. Mindestmengen: Die jetzt angestrebte Regelung zu den Mindestmengen hat im Zusammenhang mit der qualitätsorientierten Krankenhausplanung eine noch verstärkte Bedeutung erhalten. Für die Krankenhausplanung bzw. die modernen Ansätzen einer integrierten Versorgung werden hier neue Handlungsoptionen eröffnet. Bei der Weiterentwicklung der Mindestmengen ist u.a. zu beachten, dass eine Prognose der wahrscheinlichen Fallzahlen aufgrund der Ergebnisse allein des letzten Jahres nicht ausreicht. Bisher zeigen Ergebnisse der Versorgungsforschung aus Deutschland (de Cruppé W, Geraedts M. [How Steady are Hospitals in Complying with Minimum Volume Standards? A Retrospective Longitudinal Data Analysis of the Years 2006, 2008, and 2010.]. Zentralbl Chir. 27. Februar 2015), dass zum Beispiel bei Pankreaseingriffen bis zu 35 % der Krankenhäuser wechselnd die Mindestmenge in einem Jahr erfüllen, in einem anderen Jahr nicht erfüllen. Daher sollten mehrjährige Verläufe der Fallzahlen in Betracht gezogen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser zu einer Indikationsausweitung angeregt werden.

5. Zugangsindikatoren (Access-Indicators):

In der gegenwärtigen Gesetzesinitiative (KHSKG) wird nach jahrelangen Versuchen die Zugangsproblematik im neuen §136c „Beschlüsse des GBA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung“ angesprochen, und zwar über die Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser in Regionen geringen Behandlungsbedarfs. Neben den Regelungen zur Not-

fallversorgung (Abs. 4) wird hier die Erreichbarkeit in Abs. 3 in die Krankenhausplanung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hier verpflichtet insbesondere Vorgaben zu beschließen

- 1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
- 2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und
- 3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Die Vorgaben werden vom DNVF als erster wichtiger Schritt gewertet. Sie müssen jedoch so ausgestaltet sein, dass sie regionalen Besonderheiten, die die Erreichbarkeit beeinflussen (z. B. Topographie, Verkehrsinfrastruktur und -lage), hinreichend Rechnung tragen. Ein Sicherstellungszuschlag soll nur gezahlt werden, wenn die Defizite des Krankenhauses auf den geringen Versorgungsbedarf zurückgehen und nicht die mangelnde Wirtschaftlichkeit der Krankenhausorganisation. Es handelt sich nicht um Leistungen der unmittelbaren Notfallversorgung, sondern um Leistungen, „bei denen eine unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung notwendig ist“.

6. Zweitmeinung: Die seit dem Jahr 1989 im Sozialgesetzbuch verankerte Möglichkeit, ein Zweitmeinungsverfahren einzuführen, wird nun nach einem 26-jährigen Dornröschenschlaf zum Leben erweckt. Die angedachte Fokussierung auf mengenrelevante Eingriffe bzw. Prozeduren könnte bedeuten, dass in anderen Bereichen kei-

ne Zweitmeinungen mehr auf Kosten der GKV eingeholt werden können. Für diesen Bereich fehlt jegliche aktuelle Forschung aus Deutschland, die dies rechtfertigen würde. Entsprechende Forschungsanträge wurden bisher zwar beantragt, jedoch nicht bewilligt. Unklar ist deshalb, inwiefern Zweitmeinungsverfahren tatsächlich eine Reduktion der wirklich unnötigen Prozeduren verursachen oder aber die Nebenwirkungen mögliche positive Effekte ad absurdum führen. Deshalb ist zwingend eine Evaluation der geplanten Zweitmeinungsverfahren vorzusehen. <<

>> *<http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=stellungennahmen>

Termine

07.-09.10.15 Berlin

Urania: 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
>> www.dkvf2015.de

15.10.15 Berlin

NOVOTEL am Tiergarten, Berlin:
Berliner Forum der AWMF:
„Gemeinsam Klug Entscheiden – Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften“
>> <http://www.awmf.org> >> veranstaltungen

09.-13.10.2015 Basel/CH

Jahrestagung der Dt. Ges. f. Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)
>> <https://www.haematologie-onkologie-2015.com/>

20.-23.10.2015. Berlin:

Dt. Ges. für Unfallchirurgie (DGU), Dt. Ges. f. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOC), BVOU sowie DGOU
>> www.dkou.org/2015

06.-07.11.2015, Düsseldorf:
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
www.herbsttagung-ddg.de

06.-07.11.15, Frankfurt:
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
>> <http://www.dtzt.de/>

25.-28.11.15, Berlin:
Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
>> <http://www.dgppn.de/kongress.html>

Save the Date

DNVF-Spring-School 2016
vom 05. bis 07. April in Bonn

Die vierte DNVF-Spring-School findet 2016 erneut im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Insgesamt 18 Seminarmodule werden von den DNVF-Arbeitsgruppen und externen Referenten über drei Tage angeboten. Die Online-Anmeldung zu den Seminaren wird ab Anfang November auf www.dnvf.de möglich sein.

Haben Sie Interesse am DNVF?

- Die ordentliche Mitgliedschaft steht grundsätzlich wissenschaftlich, fachlich oder berufspolitisch auf dem Gebiet der Versorgungsforschung tätigen Juristischen Personen oder Personenvereinigungen sowie Natürlichen oder Juristischen Personen, deren Tätigkeit für die Versorgungsforschung relevant ist, offen.
- Die Antragsformulare für Gesellschaften/Institute/Organisationen sowie für Natürliche Personen stehen auf www.dnvf.de bereit.
- Die fördernde Mitgliedschaft kann von den ordentlichen Mitgliedern des Vereins beantragt werden. Außerdem können Juristische Personen und Personenvereinigungen, die den Verein unterstützen möchten, eine Fördermitgliedschaft beantragen.

Wir interessieren uns für die Mitgliedschaft als Gesellschaft/Institution/Organisation o.ä.*

Wir interessieren uns für eine fördernde Mitgliedschaft*

Ich interessiere mich für eine persönliche Mitgliedschaft*

Gesellschaft/Institution/Organisation

Name/Vorname

Adresse

E-Mail

DNVVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVVF) e.V. - Geschäftsstelle c/o IMVR
Eupener Str. 129 - 50933 Köln
Tel. 0221-478-97111
Fax 0221-478-1497111

Prof. Dr. rer. oec. Thomas Wilke
 Dr. rer. oec. Katja Gehrke
 Veit Anton, M.A.
 Sabrina Müller

Umfrage unter pharmazeutischen Unternehmen: Umsetzung der Versorgungsforschung in Deutschland

Versorgungsforschung – bzw. im internationalen Sprachgebrauch mit inhaltlich vergleichbarer Bedeutung „Real World Evidence (RWE)-studies“, „Health Services Research“ oder auch „Health Economics Outcomes Research (HEOR)“ sind wissenschaftliche Disziplinen, die die „reale Patientenversorgung“ adressieren – wird seit Jahren eine steigende Bedeutung auch und gerade im Bereich pharmazeutischer Produkte prognostiziert¹. Ähnliches kann auch für Deutschland festgestellt werden⁴, sowohl, wenn man Verlautbarungen der Politik und Selbstverwaltung, Diskussionen zum aktuellen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz als auch publizierten Positionen von Akteuren aus Ärzteschaft oder pharmazeutischer und Medizintechnikindustrie folgt^{2,3}.

>> Die pharmazeutische Industrie nimmt bei der Entwicklung der Versorgungsforschung national und international eine bedeutende Rolle ein. Exakte Daten zu Forschungsausgaben im Bereich der Versorgungsforschung existieren nach Kenntnis der Autoren nicht. Betrachtet man jedoch den Anteil der Ausgaben für Versorgungsforschung der Unternehmen, gemessen an den Ausgaben für klinische Forschung, entfallen schätzungsweise derzeit 5 % auf Studien zu Versorgungsforschung. Dies kann aber individuell von Unternehmen zu Unternehmen abweichen, je nachdem, welchen Stellenwert das Thema einnimmt. Bekannt ist aber, dass die pharmazeutische Industrie im Gesundheitsbereich den Großteil der gesamten Forschungsausgaben trägt. Betrachtet man die prozentualen Anteile verschiedener Bereiche an den Forschungs- und Entwicklungsausgaben insgesamt, so entfallen 47 % der Ausgaben auf die klinischen Prüfungen (ohne Phase IV), wie eine US-amerikanische Umfrage für 2013 ermittelte. Die restlichen Anteile entfallen auf die Präklinik, Zulassung, Pharmakovigilanz und sonstige Anteile.⁷ Nationale und internationale Forschung sind schwer voneinander abzugrenzen. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist für 2013 ca. 3,9 Mrd. Euro⁴ an Forschungsausgaben für den Gesundheitsbereich aus. Im gleichen Jahr hat die pharmazeutische Industrie in Deutschland 6,1 Mrd. Euro⁵ in F&E investiert. Vermutet werden kann deshalb, dass die pharmazeutische Industrie auch im Bereich der Versorgungsforschung zunehmend ein bedeutender Akteur ist – trotz umfangreicher Versorgungsforschungsaktivitäten von Krankenkassen und avisierten erheblicher finanzieller Mittel im Kontext der erwarteten Einrichtung des Innovationsfonds beim G-BA.

Zusammenfassung

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass ein noch deutlicher formaler, prozessualer und inhaltlicher Entwicklungsbedarf besteht, bis Versorgungsforschung in der Umsetzung von pharmazeutischen Unternehmen durchgehend einen hohen Stellenwert hat. Die Bedeutung der Versorgungsforschung nimmt aber aus Sicht der Unternehmen künftig dennoch weiter zu.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschungsstudie, Versorgungsforschungsstudientypen, Real-World-Evidence, Pharmazeutische Unternehmen

Unbekannt ist jedoch, wie intensiv und methodisch einheitlich das Instrumentarium der Versorgungsforschung bislang in pharmazeutischen Unternehmen verankert ist bzw. umgesetzt wird. Ziel dieses Beitrags ist deshalb, anhand der Präsentation von Ergebnissen einer Befragung von Mitgliedsunternehmen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) zu verdeutlichen, wie Versorgungsforschungsstudien als Forschungsbereich in pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland aktuell bewertet werden, wie häufig diese bislang umgesetzt wurden bzw. in Zukunft geplant werden und welche Herausforderungen aus Sicht der pharmazeutischen Industrie bestehen, derartige Studien umzusetzen.

Befragung unter pharmazeutischen Unternehmen

Der BPI ist eine Interessenvertretung von insgesamt 240 Unternehmen mit circa 70.000 Mitarbeitern auf den Gebieten der Arzneimittel-forschung, -entwicklung, -zulassung, -herstellung und -vermarktung. Zu den Unternehmen gehören klassische Pharma-Unternehmen, Pharma-Dienstleister, Unternehmen aus dem Bereich der Biotechnologie, der pflanzlichen Arzneimittel und der Homöopathie/Anthroposophie.

Die Unternehmensbefragung wurde von der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung des BPI geplant und umgesetzt, wobei folgende Themenbereiche durch die Befragung adressiert wurden:

- Definition/Verständnis von Versorgungsforschung in Unternehmen
- Bisherige Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien: Studientypen und Häufigkeit der Umsetzung
- Herausforderungen bei der Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien
- Geplante Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien in der Zukunft.

Der Online-Fragebogen wurde an die Geschäftsführungen und Experten der Versorgungsforschung in den Unternehmen versandt. Insgesamt wurden 184 ordentliche Mitglieder angeschrieben. An der Befragung haben 55 Unternehmen teilgenommen. Bei vielen Antworten waren Mehrfachnennungen möglich und es bestand kein Antwortzwang.

Befragungsergebnisse

Unternehmensinterne Definition von Versorgungsforschung

Die befragten Unternehmen – respektive die Antwortenden – haben ein durchaus unterschiedliches Verständnis von Versorgungsforschung. Während retrospektive Kassen-/Abrechnungsdatenstudien (67,3%), observationale, nicht-interventionelle Studien (58,2%) und Anwendungsbeobachtungen (49,1%) sehr häufig als Versorgungsforschung angesehen werden, werden Patientenaktenstudien (34,5%), Patientensurveys (25,5%), Arztsurveys (23,6%) und pragmatische, randomisierte Trials (23,6%) nur zu einem Viertel bis Drittel als Teil

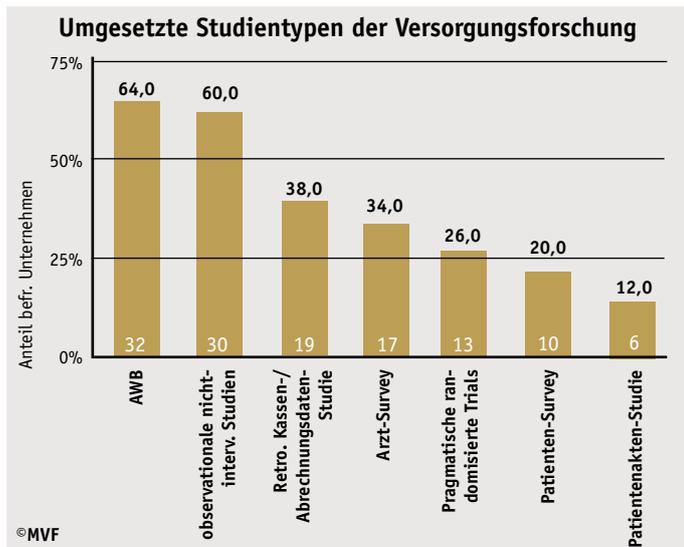


Abb. 1: Von befragten Unternehmen umgesetzte Studientypen der Versorgungsforschung. Quelle: Eigene Darstellung, n=50; 5 ohne Angabe.

der Versorgungsforschung interpretiert. Auch die Abgrenzung von Versorgungsforschung und Marktforschung innerhalb der pharmazeutischen Unternehmen ist nicht einheitlich: 79% der Befragten sehen Studienprotokolle bei Versorgungsforschungsstudien als Abgrenzungskriterium, 63% sehen allgemein den Ressourcen- und Zeitaufwand, 61% die Publikationsfähigkeit und 45% die Repräsentativität der Ergebnisse als Abgrenzungskriterium.

Bisherige, aktuelle Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien

Im arithmetischen Mittel setzten die befragten Unternehmen in den vergangenen drei Jahren 2,7 (Median: 1,0) Versorgungsforschungsstudien um. Die am häufigsten von den befragten Unternehmen bislang durchgeführten Versorgungsforschungstypen (mindestens 1 Studie in den vergangenen 3 Jahren) waren observationale nicht-interventionelle Studien (60%) sowie Anwendungsbeobachtungen (64%); weitaus weniger häufig wurden retrospektive Kassen-/Abrechnungsdatenstudien (38%), Pragmatic Trials (26%), Patientensurveys (20%) oder Patientenaktenstudien (12%) durchgeführt (Abbildung 1). Aktuell setzen die Unternehmen im arithmetischen Mittel 1,5 Studien um, davon 45,6% im Kontext von Produkten vor Marktzugang, 38,5% im Kontext von Arzneimitteln nach deren Marktzugang und 15,9% im sonstigen Kontext.

Zur Differenzierung der befragten Unternehmen wurden drei Unternehmenstypen unterschieden: Unternehmen mit hoher Versorgungsforschungsintensität (>3 unterschiedliche Typen von Versorgungsforschungsstudien in den vergangenen drei Jahren; 13 Unternehmen), mit mittlerer Versorgungsforschungsintensität (2-3 unterschiedliche Typen von Versorgungsforschungsstudien in den vergangenen drei Jahren; 20 Unternehmen) sowie mit niedriger Versorgungsforschungsintensität (maximal ein Typ von Versorgungsforschungsstudien in den vergangenen drei Jahren; 17 Unternehmen).

Planung von Versorgungsforschungsstudien und Herausforderungen

Pharmazeutische Unternehmen planen Versorgungsforschungsstudien aus drei Gründen: als Informationsbasis im AMNOG-Nutzenbewertungsprozess (69%), als Informationsbasis für Marketing und Produktpositionierung (75%) sowie als Basis für spätere Kassengespräche (69%). 42% der Unternehmen planen aktuell Versorgungsforschungsstudien. Die Hauptgründe dafür, aktuell keine Studien zu planen, sind ein hoher finanzieller Aufwand (64%), ein zu hoher Zeitaufwand (41%) sowie der fehlende Mehrwert der Ergebnisse (27%). Die befragten Unternehmen planen künftig hauptsächlich retrospektive Kassen-/Abrechnungsstudien (69%), observationale nicht-interventionelle Studien (50%) sowie Patientenaktenstudien (38%). Ein Vergleich mit Abbildung 1 zeigt, dass Kassen-/Abrechnungsdatenstudien (+31 Prozentpunkte), Patientenaktenstudien (+26 Prozentpunkte) und Pragmatic Trials (+5 Prozentpunkte) an Bedeutung gewinnen werden, hingegen prospektive nicht-interventionelle Studien (-10 Prozentpunkte) und Anwendungsbeobachtungen (-8 Prozentpunkte) leicht an Bedeutung verlieren werden.

Abbildung 2 fasst die Angaben zur bisherigen Umsetzung von Versorgungsforschung und zur Versorgungsforschungsplanung zusammen. Sichtbar wird, dass jeweils etwa die Hälfte der befragten Unternehmen mit bisher hoher bis mittlerer Intensität im Hinblick auf die Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien auch neue Versorgungsforschungsstudien plant. Bei Unternehmen mit bislang niedriger Versorgungsforschungsaktivität planen jedoch aktuell nur zwei Unternehmen (18,2 % der antwortenden Unternehmen) die Durchführung einer Versorgungsforschungsstudie. Als ursächlich für nicht geplante Studien werden am häufigsten zu hohe Kosten gefolgt von einem zu hohem Zeitaufwand genannt.

