

VERSORGUNGS FORSCHUNG

10
JAHRE

monitor

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Opti-Medis AG: „Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist viel höher“

- „IQTIG-Methodenpapier: keine Kursänderung in Sicht“ (Schrappe)
- „Diskussion möglicher Ergebnisvariablen für die Evaluation“ (Brandt)
- „Wenn Politik ohne Versorgungsforschung entscheidet“ (Porzsolt)

Editorial

Entscheidend ist die Translation

4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist höher“ 6

Titelinterview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Buch-Abdruck: „Health Impact Bonds“ 14

Aus: „Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems“

Ein Verkehrsunfall oder ein Paradigmenwechsel? 18

Erster Bericht zum MVF-Fachkongress „Regionale Versorgung“

Dissens zwischen AkdÄ und Fachgesellschaften 20

IGES-Analyse zur Auswirkung von Stellungnahmen der Wissenschaft in der fNB

Verdopplung der Demenzerkrankungen bis 2050 22

Deloitte prognostiziert Anstieg bei Demenz und chronischen Krankheiten

Hoher Bias zwischen Anspruch und Wirklichkeit 23

WidO-Online-Befragung zum Informationsverhalten der Hausärzte

Ziel: Ein konsentiertes Umsetzungs-Agreement 25

Erste Nationale Translations-Konferenz von DGIV, HTW und MVF

Nullmeridian der „letzten Meile“ 26

Serie „Vf made in“ (Teil 5): Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Spang: „Kein Schwarz und Weiß mehr wie früher“ 29

Serie „Grenzgänger“ (Teil 1): Intersektorale Facharztzentren (IFZ)

Pro: Einstieg in die Versorgungsstruktur der Zukunft 30

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi Berlin

Contra: „Eine absolut unrealistische Fiktion“ 31

Diplom-Volkswirt Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG

Drittmeinung: Sektorübergreifende Lösung gefordert 32

Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost

Hebel zur Steuerung der Fehlversorgung 34

Lancet: Wissenschaftliches Paper zur angemessenen Gesundheitsversorgung

Zahlen - Daten - Fakten

Rheuma-Biologika: Patientenprofile und Komedikation 16

Standards

Impressum 2

News 24, 36

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 37-40

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 58-59

Impressum

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
10. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

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

Olga Gölbers
gölbers@m-vf.de
Kerstin Müller
mueller@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

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

Abonnement

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

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

Layout

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbreitete Auflage: 6.590 (IVW 4. Quartal 2016)



WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Matthias Schrappe

41

Das Methodenpapier des IQTIG: keine Kursände- rung in Sicht

Das nun in einem ersten Entwurf vorliegende Methodenpapier des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist ein wichtiges Dokument für die Diskussion des Themas in den nächsten Jahren. Allerdings bietet dieses Papier Anlass zu ernsthafter Kritik auf zahlreichen Ebenen. In seinen Grundannahmen bleibt es einem traditionellen, auf die ex post-Qualitätskontrolle von Ergebnissen ausgerichteten Verständnis von Qualität verhaftet. Elemente der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung mit Integration des Qualitätsgedankens in den Ablauf der Leistungserbringung auf institutioneller und Systemebene sind weitgehend in den Hintergrund gedrängt.

Dr. Benigna Brandt MPH / Ina Roosen Msc. OT

46

Kooperation in der Gesundheitsforschung – Diskussion möglicher Ergebnisvariablen für die Evaluation

Interprofessionelles Handeln spielt in der gesundheitlichen Versorgung eine immer bedeutendere Rolle. Vor dem Hintergrund stets komplexer werdender Behandlungsbedürfnisse und therapeutischer Möglichkeiten, sehen sich die professionellen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem vor der Herausforderung mit kooperativen Ansätzen eine adäquate Versorgung anbieten zu können. Dieser Artikel reflektiert für welche Klientel ein kooperatives Handeln tatsächlich erforderlich ist und mit Hilfe welcher Ergebnisvariablen sich der Mehrwert kooperativen Handelns messen lässt. Hierfür werden aktuelle Studienergebnisse aus den Bereichen der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung und den Therapiewissenschaften genutzt, um exemplarisch den möglichen Mehrwert von kooperativem Handeln in Bezug auf verschiedene Variablen zu belegen. Die Ergebnisvariablen gliedern sich in Patientenbezogene Ergebnisse, Ergebnisse in Bezug auf die Versorgungsqualität und den Allokationsprozess einer solidarischen Gesundheitssystemfinanzierung. Zentrale Punkte, für die bereits einige Studien einen Mehrwert von kooperativem Handeln zeigen konnten, sind die Therapiemotivation der Klientinnen und Klienten, der Therapieerfolg und die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten sowie der professionellen Akteurinnen und Akteure.

Prof. Dr. Franz Porzolt / Rauph Aliew

52

Versorgung auf dem Prüfstand: Eine empirische Analyse der Versorgungsqualität von Parkinson- Patienten

Im vorliegenden Beitrag haben wir durch eine Gruppendiskussion mit Parkinson-Patienten (n=20) und deren Angehörigen (n=10) eine empirische Analyse zur Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem durchgeführt. Eine Reihe belastender, aber vermeidbarer Probleme konnte identifiziert werden z.B. der häufige Wechsel von wirkstoffgleichen Arzneimitteln, der mit Einstellungsproblemen und Verwechslungen einhergeht, die unzureichende Teilbarkeit von Tabletten und die deutlichen Informations- und Kommunikationsprobleme bei fachübergreifender Versorgung. Die Ergebnisse bestätigen die Eignung dieses Verfahrens zur Erhebung bedeutender, krankheitsspezifischer Informationen zu bewährten und zu verbesserungswürdigen Versorgungsaspekten. Die Methode ist einfach umsetzbar und eignet sich für die Bewertung von komplexen Strategien, bei welchen aus methodischen Gründen weder die Wirkung unter Idealbedingungen (efficacy) noch deren Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness) in vergleichenden Untersuchungen bestätigt werden kann.







Dieser Ausgabe liegt die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

Herausgeber-Beirat





VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG





Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	

	Universitätsmedizin GÖTTINGEN	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	

Institute

	GeWINO Innovation im Nordosten	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	WiNeG	Dr. Andreas Meusch	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

Akteure

	AKTIONS BÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Hedwig François-Kettner	
	AOK Die Gesundheitskasse Baden-Württemberg	Dr. Christopher Hermann	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Prof. Dr. Christian Franken	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	SANOFI	Prof. Dr. W. Dieter Paar	

	AOK Die Gesundheitskasse Nordost	Harald Möhlmann	
	arvato BERTELSMANN	Dr. Jens Härtel	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	IGI StimMT	Dr.med. Hans-Joachim Helming	
	INSIGHT HEALTH	Roland Lederer	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	



**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.

Nationale Agreement-Konferenz

24. April 2017
14:00 bis 18:00 Uhr

Anmeldung:
www.m-vf.de
oder QR-Code



Entscheidend ist die Translation

1. Nationale Translations-Konferenz am 24. April 2017 in Berlin

> S. 29 und Beilage / QR

Viele innovative Versorgungskonzepte sind bereits in Selektivverträgen realisiert und ihre positive Wirkung für die Patienten ist nachgewiesen. Da muss es im Sinne des Anspruchs auf gleichwertige Lebensbedingungen und des Solidarpaktpinzips der Krankenversicherung darum gehen, solche positiv evaluierten Konzepte für alle zugänglich zu machen. Wie können positiv wirkende Versorgungsinnovationen aus Selektivverträgen bundesweit in der Regelversorgung realisiert werden? Damit befasst sich die 1. Nationale Translations-Konferenz am 24. April 2017 am Beispiel des Versorgungsvertrages der AOK Nordost mit seinen Erfolgen beim Diabetischen Fuß. Unser Ziel ist ein Umsetzungs-Agreement für die Regelversorgung. Meine Bitte: Seien Sie unser Gast, nehmen Sie aktiv teil und beteiligen sich an der Konsentierung!

MVF-Titelinterview mit Cornelia Prüfer-Storcks, Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstandsvorsitzender von OptiMedis

> S. 6 ff.

Das Gesunde Kinzigital hat in den vergangenen zwölf Jahren den „Proof of Concept“ geliefert. Jetzt wird dieses Konzept Integrierter Versorgung mit Unterstützung des Innovationsfonds auf zwei deprivierte Hamburger Stadtteile übertragen: Billstedt und Horn. „Wir haben dafür im Rahmen einer kleinräumigen Analyse der Bedarfssituation ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn erstellt.“ Das war eine Art „Co-Invest“ von Hamburg, den Ärzten, der AOK Rheinland/Hamburg und OptiMedis, sagt Hildebrandt in unserem Titelinterview. „Die Mittel des Innovationsfonds geben uns nun die Möglichkeit, modellhaft entsprechende Projekte zu testen. Dabei haben für mich Projekte Priorität, die auf eine interdisziplinär-fachübergreifende Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie eine sachgerechte Steuerung der jeweils angemessenen Leistungen ausgerichtet sind“, so Prüfer-Storcks.

Pro und Contra

> S. 30 ff.

Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), und **Dipl.-Volksw. Georg Baum**, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), präsentieren pointiert ihre Sicht auf Notfallversorgung und Krankenhausambulanzen. Eine Drittmeinung dazu bringt **Stefanie Stoff-Ahnis**, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost, ein.

Wissenschaftliche Beiträge

Schrapp kritisiert das Methodenpapier des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auf mehreren Ebenen und fordert eine grundlegende Überarbeitung. Das Papier bleibt bei einem traditionellen Qualitätsverständnis, das auf die ex post-Qualitätskontrolle und Ergebnisse ausgerichtet ist.

> S. 41 ff.

Brandt und **Roosen** analysieren Studien daraufhin, mit welchen Ergebnisvariablen sich der Mehrwert interprofessionell-kooperierender Versorgung messen lässt. Zentrale Punkte sind die Therapiemotivation der Klientinnen und Klienten, der Therapieerfolg und die Zufriedenheit der Klienten sowie der professionellen Akteure.

> S. 46 ff.

Porzsolt und **Aliew** untersuchen die Versorgung von Parkinson-Kranken mit einer Gruppendiskussion mit Patienten und Angehörigen. Sie identifizieren belastende, aber vermeidbare Probleme, z.B. häufigen Wechsel wirkstoffgleicher Arzneimittel, der mit Einstellungsproblemen und Verwechslungen einhergeht, unzureichende Teilbarkeit von Tabletten und deutliche Informations- und Kommunikationsprobleme bei fachübergreifender Versorgung.

> S. 52 ff.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Frühlingszeit und, wie immer, interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

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 a/3 · 65529 Waldems-Esch
Tel.: 06126 955-0, Fax: 06126 955-20



Interview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Hamburg, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG

„Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist höher“

Das mit 6,3 Millionen Euro auf drei Jahre vom Innovationsfonds geförderte Projekt INVEST Billstedt/Horn will die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen, in denen 108.000 Menschen leben, verbessern und dazu ein neues patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Versorgungsmodell aufbauen. Dafür verantwortlich ist Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und in Personalunion nicht nur Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), sondern auch der Gesundes Kinzigtal GmbH, die bereits seit 2005 zeigt, wie man Versorgung anders und besser organisieren kann. Nun, immerhin 12 Jahre später, kann Hildebrandt auch in Hamburg und in enger Zusammenarbeit mit Unterstützung von Cornelia Prüfer-Storcks, der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, zeigen, ob ein solches Modell in einer ganz anderen Region und vollkommen unterschiedlichen Gegebenheiten als auch Herausforderungen funktioniert.

>> Herr Hildebrandt, warum Billstedt/Horn?

Wir kamen auch auf viele andere Regionen, ob nun auf Bremerhaven, Dortmund, Köln-Chorweiler und Köln-Mülheim, auf München-Rammersdorf-Perlach oder auf Berlin-Neukölln-Nord. Oder im Ausland auf Nijkerk in den Niederlanden und sogar auf zwei Stadtteile in London – beides Länder, in denen wir gemeinsam mit unseren Partnern jetzt schon Projekte aufbauen und umsetzen. Mit einigen Krankenkassen, die viele Versicherte in den genannten Regionen betreuen, haben wir gesprochen, teilweise auch einige Workshops durchgeführt. Alleine: Hamburg war schneller als die anderen.

Warum das?

Es liegt sicher auch ein wenig daran, dass ich selbst gebürtiger Hamburger bin, eine Zeit lang Bürgerschaftsabgeordneter in der Hansestadt war und als solcher ein Projekt mit aufgebaut hatte, das als eine deutsche Übersetzung des „Healthy City“-Projekts der WHO gelten konnte. Schon damals hatten wir analysiert, welche Stadtteile der Hansestadt eine besondere Initiative im Bereich der Gesundheit bräuchten.

Wie kamen Sie denn nun ausgerechnet auf Billstedt/Horn?

Besser sollte man sagen, dass Billstedt/Horn auf mich, sprich die OptiMedis zugekommen ist. Dr. Dirk Heinrich vom NAV-Virchowbund kannte unsere Arbeit über sein Engagement für die Agentur Deutscher Arztnetze (ADA), die an den NAV angebunden ist. Er selbst hat eine HNO-Praxis in Billstedt/Horn und kam mit anderen Kollegen zusammen auf uns zu – mit der Idee, ob wir sie nicht beim Management einer Vollversorgung dort unterstützen könnten. Ausgesprochen hilfreich war dann die schnelle Bereitschaft der Gesundheitsbehörde der Stadt Hamburg, eine solche Lösung zu unterstützen.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, warum denn?

Hamburg hat bei vielen Themen in der Gesundheitspolitik und auch in der praktischen gesundheitlichen Versorgung durchaus eine Vorreiterrolle. Und auch eine medizinisch so gut versorgte Metropole hat Nachholbedarf bei der integrierten Versorgung. Das schon genannte Projekt im Kinzigtal hat ja bereits gezeigt, was wir mit innovativen Ansätzen erreichen können. Wir wissen zudem aus unseren eigenen Untersuchungen, etwa zum Morbiditätsatlas Hamburg, den wir 2013 veröffentlicht haben, dass die demografischen und sozialen Bedingungen und die Versorgungsstrukturen in einer Stadt uneinheitlich sind. Es ist leider nach wie vor so, dass der sozioökonomische Status Einfluss auf

die Gesundheit hat. In ärmeren Stadtteilen gibt es nachweislich eine höhere Krankheitslast, aber weniger Ärztinnen und Ärzte. Wir müssen deshalb bei der Bedarfsplanung stärker den regionalen Bedarf in den

Blick nehmen. Und wir brauchen innovative Projekte, um auch in Zukunft die bestmögliche gesundheitliche Versorgung für die Menschen in der Stadt und im Umland sicherstellen zu können. Unabhängig vom Projekt in Billstedt/Horn lässt sich für Hamburg feststellen,

dass es sich bei der Bewerbung für den Innovationsfonds ausgezahlt hat, dass die Projekte mit einer breiten Beteiligung von Krankenkassen, Wissenschaft, Leistungserbringern und Verbänden entwickelt und von der Landeskonferenz Versorgung, dem 90a-Gremium, einvernehmlich unterstützt wurden.

Herr Hildebrandt, die positiven Ergebnisse aus dem Kinzigtal waren demnach mit ausschlaggebend für das erneute Engagement in Hamburg.

Den „proof of concept“ haben wir im Kinzigtal geliefert. Allerdings ist Billstedt/Horn schon so etwas wie ein Antipode zum Kinzigtal. Das Kinzigtal im lieblichen Baden ist eine ländliche, aber durchaus auch von erfolgreichen Unternehmen geprägte Region; eine Region indes, die doch verhältnismäßig wohlhabend ist, wenn man sie mit dem Bundesdurchschnitt vergleicht. Darum war es schon eine interessante Frage, ob ein solches Modell, das evident gezeigt hat, dass es in dieser Region die gesundheitliche Versorgung positiv beeinflussen kann, auch in einer viel ärmeren Region mit einem höheren Maß an Deprivation funktioniert.

Senatorin Prüfer-Storcks, was charakterisiert denn die beiden Stadtteile Billstedt und Horn, wenn man an wichtige Kernzahlen wie Einwohnerzahl, Arbeitslosen- und Bildungsquote sowie den Migrationshintergrund denkt?

Zusammengefasst kann man sagen, dass in Billstedt und Horn viele Menschen mit unterdurchschnittlichem Einkommen leben; der Anteil der Sozialhilfeempfänger und der Anteil von Migrantinnen und Migranten ist groß. Gleichzeitig ist der medizinische Versorgungsgrad aber niedriger als in anderen Stadtteilen. Deshalb war es richtig hier anzusetzen. Wobei es auch andere Stadtteile gibt, auf die diese Situationsbeschreibung zutrifft, etwa Steilshoop oder Wilhelmsburg.

Wir haben es hier mit einem hoch-deprivierten Gebiet zu tun. Ist das eine der Grundvoraussetzungen für ein derartiges Engagement? Oder wäre ein solches Projekt beispielsweise auch in Barmbek oder gar Blankenese sinnvoll?

Wie in anderen Städten auch sind die Stadtteile in Hamburg in ihrer Altersstruktur und unter sozialen Gesichtspunkten sehr unterschiedlich. Auch in der Verteilung von Allgemein- und Fachärzten gibt es große Unterschiede, was wir auch in unserm Morbiditätsatlas belegt haben. Insofern ist es sinnvoll, ein solches Projekt gerade in einem sozial schwächeren und mit weniger ambulanten Angeboten versorgten Stadtgebiet durchzuführen. Aber vom Projekt abgesehen: Wir brauchen insgesamt mehr sektorübergreifende Zusammenarbeit und mehr integrierte Versorgung. Beides ist nicht an Stadtteilgrenzen orientiert oder endet an ihnen. Es ist ja Teil des Plans der Projekte, die durch den Innovationsfonds gefördert werden, dass ein Vorhaben exemplarisch getestet wird und bei Erfolg auf die Regelversorgung ausgeweitet werden soll.

Herr Hildebrandt, sind die für eine derartige Analyse oder einen entsprechenden Projektaufbau nötigen Zahlen für alle Städte bekannt?

Sie wären es, wenn sich jemand um die Zusammenführung der durchaus vorhandenen Daten kümmern würde. Wir haben dafür im Rahmen einer kleinräumigen Analyse der Bedarfssituation ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn erstellt, das von Ende 2014 bis Herbst 2015 von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz mit einer Fördersumme von 30.533,00 Euro unterstützt wurde, den Rest aber hat OptiMedis getragen bzw. die Ärzte, die aus dem Stadtteil daran mitgearbeitet haben. So gesehen war es schon eine Art Co-Invest von Hamburg, den Ärzten und uns. Doch wäre auch diese Analyse ohne die Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg, welche die für die Auswertung notwendigen Routinedaten zur Verfügung gestellt hat, nicht – oder zumindest sehr viel schwieriger – möglich gewesen.

Senatorin Prüfer-Storcks, was hat denn das Ende 2015 vorgelegte „Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn“ in Ihrer Behörde ausgelöst?

Das Besondere an dem Projekt ist ja, dass der Fokus auf einen Stadtteil innerhalb einer Großstadt gerichtet wird, nicht mehr auf eine ländliche Region. Und noch dazu, wie schon beschrieben, auf einen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung eher unterprivilegierten Stadtteil. Auch stimmen wir ja mit vielen Punkten, die das Projekt ausmachen, überein, denn wir sehen ja, wie ebenfalls schon angesprochen, durchaus ähnlichen Handlungsbedarf. Die Mittel des Innovationsfonds geben uns nun die Möglichkeit, modellhaft entsprechend Projekte zu testen. Dabei haben für mich Projekte Priorität, die auf eine interdisziplinär-fachübergreifende Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie eine sachgerechte Steuerung der jeweils angemessenen Leistungen ausgerichtet sind. Insbesondere populationsbezogene Modelle spielen

dabei natürlich eine wichtige Rolle. Genau diese Punkte finden sich in dem Projekt für Billstedt und Horn wieder. Dieses Projekt könnte bei positivem Verlauf aufzeigen, dass patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle auch in städtischen Regionen und in einem Stadtteil mit 108.000 Einwohnerinnen und Einwohnern möglich sind. Es wäre damit beispielhaft für andere städtische Regionen und hätte somit das Potenzial, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Herr Hildebrandt, Sie sprachen die Kooperationspartner an, ein weiterer Erfolgsfaktor?

Nicht ein weiterer, sondern **der** Erfolgsfaktor! Im Fall von Billstedt/Horn sind das die eben genannten: die AOK Rheinland/Hamburg und der NAV-Virchowbund in Person von Dr. Heinrich, der nicht nur Bundesvorsitzender des NAV ist, sondern auch das Ärztenetz Billstedt/Horn mit Dr. Fass gegründet hat.

Wie steht es denn nun mit der Frage der Übertragbarkeit?

Im Grundsatz könnte man die im Kinzigtal gemachten Erfahrungen überall hin übertragen; wenn wir das Einsparcontracting unseres Vertragsmodells einmal als Geschäftsmodell betrachten, das aus dem eigenen Investment in die klügere Organisation der Versorgung und die Integration von zielgerichteter Prävention Krankheitsentwicklungen vermeiden bzw. verringern kann und sich dann aus dem damit erwirtschafteten Ertrag für die Krankenkassen und dessen Teilung mit uns refinanziert.

Dennoch, gerade für solch benachteiligte Stadtteile wie Billstedt und Horn stellen sich schon besondere Herausforderungen. So sind wir dort neben der engen Kooperation mit den in diesen Gebieten am meisten vertretenen Krankenkassen und engagierten ärztlichen Behandlern in ganz besonderem Maße abhängig davon, eine intensive Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen, den Bezirks- und Sozialämtern sowie den aus der Bürgerschaft der jeweiligen Regionen stammenden zivilgesellschaftlichen Ressourcen zu entwickeln. All das muss man in ein derartiges Konzept einbauen und beteiligen, d.h. die Versorgungsprogramme werden dort ganz anders aussehen als im Kinzigtal. Gemeinsam müssen wir ein Sensorium

und eine Sprachfähigkeit und einen Kontakt dafür entwickeln, welche Bürger wir mit welchen Ansätzen und Vorgehensweisen erreichen und aktivieren können. Klassische Mittelschichtslösungen werden uns da wenig helfen, allerdings waren die auch im Kinzigtal nicht im Vordergrund.

Ist das ein limitierender Faktor für die mögliche Übertragbarkeit in die Fläche?

Ich würde es anders sehen wollen. So starten wir gerade mit der Metropolregion Rhein-Neckar eine Zusammenarbeit zum Aufbau einer



„Billstedt/Horn ist schon so etwas wie ein Antipode zum Kinzigtal!“

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

gesamtlächigen Integrierten Versorgung für 2,3 Millionen Menschen, die dort wohnen. Letztendlich ist auch die Metropolregion jeweils wieder aus ca. 20 bis 25 Sub-Regionen aufgebaut. In den nächsten Wochen starten wir dort mit den Kommunen, der lokalen Ärzteschaft und den anderen Vertretern des Gesundheitswesens einen Entwicklungsprozess hin dazu, mit ihnen die Probleme und Herausforderungen vor Ort den genauen Schnitt der Subregionen zu definieren. Das ist zwar durchaus ein Großprojekt, doch im Endeffekt sind das nichts weiter als viele kleinere Projekte. Man muss eben nur viele Fraktale nebeneinander setzen, die man aufbauen und verzahnen muss. Aber alleine an der Zahl 20 bis 25 sieht man: grundsätzlich ist die Größenordnung kein limitierender Faktor; wo ein Wille ist, ist meist auch ein Weg.

Die Übertragung einer Grundstruktur mag ja kein Problem sein.

Wenn man einen engagierten und motivierten regionalen Organisator hat, der bereit ist, die Verantwortlichkeit zu übernehmen, und der auf eine erprobte Struktur und auf eine gute Vorarbeit aufsetzen kann, ist das schon ein Wert für sich. Das beginnt schon ganz trivial bei Vertragstexten mit den relevanten Krankenkassen, mit denen eine ausreichende Nachhaltigkeit vereinbart werden muss.

Wo verorten Sie denn die höchste Hebelkraft?

Meine Annahme lautet, dass die Hebelkraft in deprivierten Regionen im Prinzip viel höher ist. Wenn in einer bestimmten Region, wie z.B. in Billstedt/Horn chronische Erkrankungen im Schnitt 10 Jahre früher auftreten – worauf unsere Analyse hinweist – und sich dies dann auch in einem entsprechend geringeren Sterbealter äußert, dann machen dort alle Krankenkassen für diese Population ein Defizit. Wenn wir die Erkrankungsraten und die Mortalität durch geeignete Maßnahmen und eine positive Aktivierung der Bevölkerung zumindest an den Bundesdurchschnitt annähern können, dann werden wir dieses Defizit mindern können – und uns über die Erfolgsteilung das geleistete Investment wieder zurückholen können. Der Nachteil: Die Zeit zwischen Investment und Erfolg könnte höher sein, deshalb sind wir über die Startfinanzierung aus dem Innovationsfonds so dankbar. Anders hingegen im Kinzigtal, wo die AOK-LKK-Population bei der Lebenserwartung über zwei Jahre über dem bundesdeutschen Schnitt liegt. Dort hatten die Krankenkassen auch schon vor unserem Start ein positives Ergebnis, das wir dann noch weiter ins Positive verändern mussten, um eine Erfolgsteilung zu erreichen.

Herr Hildebrandt, böse gefragt: Was hat denn eine Kasse davon, wenn man die Lebenserwartung erhöht?

Klar, die eine oder andere teure Erkrankung kann hinzukommen, aber das wird ja aus dem Gesundheitsfonds wieder ausgeglichen. Wir haben seit 2009 mit dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturaus-



„Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

gleich in Deutschland ein echt gutes Modell, weil es für die Kassen sowohl bezüglich der Morbidität wie auch auf der Altersebene einen Ausgleich schafft. Das heißt nichts anderes: Wenn es eine Initiative schafft, die Menschen in Billstedt/Horn länger bei guter Gesundheit leben zu lassen, dann werden die Krankenkassen, die jene Menschen versichern, nicht benachteiligt, sondern erhalten einen höheren Altersausgleich: Für einen 84-Jährigen bekommt die Krankenkasse eben vom M-RSA mehr als für einen 70-Jährigen, gleiche Morbidität vorausgesetzt.

Gibt es weitere monetäre Anreize für eine Kasse, mit Ihnen einen Vertrag abzuschließen?

Aber sicher. Wir haben bei der Datenauswertung der AOK beispielsweise festgestellt, dass die in diesen beiden Stadtteilen lebenden Menschen viel häufiger ins Krankenhaus gehen als andere Hamburger. Das liegt unter anderem auch an einer relativ niedrigeren Ärztedichte. Man muss sich doch nicht wundern, dass die Men-

schen vermehrt Krankenhäuser aufsuchen, wenn es in den Stadtteilen nicht genug niedergelassene Ärzte gibt, weil sich diese nun einmal lieber in kaufkraftstärkeren Stadtgebieten ansiedeln, in denen auch die Anzahl PKV-Versicherter höher ist. Aber das ist nur eine Betrachtungsweise, denn die vermehrte Inanspruchnahme von Kliniken hat in diesen Stadtteilen mit ihren sehr hohen Migrationsanteilen durchaus auch kulturelle Hintergründe. Das macht aber auch noch einmal klar, weshalb ein regionales Management und eine angepasste Reaktion jeweils so notwendig sind. Das lässt sich nicht alles zentral planen.

Schafft man es denn, in derart sozial deprivierten Gebieten, die Menschen dazu zu bringen, die irgendwann vorhandenen Versorgungsangebote annehmen zu wollen?

Warum nicht? In solchen Regionen ist die Gesundheitskompetenz schwächer ausgeprägt als in anderen Stadtteilen. Das Schöne dabei ist: Gesundheitskompetenz ist veränderbar, darum werden wir genau daran arbeiten.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist an und für sich keine originäre Aufgabe von Krankenkassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wie stehen Sie zu dem Ansatz, ein Schulfach „Ernährung“, wie es 2015 Bundesernährungsminister Schmidt forderte, oder gar ein Fach „Gesundheit“ einzuführen?

In der Tat ist die Vermittlung von Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Aufgabe, bei der die Kassen aber auch ausdrücklich gefordert sind, mehr zu tun. Mit dem Präventionsgesetz sind wir hier auf einem guten Weg, auch wenn es nicht um die Einführung eines Schulfachs geht. Es geht vielmehr darum, die Menschen direkt mit unseren Maßnahmen zu erreichen. Wir müssen möglichst alle Altersgruppen in ihren Lebenswelten, also direkt in der Kita, der Schu-

Ihr Plus
zur
Therapie-
sicherheit

AOK
Die Gesundheitskasse.

AOK Nordost und Charité gehen
gemeinsam neue Wege in der Schmerztherapie

KopfschmerzSPEZIAL **Nachhaltige Hilfe bei chronischen** **Kopfschmerzen**

Mehr Therapiesicherheit erhalten Kopfschmerz- und Migränepatienten mit dem Programm zur integrierten Versorgung „KopfschmerzSPEZIAL“. Spezialisten verschiedener Fachgruppen – Neurologen, Physio- und Psychotherapeuten der Charité – und besonders qualifizierte Haus- und Fachärzte arbeiten hier eng zusammen, um die Qualität der Behandlung bei chronischen Kopfschmerzen zu verbessern. AOK-Versicherte erhalten kurzfristig einen Termin in der Charité Berlin. Bei entsprechendem Behandlungsbedarf kann der Versicherte außerdem vor Ort eine ambulante multimodale Therapie erhalten, die alle Aspekte seiner Kopfschmerzerkrankung individuell berücksichtigt. Ziel ist es, Selbstmanagementkompetenz zu fördern und Schmerzen optimal zu behandeln, so dass sich die Lebensqualität der Patienten nachhaltig verbessert.

Weitere Informationen zum Programm finden Sie
unter: www.aok.de/nordost/kopfschmerz



Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/nordost

le, dem Betrieb, dem Pflegeheim und im Stadtteil erreichen. Und wir müssen die Zusammenarbeit der Akteure in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet und verbindlich gestalten. Mit dem Präventionsgesetz werden die Kassen zukünftig ihre Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention deutlich steigern. So können sozialräumliche Ansätze finanziert werden und dabei helfen, auch Menschen in schwieriger sozialer Lage einen leichten Zugang zu den gesundheitsförderlichen Strukturen im Stadtteil zu ermöglichen. In sechs Hamburger Stadtteilen mit Entwicklungsbedarf bieten verschiedene behördliche oder freie Träger bereits solche niedrigschwellige Angebote für mehr Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung und Stressbewältigung. Diese Angebote richten sich an alle Altersgruppen. Auch die Kooperation der Kindertagesstätten mit den ortsansässigen Sportvereinen soll künftig ausgeweitet werden, um Synergien zu schaffen und diese künftig stärker zu nutzen. Pädagogische Fachkräfte sollen verstärkt in den Bereichen Bewegung, Spiel und Sport qualifiziert und regelmäßige Bewegungszeiten in den Tagesablauf der Kitas integriert werden. Damit gehen wir also deutlich über den Ansatzpunkt „Schule“ hinaus. Auch im Hamburger Projekt für Erwerbslose und andere sozial benachteiligte Menschen werden passgenaue Präventionskurse wohnortnah angeboten. Hier kooperieren Krankenkassen mit Fachbehörden, Freien Trägern und dem „Jobcenter.team.arbeit.Hamburg“.

Herr Hildebrandt, Ihre Meinung dazu: Ist die Erhöhung der Gesundheitskompetenz die Aufgabe von Krankenkassen oder eine gesellschaftliche und kommunale Aufgabe?

Eigentlich schon zweites. Doch muss man einfach mal fragen, wer den größten Nutzen hat. Das sind natürlich auch die Länder und Kommunen, weil eine gesündere Bürgerschaft weniger durch Sozialausgaben finanziert werden muss und sogar zum Bruttoinlandsprodukt und zur lokalen Wirtschaftsentwicklung beiträgt. Das ist jedoch eine eher länger- bis sehr langfristige Betrachtung. Kurzfristig haben von einer derartigen Intervention die Krankenkassen den größten Nutzen, darum ist es für Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung, wenn sie anteilig am Erfolg der Kassen beteiligt sind, auch sinnvoll, selber in Gesundheitskompetenz zu investieren.

Was hätte die Gesellschaft oder/und die Politik davon, in die Population von deprivierten Stadtteilen zu investieren?

Eine Stadt muss Interesse daran haben, soziale Spannungen überhaupt nicht oder zumindest weniger entstehen zu lassen, im Zweifel nur deshalb, weil sich die in deprivierten Gebieten lebenden Menschen von der allgemeinen Entwicklung und/oder der gesundheitlichen Versorgung abgehängt sehen.