Interne Prozesse bei Planung und Genehmigung von Versorgungsforschungsstudien

Im Rahmen der Befragung wurde versucht, den internen Planungs- und Genehmigungsprozess für pharmazeutischen Unternehm-

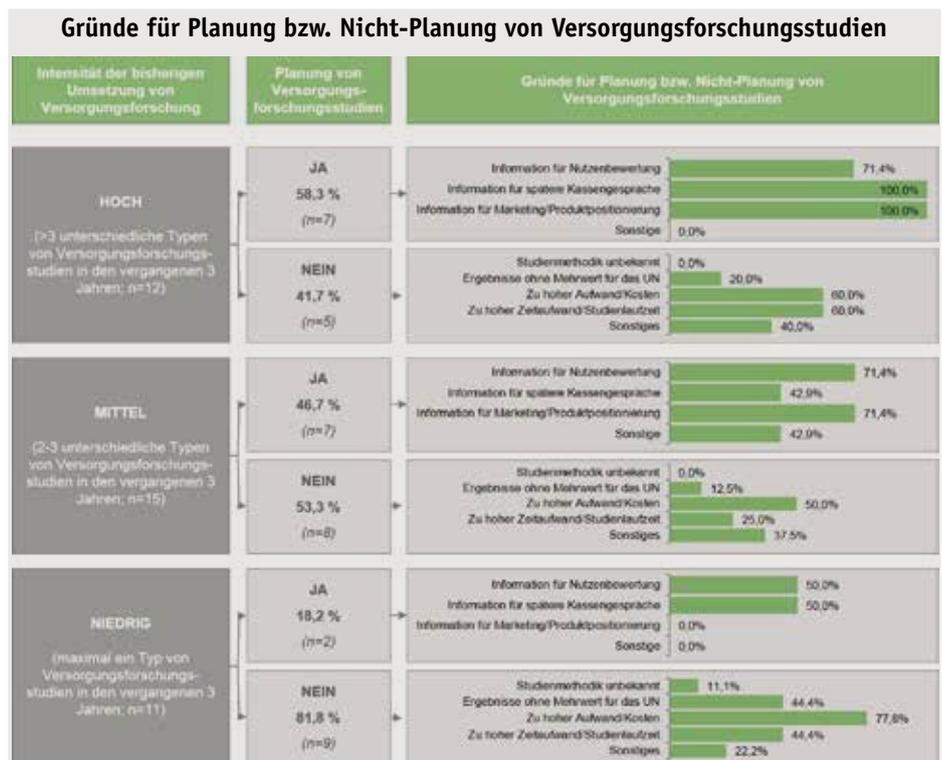


Abb. 2: Gründe für Planung/Nicht-Planung von Versorgungsforschungsstudien. Quelle: Eigene Darstellung, n=38; 17 Unternehmen konnten aufgrund fehlender Angaben nicht in die Analyse einbezogen werden.

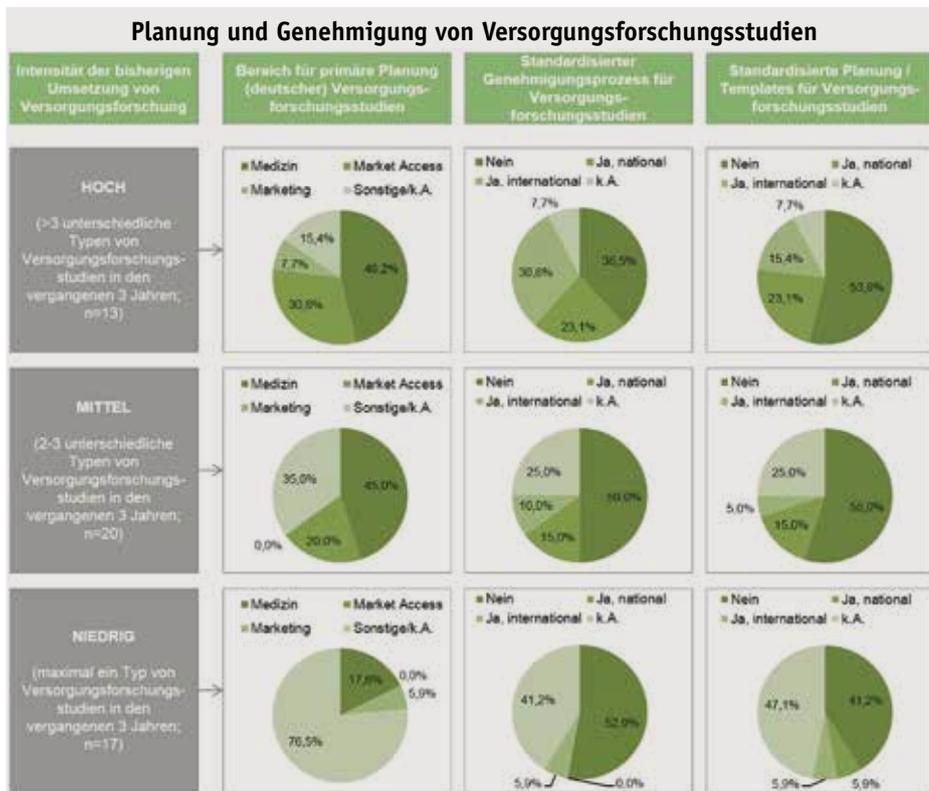


Abb. 3: Planung/Genehmigung von Versorgungsforschungsstudien. Quelle: Eigene Darstellung. n=50; 5 Unternehmen ohne Angabe.

men bei Etablierung und Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien zu beschreiben. Erkennbar wird anhand der Befragungsdaten, dass Versorgungsforschungsstudien weitaus weniger formalisiert geplant werden als beispielsweise klinische Studien (Abb. 3). In ca. 54 % der Unternehmen mit bisher hoher Intensität an Versorgungsforschungsaktivität existieren standardisierte Genehmigungsprozesse (national oder international) und in ca. 38 % ebenso standardisierte Planungsprozess/-templates für Versorgungsforschungsstudien (national oder international). Bei Unternehmen mit bislang mittlerer Intensität an Versorgungsforschungsaktivität liegen diese Raten bei 25 % (standardisierte Genehmigungsprozesse) und 20 % (standardisierte

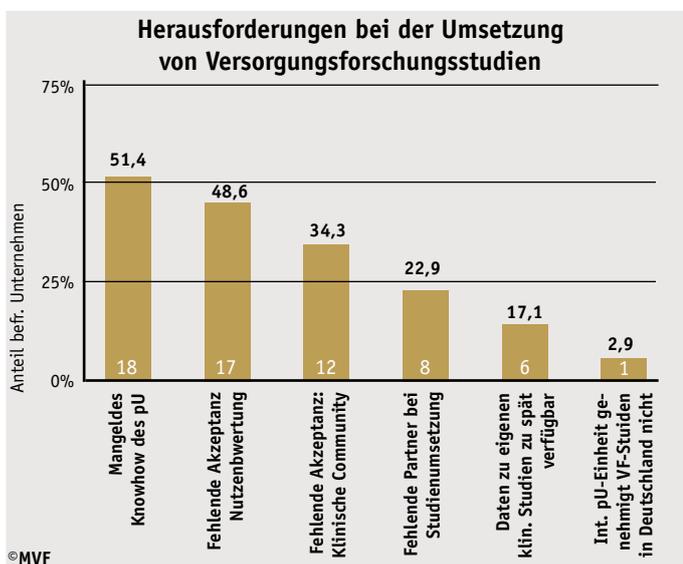


Abb. 4: Herausforderungen bei der Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien. Quelle: Eigene Darstellung n=35; 20 Unternehmen ohne Angabe. Legende: pU = pharmazeutische Unternehmen.

Planungsprozesse); bei Unternehmen mit eher geringer Versorgungsforschungsaktivität ist die Standardisierung dieser Prozesse erwartungsgemäß weniger etabliert.

Die überwiegende Mehrheit der antwortenden Unternehmen (35 von 36) gab an, dass es keinen automatisierten Beginn der Planung von Versorgungsforschungsstudien gibt, wenn ein in der Entwicklung befindliches Produkt ein spezifisches Entwicklungsstadium erreicht hat.

Nach Ansicht der Befragten sind mangelndes Know-How in der eigenen Organisation sowie fehlende Akzeptanz der Daten innerhalb des Nutzenbewertungsprozesses und der klinischen Community, aber auch fehlende Kooperationspartner bedeutende Barrieren bei der Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien (Abb. 4).

Interpretation der Befragungsergebnisse sowie Prognose zukünftiger Entwicklungen

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Versorgungsforschung ein bedeutendes Thema für pharmazeutische Unternehmen darstellt. Mit den Studien ist Aufwand in finanzieller aber auch zeitlicher Hinsicht verbunden. Insbesondere besteht Unsicherheit bezogen auf die Akzeptanz der Daten, weshalb letztlich nur 42 % der Unternehmen, die geantwortet haben, in der Zukunft die Initiierung von Versorgungsforschungsstudien planen. Basierend auf den Befragungsergebnissen wird retrospektiven Kassen-/Abrechnungsdatenanalysen, Patientenaktenstudien sowie prospektiven Pragmatic Trials eine wachsende Bedeutung dieser Studientypen für die Unternehmen in den nächsten Jahren zukommen.

Überraschend an den Befragungsergebnissen sind zum einen die unterschiedliche Abgrenzung von Versorgungsforschung in den befragten Unternehmen sowie zum anderen die begrenzte Formalisierung von Planungs- und Genehmigungsprozessen im Hinblick auf Versorgungsforschungsvorhaben. Somit zeigen die Antworten, dass noch erhebliches Entwicklungspotenzial bei der Etablierung von Versorgungsforschung in pharmazeutischen Unternehmen existiert. Die Unsicherheit bezüglich

Literatur

- Garrison LP Jr, Neumann PJ, Erickson P, Marshall D, Mullins CD. Using real-world data for coverage and payment decisions: the ISPOR Real-World Data Task Force report. *Value Health*. 2007;10(5),S. 326-35.
- Nellessen-Martens G /Neugebauer EAM für den Vorstand des DNVF e.V. Qualität, Nutzen und Wirksamkeit der Versorgungsforschung - Ableitung von Konsequenzen für den Innovationsfond. Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V. Version: 17.09.2014
- Pfaff H, Abholz H, Glaeske G, Icks A, Klinkhammer-Schalke M, Nellessen-Martens G, Neugebauer EA, Ohmann C, Schrappe M, Selbmann HK, Stemmer R; Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung. Health services research: essential for allocation decisions - joint statement. *Dtsch Med Wochenschr*. 2011;136(48), S. 2496-500.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de; Abrufdatum 17. Mai 2015.
- Stifterverband für die deutsche Wissenschaft, Statistik zur Forschung und Entwicklung im Wirtschaftssektor, April 2015.
- Wilke T, Gehrke K, Veit A, Müller S. Pharmazeutische Versorgungsforschung in Deutschland: Sachstand und Umsetzung, Implicon Plus Mai 2015.7 PhRMA, Annual Membership Survey 2015, S. 6.

lich des Wertes von Versorgungsforschungsdaten in den alternativen Verwendungen (explorative und vergleichende Versorgungsforschung) sowie erhebliche Unsicherheiten hinsichtlich des Aufwandes bei Studienplanung und -durchführung, was auch die Verfügbarkeit von Daten einschließt, führen in vielen Unternehmen offensichtlich zur Zurückhaltung bei Umsetzung von Versorgungsforschungsstudien. Der geringe Formalisierungsgrad der Planung von Versorgungsforschungsstudien und die mangelnde Einbindung höherer unternehmensinterner Distanzen/Bereiche zeigen zudem, dass Versorgungsforschungsdaten aktuell oftmals kein systematischer, sondern eher ein punktuell-lokaler Nutzen beigemessen wird.

Es ist die Hypothese der Autoren, dass Versorgungsforschungsstudien an Bedeutung gewinnen werden und dies einher geht mit stärker formalisierten und damit auch transparenter strukturierten Planungs- und Genehmigungsprozessen innerhalb der pharmazeutischen Unternehmen⁶. Diese Entwicklung wird teilweise von den Unternehmen selbst initiiert werden, aber auch extern geprägt sein durch eine von den Autoren dieses Beitrags prognostizierte höhere Akzeptanz von Versorgungsforschungsdaten durch folgende Makro-Trends: (1) Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, (2) zunehmende Erstattung von pharmazeutischen Produkten in Abhängigkeit ihres „Real-Life-Nutzens“ und evtl. sogar auf Basis von „Real-Life Health Economic Models“ sowie (3) Umsetzung von innovativen/neuen Versorgungsformen und -strukturen, die auch pharmazeutische Produkte einschließen.

Die präsentierten Befragungsergebnisse zeigen, dass diese Entwicklung in pharmazeutischen Unternehmen bereits ihren Anfang genommen hat, allerdings auch noch deutlicher formaler, prozessualer und inhaltlicher Entwicklungsbedarf besteht, bis Versorgungsforschung in

Survey of Pharmaceutical Companies: Implementation of Health Services Research in Germany

A survey of 55 members of the BPI revealed that in their opinion Health Services Research is an important part of their own research activities. However, the companies also find the execution of Health Services Research studies to be a challenge. Reported reasons for this are deficits in knowledge about the potentials and limits of such projects. Furthermore, a lack of time and shortage of financial resources are also highlighted. As there is no universal consensus on standards and the data generated from Health Services Research studies are only considered to a low extent, the benefit from Health Services Research studies is assumed to be low.

The results of the survey show that there is a definite need for development of standard study protocols in terms of form, processes and content, before the implementation Health Services Research will receive a high priority by pharmaceutical companies. Still, the importance of Health Services Research from a business perspective is increasing.

Keywords

Health Services Research Study, Health Services Research Study Types, Real-World Evidence, Pharmaceutical Companies

der Umsetzung von pharmazeutischen Unternehmen den Stellenwert hat, den sie (scheinbar) bereits jetzt in offiziellen Verlautbarungen von Vertretern der Politik/Selbstverwaltung besitzt. <<

Autorenerklärung

Befragung der BPI-Unternehmen und die Erstellung der Publikation wurden vom BPI finanziell gefördert.

Prof. Dr. rer. oec. Thomas Wilke

ist Gesundheitsökonom. Seit 2004 ist er als Professor an der Hochschule Wismar tätig und leitet seit 2006 das Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik, welches mit pharmazeutischen Unternehmen, Pharmagroßhändlern sowie Krankenkassen wissenschaftliche Studien durchführt. Seit 2015 ist Prof. Dr. Wilke Partner der europäischen Health-Care-Beratung Ingress-Health. Kontakt: thomas.wilke@ipam-wismar.de



Dr. rer. oec. Katja Gehrke

ist seit mehr als 10 Jahren als Geschäftsfeldleiterin Strategische Grundsatzfragen Gesundheitswesen beim BPI, Berlin, tätig. Zu ihren Arbeitsschwerpunkten zählen Steuerungselemente in der ambulanten Arzneimittelversorgung, Fragen der Versorgungsforschung sowie die Pharmaindustrie als ein industrieller Kern der Gesundheitswirtschaft. Sie studierte Volkswirtschaftslehre an der TU Berlin, Université Libre à Bruxelles und am Institut d'Études Européennes in Brüssel. Kontakt: kgehrke@bpi.de



Veit Anton, M.A.

ist seit 5 Jahren als Referent für Strategische Grundsatzfragen Gesundheitswesen beim BPI, Berlin, tätig. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen u. a. Analysen zum AMNOG und zu Steuerungselemente in der ambulanten Arzneimittelversorgung, die pharmazeutische Industrie als Teil der Gesundheitswirtschaft und Aspekte der Versorgungsforschung. Er hat Public Health and Administration sowie Social- and Healthcaremanagement an der HS Neubrandenburg studiert. Kontakt: vanton@bpi.de



Sabrina Müller

ist Projektleiterin der Ingress-Health HWM GmbH. Seit 2009 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin des IPAM tätig und betreute eine Vielzahl an Versorgungsforschungsstudien in unterschiedlichen Indikationen. Weiterhin ist Sabrina Müller Dozentin eines Fernstudiengangmoduls zur „Versorgungsforschung, Epidemiologie und Public Health“.

Kontakt: sabrina.mueller@ipam-wismar.de



Joachim Graf M.A.
Dipl.-Soz. Christine Emrich
Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

Implementierung und Evaluation der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ an der Medizinischen Fakultät Tübingen

Während in den Vereinigten Staaten (dem „Mutterland“ der Versorgungsforschung [8,13,16]) seit 2009 mehr als eine Milliarde US-Dollar in Forschungsprojekte investiert wurden, um die Versorgungsforschungskonzepte Comparative Effectiveness Research (CER) und Patient-Centered Outcomes Research (PCOR) im Forschungsalltag zu etablieren [3-7], befindet sich die Versorgungsforschung in Deutschland noch in einem frühen Entwicklungsstadium [8]. Zumindest in Baden-Württemberg besteht seit 2011 ein durch Landesmittel gefördertes Programm zur Förderung der Versorgungsforschung [17,18]. Auch hier wurde die Disziplin jedoch bisher noch nicht flächendeckend in Forschung und Lehre umgesetzt, bis heute wurde die Versorgungsforschung von den Medizinischen Fakultäten in Baden-Württemberg nicht als Pflichtfach in die Studienordnungen der Humanmedizin aufgenommen (Stand: Dezember 2013). Die Möglichkeiten, Versorgungsforschung im Studium zu verankern, sind daher begrenzt, zumal auch in dem 2003 in die Approbationsordnungen aufgenommenen Querschnittsbereich (QB) „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege“ und in der sozialmedizinischen Lehre versorgungsforschungsrelevante Inhalte bisher kaum umgesetzt werden [9-12]. Es stellt sich daher die Frage, wie die Versorgungsforschung erfolgreich in das Medizinstudium implementiert werden kann, um zukünftige Ärztinnen/Ärzte und WissenschaftlerInnen für die Fragestellungen der Disziplin zu sensibilisieren. Neben dem QB und der sozialmedizinischen Lehre könnten entsprechende Lehrinhalte in den klinischen Fächern und im Rahmen einer Wahlpflichtveranstaltung (WPV) realisiert werden. Grundsätzlich sind die Anforderungen an eine Wahlpflichtveranstaltung an den baden-württembergischen Hochschulen unterschiedlich geregelt, in Tübingen wird (gemäß Studienordnung vom 6.5.2013) ein Mindeststundenumfang von 40 Unterrichtseinheiten gefordert.

>> Die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung (KS VF) an der Medizinischen Fakultät in Tübingen wurde 2011 am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung (Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Monika A. Rieger) im Rahmen des Programms

Zusammenfassung

Hintergrund: Ergebnisse aus der Versorgungsforschung dienen im Gesundheitswesen zur Orientierung über Qualität, Therapiesicherheit, Nutzen und Nachhaltigkeit der Versorgung. Obwohl ihr im internationalen Forschungsdiskurs eine immer größere Bedeutung zukommt, hat sich die Disziplin im universitären Lehr- und Forschungsbetrieb in Deutschland bisher nur unzureichend etabliert. So gehört das Fach bisher nicht zum üblichen Fächerkanon in den humanmedizinischen Curricula an deutschen Hochschulen. Mit dem Angebot der Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“, die für Studierende der Humanmedizin als Wahlpflichtveranstaltung angeboten wird, möchte die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung / CoreFacility an der Medizinischen Fakultät Tübingen diese Lücke schließen.

Material und Methoden: Die Blockveranstaltung wurde im Herbst 2011 als modulare Veranstaltung entwickelt und seit dem Jahr 2012 einmal jährlich angeboten. In den drei durchgeführten Veranstaltungen wurden die einzelnen Module der Blockwoche evaluiert, um die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit dem Lehrkonzept zu überprüfen und Verbesserungspotentiale aufzuzeigen.

Ergebnisse: In allen drei Durchläufen wurden die einzelnen Module gut bis sehr gut bewertet. Die Teilnehmenden wiesen deutlich darauf hin, dass die Veranstaltung aufgrund der hohen inhaltlichen und methodischen Relevanz in den regulären Studienplan aufgenommen werden sollte.