Nun hat das Projekt in Billstedt/Horn vom Innovationsfonds auf drei Jahre eine Förderung in Höhe von 6,3 Millionen Euro bekommen. Welche Milestones haben Sie sich vorgenommen?

Die sind detailgenau im Antragsformular formuliert, weil man nur so evaluieren kann, was erreicht worden ist und was nicht. Entscheidend für uns war es, dass zuallererst das Ärztenetz aufgebaut und auf inzwischen 22 Ärzte erweitert worden ist, weil es die Hauptlast der ärztlichen Versorgung tragen wird. Zum Zweiten wird bereits im Mai dieses Jahres eine niedrigschwellige Basisstation im Billstedt-Center, einem Einkaufszentrum mit zirka 120 Geschäften und Restaurants, eröffnet. Diese Basisstation folgt einem Modell, das in Finnland „Gesundheitskiosk“ genannt wird, und wird als Anlaufstelle sowohl für Patienten

und Versicherte dienen, die sich für gesundheitliche Versorgung oder Prävention interessieren, aber auch als Kontaktpunkt für eine vor- und nachgehende Unterstützung der vom Ärztenetz betreuten Patienten in Sachen Gesundheitskompetenz und Versorgungsorganisation.

Ein Akt von Delegation.

Durchaus. Die wenigen Praxen, die in diesen Stadtteilen ansässig sind, haben das Problem, dass sie einen so hohen Durchfluss von Patienten haben, dass sie sich kaum die nötige Zeit nehmen können, die Patienten – oft mit sprachlichen Begrenzungen – so umfangreich aufzuklären, wie es eigentlich notwendig ist. Genau das wird in diesem Treffpunkt erfolgen, der mit unseren derzeit 7 multilingualen Mitarbeitern ausgestattet ist, damit alle wichtigen Sprachen – aber auch Geschlechter – vertreten sind. So kann jeder Patient einen Ansprechpartner finden, der ihn versteht und auch ein Stück weit begleiten kann in seiner Persönlichkeitsentwicklung, nicht nur im Bereich Gesundheit.

Also nicht nur ärztliche Themen.

Coaching. Genau das fehlt in diesen Stadtteilen, für die ärmeren Älteren aus dem klassischen deutschen Kulturkreis wie für die hier lebenden Menschen, die aus einer anderen Kultur stammen. Letztere fühlen sich verunsichert, wissen nicht genau Bescheid über das deutsche Gesundheitswesen

und warten darum ab, bis es vielleicht zu spät ist. Kein Wunder, dass der Erstkontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem nur allzu oft die Notfallaufnahme eines Krankenhauses ist. Was rein ökonomisch betrachtet wiederum dazu führt, dass diese Menschen relativ teurer sind, als es ihrem eigentlichen Morbiditätsrisiko entspräche. Es handelt sich hier um eine relativ junge Population, die aber im Durchschnitt 13 bis 14 Jahre früher stirbt als anderswo in Deutschland und in anderen Stadtteilen Hamburgs. Das kann man übrigens anhand der AOK-Daten nicht nur für die Stadtteile Billstedt/Horn feststellen, sondern bis hinab auf U-Bahnstationen-Bereiche.

Was ungefähr dem durchschnittlichen Todesalter in Papua-Neuguinea entspricht! Könnte man die Analyse auch bundesweit durchführen, um so besser auf Handlungsnotstände hinzuweisen?

Sicher. Allerdings haben wir das bisher nur Hamburgweit gemacht, wobei die Herangehensweise nicht von uns stammt, sondern auf einer Struktur aufsetzt, die Epidemiologen in London entwickelt haben.*

Milestone 1 ist also der „Gesundheitskiosk“. Wann aber kommen wir in die Versorgungsrealität?

Sehr schnell. Da wir innerhalb des Zeitraums von drei Jahren, den uns der Innovationsfonds vorgegeben hat, beweisen wollen, dass ein solches Modell auch für weitere Versorgungsregionen in Deutschland tragfähig ist, investieren wir schon jetzt volle Kraft. So haben wir bereits im Februar begonnen, die teilnehmenden Ärzte mit einer IT-Infrastruktur auszustatten, die es den Ärzten erlaubt, ihren Patienten alle wichtigen Daten und Befunde zur Verfügung zu stellen. Und zwar auf deren eigenen Smartphones.

Was ist mit dem viel beschworenen Datenschutz?

Der ist natürlich gewährleistet. Alle Daten und Befunde werden in einer gesicherten Umgebung gespeichert, wobei nur der Patient mit seinem eigenen Smartphone der Herr seiner Daten ist. Er kann damit von einem zum andern Arzt gehen und die wichtigen Daten übertragen.

10 Billionen Rechenoperationen pro Sekunde.

Dein Gehirn.
Weil die beste Technik menschlich ist.

Und falls doch mal etwas ist, ermöglichen wir für
unsere Versicherten moderne Tumorbehandlung.

dietechniker.de

Wobei damit der Patient der Träger und der Verantwortliche für die Sicherheit ist.

Stimmt. Aber die Daten sind so gesichert, dass niemand mit ihnen etwas anfangen kann, selbst wenn der Patient das Handy verlieren sollte.

Warum machen Sie das?

Weil es eine sehr schnelle Intervention ist. Parallel dazu wird wiederum eine weitere IT-Intervention aufgebaut, die aber erst in zwei bis drei Jahren zum Tragen kommt. Dann sind alle bisher 22, dann aber sicherlich eher 50 bis 60 Ärzte im Ärztenetz Billstedt/Horn genauso organisiert und miteinander verbunden wie jene im Kinzigtal.

Kann es die Aufgabe der GKV sein, die mangelnde IT-Struktur der Ärzteschaft zu optimieren, wie einmal der Spitzenverband Bund monierte?

Dieses Hin- und Herschieben von Verantwortlichkeiten ist doch für unsere heutige Zeit blamabel, es zeigt im Grunde, dass das Vergütungssystem nicht die richtigen Anreize setzt. Durch die Erfolgsteilung mit den Krankenkassen können wir uns als einen Akteur begreifen, der ein originäres Interesse an der Gesundheit seiner Population hat. Wenn man sich aber als solcher versteht, dann muss man genau da investieren, wo man möglichst schnell etwas bewirken kann. Wenn das nun mal die IT ist, dann muss man halt in sie investieren.

Wobei man davon ausgeht, dass die Struktur inzwischen genauso wichtig ist wie die EBM-basierte Medizin.

Die richtige EBM-basierte Medizin muss auf die richtige leitlinienorientierte Anwendung und zudem auf die passende Struktur treffen. Und für letztere braucht der Arzt eine ausreichende Unterstützung und die Basis, auf die er aufsetzen kann. Alles dem einzelnen Arzt aufzubürden und ihn dann auch noch zu beschimpfen, wenn er es nicht hinkommt, halte ich für ein bisschen billig.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, erwartet die Politik, dass in den beiden Stadtteilen, in denen die gesundheitliche Versorgung im Prinzip neu strukturiert wird, schon im ersten Jahr positive Effekte erzielt werden können?

Wie erfolgreich die Projekte letztendlich sind, das werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Projekte zeigen. Damit kommt der Versorgungsforschung eine Schlüsselrolle zu. Nur so lassen sich Erkenntnisse darüber gewinnen, wie erfolgreiche Projekte in die Regelversorgung übertragen werden können und wie die innovativen Versorgungsangebote die Patientinnen und Patienten dauerhaft und in

„Im Kinzigtal haben wir bereits im ersten Jahr der Intervention positive Effekte zeigen können, es kann aber auch sein, dass es sich in Billstedt/Horn anders gestaltet.“

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

der Fläche erreichen können. Deshalb müssen natürlich auch die Modelle Integrierter Versorgung einer „Nutzenbewertung“ unterzogen werden. Wir sind dabei nicht von einem positiven Effekt oder Ergebnis im ersten Jahr abhängig.

Wir lassen uns aber ebenso wenig von einem vielleicht kurzfristigen Erfolg blenden.

Was meinen Sie dazu, Herr Hildebrandt?

Nun: Im Kinzigtal haben wir bereits im ersten Jahr der Intervention positive Effekte zeigen können, obwohl wir erst Mitte des Jahres angefangen haben. Schon in dieser zweiten Jahreshälfte war bereits ein Effekt von 0,6 % sichtbar, im darauffolgenden Jahr bereits einer von 1,5 %. Inzwischen liegen wir bei 6,5 %. Man wird sehen, ob das auch hier der Fall ist. Es kann aber auch sein, dass es sich in Billstedt/Horn anders gestaltet, denn ein gewisses Maß an realer Unterversorgung wird hier schon zu erwarten sein, was die Gesundheitskosten zu Anfang steigen lassen wird.

Die Aufhebung eines Deltas von 13 bis 14 Jahren Mortalität wird schon einiges kosten.

Das ist eine Fragestellung, die wir nach unserem Projekt wesentlich besser beantworten können als bisher, denn die Frage lautet: Was ist uns Gesundheit wert? Und welche Struktur setzt die richtigen Anreize dafür, dass alle Partner sich auf so ein Ziel ausrichten können.

Das Ganze geht doch weit über das Thema Gesundheit hinaus, das ist eigentlich ein Integrationsprojekt!

Das sehen wir auch so. Wenn das Projekt erfolgreich ist, ist das auch ein aktiver Aufruf an viele andere kommunale Träger, ihren Sicherstellungsauftrag entsprechend weit zu sehen und die gesundheitliche Versorgung zukunftsfähig zu gestalten. Dazu braucht es aber die Denkfähigkeit der handelnden Akteure und Politiker, das Thema Gesundheit in einem breiteren Kontext zu sehen, weit über die bisherigen Sektorengrenzen und SGB-V-Themen hinaus.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks und Herr Dr. Hildebrandt, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

*„Lives on the Line“ - Life Expectancy at Birth & Child Poverty as a Tube Map. James Cheshire und Oliver O'Brien, UCL CASA. <http://life.mappinglondon.co.uk/>

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Nach ihrem Abitur war sie als Volontärin, dann Redakteurin von 1976 bis 1988 bei der Tageszeitung „Ruhr-Nachrichten“ beschäftigt. Von 1988 bis 1990 war sie Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1990 bis 1995 Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1995 bis 1998 Leiterin der Abteilung Frauenpolitik im Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann in Nordrhein-Westfalen, von 1998 bis 1999 war sie Stellvertreterin des Staatssekretärs im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen und von 1999 bis 2005 Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Nordrhein-Westfalen. Erst 2007 wechselte sie nach Hamburg: als Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg (bis 2011). Seit 23. März 2011 ist Prüfer-Storcks Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

ist Vorstand der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So ist er seit 2005 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG auch Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet, sowie seit 2016 Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt). Als Co-Vorsitzender der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat er an den 2013 veröffentlichten Empfehlungen für eine Reformierung des derzeitigen Anreiz- und Vergütungssystems in Richtung Qualität und Effizienz mitgearbeitet. Er engagiert sich seit einigen Jahren u.a. im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care und der International Foundation for Integrated Care. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung, hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und berät seit über 20 Jahren Krankenkassen, Verbände und Unternehmen.



Arvato CRM Healthcare & welldoo bündeln ihre Stärken in der Gesundheitsbranche

Wir vereinen Digitalkompetenz mit persönlichem Coaching und haben Zugriff auf eine der größten Versorgungsdatenbanken im deutschen Gesundheitsmarkt.

Lernen Sie unsere modularen Lösungen für Patienten, Versicherte und Angestellte kennen.

Sprechen Sie uns an.
030 288 800 600
www.welldoo.com

Einführung eines F-&E-Budgets bei den Krankenkassen sowie begleitende Health Impact Bonds*

>> Die Kosten in der Anlaufphase sind eine der größten Hürden für den Aufbau innovativer Versorgungsformen. Die damit verbundenen Risiken für die Beitragssatzstabilität können Krankenkassen von entsprechenden Investitionen abhalten. Deshalb hat der Gesetzgeber 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Einrichtung eines Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Von 2016 bis 2019 stehen jährlich 225 Mio. Euro für die Förderung innovativer Versorgungsformen und weitere 75 Mio. Euro jährlich für die Förderung der Versorgungsforschung zur Verfügung. Die Schaffung eines Fonds, der die Anschubkosten für innovative Versorgungsformen trägt, erscheint aufgrund der strukturellen Zwänge, vor die der Preiswettbewerb die Krankenkassen stellt, als sinnvoll. Diese Zwänge dürften auch dann nicht gegenstandslos werden, wenn es gelingt, durch mehr Qualitätstransparenz den Kassenwettbewerb stärker an Versorgungsaspekten auszurichten. Als problematisch könnte sich allerdings herausstellen, dass die Verteilung der Fördergelder wesentlich von den Selbstverwaltungsakteuren bestimmt wird, die sich sehr gut in den überkommenen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens eingerichtet haben. In jedem Fall problematisch dürfte die Befristung auf drei Jahre sein. Es steht zu befürchten, dass sich der Innovationsfonds genauso als „one-hit-wonder“ entpuppen wird, wie auch die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung von 2004 bis 2008. Diese führte zu einem steilen Anstieg der Zahl der Integrationsverträge, der nach dem Auslaufen der Regelung aber keine relevante Fortsetzung mehr fand. Vor diesem Hintergrund halten wir als Anschlussmaßnahme die Schaffung eines eigenen, dauerhaften Forschungs- und Entwicklungs-Budgets zur Förderung von neuen Versorgungsformen für erforderlich. Ein solches Budget sollte für jede Krankenkasse existieren, damit die Entscheidungen, in welche innovativen Versorgungsstrukturen Finanzmittel fließen, im Wettbewerb erfolgen können.

Ein derartiger Ansatz würde Anreize für einen Innovationswettbewerb unter den Krankenkassen setzen und dürfte in seinen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen deutlich nachhaltiger sein als die Vergabe von Fördergeldern durch einen zentralen „Innovationsausschuss“, wie sie mit dem Innovationsfonds erfolgen soll. Zur Einführung und Ausgestaltung eines solchen dezentralen FuE-Budgets haben Albrecht u. a. (2015) im Rahmen des von ihnen entwickelten „IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung“ zielführende Vorschläge gemacht. Durch die Kombination aus Qualitätstransparenz und Innovationskapital, über das die Krankenkassen selbst verfügen können, würden die Bedingungen für einen versorgungsorientierten Wettbewerb unter den Krankenkassen deutlich verbessert. Allerdings wäre auch dann die Frage noch nicht gelöst, wie die entwickelten Lösungen die Regelversorgung verändern können. Sonderlösungen (der Gesetzgeber hat dem leider durch die Veränderung der Integrierten Versorgung nach § 140 a hin zu „Besonderen Versorgung“ sogar semantisch einen gewissen Vorschub geleistet) erfahren immer das Problem, dass im Zweifelsfall doch wieder diejenige Lösung den Kopf der Leistungsanbieter beherrscht, die für die Mehrheit der Patienten gilt. Da sich in der Versorgungsrealität die Patienten aber auf eine Vielzahl von Krankenkassen aufteilen, ist eine solche Mehrheit für Sonderlösungen nur erreichbar, wenn außer der jeweiligen AOK möglichst auch noch zwei bis drei weitere Ersatzkassen und die evtl. örtlich dominierende BKK das gleiche Sondervertragsmodell unterstützen. Angesichts des stark in Richtung Marketing und Alleinstellungsmerkmale ausgerichteten Wettbewerbs der Kassen untereinander bietet aber auch ein erfolgreicher Nachweis der Kosten-Nutzen-Überlegenheit einer neuen Versorgungsform keine ausreichende Gewähr dafür, dass sie sich nun flächendeckend und für alle Patienten versorgungsbestimmend durchsetzt. Um Versorgungsinnovationen von der Sonderlösung weg zur mehrheitsbestimmenden „Regellösung“ zu machen, halten wir zwei Instrumente für erörterungswürdig:

1. Landkreise und kreisfreie Städte erhalten das Recht, die Gesundheitsversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger regionalen Gesundheitsunternehmen anzuvertrauen und die Krankenkassen zu verpflichten, regionale Konsortien bilden, die dann gemeinsam und einheitlich einen Vertrag mit dem jeweiligen Unternehmen abschließen. Diese Verträge sind schiedsamtstfähig, um auch bei Blockadeversuchen durchgesetzt werden zu können. Hier greifen wir auf Überlegungen von Tophoven und Gibis zurück für Patienten mit komplexen Erkrankungen und erweitern diese auf die Gesamtheit der GKV-Population einer Region.
2. Die Bundes- und die Landesaufsicht über die Krankenkassen wird von einer aktuell eher restriktiven Form zu einer eher progressiv anfordernden Form weiterentwickelt. Krankenkassen müssen gegenüber der Aufsicht mittels entsprechender Kalkulationen erläutern, weshalb sie ihnen angebotene integrierte Vertragsformen nicht annehmen haben. Voraussetzung: Diese Vertragsformen haben mittels externer Evaluationen Nachweise für einen positiven Gesundheitsnutzen für die Versicherten bei zumindest mittelfristiger Kosteneffektivität gezeigt.

Dies sind bisher nur Denkmodelle. Wir halten die Diskussion über diese und vielleicht noch weitere Instrumente aber für dringend erforderlich. Als weitere Unterstützung der Start-Up-Finanzierung und ergänzend zu diesen Forschungs- und Entwicklungs-Budgets innerhalb der Krankenkassen halten wir es für sinnvoll, das angelsächsische Konzept der Social Impact Bonds aufzugreifen, hier jetzt dann besser als „Health Impact Bonds“ zu bezeichnen. Damit könnte privates Kapital für die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt nutzbar gemacht werden, Kapital das angesichts der demografischen Herausforderungen dringend benötigt wird (ausführender unter „Stiftungen und Sozialinvestoren“).

Reorganisation der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit sowie die Verknüpfung der Sozialleistungsträger

Schon 2007 hat sich der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen für eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe ausgesprochen und in diesem Zusammenhang eine „Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen“ angeregt. Diese aber steht nach wie vor aus. Höppner und Igl kritisieren in ihrem Beitrag, dass derzeit die Kooperation zu sehr unter dem Aspekt der Arztlastung diskutiert werde. Dies spiegele die Arztlastung des deutschen Gesundheitssystems. Diese mache sich auch darin bemerkbar, dass Versorgungsinnovationen nur selten unter Beteiligung der Gesundheitsfachberufe stattfinden würden. „Auch die seit den 1990er Jahren gegebenen gesetzlichen Anreize, z. B. integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Disease-Management-Programme oder Modellvorhaben (§ 63 SGB V) spielen für ‚nicht-ärztliche‘ Berufe eine zu vernachlässigende Rolle.“ Als wichtigsten Ansatzpunkt für mehr Kooperation zwischen den Berufen identifizieren sie die Ausbildung. In den Ausbildungseinrichtungen müssten die Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenzen geschaffen werden, dazu sind zukünftig Module vorzusehen, in denen gemeinsam mit Studierenden und Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe gelernt wird.

Darüber hinaus seien Änderungen im Berufsrecht und im Sozialversicherungsrecht erforderlich. Wir halten diesen Ansatz für richtig. Ohne eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen allen Gesundheitsberufen werden die veränderten Anforderungen an die Versorgung nicht zu bewältigen sein. Neue Berufszuschnitte, Fragen der interdisziplinären Zusammenarbeit, veränderte Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung einschließlich der Finanzierung der Ausbildung und gemeinsamer Ausbildungsteile („Interdisziplinärer Gesundheitscampus“) sowie die Entwicklung multiprofessionell abgestimmter Leitlinien sind entscheidend für die „Integrationsfähigkeit“ des deutschen Gesundheitswesens. Das positive Beispiel der Unfallversicherung mit ihren Reha-Beratern und dem kompletten Versorgungssystem, das – so Oberscheven – zunehmend auch IT-technisch integriert wird, zeigt, welche Chancen aus berufsgruppenübergreifenden Lösungen entwickelt werden können.

Damit diese Fragen die ihnen zustehende Aufmerksamkeit auch jenseits von Betroffenen- und Expertenkreisen erhalten, sollte der nächste Deutsche Bundestag eine Enquete-Kommission zur „Zukunft der Gesundheitsberufe und ihrer Integration“ einsetzen.

Neben der grundsätzlichen Neuorientierung der Ausbildung geht es aber auch um praktische Zusammenarbeiten und der sozialversicherungsträgerübergreifenden Integration um eine Neuorganisation. Tophoven und Gibis schlagen vor, im Rahmen der Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren zu multiprofessionellen Einrichtungen auch eine stärkere Verknüpfung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung zu prüfen. Dabei denken sie an Patientengruppen mit komplexen Bedarfen. Denken ließe sich solch ein Ansatz aber auch für ganze Populationen und für die Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger (vgl. dazu die Ausführungen von Klie, von Oberscheven sowie Seiter und Schwarz in diesem Buch). Diese Aufgabe kann allerdings nicht der Initiative einzelner regionaler Zusammenschlüsse überlassen bleiben, hier ist auch der Gesetzgeber gefordert. Der Integration von Versorgungsformen über Sozialleistungsträgergrenzen hinweg stehen insbesondere die unterschiedlichen Strukturbedingungen in den Sozialleistungssystemen entgegen. Während innerhalb der GKV die Krankenkassen im Wettbewerb zueinander stehen, findet in der Pflegeversicherung kein Wettbewerb statt, da sowohl der Beitragssatz als auch das Leistungsangebot vollständig gesetzlich vorgegeben sind und die Pflegekassen über keine wesentlichen Vertragsspielräume verfügen. In den anderen Sozialversicherungssystemen wiederum gibt es keine Träger Vielfalt und sind die Strukturen monopolistisch geprägt. Diese Unterschiede erschweren die Zusammenarbeit und machen sie vielfach unmöglich. Hier sind dringend Lösungen erforderlich, die z. B. bei dem Erreichen von bestimmten Prozentsätzen der Abdeckung der regionalen Bevölkerung mit einem Selektivvertrag (z. B. über 40 % der Bevölkerung) dann auch Anschlussmöglichkeiten aller Pflegekassen bzw. anderer Sozialleistungsträger an einen solchen Vertrag schiedsamtstfähig befördern (auch gegen den Widerstand der nicht beteiligten Krankenkassen). Ein Monitoring und eine laufende Evaluation und Berichterstattung der Erfolge solcher berufsgruppen- und sozialleistungsträgerübergreifender Lösungen sollte von vornherein mit eingepplant werden. Auch bei dem Innovationsfonds sollten solche, das SGB V übergreifende Versorgungsmodelle förderfähig sein.

Regionalisierung der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung

Luthe (2013) sieht in den letzten zwei Jahrzehnten „eine Öffnung der Perspektive von Krankenbehandlung zu umfassender ‚integrierter‘ Gesundheitsfürsorge“. Damit verbunden sei eine größere Aufmerksamkeit für die jeweiligen sozialräumlichen Bedingungen, aber auch für die Bedeutung des individuellen Verhaltens für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit. Weder das eine noch das andere sei aber über zentralstaatliche Steuerungsprozesse zu beeinflussen. In der Folge käme es einer zunehmenden „Kommunalisierung von Prozessen“. Dieser Befund ist auch für die Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung von eminenter Bedeutung. Selbstverständlich brauchen Angebote der Schwerpunkt- und Spezialversorgung überregionale Koordination und Planung; doch Förderung von Prävention und Gesundheitserhaltung, die medizinische Primärversorgung und Strategien zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen zwischen den diversen Sektoren müssen sich auf die jeweilige Umgebung beziehen. Integration der Gesundheitsversorgung bedeutet eben auch die Einbettung gesundheitlicher Versorgung in die Strukturen der Daseinsvorsorge, wie sie insbesondere kommunal ausgestaltet werden. Die in diesem Band in verschiedenen Beiträgen geforderte Regionalisierung und Kommunalisierung findet hier ihre Begründung. Damit verbunden ist die Frage, wie sich im Bereich der Gesundheitsversorgung mehr Strukturverantwortung für Kommunen realisieren lässt, ohne in gesundheitspolitische „Kleinstaaterie“ zu verfallen. Dieses Thema ist auch in der Gesetzgebung angekommen. So ist die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erklärtes Ziel des Dritten Pflegegestärkungsgesetzes (PSG III), das 2016 beschlossen wurde. Verbesserungspotenzial sieht der Gesetzgeber bei der Koordination, Kooperation und Steuerung der Pflege. Vorgesehen sind

der Ausbau und die bessere Verzahnung der kommunalen Beratungsmöglichkeiten und die Beteiligung der Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote. Die Länder erhalten darüber hinaus die Möglichkeit, zur Pflegestrukturplanung regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten. Ob sich diese Instrumente bewähren und für den Bereich der Pflege ausreichend sind, wird abzuwarten sein. Die eher skeptische Sichtweise von Klie mündet in der Hoffnung, dass am ehesten noch Systemwirkungen zu erwarten sind, wenn die Kommunen die Regiefunktion für die Steuerung im Bereich der Langzeitpflege und damit mittelbar auch in der geriatrischen Rehabilitation übernehmen. Allerdings verbindet er diese Hoffnung mit drei Bedingungen: die notwendigen Kooperationsstrukturen müssen aufgebaut, eine entsprechende Governance entwickelt und Care und Case Managementarbeitsweisen bei allen Beteiligten implementiert worden sein.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung haben seit 2015 die Kommunen die Möglichkeit, selber zu Trägern für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu werden. Damit haben sie auch die Möglichkeit, sich über „ihr“ MVZ an Verträgen zur Integrierten Versorgung zu beteiligen. Auch hier wird abzuwarten sein, inwieweit diese neue Option von den Kommunen ergriffen wird, wie sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenvertreter in den Zulassungsausschüssen dazu stellen werden und welche Erfahrungen Kommunen mit unterschiedlichen Governanceformen in diesem neuen Business-Umfeld machen. Mit den aktuell in Verabschiedung befindlichen Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20f SGB V) ergeben sich weitere Spielräume für die Kommunen, hier im Besonderen im Bereich der kommunalen Prävention. Kuhn und Trojan gehen auf die Hintergründe und Historie (etwa in dem Bereich des Gesunde-Städte-Netzwerks und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung) genauso ein wie auf die neueren Initiativen etwa die Präventionsketten und die „Integrierten kommunalen (Präventions-) Strategien“ sowie die „kommunalen Gesundheitskonferenzen“.

Als besondere Herausforderung stellt sich bei letzteren jeweils die Frage, wie sich aus einem Diskussionsgremium ein Akteur entwickeln lässt. Die unterschiedlichen, zum Teil auch wettbewerblich gegeneinander ausgerichteten Eigeninteressen der Institutionen können das Gemeinwohlinteresse auch behindern. Wenn dann aber ein Akteur gefunden wurde, der ein Interesse an einer spezifischen Verbesserung hat, nehmen wir einmal das Beispiel einer gezielten Adipositasprävention bei schwangeren Frauen mit dem Ziel der Risikominderung für Schwangerschaftskomplikationen und spätere adipöse Kinder, dann entsteht häufig das Problem, das ein damit einhergehender gesamtgesellschaftlicher Nutzen sich auf viele Systeme verteilt (in unserem Beispiel auf Kranken-, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Schule etc.) und niemand das Investment dafür aufbringen will. Die Koordination und Kooperation der verschiedenen Akteure stellt damit auch in diesem Handlungsfeld eine Herausforderung dar. Schon seit 2012 können die Länder ein „Gemeinsames Landesgremium“ für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§ 90a SGB V) einrichten, bestehend aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landeskrankhaus-Gesellschaft sowie weiteren Beteiligten, wie z. B. den kommunalen Spitzenverbänden. In den meisten Ländern existiert ein solches Gremium mittlerweile.

Allerdings handelt es sich bisher lediglich um ein Beratungsgremium. Die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat 2013 eine Weiterentwicklung vorgeschlagen. Das Gremium soll dem Land vorschlagen können, bei bestehender oder drohender Unterversorgung die Versorgung der Region gegen eine direkte Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds entsprechend den dieser Population zustehenden Zuweisungen auszusprechen. Für diese Ausschreibung könnten sich dann auch regionale Gesundheitsnetze, Ärztgruppen, multiprofessionelle Teams, Krankenhäuser und andere mögliche Träger der Integrierten Versorgung bewerben. Weitergehend zu erwägen wäre auch, dass Kommunen das Recht erhalten, den Vertragsabschluss mit bereits bestehenden regionalen Versorgungsnetzen für alle Krankenkassen verbindlich zu machen.

Ein Blick über die Grenzen kann da hilfreich sein. So beschreibt Nolte die Initiativen in verschiedenen europäischen Ländern regionale Systeme mit anderen Vergütungsstrukturen zu implementieren. Schulte, Pimperl, Hildebrandt und Bohnet-Joschko befassen sich mit der ersten regionalen Vervielfältigung der US-amerikanischen „Accountable Care Organizations“. Diese regionalen Versorgungsmodelle wurden zwar primär von dem staatlichen Medicare-Krankenkassensystem der USA entwickelt, inzwischen sind aber immer mehr auch private Krankenkassen dazu übergegangen, ACOs unter Vertrag zu nehmen. Aus diesen Berichten lässt sich lernen, dass die Schaffung von Versorgungskontinuität über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg eine ausgesprochen komplexe und herausfordernde Aufgabe ist, dass eine kommunale Perspektive zwar hilfreich ist, aber die Kommunen nicht unbedingt die direkten Akteure sein müssen, dass die Startfinanzierung und die Generierung eines alternativen Geschäftsmodells von entscheidender Bedeutung ist und dass derartige Prozesse von einem Monitoring begleitet und evaluiert werden sollten.

Ansätze für die Akteure

Selbstverständlich hat der Staat als Gesetzgeber eine zentrale Verantwortung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. In einem selbstverwalteten Gesundheitswesen wie in Deutschland wird er dieser Verantwortung aber nicht dadurch gerecht, dass er selbst Versorgungsstrukturen schafft, sondern indem er Zielvorgaben macht und sich bei der Gestaltung der gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Gesundheitsversorgung an diesen orientiert. Damit steht und fällt auch die für langfristige Investitionsentscheidungen unverzichtbare Erwartungssicherheit für die Akteure innerhalb des Systems. Welche positiven Wirkungen ein derartiges „direction pointing“ durch die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung haben kann, lässt sich an dem von Schulte u. a. in diesem Band geschilderten Aufschwung illustrieren, den in den vergangenen Jahren die „Accountable Care Organizations“ in den USA genommen haben. Verantwortlich für diesen ist nicht zuletzt die Entscheidung, mit der die Obama-Administration auch öffentlich auf populationsorientierte Modelle der Integrierten Versorgung gesetzt hat. In Deutschland fehlt es an vergleichbar konsequenten Zielvorgaben. Zwar sind sich Gesundheitspolitiker parteienübergreifend darin einig, dass die Fragmentierung des Systems eines der zentralen Probleme darstellt und mehr Integration und Kooperation erforderlich sind. Und tatsächlich sind über die Jahre eine Vielzahl von Regelungen geschaffen worden, um dieses Ziel zu erreichen. Doch werden diese nur selten

in einen Zusammenhang gestellt. In der Folge wirkt auf Außenstehende die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich vielfach unübersichtlich und keiner nachvollziehbaren Linie folgend. Da wird „Versorgung weiterentwickelt“, „Qualität gestärkt“ oder die „Finanzierung nachhaltig ausgestaltet“, doch wirken diese Slogans oft beliebig und eher der Fantasie von Öffentlichkeitsarbeitern entsprungen als gesundheitspolitischer Strategie geschuldet.

Dazu kommt, dass die Förderung von Integration und Kooperation von den Bundesregierungen der letzten 20 Jahre mit sehr unterschiedlicher Intensität verfolgt wurde. Teilweise kam es sogar zu deutlichen Rückschritten, wie die 2012 vorgenommene Einschränkung der Trägerschaft Medizinischer Versorgungszentren. Auch eine derartige Stop-and-go-Politik ist nicht dazu geeignet, den Akteuren im Gesundheitswesen eindeutige Signale zu geben, auf die sie ihr Verhalten langfristig ausrichten können. Fairerweise muss man aber einräumen, dass unzureichendes „direction pointing“ und gesundheitspolitisches Stop-and-go nicht nur der Unentschlossenheit und der unzureichenden Strategiefähigkeit der Gesundheitspolitik geschuldet sind. Sie sind auch Ausdruck davon, dass die Gesundheitspolitik mit einer Vielzahl wohlorganisierter und artikulationsfähiger Interessengruppen konfrontiert ist, die jeden Ansatz von Veränderung eingehend daraufhin überprüfen, ob er mit ihren Interessen kompatibel ist.

Dies gilt auch gerade für ein Reformziel wie mehr Kooperation und Integration, das dazu geeignet ist, überkommene Arbeitsteilungen und Strukturen im Gesundheitssystem in Frage zu stellen. Will man sich nicht damit begnügen, Forderungen an den Gesetzgeber zu stellen, wird man daher die unterschiedlichen Interessenlagen analysieren und fragen müssen, welche Akteure über die – in ein besseres Anreizsystem zu stellenden – Krankenkassen hinaus innerhalb des Gesundheitssystems einen Beitrag zu mehr Integration und Koordination leisten können bzw. von welchen die stärkste Gegenwehr zu erwarten ist.

*Bei diesem Text handelt es sich um einen Auszug aus dem Kapitel „31.1.2 Einführung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets bei den Krankenkassen sowie begleitende Health Impact Bonds“ von Andreas Brandhorst, Referatsleiter im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG sowie Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH und der Gesundheit für Bilstedt-Horn GmbH. Der auszugsweise Abdruck wurde durch den Verlag genehmigt.

„Das unvollendete Projekt“

Herausgeber: Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt, Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.)

Titel: Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems

Verlag: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2017 (Copyright-Inhaber: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH)

624 Seiten

ISBN: 978-3-658-13782-3

eBook ISBN: 978-3-658-13783-0

DOI: 10.1007/978-3-658-13783-0

Preis: 54,99 bis 69,99 Euro (einzelne Kapitel ebenfalls kaufbar)

>> „Das Projekt Kooperation ... ist aber vor allem deshalb auf halbem Weg stehen geblieben, nicht weil es ein Erkenntnis-, sondern weil es ein Umsetzungsproblem hat,“ schreibt Herausgeber Dr. jur. Ernst-Wilhelm Luthe, Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ostfalia Hochschule und Universität Oldenburg, in seiner Vorschau der über 600 Seiten umfassenden Gesamtschau über rund 20 Jahre integrierte Versorgung in Deutschland samt eines interessanten Ausblick auf die kommenden Jahre. Zahlreiche Autoren aus Wissenschaft, aber



umso mehr aus der Versorgungspraxis beleuchten aus ihrer jeweiligen Sicht Innovationshemmnisse und Möglichkeiten, diese auszulösen. Besonders hinzuweisen ist auf Teil V des Buchs, in dem die Autoren Brandhorst und Hildebrandt (siehe Auszug) ein Resümee der Buchbeiträge ziehen, doch es nicht bei einer bloßen Gesamtwürdigung der Ergebnisse belassen, sondern konkrete Empfehlungen für den bundesdeutschen Politikbetrieb entwickeln, was gerade im Vorfeld der anstehenden Bundestagswahl gut getimt ist. <<

INSIGHT Health zur Therapie der Rheumatoiden Arthritis

Rheuma-Biologika: Patientenprofile und Komedikation

Die Therapie der Rheumatoiden Arthritis konnte zur Jahrtausendwende stark vom pharmazeutischen Fortschritt profitieren. Mit Hilfe krankheitsmodifizierender Wirkstoffe gelingt es seither in vielen Fällen, das Fortschreiten der chronischen Erkrankung zum Stillstand zu bringen. Neben TNF- α -Blockern (ab 1999) stehen seit 2002 auch Interleukin-Rezeptor-Antagonisten für die Behandlung der diversen rheumatischen Erkrankungen zur Verfügung. Der folgende Beitrag erläutert, wie die Biologika im Versorgungsalltag zum Einsatz kommen und welche Patienten diese Therapeutika vornehmlich erhalten.

>> Die Rheumatoide Arthritis ist mit einer Inzidenz von 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung in Deutschland die häufigste entzündliche Erkrankung der Gelenke. Sie gilt als Systemerkrankung, bei der in schweren Fällen neben den Gelenkentzündungen auch innere Organe wie beispielsweise Herz und Lunge, aber auch die Augen betroffen sein können. Die Rheumatoide Arthritis kann in jedem Lebensalter auftreten, meist jedoch zwischen dem 40. bis 60. Lebensjahr und ist für Patienten mit chronischen Schmerzen und Funktionseinschränkungen verbunden (vgl. Deutsche Rheuma-Liga).

Komplexe Pharmakotherapie

Zentraler Bestandteil der Behandlung ist eine komplexe Pharmakotherapie, mit deren Einsatz ein Fortschreiten der Erkrankung deutlich verlangsamt oder sogar zum Stillstand gebracht werden kann. Entscheidend für den Therapieerfolg und damit die Chance auf eine vollständige Remission ist zudem ein möglichst frühzeitiger Behandlungsbeginn. Unterstützend werden zum besseren Erhalt der Gelenkfunktionen Physio- und auch Ergotherapie eingesetzt, bei Bedarf individuell ergänzt durch psychologische und sozialmedizinische Maßnahmen.

Bei den Medikamenten zur Rheumatherapie

werden grundsätzlich zwei Gruppen unterschieden. Einerseits ist die krankheitsmodifizierende Therapie von zentraler Bedeutung. Deren Ziel ist es, die übersteigerte Reaktion des Immunsystems zu verringern und somit das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen. Für diese Basismedikation stehen seit einigen Jahrzehnten die sogenannten DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs) zur Verfügung. Gemäß der S1-Leitlinie „Medikamentöse Therapie der Rheumatoiden Arthritis“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ist Methotrexat hier der Wirkstoff erster Wahl. Ein GKV-Verordnungsanteil von 52,4 Prozent an allen DMARDs im vergangenen Jahr bestätigt dessen breiten Einsatz im Versorgungsalltag (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Wirkt Methotrexat nicht ausreichend, kann es mit einem zweiten DMARD kombiniert werden oder es wird anstelle dessen ein anderes Basismedikament verordnet. Dazu stehen beispielsweise Leflunomid und Sulfasalazin zur Verfügung. Die zweite Gruppe bilden Arzneimittel zur symptomatischen Therapie, die die Krankheitszeichen wie Schmerz und Gelenksteife verringern. Die symptomatische Therapie erfolgt einerseits mittels nicht-steroidaler Antirheumatika (NSAR), diese hemmen die Bildung entzündungsför-

dernder Botenstoffen und können dadurch die schmerzhaften Entzündungsprozesse an den Gelenken eindämmen. Daneben wird regelhaft Kortison als Ergänzung der Basistherapie eingesetzt: Bei Krankheitsschüben wird es in einer etwas höheren Dosierung über einen kurzen Zeitraum verwendet, sodass Schmerzen schnell zurückgehen und sich die Gelenkfunktion verbessert.

Paradigmenwechsel durch Biologika?

In einer frühen Phase der Erkrankung kann die Rheumatoide Arthritis in bis zu 50 Prozent der Fälle durch entsprechenden Einsatz der Basismedikation zum Stillstand gebracht werden und sogar für Monate oder Jahre inaktiv bleiben (Quelle: Internisten im Netz). Bei hoher Krankheitseffektivität, die Gelenkschäden und -zerstörungen nach sich zieht und für Patienten, die nur unzureichend oder gar nicht auf die Therapie mit Basismedikamenten ansprechen, empfiehlt die Leitlinie zusätzlich eine Biologika-Therapie. Zu dieser Substanzgruppe zählen in erster Linie die Antikörper gegen den Tumornekrosefaktor alpha (TNF- α -Blocker) sowie diverse Interleukin-Rezeptor-Antagonisten.

Wie Abbildung 1 zeigt, sind die TNF- α -Blocker neben der Rheumatoiden Arthritis auch für die Behandlung von Patienten mit weiteren Autoimmunerkrankungen zugelassen. Dabei zeigt der Wirkstoff Adalimumab das größte Spektrum an Zulassungen beispielsweise auch für Psoriasis-Arthritis und chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Um in den folgenden Abschnitten auf die Biologika-basierte Therapie der Rheumatoiden Arthritis zu fokussieren, wurden alle derzeit in Deutschland für diese Indikation zugelassenen TNF- α -Blocker und Interleukin-Rezeptor-Antagonisten ausgewählt. Gleichzeitig können damit die beiden nach Verordnungen sowie nach Umsatz relevantesten Wirkprinzipien in der fortgeschrittenen Behandlung betrachtet und auch vergleichend bewertet werden.

Patienten mit Biologika-Therapie

Für die folgende Analyse werden GKV-Patienten betrachtet, die im Jahr 2016 mindestens eine Verordnung für die in der S1-Leitlinie empfohlene RA-Basismedikation mit Methotrexat, Le-

Indikationen der Biologika im Rheumamarkt								
		TNF- α -Blocker					IR-Antagonisten	
Substanzen		Adalimumab	Certolizumab	Etanercept	Golimumab	Infliximab	Tocilizumab	Anakinra
Indikation	Rheumatoide Arthritis	■	■	■	■	■	■	■
	Spondylitis ankylosans	■						
	Psoriasis-Arthritis	■						
	Colitis ulcerosa	■						
	Morbus Crohn	■	■					
	System. juvenile idiopathische Arthritis	■		■			■	
	Uveitis	■						

Abb. 1: Übersicht der Anwendungsgebiete von TNF- α -Blockern und Interleukin-Rezeptor-Antagonisten, die in der Biologika-Therapie der Rheumatoiden Arthritis sowie bei anderen autoimmun-vermittelten entzündlichen Erkrankungen eingesetzt werden (Darstellung nach INSIGHT Health).

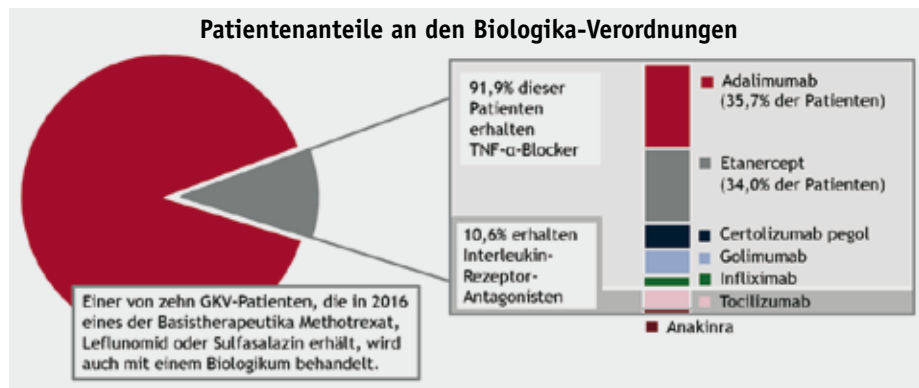


Abb. 2: Anteile von GKV-Patienten, die 2016 eine Verordnung von Methotrexat, Leflunomid und/oder Sulfasalazin erhalten, mit und ohne zusätzliche Biologikatherapie; unterteilt in TNF- α -Blocker und Interleukin-Rezeptor-Antagonisten und zugehörige Substanzen (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

flunomid und/oder Sulfasalazin erhielten (Quelle aller folgenden Datenanalysen: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

Die Fokus-Gruppe besteht demnach aus Patienten mit diversen rheumatischen Erkrankungen, für die diese Wirkstoffe zugelassen sind. Ausgehend von dieser Gruppe erhielt einer von zehn Patienten außerdem eine Verordnung für eines der sieben betrachteten Biologika. Wie Abbildung 2 zeigt, handelt es sich bei 35,7 Prozent dieser Patienten um eine Therapie mit dem verordnungstärksten TNF- α -Blocker Adalimumab.

31,0 Prozent der Patienten, die neben ihrer DMARD-Verordnung auch ein Biologikum erhalten, sind zwischen 50 und 59 Jahre alt und mit 68,8 Prozent gehören über zwei Drittel zur Gruppe der 40- bis 69-Jährigen. Während der Interleukin-Rezeptor-Antagonist Tocilizumab mit durchschnittlich 54 Jahren das älteste Patientenprofil aufweist, sind Patienten, die zusätzlich zur Basistherapie Anakinra erhalten, im Schnitt 8 Jahre jünger. Vergleichbar den Verhältnissen bei der Basistherapie, ist die Mehrzahl der Patienten, die zusätzlich mit einem Biologikum behandelt werden, weiblich (66,2 Prozent). Dabei weisen Tocilizumab und Certolizumab pegol mit über 71 Prozent die relativ höchsten Anteile weiblicher Patienten auf. Bei dem Wirkstoff Anakinra, mit einem deutlich jüngeren Patientenprofil, sind hingegen mit 55,3 Prozent nur

etwas mehr als die Hälfte der Patienten weiblich.

Der Schwerpunkt der ambulanten Arzneimittelversorgung bei Rheumatoider Arthritis findet bei Rheumatologen statt: 61,3 Prozent der Biologika-Verordnungen werden von dieser Facharztgruppe ausgestellt. Mit lediglich 3,5 Prozent Verordnungsanteil spielen Allgemeinmediziner bei der Biologika-Therapie keine zentrale Rolle. Dies spricht dafür, dass Patienten mit einem schwerwiegenden Verlauf der Rheumatoiden Arthritis von einem spezialisierten Arzt behandelt werden.

Die Komedikation im Fokus

Um die negativen Auswirkungen einer Methotrexat-Therapie abzumildern, erhält fast jeder zweite Patient mit Rheuma-Basistherapie und Biologikatherapie Fol- und Folsäure (46,2%). Somit wird diese Leitlinienempfehlung zur adjuvanten Therapie auch im Versorgungsalltag weitreichend umgesetzt. Darüber hinaus geht die Biologika-Therapie der betrachteten Gruppe mit einer häufigeren Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden und NSAR einher. Die Vermutung liegt nahe, dass sich dieser Umstand mit einer erhöhten Krankheitsbelastung der Patienten erklären lässt. Hoch spannend ist hier die Feststellung, dass Herz-Kreislauf-Therapeutika (ATC-Klasse C) bei der Patientengruppe mit zusätzlicher Biologika-Therapie in deutlich reduziertem

Maße verordnet werden (vgl. Abb. 2). So erhalten beispielsweise 6,0 Prozent weniger der Patienten Betarezeptoren-Blocker. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Behandlung mit Biologika systemische Komorbiditäten insbesondere im Herz-Kreislauf-Bereich reduziert.

Bei Betrachtung der Begleitmedikation auf Substanzebene dominieren neben Folsäurepräparaten Prednisolon, Pantoprazol, Ibuprofen und Metamizol. Insbesondere das Kortikosteroid Prednisolon begleitet die Therapie bei über der Hälfte der Patienten (54,4 Prozent). Aufgrund der magenschädlichen Nebenwirkungen von Antiphlogistika und Kortikosteroiden ist eine Begleittherapie mit Ulkustherapeutika häufig. So erhalten in der betrachteten Patientengruppe 36,8 Prozent den Protonenpumpenhemmer Pantoprazol.

In der Analyse zeigt sich, dass Patienten, die die beiden Interleukin-Antagonisten Anakinra oder Tocilizumab erhalten, tendenziell häufiger zusätzlich mit Kortikosteroiden behandelt werden: Während 4 von 5 Tocilizumab-Patienten auch ein systemisches Kortikosteroid erhalten, ist es bei dem TNF- α -Blocker Adalimumab lediglich jeder zweite. Ebenso ist bei Patienten, die einen der Interleukin-Antagonisten erhalten, die Komedikation mit Ulkustherapeutika häufiger. Adalimumab-, Golimumab- und Infliximab-Patienten erhalten hingegen vergleichsweise wenige Zusatztherapien. Für einen fundierten Vergleich der einzelnen Substanzen sind jedoch eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Wirkweisen sowie eine genaue Differenzierung der Anwendung in abweichenden Indikationen erforderlich.

Fazit

Insgesamt ergibt sich aus den Analysen zu den Patientenprofilen, Therapiestufen und der Komedikation ein Abbild der derzeitigen Versorgungsrealität von mit Biologika behandelten Rheumapatienten. Die Erkenntnisse zur medikamentösen Begleittherapie zeigen erhebliche Unterschiede zwischen den betrachteten Substanzen und zeigen ausschnittsweise die Komplexität der Pharmakotherapie bei Rheumatoider Arthritis auf. Dabei wird ersichtlich, dass sich für Patienten und ihre behandelnden Ärzte nicht nur die Option Basistherapeutikum und/oder Biologikum stellt, sondern das Therapiemanagement insgesamt auch durch die individuell adaptierte Auswahl von adjuvanten bzw. nebenwirkungsreduzierenden Substanzen geprägt wird. Die Behandlung der Mehrzahl dieser betrachteten Patienten durch Rheumatologen trägt somit der Anforderung an die Komplexität der Therapie rheumatischer Erkrankungen Rechnung. <<

Autoren: Dr. Hans-Jürgen Schweyda, Jana Heiler und Kathrin Pieloth*

Komedikation nach ATC 3-Klassifikation	Patienten-Anteile		
	Basistherapie & Biologikum	nur Basistherapie	Differenz
A02B Ulcustherapeutika	50,9%	49,7%	1,2%
A11C Vit. A/D, rein und Komb. beider Vitamine	18,7%	15,0%	3,7%
B03X and. Antianaemika inkl. Fol- u. Folsäure	46,2%	41,6%	4,6%
C03A Diuretika	12,6%	17,5%	-4,8%
C07A Betarezeptoren-Blocker, rein	21,7%	27,8%	-6,0%
C08A Calciumantagonisten, rein	11,5%	14,9%	-3,4%
C09A ACE-Inhibitoren, rein	14,9%	18,3%	-3,4%
C09C Angiotensin-II-Antagonisten, rein	9,9%	11,4%	-1,5%
C09D Angiotensin-II Antagonisten, Komb.	8,0%	8,9%	-1,0%
C10A Cholesterol- u. Triglycerid-regul. Präp.	13,9%	18,6%	-4,7%
M01A Antiphlog. / Antirheumatika, nichtster.	56,5%	49,3%	7,2%

Abb. 3: Anteile von GKV-Patienten, die 2016 zusätzlich zur Basistherapie (Methotrexat, Leflunomid und/oder Sulfasalazin) bzw. zu Basistherapie & Biologikum mindestens eine Verordnung aus den aufgeführten ATC3-Klassen erhielten (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).



MVF-Fachkongress „Regionale Versorgung“

Ein Verkehrsunfall oder ein Paradigmenwechsel?

„Befinden wir uns in einem gemeinsamen Experiment?“ Das fragte Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Uni Greifswald) Ministerialdirektor Dr. Ulrich Orlowski (BMG), der im Eingangsreferat des 7. MVF-Fachkongresses „Regionale Versorgung“ das Thema „Regionalität - Das neue Paradigma der Versorgung“ erläuterte. Auf dem MVF-Kongress, auf dem Analyse, Modellprojekte und die Translation im Mittelpunkt standen, wurde schnell klar, dass Regionalität schon bei dem Thema beginnt, wie es definiert wird und jenseits jedweder Qualitätsdimension der Erfolg aller Projekte vor allem davon abhängig sein wird, wie schnell die Finanzierungsfrage geklärt ist.

>> „Wir beginnen mit den Innovationsfondsprojekten und währenddessen überlegen wir, wie die Überführung in die Regelversorgung gelingen kann“, fragte Hoffmann den Ministerialdirektor im BMG nach seinem Vortrag, in dem jener die Unterschiede bei schon heute möglichen regionalen Versorgungsfinanzierungen an zwei Beispielen erläuterte. Dessen Antwort: „Wenn man das negativ sehen will, kann man das so sehen.“ Doch seien die Innovationsfondsprojekte der innovativen Versorgungsformen keine *l'art pour*

sich nicht alleine aus Qualitäts- und Effizienzreserven, das hätte „komischerweise irgendwie noch nie geklappt“.

Darum werde man Rahmenbedingungen generieren müssen, die – wenn es um die Überführung in die Regelversorgung geht – besonders auf die Finanzierungsfrage eine Antwort geben werden müssen. Doch das werde ein schwieriger Prozess, denn zunächst einmal werden die Rahmenbedingungen zentral über den Risikostrukturausgleich finanziert. Zentral heißt aber auch: gleich! Da aber die Verhältnisse und infrastrukturellen Rahmenbedingungen in allen Regionen – sowohl innerhalb als auch außerhalb der Systeme – höchst unterschiedlich seien, stelle sich die große Frage, inwieweit es überhaupt gelingen werde, Versorgungsprojekte innerhalb von Regionen zu organisieren.

Um zwei bisher schon etablierte, aber recht unterschiedliche Finanzierungsansätze zu verdeutlichen, wählte Orlowski als eine Antipode die stationäre Psychiatrie, die nach dem PsychVVG eine bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung mit empirisch basierten, einheitlichen Tagespauschalen (PEPP) aufweist; bei der jedoch bereits die Umwandlung des Preissystems in ein Budgetsystem (kein Landesbasisfallwert, sondern hausindividueller Entgeltwert) vollzogen worden sei, um strukturelle und regionale Besonderheiten bei den Verhandlungen des Gesamtbetrages auf Hausebene zu berücksichtigen. Damit würden die regionalen strukturellen Besonderheiten im PsychVVG als Faktor der Bildung des Gesamtbeitrags zum berücksichtigt, womit das Vergütungssystem stärker regional ausgerichtet sei.

Bei der Somatik hingegen gäbe es eine bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung mit empirisch basierendem Preissystem (DRG) und landeseinheitlichen Preisen. Der Landesbasisfallwert (keine

Preisverhandlungen, nur Menge auf Hausebene) werde nun einmal auf Landesebene vereinbart, was keine prospektive Berücksichtigung der Kostenentwicklung oder eine Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenniveaus zulasse. Nun laufe die aktuelle Forderung der DKG auf eine zusätzliche (erhöhende) Berücksichtigung unterschiedlicher regionaler Effekte auf Hausebene hinaus, was zur Frage führe: Wie gehen wir mit regionalen Niveaueffekten auf Haus- bzw. Landesebene in der Somatik um?

Als dritte Antipode brachte Orlowski die ambulante vertragsärztliche Versorgung ins Spiel, die zwar eine bundeseinheitliche Leistungsbeschreibung mit bundeseinheitlichem Bewertungssystem als Bewertungsrelation (EBM), aber eine regionale Euro-Gebührenordnung (auf Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungswertes) und eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung aufweise. Hier könnten die Verhandlungspartner Zu- und Abschläge bei regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie für besonders förderungsfähige Leistungserbringer insbesondere in unterversorgten Gebieten vereinbaren.

Doch sei die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten hier nur fakultativ. „Ist das ein Verkehrsunfall oder ein Paradigmenwechsel?“, fragte Orlowski, die Diskussion stehe zwar an, gehöre aber nicht hierher. Wohl aber der Fakt, dass seit der Scharfschaltung des Versorgungsstrukturgesetzes die Vertragspartner die erwähnten Zu- und Abschläge auf regionaler Ebene zu den Gesamtvergütungen für besondere Kosten und Versorgungsstrukturen sowie für besondere besoldungsfähige Leistungserbringer insbesondere in unterversorgten Gebieten vereinbaren können. Orlowski: „Sie können das vereinbaren“, doch sei dieser Akt weder schiedsstellenfähig, noch könne er erzwungen werden. Was dazu führe,



l'art-Projekte, sondern hätten, um die Überführung in die Regelversorgung zu ermöglichen, von vorne herein, „die Kassen als die zentralen Player“ dabei, doch sei auch die RSA-Weiterentwicklung in der nächsten Legislaturperiode und die schon laufende Vorbereitung der dazu gehörigen Diskussion nötig, um die finanziellen Rahmenbedingungen definieren zu können. Denn die meisten dieser Projekte – so zumindest seine Erfahrung mit Integrationsversorgungsprojekten – trügen

Programm des MVF-Fachkongresses „Regionale Versorgung“

Regionale Versorgung: Analyse – Modellprojekte – Translation

Begrüßung	Prof. Dr. Reinhold Roski, MVF, und Dr. Jens Härtel, arvato, Berlin	
Regionalität: Das neue Paradigma der Versorgung	Ministerialdirektor Dr. Ulrich Orłowski, BMG, Berlin	
Regionalität der Versorgung: Qualität – Zugang – Mengen	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln	
Skalierung von regionalen Versorgungsmodellen: Gesundes Kinzigtal, Billstedt-Horn und Blick in die Zukunft	Dr. Alexander Pimperl, OptiMedis, Hamburg	
Von der Sektorfixiertheit zur Regionalen Versorgung	Dr. Hans-Joachim Helming, STimMT, Potsdam	
„Praxisbeispiele und Projekte in der regionalen Versorgung“	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH, Universitätsmedizin Greifswald	
Fragen/Diskussion mit dem Plenum: Wie organisiert man regionale Versorgung?	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes, Berlin	
Perspektiven der Stakeholder		
Von der Sektorfixiertheit zur Regionalen Versorgung: Die Perspektive der Krankenhäuser	Dr. Eberhard Thombansen, Vivantes Netzwerk für Gesundheit, Berlin	
Regionale Versorgung – ein Mehr an Gesundheit?	Stefanie Stoff-Ahnis, AOK Nordost, Berlin	
Was haben die Patienten von der regionalen Versorgung?	Dr. Ilona Köster-Steinbach, Mitglied im Innovationsausschuss, Berlin	
Bestandsaufnahme und Agenda		
Regionale Unterschiede: Schicksal oder Gestaltungsauftrag?	Dr. Dominik Graf von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Berlin	
Politikanalyse: Aktuelle Gesundheitspolitik und regionale Versorgung	Prof. Dr. Bertram Häußler, IGES Berlin	
Regionale Versorgung: Was brauchen die Entscheider im Gesundheitswesen von der Versorgungsforschung? Podiumsdiskussion: Agenda für den kommenden Koalitionsvertrag	Dr. Regina Klakow-Franck, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin	
	Prof. Dr. Reinhold Roski, „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF)	

dass das Budget, das über „dieses Können“ in die Versorgung fließt, bei einem Gesamtbetrag in Bereich vertragsärztlicher Versorgung von insgesamt rund 35 Milliarden nur 200 Million Euro betrüge; die aber zuzüglich der Gelder zu sehen seien, die über den Strukturfonds in die regionale Finanzierung fließen.

Dennoch sei eine einheitliche Beantwortung der Frage nach der Relevanz von Regionalität im Wettbewerb, welche die „Konnextität zwischen Zuweisungen und Leistungserbringung“ darstelle, notwendig. Doch wie das geschehen soll, ist unklar. „Was bedeutet Regionalisierung auf der Erbringungs- und der Finanzierungsseite“, fragte Orłowski und gab die ehrliche Antwort: „Ich weiß es auch nicht. „Gleicher Preis für gleiche Leistung oder regionale Vergütungskomponenten auf der Basis gleicher Preise? Oder: Bundeseinheitliche Zuweisung mit oder ohne Regionalkomponente? Oder auch: Regionale Beitragskalkulation neben bundesdurchschnittlicher Beitragskalkulation mit regionaler neben bundesunmittelbarer Aufsicht?

Für ihn sei jedoch klar, dass alle Projekte, die im Rahmen der Integrationsversorgung oder mit Hilfe des Innovationsfonds gestartet werden, nur dann funktionieren werden, wenn die Frage der Finanzierung geklärt ist, denn allein die vertragliche Gestaltungsmöglichkeit führe nicht dazu. Orłowski: „Da können sie Modelle machen, wie sie wollen, wenn die erfolgreichen Projekte des Innovationsfonds in die Regelversorgung überführt werden sollen, müssen die Finanzierungsfragen beantwortet werden.“ Daher müsse man sich entscheiden, ob man an dem Mantra „gleicher Preis für gleiche Leistung“ festhalten wolle oder den Weg in regionale Vergütungskomponenten ausbauen oder fortsetzen wolle.

Das sei doch ein Spagat, warf Kongress-Mitvorsitzender Prof.

Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes) ein, und zwar zwischen regional funktionierenden Projekten einerseits und dem Zwang, diese, nur in einem bestimmten Setting, funktionierenden Projekte zwanghaft ausrollen zu müssen. Besser wäre es doch, wenn es dafür verschiedene Strukturen gebe, weil die Versorgung überall eben nicht gleich sei. „Das würde ich anders sehen“, antwortete Orłowski. Natürlich sei im klar, dass die Versorgungsbedürfnisse und Rahmenbedingungen in den Regionen recht unterschiedlich sei.

Es gehe doch darum, dass der Leistungserbringer-Rahmen es ermöglichen müsse, dass unterschiedliche Strukturen für die zu versorgenden Menschen geschaffen werden können – wozu eben auch die entsprechende Finanzierungssystematik gehöre. Orłowski: „Man braucht einen Rahmen, der es erlaubt, dass sich die Unterschiede entfalten können, aber mit einer Finanzierungsstruktur verbunden sind, die das hergibt.“ Die spannende Frage sei halt die, wie das geschehen soll: Mit einem einheitlichen Preis als Grundprinzip oder ohne?

Aber für welchen Regionenbegriff, warf Dr. Andreas Meusch (WINEG) ein. Er äußerte die Sorge, dass in der politischen Diskussion Regionen schnell mit Bundesländern gleichgesetzt werden. Meusch: „Regionale Vielfalt darf nicht zu regionaler Willkür werden.“ Es sei die Aufgabe der Versorgungsforschung zu analysieren, wo regionale Unterschiede medizinisch sinnvoll und begründbar sind, und wo sie nur als Ausrede für Willkür herhalten. „Ich teile letzteres“, meinte Orłowski dazu. Bisher sei die regionale Diskussion auf der Finanzierungsebene daran gescheitert, dass die Landesgrenze kein geeigneter Parameter für eine regionale Abgrenzung sei. Doch hätte er den Eindruck, dass man auf Grundlage des von Wille und Ulrich vorgelegten Gutachtens* man einen Schritt weiter gekommen sei, weil es die Faktoren auf die kommunalen Grenzen dekliniere, was es erlaube, die Realität in ihren Unterschieden stärker zum Tragen zu bringen. <<

Link

*Gutachten

„Weiterentwicklungsbedarf des Versichertenklassifikationsverfahrens im Anwendungskontext der vertragsärztlichen Versorgung“ von Prof. Dr. med. Saskia Drösler, Prof. Dr. med. Benno Neukirch, Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich und Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille im Auftrag der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Link:

www.zi.de/cms/veranstaltungen/zi-forum/18-november-2016/

Hinweis

Eine ausführliche Dokumentation des 7. MVF-Fachkongresses lesen Sie in der kommenden Ausgabe.

IGES-Analyse zur Auswirkung von Stellungnahmen der Wissenschaft in der frühen Nutzenbewertung

Dissens zwischen AkdÄ und Fachgesellschaften

Nachdem Dr. Kristin Derlig, Referentin in der Abteilung Arzneimittel im G-BA, auf der Veranstaltung „Diabetes 2030“ (siehe MA&HP 2/17) mehrfach betont hatte, wie wichtig die Stellungnahmen der Wissenschaft in der frühen Nutzenbewertung seien, hielt Hans-Holger Bleß vom IGES-Institut dem Bundesausschuss den Spiegel vor und sagte: „Wenn Gefühle und Wahrnehmung so weit auseinandergehen, macht messen manchmal Sinn.“ Und das macht es, denn er präsentierte eine im Auftrag von Novo Nordisk erstellte Analyse (Stand 1. Februar 2017), die den tatsächlichen Einfluss von wissenschaftlichen Stellungnahmen am Beispiel des Diabetes mehr als deutlich machte.

>> Hintergrund der Untersuchung ist der Fakt, dass Diabetes in der frühen Nutzenbewertung überproportional schlechter abschneidet als andere Indikationen, speziell der Onkologie. „Bei der Diabetes“, so Bleß, „gibt es sehr große Anteile, die ohne Zusatznutzen aus der Nutzenbewertung gehen, während die Onkologie relativ gut und ungeschoren durchkommen.“ Das liege, so Bleß weiter, vor allem daran, dass niemand bei der Einführung und vor allem der Ausgestaltung der frühen Nutzenbewertung an die chronischen Erkrankungen gedacht habe, was nun einmal Folgen habe. Und zwar dramatische, wie der IGES-Analyst erklärte: „Wir haben bislang im Laufe der Nutzenbewertung von Antidiabetika genau die Hälfte aller Produkte auf dem deutschen Markt verloren.“ Dass in keiner der Wirkstoffgruppen der Komplettverlust einer ganzen Therapielinie zu verzeichnen ist, führt er auf den politischen Willen der Selbstverwaltung zurück, die sich davor scheue, mehrere 100.000 Patienten von Umstellungen betroffen zu sehen. Das hätte, so Bleß, durchaus Impact auf die Versorgung gehabt und wohl eher Kosten denn Einsparungen produziert.

So ganz unschuldig an dieser Entwicklung sind weder die In-Markt-bringenden Pharmahersteller noch die diabetologischen Fachgesellschaften, denn bei letzteren herrsche eine „große Uneinigkeit in der Diskussion“ über die optimale Diabetestherapie vor.