Schlussfolgerungen: Nach dreimaliger erfolgreicher Durchführung und Evaluation der Veranstaltung kann die modularisierte Blockwoche als Möglichkeit beschrieben werden, methodische und inhaltliche Grundlagen der Versorgungsforschung ins Medizinstudium zu integrieren und angehende Mediziner für die Effectiveness-Forschung zu sensibilisieren. Das Lehrformat sollte auch zukünftig angeboten werden.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Graduiertenakademie, Blockwoche, Medizinstudium, Wahlpflichtfach, Evaluation

zum „Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg“ gegründet [17,18]. Auftrag der Koordinierungsstelle ist es, die Disziplin an den Kliniken, Abteilungen und Instituten in Tübingen zu fördern und die Akteure miteinander zu vernetzen. Entsprechend der Bedeutung dieser Aktivitäten für die Medizinische Fakultät wurde die KS VF im Jahr 2014 zur CoreFacility der Medizinischen Fakultät ernannt. Ein Ziel der Arbeit der KS VF war von Anfang an, methodische und inhaltliche Aspekte der Versorgungsforschung auch in die Lehre zu integrieren. Im Rahmen der Graduiertenakademie der Eberhard Karls Universität Tübingen, Sektion Medizin, wurden verschiedene Lehrformate entwickelt und angeboten, die sich auch an Studierende richten (u.a. DoktorandInnen-Seminar Versorgungsforschung, Forschungswerkstatt Qualitative Methoden). Initial handelte es sich aber zunächst um Angebote, die vor allem einzelne methodische Aspekte (vor allem der

Versorgungsforschung: Bedeutung

Allgemein wird unter der Versorgungsforschung eine grundlagen- und problemorientierte Disziplin verstanden, welche die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert [1]. Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems [1]. Wie die DFG festhält, stellt die Versorgungsforschung einen Teil der klinischen Forschung dar [13]. Sie erhält in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung, da auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse das Versorgungssystem verbessert werden kann, indem Fehl-, Unter- und Überbehandlungsmaßnahmen identifiziert und damit mögliche Antworten auf die Priorisierungsdiskussionen angeboten werden können, die den öffentlichen Diskurs aufgrund der Folgen des demographischen Wandels zunehmend beherrschen [2]. Gleichzeitig kann die Versorgungsforschung als logisches Resultat der Forderung nach einer evidenzbasierten Medizin (EbM) bezeichnet werden, die dort ansetzt, wo die Grenzen der klinischen Studien erreicht sind [2,15]. Während die klassischen EbM-Studien die Wirksamkeitsdimension Efficacy fokussieren, wird in der Versorgungsforschung das Maß Effectiveness angestrebt. Efficacy beschreibt dabei allgemein das Ausmaß, zu dem eine spezifische Intervention unter idealen Ausgangsbedingungen wirksam ist, während bei der Effectiveness-Forschung die Wirksamkeit einer Intervention in der Gesamtpopulation in der Normalversorgung (unter nicht-standardisierten Bedingungen) im Vordergrund steht [2,14,15].

| Inhaltliche Schwerpunkte der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ | |
|--|--|
| Methodische Aspekte | Quantitative Methoden: Regeln und praktische Tipps beim Einsatz standardisierter Fragebögen |
| | Datensatzerstellung für die statistische Analyse |
| | Einstieg in die qualitative Forschung und Interviewführung |
| | Wie erstelle ich einen systematischen Review? |
| | Lebensqualität als Methode und Gegenstand der VF |
| | Registerforschung |
| Versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen | Einführung in die Versorgungsforschung |
| | Studientypen der Versorgungsforschung |
| | Versorgung(sforschung) im Kontext: Das deutsche System und seine Akteure |
| | Gendersensible Versorgungsforschung – auch in der Sekundärdatenanalyse |
| | Organisationsbezogene Versorgungsforschung und komplexe Interventionen |
| | Daten zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung am Beispiel des Jugend- und Gesundheitssurveys des RKI |
| Wissenschaftliches Arbeiten in der Versorgungsforschung | Bewertung von Literatur/systematischer Review |
| | Literaturrecherche und -dokumentation |
| | Studienprotokoll, Ethikvotum und Datenschutz bei Projekten in der Versorgungsforschung |
| Praxisorientierte Aspekte | Posterpräsentation über aktuell in Tübingen durchgeführte Versorgungsforschungs-Projekte |

Tab. 1: Inhaltliche Schwerpunkte der Blockwoche „Methoden der Versorgungsforschung“ (in den einzelnen Jahren teilweise unterschiedliche Anteile).

quantitativen und qualitativen Sozialforschung) fokussierten, ohne die Mehrdimensionalität der Versorgungsforschung sichtbar zu machen.

Entwicklung des innovativen Lehrformats „Methoden der Versorgungsforschung“

Um Versorgungsforschung auch für Studierende begreifbar zu machen, wurde die einwöchige, modularisierte Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ entwickelt, die seit dem Frühjahr 2012 bisher insgesamt dreimal durchgeführt wurde.

Die Blockwoche wird im Rahmen der Graduiertenakademie der Universität Tübingen, Sektion Medizin, und als Fortbildungsveranstaltung für ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen einem breiten Interessentenkreis angeboten. An der Versorgungsforschung interessierte Studierende können einzelne Module der Blockveranstaltung belegen. Darüber hinaus wurde vom Dekanat der Medizinischen Fakultät ein Wahlpflichtfach Sozialmedizin mit dem Fokus „Methoden der Versorgungsforschung“ genehmigt. Diese können Studierende der Humanmedizin absolvieren, wenn alle Module im Umfang von 40 Unterrichtseinheiten belegen. Wie in Tabelle 1 dargestellt, fokussieren die Module inhaltlich methodische Aspekte (u.a. quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung wie z.B. die Erstellung von Fragebögen und Datensätzen oder qualitative Methoden wie z.B. die Interviewführung und -auswertung) und versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen (u.a. Einführung in die Versorgungsforschung, Studientypen, gendersensible Versorgungsforschung). Angeboten werden jedoch auch Einführungsworkshops zum Themenbereich wissenschaftliches Arbeiten in der Versorgungsforschung (Literaturbewertung und -recherche, Studienprotokoll, Ethikvotum). Ziel der Blockveranstaltung ist die Abdeckung verschiedener (methodischer) Aspekte der Versorgungsforschung, um Studierende, Graduierte, ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen an dieses Forschungsfeld heranzuführen und einen möglichst breiten Einblick in die Disziplin zu vermitteln. Das Programm

wurde für den 2. Durchlauf leicht variiert, da im Jahr 2013 - eingebunden in die Blockveranstaltung - der 1. Tag der Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen statt fand, an dem u.a. aktuell an der Medizinischen Fakultät durchgeführte Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung vorgestellt wurden und über Workshops die Möglichkeit zur Vernetzung bestand. Dies ermöglichte den teilnehmenden Studierenden den Einblick in praktische Anwendungsbeispiele aus den Kliniken und Instituten und in die Vielfalt der Versorgungsforschung in Tübingen. Um den Studierenden auch in 2014 praxisrelevante Aspekte der Versorgungsforschung zu vermitteln, wurde für den 3. Durchlauf eine Postersession über aktuell am Uniklinikum Tübingen stattfindende Versorgungsforschungs-Projekte in die Veranstaltung integriert.

Methodik der Evaluation und Durchführung der Blockveranstaltung

Entwicklung des Evaluationsbogens

Die Blockveranstaltung wurde im Herbst 2011 als modulare Veranstaltung entwickelt und seit dem Jahr 2012 einmal jährlich angeboten. Um die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem neuen Angebot zu untersuchen, wurde von einer der Autorinnen (CE) ein Fragebogen entwickelt, der im Verlauf weiterentwickelt wurde (JG, MR). Die Evaluation erfolgte über Globalitems (Schulnoten; 1=sehr gut) bzw. standardisierte Einzelitems (10 Aspekte, 5-stufige Likert-Skala). Daneben gab es fünf offene Fragen zur Bewertung der Inhalte sowie zur Äußerung von Lob, Kritik und Verbesserungsvorschlägen (Tabelle 2). Da viele Teilnehmende nur einzelnen Veranstaltungen, nicht aber an der gesamten Blockveranstaltung teilnahmen, wurden die jeweiligen Module einzeln evaluiert. Eine Differenzierung der Evaluationen nach Status der Teilnehmenden (Medizinstudierende, Graduierte, ÄrztInnen) war aus Datenschutzgründen nicht möglich. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Anmelde- und Teilnahmelisten konnte jedoch für jede Veranstaltung der Anteil der Teilnehmenden aus den jeweiligen Status-

| Struktur des Evaluationsbogens | |
|--|--|
| Standardisierte Einzelitems (fünf-stufige Likert-Skala/Schulnoten) | Einzelitem: Offene Fragen |
| 1.1 Bewertung der Veranstaltung insgesamt | 2. Empfanden Sie ein Thema als überflüssig? |
| 1.2 Menge an neuem Wissen / neuen Fertigkeiten | 3. Haben Ihnen Themen gefehlt? |
| 1.3 Qualität des neuen Wissens / der neuen Fertigkeiten | 4. Wo wären Sie gerne mehr in die Tiefe gegangen? Ihre Vertiefungsinteressen |
| 1.4 Kompetenz des Referenten | 5. Was nehmen Sie von der Veranstaltung mit? |
| 1.5 Didaktik des Referenten | 6. Lob/Kritik/Verbesserungsvorschläge |
| 1.6 Verständlichkeit des Stoffes | |
| 1.7 Übungsmöglichkeiten | |
| 1.8 Wie bewerten Sie die Mischung aus Praxisbezug und Theorie? | |
| 1.9 Atmosphäre in der Veranstaltung | |
| 1.10 Hat sich die Veranstaltung gelohnt? | |

Tab. 2: Struktur des Evaluationsbogens

gruppen ermittelt werden. Während sich in den Veranstaltungen zu methodischen Aspekten hauptsächlich Studierende und DoktorandInnen fanden, setzte sich das Teilnehmendenkollektiv in den Modulen mit versorgungsforschungsrelevanten Aspekten auch aus WissenschaftlerInnen zusammen.

Auswertung der Evaluationsbögen

Die Angaben zu den standardisierten Items wurden mittels SPSS und Excel deskriptiv ausgewertet. Für jedes Item wurden pro Modul das arithmetische Mittel, der Median und die Spannweite ermittelt. Da eine Normalverteilung vorlag, konnten die Mittelwerte für die Gesamtveranstaltung berechnet werden. Die Angaben zu den offenen Fragen wurden kategorisiert und flossen teilweise in die Ergebnisse mit ein. Ausgewertet wurden nur Veranstaltungen mit einem Mindestrücklauf von 3 Evaluationsbögen.

Durchführung der Blockveranstaltung

Die Blockveranstaltung wurde jeweils im Frühjahr zu Beginn der Semesterferien durchgeführt. In den ersten beiden Jahren lagen dem Veranstalter zu zehn Modulen auswertbare Evaluationsbögen vor, 2014 konnten für 14 Module Evaluationsergebnisse ermittelt werden. Die Gesamtmodulzahl betrug 2012 n=13 und wurde im Jahre 2013 auf n=12 reduziert. Für den 2013 parallel stattfindenden 1. Tag der Versorgungsforschung fand keine Erhebung statt. In 2014 erhöhte sich die Gesamtmodulzahl (inklusive der Posterpräsentation) auf n=15.

Ergebnisse

Teilnehmende der Blockveranstaltung

In Tabelle 3 sind die Charakteristika der Teilnehmenden dargestellt. Die GesamtteilnehmerInnenzahl der Pilotveranstaltung im Februar be-

| Charakteristika der Teilnehmenden | | | |
|--|-------------------|------------------|------------------|
| | 2012 | 2013 | 2014 |
| Gesamtzahl (m/w) | n=43 (13m/30w) | n=22 (14m/8w) | n=22 (6m/16w) |
| Teilnehmende (TN) pro Modul: Mittelwert (Spannweite) | 11 (6-22) | 10 (6-14) | 11(7-14) |
| Anzahl der von den Teilnehmern gebuchten Module | | | |
| 1-2 Module | 24 (56%) | 7 (32%) | 7 (32%) |
| 3 Module | 8 (19%) | 3 (14%) | 0 |
| 4-11 Module | 8 (19%) | 6 (27%) | 10 (45%) |
| Gesamtveranstaltung | 3 (7%) | 6 (27%) | 5 (23%) |
| Ausbildungsstand der Teilnehmenden | | | |
| Medizinstudierende (WPV) | 6 (14%) | 3 (14%) | 4 (18%) |
| DoktorandInnen (Graduiertenakademie) | 7 (16%) | 7 (32%) | 3 (14%) |
| WissenschaftlerInnen; ÄrztInnen | 27 (63%) | 12 (55%) | 12 (55%) |
| Andere, z.B. wiss. Praktikanten, externe Studierende | 3 (7%) | 0 | 3 (14%) |

Tab. 3: Charakteristika der Teilnehmenden (2012, 2013 und 2014)

trug 2012 insgesamt n=43 Personen, um sich in den beiden Folgejahren bei n=22 einzupendeln. In allen drei Durchläufen entstammten die meisten TeilnehmerInnen dem Universitätsklinikum Tübingen, jedoch nahmen an einigen Veranstaltungen vereinzelt auch Externe teil. Während sich die GesamtteilnehmerInnenzahl im Verlauf verringerte, erhöhte sich die Anzahl derer, die mehrere oder alle Veranstaltungen der Methodenwoche belegten: Während 2012 noch mehr als die Hälfte der Teilnehmenden lediglich 1 bis 2 Veranstaltungen besuchten, waren es in den Folgejahren nur noch 32 Prozent. Umgekehrt stieg der Anteil derer, die 4 bis 11 Veranstaltungen besuchten, von 19 Prozent in 2012 auf 45 Prozent in 2014 an (2013: 27 Prozent). Auch die Anzahl der TeilnehmerInnen, die sämtliche Module besuchten, erhöhte sich deutlich (von 7 Prozent in 2012 auf 23 Prozent in 2014).

Mit leicht abnehmender Tendenz setzte sich das Teilnehmendenkollektiv zu etwas mehr als der Hälfte aus ÄrztInnen (hauptsächlich NachwuchswissenschaftlerInnen) zusammen (2012: 63 Prozent; 2013 und 2014: 55 Prozent). Der Anteil an DoktorandInnen (die hauptsächlich der Graduiertenakademie in Tübingen zugehörig waren) betrug während der Pilotveranstaltung 16 Prozent, verdoppelte sich im Jahre 2013 und sank 2014 leicht auf 14 Prozent ab. Der Anteil der Studierenden (WPV) erhöhte sich gleichzeitig von 14 Prozent (2012 und 2013) auf 18 Prozent (2014).

In allen Durchläufen setzte sich der überwiegende Teil der Teilnehmenden aus Studierenden, DoktorandInnen und NachwuchswissenschaftlerInnen zusammen, weswegen ein prinzipiell hohes Interesse an der Versorgungsforschung bei angehenden Medizinern und in der Medizin tätigen WissenschaftlerInnen postuliert werden kann.

Evaluationsergebnisse

Die durchschnittliche Gesamtbewertung je Item über alle Veranstaltungen ist in Tabelle 4 dargestellt, Tabelle 5 zeigt die Entwicklung

| Durchschnittliche Bewertung der Items | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Kategorien der Bewertung | 2012: MW (Median) | 2013: MW (Median) | 2014: MW (Median) |
| Bewertung der Veranstaltung insgesamt | 1,7 (1,7) | 1,7 (1,6) | 1,3 (1,2) |
| Menge an neuem Wissen/ neuen Fertigkeiten | 1,9 (1,8) | 2,1 (2,0) | 1,4 (1,4) |
| Qualität des neuen Wissens/ der neuen Fertigkeiten | 1,7 (1,8) | 1,6 (1,5) | 1,3 (1,4) |
| Kompetenz des Referenten | 1,4 (1,3) | 1,4 (1,3) | 1,1 (1,0) |
| Didaktik des Referenten | 1,6 (1,7) | 1,8 (1,6) | 1,2 (1,1) |
| Verständlichkeit des Stoffes | 1,5 (1,4) | 1,4 (1,5) | 1,2 (1,1) |
| Übungsmöglichkeiten | 2,9 (3,2) | 2,5 (2,6) | 1,8 (1,8) |
| Wie bewerten Sie die Mischung aus Praxisbezug und Theorie? | 2,2 (2,1) | 2,0 (1,9) | 1,4 (1,3) |
| Atmosphäre in der Veranstaltung | 1,4 (1,5) | 1,6 (1,6) | 1,2 (1,1) |
| Hat sich die Veranstaltung gelohnt? | 1,6 (1,5) | 1,7 (1,4) | 1,3 (1,1) |

Tab. 4: Durchschnittliche Bewertung der Items über alle Veranstaltungen (1=sehr gut, 5=sehr schlecht); (durchschnittlich 6 Fragebögen/Modul (Spanne 5 – 16)).

der durchschnittlichen Bewertungen je Veranstaltung. 2012 wurde die Methodenwoche über alle Module und Kategorien hinweg mit „gut“ (1,7) bewertet, die beste Bewertung erhielt der Workshop „Einstieg in die qualitative Forschung und Interviewführung“ (1,2). Über alle Veranstaltungen hinweg wurde die Kompetenz der Referenten als „sehr gut“ (1,4) angesehen und die Atmosphäre als „sehr positiv“ (1,4) beurteilt, wie auch Zitate aus den offenen Antworten belegen: „Sehr engagierte und kompetente Dozenten, die Begeisterung an ihrem Forschungsbereich sehr gut vermitteln konnten“; „Gute Organisation, sehr angenehme Atmosphäre; abwechslungsreicher Medieneinsatz und Integration der Teilnehmer.“ Kritisiert wurden hingegen lediglich die fehlenden Übungsmöglichkeiten mancher Module bzw. die als nicht ausreichend empfundene Mischung aus Praxis und Theorie (Bewertung 2,9 bzw. 2,2); „War sehr angenehm, mehr Übungsmöglichkeiten wären noch besser; Diskussions-Gesprächsatmosphäre war sehr gut.“

Vereinzelt war das Niveau der Veranstaltungen als zu niedrig oder die Menge des vermittelten Stoffs als zu gering bewertet worden. Handouts zu den einzelnen Veranstaltungen wurden sehr begrüßt. Als Vertiefungsinteressen wurden u.a. Veranstaltungen zur „zukünftigen Entwicklung der Versorgungsforschung“ sowie zu „möglichen Playern und Akteuren“ in der Versorgungsforschung (Kooperations-, Finanzierungsoptionen) gewünscht.