Wobei es, wie so oft im Leben, kein reines Schwarz und Weiß gibt. Die eine Partei sagt mit ausreichender Berechtigung, dass gerade die Behandlung des Diabetes eine Langzeittherapie sei, wozu man eben auch Langzeitdaten bezüglich Sicherheit, Mortalität und vor allem der Reduktion von diabetesbedingten Komplikationen benötige. Die zweite Seite hingegen fokussiert sich auf die Studienkritik, vor allem auf nicht analysierte harte Endpunkte sowie methodische Fehler. Bleß: „Wer die alten IQWiG-Berichte der ersten frühen Nutzenbewertungen durchliest, wird schnell erkennen, dass sich die Studienkritik kein bisschen verändert hat.“ Das heiße aber im Rückschluss auch, das sich wohl die Studien selbst nicht verändert hätten. Schließlich gibt es noch eine dritte „weltanschauliche“ Gruppierung, die hervorhebt, dass sich bei einer chronischen

Langzeiterkrankung wie Diabetes zu beobachtenden harten Endpunkte – die Mortalität – so weit in der Zukunft lägen, dass diese zum Zeitpunkt der frühen Nutzenbewertung gar nicht erhoben können. Dabei hat der Gesetzgeber bei der Initiierung des AMNOG sehr wohl betont, dass der frühe Zeitpunkt Berücksichtigung finden soll, nur – so Bleß Frage: „Wo findet das denn statt?“ Dazu komme, dass die beim Diabetes vom G-BA gebildeten zweckmäßigen Vergleichstherapien „mit der Versorgungsrealität nichts zu tun“ hätten, ja sogar zum Teil denselben Evidenzquellen widersprechen würden, die für die frühe Nutzenbewertung herangezogen würden – womit er die Kombination Harnstoff und Metformin anspricht, die gezeigt habe, dass sie mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko einhergeht. Bleß: „Wie kann so etwas Vergleichstherapie sein?“

Ausmaß an Konsens ausgesprochen gering

All diese recht kontrovers geführten Einschätzungen und Diskussionen spiegeln sich in der Art und Weise wider, wie die Stellungnahmen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der frühen Nutzenbewertung diabetologischer Innovationen einfließen. Über alle bisherigen AMNOG-Verfahren hinweg, gab es zu immerhin 90 Prozent mindestens eine Stellungnahme und ebenso mindestens eine kontroverse Position einer Fachgesellschaft zur IQWiG-Dossierbewertung. Die größte Uneinigkeit herrscht mit 86 Prozent bei der Beurteilung des zuzuerkennenden Zusatznutzens vor. Und bei über 50 Prozent divergiert die Einschätzung bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Doch ebbt nach Erkenntnissen der IGES-Analyse der Widerspruch im Zeitverlauf ab, was aber mehr an der Resignation der Stellungnehmenden liegen werde, die es anscheinend leid sind, immer wieder das gleiche zu schreiben. Doch auch bei der Einschätzung der Eignung der Endpunkte sind mit über 70 Prozent deutliche Unterschiede feststellbar. Bleß: „Obwohl alle Experten sind, die auf dieselben Daten schauen, wundert man sich schon ein bisschen, dass das Ausmaß an Konsens so ausgesprochen gering ist, wo doch EBM die für alle gültige Spielregel ist.“



Wenn man noch mehr ins Detail geht, und die Stellungnahmen von AkdÄ einer- und aller anderen Fachgesellschaften andererseits betrachtet, wird das Bild unabhängig von der Indikation noch divergenter: Bei 62 Prozent aller Verfahren stimmt die AkdÄ der IQWiG-Bewertung zu, doch nur 14 Prozent der Fachgesellschaften, die zudem in 84 Prozent aller Fälle den Zusatznutzen höher einschätzen, als ihn das IQWiG auf Basis der Studienlage zugestehen wollte.

Doch als das IGES danach nur die Indikation Diabetes betrachtete, wurde erst einmal eine Re-Analyse durchgeführt, weil man den Ergebnissen (die sich aber nachher bestätigt haben) nicht glauben wollte: Während die AkdÄ ausnahmslos – also zu 100 Prozent – der IQWiG-Dossierbewertung in der Beurteilung des Ausmaßes des Zusatznutzens zustimmte, widersprachen die Fachgesellschaften dem IQWiG in 96 Prozent aller Fälle! „Das hat auch meiner eigenen Wahrnehmung nicht ganz entsprochen“, erklärte dazu Bleß, doch daran sehe man, „wie groß die Gräben und die Differenzen“ im Bereich des Diabetes seien.

Das zieht sich bei der sehr unterschiedlichen Beurteilung des zVT fort. Hier ergibt sich mit knapp 30 Prozent der Verfahren eine höhere Übereinstimmung zwischen der AkdÄ und dem IQWiG, was die Fachgesellschaften wiederum fast diametral anders sehen: Bei 84 Prozent der Verfahren, zu denen sich die Wissenschaftler geäußert haben, habe der zVT nichts mit der Realität zu tun

und auch nichts damit, was in der europäischen Diabetologie stattfindet.

Die wirklich interessante Frage lautet jedoch, was der G-BA mit all diesen Einlassungen macht, vor allem, wie sie in seine Beschlüsse einfließen. Auch wenn man nach Aussage von Bleß leider die Kausalität nicht messen könne, könnte man zumindest feststellen, wie oft der G-BA die Meinung des IQWiG übernimmt, oder ob er sich mehr der Meinung der Fachgesellschaft annähert.

Die gute Nachricht: Er tut es! „Es gibt sehr viel Bewegung beim G-BA“, kann Bleß aus seinen Analysen ablesen, die belegen, dass der G-BA „an ganz vielen Stellen der Positionierung des IQWiG nicht“ einnehme, sondern sich durchaus „eine eigene Meinung“ bilde. Doch sei auch die Tatsache feststellbar, dass anscheinend die Stimme der AkdÄ wenn schon nicht mehr gehört, doch „auf jeden Fall mehr zur Meinung des G-BA und des IQWiG passt“. So stimmte in den Verfahren zur Indikation Diabetes der G-BA in seinen Beschlüssen mehrheitlich mit den Einschätzungen der AkdÄ überein, wobei eine Übereinstimmung sowohl bedeuten kann, dass IQWiG, AkdÄ und G-BA bezüglich eines Aspektes der gleichen Meinung waren oder dass AkdÄ und G-BA eine gemeinsame abweichende Haltung gegenüber dem IQWiG hatten. Zwischen den Fachgesellschaften und dem G-BA herrschte hingegen ein größerer Dissens: Sowohl bei der zVT (37 %) als auch bei den patientenrelevanten Endpunkten (36 %) kam der G-BA deutlich seltener zur gleichen Einschätzung wie die Fachgesellschaften. Dissens gab es aber auch bei der Bewertung des Zusatznutzens: Hier wich der G-BA in mehr als zwei Drittel der Fälle (67 %) von der Position der Fachgesellschaften ab.

Eine weitere, wichtige Frage lautet in diesem Zusammenhang, ob sich AkdÄ und vor allem auch die Fachgesellschaften überhaupt mit den vom IQWiG angesprochenen Kritikpunkten beschäftigen. Die Kurzaussage: Sie tun es nur ungenügend! So wird nach Aussage der IGES-Analyse ein Großteil – und zwar zu zwei Drittel – der vom IQWiG konkret benannten Kritikpunkte in den Stellungnahmen der Fachgesellschaften überhaupt nicht aufgegriffen. Betrachtet man aus der Summe aller vom IQWiG adressierten Kritikpunkte, die wirklich essenziellen, die zum Ausschluss der Studienbetrachtung und damit im zweiten Schritt fast zwangsläufig zu keinem Zusatznutzen geführt haben, ist es noch drastischer: 73 Prozent aller Stellungnahmen der Fachgesellschaften beziehen sich überhaupt nicht auf diese essenziellen Kritikpunkte. Bleß: „Besonders bei der Frage der Eignung von direkt vergleichenden oder auch indirekt vergleichenden Studien herrscht bei den Stellungnahmen im Großteil Schweigen.“ Besser sieht es bei den Endpunkten aus, zu denen es

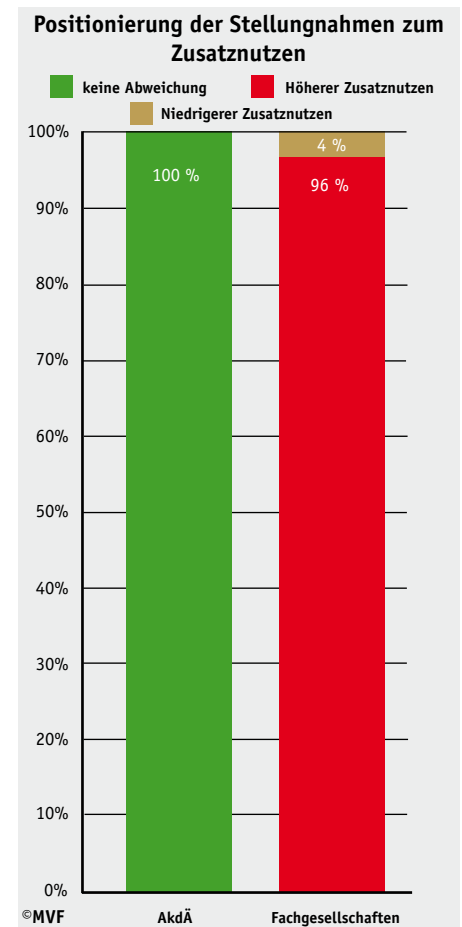
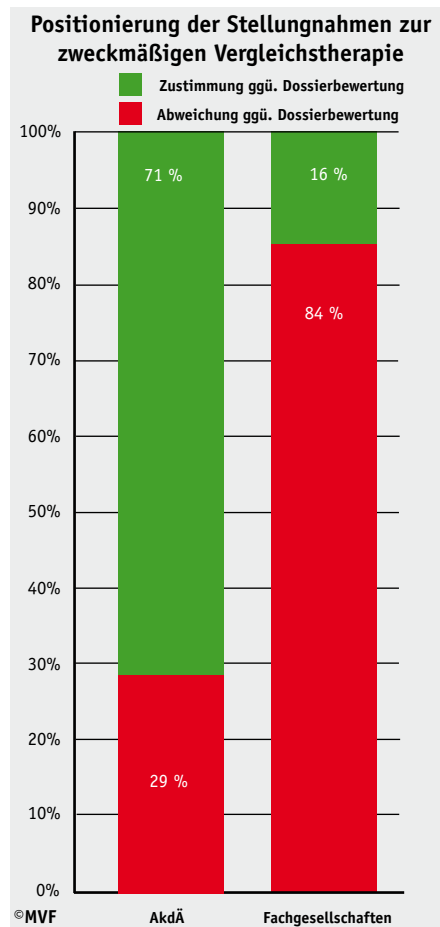


Abb. 1 u. 2: Positionierung der Stellungnahmen gegenüber der Dossierbewertung der zweckmäßigen Vergleichstherapie (li.) sowie zum Zusatznutzen. Quelle: IGES-Auswertungen auf Basis G-BA und Internetseiten der Fachgesellschaften. Aus: IGES-Analyse zur Auswirkung von Stellungnahmen der Wissenschaft in der frühen Nutzenbewertung.

immerhin bei 60 Prozent aller Endpunkt-Kritiken eine entsprechende Stellungnahme durch Fachgesellschaften gab.

Was macht die Fachgesellschaft stattdessen? Wenn man die Einlassungen von Fachgesellschaften und der AkdÄ detailgenau vergleicht, erkennt man, auf welcher Ebene diskutiert wird. Während bei den Fachgesellschaften die Diskussion mehr über die gesamte Wirkstoffgruppe ausgetragen wird und politische wie versorgungsrelevante Aspekte benannt werden, beschäftigt sich die AkdÄ viel stärker mit methodischen Fragestellungen und bezieht sich damit mehr auf die Spielregeln der frühen Nutzenbewertung.

Doch auch hier gilt: Beide agieren auf Basis der EBM, die Bleß eine „ziemlich gute Wissenschaft“ nennt. Auch wenn man sicherlich hier und da anderer Meinung sein kann, sollten doch eigentlich Methode und Werte dieselben sein. Wenn dem aber so ist, sagt Bleß zu recht: „Dann dürfte es so viel Zerwürfnisse nicht geben, wenn man nicht auch andere Aspekte mit einbeziehen wollte.“

Damit spricht er politische, auch berufspolitische Ziele der stellungnehmenden Parteien an.

Doch rät er hier dringend zu mehr Konsens, und zwar nicht nur über neue Antidiabetika, sondern auch über den Stellenwert derjenigen aus dem Bestandsmarkt. Denn für die alten Medikamente liege lediglich „eine sehr eingeschränkte Evidenz“ vor. Er jedenfalls wäre sehr neugierig, was dabei herauskäme, wenn man die im Bereich des Diabetes oft herangezogene Altstudie UK Prospective Diabetes-Study, kurz UK-PDS, nach genau jenen Kriterien bewerten würde, die das IQWiG bei neuen Studien anlegen würde. Eine Anregung, die Derlig vom G-BA zwar aufnahm, wobei aber so niemand der anwesenden Teilnehmer der Veranstaltung so recht damit rechnete, dass sie auch in die Tat umgesetzt wird.

Eine weitere Anregung gilt den diabetologischen Fachgesellschaften per se: Wenn schon die aktuelle Diabetes-Leitlinie Parallelkapitel wie bei der Arzneimitteltherapie (zwischen DEGAM/AkdÄ einer- und DDG/DGIM andererseits) aufweise, dann mache alleine dieser Dissens es sowohl Politikern als auch dem G-BA schwer zu entscheiden. Bleß stellte die Gretchenfrage: „Wie kann jemand auf die Stimme der Diabetologie hören, wenn sie nicht mit einer Stimme spricht?“ <<

Deloitte prognostiziert Anstieg bei Demenz und chronischen Krankheiten

Verdopplung der Demenzerkrankungen bis 2050

Laut dem „Global Healthcare and Life Sciences Outlook 2017“ von Deloitte steigt die weltweite Anzahl der Demenzerkrankungen von 46,8 Millionen Fällen 2015 auf 74,7 Millionen bis 2030 an und verdoppelt sich innerhalb von weiteren 20 Jahren auf 131,5 Millionen Fälle bis 2050. Als Gründe für den Anstieg nennt das Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen vor allem den Lebenswandel und die Urbanisierung. Um so wichtiger sei die frühzeitige Prävention, aber auch eine sorgfältige Prüfung und Überholung bestehender Versorgungsstrukturen, mahnt ein Deloitte-Experte.

Studien-Link

<https://www2.deloitte.com/de/de/pages/presse/contents/global-health-care-life-sciences-outlook-2017.html>

>> Vor allem in den Industrieländern Westeuropas und Nordamerikas häufen sich chronische Erkrankungen und belasten die Gesundheitssysteme. In Westeuropa steigen die Gesundheitsausgaben um durchschnittlich 4 Prozent jährlich bis 2020, wobei die Hälfte der Kosten für die Behandlung der drei häufigsten Todesursachen anfällt: Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegserkrankungen. Prävention rückt verstärkt in den Fokus im Gesundheitsbereich, um das Entstehen solcher Krankheiten möglichst frühzeitig zu verhindern.

„Der Anstieg chronischer Krankheiten hat auch mit dem Lebenswandel durch die Urbanisierung, mit Ernährungsgewohnheiten oder Bewegungsmangel zu tun. Deshalb sind nicht nur der Krankheitsverlauf, sondern die Zeit davor und damit die Prävention so wichtig, um Patienten frühzeitig auf diese Risikofaktoren aufmerksam zu machen. Außerdem sind auch bei der Behandlung neue, kosteneffiziente Ansätze gefordert. Die in vielen Ländern traditionelle Behandlung im Krankenhaus könnte beispielsweise durch neue, dezentrale Modelle wie Home Care oder andere kleinere, in der Regel ambulante Versorgungseinheiten ergänzt werden“, erklärt Dr. Gregor Konstantin Elbel, Leiter Life Sciences & Healthcare bei Deloitte.

Von Konsolidierung bis Standardisierung

Mit erwarteten Ausgabensteigerungen zwischen 2,4 und 7,5 Prozent bis 2020 ist der finanzielle Druck auf die Träger von Gesundheitsleistungen groß. Deshalb entwickeln sie strategische Ansätze, die von einer kontinuierlichen Konsolidierung der bestehenden Kapazitäten und einer breiteren Verteilung der Erträge über die traditionellen Leistungserbringer hinaus bis hin zu einer stringenten Prozessstandardisierung reichen. Digitale Lösungen von Telemedizin bis Big-Data-Analysen spielen ebenfalls eine zentrale Rolle – und nicht zuletzt auch neue Arten der Zusammenarbeit von

öffentlicher und privater Hand (Public Private Partnerships).

Ein wesentlicher Aspekt des Kostenmanagements und einer vorausschauenden Gesundheitspolitik ist die Prävention. Ein gelungenes Beispiel zeigt die Nichtraucherkampagne „Be smart – don't start“, die an verschiedenen deutschen Schulen läuft. Die Initiative hat sich bislang als erfolgreich erwiesen: Studien bestätigen einen deutlichen Rückgang der „Einsteiger“. Zu einer erfolgreichen Prävention gehört auch das Engagement der Patienten. So werden zum Beispiel in Kanada Zielgruppen identifiziert, die bei der Einführung neuer Gesundheitslösungen helfen sollen. In Japan gibt es Anreize für Unternehmen mit entsprechenden Angeboten für ihre Mitarbeiter. Damit lässt sich die Existenz bestimmter Risikogruppen nicht verhindern – aber die Zahl derer, die dazugehören, verkleinern.

Soziale Rahmenbedingungen spielen eine Rolle

Auch bietet die Erkenntnis, dass Gesundheitsvor- und -fürsorge eng mit den sozialen Umständen zusammenhängen, neue Möglichkeiten. Ein ganzheitlicher Ansatz, der individuelle, soziale und andere Faktoren berücksichtigt, erfordert dabei auch eine Kollaboration verschiedener Stakeholder und Zielgruppen. Als Hürde erweist sich vielfach noch die Finanzierung, da viele dieser Maßnahmen nicht von den Kassen oder vergleichbaren Trägern bezahlt werden. Nicht zuletzt sind Hightech-Entwicklungen in Form von Telemedizin, Wearables oder kommuni-



zierenden Implantaten ein elementarer Bestandteil eines Innovationskatalogs, der Leistungen effizienter machen und Kosten dämpfen kann. Auch der 3D-Druck könnte in der Medizin langfristig bessere und kostengünstigere Produkte ermöglichen.

„Behandlungen können heute bereits durch eine zunehmende Individualisierung bzw. Personalisierung für den einzelnen Patienten optimiert werden. Dazu tragen künftig auch künstliche Intelligenz oder Biosensoren bei. Patienten erhalten dann ein auf ihr persönliches Krankheitsbild zugeschnittenes Therapieregime und müssen zukünftig seltener zur Therapiekontrolle- oder -anpassung ein Krankenhaus oder Ärztezentrum besuchen“, resümiert Elbel. <<

Auszüge aus der Studie „Global Life Sciences Outlook 2017“

- Bis 2020 werden 50% der weltweiten Gesundheitsausgaben für die folgenden drei verbreitetsten Todesursachen aufgewendet: Herzkreislauferkrankungen, Krebs und Atemwegserkrankungen.
- Mit dem HI-Virus leben noch weltweit 36,9 Millionen Menschen, 70% davon in Afrika, südlich der Sahara. Der Zika-Virus und die damit verbundene Mikrozephalus gehören zu den größten Gesundheitsgefahren in Lateinamerika.
- Die Anzahl der Diabetiker liegt heute bei 415 Millionen Menschen. Sie wird bis 2040 auf circa 642 Millionen Menschen ansteigen.
- Demenzerkrankungen werden sich alle 20 Jahre weltweit verdoppeln und bis 2030 74,7 Millionen erreichen.
- Die Alterung der Bevölkerung (>65 Jahre) steigt um 8% von 559 Millionen in 2015 zu 604 Millionen in 2020.

WIdO-Online-Befragung zum Informationsverhalten der Hausärzte

Hoher Bias zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Mehr als drei Viertel der Hausärzte nutzen ärztliche Fortbildungen und knapp die Hälfte Qualitätszirkel oder das Gespräch mit Kollegen, um sich über medizinische Fragestellungen auszutauschen. Deutschsprachige Fachpublikationen werden von knapp zwei Dritteln, englische Fachartikel von nur 15 Prozent der Ärzte gelesen.

>> Die kontinuierliche berufsbegleitende Aktualisierung und Erweiterung medizinischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten sowie die Festigung und Weiterentwicklung beruflicher Kompetenz gehören zum ärztlichen Selbstverständnis und zu den ärztlichen Berufspflichten“, heißt es auf der Website der Bundesärztekammer, die Fortbildung zum „immanenten Bestandteil“ der ärztlichen Tätigkeit erklärt. Nun hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) gemeinsam mit Cochrane Deutschland das Informationsverhalten unter 1.000 Hausärzten für den „WIdOmonitor“ untersucht. Dabei standen folgende Fragen im Fokus: Wie kommen Inhalte wissenschaftlicher Studienergebnisse in der Praxis an? Welche Möglichkeiten nutzen Hausärzte, um sich zu informieren?

Die Ergebnisse der Online-Befragung legen Defizite bei der Rezeption von internationalen, englischsprachigen Fachartikeln offen: Nur jeder siebte Hausarzt (15 Prozent) gab an, auch englischsprachige Publikationen zu lesen. Als Begründung wurden meist Zeitmangel und mangelnde Sprachkenntnisse angeführt. „Die Ergebnisse zeigen, dass sich Hausärzte engagiert für eine gute medizinische Versorgung ihrer Patienten fortbilden. Da neue medizinische Erkenntnisse aber ganz überwiegend in englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert werden, stellt sich die Frage, wie diese aktuellen Fachinformationen schnell und kompakt in der Hausarztpraxis ankommen können“, sagt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Auch das wichtige Instrument der evidenzbasierten Leitlinien werde zu wenig genutzt. „Solche Informationen könnten beispielsweise verstärkt über die Software der Ärzte Eingang in die Hausarztpraxen finden, um einen schnellen Transfer neuer wissenschaftlicher Ergebnisse in die Praxis zu ermöglichen“, so Schröder.

Ärztliche Fortbildungen stehen an erster Stelle

Ärztliche Fortbildungen stehen nach der Befragung bei den Hausärzten als Möglichkeit zur fachlichen Information deutlich an erster Stelle (77 Prozent). Auch die unmittelbare per-

sönliche Kommunikation unter Kollegen stellt eine wichtige Quelle dar: Die Mehrheit bewertet Qualitätszirkel oder den Austausch mit ärztlichen Kollegen als Informationsquelle gut oder sehr gut (73 bzw. 57 Prozent). An dritter Stelle stehen deutschsprachige Fachpublikationen, die von fast zwei Drittel der Befragten häufig bevorzugt werden (64 Prozent). Aber auch die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) oder andere Leitlinien werden von der Mehrheit der Ärzte als sehr gut oder gut bewertet (65 und 62 Prozent).

Allerdings gibt es hier eine deutliche Diskrepanz zur persönlichen Nutzung: Lediglich 35 Prozent haben in den letzten sechs Monaten die Leitlinien von medizinischen Fachgesellschaften tatsächlich häufig genutzt, bei den NVL fällt der Nutzungsgrad mit 28 Prozent noch geringer aus. Deutlich weniger genutzt werden moderne Medien wie Online-Plattformen (28,2 Prozent) oder Evidenz-Datenbanken (12,1 Prozent), obwohl sie hinsichtlich der Qualität positiv bewertet werden.

Bei englischsprachigen, internationalen Publikationen, in denen die neuen wissenschaftlichen Ergebnisse erscheinen, zeigt sich ebenfalls ein großer Bias zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Obwohl fast die Hälfte der befragten Hausärzte englischsprachige Publikationen hinsichtlich Qualität und Zuverlässigkeit grundsätzlich positiv bewertet (49 Prozent), wurden diese im Schnitt nur von knapp 15 Prozent der Befragten tatsächlich häufig genutzt. Jüngere Hausärzte nutzen internationale Journals allerdings signifikant häufiger als ihre älteren Kollegen.

Durchschnittlich drei Stunden pro Woche für Fachlektüre

Doch wie viel Zeit wenden Hausärzte auf, um medizinische Fachlektüre zu lesen? Neun von zehn der befragten Ärzte hatten im befragten Vier-Wochen-Zeitraum medizinische Fachliteratur gelesen und gaben an, dafür im Durchschnitt drei Stunden pro Woche aufgewendet zu haben. Auch hier zeigt sich: Die Zeit für englischsprachige Fachlektüre fällt deutlich geringer aus (29 Prozent und 1,6 Stunden). Als Hinderungsgründe wurden meist Zeitprobleme (82 Prozent) sowie sprachliche Barrieren an-

gegeben (75 Prozent). Die Mehrheit der befragten Ärzte hält es vor diesem Hintergrund auch für notwendig, dass englischsprachige Quellen in deutscher Sprache angeboten werden (74 Prozent). Fragt man die Hausärzte als Ratgeber, was sie einem jüngeren hausärztlich tätigen Kollegen empfehlen würden, so geben hier 74 Prozent zwischen zwei und fünf Stunden sowie 12 Prozent mehr als fünf Stunden Fachlektüre pro Woche an. Diese Empfehlungen liegen über den tatsächlich aufgewendeten eigenen Stundenangaben.

„Insgesamt wird deutlich, dass Hausärzte aktuell eher den persönlichen Austausch im Rahmen von Fortbildungen, Qualitätszirkeln oder im bilateralen Gespräch mit ärztlichen Kollegen oder Pharmareferenten nutzen“, sagt WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder. „Angesichts der rasanten Wissensvermehrung in der Medizin ist es aber wichtig, dass neue Erkenntnisse schnell in die Praxis gelangen. Dies könnte zum Beispiel über die Praxis-Software der Ärzte gelingen“, so Schröder. Die Chancen der Digitalisierung sollten noch stärker genutzt werden, um den Ärzten systematisch aufbereitete und qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung zu stellen.

Für Deutschland gibt es bisher jenseits der LA-MED allerdings nur wenige Untersuchungen zur Informationsversorgung und Informationsbeschaffung von Ärzten. Der aktuelle „WIdOmonitor“ schließt diese Lücke und beleuchtet, welche Möglichkeiten Hausärzte heute nutzen und wie sie diese bewerten. Die Online-Befragung wurde auf Grundlage eines vorab getesteten Fragebogens vom 1. September bis zum 18. November 2016 durchgeführt. Stichprobenziehung und Datenerhebung im Rahmen eines Online-Ärzte-Panels erfolgte durch DocCheck-Medical-Services GmbH. Insgesamt haben 1.003 hausärztlich tätige Ärzte an der Befragung teilgenommen. <<

Befragungs-Link

<http://www.wido.de/publikationen/widomonitor/wido-monitor-1-2017.html>

Unser Tipp

Geben Sie „Monitor Versorgungsforschung“ an Ärzte weiter. Denn diese deutschsprachige Fachzeitschrift hat – so IGES-Vorstand Prof. Dr. Bertram Häussler auf dem 7. MVF-Fachkongress – „den größten Impact“.



Neue Perspektiven für die Demenzforschung diskutiert

>> Unter welchen Bedingungen darf für und mit Menschen mit Demenz geforscht werden? Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes, das die Bundesregierung im November 2016 verabschiedete, löste eine Vielzahl von Diskussionen aus: Mit dem Beschluss des Bundestags, für den 330 von 581 Parlamentariern namentlich und ohne Fraktionszwang votierten, sind zukünftig klinische Studien mit Menschen mit Demenz (MmD) auch dann möglich, wenn diese selbst keinen unmittelbaren Nutzen von den Studien haben. Die Neuregelung der umstrittenen Arzneitests ist Teil einer umfassenden Reform, mit der die Vorschriften für klinische Studien europaweit vereinheitlicht werden sollen. Die EU-Verordnung über klinische Studien gestattet schon seit dem Jahr 2013 unter bestimmten Voraussetzungen die gemeinnützige Forschung mit Nichteinwilligungsfähigen: Die Teilnahme des Nichteinwilligungsfähigen soll entweder einen direkten Nutzen für diesen haben, der die Risiken und Belastungen durch die Teilnahme überwiegt oder einen Nutzen für die Gruppe, der die Nichteinwilligungsfähigen angehört, wobei jeder Einzelne nur einem minimalen Risiko und einer minimalen Belastung ausgesetzt sein darf. Die Neuregelung in Deutschland folgt den europäischen Entwicklungen und unterstützt damit die gemeinnützige Forschung auch zur Behandlung von Demenzerkrankungen.

Die Pläne stießen in der Öffentlichkeit auf Kritik von Patientenvertretern, Behindertenverbänden, Kirchen und Gesundheitspolitikern. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft sprach sich ebenfalls gegen diese Änderung aus. Im Fokus dabei stand unter anderem die Patienten- oder Probandenverfügung, welche im Voraus nicht alle Eventualitäten, die in der Progression der dementiellen Erkrankung entstehen, spezifizieren kann. Insbesondere kann aus Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft eine Patienten- oder Probandenverfügung nicht so genau und spezifisch abgefasst werden, dass sie Aussagen zur Teilnahme an einer bestimmten Studie mit den damit verbun-

denen Risiken sowie den potenziellen Rücktritt der Menschen mit Demenz (MmD) im Verlauf der Studie enthält. Darüber hinaus wurde die große Belastung der gesetzlichen Betreuer kritisiert. Diese müssen im Falle einer fehlenden Einwilligungsfähigkeit der MmD über deren Teilnahme an Forschungsvorhaben entscheiden. Insgesamt bewertet die Deutsche Alzheimer Gesellschaft die Patienten- oder Probandenverfügung als wenig praktikabel, da Ärzte Patienten in einem frühen Krankheitsstadium wahrscheinlich selten über diese Möglichkeiten aufklären werden und auch die Patienten selbst zu Beginn der Erkrankungen andere Herausforderungen bewältigen müssen. Eine Patienten- oder Probandenverfügung birgt damit das Risiko, dass Forschung für MmD mangels zu geringer Anzahl an Probanden mit einer Patienten- oder Probandenverfügung erschwert bzw. nicht möglich sein wird.

Im Rahmen des 3. internationalen Ethiksymposiums (22 bis 23. November 2016) unter der Leitung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) Standort Rostock/Greifswald, des Lehrstuhls für Systematische Theologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und des Alfried Krupp Wissenschaftskollegs Greifswald wurde die ethischen Aspekte der Demenzforschung diskutiert.

Bei der Symposiumseröffnung verdeutlichte Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Standortsprecher des DZNE Rostock/Greifswald, die Notwendigkeit, interdisziplinär und multiperspektivisch die Möglichkeiten und Grenzen der gemeinnützigen Forschung für und mit Menschen mit Demenz zu betrachten. Die Weiterentwicklung angemessener Einwilligungsverfahren ist dabei essentiell für die Zukunft der Demenzforschung. Grundlage dieser Einwilligungsverfahren im Rahmen einer gemeinnützigen Forschung ist eine informierte Einwilligung (Informed Consent) der MmD.

Aufgrund des progredienten Verlaufs der demenziellen Erkrankung kann es im Studienverlauf zu einer Verminderung der Einwilligungsfähigkeit kommen. Derartige Veränderung der Einwilligungsfähigkeit kann sich für MmD jedoch auch während eines normalen Krankenhausaufenthaltes innerhalb kürzester Zeit ergeben, unter anderem verursacht durch postoperative Komplikationen, wie Delir oder Depression. Dabei ist die Forschung insbesondere an dieser Schnittstelle bedeutsam, um effektive Präventions- und Interventionsmaßnahmen für die Versorgung von MmD zu entwickeln, wie PD Dr. René Thyrian vom DZNE Standort Rostock/Greifswald schilderte.

Eine mögliche akute kognitive Verschlechterung, sowie die potentielle Veränderung der Einwilligungsfähigkeit mit der Zeit stellen die Forschung für MmD vor große Herausforderungen. Das Einwilligungsverfahren sollte daher die informierte Einwilligung als dynamischen Prozess entsprechend berücksichtigen sowie vor allem verständlich für die Betroffenen kon-

zipiert werden, wie Theresia Volhard vom Deutschen Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften Bonn appellierte. Die bisherigen Einwilligungsverfahren sind dominiert von juristischen, schwer verständlichen Texten. Häufig werden weder Ziele der Studien noch die Rechte für die Studienteilnehmer allgemein verständlich vermittelt. Die Forschung für Nichteinwilligungsfähige muss hier ihre Verfahren zur Einholung der Einwilligungsfähigkeit an die Patienten anpassen. Bisher werden dafür in Projekten, Studien und Förderprogrammen kaum Zeit und Kosten investiert und die Besonderheiten der Erkrankung berücksichtigt.

Daran anknüpfend stellt die Rückmeldung von Studienergebnissen eine weitere ethisch-relevante Herausforderung dar. Die Referenten Dr. Martin Langanke und Dr. Pia Erdmann vom Lehrstuhl für Systematische Theologie der Universität Greifswald verdeutlichten die Bedeutsamkeit eines adäquaten Modus der Übermittlung von Ergebnissen der Forschung und betonten, dass bei der Übermittlung gesundheitsrelevanter Informationen erhebliche Belastungen für den Betroffenen und deren Angehörigen entstehen können. Diese Tatsache sollte besser in der Forschung mit Demenzerkrankten berücksichtigt werden. Dabei wird deutlich, dass nicht nur die MmD im Fokus der Diskussion stehen, sondern ebenfalls die pflegenden Angehörigen.

Trotz der hohen Bedeutung ist der ethische und rechtswissenschaftliche Forschungsstand zum Einbezug pflegender Angehörige in klinische Studien jedoch bis heute noch gering. In einer öffentlichen Lesung der Tagung vertiefte Autor Jörn Klare dieses Thema und stellte seine eigenen Erfahrungen als Angehöriger seiner an Demenz erkrankten Mutter dar. Diese Erfahrungen und Ereignisse schrieb er in seinem aktuellen Buch „Als meine Mutter ihre Küche nicht mehr fand – Vom Wert des Lebens mit Demenz“ (Verlag: Suhrkamp nova, 2012) nieder. Ausgehend von den bewegenden Besuchen bei seiner Mutter, sprach der Autor mit verschiedenen Experten, unter anderem Ärzten, Juristen, Philosophen und Pflegern, über die Erlebnisse im Verlauf der Erkrankung und gewann selbst ein ganz neues Verständnis über den Wert des Lebens und der Erinnerungen.

Insgesamt verdeutlichte das Ethiksymposium die Dringlichkeit einer multiperspektivischen, interdisziplinären und internationalen Diskussionskultur im Kontext der Demenzforschung. Die Organisatoren waren sich einig, dass die jährlichen Ethiksymposien an den Standorten des DZNE dieses gemeinsame Ziel maßgeblich unterstützt und dringend fortgeführt werden sollten. <<

von: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann^{1,2}, PD Dr. Martin Langanke³, Dr. Pia Erdmann³, Dr. Kerstin Wernecke¹, PD Dr. Jochen René Thyrian¹ und Dr. Ina Zwingmann¹

Acknowledgement:

Das 3. Ethiksymposium wurde gefördert von der Robert Bosch Stiftung, der Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung und dem Department für Ethik, Theorie und Geschichte der Lebenswissenschaften der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Tagungsleitung: Prof. Wolfgang Hoffmann, Dr. Pia Erdmann, Dr. Martin Langanke und Dr. Kerstin Wernecke.

Nächstes Ethiksymposium: Das 4. Ethiksymposium findet im Mai 2018 am DZNE Standort Witten unter dem Thema „Menschen mit Demenz im Forschungsprozess. Einordnung. Reflexion. Perspektiven.“ statt und wird die Diskussion hinsichtlich aktueller Entwicklungen in Forschung und Praxis weiterführen.

Erste Nationale Translations-Konferenz

Ziel: Ein konsentiertes Umsetzungs-Agreement

Der Innovationsfonds fördert solche Projekte, die nach der positiven Evaluation in die Regelversorgung überführt werden können. Doch gibt es viele Projekte, die bereits in Selektivverträgen realisiert sind und die eine nachgewiesene positive Wirkung auf die Versorgung der Patienten haben. Wie können auch solche Innovationen flächendeckend in der Regelversorgung realisiert werden? Mit dieser Frege wird sich diese „Nationale Translations-Konferenz“ beschäftigen, deren erklärtes Ziel ein konsentiertes Umsetzungs-Agreement ist, ein erster Tropfen, der Welle um Welle schlägt.



>> Diese neue Art von Konferenz startet „Monitor Versorgungsforschung“ gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) und der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin (HTW Berlin). Die „Agreement-Konferenzen“ sollen auf dem Campus Wilhelminenhof der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin stattfinden, wobei immer ein evaluiertes Projekt im Mittelpunkt steht. Zu diesen Konferenzen werden alle Akteure und Partner als Gäste – ohne Teilnahmegebühren zu erheben – eingeladen, denn die drei Veranstalter möchten Akteure und Partner des Gesundheitssystems versammeln, die grundsätzlich in der Lage und willens sind, erprobte Versorgungsverbesserung allen GKV- und PKV-Versicherten flächendeckend zur Verfügung zu stellen.

Gemeinsam soll der Weg zur bundesweiten Einführung der in den Selektivverträgen begonnenen Innovationen beschrieben, Hinderungsgründe identifiziert und, wenn möglich, ausgeräumt werden. „Damit wollen wir zur bundesweiten Verbreitung dieser Versorgungsinnovationen beitragen“, erklärt MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski. Und Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, setzt dazu: „Es gibt viele Ideen, die per Evaluation gezeigt haben, dass sie durchaus in der Lage sind, für eine bestimmte Population Versorgungsverbesserungen zu erzielen. Warum diese Versorgungsinnovationen nicht viel mehr Menschen, wenn nicht gar allen in Frage kommenden, zu Gute kommen können, ist eine sowohl ethische als auch ökonomische Frage.“

Genau diese Frage soll bei der ersten „Nationalen Translations-Konferenz“ erörtert und in einem gemeinsam verabschiedeten Umsetzungs-Agreement konsentiert werden.

Ziel der ersten Konferenz ist die Konsentierung eines Entwurfs des ersten „National Agreements“ zum „Diabetischen Fußsyndrom“, das in „Monitor Versorgungsforschung“ sowie hochauflagen Publikumsmedien publiziert wird. <<



Kostenlose Anmeldung:
www.m-vf.de oder per QR-Code

Track 1		
von	bis	Thema
Nationale Translations-Konferenz		
14:00	14:10	Check-in
14:10	14:15	Begrüßung
14:15	14:35	Grußwort
14:35	14:50	Einführung in das neue Format

Track 2		
von	bis	Thema
Thema 1: „Diabetisches Fußsyndrom“ (DFS)		
14:50	15:05	DFS: Höhen und Tiefen aus 15 Jahren Netzwerkarbeit
15:05	15:20	DFS: Innovationshemmnisse – Woran ein erfolgreicher Vertrag scheitern kann
15:20	15:35	DFS: Therapeutische Banalität oder tickende Zeitbombe?
15:35	15:50	DFS-Versorgungs herausforderung – Wie geht eine Krankenkasse damit um?
15:50	16:05	DFS: Qualifizierte ambulante Versorgung im Rahmen eines IV-Vertrages – Wie sind die Ergebnisse?
16:05	16:30	Kaffeepause
Diskussion mit dem Auditorium		
16:30	17:30	Diskussion mit Spitzer, Hochlenert, Klepzig, Häußler, Wyrwich und Feldt sowie Beteiligung des Auditoriums: 1. Reicht die vorhandene Evidenz? 2. Können die Kernelemente selektivvertraglicher Lösungen zum DFS in die Regelversorgung übernommen werden?
17:30	18:00	Entwurf des ersten „National Agreements“ zum DFS
18:15		Verabschiedung
bis 20:00		Abend-Talk mit Catering



Serie (Teil 5): Das Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK)

Nullmeridian der „letzten Meile“

„Gegenstand der Versorgungsforschung ist die „letzte Meile“ des Gesundheitssystems“. Diesen Satz schrieb Holger Pfaff im Kapitel „Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben“ des bereits im Juni 2003 erschienenen Fachbuchs „Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung“, herausgegeben von Pfaff, Matthias Schrappe, Karl W. Lauterbach, Udo Engelmann und Marco Halber. Seit dieser Zeit wird der Begriff der „letzten Meile“ vor allem Prof. Dr. Holger Pfaff vom Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität Köln zugeschrieben; auch wenn dessen Herleitung mehr eine Gemeinschaftsarbeit war, die vor allem auf die zweier Menschen in zwei ganz verschiedenen, aber sich sehr gut ergänzenden Funktionen verstanden werden muss: Pfaff auf der einen und Prof. Dr. Matthias Schrappe auf der anderen Seite, jener zu dieser Zeit bei der Universität Köln unter anderem zuständig für Qualitätsmanagement – beide bildeten sozusagen den Nullmeridian der „letzten Meile“.

>> „Unter dem Begriff der letzten Meile des Gesundheitssystems ist die konkrete Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen zu verstehen, in deren Rahmen die entscheidenden Versorgungsleistungen zusammen mit dem Patienten erbracht werden.“ Bis heute wird an der von Pfaff und seinen Mitstreitern verfassten Definition der „letzten Meile“ nicht gerüttelt; im Gegenteil: Sie ist ebenso stimmig wie eh und je.

Gesehen und verstanden werden

muss die damalige Definitionsarbeit im Rahmen des „Ersten Deutschen Kongresses der Versorgungsforschung“, dessen Tagungsband eben jenes Fachbuch „Gesundheitsversorgung und Disease Management“, erschienen im Huber-Verlag, war. Beide – Kongress und Buch – machten den durchaus etwas sperrigeren Begriff „Versorgungsforschung“ mit dem einprägsameren Claim „Letzte Meile“ bekannt.

Das sei eine „Umbrella-Formulierung“ gewesen, wie Pfaff diesen



Prof. Dr. Holger Pfaff

Nach dem Studium der Sozial- und Verwaltungswissenschaften an den Universitäten Erlangen-Nürnberg und Konstanz und einem Studienaufenthalt an der University of Michigan war er zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Oldenburg und als Hochschulassistent an der TU Berlin tätig. 1995 habilitierte er im Fach Soziologie. Es folgte eine Gastprofessur für das Fach „Technik- und Industriesoziologie“ an der TU Berlin. 1997 übernahm er die Professur für „Medizinische Soziologie“ an der Universität zu Köln. Seit 2002 ist er Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) und seit 2009 geschäftsführender Direktor des ZVFK, einer fakultätsübergreifenden Einrichtung der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Er ist seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Uni Köln, eines Brückeninstituts und gemeinsamer Einrichtung der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Seit 2009 ist er zudem Inhaber der Brückenprofessur „Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation“, die für die Lehrgebiete „Medizinische Soziologie“ (Medizinische Fakultät) und „Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation“ (Humanwissenschaftliche Fakultät) verantwortlich ist.

Link

Hier finden Sie die bereits vorgestellten Versorgungsforschungsstandorte: www.m-vf.de/profiler

Begriff nennt; denn man benötige zur Benennung eines Forschungsfeldes einen übergreifenden, anschlussfähigen und nicht zu engen Begriff. Pfaff: „Damit einerseits jeder sofort versteht, um was es sich ungefähr handelt, und trotzdem etwas Interpretationsspielraum bleibt, damit sich genügend viele Wissenschaftler unter diesem Regenschirm-Begriff versammeln können.“ Genau das der Kölner Nukleus – der als Nullmeridian der deutschen Versorgungsforschung gesehen werden kann – nicht nur verstanden, sondern in ein sorgsam ausgearbeitetes – wenn auch nie schriftlich formuliertes – Konzept eingebettet. Ein wichtiger Punkt darin war, dass die Kölner Initiatorengruppe – aus der später das Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) entstanden ist – gleich den „Ersten Deutschen Kongress der Versorgungsforschung“ veranstaltet hat, um von vorne herein zu untermauern, dass der Präfix „Erster“ nahezu zwanghaft einen „Zweiten“ und „Dritten“ verlangt – bis hin zum nun schon 16. Kongress, der in diesem Jahr vom 4. bis 6. Oktober erneut in der Berliner Urania stattfinden wird.

Zum anderen hat der gemeinnützige Verein „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.“ (DNVF), am 2. Mai 2006 in Berlin von der „Ständigen Kongresskommission“ des „Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung“ (DKVF) gegründet, von vorneherein neben natürlichen Personen explizit medizinische Fachgesellschaften (zu Beginn immerhin gleich 26, heute sind es 51) aufgenommen. Um diesen aktiven Schulterschluss mit der Medizin zu untermauern, wurden obendrein die ersten 14 DKVF-Kongresse als Addon-Veranstaltungen der großen Kongresse dieser Fachgesellschaften veranstaltet. Zwar blieb damit (und immerhin bis 2015) die mediale Alleinwirkung eines eigenen Kongresses minimiert, doch wurde das wichtigste Ziel erreicht: Versorgungsforschung als systembegleitender Bestandteil der Medizin zu verankern.

Die Gründung des IMVR

Kurz nachdem der in den TU in Konstanz und Berlin ausgebildete Verwaltungswissenschaftler – interdisziplinär geschult in Volkswirtschaftslehre, Jura, Soziologie und Psychologie, ergänzt durch Politikwissenschaft – in Köln die Professur für Medizinsoziologie erhielt, kam der Anruf von Schrappe, zu dieser Zeit Qualitätsmanager der Kölner Uniklinik. Dessen damaliges (bis heute aktuell gebliebenes) Problem: ungenügende Anwendung der evidenzbasierten Leitlinien. Die Frage lautete, wie man sozialwissenschaft-

liches Wissen nutzen kann, um die Leitlinien-Compliance zu erhöhen. „Mit diesem Anruf hat die Medizin der Public Health die Hand gegeben“, erinnert sich Pfaff an den Startpunkt der Zusammenarbeit zurück. Das sei die „Keimzelle“ der Institutionalisierung der Versorgungsforschung „made in Köln“ gewesen. Natürlich gab es damals diese Fachrichtung bereits auch anderswo in unseren Ländern, aber eben nicht unter dem expliziten Rubrum „Versorgungsforschung“.

Unter anderem mit dieser, durch den Anruf Schrappes ausgelösten Forschungstätigkeit begann eine Zusammenarbeit, die in der Gründung des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) im Jahr 2001 und in der Durchführung des ersten Deutschen Kongress für Versorgungsforschung mündete. Jahre später ergab sich 2009 aufgrund von zwei Rufen und anschließender Bleibeverhandlung die Möglichkeit, das „Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)“ zu gründen. Das erklärte Ziel des IMVR, einer gemeinsamen wissenschaftlichen Einrichtung der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln: Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig effizienten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Lebenslauf, das eines der zentralen Zukunftsprobleme unserer Gesellschaft darstellt.

Zur Lösung dieses Problems kann, so ist auf dem Portal des Instituts nachzulesen, die Wissenschaft in besonderem Maße beitragen, wenn einschlägig relevante Fächer wie Medizin, Rehabilitationswissenschaft, Heilpädagogik, Psychologie und Soziologie ihre Kräfte bündeln und zielgerichtet zusammenarbeiten. Die Humanwissenschaftliche und die Medizinische Fakultät waren und sind sich dieser besonderen Problemstellung bewusst und haben mit der Gründung des IMVR eine engere, problemorientierte Vernetzung ihrer Wissenschaftsdisziplinen angestrebt. Unter anderem sollte durch die Errichtung einer Brückenprofessur und des Brückeninstituts „Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft“ (IMVR) diesem Ziel konkret Ausdruck verliehen werden.

Das IMVR besteht aus den Abteilungen Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft sowie der Geschäftsstelle des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK). Die Arbeitsgruppen des Instituts verfügen über langjährige Erfahrungen auf dem Gebiet der empirischen Sozialforschung (Befragungsmethoden, Studiendesigns, Auswertungsmethoden, Evalua-

tionsmethoden) und zeichnen sich durch eine hohe Expertise in der Planung, Organisation, Durchführung und Auswertung von Studien in Versorgungseinrichtungen (z.B. Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) sowie in der Befragung von Patienten, Mitarbeitern und Führungskräften aus.

Ebenso werden diverse Forschungsprogramme durchgeführt. Wie etwa eines zu „Interaktion und Organisation in der Versorgung“, das in der Abteilung Medizinsoziologie angesiedelt ist. Ziel dieses Forschungsprogramms ist es, Wissen zu den individuellen und organisationalen Voraussetzungen einer patientenzentrierten Versorgung zu generieren. Auf dieser Basis soll ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung geleistet werden, der es ermöglicht, das psychische, physische und soziale Wohlbefinden sowie die Gesundheitskompetenz der Betroffenen wiederherzustellen, aufrechtzuerhalten oder zu steigern.

Ein zweites Forschungsprogramm, diesmal aus der Abteilung Versorgungsforschung, beschäftigt sich mit der „Performance von Versorgungsorganisationen“. Im Blickpunkt steht die organisationale Ausgestaltung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Untersucht werden Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie die daraus resultierende Ergebnisqualität. Neben der berufsgruppenübergreifenden und krankheitsunspezifischen Analyse des organisationalen Verhaltens (z.B.: Qualitätsverhalten, Implementationsverhalten, Innovationsverhalten, Führungsverhalten) werden hierfür geeignete Untersuchungsinstrumente entwickelt und validiert.

Auch die Abteilung Rehabilitationswissenschaft widmet sich einem Forschungsprogramm, und zwar zur „Arbeit, Gesundheit und Rehabilitation“. Dieses Forschungsprogramm befasst sich mit dem Einfluss arbeitsorganisatorischer, persönlicher und sozialer Faktoren auf die Gesundheit und nimmt dabei gleichermaßen präventive und rehabilitative Fragestellungen in den Blick. Bisherige Untersuchungen befassten sich beispielsweise mit persönlichen und organisationalen Ressourcen und Gesundheitsdeterminanten wie der Work-Life-Balance, dem Sozialkapital oder dem Work-Engagement. Ein Ziel des Forschungsprogramms ist es, gesundheitsfördernde Schutzfaktoren und Strategien zu erkennen, die die Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten langfristig erhalten helfen oder wiederherstellen. Daneben werden im Rahmen von organisationsvergleichenden Analysen Unterschiede und Gemeinsamkeiten erfasst und Zusammenhänge mit gesundheitsrelevanten Outcomes aufgezeigt.

Mit dem Erhalt der BMBF-basierten Strukturförderung 2017 hat das IMVR die Leitung des neu zu gründenden Kölner Netzwerks für Versorgungsforschung (CoRe-Net) übernommen und damit einen weiteren wichtigen

Meilenstein erreicht. In dem vom BMBF strukturfinitzierten CoRe-Net arbeiten unter der Koordination des ZVFK und des IMVR drei Fakultäten und neun Institute/Seminare der Universität zu Köln zusammen, um die Ver-

sorgung im Raum Köln durch Innovationen voranzubringen und sie als innovative Modellregion zu etablieren. <<

von:
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier



Dr. rer. medic Lena Ansmann,
Juniorprofessorin und stellvertretende Leiterin der Abt. Rehabilitationswissenschaft des IMVR

>> Warum arbeiten Sie am IMVR?

Ich habe viele Karrierestufen innerhalb des IMVR durchlaufen (Praktikantin, studentische Hilfskraft, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Juniorprofessorin) und bin im IMVR wissenschaftlich sozialisiert worden. Aus meiner Erfahrung im IMVR schätze ich besonders die kollegiale Zusammenarbeit, das gegenseitige Lernen, die Entscheidungs- und Handlungsspielräume, aber auch die individuelle Förderung.

Was zeichnet das Institut aus?

Im IMVR arbeiten Mitarbeiter*innen aus verschiedensten Hintergründen, z. B. Soziologie, Psychologie, Pflege, Public Health, Sportwissenschaft. Alle arbeiten an verschiedensten Fragestellungen rund um das Thema Gesundheit. Die Interdisziplinarität drückt sich auch in den drei Forschungsabteilungen aus, die zu unterschiedlichen Fragestellungen forschen oder auch dieselben Fragen in unterschiedlichen Anwendungsbereichen und Settings untersuchen. Was uns im IMVR verbindet, ist das Interesse am Thema Gesundheit und die Beschäftigung mit empirischen Forschungsmethoden.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Zurzeit interessiert mich besonders, wie Innovationen in Versorgungsorganisationen wie z. B. einem onkologischen Zentrum aufgenommen und implementiert werden. Das

Spannungsfeld zwischen dem Verhalten der Organisation, der Führung der Organisation und der einzelnen Mitarbeiter*innen finde ich hier ausgesprochen interessant. Besonders relevant sind diese Zusammenhänge für mich immer dann, wenn der Erfolg der Implementierung einer Innovation auch direkte Konsequenzen für die Patient*innenversorgung hat.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Als anwendungsorientiertes Forschungsgebiet soll die Versorgungsforschung natürlich Lösungen für Probleme in der Versorgung entwickeln, die dann von Politik und Praxis aufgenommen und umgesetzt werden. Ich bin mir persönlich aber im Klaren, dass der Impact von Forschung begrenzt ist. Nicht jedes Forschungsergebnis ist verlässlich genug, um Empfehlungen auszusprechen und viele Forschungsergebnisse verschwinden in der Schublade oder werden kaum wahrgenommen. Dennoch wäre ich nicht in der Versorgungsforschung, wenn ich nicht denken würde, dass sie etwas bewirken kann. <<



Kira Hower M.Sc., Doktorandin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abt. Rehabilitationswissenschaft

>> Warum sind Sie am IMVR tätig?

Die Mitarbeit in Forschungsprojekten des IMVR ermöglicht mir die Verknüpfung von Einblicken in die Forschung und Praxis der Versorgung. Im IMVR werden unterschiedliche wissenschaftliche und versorgungsrelevante Fragestellungen bearbeitet, die genau meinen Forschungsinteressen entsprechen.

Gleichzeitig kann ich mein Ziel der Promotion verwirklichen.

Was ist der USP des IMVR an der Universität Köln?

Das IMVR ist ein Brückeninstitut und vernetzt die Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät der Universität zu Köln. Dadurch entsteht ein breites Spektrum an inhaltlichen und methodischen Schwerpunkten. Durch die interdisziplinäre Ausrichtung des Instituts wird die Expertise aus vielen verschiedenen Fachbereichen vereint. Ich schätze den Austausch mit Kolleg*innen sehr, Zusammenarbeit und voneinander und miteinander Lernen werden im IMVR groß geschrieben. Das IMVR ist nicht nur aufgrund der thematischen Expertise ein sehr renommiertes Institut, sondern bietet auch viele Möglichkeiten der Ausbildung.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

In den Forschungsprojekten geht es um Fragen der Implementierung und Evaluation von Innovationen in Versorgungsorganisationen. Ziel meiner Dissertation ist die Generierung von Erfolgsfaktoren, die zu einer gelungenen Implementierung beitragen. Dabei werden verschiedene Ausprägungen auf Ebene von Versorgungseinrichtungen, aber auch auf Ebene von Mitarbeiter*innen als Determinanten des Implementierungserfolgs betrachtet.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Versorgungsorganisationen sind durch stetige Entwicklungen im Gesundheitswesen einem hohen Innovationsdruck ausgesetzt. Dies erfordert ständige Anpassungsprozesse in der Organisation von Versorgung. Bis Innovationen in der Versorgungspraxis ankommen, vergeht oft viel Zeit und viele Implementierungsprozesse scheitern. Die Versorgungsforschung kann hieran ansetzen und eine Optimierung im Umgang mit Innovationen anstoßen. Notwendig dafür ist das Wissen um Wirkzusammenhänge und Einflussfaktoren der Implementierung, zu dem ich in meiner Promotion beitragen möchte. <<

YOU ARE LEAVING
THE STATIONARY SECTOR
ВЫ ВЫЕЗЖАЕТЕ ИЗ
СТАЦИОНАРНОГО СЕКТОРА
VOUS SORTEZ LE
SECTEUR STATIONNAIRE
SIE VERLASSEN DEN
STATIONÄREN SEKTOR

Serie „Grenzgänger“ (Teil 1): Wo der ambulante auf den stationären Sektor trifft – die Intersektoralen Facharztzentren (IFZ)

Spang: „Kein Schwarz und Weiß mehr wie früher“

„Versorgung der Zukunft“ prangt in großen Lettern auf dem Cover der Broschüre und in der rechten oberen Ecke liest man weiß auf blau die Buchstaben „ifz“. Institut für Zeitgeschichte, Institut für Zweiradsicherheit, Internationales Frauenzentrum – sind die Suchergebnisse der ersten Seiten, die bei Eingabe des Kürzels bei Google auftauchen. Da ist noch viel Raum zu besetzen, will man weiter vorne mitspielen. „Aber es lohnt sich, den Begriff zu merken“, ist Dr. rer. medic. Ursula Hahn, Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH, überzeugt, „denn es steckt viel zukunftsweisendes Programm darin.“ „Monitor Versorgungsforschung“ wirft einen Blick in das „IFZ-Schwerpunktheft“ der OcuNet Gruppe, das zum Thema Intersektorales Facharztzentrum (IFZ) informiert.

>> „Ambulant und stationär, das ist heute kein Schwarz und Weiß mehr wie früher“, erklärt Dr. med. Stefan Spang aus Tuttlingen. Im Süden Baden-Württembergs leitet er als niedergelassener Augenarzt mit seinem Kollegen Dr. med. Christoph Manthey in Form einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein ambulantes Augenzentrum und eine Augenklinik. Und das unter einem Dach, nämlich dem Dach des örtlichen Klinikums. „Der Weg in die Notaufnahme ist kurz. Es gibt teilweise Synergieeffekte beim Einkauf. Wir nutzen die Sterilisation mit und können auf die Radiologie zugreifen“, weist Spang auf die Vorteile hin. Auch die Komfortstation des Krankenhauses können die Augenärzte mitnutzen, wenn Patienten mit weiter Anreise lieber schon eine Nacht vor einer ambulanten Operation kommen wollen oder nach einem Eingriff auf eigenen Wunsch noch bleiben möchten. Die enge Kooperation mit der Klinik sei für alle Beteiligten – vor allem aber für die Patienten – von Nutzen, so Manthey. Dabei endet die Gemeinsamkeit bei der aufgeführten Art der Partizipation, denn das Augenzentrum tritt als selbständiger, vertragsärztlicher Partner auf.

Austausch mit Fachkollegen

Die Patienten kommen zur konservativen Behandlung in das Intersektorale Facharztzentrum der Augen-Partner-Gruppe, der als überregionalen Gemeinschaft von Augenärzten Spang und Manthey als Hauptgesellschafter vorstehen.

Darüber hinaus werden am IFZ ambulante Operationen durchgeführt und nicht zuletzt können die Patienten auch stationär versorgt werden, da die Belegärzte eine ganze Etage im Krankenhaus gemietet haben. Neben Spang und Manthey kümmern sich nämlich weitere selbständige und angestellte Ärzte in der Einrichtung um die Patienten und sorgen durch die Kooperation im Team, die gemeinsame Patientendokumentation sowie die gemeinsamen Betreuungsstandards für eine schnittstellenarme Patientenversorgung. Nach Angaben der OcuNet Gruppe arbeiteten 2015 im Schnitt 19 Fachärzte für Augenheilkunde pro IFZ. Diese Zahl wird natürlich nicht an einem Standort erreicht, sondern ergibt sich aus dem Netz angeschlossener Praxen und weiterer operativer Stand-

orte, die damit einen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung beitragen können.

So arbeiten zum Beispiel für das Augen-Zentrum-Nordwest in Ahaus nach Angaben von IFZ-Ärztin Dr. med. Stefanie Schmickler und Dr. med. Olaf Carlsburg 15 Fach- und fünf Assistenzärzte an acht Standorten. Auch wenn die Filialpraxen weiter entfernt sind, sei das Modell für den ärztlichen Nachwuchs besonders attraktiv, da viele junge Ärzte nur noch angestellt sein wollten. „Alleine in der Einzelpraxis – für viele junge Ärztinnen und Ärzte ist dieses Arbeitsmodell undenkbar“, analysiert Sabine Froschauer, Geschäftsführerin Bundesverband ambulante Spezialfachärztliche Versorgung e. V., München. Der Wunsch nach flexibleren Arbeitszeitmodellen und der Austausch im Team sei angesichts der zunehmenden Spezialisierung in der Facharztmedizin hier die treibende Kraft.

Auch Weiterbildungen sind an vielen IFZ möglich und so lässt die OcuNet Gruppe Dr. med. Hendrik Buhl, der vom Universitätsklinikum Münster kam und nun angestellter Augenarzt am Augen-Zentrum-Nordwest ist, aus Erfahrung sprechen: „Ich war viel im OP und konnte auch im konservativen Bereich sehr viel von den erfahreneren Kolleginnen und Kollegen lernen.“

Neben praktischen Beispielen kommen auch Politiker und Gesundheitsexperten zur Sprache, die das Modell der Intersektoralen Facharztzentren für gut befinden. „Kleine Belegabteilungen“, so Lothar Rietsamen, CDU, der Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages ist, „haben angesichts der medizinischen und der versorgerischen Erfordernisse der Zukunft eher keine Perspektive mehr. Doch eine stationäre Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in abgewandelter Form wie im Bereich der Augenheilkunde ist weiterhin von Bedeutung, um die ländliche Versorgung zu sichern“, führt der ehemalige Verwaltungsdirektor und Aufsichtsrat kommunaler Kliniken aus.

Langer Atem

Auch Professor Dr. Volker Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverband Managed Care e.V., hofft, dass die IFZ als relativ neuer Typus von Versorgungsunternehmen einen langen Atem und Widerstandskraft beweisen, welche „es für einen

Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen braucht.“ Denn durch teamorientiertes Arbeiten und übergreifende Patientendokumentation unter einem Unternehmensdach, könnten Versorgungsbrüche vermieden und bessere Flächendeckung erzielt werden. „Wichtig ist, dass die innovativen Modelle, die sich bewährt haben, später in die Regelversorgung überführt werden“, ergänzt Allgemeinärztin Sabine Dittmar, die als Bundestagsabgeordnete der SPD Mitglied im Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages ist und auch als Sprecherin fungiert. Denn neue Versorgungsmodelle, die Überwindung von Sektorengrenzen und die Verzahnung der Leistungen seien politisch gewollt, so Dittmar.

Um dieses Signal von politischer Seite zu empfangen, scheint die OcuNet Gruppe jedoch noch einiges an Veränderungen zu erwarten, wie zum Beispiel eine Verbesserung der Rahmenbedingungen der belegärztlichen Versorgung. Besonders die Vergütung sei für die Akteure – „sowohl für die Krankenhäuser und noch mehr für die Belegärzte“ – unattraktiv. Einer ausreichenden Finanzierung müsse sicher auch eine Bereinigung des Belegarztwesens einhergehen, wird selbstkritisch angemerkt. Die Akzeptanz fachspezifischer Vorgaben zur Struktur- und Ergebnisqualität in Form von Größe der Einrichtung, Fallzahl, Leistungsbandbreite und räumlicher Nähe der Partner belegärztlicher Strukturen wird hier als erfüllbare Voraussetzung gesehen.

Doch auch Steuer- und Sozialversicherungsrecht seien noch unzureichend harmonisiert. Wettbewerbsnachteile zu Lasten von medizinischen Einrichtungen, die ärztliche Kollegen anstellen, könnten nicht gewollt sein, ist die OcuNet Gruppe überzeugt. Trotz Reformbedarf ist sich Burkhard Nolte, Geschäftsführer des St. Franziskus-Hospitals Münster, unter dessen Dach sich ein eigenständiges IFZ der Augenheilkunde inklusive wissenschaftlicher Forschung und Publikation etabliert hat, letztlich aber sicher: „Wenn alles passt, ermöglicht die gemeinsame Struktur – Praxis, Belegarzt, Krankenhaus – ein qualitativ hochstehendes Angebot, wirkliche High-End-Medizin. Und das, verbunden mit einer schlanken, durchgängigen Versorgung der Patienten, ist es doch, was alle im System wollen.“ <<



Dr. Dominik Graf von Stillfried

Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Ein Einstieg in die Versorgungsstruktur der Zukunft

>> Für die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode ist die Notfallversorgung der maßgebliche Berührungspunkt zwischen der vertragsärztlichen Versorgung und der stationären Versorgung. Hier besteht nicht nur der größte Handlungsbedarf. An dieser Stelle wird auch über die künftigen Versorgungsstrukturen in Deutschland entschieden. Politik muss jetzt kluge Entscheidungen treffen. Notwendig sind

- der Ausbau wirklich ambulanter Versorgungsstrukturen,
- die Konzentration der Krankenhausambulanzen insbesondere in den Ballungsräumen und
- eine damit verbundene Bereinigung verzichtbarer stationärer Versorgungskapazitäten.

Warum besteht dringender Handlungsbedarf? Nicht nur weil Krankenhäuser auf eine bessere Vergütung der ambulant in Notfallambulanzen behandelten Patienten drängen. Das eigentliche Problem ist die stetig steigende Direktanspruchnahme der Ambulanzen durch Versicherte. Dieses Phänomen kann nicht allein auf Defizite der vertragsärztlichen Versorgung zurückgeführt werden. Ein Blick in die internationale Literatur zeigt: Das Problem besteht in allen Industrieländern; überall werden Maßnahmen zur Senkung der Direktanspruchnahme von Krankenhäusern ergriffen.¹ Australien versucht es mit humorvollen Filmen zum Titel „Keep Emergencies for Emergencies“ und Selbst-Ersteinschätzung per Internet. In Schweden ist der neu gebaute Standort des renommierten Karolinska Krankenhauses für Patienten zu Fuß gar nicht mehr erreichbar. Notfallambulanzen sollen nicht durch Bagatelldfälle „verstopft“ werden. Außerdem erweisen sich die Notfallambulanzen als Weg zur Belegung eigentlich verzichtbarer stationärer Krankenhausstrukturen und verhindern damit einen notwendigen Strukturwandel.