Alles in allem waren die Teilnehmenden der Meinung, dass sich der Besuch der Veranstaltung gelohnt habe („sehr informative Woche“, Bewertung 1,6), vielfach wurden die Veranstalter persönlich wie auch schriftlich (Evaluationsbögen) dazu aufgefordert, die Veranstaltung auch künftig stattfinden zu lassen und die vermittelten Inhalte weiter zu vertiefen („weiterführende/ vertiefende Workshoptermine wären wünschenswert“), insbesondere im Bereich der quantitativen und

| Entwicklung der Bewertung der Einzelveranstaltungen | | | |
|--|----------------------|----------------------|-------------------|
| Kategorien der Bewertung | 2012: MW (Spanne) | 2013: MW (Spanne) | 2014: MW (Spanne) |
| Methodische Aspekte | | | |
| Quantitative Methoden: Regeln und praktische Tipps beim Einsatz standardisierter Fragebögen | 1,8 (1,0-2,9) | 1,7 (1,0-2,4) | 1,4 (1,0-2,1) |
| Datensatzerstellung für die statistische Analyse | zu geringer Rücklauf | zu geringer Rücklauf | 1,3 (1,0-1,9) |
| Einstieg in die qualitative Forschung und Interviewführung | 1,2 (1,0-1,5) | 1,4 (1,0-1,6) | 1,3 (1,0-1,6) |
| Wie erstelle ich einen systematischen Review? | fand nicht statt | fand nicht statt | 1,1 (1,0-1,2) |
| Lebensqualität als Methode und Gegenstand der VF | 1,6 (1,0-2,4) | ausgefallen | 1,2 (1,0-1,7) |
| Registerforschung | zu geringer Rücklauf | 1,8 (1,0-2,4) | 2,1 (1,8-2,3) |
| Versorgungsforschungs-relevante Fragestellungen | | | |
| Einführung in die Versorgungsforschung | 2,1 (1,8-2,6) | 1,7 (1,3-2,0) | 1,5 (1,0-2,6) |
| Studientypen der Versorgungsforschung | 2,2 (1,6-2,7) | 1,6 (1,3-2,0) | 1,3 (1,0-2,1) |
| Versorgung(sforschung) im Kontext: Das deutsche System und seine Akteure | 1,7 (1,3-2,2) | zu geringer Rücklauf | 1,3 (1,0-2,4) |
| Gendersensible Versorgungsforschung –auch in der Sekundärdatenanalyse | 1,4 (1,4) | 1,4 (1,0-1,6) | 1,0 (1,0) |
| Organisationsbezogene Versorgungsforschung und komplexe Interventionen | 2,3 (1,9-2,9) | fand nicht statt | fand nicht statt |
| Daten zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung am Beispiel des Jugend- und Gesundheitssurveys des RKI | fand nicht statt | 3,0 (2,1-3,4) | ausgefallen |
| Wissenschaftliches Arbeiten in der Versorgungsforschung | | | |
| Bewertung von Literatur | 1,6 (1,2-2,0) | 1,6 (1,2-2,2) | 1,0 (1,0) |
| Literaturrecherche und -dokumentation | 1,8 (1,3-2,8) | 1,6 (1,4-1,8) | 1,1 (1,0-1,5) |
| Studienprotokoll, Ethikvotum und Datenschutz bei Projekten in der Versorgungsforschung | zu geringer Rücklauf | 1,9 (1,5-2,5) | 1,3 (1,0-1,9) |
| Praxisorientierte Aspekte | | | |
| Posterpräsentation über aktuell in Tübingen durchgeführte Versorgungsforschungs-Projekte | fand nicht statt | fand nicht statt | 1,3 (1,0-2,3) |

Tab. 5: Entwicklung der Bewertung der Einzelveranstaltungen (1=sehr gut, 5=sehr schlecht).

qualitativen Sozialforschung („Themen vom Dienstag [Fragebogenerstellung, Datenbankerstellung] und Freitag [Einstieg in die qualitative Forschung und Interviewführung] gelegentlich wiederholen, Veranstaltungen und Themen hatten mir sehr gefallen“).

Mehrere DoktorandInnen wiesen explizit darauf hin, dass vor allem die methodischen Kurse bereits in die curriculare Lehre für Studierende

eingegliedert werden sollten, da sie eine hervorragende Vorbereitung für die Erstellung der Doktorarbeiten darstellten. Zudem regten sie an, dass die Veranstaltung auch über den Uni-Verteiler beworben werden sollte. Ähnlich äußerten sich die Studierenden, welche die Methodenwoche als Wahlpflichtfach besuchten. Auch die Rückmeldungen durch die ReferentInnen (3 männlich, 8 weiblich) waren durchweg positiv: Den meisten gefiel das Setting der Veranstaltung, weswegen sie bekräftigten, auch in Zukunft an der Methodenwoche mitwirken zu wollen. Die Teilnehmenden wurden als sehr motiviert, engagiert, kritisch und diskussionsfreudig aber auch heterogen erlebt, was in vielen Fällen zur hohen Qualität der Veranstaltung beitrug.

Ähnlich positiv wurde die Methodenwoche in 2013 evaluiert: Auch hier betrug die Gesamtbewertung über alle Module und Kategorien hinweg 1,7, wobei das Modul „gendersensible Versorgungsforschung“ (1,4) am besten bewertet wurde. Bis auf eine Veranstaltung wurden alle Module besser als 2,0 evaluiert (Spanne: 1,4-3,0). Analog zur Pilotveranstaltung 2012 wurde auch 2013 die Kompetenz der Referenten als „sehr gut“ (1,4) angesehen und die Atmosphäre als „positiv“ (1,6) beurteilt. Alle Teilnehmende waren der Auffassung, dass sich der Besuch der Gesamtveranstaltung bzw. der einzelnen Module gelohnt hatte (Note 1,7), ebenfalls wurde (wie bereits im Jahr zuvor) angeregt, methodische Aspekte doch bereits in das curriculare Angebot des Medizinstudiums zu integrieren: „Die Veranstaltung [Einstieg in die qualitative Forschung und Interviewführung] sollte regulär in das Uniprogramm/ den Modulplan mit aufgenommen werden“.

Ein deutlich verbessertes Evaluationsergebnis konnte dann in 2014 erzielt werden, als die Gesamtveranstaltung erstmals mit „sehr gut“ beurteilt wurde (arith. Mittel: 1,3; Spanne: 1,0-2,1). Bis auf ein Modul, wurden alle Veranstaltungen besser als 1,6 bewertet, zwei Veranstaltungen erhielten sogar die Bewertung 1,0 („gendersensible Versorgungsforschung“ und „Literaturbewertung“). Festzuhalten bleibt, dass sich die Bewertung der einzelnen Kategorien als auch der einzelnen Veranstaltungen von 2012 bis 2014 aufgrund der beständigen Weiterentwicklungen des Lehrformats deutlich verbesserte (Tabelle 4 und 5).

Diskussion

Aufgrund der durchgängig positiven Resonanz seitens der Teilnehmenden und der sehr guten Evaluationsergebnisse kann die Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ als sinnvolle Maßnahme bezeichnet werden, um Studierende, DoktorandInnen und (Nachwuchs)wissenschaftlerInnen für versorgungsforschungsrelevante Fragestellungen zu sensibilisieren. Mehrere NachwuchswissenschaftlerInnen, die in 2012 und 2013 an der Methodenwoche teilgenommen haben, haben mittlerweile z.T. erfolgreich Förderungsanträge gestellt und werden mittlerweile im Rahmen der „Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ gefördert. Zwar verringerte sich die Anzahl der Teilnehmenden seit 2012, das Teilnehmendenkollektiv setzte sich jedoch zunehmend aus Studierenden und DoktorandInnen zusammen. Auch zeigte sich, dass der Anteil der Teilnehmenden, die sich für mehrere Aspekte der Gesamtveranstaltung interessierten, deutlich anstieg (2012 besuchten 26 Prozent der Teilnehmenden mindestens 4 Module, 2014 jedoch bereits 68 Prozent). Es bestand also ein zunehmender Trend, nicht nur einzelne (methodische) Aspekte, sondern die Mehrdimensionalität der Disziplin wahrzunehmen, was auch daran lag, dass die einzelnen Module (anhand der jeweiligen Bewertungen) kontinuierlich weiterentwickelt wurden. So wurde die Blockveranstaltung im Frühjahr 2014 zur Verbesserung des Praxis-Theorie-Verhältnisses um eine Postersession ergänzt, bei welcher aktuelle Versorgungsforschungsprojekte des Universitätsklinikums Tübingen vorgestellt wurden.

Der Anteil an WPV-Studierenden am Gesamtkollektiv stieg auf ca. 1/5 an, die durchgängig begeistert von der Veranstaltung waren und anregten, dass Inhalte der Versorgungsforschung regulär in die Curricula des Studienganges Humanmedizin übernommen werden sollten, was die Notwendigkeit des Tübinger Konzepts bestätigte. Insbesondere die Inhaltstrias bestehend aus methodischen Aspekten, versorgungsforschungs-relevanten Fragestellungen und wissenschaftlichem Arbeiten überzeugte die studierenden TeilnehmerInnen, da ähnliche

Literatur

- [1] Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: Pfaff et al (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern, S. 13-23.
- [2] Glaeske G: Versorgungsforschung in Deutschland – mit Blick auf die Ernährungsmedizin, *Aktuel Ernährungsmed* 2012; 37(06): 337-342.
- [3] Gerhardus A: Anderer Name, gleicher Inhalt? Comparative Effectiveness Research und Patient-Centered Outcomes Research in den USA, *ZEFQ* (2012) 106: 479-483.
- [4] Schmiemann G: Der vorläufige Methodenbericht des Patient-Centered Outcomes Research Institute, *ZEFQ* (2012) 106: 496-499.
- [5] Sawicki PT: Kommentar: Hürden für Comparative Effectiveness Research in Deutschland, *ZEFQ* (2012) 106: 492-495.
- [6] Witt CM, Treszl A, Wegscheider K: Comparative Effectiveness Research: Externer Validität auf der Spur, *Dtsch Arztebl* 2011; 108(46): A 2468-2474.
- [7] Chalkidou K, Tunis S, Lopert R, Rochaix L, Sawicki PT, Nasser M, Xerri B: Comparative effectiveness research and evidence-based health policy: experience from four countries, *Milbank Q*. 2009 Jun;87(2): S. 339-367.
- [8] Pfaff H, Schrappe M (2011): Einführung in die Versorgungsforschung, in: Pfaff/ Neugebauer/ Glaeske/ Schrappe (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung, Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 2-40.
- [9] Behmann M, Brandes I, Walter U: Die Lehre im Querschnittsbereich „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege“ an den medizinischen Fakultäten in Deutschland, *Gesundheitswesen* 2012; 74(07): 435-441.
- [10] Jacke CO, Frech J, Eikmann T, Schöffski O, Klöse HJ, Sohn S: Was Medizinstudenten vom Gesundheitswesen wissen, *Gesundh ökon Qual manag* 2012; 17(5): 239-245.
- [11] Simoes E, Hildenbrand S, Rieger MA: (Inter)regionale und regionale Gesundheitsziele in der sozialmedizinischen Lehre. Lehrkonzeption für Medizinstudierende an der Eberhard Karls Universität Tübingen, *Gesundheitswesen* 2012; 74(07): 442-448.
- [12] Behmann M, Bisson S, Walter U: Sozialmedizin an medizinischen Fakultäten: Realisierung des Teilbereichs im Fach „Sozialmedizin, Arbeitsmedizin“, *Gesundheitswesen* 2011; 73(12): 853-859.
- [13] DFG (2010): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung, URL: http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/2010/stellungnahme_versorgungsforschung.pdf (Stand: 22.08.2014).
- [14] Pfaff H, Abholz H, Glaeske G, Icks A, Klinkhammer-Schalke M et al.: Versorgungsforschung. Unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen - eine Stellungnahme, *Dtsch Med. Wochenschr* 2011 136: 2496-2500.
- [15] Schmacke N: Versorgungsforschung – auf dem Weg zu einer Theorie der „letzten Meile“, *Gesundh ökon Qual manag* 2004; 9: 167-171.
- [16] McCarthy T, White KL : Origins of health services research. *Health Serv.Res.* 2000; 35(2):375-387.
- [17] Laux G, Joos S, Becker T, Rieger MA, Salize HJ, Vach W, Szecsenyi J: Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg, *Monitor Versorgungsforschung* 2012; 5(1): 23-25.
- [18] Jacke CO, Becker T, Fischer J, Joos S, Laux G, Rieger MA, Szecsenyi J, Vach W, Salize HJ: Strukturen und Prozesse der Versorgungsforschung in Baden Württemberg. *Psychiatrische Praxis* 2012; 39, 193-195.

Veranstaltungen bisher nicht im Studium angeboten werden.

Trotz positiver Rückmeldungen bleibt offen, ob das Format auch zukünftig angeboten werden kann, da die Durchführung mit einem hohen organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden war (u.a. aufgrund der Honorare für die externen ReferentInnen, für deren Vorträge sich z.T. nur wenige Teilnehmende interessierten). Aktuell ist Koordinierungsstelle/CoreFacility Versorgungsforschung bemüht, einzelne Formate weiterzuentwickeln, mit denen ein größerer Interessentenkreis erreicht werden kann und diese ggf. dann auch für Studierende kostenfrei offen zu halten.

Dennoch kann die Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ als sinnvolle Intervention bezeichnet werden, die Disziplin im Medizinstudium zu verankern. <<

Autorenerklärung

Die Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Danksagung

Die Blockveranstaltung „Methoden der Versorgungsforschung“ wurde im Rahmen des Programms zu „Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg“ durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird. Die Autoren danken allen Referentinnen und Referenten, die die Durchführung der Blockveranstaltung bzw. einzelner Module ermöglicht haben. Die Arbeit des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung Tübingen wird finanziell unterstützt durch den Verband der Metall- und Elektroindustrie Baden-Württemberg e.V. (Südwestmetall).

Implementation and evaluation of the block week „methods of health services research“ at the Medical Faculty of Tübingen

Background: Results from health services research can be used in the health care system for orientation on quality, therapeutic safety, utility and sustainability of supply. Although it plays an increasingly important role in the internal research discourse, the discipline has been established inadequately in the German university teaching and research. So far, health service research is not a part in the medical curriculum at German universities. We want to close this gap with offering the block course „methods of health services research“, which is offered for students in human medicine as an elective event.

Materials and Methods: The block course was designed as a modular event in 2011 and offered once a year since 2012. In the three years, each module of the block week was evaluated to verify the satisfaction of the participants with the teaching concept and identify improvement potentials.

Results: In all three runs, the individual modules were rated good to very good. The participants reported that the event should be included in the regular curriculum because of the high substantive and methodological relevance.

Conclusions: After the third successful implementation and evaluation of the event, the modularized block week can be described as a successful way to integrate methodological and substantive foundations of health services research in the medical school and to sensitize prospective doctors for Effectiveness Research. The teaching format should also be offered in the future.

Keywords

health service research, graduate academy, block week, study of medicine, elective course, evaluation

Joachim Graf, M.A.

ist wiss. Mitarbeiter im Department für Frauengesundheit, Forschungsinstitut für Frauengesundheit (Ärztl. Direktorin: Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker) des Universitätsklinikums Tübingen. Er hat u.a. Geschichte und Soziologie studiert (M.A.) und absolviert ein Zusatzstudium in Public Health (M.Sc.), 2012 bis 2014 war er wiss. Mitarbeiter am Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen sowie Standortkoordinator der KS Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen. Kontakt: joachim.graf@med.uni-tuebingen.de



Dipl.-Soz. Christine Emrich

ist seit August 2015 Projektmanagerin am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH. Sie ist Soziologin und war von 2010 bis 2012 wiss. Mitarbeiterin im Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen. 2011-2012 war sie auch Standortkoordinatorin der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen. Von 2012 bis 2015 arbeitete sie als Assistentin einer Krankenhausleitung. Kontakt: christine_emrich@web.de



Prof. Dr. med. Monika A. Rieger

ist Ärztliche Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Tübingen sowie Leiterin der Koordinierungsstelle Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät Tübingen. Nach dem Studium der Humanmedizin folgten wissenschaftliche Tätigkeiten in Freiburg, Wuppertal, Witten/Herdecke. Seit 2008 ist Professorin für Arbeits- und Sozialmedizin in Tübingen. Kontakt: monika.rieger@med.uni-tuebingen.de



Dipl.Pflegewirt (FH) Andreas Worch
Annika Schmidt, MSc
Dr. rer. cur. Johannes Gräse, MSc
Prof. Dr. rer. nat. Karin Wolf-Ostermann

IT-gestützte Anwendungssysteme zur Vermeidung von arzneimittelbezogenen Problemen – eine Literaturübersicht

In der Bundesrepublik Deutschland wird der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 20 % im Jahr 2008 auf 34 % im Jahr 2060 ansteigen (Statistisches Bundesamt 2009). Die Bevölkerungsalterung steht im engen Zusammenhang mit der Zunahme an Multimorbidität (Saß et al. 2010) sowie einem zahlenmäßigen Anstieg der Versorgung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen (Mennicken / Augurzky 2013). Als gut belegt gilt der Einfluss des Lebensalters auf den Arzneimittelkonsum. Im Jahr 2011 wird jeder GKV-Versicherte ab 65 Jahren mit im Mittel 3,8 Tagesdosen pro Tag behandelt (Coca / Schröder 2012). Im Jahr 2010 nahmen 42 % der über 65-jährigen Deutschen mit Arzneimitteltherapie fünf und mehr Wirkstoffe ein – einem Risiko infolge Polypharmazie sind hier 5,5 Mio. Menschen ausgesetzt (Thürmann et al. 2012). Pflegeheimbewohner nehmen im Mittel 6 verschiedene Präparate/Tag ein (Bartholomeyczik / Wilm 2010).

>> Durch Polypharmazie nimmt das Risiko von arzneimittelbezogenen Problemen (ABP), wie z. B. Medikationsfehler, unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) zu (SVR Sondergutachten 2009). Medikationsfehler, wie bspw. potenzielle UAE, sind Fehler mit hohem Schädlichkeitspotenzial, die nicht unweigerlich zu einem Patientenschaden führen müssen (Stürzlinger et al. 2009). UAE sind in einem rein zeitlichen, aber nicht notwendigerweise kausalem Zusammenhang mit einer Arzneimittelanwendung auftretende schädliche Ereignisse (Moller/Aly 2012), denen entweder Medikationsfehler (vermeidbare UAE) oder UAW zugrunde liegen können (Stürzlinger et al. 2009). UAW sind die bei einem bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels auftretenden schädlichen und unbeabsichtigten Reaktionen (Moller/Aly 2012). UAW werden oft als unvermeidbare UAE bezeichnet (z.B. (Stürzlinger et al. 2009)), trotzdem ein Großteil vermeidbar ist. International werden bei ca. 2 % der akutversorgten Patienten vermeidbare UAW erfasst – jede zweite ist vermeidbar (Hakkarainen et al. 2012). Die Bewohnerschaften stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen sind besonders gefährdet UAE/UAW zu erleiden, weil diese, verglichen mit zu Hause Versorgten, ein höheres Lebensalter aufweisen und durch einen hohen Grad an Multimorbidität gekennzeichnet sind. In einer Untersuchung von 778 Bewohnern deutscher

Zusammenfassung

Insbesondere ältere Menschen nehmen aufgrund von Mehrfacherkrankungen häufig eine Vielzahl verschiedener Medikamente ein. Dies führt oftmals zu arzneimittelbezogenen Problemen, wie z. B. Medikationsfehler, unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) und -wirkungen (UAW). Informationstechnologie (IT) soll die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) und Arzneimittelsicherheit (AMS) unterstützen. Das Ziel des vorliegenden Review ist es, die Bereiche, in welchen IT-gestützte Systeme zur Gewährleistung der AMTS und AMS (AMTS-/AMS-IT) zum Einsatz kommen und die Motive für deren Implementierung darzustellen. Im Weiteren sollen die Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE als Medikationsfehler, UAE, UAW und klinische Outcomes von Patienten mit einer Arzneimitteltherapie zusammengefasst werden. Im Fokus stehen ältere Menschen und die stationäre Langzeitpflege. Nach einer systematischen Literatursuche wurden hierzu englischsprachige Publikationen analysiert. AMTS-/AMS-IT werden derzeit hauptsächlich im akuten klinischen Alltag eingesetzt und kaum in der Langzeitpflege. Hauptgründe für die Installation sind die Steigerung der Arzneimitteltherapiesicherheit und die Senkung von Versorgungskosten. Derzeit findet sich kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis von AMTS-/AMS-IT bezogen auf die Detektion und Abwendung von (potenziellen) UAE und UAW. Der Nutzen IT-gestützter Verfahren in Einrichtungen der Langzeitpflege bleibt weiter offen; ebenso die Frage ob ihr Einsatz zu einem direkten Patientennutzen führt. Zum endgültigen Wirksamkeitsnachweis sind weitere nutzenorientierte und gut dokumentierte Interventionsstudien unverzichtbar – vor allem im Bereich Langzeitpflege.

Schlüsselwörter

unerwünschtes Arzneimittelereignis, unerwünschte Arzneimittelwirkung, Informationstechnologie, Arzneimitteltherapiesicherheit, Arzneimittelsicherheit

Altenheime wurden 102 UAE bei ca. 10 % der Heimbewohner und eine Inzidenz von acht UAE/100 Heimbewohnermonate registriert. 60 % sind potenziell vermeidbar (Thürmann/Jaehde 2011). UAW sind in der stationären Langzeitpflege die am häufigsten auftretenden unerwünschten Ereignisse im Kontext von Medikamentengaben (Handler et al. 2006). Publikationen zu ihrem Vorkommen in deutschen Alteinrichtungen fehlen. Aktuell wird das vom GKV-Spitzenverband geförderte Projekt MADRIC¹ durchgeführt, in welchem ein IT-gestütztes Monitoring-System im stationären Langzeitpflegebereich implementiert und evaluiert wird. Ergebnisse u.a. zur Prävalenz von UAW werden voraussichtlich Ende 2014 erscheinen. In den USA variieren die Inzidenzraten von UAW in der stationären Langzeitpflege von 1,19 bis 7,26 UAW/100 Heimbewohnermonate (Handler et al. 2006).

UAW können die Lebensqualität reduzieren und die Progression von Pflegebedürftigkeit verstärken (Sabzwari et al. 2013). Etwa 10 % aller Notfallversorgungen und bis zu 17 % der Krankenhausaufnahmen stehen im kausalen Zusammenhang mit UAW (Hayes et al. 2007). Schätzungen nach, sterben in Deutschland bis zu 57.000 stationär auf internistischen Stationen behandelte Patienten durch UAW (Schnurrer / Frolich 2003).

Zur Reduzierung von ABP werden zunehmend, auf Informationstechnologie (IT) basierende Anwendungssysteme eingesetzt und empfohlen (Institute of Medicine 2001). Hierunter lassen sich einerseits Verordnungssysteme (Computerized Physician Order Entry System, CPOE) mit und ohne Entscheidungsunterstützung (Clinical Decision Support System, CDSS) zur Vermeidung von Medikationsfehlern und UAE und andererseits Systeme zur Erfassung und Abwendung von UAW subsumieren. Während Erste durch die elektronische Auftragserfassung mit Entscheidungsunterstützung die Vermeidung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen in der Arz-

1: http://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/pflege_laufende_projekte_8/madric.jsp

neimitteltherapie ermöglichen und somit die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) steigern, zielen Letzte auf eine Verbesserung der Produktsicherheit beim Medikament und damit die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit (AMS). AMTS-IT reduzieren nachweislich (Stürzlinger et al. 2009; Radley et al. 2013) Medikationsfehler – ihre Auswirkung auf potenzielle und tatsächliche UAE ist bislang nicht geklärt (Stürzlinger et al. 2009). Bei AMS-IT besteht Unsicherheit bzgl. des Potenzials UAW abzuwenden und damit die Arzneimittelsicherheit zu gewährleisten. Gleichmaßen offen ist derzeit der Einfluss von AMTS-/AMS-IT auf klinische Outcomes (Radley et al. 2013).

Da IT einem raschen Wandel unterliegt, bedarf es einer erneuten Zusammenfassung von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu. Zudem fehlt ein umfassender Überblick zu den Versorgungsssettings, in welchen AMTS-/AMS-IT zum Einsatz kommen sowie zu Gründen für deren Implementierung. Die vorliegende Arbeit zielt daher auf die Darstellung der aktuellen (verfügbaren) Forschungslage zu den

- Bereichen in welchen AMTS-/AMS-IT zum Einsatz kommen,
- Motiven für die Implementierung von AMTS-/AMS-IT sowie
- Auswirkungen auf potenzielle UAE, UAE und UAW sowie auf klinische Outcomes von Empfängern einer Arzneimitteltherapie.

Im Fokus stehen die Versorgung von Älteren und die stationäre Langzeitpflege.

Methodik

Es wurde eine systematische Literaturrecherche (Stand 06/2015) basierend auf internationalen Standards zur Durchführung systematischer Übersichtsarbeiten (Moher et al. 2009) durchgeführt. Der Reviewprozess erfolgte in den Schritten Beschaffung, Auswahl und Bewertung der Literatur.

Beschaffung

Die Literatursuche erfolgte in den für Gesundheitsberufe relevanten Datenbanken: CareLit, GeroLit, CINAHL, PubMed und Psych-Info mittels der Suchbegriffe (Abb. 1): (“adverse drug reaction“ OR “adverse drug event“ OR „unerwünschte Arzneimittelwirkung“ OR „unerwünschtes Arzneimittelereignis“) AND computer* AND (care OR Pflege).

Auswahl

Bei den erzielten Treffern wurden Titel, Zusammenfassung und Schlüsselwörter geprüft, um zu entscheiden, welche der Funde unter Anwendung der nachfolgend definierten Einschlusskriterien als relevant einzuordnen sind:

- Sprache: deutsch oder englisch,
- Motive für die Implementierung von AMTS-/AMS-IT sowie
- Bericht zu Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE, UAE, UAW sowie auf klinische Outcomes von Empfängern einer Arzneimitteltherapie.

Zusätzlich wurde nach weiteren relevanten Publikationen im Literaturverzeichnis der eingeschlossenen Publikationen gesucht. Ausgeschlossen wurden Reviewartikel, weil diese keinen empirischen Nachweis für die Beantwortung der Forschungsfragen enthalten, ebenfalls ausgeschlossen wurden Abstract-Publikationen zu Vorträgen. Der Veröffentlichungszeitraum der Publikationen wurde

nicht zeitlich limitiert, er ergibt sich aber indirekt aus der Marktreife von AMTS-/AMS-IT.

Bewertung der Studienqualität

Die gefundenen Arbeiten wurden hinsichtlich der o. g. Ein- und Ausschlusskriterien sowie ihrer methodischen Qualität bewertet. Dies erfolgte in Anlehnung an Brodaty et al. (Brodaty et al. 2003) (Tab. 1), welche niedrige, mittlere und hohe Qualitätsniveaus unterscheiden. Die Qualitätsbewertung erfolgte durch zwei Autoren (AW & AS) unabhängig voneinander. Bei inkongruenter Bewertung, erfolgte eine dritte Beurteilung (JG). Durch Diskussion aller Autoren wurde jeweils Konsens erreicht.

Nutzenbewertung der AMTS-/AMS-IT

Eine Nutzenbewertung der AMTS-/AMS-IT wird anhand von dokumentierten Veränderungen in den Raten potenzieller UAE als Medikationsfehler, den patientenrelevanten Outcomes UAE, UAW und relevanten klinischen Endpunkten (z.B. Sturz, Mortalität), welche unmittelbare Änderungen des Gesundheitszustandes abbilden, herangezogen. Unvermeidbare UAE werden als UAW betrachtet. Ein Ergebnis wird bei einem dokumentierten p-Wert $\leq ,05$ als statistisch signifikant bezeichnet.

Ergebnisse

Die Literatursuche (Abb. 1) ergab eine initiale Anzahl von 546 Treffern. In diesen wurden 28 relevante Publikationen identifiziert. Zusätzlich wurden sechs weitere Arbeiten nach Durchsicht der Literaturlisten der o. g. Artikel in die Auswertung einbezogen, so dass insgesamt 34 Beiträge (Tab. 2) ausgewertet wurden.

Alle Veröffentlichungen wurden in englischer Sprache publiziert. Die ältesten Arbeiten (Bates et al. 1998; Evans et al. 1998) wurden 1998 veröffentlicht. Die meisten Artikel ($n = 23$) sind in den USA erschienen (Tab. 2), gefolgt von Deutschland ($n = 4$) und den Niederlanden ($n = 3$). Die Beiträge weisen eine im Mittel niedrige Studienqualität auf (Tab. 1).

Einsatzbereiche von AMTS-/AMS-IT

Die in den bewerteten Artikeln evaluierten AMTS-/AMS-IT (Tab. 3) kommen überwiegend ($n = 25$ Arbeiten) im akutklinischen Bereich (Bates et al. 1998; Evans et al. 1998; Raschke et al. 1998; Dormann et al. 2000; Dormann et al. 2001; Thürmann et al. 2002; Classen et al. 2005; Haffner et al. 2005; Han et al. 2005; Peterson et al. 2005; Colpaert et al. 2006; Kilbridge et al. 2006; Holdsworth et al. 2007; Ferranti et al. 2008; Hwang et al. 2008; Jha et al. 2008; van Doormaal et al. 2009; McCoy et al. 2010; Piontek et al. 2010; Roberts et al. 2010; Kane-Gill et al. 2011; Rommers et al. 2011; Leung et al. 2012; Davis et al. 2014; Vermeulen et al. 2014) in Abteilungen der Allgemeinmedizin, Chirurgie, Geriatrie, Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie sowie Intensivmedizin zum Einsatz. Die Studien werden überwiegend in Krankenhäusern der Regelversorgung und Lehrkrankenhäusern ($n = 20$ Arbeiten) und seltener in Universitätskliniken ($n = 6$ Arbeiten) durchgeführt. Insgesamt fünf Artikel sind dem ambulanten Setting zuordenbar (Gurwitz et al. 2003; Field et al. 2004; Spina et al. 2005; Glassman et al. 2006; Devine et al. 2010). Vier Arbeiten (Gurwitz et al. 2008; Handler et al. 2008; Field et al. 2009; Ulfvarson et al. 2010) beziehen sich auf Bereiche der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Hinweise auf eine IT-gestützte Überwachung der Arzneitherapie bei älteren

Personen finden sich in fünf Veröffentlichungen (Dormann et al. 2001; Gurwitz et al. 2003; Field et al. 2004; Peterson et al. 2005; Ulfvarson et al. 2010).

Motive für die Implementierung von AMTS-/AMS-IT

Insgesamt wird in $n = 16$ Publikationen (Evans et al. 1998; Raschke et al. 1998; Thürmann et al. 2002; Classen et al. 2005; Han et al. 2005; Peterson et al. 2005; Kilbridge et al. 2006; Ferranti et al. 2008; Gurwitz et al. 2008; Jha et al. 2008; McCoy et al. 2010; Piontek et al. 2010; Roberts et al. 2010; Ulfvarson et al. 2010; Rommers et al. 2011; Leung et al. 2012) Aufschluss über die Gründe für die Implementierung von AMTS-/AMS-IT gegeben. Es lassen sich grundsätzlich vier Hauptmotive unterscheiden: erstens die Gewährleistung der AMTS angegeben als Ziel in $n = 15$ Artikeln (Evans et al. 1998; Raschke et al. 1998; Thürmann et al. 2002; Classen et al. 2005; Han et al. 2005; Peterson et al. 2005; Kilbridge et al. 2006; Ferranti et al. 2008; Gurwitz et al. 2008; Jha et al. 2008; McCoy et al. 2010; Roberts et al. 2010; Ulfvarson et al. 2010; Rommers et al. 2011; Leung et al. 2012), zweitens die Charakterisierung bzw. Reduzierung der Versorgungskosten in drei Veröffentlichungen (Classen et al. 2005; Gurwitz et al. 2008; Piontek et al. 2010), drittens die Gewährleistung der AMS in zwei Arbeiten (Thürmann et al. 2002; Gurwitz et al. 2008) und viertens die Verbesserung von klinischen Outcomes in zwei Artikeln (Han et al. 2005; Piontek et al. 2010).

Bezogen auf die Gewährleistung der AMTS werden acht Arbeiten identifiziert, in welchen die Implementierung auf die Detektion, Charakterisierung und Vermeidung von UAE (Raschke et al. 1998; Kilbridge et al. 2006; Ferranti et al. 2008; Gurwitz et al. 2008; Jha et al. 2008; Roberts et al. 2010; Leung et al. 2012) und Medikationsfehlern (Raschke et al. 1998; Han et al. 2005; Ferranti et al. 2008; Gurwitz et al. 2008) abzielt. Zwei Beiträgen nach, werden die Systeme zur Gewährleistung der AMS durch die Detektion, Charakterisierung und Vermeidung von UAW (Thürmann et al. 2002; Gurwitz et al. 2008) installiert. Nach weiteren sechs Arbeiten sind die primären Gründe die Überwachung, Unterstützung und Verbesserung der medikamentösen Therapie im Allgemeinen oder bei spezifischen Krankheitsbildern (Evans et al. 1998; Classen et al. 2005; Peterson et al. 2005; McCoy et al. 2010; Ulfvarson et al. 2010; Rommers et al. 2011).

Im Zusammenhang mit der Charakterisierung bzw. Reduzierung der Versorgungskosten wird die Installation in jeweils einem Fall mit der Abbildung des/r Arzneimittelkonsums (Classen et al. 2005) und -kosten (Piontek et al. 2010) sowie der Reduktion von Verordnungen (Gurwitz et al. 2008) begründet. In jeweils einem Fall zielt ihr Einsatz auf die Reduzierung der Verweildauer (Piontek et al. 2010) und Mortalitätsrate (Han et al. 2005).

Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE, UAE und UAW

Auswirkungen auf potenzielle UAE

Zu signifikanten Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE berichten sieben Artikel (Bates et al. 1998; Peterson et al. 2005; Colpaert et al. 2006; Holdsworth et al. 2007; Devine et al. 2010; Roberts et al. 2010; Leung et al. 2012). Durch AMTS-/AMS-IT wird ein deutlicher Rückgang von 44 % bis 84 % bei den nicht abgewendeten potenziellen UAE im Bereich der stationären (Bates et al. 1998; Colpaert et al. 2006; Holdsworth et al. 2007; Roberts et al. 2010) und um 57 % der ambulanten Akutversorgung (Devine

et al. 2010) erfasst. Dem gegenüber steigt in einer Studie (Leung et al. 2012) infolge der Implementierung die Rate der potenziellen UAE um ca. 30 %.

Auswirkungen auf potenzielle UAE im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Bei hospitalisierten Krankenhauspatienten über 65 Jahren werden durch den Einsatz eines AMTS-/AMS-IT mehr Verordnungen mit überdosierten Psychopharmaka als potenzielle UAE bemerkt (Peterson et al. 2005).

Auswirkungen auf UAE

Informationen zu Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf UAE als patientenrelevantes Outcome sind $n = 16$ Arbeiten (Bates et al. 1998; Raschke et al. 1998; Gurwitz et al. 2003; Field et al. 2004; Spina et al. 2005; Colpaert et al. 2006; Kilbridge et al. 2006; Holdsworth et al. 2007; Ferranti et al. 2008; Gurwitz et al. 2008; Handler et al. 2008; Hwang et al. 2008; Jha et al. 2008; van Doormaal et al. 2009; Devine et al. 2010; Leung et al. 2012) ableitbar. Über eine signifikante Reduzierung bzw. Abwendung von UAE infolge des Einsatzes von AMTS-/AMS-IT in akutklinischen Bereichen (Tab. 3) informieren zwei Artikel (Colpaert et al. 2006; Holdsworth et al. 2007). In der Studie von Colpaert et al. (Colpaert et al. 2006) werden zum Zeitpunkt der Postimplementation $n = 2$ UAE in der Interventionsgruppe (IG) mit und $n = 12$ UAE in der Kontrollgruppe ohne AMTS-/AMS-IT detektiert. Holdsworth et al. (Holdsworth et al. 2007) beschreiben im Studienverlauf eine signifikante Abnahme von $n = 76$ auf $n = 37$ UAE infolge AMTS-/AMS-IT. Dagegen steigt in einer Studie (Leung et al. 2012) die UAE-Gesamtrate signifikant von 14,6 auf 18,7 UAE/100 Krankenhausaufnahmen an. Dies wird auf den ermittelten starken Anstieg der UAW zurückgeführt. Durch den Einsatz von AMTS-/AMS-IT können in der stationären Akutversorgung vermeidbare UAE in zwei Beiträgen (Holdsworth et al. 2007; Leung et al. 2012) signifikant um 34 % bzw. 56 % reduziert werden. Auch in den übrigen Arbeiten hierzu werden z. T. positive Nutzeneffekte auf (vermeidbare) UAE festgestellt. Bei Raschke et al. (Raschke et al. 1998) bspw. wären 44 % aller vom AMTS-/AMS-IT erfassten UAE unbemerkt geblieben.