Trotz demografischer Alterung der Bevölkerung gehen in Deutschland die Krankenhausfälle aufgrund ärztlicher Einweisungen seit Jahren kontinuierlich zurück. Dies ist Ausdruck des medizinischen Fortschritts, durch den die Möglichkeiten ambulanter Behandlung kontinuierlich steigen. Gemäß DRG-Statistik lag die Fallzahl 2015 (8,9 Mio.) rund 5% niedriger als 2009 (9,4 Mio.). Die Fälle mit Aufnahmekennzeichen Notfall sind im gleichen Zeitraum um 27% gestiegen und tragen zu einem Anstieg aller Krankenhausfälle um 9% bei. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der Krankenhausfälle mit ärztlicher Einweisung von 55% auf 48%. Besonders hoch ist die Direktanspruchnahme standardisiert nach Alter und Geschlecht in den Ballungsräumen, also dort, wo auch eine gute vertragsärztliche Versorgungsstruktur existiert. Es sind vor allem die jüngeren Versicherten, die zu einer Direktanspruchnahme neigen. Insofern unterscheidet sich auch das Diagnosespektrum der ambulant in Krankenhausambulanzen behandelten Patienten vom dem des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Im ersteren Fall überwiegen Infektionen, Verletzungen, Schmerzen, im zweiten chronische Krankheiten. Besonders stark (14%) stieg die Direktanspruchnahme für die ambulante Behandlung im Jahr 2013 -- nach dem Wegfall der Praxisgebühr. Dies alles deutet auf eine veränderte Anspruchshaltung hin, für die Befragungen der Patienten in Notaufnahmen weitere Belege liefern.² Erwartet wird eine schnelle, interdisziplinäre Behandlung zu jeder Uhrzeit, nach Möglichkeit an einem Ort. Die Werbung vieler Krankenhäuser für ihre Notfallambulanzen greift dies auf und fällt offenbar auf fruchtbaren Boden.

Aber: Soll diese Entwicklung politisch noch gefördert werden? Wie IGES dargestellt hat, weisen gerade die Ballungsräume bei weit fortgeschrittener Substitution von Krankenhausbehandlungen durch ärztliche Behandlungen die höchsten Anteile grundsätzlich vermeidbarer Krankenhausfälle nach Aufnahme über die Notaufnahmen auf.³ Die Aufnahmemehrfrequenzen werden letztlich durch die verfügbare Bettendichte erklärt. Schon 2012 riet der Sachverständigenrat Gesundheit deshalb, alle Maßnahmen zur Reduzierung der vermeidbarer Krankenhausaufnahmen zu ergreifen. Er schätzte das Potenzial dafür auf rund 40% aller Fälle und sah in der notwendigen Strukturanpassung die notwendige Effizienzreserve, um die demografische Entwicklung für die Beitragszahler verträglicher zu gestalten.

In der kommenden Legislaturperiode beginnt die Ruhestandswelle der Baby-Boomer. Höchste Zeit also für den notwendigen Strukturwandel. Hierbei ist zu beachten, dass die Auslastung der Krankenhausambulanzen – trotz der steigenden Inanspruchnahme – immer noch vergleichsweise gering ist. Die bundesweiten Abrechnungsdaten für die in Notfallambulanzen ambulant behandelten Fälle in 2015 zeigen eine mittlere Auslastung von 0,8 Patienten pro Haus und Stunde. Eine aktuelle Auswertung zum dritten Quartal 2016 in Hessen (vgl. Tab.) offenbart, dass die Ambulanzen in ländlichen Räumen unter diesem Mittelwert liegen. Aber selbst in den Großstädten – während der Praxisöffnungszeiten – erreichen die Ambulanzen im Schnitt nur eine Auslastung von 1,6 Patienten pro Stunde. Das bedeutet, dass nur zu den Spitzenzeiten, wenn auch Praxen geöffnet haben, im Schnitt etwa 4 Patienten pro Stunde ambulant behandelt werden. Alle diese Ambulanzen offen zu halten, erzwingt nicht nur enorme Vorhaltekosten, wie das Gutachten der DGINA aus 2015 dargelegt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert auf dieser Basis eine Deckung der Vorhaltekosten, wobei vernachlässigt wird, dass die Krankenhäuser dafür bereits mit jedem Krankenhausfall eine pauschale Abgeltung erhalten. Prof. Günter Neubauer hat im Dezember 2016 nachgewiesen, dass die bisherigen Vergütungssätze vor diesem Hintergrund bereits ausreichen würden.⁴

Das eigentliche Problem ist die geringe mittlere Auslastung. Sie erhöht den finanziellen Druck Patienten aufzunehmen, denn mit der stationären Behandlung kann leicht das 30 bis 50-fache einer ambulanten Behandlung verdient werden. Sie erschwert auch die Vorschaltung von Portalpraxen zur Behandlung der einfacheren Fälle. Eine gut ausgestattete Portalpraxis ist ökonomisch erst bei einer Auslastung ab ca. 5 Patienten pro Stunde sinnvoll. Gerade in den Ballungsräumen, wo derzeit 30 und mehr Krankenhäuser binnen 30 Minuten Fahrzeit existieren, wäre eine entsprechende Konzentration der Anlaufstellen problemlos möglich. Ein Beispiel ist das Unfallkrankenhaus Berlin. Dort wurden nach

Notfallabrechnung Krankenhäuser – Durchschnittliche Kontakte je Stunde				
Kontakte zu Praxisöffnungszeiten	Dünn besiedelte ländliche Kreise	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Kreisfreie Großstädte	Städtische Kreise
außerhalb	0,56	0,94	1,15	0,81
während	0,77	1,48	1,60	1,20

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Abrechnungsdaten 3. Quartal 2016



Diplom-Volkswirt Georg Baum
Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

„Eine absolut un reale Fiktion“

Abrechnungsdaten der KV Berlin im dritten Quartal 2016 im Mittel 6 Patienten pro Stunde in der Ambulanz behandelt, rund 3 Patienten pro Stunde in der neu eingerichteten Portalpraxis. Zusätzlich der Vergütungen für Diagnostik kommt das Krankenhaus damit auf den Umsatz einer mittleren Haus- oder Facharztpraxis. Die gemeinsam behandelten Patientenzahlen sind aber insbesondere bei Ausbau der Portalpraxis noch steigerungsfähig. Auch die Notwendigkeit einer zutreffenden schnellen Ersteinschätzung durch nicht-ärztliches Personal erfordert Übung und Routine und spricht für eine Konzentration der Notfallambulanzen. Damit würde die Qualität der Notfallversorgung insgesamt deutlich gesteigert.⁵ Dass dies notwendig ist, zeigt eine Analyse von Prof. Busse zur Sterblichkeit bei Herzinfarkten in Berlin.⁶

Wie könnte eine Lösung aussehen? Die Kassenärztlichen Vereinigungen etablieren eine telefonische Ersteinschätzung, die rund um die Uhr erreichbar ist und die Patienten an den richtigen Behandlungsort delegiert. Bereitschaftspraxen werden – auch zu den Praxisöffnungszeiten – an den Standorten zentraler Notfallambulanzen eingerichtet und übernehmen dort rund 50% der Patienten gemäß Ersteinschätzung. Die Krankenkassen werden verpflichtet, die prospektiven Mengenvereinbarungen je Krankenhaus danach auszurichten, welche alternativen ambulanten und stationären Versorgungsangebote vor Ort existieren, und wo erforderliche Mindestmengen erbracht werden. Stationäre Kapazitäten, die nach diesem Strukturwandel erforderlich sind, werden binnen 5 Jahren abgebaut. In ländlichen Regionen würden kleine Krankenhausstandorte durch ambulante Versorgungszentren ergänzt. Insgesamt würde die Zahl der Krankenhäuser etwa halbiert werden können. Folgt man dem jüngsten Krankenhaus-Report der AOK, wäre dies mit Blick auf die Personalsituation und die Versorgungsqualität kein Fehler. <<

Literatur

1. Van den Heede K, van den Voorde C (2016) Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy* 120; 12: 1337–1349
2. Schmiedhofer, M et al (2016) Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany. *BMJ Open*. 2016 Nov 16;6(11)
3. Albrecht M et al (2016) Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung; IGES Berlin
4. Neubauer G (2016) Kritische Analyse des „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus-Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“; IfG München
5. Geissler A et al (2017) Umgestaltung der Notfallversorgung. In: Klauber J et al (Hg.) *Krankenhaus-Report 2017*, Stuttgart: 41-59
6. Busse R (2015) Wie sollte die Notfallversorgung in Berlin und Brandenburg aussehen? https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Potsdam_2015.11.11.bw-Notfallversorgung2030.pdf

>> Es braucht wenig, um zu beweisen, dass Wissenschaft bzw. Pseudowissenschaft manchmal im Elfenbeinturm ist und nichts von Wirklichkeit mitbekommt. Oder aber, dass Wissenschaft aus dem Elfenbeinturm hinabgestiegen ist und sich als willfähriger Helfer für platte Kampagnen verdingt.

Nun bleibt zu fragen, welches dieser beiden Motive das Zentralinstitut (Zi) für die kassenärztliche Versorgung bewogen hat, mit einer Rechnung an die Öffentlichkeit zu gehen, die zwar den mathematischen Fertigkeiten eines Drittklässlers genüge trägt und auch korrekt ist, aber in ihrer Aussagekraft so überflüssig und wichtig ist, wie der berühmte Reissack in China.

Unterausgelastet seien die Notfallambulanzen, denn rein statistisch gäbe es nur einen Fall pro Krankenhaus und Stunde. Zwangsläufig seien sie deshalb defizitär. Man sollte Bereitschaftspraxis und Notfallambulanz kombinieren, wie schon praktiziert, denn käme man auf rund sechs Fälle pro Stunde.

Zu wenige Patienten kommen also nach Auffassung des Zi in die Notfallambulanzen. Komisch, dass Patienten, Ärzte und Pflegepersonal dieses nicht so empfinden. Insbesondere Patienten, wenn sie in der Realität eine Notfallambulanz aufsuchen müssen, weil die niedergelassenen Kollegen am Mittwochnachmittag lieber keine Praxis öffnen oder der ärztliche Bereitschaftsdienst sie in das Krankenhaus weitergeschickt hat. Wirklichkeit trifft Taschenrechner.

Je verkrampfter das Zi glaubt, die stationären Nicht-Bedarfe errechnen zu können, umso deutlicher wird, dass die Ansiedlung der ambulanten fachärztlichen Versorgung an den Krankenhäusern in der überwiegenden Zahl der europäischen Länder das logischere Versorgungsmodell ist. Denn Daseinsvorsorge, wie sie durch Krankenhäuser sichergestellt wird, kann niemals zur Disposition stehen – die doppelte Facharztschiene sehr wohl.

Die gesamte Berechnung ist schlicht und ergreifend eine Chimäre, eine absolut un reale Fiktion. Es wäre sinnvoller, sich mit der Versorgung von Patienten auseinanderzusetzen, als Wirklichkeit negieren zu wollen. Die Patienten stimmen mit den Füßen ab. Und damit muss man sich auseinandersetzen. Dies also dadurch ausblenden zu wollen, dass man die Unterdeckung der Notfallambulanzen durch eine angebliche Nicht-Inanspruchnahme der Ambulanzen begründet sieht, ist unredlich und auch widersinnig.

Und diese Unterdeckung ergibt sich, dass sollte auch KV-Wissenschaftlern klar sein, aus den Vorhaltekosten und den zu geringen Abrechnungsmöglichkeiten. Ein Krankenhaus ist schlicht und ergreifend nicht mit einer Arztpraxis zu vergleichen. Weder in seiner Struktur noch im Leistungsangebot.

Was wir aber doch zum jetzigen Zeitpunkt brauchen, sind nicht überflüssige und polemische Zuspitzungen oder rechnerische Taschenspielertricks.

Feststeht: Die KVen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung nicht flächendeckend nach.

Feststeht ebenfalls: Die Notfallambulanzen sind überlastet. Dies kann jeder überprüfen, wenn er eine Ambulanz aufsucht oder mit einem Mitarbeiter spricht.

Und zudem steht fest: Die Vergütung für ambulante Notfälle reichte schon in der bisherigen Form nicht aus, und nach dem 01.04.2017 wird es noch schlechter.

Es ist also dringend geboten, zum einen die Ist-Strukturen an die Versorgungsrealität anzupassen. Nur weil KVen ambulant vor stationär sagen, hat kein Patient einen Termin beim niedergelassenen Arzt.

Wir müssen zum anderen als Krankenhäuser die Vergütung selber und direkt mit den Krankenkassen vereinbaren und abrechnen können. Die Ausgliederung der Mittel für die ambulanten Notfälle in den Krankenhäusern aus der KV-Zuständigkeit ist überfällig und wie Hochschulambulanzen und ASV zeigen leicht machbar. Bis zur Umsetzung muss die Politik die provokative Skandalvergütung im EBM für Krankenhäuser mit gesetzlich verfügbaren Zuschlägen so ergänzen, dass eine sachgerechte Vergütung der ambulanten Leistungen der Krankenhäuser möglich wird. <<



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost

Gemeinsame, sektorübergreifende Lösung gefordert

>> Um es mal gleich vorweg zu nehmen: Der Notfallversorgungsprozess ist komplex. Und deshalb liegt die Lösung des unbestreitbaren Problems – nämlich überlasteter Rettungsdienste und überfüllter Notaufnahmen mit allen daraus resultierenden Konsequenzen – auch nicht in einer einfachen, schnellen Maßnahme. Komplexe Probleme brauchen – selbst in Wahljahren – zumeist komplexe, innovative und mutige Lösungsansätze, die spürbare Entlastung bringen und für alle Patienten einfach zu verstehen sind.

Reden wir über vier Punkte!

Nummer eins: Notfallmedizin ist kostbar und teuer. Wir müssen sie unbedingt für die medizinischen Notfälle vorhalten, für die sie gedacht ist. Das heißt auch: Notaufnahmen sind keine Hausarztpraxen, und notfallmedizinische Kompetenzen dürfen nicht durch Bagatellfälle blockiert werden. Die logische Konsequenz liegt in der Schaffung einer weiteren Versorgungsalternative: der Portalpraxis! Dort sollte eine neutrale Instanz („Gatekeeper“) – also beispielsweise ein Mediziner oder eine erfahrene Pflegekraft – darüber entscheiden, ob tatsächlich ein medizinischer Notfall vorliegt. So werden wichtige Klinikressourcen nicht durch Bagatellfälle wie Husten, Schnupfen, Heiserkeit gebunden. In diesen nicht dringenden Fällen steuert die neutrale Instanz den Patienten in die Bereitschaftspraxis der Kassenärzte, die im Sinne einer vernünftigen Umsetzung von Portalpraxen im Idealfall in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme liegen sollte, am Besten sogar im selben Gebäude.

Dies eröffnet die einfache Möglichkeit, dass auch der Bereitschaftsarzt unkompliziert auf die technische sowie medizinische Kompetenz des Klinikums zurückgreifen kann. Das setzt natürlich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten voraus.

Und noch eine Anmerkung: Zur sinnvollen Patientensteuerung, rein aus medizinischen Aspekten, ist die Objektivität des „Gatekeepers“ (neutrale Instanz) in der Portalpraxis unerlässlich.

Ist dies eine Einschränkung von Patientenrechten? Ganz im Gegenteil. Hier wird den Patienten, die es bei einem schwerwiegenden medizinischen Notfall wirklich benötigen, ihr Recht garantiert: nämlich ihr Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und Leben, denn Gesundheit ist unser wertvollstes Gut.

Zweiter Punkt: Wir brauchen integrierte Leitstellen mit gut ausgebildeten Leuten für den Erstkontakt – und wir brauchen eine zentrale Rufnummer dafür. Die Erfahrungen haben gezeigt: Jedes Kind und auch Menschen unterschiedlichster Nationen kennen in Deutschland den Notruf 112. Wenn wir diesen zur zentralen Rufnummer für alle telefonischen Notfalleinfragen ausbauen, kann bereits in dieser Leitstelle beim ersten Gespräch mit dem Anrufer entschieden werden, ob der Anruf an die Leitstelle des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes weitergeleitet wird oder ob ein Notfall vorliegt, und Rettungswagen oder Notarzt alarmiert werden müssen. Möglicherweise stellt sich heraus, dass ein Besuch beim Hausarzt am nächsten Morgen auch eine

sinnvolle Versorgungsoption ist. Somit wird bereits beim Erstkontakt eine Patientensteuerung vorgenommen und erste Bagatellfälle von den Notaufnahmen ferngehalten.

Was uns zu Punkt drei bringt: die Stärkung und Finanzierungs-Reform der Rettungsdienste. Auch, wenn es für manche von uns schwer vorstellbar sein mag: Manche Menschen alarmieren einen Rettungswagen bedenkenlos. Um der Besetzung der Rettungswagen die Möglichkeit zu geben, den Transport wegen erkennbarer Geringfügigkeit abzulehnen oder sogar eine Vorortversorgung zu realisieren, müssen wir unter anderem die Struktur der Kostenerstattung sowie die Kostenverantwortung völlig überdenken.

Denn: Bislang darf der Einsatz des Rettungswagens nach SGB V nur durch die Krankenkassen bezahlt werden, wenn der Patient auch ins Krankenhaus transportiert wird. Damit incentivieren wir systematisch nicht nur die teuerste denkbare Versorgungsform (nämlich Nottransport mit stationärer Behandlung im Krankenhaus), sondern blockieren mit diesen Bagatellfällen auch hochspezialisierte medizinische Ressourcen – auf die Gefahr hin, dass diese dann für einen wirklich dringenden Einsatz wie einen Verkehrsunfall, Schlaganfall oder Herzinfarkt nicht zur Verfügung stehen.

Und dieser letzte Gedanke ist es auch, der den **vierten und letzten Punkt** des von uns als AOK Nordost vertretenen Lösungsansatzes einleitet. Die gegenwärtige Entwicklung zeigt deutlich, dass Patienten nicht immer wissen, wie und wo sie in Notfällen medizinische Hilfe erhalten können. Wir müssen den Menschen noch mehr bewusst machen, worum es in der Notfallversorgung geht. Eine gemeinsame Informationskampagne aller beteiligter Versorgungspartner sowie der Politik muss das beschriebene Maßnahmenpaket begleiten. Davon profitieren am meisten die dringenden medizinischen Notfälle!

Wie schon eingangs ausgeführt: die Lösung ist komplex. Denn sie erfordert die Zusammenarbeit von Politik, Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften.

Wir brauchen einen breiten gesellschaftlichen Konsens!

Der Weg zur Vermeidung überfüllter und unterfinanzierter Notaufnahmen und zur wirklich sinnvollen und medizinisch priorisierten Steuerung von Rettungsdiensten führt nur darüber, den Patientenpfad im Notfallversorgungsprozess nach klaren und vernünftigen Vorgaben zu steuern. Das mag auf den ersten Blick nach einer unpopulären Forderung aussehen, weil wir dem Patienten beim Eintritt in den Notfallprozess Spielräume nehmen – aber unser südlicher Nachbar Österreich hat es uns bereits erfolgreich vorgemacht. Am Ende stärken wir die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch eine wirklich bedarfsgerechte Steuerung. Und wir reservieren wertvolle Ressourcen für die Fälle, für die sie gedacht sind und auch von der Versicherungsgemeinschaft finanziert werden: wenn es im Ernstfall vielleicht sogar um Leben und Tod geht! <<



Prof. Dr. med. Franz Porzolt

Klinische Ökonomik und Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
am Universitätsklinikum Ulm

Wenn Politik ohne Versorgungsforschung entscheidet

>> Vor zwei Monaten musste das 23 Millionen Euro-Projekt PREFERE beendet werden, obwohl es führende deutsche Wissenschaftler, eine der größten Förderorganisationen und zahlreiche Krankenversicherungen befürwortet haben. Externe Vorbehalte wurden ignoriert. Das Deutsche Ärzteblatt hat zwar am 3.2.2017 unter dem Titel „Keine Schuldzuweisungen“ die Fehler des Projekts zusammengefasst, damit sie künftig vermieden werden können, doch der Kardinalfehler solcher und vieler ähnlicher Projekte wurde nicht erwähnt: Die fehlende kritische Diskussion vor der politischen Entscheidung zum Ausschluss bestehender Interessenskonflikte.

Wenn es nicht gelingt, eine **interessensneutrale** Diskussion stattfinden zu lassen, bevor die gesundheitspolitischen Entscheidungen gefallen sind, werden wir genau das Gegenteil dessen erreichen, was der in diesem Zusammenhang besser entwickelte Rest der Welt anstrebt.

„The Lancet“ hat im Januar 2017 eine Artikelserie zum Thema „overuse“ (Übersorgung) in reichen und armen Ländern gestartet [1,2] und damit genau solche Projekte kritisiert, die in durchaus guter Absicht (aber ohne ausreichende Evidenz) Projekte planen, wie beispielsweise die „Darmspiegelung schon ab 50“.

Auf den ersten Blick und mit angewandter Lebenserfahrung, sprich Bauchevidenz, mag es ja durchaus logisch erscheinen, eine Darmspiegelung schon ab dem 50. Lebensjahr durchzuführen [3]. „Je früher, desto besser“ – das sagen sich nach bestem Wissen und Gewissen Politik und die um die Früherkennung bemühten Organisationen. Die Leistungserbringer sind aus verständlichen Gründen schnell zu begeistern.

Bleiben wir bei der Darmspiegelung: Der behauptete Rückgang der durch Früherkennung entdeckten Darmkrebskrankungen ist mehr als fraglich. Der Grund: 98 Prozent derjenigen, die zur Früherkennung eingeladen werden, lehnen das Angebot ab! Dafür sind die Teilnehmer, die sich dazu bereit erklären, immer gesünder als jene, welche die Einladung ablehnen, was die Wissenschaft „healthy screenee bias“ nennt. Aufgrund beider Faktoren sind Auswertungen derartiger Früherkennungsprojekte höchst zweifelhaft, weil die Daten nur auf Basis von rund 2 Prozent überwiegend gesunder Teilnehmer erhoben werden können [3]. Zudem ist unbekannt, bei welchem Teil der Patienten durch ein Früherkennungsprogramm das Fortschreiten zu einem Spätstadium und letztlich der Tod durch Darmkrebs verhindert werden kann.

Aus all diesen Gründen muss – bevor mit vorsorglichen Darmspiegelungen Geld verdient wird – analysiert werden, welcher Teil der Patienten mit und ohne Früherkennung Metastasen eines Dickdarmkarzinoms entwickelt.

Zum „healthy screenee bias“ haben Studenten unseres Kurses in „Klinischer Ökonomik“ eine publizierte Studie entdeckt, in der gezeigt wird, dass Gesunde, die eine flexible Screening-Sigmoidoskopie akzeptiert haben, nicht nur seltener an Darmkrebs sterben, sondern auch seltener an allen anderen Krebsarten versterben als Personen, die nicht am Darmkrebscreening teilgenommen haben [4].

Es ist nicht einfach, den Erfolg der Früherkennung zu bewerten:

Im Idealfall wird zwar bei allen Personen mit positivem Befund im Screeningprogramm eine diagnostische Abklärung vorgenommen, aber bei Teilnehmern mit negativem Befund kann außerhalb von Forschungsprogrammen nicht geklärt werden, ob es sich um ein richtig-negatives oder ein falsch-negatives Ergebnis handelt.

Auf Ebene der diagnostischen Abklärung ist die Unsicherheit sogar größer: Allen Teilnehmern mit positivem Biopsie-Ergebnis (richtig-positiv oder falsch-positiv) wird eine Therapie empfohlen und bei allen mit einem negativen Therapieergebnis (richtig-negativ oder falsch-negativ) wird auf eine Behandlungsempfehlung verzichtet. Wie hoch der Anteil der korrekten diagnostischen Befunde beziehungsweise der zweckmäßigen und zielführenden Therapieempfehlungen ist, bleibt bisher ungewiss.

Dabei gäbe es doch eine einfache Methode, mit der sich ein verlässlicher Näherungswert ermitteln lässt. Man müsste dazu nur sorgfältig dokumentieren, wer zur Brustkrebs- oder Darmkrebs-Früherkennung, wer an beiden Programmen und wer an keinem der beiden Programme teilgenommen hat. Zudem sollte es im Zeitalter der Digitalisierung kein Kunststück mehr sein, zu dokumentieren, welche positiven Hinweise auf das Vorliegen einer Erkrankung weitgehend zweifelsfrei vorgelegen haben.

Mit dieser Dokumentation werden nahezu alle Patienten erfasst, die an einem fortgeschrittenen (metastasiertem) Brustkrebs oder Darmkrebs erkrankt sind. Diese Patienten repräsentieren ziemlich verlässlich die Gruppe jener, die an dieser Erkrankung versterben. Wenn diese objektivierten Befunde mit den Daten zur Teilnahme an einem Screening-Programm gekoppelt werden, lässt sich weitgehend verlässlich aussagen, welches Screening-Programm tatsächlich effizient ist. Wenn durch ein Mammographie-Screening die Rate der Todesfälle am Brustkrebs ebenso gesenkt wird, wie beim Darmkrebs, ist der Health-Screenee-Bias wahrscheinlicher als ein spezifischer Screening-Effekt.

Die Politik sollte auch kritische Stimmen beachten, die nicht aus namhaften Einrichtungen kommen, wenn die Äußerungen plausibel sind. Wenn jetzt ernsthaft erwogen wird, das Darmkrebs-Screening bereits ab dem 50. Lebensjahr durchzuführen, werden kritische Stimmen nach PREFERE zum zweiten Mal ignoriert. Das Risiko einer Fehlversorgung der Patienten ist anhand der bereits vorliegenden Daten nicht unerheblich.

Nicht zuletzt sollten wir Ärzte die für unsere Patienten nützlichen Leistungen selbst identifizieren, bevor es andere für uns tun. <<

Literatur

1. Berwick DM. The Lancet. 08 Jan.2017. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3
2. Brownlee S et al. The Lancet 08 Jan.2017. DOI:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5
3. Brenner H. et al DÄB. 10 Feb.2017
4. Atkin WS et al. Lancet. 2010;375:1624-1633. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60551-X.

„The Lancet“: Wissenschaftliches Paper zur angemessenen Gesundheitsversorgung

Hebel zur Bekämpfung der Fehlversorgung

Mit welchen Maßnahmen lässt sich die medizinische Unter- und Überversorgung steuern? Dieser Frage gehen zehn Wissenschaftler in der Zeitschrift „The Lancet“ nach. Ihre Arbeit ist der vierte und letzte Teil einer Serie zum Thema „richtige Gesundheitsversorgung“. Die Autoren identifizieren darin einige Hebel, die sowohl effektiv als auch politisch praktikabel sein sollen, und zwar in ganz unterschiedlichen Gesundheits- und Staatssystemen. Dazu zählt etwa die Stärkung des Patienten durch Entscheidungshilfen. Ihrer Ansicht nach reicht es nicht aus, an der einen oder anderen Stelle der Versorgungskonzepte herumzubasteln, nachdem eine Über- oder Unterversorgung aufgetreten ist. Vielmehr sprechen sie sich für eine frühzeitige und strukturierte Herangehensweise aus, die den lokalen Bedarf der einzelnen Länder sowie die sozioökonomischen Faktoren berücksichtigt.

>> Gleich zu Beginn des Papers stellen die Verfasser zwei gegensätzliche Herangehensweisen vor, mit denen eine ausgewogene Gesundheitsversorgung erreicht werden kann. Als ersten nennen sie den „Bottom-up“-Ansatz, bei dem Patienten, klinische Fachkräfte und sogenannte „System Leader“ eine proaktive Führungsrolle übernehmen, ohne dass sich das Management in ihre Tätigkeit einmischt. Bei dem zweiten Ansatz handelt es sich um eine „Top-down“-Methode. Diese sei aufgekommen, als Regierungen, medizinische Verbände und private Kostenträger der Herausforderung gegenüberstanden, die Sicherheit und die Qualität der Gesundheitsversorgung angesichts des wachsenden Kostendrucks zu verbessern.

Die Autoren beschreiben daraufhin das Ziel, das alle Gesundheitssysteme anstreben. Sie operieren dabei mit der Definition der WHO: Die Weltgesundheitsorganisation erklärte 2016

eine flächendeckende Gesundheitsversorgung (universal health care coverage – UHC) zum Ziel. UHC bedeutet nach der WHO-Definition, dass alle Menschen zu den benötigten gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsdienstleistungen Zugang haben und dass diese Services im Hinblick auf ihre Wirkung eine ausreichende Qualität haben, während gewährleistet ist, dass die Menschen nicht in eine finanzielle Notlage geraten, wenn sie dafür bezahlen müssen.

Die Verfasser betonen vorab, dass kein einzelner Hebel eine universelle Abhilfe zur Vermeidung der Fehlversorgung darstelle. Darüber hinaus hätten viele Maßnahmen nur eine geringe (wenn auch wachsende) Evidenzbasis bezüglich ihrer Effektivität. Um die richtige Versorgung sicherzustellen, müssten mehrere Hebel auf verschiedenen Ebenen zum Einsatz kommen: von den Patienten bis hin zu den politischen Ent-

scheidungsträgern, unter Berücksichtigung der kontextuellen Faktoren. Ein Kern-element zur Beseitigung der Überversorgung in der Zukunft sei eine vorherige Abschätzung der geplanten Maßnahmen noch vor der flächendeckenden Einführung oder als Teil des Rollouts. Ebenso wichtig seien das Monitoring und die Evaluation.

Patienten, Gesellschaft und zivilgesellschaftliche Organisationen

Das demokratische Engagement sei ein wesentlicher Hebel für Veränderungen, konstataren die Verfasser. Die Patienten und die breite Öffentlichkeit sollten in die Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung einbezogen werden. Ihre aktive Beteiligung könne die Legitimität bei der Priorisierung der Investitionen in die Gesundheitsversorgung erhöhen – von der Infrastruktur bis hin zu speziellen Services.

Drei grundsätzliche Methoden nennen die Autoren zur Beteiligung der Patienten und der Öffentlichkeit: Die erste besteht darin, ein Umfeld zu schaffen, das die Reduktion der Nachfrage an niederwertigen Dienstleistungen begünstigt, und zwar durch adäquat informierte Patienten. Zum einen üben die Erwartungen und die Nachfrage der falsch informierten Patienten Druck auf die Ärzte aus, die daraufhin eine niederwertige Versorgung anbieten. Dieser Druck würde durch das Direct-to-Consumer-Marketing erhöht. So übertrieben beispielsweise die Kliniken den medizinischen Nutzen der beworbenen Behandlungen, wie etwa der Protonenstrahlentherapie bei Prostatakrebs. Die Bereitstellung der evidenzbasierten Information von vertrauenswürdigen Organisationen, die keine Interessenkonflikte haben, sei besonders in diesem Zusammenhang maßgeblich.

Zweitens sei die vom Arzt und Patient gemeinsam getroffene und evidenzbasierte Entscheidung aus klinischen sowie ethischen Gründen wichtig. Bei der Therapiewahl handle es sich häufig um heikle Angelegenheiten. Jede Wahl beinhalte jeweils ein anderes Nutzen- und Risikoprofil. Eine exzellente Kommunikation des

Glossar

Unterversorgung

Das Unvermögen eines Gesundheitssystems, eine Gesundheitsdienstleistung bereitzustellen, die höchstwahrscheinlich die Lebensdauer und -qualität eines Patienten verbessern würde. Gemeint sind hochwertige Dienstleistungen, die jeder Patient, der vollständig über deren potenziellen Nutzen und Schaden informiert ist, in Anspruch nehmen wollen würde.

Überversorgung

Das Bereitstellen einer Gesundheitsdienstleistung, die höchstwahrscheinlich die Lebensdauer- und -qualität eines Patienten nicht verbessern wird, die mehr Schaden als Nutzen anrichtet, oder die der Patient, der vollständig über deren Schaden und Nutzen informiert ist, nicht in Anspruch nehmen wollen würde.

Die richtige Versorgung

Eine Versorgung, deren Ziel es ist, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu optimieren, indem sie Gesundheitsdienstleistungen bereitstellt, die benötigt werden und erwünscht sind; eine Versorgung, die außerdem effektiv, gerecht sowie bezahlbar ist und sich durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen auszeichnet.

Geringwertige Versorgung

Eine Intervention, bei der die Evidenz nahelegt, dass sie entweder gar keinen oder nur geringen Nutzen für die Patienten hat, oder das Risiko eines Schadens den wahrscheinlichen Nutzen übersteigt, oder aber wenn die zusätzlichen Kosten der Intervention proportional betrachtet keinen zusätzlichen Nutzen liefern.