Auswirkungen auf UAE im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Zwei Arbeiten (Gurwitz et al. 2008; Handler et al. 2008) sind Informationen zur Prävention von (vermeidbaren) UAE mittels AMTS-/AMS-IT in der stationären Langzeitpflege zu entnehmen. In der Studie von Gurwitz et al. (Gurwitz et al. 2008) wird die Effizienz zweier AMTS-/AMS-IT (CPOE-CDSS, CPOE) zur Abwendung von UAE gegenübergestellt. Ermittelt werden 10,8 (CPOE-CDSS) bzw. 10,4 (CPOE) UAE/100 Bewohnermonate und 4,0 (CPOE-CDSS) bzw. 3,9 (CPOE) vermeidbare UAE/100 Bewohnermonate. Damit brachte dieses kommerzielle CPOE-CDSS keinen zusätzlichen Mehrwert, was u. a. auf die hohe Anzahl an Warnmeldungen und begrenzte Auswahl der in die Prüfung einbezogenen klinischen Informationen zurückgeführt wird. Im zweiten Fall (Handler et al. 2008) wird die Präzision von im Expertenkonsens entwickelten UAE-Prüfregeln in der stationären Langzeitpflege untersucht. Der Anteil der korrekt als positiv erkannten UAE an allen existenten und verifizierten Ereignissen beträgt 81 %. Etwa jede dritte vom AMTS-/AMS-IT detektierte UAE wird als schwerwiegend und vermeidbar eingestuft (Gurwitz et al. 2008; Handler et al. 2008). Verglichen mit anderen

Literatur

- Ammerwerth, E. / Aly, A.-F. / Bürkle, T. / Christ, P. / Dormann, H. / Friesdorf, W., . . . Criegee-Rieck, M. (2014): Zum Einsatz von Informationstechnologie zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (Memorandum AMTS-IT). In: *GMS Med Inform Biom Epidemiol*, 2014, 10, 1: 1-11
- Bartholomeyczik, S. / Wilm, S. (2010): Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen. *Witten/Herdecke*
- Bates, D. W. / Leape, L. L. / Cullen, D. J. / Laird, N. / Petersen, L. A. / Teich, J. M., . . . Seger, D. L. (1998): Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. In: *JAMA*, 1998, 280, 15: 1311-6
- Brodaty, H. / Green, A. / Koschera, A. (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. In: *J Am Geriatr Soc*, 2003, 51, 5: 657-64
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Aktionsplan AMTS 2013 - 2015. Bonn
- Classen, D. C. / Pestotnik, S. L. / Evans, R. S. / Burke, J. P. (2005): Computerized surveillance of adverse drug events in hospital patients. 1991. In: *Qual Saf Health Care*, 2005, 14, 3: 221-6
- Coca, V. / Schröder, H. (2012): Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe, U. Paffrath, D. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2012 Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Colpaert, K. / Claus, B. / Somers, A. / Vandewoude, K. / Robays, H. / Decruyenaere, J. (2006): Impact of computerized physician order entry on medication prescription errors in the intensive care unit: a controlled cross-sectional trial. In: *Crit Care*, 2006, 10, 1: R21
- Davis, L. / Brunetti, L. / Lee, E. K. / Yoon, N. / Cho, S. H. / Suh, D. C. (2014): Effects of computerized physician order entry on medication turnaround time and orders requiring pharmacist intervention. In: *Res Social Adm Pharm*, 2014, 10, 5: 756-67
- Devine, E. B. / Hansen, R. N. / Wilson-Norton, J. L. / Lawless, N. M. / Fisk, A. W. / Blough, D. K., . . . Sullivan, S. D. (2010): The impact of computerized provider order entry on medication errors in a multispecialty group practice. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2010, 17, 1: 78-84
- Dormann, H. / Krebs, S. / Muth-Selbach, U. / Criegee-Rieck, M. / Radespiel-Troger, M. / Levy, M., . . . Schneider, H. T. (2001): Adverse drug reactions in patients with gastroenterological diseases: does age increase the risk? In: *Aliment Pharmacol Ther*, 2001, 15, 2: 171-80
- Dormann, H. / Muth-Selbach, U. / Krebs, S. / Criegee-Rieck, M. / Tegeder, I. / Schneider, H. T., . . . Geisslinger, G. (2000): Incidence and costs of adverse drug reactions during hospitalisation: computerised monitoring versus stimulated spontaneous reporting. In: *Drug Saf*, 2000, 22, 2: 161-8
- Evans, R. S. / Pestotnik, S. L. / Classen, D. C. / Clemmer, T. P. / Weaver, L. K. / Orme, J. F., Jr., . . . Burke, J. P. (1998): A computer-assisted management program for antibiotics and other antiinfective agents. In: *N Engl J Med*, 1998, 338, 4: 232-8
- Ferranti, J. / Horvath, M. M. / Cozart, H. / Whitehurst, J. (2008): Reevaluating the safety profile of pediatrics: a comparison of computerized adverse drug event surveillance and voluntary reporting in the pediatric environment. In: *Pediatrics*, 2008, 121, 5: e1201-7
- Field, T. S. / Gurwitz, J. H. / Harrold, L. R. / Rothschild, J. M. / Debellis, K. / Seger, A. C., . . . Bates, D. W. (2004): Strategies for detecting adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2004, 11, 6: 492-8
- Field, T. S. / Rochon, P. / Lee, M. / Gavendo, L. / Baril, J. L. / Gurwitz, J. H. (2009): Computerized clinical decision support during medication ordering for long-term care residents with renal insufficiency. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2009, 16, 4: 480-5
- Glassman, P. A. / Belperio, P. / Simon, B. / Lanto, A. / Lee, M. (2006): Exposure to automated drug alerts over time: effects on clinicians' knowledge and perceptions. In: *Med Care*, 2006, 44, 3: 250-6
- Gurwitz, J. H. / Field, T. S. / Harrold, L. R. / Rothschild, J. / Debellis, K. / Seger, A. C., . . . Bates, D. W. (2003): Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. In: *JAMA*, 2003, 289, 9: 1107-16
- Gurwitz, J. H. / Field, T. S. / Rochon, P. / Judge, J. / Harrold, L. R. / Bell, C. M., . . . Bates, D. W. (2008): Effect of computerized provider order entry with clinical decision support on adverse drug events in the long-term care setting. In: *J Am Geriatr Soc*, 2008, 56, 12: 2225-33
- Haffner, S. / von Laue, N. / Wirth, S. / Thurmann, P. A. (2005): Detecting adverse drug reactions on paediatric wards: intensified surveillance versus computerised screening of laboratory values. In: *Drug Saf*, 2005, 28, 5: 453-64
- Hakkarainen, K. M. / Hedna, K. / Petzold, M. / Hagg, S. (2012): Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions--a meta-analysis. In: *PLoS One*, 2012, 7, 3: e33236
- Han, Y. Y. / Carcillo, J. A. / Venkataraman, S. T. / Clark, R. S. / Watson, R. S. / Nguyen, T. C., . . . Orr, R. A. (2005): Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician order entry system. In: *Pediatrics*, 2005, 116, 6: 1506-12
- Handler, S. M. / Hanlon, J. T. / Perera, S. / Saul, M. I. / Fridsma, D. B. / Visweswaran, S., . . . Becich, M. J. (2008): Assessing the performance characteristics of signals used by a clinical event monitor to detect adverse drug reactions in the nursing home. In: *AMIA Annu Symp Proc*, 2008, 278-82
- Handler, S. M. / Wright, R. M. / Ruby, C. M. / Hanlon, J. T. (2006): Epidemiology of medication-related adverse events in nursing homes. In: *Am J Geriatr Pharmacother*, 2006, 4, 3: 264-72
- Hayes, B. D. / Klein-Schwartz, W. / Barrueto, F., Jr. (2007): Polypharmacy and the geriatric patient. In: *Clin Geriatr Med*, 2007, 23, 2: 371-90, vii
- Holdsworth, M. T. / Fichtl, R. E. / Raisch, D. W. / Hewryk, A. / Behta, M. / Mendez-Rico, E., . . . Greenwald, B. M. (2007): Impact of computerized prescriber order entry on the incidence of adverse drug events in pediatric inpatients. In: *Pediatrics*, 2007, 120, 5: 1058-66
- Hwang, S. H. / Lee, S. / Koo, H. K. / Kim, Y. (2008): Evaluation of a computer-based adverse-drug-event monitor. In: *Am J Health Syst Pharm*, 2008, 65, 23: 2265-72
- Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academies Press
- Jha, A. K. / Laquette, J. / Seger, A. / Bates, D. W. (2008): Can surveillance systems identify and avert adverse drug events? A prospective evaluation of a commercial application. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2008, 15, 5: 647-53
- Kane-Gill, S. L. / Visweswaran, S. / Saul, M. I. / Wong, A. K. / Penrod, L. E. / Handler, S. M. (2011): Computerized detection of adverse drug reactions in the medical intensive care unit. In: *Int J Med Inform*, 2011, 80, 8: 570-8
- Kilbridge, P. M. / Campbell, U. C. / Cozart, H. B. / Mojarrad, M. G. (2006): Automated surveillance for adverse drug events at a community hospital and an academic medical center. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2006, 13, 4: 372-7
- Leung, A. A. / Keohane, C. / Amato, M. / Simon, S. R. / Coffey, M. / Kaufman, N., . . . Bates, D. W. (2012): Impact of vendor computerized physician order entry in community hospitals. In: *J Gen Intern Med*, 2012, 27, 7: 801-7
- McCoy, A. B. / Waitman, L. R. / Gadd, C. S. / Danciu, I. / Smith, J. P. / Lewis, J. B., . . . Peterson, J. F. (2010): A computerized provider order entry intervention for medication safety during acute kidney injury: a quality improvement report. In: *Am J Kidney Dis*, 2010, 56, 5: 832-41
- Mennicken, R. / Augurzyk, B. (2013): *Der demografische Wandel und die Pflege - die Herausforderungen der Zukunft*. Wiesbaden: Springer Gabler
- Moher, D. / Liberati, A. / Tetzlaff, J. / Altman, D. G. / Group, P. (2009): Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. In: *PLoS Med*, 2009, 6, 7: e1000097
- Moller, H. / Aly, A. F. (2012): [Definitions related to pharmacovigilance and drug safety]. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*, 2012, 106, 10: 709-11
- Peterson, J. F. / Kuperman, G. J. / Shek, C. / Patel, M. / Avorn, J. / Bates, D. W. (2005): Guided prescription of psychotropic medications for geriatric inpatients. In: *Arch Intern Med*, 2005, 165, 7: 802-7
- Piontek, F. / Kohli, R. / Conlon, P. / Ellis, J. J. / Jablonski, J. / Kini, N. (2010): Effects of an adverse-drug-event alert system on cost and quality outcomes in community hospitals. In: *Am J Health Syst Pharm*, 2010, 67, 8: 613-20
- Puteanus, U. (2010): *Pharmakovigilanz. Informationen für Apothekerinnen und Apotheker in öffentlichen Apotheken*
- Radley, D. C. / Wasserman, M. R. / Olsho, L. E. / Shoemaker, S. J. / Spranca, M. D. / Bradshaw, B. (2013): Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. In: *J Am Med Inform Assoc*, 2013, 20, 3: 470-6
- Raschke, R. A. / Gollhare, B. / Wunderlich, T. A. / Guidry, J. R. / Leibowitz, A. I. / Peirce, J. C., . . . Susong, C. (1998): A computer alert system to prevent injury from adverse drug events: development and evaluation in a community teaching hospital. In: *JAMA*, 1998, 280, 15: 1317-20
- Roberts, L. L. / Ward, M. M. / Brokel, J. M. / Wakefield, D. S. / Crandall, D. K. / Conlon, P. (2010): Impact of health information technology on detection of potential adverse drug events at the ordering stage. In: *Am J Health Syst Pharm*, 2010, 67, 21: 1838-46
- Rommers, M. K. / Teepe-Twiss, I. M. / Guchelaar, H. J. (2011): A computerized adverse drug event alerting system using clinical rules: a retrospective and prospective comparison with conventional medication surveillance in the Netherlands. In: *Drug Saf*, 2011, 34, 3: 233-242
- Sabzwari, S. R. / Qidwai, W. / Bhanji, S. (2013): Polypharmacy in elderly: a cautious trail to tread. In: *J Pak Med Assoc*, 2013, 63, 5: 624-7
- Saß, A. C. / Wurm, S. / Scheidt-Nave, C. (2010): [Health and old age: taking stock from the perspective of health reporting]. In: *Bundesgesundhbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*, 2010, 53, 5: 404-16
- Schnurrer, J. U. / Frolich, J. C. (2003): Zur Häufigkeit und Vermeidbarkeit von tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. In: *Internist (Berl)*, 2003, 44, 7: 889-95

Spina, J. R. / Glassman, P. A. / Belperio, P. / Cader, R. / Asch, S. / Primary Care Investigative Group of the, V. A. L. A. H. S. (2005): Clinical relevance of automated drug alerts from the perspective of medical providers. In: Am J Med Qual, 2005, 20, 1: 7-14

Stark, R. G. / John, J. / Leidl, R. (2011): Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. In: BMC Health Serv Res, 2011, 11, 9

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden

Stürzlinger, H. / Hiebinger, C. / Pertl, D. / Traurig, T. (2009): Computerized Physician Order Entry - Wirksamkeit und Effizienz elektronischer Arzneimittelverordnung mit Entscheidungsunterstützungssystemen. Assessment, D.-D. A. f. H. T. Köln

Thürmann, P. / Jaehde, U. (2011): Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen: Querschnittsanalyse und Machbarkeit eines multidisziplinären Ansatzes. Witten/Herdecke

Thürmann, P. A. / Holt-Noreiks, S. / Nink, K. / Zawinell, A. (2012): Arzneimittelversorgung älterer Patienten In: Günster, C. / Klose, J.Schmacke, N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer

Thürmann, P. A. / Windecker, R. / Steffen, J. / Schaefer, M. / Tenter, U. / Reese, E., . . . Schmitt, K. (2002): Detection of adverse drug reactions in a neurological department: comparison between intensified surveillance and a computer-assisted approach. In: Drug Saf, 2002, 25, 10: 713-24

Ulfvarson, J. / Rahmner, P. B. / Fastbom, J. / Sjoviker, S. / Karlsson, E. A. (2010): Medication reviews with computerised expert support: evaluation of a method to improve the quality of drug utilisation in the elderly. In: Int J Health Care Qual Assur, 2010, 23, 6: 571-82

van Doormaal, J. E. / van den Bemt, P. M. / Zaal, R. J. / Egberts, A. C. / Lenderink, B. W. / Kosterink, J. G., . . . Mol, P. G. (2009): The influence that electronic prescribing has on medication errors and preventable adverse drug events: an interrupted time-series study. In: J Am Med Inform Assoc, 2009, 16, 6: 816-25

Vermeulen, K. M. / van Doormaal, J. E. / Zaal, R. J. / Mol, P. G. / Lenderink, A. W. / Haaijer-Ruskamp, F. M., . . . van den Bemt, P. M. (2014): Cost-effectiveness of an electronic medication ordering system (CPOE/CDSS) in hospitalized patients. In: Int J Med Inform, 2014, 83, 8: 572-80

Verfahren (Tab. 3) erzielen AMTS-IT die zweithöchste Trefferquote bei UAE und die höchste bei vermeidbaren UAE (Gurwitz et al. 2003; Field et al. 2004).

Auswirkungen auf UAW

Aus n = 7 Arbeiten (Bates et al. 1998; Evans et al. 1998; Dormann et al. 2000; Thürmann et al. 2002; Classen et al. 2005; Haffner et al. 2005; Leung et al. 2012) lassen sich Informationen zu Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf UAW und damit auf die AMS ableiten. Alle Studien werden im akutklinischen Bereich durchgeführt. Signifikante Resultate finden sich in zwei Beiträgen und sind widersprüchlich: Einerseits bewirken AMTS-/AMS-IT eine signifikante Abnahme der durch Antiinfektiva-Gabe verursachten UAW um mehr als 70 % (Evans et al. 1998) und andererseits einen deutlichen Anstieg der UAW-Rate von 4,0 auf 11,7 UAW/100 Krankenhausaufnahmen. Den Autoren nach, sind Verbesserungen der Entscheidungsunterstützung notwendig (Leung et al. 2012). Im Vergleich (Bates et al.

1998; Dormann et al. 2000; Thürmann et al. 2002; Gurwitz et al. 2003; Classen et al. 2005; Haffner et al. 2005) mit anderen Verfahren (Tab. 3) erweist sich nur die intensivierte Überwachung auf UAW durch Angehörige der Heilberufe als effektiver und sensitiver (Thürmann et al. 2002; Haffner et al. 2005). Die Sensitivitätsraten der AMTS-/AMS-IT variieren insgesamt von 45 % bis 74 % bezogen auf die Identifikation von UAW (Dormann et al. 2000; Thürmann et al. 2002; Haffner et al. 2005).

Auswirkungen auf UAW im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Zum jetzigen Zeitpunkt fehlen aussagekräftige Studien zu Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf UAW bei über 65-Jährigen und in der Langzeitpflege.

Einfluss auf klinische Outcomes

Die Wirkung von AMTS-/AMS-IT auf klinische Outcomes wird in acht Artikeln (Evans et al. 1998; Raschke et al. 1998; Han et al. 2005; Peterson et al. 2005; Holdsworth et al. 2007; Piontek et al. 2010; Ulfvarson et al. 2010; Vermeulen et al. 2014) anhand von

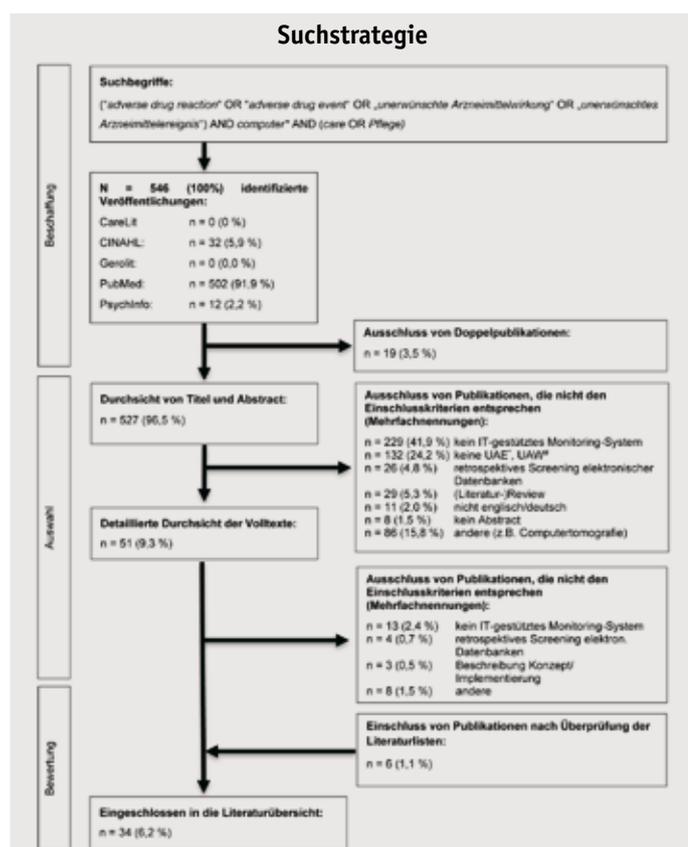


Abb. 1: Suchstrategie

| Qualitätskriterien und Bewertung | | |
|--|---|----------|
| Kriterium | | Punkt(e) |
| Design | Randomisiert | 1 |
| | Kontrolliert | 1 |
| Studienpopulation | Klar definierte Einschlusskriterien | 1 |
| | Alle Personen eingeschlossen bzw. Ausschlüsse benannt | 1 |
| Outcomes | Gut validierte, reliable Instrumente | 1 |
| | Objektive Outcomes | 1 |
| Statistiken | Signifikanzniveau genannt | 1 |
| | Adjustierung für multiple Vergleiche | 1 |
| Ergebnisse | Ausreichend Power | 1 |
| | Verblindete Datenerhebung | 1 |
| | Follow-up nach mindestens 6 Monaten | 1 |
| Gesamt (maximal 11 Punkte) Publikationen (n = 34) | | |
| Hohe Qualität | 3 | > 7 |
| Mittl. Qualität | 13 | 5 – 7 |
| Niedr. Qualität | 18 | < 5 |

Tab. 1: Qualitätskriterien zur Beurteilung von Studien nach Brodaty et al. (Brodaty et al. 2003) und Bewertung der eingeschlossenen Publikationen.