Hochwertige Versorgung

Eine Intervention, bei der die Evidenz nahelegt, dass diese einen Nutzen für den Patienten bringt, oder die Wahrscheinlichkeit des Nutzens die Wahrscheinlichkeit des Schadens übersteigt, oder aber die zusätzlichen Kosten der Intervention proportional betrachtet einen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zu den Alternativen liefern.

evidenzbasierten Nutzens und der Risiken im SDM-Prozess könne Überdiagnose, Über- und Unterbehandlung reduzieren sowie die Präferenzen der informierten Patienten mit der Behandlungswahl in Einklang bringen.

Die dritte Methode besteht in der Beteiligung von Patienten und Öffentlichkeit an politischen Entscheidungen, auch wenn zuverlässige Evaluationen über deren Nutzen noch fehlten. Viele Länder bezögen zunehmend Patienten und Öffentlichkeit in das Health Technology Assessment (HTA) und Versorgungs-Entscheidungen mit ein. Begründet werde dies mit der Verbesserung der Legitimität und Akzeptanz von politischen Entscheidungen. Allerdings gebe es keinen Konsens darüber, welche Gründe für diese Einbeziehung am wichtigsten sind, welche Personen in welchen Prozess einbezogen werden sollten, welches Gewicht sie im Entscheidungsprozess erhalten und wie potenzielle Interessenkonflikte angegangen werden sollten.

Medizinische Fachkräfte und Fachverbände

Medizinische Fachkräfte sollten sich an der evidenzbasierten Entwicklung und Implementierung von Richtlinien beteiligen, schreiben die Wissenschaftler. Klinische Praxis-Richtlinien (clinical practice guidelines – CPG) sind systematisch entwickelte Anweisungen, die dem Arzt und dem Patienten eine Hilfestellung bei der Entscheidung bieten, eine bestimmte Behandlung in einer spezifischen Situation zu finden. Die Mehrheit der CPG sei von medizinischen Fachverbänden, staatlichen Institutionen und Non-Profit-Organisationen entwickelt worden. Wenn die Empfehlungen für die Richtlinien in einem strukturierten evidenzbasierten Prozess entwickelt werden und von den Medizinern sorgfältig angewendet werden, könne dies zum gesteigerten Einsatz von richtigen Behandlungen und der Abnahme von Fehlbehandlungen führen. Darüber hinaus verbesserten sich die Outcomes.

Allerdings stellten Studien eine beträchtlichen Variabilität in dem Ausmaß der Verbesserungen im Zusammenhang mit den CPG fest. Die Implementierung der CPG-Strategien müsse an die spezifischen medizinischen Bedingungen angepasst werden, mit Berücksichtigung der möglichen Veränderungshindernisse, die in jedem Kontext identifiziert werden sollten.

Insgesamt zeige die Evidenz, dass kein Ansatz zur Überführung der medizinischen Richtlinien in die Praxis in allen möglichen Situationen effektiv sei. Patienten mit multiplen Komorbiditäten könnten beispielsweise Empfehlungen aus verschiedenen CPG benötigen, ohne dass eine klare Anleitung da wäre, wie die Interven-

tionen priorisiert werden sollten, die potenziell zur Überbehandlung führen könnten.

Auf zwei Probleme weisen die Verfasser in diesem Zusammenhang noch hin. Erstens gebe es große Lücken sowie Bias in der Evidenz hinsichtlich des Potenzials der CPG. Darüber hinaus enhielten viele Richtlinien Empfehlungen mit einem fragwürdigen Wert für den Patienten. Dies sei das Ergebnis der Einflussnahme der Industrie. Zum einen sollten also mehr Studien mit der Evidenzebene A angesetzt werden, um die Evidenzlücke zu schließen. Zum anderen sollte versucht werden, die Bias zu reduzieren, die den Interessenkonflikten geschuldet sind.

Ein weiteres Problem sei die steigende Zahl der Definitionen von Krankheiten, die zusätzliche Forschung erforderten. Es gebe einen dringenden Bedarf für einen unvoreingenommenen und evidenzbasierten Umgang mit Definitionen von Krankheiten. Bislang seien keine globalen Regeln aufgestellt oder Sachverständige identifiziert worden, um die Entwicklung von neuen Krankheitsdefinitionen zu überwachen, kritisieren die Autoren. Eine solche Institution sei aber notwendig, um die steigende Zahl der Überdiagnosen und der daraus resultierenden Überbehandlungen zu überwachen.

System-Leader

System-Leader werden als Verwaltungsbeamte sowie Beamte in Exekutivpositionen von regierungsunabhängigen Institutionen (z. B. Sicherheits- und Qualitätskommissionen). Dazu zählen die Autoren auch Nicht-Regierungsorganisationen private Leistungsträger sowie Versicherer. Die Rolle der System-Leader auf dem Weg zur richtigen Versorgung sei umfangreich.

Alle Ebenen der Versorgung könnten von einer umfassenden regional integrierten HIT-Infrastruktur profitieren (Health Information Technology), die mit mit Electronic Health Records (EHR) und elektronischer Arzneimittelverordnung (computerised physical order entry systems – CPOE) ergänzt wird, sind die Verfasser überzeugt. EHR mit CPOE-Design könnten beispielsweise Analysen klinischer Behandlungspfade enthalten, Informationen zu den Kosten oder eine Sicherheitsüberprüfung von Bestellungen. Viele HIT und EHR hätten mittlerweile solche Entscheidungstools, von denen alle zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden können.

Derzeit zeigten einzelne Studien allerdings nur wenig Einfluss der EHR auf die Verbesserung der Versorgungsqualität. Ein systematisches Review identifiziere auch 19 Studien zum Einfluss der CPOE auf Labortests. Die CPOE-Systeme (mit und ohne Entscheidungsun-

terstützung) zeigten einen allgemeinen Trend hin zur Reduzierung des Testumfangs und der Kosten. Diese positiven Ergebnisse sollten berücksichtigt werden.

Darüber hinaus genieße derzeit die Strukturierung finanzieller Anreize und Vergütungs-Richtlinien eine erneute internationale Aufmerksamkeit. Dabei wird die Vergütung mit einigen Aspekten der Qualität gekoppelt. Die System-Leader führten außerdem derzeit Initiativen durch, die eine schnelle Einführung von hochwertigen Innovationen fördern, die potenziell niederwertige Gesundheitsdienstleistungen ersetzen könnten.

Politische Entscheidungsträger

Um die System-Leader zu mobilisieren, werde die Unterstützung oder auch ein entsprechender Auftrag von höchster politischer Ebene benötigt. Diese Mobilisierung seitens der Politik sei entscheidend zur Umsetzung von allen Struktur-reformen von Anfang bis zur Implementierung, vor allem wenn eine breite Zustimmung der Stakeholder, große Investitionen in die Infrastruktur oder Gesetzesänderungen benötigt werden.

Die Autoren plädieren in diesem Zusammenhang für systematische Priorisierungsprozesse. Diese stellten eine Kernvoraussetzung für Länder dar, die eine hochwertige Versorgung anstreben.

Das Fazit der Autoren lautet: Es muss dringend gehandelt werden, um die Gesundheitsversorgung und auch die Evidenz zu verbessern. Neben den bestehenden Abhilfen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung müssen neue entwickelt werden. „Wir müssen einsehen, dass wenn das Ziel darin besteht, die Gesundheit zu verbessern, die Gesundheitssysteme an die lokalen Bedarfe und sozioökonomischen Verhältnisse angepasst werden müssen“. <<

von: Olga Gilbers

„The Lancet“-Links

Online-Version

January 8, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32588-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32588-0)

Online-Kommentar

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736(16)32570-3) und [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(16\)32573-9](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(16)32573-9)

Online-Serie

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736(16)32585-5),
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736\(16\)30946-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736(16)30946-1),
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736(16)30947-3),
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736\(16\)32586-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-736(16)32586-7)

14,6 Millionen Euro des Innovationsfonds an Projekte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)

Link

www.uke.de/chcr

>> Acht von Ärzten und Wissenschaftlern des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) geleitete Projekte aus den Bereichen „Versorgungsforschung“ und „Neue Versorgungsformen“ werden vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Darüber hinaus ist das UKE an weiteren zehn Projekten als Konsortialpartner beteiligt. Insgesamt erhalten diese Projekte rund 14,6 Millionen Euro aus Mitteln des Innovationsfonds. Die größte Einzelförderung in Höhe von 6,8 Millionen Euro ist aus dem Bereich „Neue Versorgungsformen“. Sie geht an das von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geleitete Konsortium RECOVER, das ein neues integriertes Versorgungsmodell einführen will. Mit dem Projekt soll die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessert werden. 15 der 18 geförderten Projekte mit UKE-Beteiligung stammen

aus dem Bereich Versorgungsforschung.

Schwerpunkte hier sind unter anderem die Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Patientensicherheit in der Versorgung, die Verbesserung von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität sowie der Einsatz und die Verknüpfung von Routinedaten. Die Versorgungsforschung gehört zu den Forschungsschwerpunkten des UKE, die Aktivitäten werden vom Zentrum für Versorgungsforschung (CHCR – Center for Health Care Research) koordiniert. Aufgabe des CHCR ist es, bestehende Kompetenzen der Versorgungsforschung am UKE und an der Universität Hamburg zu bündeln und entsprechende Projekte in verschiedenen Versorgungsbereichen zu fördern und zu unterstützen.

„Ich freue mich, dass der Innovationsfonds so viele Projekte mit UKE-Beteiligung fördert, die auf eine Verbesserung bestehender Versorgungssysteme ausgerichtet sind. Damit wird der große Beitrag des UKE an ei-

ner optimierten Patientenversorgung gewürdigt“, sagt Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät.

Die Projektverantwortlichen und deren Innovationsfonds-Projekte unter UKE-Leitung:

Prof. Dr. Martin Lambert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE: Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen (RECOVER). Ein neues integriertes Versorgungsmodell in der großstädtischen Region Hamburg und der ländlich-kleinstädtischen Region Steinburg (Itzehoe). Die Fördersumme beträgt 6,8 Millionen Euro.

Prof. Dr. Eike S. Debus, Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin des UKE: IDOMENEO Studie – Ist die Versorgungsrealität in der Gefäßmedizin leitlinien- und versorgungsgerecht? Fördersumme 3,2 Millionen Euro.

Prof. Dr. Hans-Helmut König, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des UKE: Vergleich der prädiktiven Validität von Instrumenten zur Bestimmung potenziell inadäquater Medikation bei Älteren (PIM-STOP). Fördersumme 150.000 Euro.

Priv.-Doz. Dr. Götz Thomalla, Klinik und Poliklinik für Neurologie des UKE: Ergebnisqualität durch Patient Reported Outcome Measures (PROM) bei Schlaganfallpatienten in der klinischen Routine (EPOS). Förderung: 500.000 Euro.

Prof. Dr. Holger Schulz, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des UKE: Entwicklung eines Kurzinstrumentes zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei Krebspatienten und Analyse der Implementierung (PRO-ONK Routine). Fördersumme 480.000 Euro.

Priv.-Doz. Dr. Uwe Verthein, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE: Ausmaß und Trends der problematischen Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen, Opioid-Analgetika und Antidepressiva bei Kassenpatienten (ProMeKa). Fördersumme 270.000 Euro.

Prof. Dr. Martin Scherer, Institut für Allgemeinmedizin des UKE: Entwicklung und Validierung von Qualitätsindikatoren für Multimorbidität (MULTIqual). Die Fördersumme: 630.000 Euro.

Prof. Dr. Rainer Kiefmann, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des UKE: PeriAge – Optimierung der perioperativen Versorgung älterer Patienten. Die Fördersumme beträgt 420.000 Euro. <<

Zusammenarbeit und Schnittstellen zwischen Registern angemahnt

>> Die Entscheidung des Innovationsausschusses, mit den Mitteln des Innovationsfonds unter anderem den Aufbau eines bundesweiten Registers für ausgewählte onkologische Indikationen zu fördern, stößt bei der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) auf Kritik. Beide Organisationen befürchten, dass beim Aufbau dieser Register erneut Geld für ein Instrument ausgegeben wird, das in Form der klinischen Krebsregister bereits in mehreren Bundesländern existiert und bis Ende 2017 in ganz Deutschland etabliert sein soll. Außerdem bestehe, so die Kritik, die Gefahr der Doppeldokumentation, die zusätzlichen Aufwand für die meldenden Leistungserbringer bedeutet. Das neue mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Register soll helfen, ein Modell zur Bewertung des Nutzens und Schadens innovativer Krebsmedikamente zu entwickeln – zu diesem Zweck wird es personenbezogene Daten über den Einsatz dieser Arzneimittel beim metastasierten Brust- und Prostatakrebs sowie dem multiplen Myelom sammeln.

Der gesetzliche Rahmen für die bundesweite Erfassung personenbezogener Krankheitsdaten in klinischen Krebsregistern wurde bereits 2013 durch das sogenannte Krebsregister- und -früherkennungsgesetz geschaffen. Demnach sind alle Bundesländer in Deutschland aufgefordert, entsprechende Länderge-

setze zu erlassen und bis Ende 2017 klinische Krebsregister einzurichten. In einigen Bundesländern haben die klinischen Krebsregister ihre Arbeit bereits aufgenommen. Ihre Zielsetzung: Durch das Sammeln von Krankheitsdaten sollen sie den gesamten Krankheitsverlauf aller Krebspatienten abbilden.

„Bei der Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens für die klinischen Krebsregister haben sich alle Beteiligten ausdrücklich auf eine einheitliche, datensparende Basisdokumentation und die Vermeidung von Doppelerfassungen durch die Leistungserbringer verständigt“, erklärt Priv.-Dozentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Vorstand der ADT. Bei einem zusätzlichen neuen Register müssten die meldenden Ärzte aber mit dem doppelten Dokumentationsaufwand rechnen, zumindest für ausgewählte Indikationen. „Damit die Ergebnisse des neuen Registers korrekt interpretiert werden können, sollte grundsätzlich die Therapieabfolge entlang des gesamten Krankheitsverlaufs, also auch vor dem Einsatz eines innovativen Krebsmedikaments, berücksichtigt werden. Diese Daten würden bereits routinemäßig durch klinische Krebsregister erfasst. Ob und wie eine Zusammenarbeit zwischen beiden Registern stattfinden soll und wie die Schnittstelle aussehen könnte, war aber bei der Förderentscheidung durch den Innovationsausschuss offenbar kein Kriterium“, sagt Klinkhammer-Schalke. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kommentar

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,



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

ich möchte auf vier
Punkte eingehen:

1. Das Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen
(IQTiG) hat erstmals
seine Methodi-
schen Grundlagen
V 1.0s. als Entwurf
für ein öffentliches
Stellungnahmeverfahren publiziert (Stand
31.01.2017). Bis zum 31. März besteht
Gelegenheit zur Stellungnahme. Das DNVF,
welches nach § 137, Abs. 7 des SGB V als zu
beteiligende Institution zur Stellungnahme
berechtigt ist, kommt in seiner Bewertung
zu dem Schluss, dass die erste Version bei
weitem nicht die Erwartungen an Qualität
und Transparenz erfüllt, die man hätte
erwarten dürfen. In mehreren Bereichen
besteht hier erheblicher Überarbeitungsbe-
darf. Wir werden uns deshalb in diesem Jahr
mit dem 5. Forum Versorgungsforschung am
10. Mai in Berlin mit diesem Thema unter
der Überschrift: „Quality Improvement im
Gesundheitswesen von morgen“ befassen.

2. Auf Einladung des DNVF e.V. trafen sich
Anfang Februar in Berlin erstmalig Hoch-
schullehrer aus dem Bereich der Versor-
gungsforschung zum gegenseitigen Aus-
tausch. In der Verantwortung für das Fach
Versorgungsforschung soll zunächst eine
Bestandsaufnahme der Versorgungsfors-
chungsstrukturen an deutschen Universitä-
ten und Fach-Hochschulen erfolgen. Weitere
Schritte wären die Abstimmung von Curri-
cula für die Aus- und Weiterbildung in der
Versorgungsforschung.

3. Der nächste Versorgungskongress (DKVF
2017) nimmt Formen an. Der Kongress findet
unter dem aktuellen Thema: „Zukunft Regio-
nale Versorgung – Forschung, Innovation,
Kooperation“ unter der Leitung von Prof.
Hoffmann (Greifswald) statt. Die Deadline
für die Einreichung von Abstracts endet am
17.4.2017. Bei diesem Kongress kommen
stärker als noch in den letzten Jahren die
eingereichten Abstracts eher zum Zuge: Die
Chance für die Annahme guter Abstracts
steigt!

4. Wir freuen uns über den starken Zuwachs
an Mitgliedern in allen Sektionen. Herzlich
willkommen.

Ihr

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

DKVF 2017: Call for Abstract bis 17. April verlängert

Zukunft Regionale Versorgung – For- schung, Innovation, Kooperation

Vom 04. bis 06. Oktober 2017 findet der 16. Deutsche Kongress für
Versorgungsforschung (DKVF) unter dem Motto „Zukunft Regionale Versorgung –
Forschung, Innovation, Kooperation“ in der Urania in Berlin statt. Landespartner
des DKVF 2017 ist Mecklenburg-Vorpommern.

>> In der Begrüßungsrede von Harry Glawe,
Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesund-
heit von Mecklenburg-Vorpommern, werden
aktuelle Herausforderungen für die Ver-
sorgung insbesondere der ländlichen Gebiete
vorgestellt und Bedarfe für die Entwicklung,
Implementierung und Evaluation innova-
tiver Versorgungskonzepte benannt. Neben
nationalen Vertretern der Versorgungsfors-
chung werden außerdem internationale
Keynote-Speaker aus China, Großbritannien,
der Schweiz und der Niederlande ihre
Forschung zum Thema regionale Versorgung
vortragen. Das Spektrum reicht vom Auf- und
Ausbau des dreigliedrigen chinesischen Ge-
sundheitssystem über die Akzeptanz haus-
arztgesteuerter Versorgungsmodelle in der
Schweiz bis London und zu Erfolgsfaktoren
für regionale Budgetmodelle in Deutschland.
Alle sind eingeladen, den Kongress aktiv

mitzugestalten, indem sie bis einschließlich
17.04.2017 Abstracts einreichen. Es kön-
nen Abstracts zu insgesamt 15 Themen-
schwerpunkten des Kongresses, aber auch
für freie Vorträge/ Poster und für den Sci-
ence Slam, eingereicht werden. Auch die
vom Innovationsfonds-geförderten Projekte,
die geförderten Konsortien in der Medizin-
informatikinitiative und die vom BMBF-
geförderten Kooperationsnetze für die Ver-
sorgungsforschung werden ebenfalls aus-
drücklich eingeladen, ihre Ideen und Kon-
zepte vorzustellen.

Der Kongresspräsident, Prof. Dr. Wolfgang
Hoffmann, wird bei der Programmgestaltung
durch eine 14-köpfige Kommission und der
Planung von seinem Team aus Greifswald un-
terstützt. <<

> Link zur Anmeldung: www.dkvf2017.de

Lokales Organisationsteam (v.l.n.r.):
Dr. Neeltje van den Berg
Josefin Biermann
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann und
Dr. Ina Zwingmann



IQTIG-Stellungnahme Methodenpapier

Stellungnahme zu „Methodische Grundlagen V1.0s“

Das DNVF wurde am 2. Februar eingeladen zum ersten Entwurf „Methodische Grundlagen“ des IQTIG Stellung zu nehmen. Zur Stellungnahme berechtigt ist das DNVF, da es in § 137, Abs. 7 des SGB V als zu beteiligende Institution aufgeführt ist.

>> Mit der Koordination der Stellungnahme wurde DNVF-intern die Arbeitsgruppe „Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung“ beauftragt, die unter Heranziehung weiterer Experten aus den DNVF-Arbeitsgruppen und Vorstandsmitgliedern das vom IQTIG vorgelegte Methodenpapier diskutiert hat.

Insgesamt erfüllt die erste Version noch nicht die Erwartungen, an Qualität und

Transparenz. Drei wesentliche Kritikpunkte des DNVF am ersten Entwurf sind:

- Zentrale Begriffe werden nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend definiert, eingeführt und verwendet.
- Die Darstellung bewegt sich über weite Strecken auf dem Niveau einführender Lehrbuchkapitel.
- Es fehlen Erläuterungen zu für die Qualitäts-

sicherung wesentlichen Prozessschritten.

Da die Ausführungen noch gravierende Mängel aufweisen, hat das DNVF e.V. auf eine ausführliche Kommentierung verzichtet, da diese sehr umfangreich und aufwendig gewesen wären und hierzu auch im DNVF e.V. die Ressourcen fehlen. Die ausführliche Stellungnahme steht auf den Seiten des DNVF e.V. zum Download bereit. www.dnvf.de. <<

Hochschullehrertreffen und Bestandsaufnahme der Strukturen an Uni/Fach-Hochschulen

Hochschullehrertreffen Versorgungsforschung

Auf Einladung des DNVF e.V. trafen sich Anfang Februar in Berlin erstmalig Hochschullehrer aus dem Bereich der Versorgungsforschung zum gegenseitigen Austausch. Prof. Nicole Ernstmann (Bonn) und Prof. Holger Pfaff (Köln) führten als Vertreter des DNVF-Vorstands durch das erste Meeting. Im März wurde auf Initiative des ersten Treffens eine standardisierte Online-Befragung der Hochschullehrer*innen in Deutschland gestartet, um eine Bestandsaufnahme der Versorgungsforschungsstrukturen an deutschen Universitäten und Fach-Hochschulen durchzuführen.

>> Mehr als 40 Mitglieder umfasst die Gruppe, die sich zum regelmäßigen Austausch zukünftig verabreden wird. Beim ersten Treffen in Berlin wurde nach einem Bericht aus den einzelnen Standorten der teilnehmenden Hochschullehrer*innen eine intensive Diskussion über gemeinsame Themen geführt, die zukünftig in dem Kreis bearbeitet werden sollen.

Das nächste Treffen wird im Mai in Köln stattfinden. Eine Teilnahme am Hochschullehrertreffen steht allen persönlichen Mitgliedern (Mitglieder der Sektion 4) offen, die eine (Junior-)Professur haben und

Versorgungsforschung lehren. Weiterhin sind die wissenschaftlichen Institute und Forschungsverbände im DNVF (Mitglieder der Sektion 2) mit Sitz an einer Universität oder (Fach-)Hochschule, die Versorgungsforschung lehren, eingeladen, eine/n Professor/in zur Teilnahme an den Treffen zu benennen. Neben diesen Mitgliedern des DNVF sind alle (Junior-)Professor*innen, deren Denomination Versorgungsforschung enthält, zum Hochschullehrertreffen vom DNVF willkommen.

An der Bestandsaufnahme können sich alle (Junior-)Professor/innen beteiligen, die an deutschen Universitäten oder Fachhoch-

schulen Versorgungsforschungseinheiten leiten oder Versorgungsforschungslehrstühle innehaben oder Versorgungsforschung lehren.

Erfasst werden Versorgungsforschungseinheiten, Lehrstühle, Forschungsschwerpunkte, Lehrangebote sowie Möglichkeiten zur Promotion und zur Habilitation im Fach Versorgungsforschung an den jeweiligen Standorten. Das Ziel der Bestandsaufnahme ist die Beschreibung der aktuellen Versorgungsforschungslandschaft an deutschen Hochschulen, um Bedarfe identifizieren und damit einen Beitrag zu zukünftigen Strukturentscheidungen leisten zu können.

Ansprechpartnerin ist Frau Prof. Nicole Ernstmann (Bonn). <<

>> Kontakt Prof. Ernstmann (Bonn): nicole.ernstmann@ukbonn.de



Die Teilnehmer des ersten Hochschullehrertreffens Versorgungsforschung in Berlin (v.li.): G. Laux, R. Voltz, J. Schmitt, S. Riedel-Heller, H. Schulz, K. Dreinhöfer, M. Klinkhammer-Schalke, E. Neugebauer, H. Pfaff, L. Ansmann, K. Hertkamp, S. Stock, E. Grill, J. Köberlein-Neu, F. Hoffmann, K. Wolf-Ostermann, S. Kuskie, M. Freitag, N. Ernstmann.

5. DNVF-Forum Versorgungsforschung | 10.05.2017 | Berlin

	Thema	Redner/in
13.30-13.45 Uhr	Begrüßung, Einführung und Moderation	Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender DNVF e.V., Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane)
13.45-14.15 Uhr	Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen: Zielvorstellungen und Instrumente	Prof. Dr. Matthias Schrappe (Vorstandsmitglied des DNVF e.V., Universität zu Köln)
14.15-14.45 Uhr	Unter welchen Voraussetzungen kann die Steuerung durch Qualität funktionieren?	Prof. Dr. Max Geraedts (Sprecher der DNVF-AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung, Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie Fachbereich Medizin, Universität Marburg)
14.45-15.05 Uhr	Kritische Betrachtung von P4P: differenzierte Nutzung von Qualitätsindikatoren	Prof. Dr. Jürgen Stausberg (Arzt für Medizinische Informatik und Ärztliches Qualitätsmanagement Essen)
15.05-15.25 Uhr	Moderne inhaltliche Qualitätsdimensionen mit den Schwerpunkten PROMs, Area, Safety und Indikationsqualität	Prof. Dr. Jochen Schmitt (Vorstandsmitglied des DNVF e.V., Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden)
15.25-16.00 Uhr	Kaffeepause	
16.00-16.20 Uhr	Wie reagiert das institutionelle QM auf die Qualitätsinitiativen der Gesundheitspolitik?	Dr. Brigitte Sens (Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen)
16.20-16.40 Uhr	Anreizkonfiguration auf Systemebene	Prof. Dr. Saskia Drösler (Stellv. Sprecherin der DNVF-AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung, Hochschule Niederrhein)
16.40-18.20 Uhr	Eröffnung der Podiumsdiskussion	Dr. Regina Klakow-Franck mit den Referent*innen (unparteiisches Mitglied und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung des G-BA, Berlin)
18.20-18.30 Uhr	Verabschiedung und Einladung zum 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vom 4.-6.10.17, in Berlin	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorstandsmitglied des DNVF e.V., Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald)

Das 5. DNVF-Forum Versorgungsforschung findet am 10.05.2017 von 13.30 bis 18.30 Uhr im KARL STORZ Besucher- und Schulungszentrum in Berlin statt. Die Online Anmeldung ist auf www.dnvf.de möglich.

DNVF-Mitgliederentwicklung

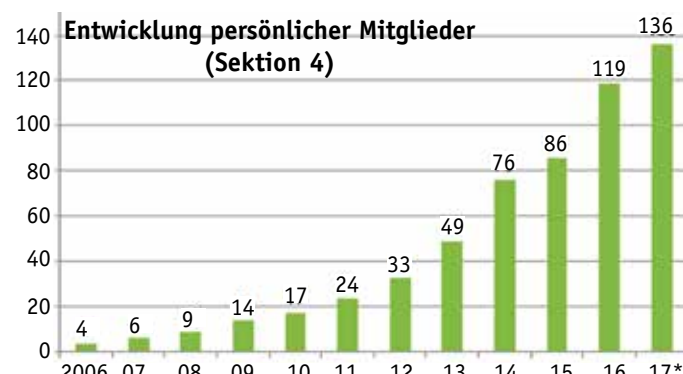
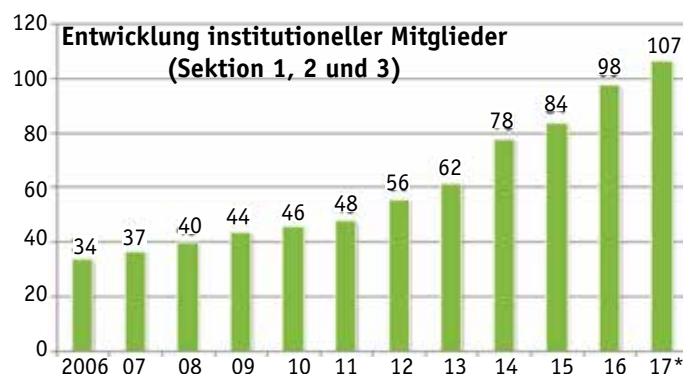
Starker Mitgliederzuwachs im ersten Quartal 2017

Im ersten Quartal des Jahres hat das Netzwerk zahlreiche neue Mitglieder in allen Sektionen aufnehmen können.

>> In der Sektion 1 (Fachgesellschaften) wurden die Deutsche Gesellschaft für Alters Zahnmedizin (DGAZ) und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DG-MKG) aufgenommen. In der Sektion 2 (Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände) traten die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH, die Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) der Universitätsklinik Freiburg und das Tumorzentrum Regensburg der Uni Regensburg dem Netzwerk bei. Weiterhin wurden der Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) und die Gesundheit Österreich GmbH in die Sektion 3 (Juristische Personen und Personenvereinigungen) aufgenommen.

Als förderndes Mitglied trat dem Netzwerk die Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG bei. Die Anzahl der persönlichen Mitglieder (Sektion 4) stieg im ersten Quartal auf 136 an. Die Mitgliederentwicklung seit Vereinsgründung im Bereich der institutionellen ordentlichen Mitglieder (Sektion 1, 2 und 3) sowie der persönlichen Mitglieder (Sektion 4) spiegeln die Abbildungen 1 und 2 wieder.

Darüber hinaus werden die Aktivitäten des DNVF zurzeit von 14 Fördermitgliedern unterstützt. <<



* Stand: 31.03.2017

* Stand: 31.03.2017

News

Einreichungsfrist endet am 20. April 2017

Bewerbungen für den mit 2.500 Euro dotierten Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis können bis zum 20. April eingereicht werden.

>> <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=ausschreibung-2016>



Filmdokumentation zum DKVF 2016

Einen guten Einblick auf die Veranstaltungsreihe „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ und die wesentlichen Charakteristika des DKVF gibt der Film, der mit freundlicher Unterstützung des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse zum DKVF 2016 entstand.

>> https://www.youtube.com/watch?v=eB_Xk0HwNKU&feature=youtu.be

Dt. Gesellschaft für Kardiologie verleiht Stipendium für die Spring-School 2017

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauforschung (DGK) e.V. hat im Rahmen ihres diesjährigen Kongresses unter den eingereichten Abstracts zum Thema „Kardiovaskuläre Versorgungsforschung in Deutschland“ den besten Abstract mit einem Stipendium für die DNVF-Spring-School 2017 prämiert. Der Preis ermöglicht der Preisträgerin die Teilnahme an insgesamt 4 Modulen der Spring-School und schließt die Übernahme der Teilnahmegebühren und Reisekosten ein. Die Auszeichnung ging an Frau Dr. Sylvia Otto vom Universitätsklinikum Jena, die sich mit ihrem Beitrag „Treatment delay due to poor diagnostic recognition of acute ST-elevation myocardial infarction: impact of repeated center- and case-based training with structured feedback in a high-volume PCI center“ in dem Wettbewerb durchsetzen konnte.

AG Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe

Anforderungen der Versorgung zu meistern, wächst die Bedeutung des Themas Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe. Daher wurde dieses Thema auf die Agenda des nächsten Versorgungsforschungskongresses (s.o.) gesetzt. Um die thematische Vorbereitung bereits kooperativ, interdisziplinär und multiprofessionell zu gestalten, wurde am 9. Februar eine entsprechende Arbeitsgruppe (AG) gegründet. Zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe sind Vertreter*innen aller Gesundheitsberufe eingeladen. Ansprechpartnerinnen der AG sind Dr. Anne Barzel (UKE Hamburg) und Prof. Dr. Anita Hausen (Kath. FH München).