Veränderungen in den Endgrößen Krankenhausverweildauer (Evans et al. 1998; Peterson et al. 2005; Holdsworth et al. 2007; Piontek et al. 2010; Vermeulen et al. 2014), Sturzrate (Peterson et al. 2005), mentaler Status (Peterson et al. 2005), Morbidität (Raschke et al. 1998), Mortalität (Evans et al. 1998; Han et al. 2005; Piontek et al. 2010) und allgemeiner Gesundheitszustand (Ulfvarson et al. 2010) evaluiert. In drei Studien sinkt infolge AMTS-/AMS-IT signifikant die Krankenhausverweildauer im Mittel um zwei bis sieben Tage (Evans et al. 1998; Vermeulen et al. 2014) und das risiko-adjustierte Verhältnis zwischen tatsächlicher und erwarteter Krankenhausverweildauer von 1,02 auf 0,996 (Piontek et al. 2010). Zwei Artikeln (Peterson et al. 2005; Holdsworth et al. 2007) zufolge, ist der Einsatz von AMTS-/AMS-IT dagegen nicht an die Verweildauer gekoppelt. Piontek et al. (Piontek et al. 2010) berichten eine signifikante Reduzierung in risiko-adjustierten Mortalitätsraten infolge eines AMTS-/AMS-IT. Andere Studien (Evans et al. 1998) stellen positive Trends fest und beschreiben eine um 9 % niedrigere Mortalitätsrate in der IG. In einem Fall steigt infolge der Implementierung eines kommerziellen AMTS-/AMS-IT die Mortalitätsrate um 3,8 % signifikant an (Han et al. 2005). Kausale Ursprünge für den mehr als zweifachen Anstieg der Sterblichkeit werden u. a. in der verzögerten Verabreichung zeitkritischer Antibiotika und vasoaktiver Substanzen sowie in Kommunikationsdefiziten zwischen Ärzten und Pflegekräften gesehen. Nach Raschke et al. (Raschke et al. 1998) lassen sich durch AMTS-/AMS-IT bei 64 von 1.000 Krankenhausaufnahmen (weitere) Erkrankungen, hauptsächlich der Nieren und des Magen-Darm-Traktes abwenden.

Einfluss auf klinische Outcomes im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Durch die Nutzung eines AMTS-/AMS-IT in der Versorgung von über 65-jährigen Patienten sinkt laut einer Arbeit nach Adjustierung auf u. a. Alter und Geschlecht die Sturzrate in der IG signifikant um 0,36 Stürze/100 Patiententage. Darüber hinaus lässt sich die Rate der aus Stürzen resultierenden Folgeschäden in der IG tendenziell um 0,11/100 Patiententage senken (Peterson et al. 2005). Positive Einflüsse von AMTS-/AMS-IT auf kognitive Fähigkeiten bei Älteren (Peterson et al. 2005) und den (nicht näher spezifizierten) Gesundheitszustand von Patienten in der Langzeitpflege (Ulfvarson et al. 2010) bleiben hingegen aus.

Diskussion

In der vorliegenden Literaturstudie wurden Publikationen zu IT-gestützten Anwendungssystemen zur Reduzierung von ABP im Zeitraum 1998 bis 2014 analysiert. Den Ergebnissen nach, werden AMTS-/AMS-IT als Methode zur Verbesserung der AMTS und AMS im internationalen Kontext durchaus häufig, in Deutschland trotz Empfehlungen (SVR Sondergutachten 2009) noch vergleichsweise selten eingesetzt.

Einsatzbereiche von AMTS-/AMS-IT

AMTS-/AMS-IT kommen überwiegend im klinischen Bereich zum Einsatz. Außerhalb von Hochschul- und akademischen Kliniken werden sie auch in Einrichtungen der Regelversorgung zur Detektion und Abwendung von Medikationsfehlern, UAE und UAW implementiert. Dies spiegelt jedoch nicht die Situation in der Bundesrepublik Deutschland wider. Wird die Einbettung von AMTS-/AMS-IT nach dem Krankhaustyp im Bundesgebiet betrachtet, dann findet

eine solche bislang noch in mehr als der Hälfte der Fälle in akademischen Kliniken statt (Hübner et al. 2012). Systeme, welche den gesamten Prozess der Arzneimitteltherapie überwachen, werden in bundesdeutschen Kliniken noch immer zu selten eingesetzt (Ammerwerth et al. 2014). Der Einzug von AMTS-/AMS-IT findet bislang nicht in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung gleichermaßen statt. Nach Sichtung der Beiträge wird ein starkes Ungleichgewicht zwischen dem akutklinischen Setting auf der einen und der stationären Langzeitpflege auf der anderen Seite festgestellt. Aufgrund der von hohem Alter, Multimorbidität und Polypharmazie risikobehafteten Klientel wird gerade hier eine Überwachung des Medikationsprozesses und der Arzneimittelrisiken als notwendig erachtet (Thürmann/Jaehde 2011).

Motive für die Implementierung von AMTS-/AMS-IT

AMTS-/AMS-IT werden vorrangig zur Erfassung, Typisierung und Abwendung von Medikationsfehlern und dadurch verursachte UAE eingesetzt. Mehrheitlich steht eine Implementierung also mit dem primären Ziel des Aktionsplans AMTS 2013-2015 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2013) im Einklang, nämlich dem „Schutz [...] vor vermeidbarem Schaden bei der Arzneimitteltherapie“. Verglichen damit, werden AMTS-/AMS-IT zur Prävention von UAW deutlich seltener implementiert. Das Entdecken, Bewerten und Verstehen von UAW ist allerdings die Voraussetzung für die Einleitung entsprechender Maßnahmen zur Risikominimierung und damit der Gewährleistung der AMS (Moller/Aly 2012).

Relativ wenige AMTS-/AMS-IT werden vorrangig zur Reduzierung der Versorgungskosten eingesetzt, was darauf schließen lässt, dass der Schutz von Patienten und nicht ein monetärer Nutzen primär im Fokus steht. Durch die Abwendung vermeidbarer UAE ließen sich in der Bundesrepublik Deutschland jährlich ca. 816 Mio. Euro einsparen (Stark et al. 2011).

Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE, UAE und UAW

Auswirkungen auf potenzielle UAE

AMTS-/AMS-IT senken im akutklinischen Bereich laut Anderen (Stürzlinger et al. 2009; Radley et al. 2013) die Verordnungsfehler rate und tragen damit erfolgreich zur Gewährleistung der AMTS bei. Ein Wirksamkeitsnachweis bezogen auf die Abwendung von potenziellen UAE als Medikationsfehler kann nach Sichtung der bewerteten Arbeiten nicht eindeutig attestiert werden. Von insgesamt zehn Studien hierzu, führt ihr Einsatz in fünf (Bates et al. 1998; Colpaert et al. 2006; Holdsworth et al. 2007; Devine et al. 2010; Roberts et al. 2010) Studien mit überwiegend moderater bis hoher Studienqualität zu einem signifikanten Anstieg von detektierten und abgewendeten potenziellen UAE. Dennoch wurde in einer Studie (Leung et al. 2012) von hoher methodischer Qualität eine Zunahme um bis zu 30 % festgestellt.

Auswirkungen auf potenzielle UAE im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Die Wirkung von AMTS-/AMS-IT auf potenzielle UAE bleibt in der Versorgung von älteren Menschen und in der Langzeitpflege weitestgehend unklar. In einer Studie (Peterson et al. 2005) mit moderater Qualität führt ihr Einsatz bei über 65-Jährigen Patienten zu einer signifikanten Abnahme von Verordnungen mit überdosierten Psychopharmaka als potenzielle UAE. Psychopharmaka werden häufig in der Versorgung von Älteren eingesetzt (Bartholomeyczik

/ Wilm 2010), trotzdem sie das Auftreten von (potenziellen) UAE begünstigen (Thürmann / Jaehde 2011). Da Ältere aufgrund physiologischer Veränderungen ohnehin einem erhöhten UAE-Risiko (SVR Sondergutachten 2009) ausgesetzt sind, ist das oben angeführte Ergebnis von besonderer Bedeutung. Der Einsatz von AMTS-/AMS-IT könnte in der Versorgung von Älteren damit möglicherweise Folgeschäden in großem Umfang verhindern.

Auswirkungen auf UAE

Aufgrund der insgesamt geringen Anzahl an Arbeiten mit eindeutigen Nutzenbelegen bleibt die Wirkung von AMTS-/AMS-IT auf UAE weiterhin unklar. Über eine signifikante Reduzierung bzw. Abwendung von UAE (Colpaert et al. 2006; Holdsworth et al. 2007) und vermeidbaren UAE (Holdsworth et al. 2007; Leung et al. 2012) infolge von AMTS-/AMS-IT in der Akutversorgung wird in jeweils nur zwei Arbeiten mit moderater und hoher Studienqualität von insgesamt 16 Arbeiten hierzu berichtet. Dagegen nimmt die UAE-Rate in einem Fall (Leung et al. 2012) bedeutsam zu.

Auswirkungen auf UAE im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege finden sich nur zwei Arbeiten (Gurwitz et al. 2008; Handler et al. 2008) mit niedriger und mittlerer Qualität zur Effektivität und Effizienz und in keiner von beiden signifikante Resultate im Zusammenhang mit der Detektion und Abwendung von (vermeidbaren) UAE infolge der Verwendung von AMTS-/AMS-IT. Die Ergebnisse zum akuten klinischen Bereich sind aufgrund von heterogenen soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Charakteristika der jeweils mit Medikamenten versorgten Klientel sowie grundsätzlich anderen Versorgungsstrukturen nicht auf den (deutschen) Langzeitpflegebereich übertragbar. Gerade hier erscheint aber der Einsatz von IT zur Unterstützung der AMTS dringend erforderlich, weil hier fast jede dritte UAE schwerwiegend ist (Gurwitz et al. 2008). Theoretisch können UAE mit einer hohen Qualität und Quantität auch in der stationären Langzeitpflege detektiert werden. Wie sich zeigte (Handler et al. 2008), sind dafür auf die versorgten Personen abgestimmte und von Experten entwickelte Prüfregeln notwendig.

Auswirkungen auf UAW

Aufgrund der widersprüchlichen Resultate sind die Auswirkungen von AMTS-/AMS-IT auf UAW derzeit nicht beurteilbar. In einer Studie (Evans et al. 1998) von geringer methodischer Qualität führt ihr Einsatz zu einem signifikanten Rückgang von UAW, in einer anderen Arbeit (Leung et al. 2012) von hoher methodischer Qualität zu einem starken Anstieg der UAW-Rate. Für den Einsatz von AMTS-/AMS-IT in der UAW-Überwachung dürften aber die moderaten bis hohen Sensitivitätsraten (Dormann et al. 2000; Thürmann et al. 2002; Haffner et al. 2005) sprechen sowie fehlende wirksame Alternativverfahren. Zwar ist die Erkennungsrate gegenüber der intensivierten Überwachung auf UAW durch Angehörige der Heilberufe geringer, doch liegt der Vorteil der IT-Unterstützung im raschen und aktiven Rückmelden von Problemen zum Verordnungszeitpunkt (Stürzlinger et al. 2009), wodurch sich theoretisch mehr UAW verhindern lassen, noch bevor eine Schädigung eintritt.

Auswirkungen auf UAW im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Derzeit fehlen aussagekräftige Studien, so dass unklar bleibt, ob

und in welchem Umfang AMTS-/AMS-IT bei über 65-Jährigen und in der stationären Langzeitpflege als Risikobereiche zur Reduktion von UAW beitragen. Ein besonderes Risiko besteht dort insofern, als dass Ältere eine Vielzahl von Medikamenten erhalten, aus deren klinischen Prüfungen im Rahmen der Marktzulassung sie i. d. R. ausgeschlossen werden, aus deren späteren Anwendung sich aber zunächst nicht erkannte Risiken unerwünschter Arzneimittelwirkungen ergeben können (Puteanus 2010). Eine flächendeckende Überwachung auf UAW ist deshalb in der stationären Langzeitpflege im Spannungsfeld von hohem Alter und Polypharmazie unverzichtbar.

Einfluss auf klinische Outcomes

Der Einfluss von AMTS-/AMS-IT auf klinische Outcomes bleibt nach den Ergebnissen anderer Reviews (Stürzlinger et al. 2009; Radley et al. 2013) und den vorliegenden Resultaten unklar. Ein direkter Patientennutzen ist somit nicht ableitbar. Bislang findet eine Wirksamkeitsüberprüfung nur anhand weniger Versorgungsoutcomes wie Krankenhausverweildauer, Sturz- und Mortalitätsraten statt. Der Einfluss von IT auf die Krankenhausverweildauer ist widersprüchlich. Drei Arbeiten mit geringer und mittlerer Studienqualität (Evans et al. 1998; Piontek et al. 2010; Vermeulen et al. 2014) berichten von einer signifikanten Abnahme, zwei weitere Arbeiten (Peterson et al. 2005; Holdsworth et al. 2007) aber von keiner bedeutsamen Veränderung in dieser Zielgröße. Über eine signifikante und tendenzielle Reduzierung der Mortalitätsraten wird in zwei Artikeln (Evans et al. 1998; Piontek et al. 2010) berichtet. Dem gegenüber steht in einer Studie mit mäßiger Qualität ein signifikanter Anstieg der Mortalitätsrate (Han et al. 2005).

Einfluss auf klinische Outcomes im Kontext von älteren Personen und Langzeitpflege

Der Einfluss von AMTS-/AMS-IT auf die Versorgung von älteren Personen bleibt weitestgehend unklar. Lediglich in einer Studie (Peterson et al. 2005) von moderater Qualität wird die Sturzrate signifikant und die Rate der aus Stürzen resultierenden Folgeschäden tendenziell reduziert. Ein signifikanter Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten von Älteren in der Akutversorgung (Peterson et al. 2005) und den allgemeinen Gesundheitszustand in der ambulanten und stationären Langzeitpflege (Ulfvarson et al. 2010) bleibt dagegen aus.

Die Wirkung auf die kognitive und funktionelle Leistungsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Lebensqualität wird bislang nicht bzw. nicht ausreichend untersucht. Aufgrund der wenigen Resultate und der teilweise unzureichenden Studienqualität steht derzeit der Mangel an klarem Nutzen für den Patienten einer Empfehlung für IT-gestützte Systeme zum Arzneimittelmanagement entgegen. Dennoch deuten die wenigen Ergebnisse hier auf einen positiven und somit weitere Forschungsbemühungen begründenden Nutzeneffekt hin.

Limitationen

Dieses Review weist Limitationen auf. Es wurden lediglich englisch- und deutschsprachige Artikel eingeschlossen. Auch wurde die Recherche basierend auf speziellen Suchbegriffen durchgeführt. Infolge dessen wurden evtl. nicht alle verfügbaren Arbeiten einbezogen. Da nur veröffentlichte Studien gesichtet wurden, besteht die Möglichkeit eines Publikations-Bias. Zudem ist aufgrund nicht eindeutiger und teilweise falscher Begriffsdefinitionen eine klare Trennung von UAE und UAW nicht immer gewährleistet. Folg-

| Zusammenfassung der Ergebnisse zu Effekten von AMTS-/AMS-IT - Teil 1 | | | | | | |
|--|------------------------------|---------|---|--|--|-----------------------------------|
| Studie | Studienqualität [†] | Land | Setting (n) | Gegenstand/Ziel der Studie | Evaluiertes Effekt | signifikanter Effekt [‡] |
| Bates et al. 1998 | 9 | USA | stationäre Akutversorgung n = 6711 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) Kombination IT-Monitoring~ plus Teamintervention auf Medikationsfehler | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | UAE | nein |
| | | | | | potenzielle UAE | ja |
| | | | | | abgewendete potenzielle UAE | nein |
| | | | | | nicht abgewendete potenzielle UAE | ja |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Classen et al. 2005 | 4 | USA | stationäre Akutversorgung n = 36.653 | Detektion und Charakterisierung UAW durch (1) AMTS-/AMS-IT~ vs. (2) SM% | UAW-Rate | nein |
| | | | | | Verweildauer | ja |
| | | | | | Anzahl Medikamente | ja |
| Colpaert et al. 2006 | 8 | Belgien | stationäre Akutversorgung n = 90 | Einfluss AMTS-/AMS-IT~ auf Verordnungsfehler/UAE | Verordnungsfehler insgesamt | ja |
| | | | | | nicht abgewendete Verordnungsfehler | ja |
| | | | | | abgewendete Verordnungsfehler | ja |
| | | | | | UAE | ja |
| Davis et al. 2014 | 4 | USA | stationäre Akutversorgung n = 940 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Medikationsfehler | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | UAE | nein |
| Devine et al. 2010 | 5 | USA | ambulante Akutversorgung n = 10.169 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ und handschriftliche Verschreibung auf Medikationsfehler/UAE | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | nicht abgewendete potenzielle UAE | ja |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| van Doormaal et al. 2009 | 6 | NL | stationäre Akutversorgung n = 1.195 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Medikationsfehler/vermeidbare UAE | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Dormann et al. 2001 | 6 | DE | stationäre Akutversorgung ^{III} n = 532 | Detektion und Charakterisierung UAW durch (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) ISS ^V | UAW | nein |
| | | | | | vermeidbare UAW | nein |
| Dormann et al. 2000 | 6 | DE | stationäre Akutversorgung n = 379 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) SM ^{VI} auf UAW | UAW | nein |
| Evans et al. 1998 | 4 | USA | stationäre Akutversorgung n = 1.681 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Unterstützung Arzneitherapie mittels Antinfektiva und Versorgungsqualität | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | UAW | ja |
| | | | | | Verweildauer | ja |
| | | | | | Mortalität | Trend |
| Ferranti et al. 2008 | 2 | USA | stationäre Akutversorgung n = 4.711 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) Web-Applikation zur Erfassung SM ^{VI} auf UAE | UAE | nein |
| Field et al. 2004 | 3 | USA | ambulante Akutversorgung ^{III} n = 27.617 | Effekt (1) Web-Applikation zur Erfassung SM ^{VI} (2) Sichtung Krankenhaus-, Entlassungsberichte und (3) Protokolle zur Notfallversorgung (4) AMTS-/AMS-IT~, (5) automatisiertes Auslesen elektronischer Patientenberichte, (6) administrative Berichte über Zwischenfälle auf UAE | UAE | nein |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Field et al. 2009 | 6 | CAN | stationäre Langzeitpflege n = 833 | Effekt IT-Monitoring~ auf AMTS ^V bei Niereninsuffizienz | inadäquate Präparate | ja |
| | | | | | Medikationsfehler | nein |
| Glassman et al. 2006 | 2 | USA | ambulante Akutversorgung n = 97 | Effekt IT-Monitoring~ auf AMTS ^S | Medikationsfehler | nein |
| Gurwitz et al. 2003 | 5 | USA | ambulante Akutversorgung ^{III} n = 27.617 | Effekt (1) Web-Applikation zur Erfassung SM ^{VI} (2), Sichtung Krankenhaus-, Entlassungsberichte und (3) Protokolle zur Notfallversorgung (4), AMTS-/AMS-IT~, (5) automatisiertes Auslesen elektronischer Patientenberichte, (6) administrative Berichte über Zwischenfälle auf Detektion UAW | UAE (einschließlich unvermeidbare UAE/UAW) | nein |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Gurwitz et al. 2008 | 7 | USA | stationäre Langzeitpflege n = 1.118 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ mit und (2) ohne CDS auf Vermeidung UAE | UAE | nein |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Haffner et al. 2005 | 5 | DE | stationäre Akutversorgung n = 1.339 | Effekt (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) ISS ^V | UAW | nein |
| | | | | | Verweildauer | nein |

Tab. 2: Zusammenfassung der Ergebnisse zu Effekten von AMTS-/AMS-IT.

| Zusammenfassung der Ergebnisse zu Effekten von AMTS-/AMS-IT - Teil 2 | | | | | | |
|--|---|-----|--|---|--|-------------------|
| Han et al. 2005 | 6 | USA | stationäre Akutversorgung n = 1.942 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Mortalitätsrate | Mortalitätsrate | ja (aber negativ) |
| Handler et al. 2008 | 4 | USA | stationäre Langzeitpflege n = 274 | Evaluation AMTS-/AMS-IT~ zur Detektion von UAE | UAE-Warnhinweise/ PPV ^{VIII} | - |
| Holdsworth et al. 2007 | 5 | USA | stationäre Akutversorgung n = 2407 | Einfluss AMTS-/AMS-IT~ auf Inzidenz und Arten von UAE | UAE | ja |
| | | | | | potenzielle UAE | ja |
| | | | | | vermeidbare UAE | ja |
| | | | | | Verweildauer | nein |
| Hwang et al. 2008 | 4 | KR | stationäre Akutversorgung n = 598 | Effekt und Performance AMTS-/AMS-IT~ bzgl. Detektion UAE | UAE/ PPV ^{VIII} | nein |
| | | | | | potenzielle UAE | nein |
| | | | | | vermeidbare UAE | nein |
| Jha et al. 2008 | 4 | USA | stationäre Akutversorgung n = 2.407 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Detektion UAE | UAE | nein |
| | | | | | potenzielle UAE | nein |
| Kane-Gill et al. 2011 | 3 | USA | stationäre Akutversorgung n = 145 | Evaluation der Vorhersagewerte von UAW-Warnhinweisen | UAW-Warnhinweise/PPV ^{VIII} | nein |
| Kilbridge et al. 2006 | 3 | USA | stationäre Akutversorgung n = 33.206 | Vergleich (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) SM ^{VI} auf UAE-Rate und Charakterisierung von UAW zwischen Universitätsklinikum und städtischem Krankenhaus | UAE | nein |
| | | | | | Verweildauer | nein |
| | | | | | Mortalitätsrate | nein |
| Leung et al. 2012 | 8 | USA | stationäre Akutversorgung n = 30.161 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf UAE-Rate | UAE | ja |
| | | | | | vermeidbare UAE | ja |
| | | | | | unvermeidbare UAE/UAW | ja (aber negativ) |
| | | | | | potenzielle UAE | ja (aber negativ) |
| | | | | | abgewendete potenzielle UAE | ja |
| | | | | | nicht abgewendete potenzielle UAE | ja |
| McCoy et al. 2010 | 3 | USA | stationäre Akutversorgung n = 1.237 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf AMTS\$ bei akuter Niereninsuffizienz | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | inadäquate Präparate | ja |
| Peterson et al. 2005 | 6 | USA | stationäre Akutversorgung ^{III} n = 3.718 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf AMTS\$ | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | potenzielle UAE | ja |
| | | | | | inadäquate Präparate | ja |
| | | | | | Sturz | ja |
| | | | | | Folgeschäden infolge Sturz | Trend |
| | | | | | Verweildauer | nein |
| | | | | | Mentaler Status | nein |
| Piontek et al. 2010 | 7 | USA | stationäre Akutversorgung n = 229.463 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ auf Kosten und qualitätsbezogene Outcomes | Mortalitätsrate | ja |
| | | | | | Verweildauer | ja |
| | | | | | Morbidität/Case-Mix-Index | ja |
| Raschke et al. 1998 | 3 | USA | stationäre Akutversorgung n = 9.306 | Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines AMTS-/AMS-IT~ zur Korrektur von Medikationsfehlern | Warnhinweise, welche zur Modifikation der Arzitherapie auf Basis von Empfehlungen des IT-Monitoring\$ führen | ja |
| Roberts et al. 2010 | 4 | USA | stationäre Akutversorgung n = k. A. | Effekt (1) erweitertes CPOE-CDS und (2) CPOE-CDS auf Detektion potenzielle UAE | potenzielle UAE | ja |
| Rommers et al. 2011 | 5 | NL | stationäre Akutversorgung n = k. A. | Effekt (1) erweitertes CPOE-CDS und (2) CPOE-CDS auf Detektion UAE | potenzielle UAE | nein |
| Spina et al. 2005 | 3 | USA | ambulante Akutversorgung n = 31 | Klinische Relevanz UAE/UAW-Warnmeldungen eines AMTS-/AMS-IT~ | UAE/UAW Warnhinweise | nein |
| Thürmann et al. 2002 | 4 | DE | stationäre Akutversorgung n = 932 | Vergleich (1) AMTS-/AMS-IT~ und (2) ISS ^{II} zur Detektion und Charakterisierung von UAW | UAW-Inzidenz | nein |
| Ulfvarson et al. 2010 | 4 | SE | ambulante & stationäre Langzeitpflege ^{IV} n = 233 | verbesserte AMTS\$ durch Einsatz AMTS-/AMS-IT~ | arzneimittelbezogene Probleme ^{IX} | nein |
| | | | | | inadäquate Präparate | nein |
| | | | | | allgemeiner Gesundheitszustand | nein |
| Vermeulen et al. 2014 | 4 | NL | stationäre Akutversorgung n = 1.195 | Effekt AMTS-/AMS-IT~ und handschriftliche Verschreibung auf Versorgungskosten und Medikationsfehler/UAE | Kosten | nein |
| | | | | | Medikationsfehler | ja |
| | | | | | potenzielle UAE | nein |
| | | | | | Verweildauer | ja |

Tab. 2: Legende: I=nach Brodaty et al. (Brodaty et al. 2003); II=ja $\Delta p \leq ,05$, nein $\Delta p > ,05$, Trend $\Delta p < ,1$; III=Alter ≥ 65 Jahre; IV=Alter ≥ 75 Jahre; V=Arzneimitteltherapiesicherheit; ~IT-gestütztes System zur Unterstützung der Pharmakovigilanz; VI=Spontanmeldungen; VII=intensivierte Überwachung auf UAW (intensified surveillance system), VIII=positive predictive value; IX=z. B. Arzneimittelwechselwirkungen, fehlende Indikation, Kontraindikation, UAW; k. A. = keine Angabe.

lich entspricht die erfasste evtl. nicht der tatsächlich aufgetretenen Anzahl von UAE und UAW. Ein Großteil der bewerteten Arbeiten weist eine unzureichende Studienqualität und Ergebnisdokumentation auf. Diese Faktoren und die heterogenen Studiendesigns und Interventionen erschwerten erheblich die Verallgemeinerung relevanter Resultate.

Fazit

Es scheint, als stellen IT-gestützte Anwendungssysteme eine erfolgreiche Methode zur Risikoreduktion von Arzneimitteltherapien und zur Verbesserung von relevanten patienten- bzw. bewohnerbezogenen Outcomes dar. Zum endgültigen Wirksamkeitsnachweis von AMTS-/AMS-IT bedarf es weiterer Nutzen-orientierter und gut dokumentierter Interventionsstudien – vor allem in der stationären Langzeitpflege. <<

IT-based application systems to prevent drug-related problems – a literature overview

In particular, because of multiple morbidity elderly people frequently take a variety of drugs. This often leads to adverse drug events (ADE) and adverse drug reactions (ADR). Information technology (IT) should improve medication therapy safety (MTS) and medication safety (MS). This review aims to identify the settings in which IT-based systems to ensure MTS and MS (MTS-/MS-IT) are used and the motives for their implementation. Furthermore, it should be summarized the effects of MTS-/MS-IT on potential ADE as medication errors, ADE, ADR and clinical outcomes of patients with drug therapy. The focus is on the elderly and long-term care. By means of a systematic literature search publications in English language were analysed. MTS-/MS-IT are mainly used in acute clinical routine, but rarely in long-term care. Main motivations for their implementation are the improvement of medication therapy safety and reduction in costs of supply. Currently, there is no clear evidence in efficacy of MTS-/MS-IT in terms of the detection and prevention of (potential) ADE and ADR. The benefit of MTS-/MS-IT in long-term care facilities remains sketchy, as well as the question whether their use leads to a direct patient benefit, respectively. For final evidence further benefit-oriented and well-documented intervention studies are required – especially in long-term care.

Keywords

adverse drug event, adverse drug reaction, information technology, drug therapy safety, drug safety

Autorenerklärung

A. Worch, A. Schmidt, J. Gräske und K. Wolf-Ostermann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Alle Autoren haben unentgeltlich an der Literaturstudie mitgearbeitet. Nach einem positiven Votum der Ethikkommission der Alice Salomon Hochschule entspricht die MADRIC-Studie vollumfänglich derzeitigen ethischen Standards. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Dipl. Pflegewirt (FH) Andreas Worch

ist Krankenpfleger und Dipl. Pflegewirt (FH). Nach der Krankenpflegeausbildung folgte ein Pflegemanagement-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH). 2008 bis 2014 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der ASH, seit 2014 in der Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen tätig. Kontakt: worch@uni-bremen.de



Annika Schmidt, MSc

ist exam. Krankenschwester, Rettungsassistentin und Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin MSc. Nach Ausbildung und verschiedenen Tätigkeiten in der Praxis, folgte ein Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Seit 2014 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Kontakt: schmidt.annika@uni-bremen.de



Dr. rer. cur. Johannes Gräske, MSc

ist Krankenpfleger, Dipl. Pflegewirt (FH) und Epidemiologe. Nach dem Pflegemanagement-Studium an der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) folgte an der Charité-Universitätsmedizin Berlin die Promotion und der Masterabschluss in Epidemiologie. 2009 bis 2014 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der ASH, seit 2014 an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) tätig. Kontakt: graeske@uni-bremen.de



Prof. Dr. rer. nat. Karin Wolf-Ostermann

ist Professorin für „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ an der Universität Bremen und Leiterin der Abteilung „Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.



Kontakt: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS zum E-Health-Gesetz

„Die Diskussion auf die Nutzeffekte ausrichten“

Eines der Schwerpunktthemen der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS ist das Medikationsmanagement, da gerade im höheren Lebensalter Multimorbidität und damit auch die gleichzeitige Anwendung mehrerer Arzneimittel eher die Regel als die Ausnahme ist. In diesem Zusammenhang ist das vom Bundeskabinett am 27.5.2015 beschlossene E-Health-Gesetz ein wichtiger und notwendiger Schritt zur Verbesserung der IT-Sicherheit im Gesundheitswesen, der das Stammdatenmanagement ebenso einschließt wie die Speicherung von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte oder die elektronische Übermittlung von Arztbriefen.

>> Wichtig ist aber auch, was alles nicht berücksichtigt wurde, zuvor aber in der öffentlich geführten Diskussion eine Rolle spielte:

- Eine Speicherung von Arzneimitteldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte war bei der ersten Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zum Referentenentwurf des Gesetzes noch vorgesehen. Denn sie ist die Voraussetzung für ein effektives Medikationsmanagement, da die verschiedenen Prüfungen im Rahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Vielzahl der dabei zu verarbeitenden Informationen nur noch auf elektronischem Wege erfolgen können.
- Entsprechende IT-Lösungen sind prinzipiell für die Apothekensoftware vor ca. 15 Jahren geschaffen worden, bei der Arztsoftware wird diese Entwicklung langsam nachgeholt. Insofern ist es beim gegenwärtigen Stand der Softwareumsetzung unverständlich, dass das Medikationsmanagement bzw. die Pflege der Medikationspläne den Ärzten vorbehalten bleiben soll, die mehrheitlich noch gar nicht über die IT-technischen Voraussetzungen für entsprechende Checks zur Arzneimitteltherapiesicherheit verfügen.
- Der Medikationsplan ist zwar ein Fortschritt, da er dem Patienten Informationen über die Indikationsstellung sowie weitere Anwendungshinweise gibt. Solange er nicht mit computergestützten Checks auf Arzneimitteltherapiesicherheit (s. oben) verknüpft werden kann, ist aber kein Medikationsmanagement und damit auch keine Vermeidung nebenwirkungsbedingter Todesfälle möglich, die der Minister ausdrücklich erwähnt.
- Dass die Adhärenz eine wichtige, wenn nicht entscheidende Rolle für den angestrebten Therapieerfolg spielt, wird immer wieder betont. Aus dem Medikationsplan allein kann man aber nicht ablesen, ob Patienten ihre Arzneimittel entsprechend der ärztlichen Empfehlung anwenden. Dies erlaubt nur das Medikationsprofil, das die Arzneimittelanwendung über ein Zeitfenster von 6 Monaten abbildet und durch die Softwareprogramme zur Arzneimitteltherapiesicherheit automatisch aus den dokumentierten rezeptpflichtigen und rezeptfreien Arzneimitteln erstellt wird, und zwar über den so genannten Reichdauerausdruck. Zudem kann das Signal, das der Computer darstellt, dazu genutzt werden, mit den Patienten die Ursa-

chen zu besprechen, die die Adhärenz ungünstig beeinflussen und sie ggf. ausräumen.

- Überhaupt nicht angesprochen ist der epidemiologische Erkenntnisgewinn, den man aus den dokumentierten Checks zur Arzneimitteltherapiesicherheit ziehen kann und der letztlich allen Patienten zugute kommt. Das betrifft die Häufigkeiten des Auftretens von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bis hin zum Medikationsstopp, aber auch die tatsächliche Relevanz von potenziellen Interaktionen bei der gleichzeitigen Anwendung zweier interagierender Arzneimittel. Auch die Langzeitriskiken von dauerhaft anzuwendenden Arzneimitteln ließen sich mit Hilfe epidemiologischer Methoden besser beobachten.
- Arbeitszeit ist Leistungszeit und wird üblicherweise durch eine angemessene Honorierung anerkannt. Dieser allgemein gültige Grundsatz wird überraschenderweise beim Medikationsmanagement nicht angewendet. Auch hier müssen die Leistungen dort honoriert werden, wo sie zum Nutzen der Patienten und damit der Gesellschaft erbracht werden.

Statt sich rechtzeitig auch mit den potenziellen Anwendungen der im Aufbau befindlichen IT-Infrastruktur zu befassen, ist bislang eine vorrangige Fokussierung auf die damit verbundenen Datenschutzaspekte zu beobachten, die die Erprobung der eigentlichen Anwendungen quasi ausschließt und denjenigen gelegen kommt, die der Dokumentation von Daten in allen Sektoren des Gesundheitswesens und der damit einhergehenden Transparenz skeptisch gegenüber stehen. Das seit Jahren immer wieder ins Feld geführte Argument einer weiteren notwendigen Verbesserung der IT-Infrastruktur verhindert damit, dass im Anwendungsbereich überhaupt Erfahrungen gesammelt werden können. Denn auch hier sind mit Sicherheit weitere Optimierungen notwendig, die die Erarbeitung von Auswertungsalgorithmen, einschließlich ihrer Priorisierung ebenso betreffen wie die Standardisierung der in den einzelnen Sektoren vorgesehenen Systeme und App-

likationen. Denn nur ihr barrierefreier Einsatz über die Sektorengrenzen hinweg kann letztlich den erwarteten Nutzeffekt sowohl für die Heilbeurfler als auch für die Patienten generieren. Dem stehen aber die Partikularinteressen der Anbieter gegenüber, die in der Regel ihre eigenen Systeme weiter ausbauen. Dazu passt auch die Meldung aus der Pressemitteilung des BMG, dass auf der Basis eines Interoperabilitätsverzeichnis die IT-Systemanbieter Standards im Gesundheitswesen transparent gemacht sollen und auf freiwilliger Basis eine stärkere Standardisierung angestrebt werden müsse. Bei der essentiellen Voraussetzung, die die Standardisierung der Prozessabläufe und ihrer IT-technischen Voraussetzungen darstellt, wären jedoch mehr Verbindlichkeit und klarere Vorgaben für die sektorübergreifende Umsetzung erforderlich, wobei auch internationale Standards Berücksichtigung finden sollten.

Allein diese Anmerkungen zeigen, wie wichtig es wäre die Diskussion um die Digitalisierung des Gesundheitswesens stärker auf anwendungsbezogene Aspekte und vor allem die Nutzeffekte zu lenken – ohne die potenziellen Datenmissbrauchsrisiken außer Acht zu lassen – statt durch immer weiter spezifizierte Sicherheitsanforderungen die Entwicklung letztlich zu blockieren. <<

von: Prof. Dr. Marion Schaefer*

Kurzporträt der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS

Die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS – wobei 65 Plus als Metapher für das Alter und nicht als konkrete Altersgrenze gedacht ist – will Einfluss auf die Entwicklungen nehmen, die vor allem der Gesundheit der Zielgruppe „65 Plus“ dienen.

Dazu suchen wir den Dialog mit Betroffenen, Leistungserbringern, Politik und Wissenschaft in Workshops, Projekten und Veröffentlichungen.

Uns verbindet die Bereitschaft und das gemeinsame Interesse unserer Mitglieder, an Lösungen für gesundheitsrelevante Probleme älterer Mitbürger mitzuwirken.

Wir haben uns für eine freie Zusammenarbeit und bewusst gegen die Gründung eines Vereins entschieden. Alle Mitglieder und das Leitungsteam arbeiten ehrenamtlich. Wir erheben keine Mitgliedsbeiträge.

Die Arbeitsgemeinschaft als Ganzes hat keine eigenen materiellen Interessen und entfaltet keine Aktivitäten, die mit finanziellen oder haftungsrechtlichen Risiken verbunden sind. Jedes Mitglied trägt mit seinen Möglichkeiten zur Umsetzung der Ziele bei.

Interessenten an einer konstruktiven Mitarbeit, die bereit sind Ihre Erfahrungen im Sinne unserer Zielstellung einzubringen, sind jederzeit willkommen.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