Publikation in der G+G Wissenschaft 01/2017

Im ersten Heft der G+G Wissenschaft (GGW) Jahrgang 2017, die gemeinsam von WiDo und dem AOK-Bundesverband herausgegeben werden, sind verschiedene Ausätze zum Themenschwerpunkt Versorgungsforschung entstanden, u.a. von Dr. Gisela Nellesen-Martens und Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann „Versorgungsforschung – eine Disziplin im Aufschwung“ und Prof. Dr. Matthias Schrappe „Versorgungsforschung – die langfristige Perspektive gestalten“. Die Aufsätze stehen drei Monate nach Erscheinen kostenlos als PDF-Download beim jeweiligen Heft zur Verfügung. Diese finden Sie hier: >> <http://www.wido.de/publikationen/g-g-wissenschaft/ggw-jahrgang-2017/ggw-4-2017-inhalt.html>

Publikation in der Zeitschrift Senioren Zahnmedizin 01/2017

Anlässlich des Beitritts der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGGAZ) im DNVF e.V. wurde das Netzwerk eingeladen, sich im ersten Heft der Zeitschrift Senioren Zahnmedizin vorzustellen. Zum Beitrag „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. – Interdisziplinärer und multiprofessioneller Dialog für Qualität und Ergebnistransfer“ von Dr. Gisela Nellesen-Martens und Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (SZM – Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin 2017; 5 (1): 29–33) >> <http://szm.quintessenz.de/index.php?doc=toc&year=2017&issue=1>

DNVF@ SIQ Kongress 2017

Der Stiftung Initiative Qualitätskliniken (SIQ) Kongress findet am 18. und 19. Mai in Berlin statt und bietet ein Forum zum Austausch aktueller und zukünftiger Entwicklung der Qualitätsmessung und des Qualitätsmanagements mit Routinedaten. Ein Schwerpunkt liegt auf dem derzeitigen Stand der Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes. Der DNVF-Vorstandsvorsitzende, Prof. Neugebauer, ist im Workshop „Zweitmeinung“ als Moderator und Referent mit dem Thema „Evaluation von Zweitmeinungsverfahren“ eingesetzt. Dieser findet am 19.05.2017 von 11-12 Uhr statt. >> <https://www.siq-kongress.de/>

Termine

26.-29.04.2017, Berlin

49. DDG-Tagung (Dt. Dermatolog. Gesell.)
<http://www.derma.de/de/fuer-aerzte/49-ddg-tagung/>

03.-05.05.2017, Nürnberg

Dt. Anästhesiekongress der DGAI
<http://www.dac2017.de/>

04.-05.05.2017, Berlin

12. APS-Jahrestagung
<http://www.aps-ev.de/jahrestagung/>

14.-17.05.2017, Magdeburg

68. Jahrestagung der DGNC
<http://www.dgnc.de/2017>

24.-27.05.2017, Hamburg

Diabetes Kongress 2017 - 52. Jahrestagung der DDG
<http://www.diabeteskongress.de/home.html>

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

Prof. Dr. Matthias Schrappe

Das Methodenpapier des IQTIG: keine Kursänderung in Sicht

Die ex post-Qualitätskontrolle bleibt die vorherrschende Doktrin

Das nun in einem ersten Entwurf vorliegende Methodenpapier des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist ein wichtiges Dokument für die Diskussion des Themas in den nächsten Jahren. Allerdings bietet dieses Papier Anlaß zu ernsthafter Kritik auf zahlreichen Ebenen. In seinen Grundannahmen bleibt es einem traditionellen, auf die ex post-Qualitätskontrolle von Ergebnissen ausgerichteten Verständnis von Qualität verhaftet. Elemente der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung mit Integration des Qualitätsgedankens in den Ablauf der Leistungserbringung auf institutioneller und Systemebene sind weitgehend in den Hintergrund gedrängt. Der Begriff der Patientenzentrierung wird in paternalistischer Tradition einseitig auf die Ergebnisqualität bezogen, die diskutierten Qualitätsdimensionen sind auf Fragen der Legitimität und statistischen Auswertbarkeit reduziert. Es wird das Konzept der linearen Messung von Qualität durch Qualitätsindikatoren vertreten, Indikatoren werden entgegen der international und in der Versorgungsforschung üblichen Auffassung nicht als hoch-sensitive Monitoring-Instrumente, sondern als klassische Messinstrumente eingesetzt, die gleichzeitig für die Erfassung von Qualitätsproblemen und für die Identifikation von „exzellenter“ Qualität zuständig sind. Die Begriffe der Reliabilität und Validität von Indikatoren werden nicht zutreffend verwendet, es wird sogar die Behauptung aufgestellt, es gäbe keine sinnvolle Anwendung des Begriffes Validität auf Qualitätsindikatoren. Hinzu kommen weitere handwerkliche Fehler, so wird Indikatoren eine Bewertungsfunktion zugewiesen und der Begriff der Qualitätssicherung nicht vom Begriff der Qualitätsverbesserung und von Instrumenten wie Pay for Performance differenziert.

>> Das Methodenpapier gliedert sich in drei Teile: Grundlagen (Teil A), Entwicklung und Durchführung (Teil B) und methodische Elemente (Teil C). Es werden zahlreiche grundlegende Definitionen verwendet, die nicht dem gängigen wissenschaftlichen und praktischen Verständnis entsprechen (s. „Curriculum Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer, der kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) (Bundesärztekammer 2007), die aktuelle Ausgabe der DIN-Vorschriften (s. DIN-TERM online 2017), die aktuellen Begriffsbestimmungen der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) (das sog. „QM-Glossar“ (Sens et al. 2007), derzeit in Überarbeitung) und die internationale Literatur (z.B. Nomenklatur der Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ 2017)).

Zusammenfassung

Das nun in einem ersten Entwurf vorliegende Methodenpapier des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist ein wichtiges Dokument für die Diskussion des Themas in den nächsten Jahren. Allerdings bietet dieses Papier Anlaß zu ernsthafter Kritik auf zahlreichen Ebenen. In seinen Grundannahmen bleibt es einem traditionellen, auf die ex post-Qualitätskontrolle von Ergebnissen ausgerichteten Verständnis von Qualität verhaftet. Elemente der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung mit Integration des Qualitätsgedankens in den Ablauf der Leistungserbringung auf institutioneller und Systemebene sind weitgehend in den Hintergrund gedrängt.

Schlüsselwörter

Methodenpapier IQTIG, ex post-Qualitätskontrolle, Qualitätsverständnis, Indikatorkonzept

Selbstverständlich darf nicht vergessen werden, dass das Institut an die Ausführungen des Gesetzgebers und die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gebunden ist. Trotzdem wäre zu fordern, dass das Institut die notwendige Fortentwicklung des statischen, auf die Sicherung von Qualität ausgerichteten Verständnisses zu einem international anschlussfähigen Konzept der Qualitätsverbesserung (quality improvement) nicht nur anspricht, sondern in den Mittelpunkt der perspektivischen Entwicklung stellt.

Qualitätsverständnis: Qualitätskontrolle aus der ex post-Perspektive

Das im Methodenpapier vertretene Qualitätsverständnis stellt anders als die führenden, international gängigen Ansätze (Donabedian 1990, Arah et al. 2006, AHRQ 2017) einseitig die Dimension der „Legitimität“ in den Vordergrund, die als Meta-Kriterium konstruiert wird („Eine objektive, Vergleiche ermöglichende Darstellung von Versorgungsqualität setzt voraus, dass eine begrenzte Anzahl legitimer Anforderungen an die Versorgung identifiziert und explizit gemacht wird.“ (S. 17)). Hierunter wird Patientenzentrierung, Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und Unbedenklichkeit verstanden. Diese Auswahl bedeutet eine schwerwiegende Verengung des Fokus und muss zusätzlich auch in ihrer Ausführung kritisch gesehen werden:

- **Patientenzentrierung:** Der auffallend häufig verwendete Begriff der Patientenzentrierung wird im Methodenpapier ausschließlich auf die Ergebnisqualität bezogen, obwohl Patienten in viel stärkerem Maße an Fragen der Strukturqualität (z.B. Ausbildung der Ärzte) und an Kooperation, Koordination und Information (also Prozessparametern) interessiert sind (aus der umfangreichen Literatur: Geraedts und de Cruppé 2011, Schoen et al. 2011). So gut Patientenzentrierung heutzutage klingt, es wäre zu erwarten gewesen, dass man neben diesen präferenz-sensitiven Aspekten mindestens noch die Dimensionen der Wirksamkeit und der Anbietersensitivität mit einschließt (Wennberg et al. 2002, s. auch Frosch et al. 2010). Die einseitige Betonung der Ergebnisqualität führt zu einer reinen ex post-Betrachtung im Sinne eines Qualitätskontroll-Ansatzes, statt eine Integration von Qualitätsaspekten in den Prozess der Leistungserbringung im Sinne eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsansatzes (continuous quality improvement) zu fördern.
- **Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer:** Dieses Kriterium ist genau genommen keine Qualitätsdimension, sondern stammt aus der Bewertung von Qualitätsindikatoren.
- **Die Dimension der Unbedenklichkeit:** Diese erscheint zwar auf den ersten Blick sinnvoll, ist aber international und in den in Deutschland gebräuchlichen Systematiken an keiner Stelle vorzufinden. Natürlich ist nichts dagegen zu sagen, dass „die gestellten Anforderungen (...) keine für die Patientinnen und Patienten schädlichen Nebenwirkungen

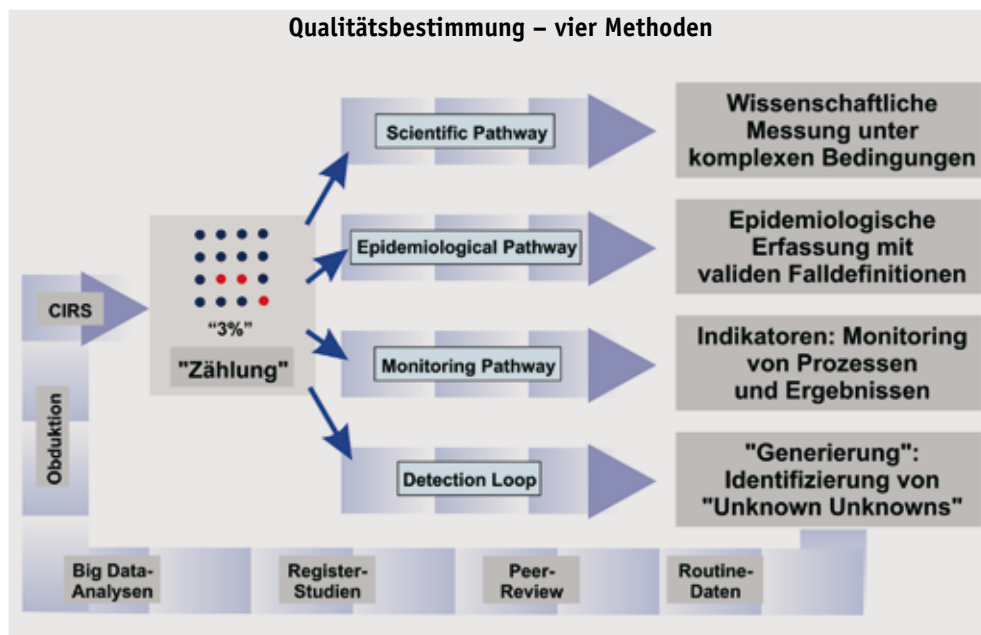


Abb. 1: Qualitätsbestimmung – vier Methoden (s. Text) (aus Schrappe 2016).

entfalten“ dürfen. Es stellt sich allerdings die Frage, weshalb dann nicht Wirksamkeit oder Sicherheit im Sinne der gebräuchlichen Systematiken direkt genannt werden.

Wie sehr der Gesichtspunkt der juristischen bzw. politischen Absicherung im Vordergrund steht, wird auch durch die starke Betonung der statistischen Methodik klar. Gleich im Anschluss an die Ausführungen zur Legitimität heißt es hierzu (S. 19, Hervorh. der Verf.):

„Die Fokussierung auf definierte, legitime Anforderungen ist eines der zentralen Charakteristika der externen Qualitätssicherung. Ein zweites ist die primär statistische Herangehensweise an die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität der einzelnen Leistungserbringer im Vergleich zueinander.“

Statistische Fragen sind natürlich von großer Wichtigkeit, sie stellen aber gegenüber der Zielformulierung und der Beschreibung der inhärenten Merkmale keine primären Aspekte eines Qualitätsverständnisses dar, sondern sind in erster Linie technischer Natur.

Begriff Qualitätssicherung

Der Begriff der Qualitätssicherung wird nicht sachgerecht verwendet. Das IQTIG versteht darunter nicht den „Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (Sens et al. 2007 und DIN EN ISO 9000:2015-11), sondern bezieht die „Weiterentwicklung der Versorgungsqualität“ mit ein (S. 15). Der Verbesserungsgedanke, so wichtig er im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext erscheint, ist kein Bestandteil der Definition von Qualitätssicherung, sondern fällt unter den Begriff der Qualitätsverbesserung. Auf der institutionellen Ebene ist der Aspekt der Verbesserung im Konzept des Qualitätsmanagements aufgehoben, auf der Systemebene steht heute international der Begriff des Quality Improvement (QI) bzw. Improvement of Health Care Performance im Vordergrund (z.B. Berwick et al. 2003) und ist als Improvement Science ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsforschung (Berwick 2008, Marshall et al. 2013). In der Nomenklatur der AHRQ kommt der dem Begriff der Qualitätssicherung entsprechende englischsprachige Begriff „Quality Assurance“ gar nicht

mehr vor, sondern ist vollständig durch den Begriff des Quality Improvement verdrängt (ARHQ 2017).

In einem wissenschaftlichen Methodenpapier muss auf die sachlich korrekte Verwendung der zentralen Begriffe Wert gelegt werden, zumindest durch eine differenzierte Darstellung und Interpretation. Um den Gedanken der Qualitätsverbesserung in den derzeit im deutschen Gesundheitssystem wirksamen bzw. geplanten Maßnahmen wie Public Reporting, qualitätsorientierte Vergütung und qualitätsorientierte Krankenhausplanung hervorzuheben, hat daher das DNVF das 5. DNVF-Forum im Mai 2017 unter den (englischsprachigen) Begriff des „Quality Improvement“ gestellt.

Bestimmung und Erfassung von Qualität

Im Methodenpapier wird zugrunde gelegt, dass sich die Qualität der Gesundheitsversorgung ähnlich wie biomedizinische Marker durch lineare Messinstrumente quantifizieren lässt („Die Messung der Qualität medizinischer Versorgung erfolgt grundsätzlich mittels Qualitätsindikatoren“ (S. 21)). Die Indikatoren können nach dem Konzept des IQ-TIG verschiedene Ausprägungen einnehmen, die verwendeten Begriffe zur Abstufung von Qualität reichen von „ungenügend“, „nicht ausreichend“, „durchschnittlich gut“ über „gut“ bis zu „außerordentlich gut“ und sogar „Exzellenz“ (S. 19).

Aus Sicht der Versorgungsforschung kann man dem Konzept einer linearen Qualitäts-„messung“ jedoch nicht folgen. Wie bereits einleitend ausgeführt (s. Abb. 1), sind grundsätzlich bei der Quantifizierung des Grades, in dem inhärente Merkmale die Anforderungen erfüllen (so die DIN-Definition von Qualität),

- wissenschaftsgetriebene Verfahren,
- der Einsatz klinisch-epidemiologischer Falldefinitionen,
- der Einsatz von Indikatoren zu Zwecken des Monitoring und
- die generierenden Verfahren (z.B. CIRS)

zu unterscheiden. Nur die beiden erstgenannten Verfahren kommen einer Messung nahe. Der wissenschaftliche Zugang ist auf der Basis einer Modellbildung bemüht, ein Messinstrument mit gleichermaßen hoher Sensitivität und Spezifität einzusetzen, den Messvorgang selbst als (komplexe) Intervention zu verstehen und die Komplexität des Kontextes der Messung zu berücksichtigen (z.B. Messung der Händedesinfektionscompliance durch direkte Beobachtung). Der Aufwand einer solchen Messung ist sehr hoch, so dass solche Verfahren nur zur Etablierung einer Methode oder in besonders dringenden Situationen eingesetzt werden. Auch beim Einsatz klinisch-epidemiologischer Falldefinitionen (z.B. Erfassung von postoperativen Wundinfektionen) ist der Erhebungsaufwand so hoch, dass man den Einsatz dieser Instrumente auf definierte Ereignisgruppen (z.B. nosokomiale Infektionen) beschränkt. Allerdings sind diese klinisch-epidemiologischen Instrumente einfacher einzusetzen als die primär Wissenschafts-getriebenen Ansätze, man ist nicht bei jedem Einsatz darauf angewiesen, eine individuelle Modellbildung vorzunehmen und die doppelte Komplexität von Kontext und (Mess-)Intervention zu bewerten. Für den Routinebetrieb

verbleibt daher als einzig denkbare Lösung der Einsatz von Monitoring-Instrumenten, so wie sie durch Indikatoren gegeben sind (auf die genierenden Verfahren wird hier nicht näher eingegangen).

Das Verständnis von Qualitätsindikatoren, das im IQTIG-Methodenpapier vertreten wird, weicht allerdings in dreierlei Hinsicht vom gängigen Verständnis ab:

- Indikatoren werden als Messinstrumente verstanden,
- Indikatoren wird eine Bewertungsfunktion zugeschrieben, und
- der Begriff der Validität sei nicht auf Indikatoren anwendbar.

Alle drei Aspekte sind weit von dem Verständnis von Indikatoren entfernt, wie es z.B. im „QM-Curriculum“ der Bundesärztekammer, KBV und AWMF (4. Auflage) in Anlehnung an die internationale Literatur vertreten wird (S. 73f, Hervorh. der Autor):

„Quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problemereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten. Qualitätsindikatoren bilden die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt ab. Man kann sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen („Qualitätskennzahlen“) bezeichnen. (...) Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen.“

Qualitätsindikatoren zur Qualitäts-„messung“?

Indikatoren müssen in erster Linie sensitiv eingestellt werden, denn bei einem Monitoring-Ansatz ist es notwendig, möglichst alle problematischen Fälle zu erfassen (Vermeidung von falsch-negativen Ergebnissen), auch auf die Gefahr hin, falsch-positive Ergebnisse zu erhalten (daher geht man Kompromisse bei der Spezifität ein). Patienten und Zuweiser müssen vor allem darauf vertrauen können, dass bei fehlendem Ansprechen des Indikators möglichst keine Qualitätsprobleme vorliegen. Aus dieser Sicht weisen Indikatoren eine ganz andere Konfiguration als Messinstrumente und auch als diagnostische Verfahren in der Medizin auf. Messinstrumente werden im Allgemeinen auf einen möglichst optimalen Kompromiss von Sensitivität und Spezifität eingestellt (z.B. je 85%), und diagnostische Verfahren weisen in erster Linie eine hohe Spezifität auf (weswegen im medizinischen Bereich Indikatoren oft nicht zu vermitteln sind).

An diesem Punkt liegt eine der entscheidenden Schwächen im Indikatorenverständnis im Methodenpapier des IQTIG. Wenn man Qualitätsindikatoren, so wie oben ausgeführt, in einem Kontinuum von schlechter bis außerordentlich guter Qualität einsetzt, kommt man nicht umhin, ihnen ähnliche Eigenschaften wie klassischen Messinstrumente zuzuweisen. Da es aus grundlegenden statistischen Überlegungen nicht möglich ist, ein Messinstrument gleichzeitig auf eine Sensitivität und Spezifität von 100% einzustellen, muss man bei der Sensitivität Kompromisse machen, und in der Folge verlieren Indikatoren ihre Monitoring-Funktion.

An dieser Stelle kommt das Konzept der sog. Exzellenz-Indikatoren ins Spiel. Wenn Qualitätsindikatoren, die Qualitätsprobleme identifizieren sollen (Monitoring), eine hohe Sensitivität für diese Ereignisse

besitzen müssen (man will möglichst keine Probleme übersehen), dann sollten Qualitätsindikatoren, die besonders hohe Qualität identifizieren sollen, auf eine besonders hohe Spezifität eingestellt sein, denn man will ja vermeiden, dass Exzellenz dort festgestellt wird, wo sie nicht vorliegt (man will falsch-positive Befunde vermeiden). In der Konsequenz heißt dies nichts anderes, als dass die gleichen Qualitätsindikatoren, die für die Identifikation von Qualitätsproblemen verwendet werden, nicht gleichzeitig als Indikatoren für besonders gute Qualität fungieren können. Es liegt auf der Hand, dass diese Ableitung nicht nur den Grundannahmen im Methodenpapier des IQTIG widerspricht, sondern auch die gesetzlichen Regelungen in Frage stellt, die folglich energisch hinterfragt werden sollten.

Qualitätsindikatoren mit „Bewertungsfunktion“?

Dem Methodenpapier des IQTIG kann man folgende Definition von Qualitätsindikatoren entnehmen:

*„Die Messung der Qualität medizinischer Versorgung erfolgt grundsätzlich mittels Qualitätsindikatoren. Qualitätsindikatoren sind Konstrukte, die aus Versorgungsdaten (Input) **nachvollziehbare Bewertungen der Versorgungsqualität (Output) ableiten**“ (S. 21, Hervorh. der Verf.).*

Im Methodenpapier werden nachfolgend „drei Komponenten“ erwähnt, die Indikatoren beinhalten sollen (S. 21):

- „*einem konkreten Ziel für die Versorgungsqualität (z.B. „die Häufigkeit von Komplikationen soll möglichst gering sein“),*
- *einem spezifischen Dokumentations- und Messverfahren für das Qualitätsmerkmal (z.B. Spezifikation, Dokumentation, Rechenregel) sowie*
- *einem Bewertungskonzept, das die Zielerreichung bewertet und einen Handlungsanschluss bietet (z.B. Referenzbereich einschließlich Klassifikationsverfahren).“*

Positiv ist hier zu vermerken, dass explizit die Zielorientierung von Qualitätsindikatoren hervorgehoben wird (vgl. Schrappe 2014, S. 68ff und 86ff), und auch die Forderung nach einer genauen Spezifikation ist selbstverständlich nicht zu kritisieren. Allerdings steht die Annahme, zum Begriff des Indikators würde auch ein „Bewertungskonzept“ gehören, nicht im Einklang mit den gängigen Definitionen. Sie basiert auf der sachlich falschen Überzeugung, Indikatoren könnten direkt Qualität messen und insofern einen direkten „Handlungsanschluss“ liefern. Monitoring-Instrumente sind dazu jedoch nicht in der Lage, was allerdings nicht ausschließen soll, dass man aus übergeordneten Gründen an die Ergebnisse der Indikatoren Handlungskonsequenzen knüpft (z.B. wie das Bußgeld bei Geschwindigkeitsüberschreitung in geschlossenen Ortschaften).

Der grundsätzliche Unterschied besteht darin, dass das Methodenpapier impliziert, die „Bewertung“ bzw. der „Handlungsanschluss“ sei aus dem Indikator heraus abzuleiten, während die gängige Position davon ausgeht, dass der Indikator lediglich als Ampel fungiert, die die Aufmerksamkeit auf einen Handlungsbedarf lenkt und eventuell Handlungsoptionen auslöst, die aber extern abgeleitet sind. An dieser Stelle schließt sich die wichtige Diskussion an, ob Indikatoren, die als Monitoring-Instrumente eingestellt sind, eigentlich zur Steuerung auf Systemebene z.B. in P4P-Programmen oder zur Krankenhausplanung verwendet werden können. Dies ist durchaus der Fall, obwohl dies zunächst kontraintuitiv erscheint (keine Messung, „nur“ Monitoring, wie sollen daraus Entscheidungen abgeleitet werden?), denn in anderen Bereichen der Gesellschaft wird dies oft in dieser Weise gehandhabt (z.B. bei Ver- und Geboten). Die Handlungskonsequenzen (z.B. Abschläge) müssen jedoch extern gesetzt werden und können nicht aus

dem Indikator abgeleitet werden, die „Handlungsanschlüsse“ stellen also keine genuine Indikatoreigenschaft dar.

Begriff der Validität nicht auf Indikatoren anwendbar?

Die Ansicht, Indikatoren wären als Instrumente der Qualitätsmessung anzusehen, und die daraus resultierenden Ungenauigkeiten in der Definition von Indikatoren gipfelt letztendlich in einem fragwürdigen und nicht korrekten Verständnis der Validität von Indikatoren. Wie in Abb. 2 im oberen Abschnitt ausgeführt, resultiert ein lineares Messverfahren, wie es im Methodenpapier des IQTIG für Indikatoren angenommen wird, in einem Verständnis von Validität, das sich darauf bezieht, ob das Messergebnis (z.B. Rate postoperativer Wundinfektionen oder Mortalität) richtig wiedergegeben wird (die Reliabilität gäbe in diesem Verständnis die Zuverlässigkeit des Messvorganges wieder).

Verwendet man aber Indikatoren richtigerweise als Monitoring-Instrumente (Abb. 2 untere Hälfte), besteht deren Validität nicht darin, das Indikatorziel richtig zu messen, sondern Anlass für weitere Evaluationsschritte zu geben und damit die Qualität der Leistungserbringung als Einflussfaktor auf deren Varianz zu beschreiben. Die oben ausgeführte Notwendigkeit, Indikatoren hoch-sensitiv einzustellen, bezieht sich also auf deren Reliabilität, nämlich deren Fähigkeit, das Indikatorziel (z.B. Mortalität) richtig zu erkennen. Die Validität entspricht

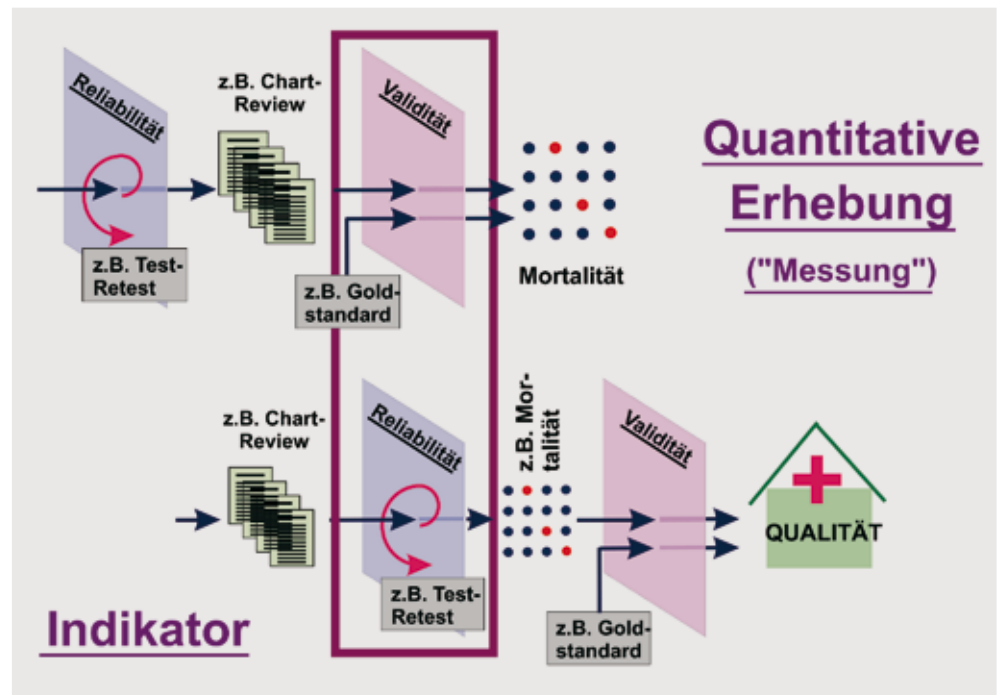


Abb. 2: Die Validität einer linearen Messung (quantitative Erhebung) von Qualitätsparametern entspricht der Reliabilität von Indikatoren (nähere Erklärung s. Text).

dagegen der Fähigkeit, diese Ereignisse mit der Qualität der Leistungserbringung in Zusammenhang zu bringen. Es ist dabei selbsterklärend, dass Indikatoren, die nicht reliabel sind (z.B. Abrechnungsdaten bei nosokomialen Infektionen), nie valide Indikatoren abgeben können (eine defekte Flinte (Reliabilität) kann nicht häufig ins Schwarze treffen (Validität), höchstens per Zufall). Auch lässt sich ableiten, dass Indikatoren, die risikoadjustiert werden müssen, weniger geeignet sind (z.B. weil die Adjustierung nie perfekt ist), Prozessparameter dagegen aber sehr gut mit direkten Konsequenzen verbunden werden können.

Literatur

- Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2017): The Six Dimensions of Health Care Quality, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/talkingquality/create/sixdomains.html>, letzter Zugriff 18.2.2017
- Arah, O.A. (2006), Westert, G.P., Hurst, J., Klazinga, N.S.: A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Qual. Health Care* 18, 5-13
- Berwick, D.M. (2003), James, B., Coyle, M.J.: Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Med. Care* 41, Suppl. 1: 30-8
- Berwick, D.M. (2008): The Science of Improvement. *JAMA* 299, 1182-84
- Bundesärztekammer (2007), Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.), M. Schrappe, R. Klakow-Franck, W. Müller, B. Gibis, M. Brüggemann, M. Kelterbaum (Redaktion): Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement, 4. überarbeitete Auflage, ISSN 0945-1951
- Campbell, S. (2010), Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., Roland, M.: Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *N. Engl. J. Med.* 357, 181-190
- DIN-TERM online, <http://www.din.de/de/service-fuer-anwender/din-termonline>, registrierungspflichtige Datenbank, letzter Zugriff 18.2.2017
- Donabedian, A. (1990): The Seven Pillars of Quality. *Arch. Path. Lab.* 114, 1115-8
- Frosch, D.L. (2010), Härter, M., Simon, D., Mulley, A.G.: Variation und Verteilungsgerechtigkeit. Patientenpräferenzen berücksichtigen. *Dtsch. Aerztebl.* 107, A 2100-4
- Geraedts, M., de Cruppé, W. (2011): Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhausreport 2011. Schattauer, Stuttgart, S. 93-104
- Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century. National Academy Press, Washington
- JCAHO (1991): Primer on Indicator Development and Application, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. One Renaissance Blvd, Oakbrook Terrace, Illinois 60181
- Marshall, M.N., Pronovost, P., Dixon-Woods, M. (2013): Promotion of Improvement as a Science. *Lancet* 381, 419-21
- Schoen, C. (2011), Osborn, R., Squires, D., Doty M., Pierson, R., Applebaum, S.: New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in Eleven Countries Finds That Care is Often Poorly Coordinated. *Health Aff.* 20, 2437-42
- Schrappe, M. (2014): Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schrappe, M. (2016): Vortrag „Indikatorenkonzept und KHSG: neue Anforderungen und Weiterentwicklung“, 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Urania, Berlin, 6.10.2016
- Schrappe, M. (2017): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Impulsvortrag. Tagung „Qualität im Krankenhaus. Fluch und Wirklichkeit?!“ Evangelischer Verbund Ruhr, 5. EVR-Forum, Bochum 15.2.2017
- Sens, B. (2007), Fischer, B., Bastek, A., Eckardt, J., Kaczmarek, D., Paschen, U., Pietsch, B., Rath, S., Ruprecht, T., Thomeczek, C., Veit, C., Wenzlaff, P.: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage. *GMS Med Inform Biom Epidemiol.* 2007;3(1):Doc05
- Wennberg, J.E. (2002), Fisher, E.S., Skinner, J.S.: Geography and the Debate over Medicare Reform. *Health Aff.* 21, Suppl. Web Exclusives, w96-114
- Werner, R.M. (2011), Kolstad, J.T., Stuart, E.A., Polsky, D.: The Effect of Pay-For-Performance in Hospitals: Lessons for Quality Improvement. *Health Aff.* 30, 690-8

So ist ein niedriger Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln immer von einer mangelnden Händedesinfektion gefolgt, ohne dass eine Risikoadjustierung notwendig wäre.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass im Konzept des IQTIG, bedingt durch das Verständnis von Indikatoren als lineare Messinstrumente, die Reliabilität von Indikatoren als Validität fehlinterpretiert wird. Diese Vertauschung begegnet dem aufmerksamen Beobachter im Gesundheitswesen häufig: So wird beklagt, dass sich eine zu hohe Rate von Katheterinfektionen in der QS-Dokumentation bei der näheren Nachprüfung vor Ort als falsch herausgestellt hätte, denn einige Katheterinfektionen seien fehldokumentiert worden (falsch-positiv) – dieser Indikator sei eben „unspezifisch“, also „nicht valide“. Diese häufige Ansicht beschreibt wie unter dem Vergrößerungsglas die ganze Misere, denn niemand fragt nach, ob der Indikator vielleicht trotzdem alle tatsächlich vorliegenden Katheterinfektionen erkannt hat, also (wie verlangt) hoch-sensitiv ist, und dabei eben auch falsch-positive Befunde verursacht hat. Dazu müsste man allerdings hingehen, mit einer Goldstandard-Methode nachzusehen, wie viele Katheterinfektionen tatsächlich im fraglichen Zeitraum vorlagen, und mit den durch die QS-Dokumentation erfassten Zahlen vergleichen. Der Indikator wäre dann von hoher Reliabilität, wenn er alle Infektionen identifiziert hätte, und von hoher Validität, wenn sich z.B. durch ein anschließendes Peer Review-Verfahren herausgestellt hätte, dass diesen Infektionen Qualitätsmängel zugrundeliegen.

Diese grundlegende Unstimmigkeit zur Verwendung der Begriffe Reliabilität und Validität im Methodenpapier ist von schwerwiegenden Konsequenzen gefolgt, denn es erwächst die Schwierigkeit, den Terminus der Validität von Indikatoren positiv zu definieren. Das Methodenpapier versucht diese Situation so zu lösen, dass der Begriff der Validität ganz umgangen wird, und es versteigt sich zu der Ansicht, dass der Begriff der Validität im Gesundheitswesen nicht zu verwenden sei. Unter der Überschrift „Validität und Korrektheit der Berechnungsspezifikation“ heißt es auf S. 95f (Hervorh. der Verf.):

*„Unter der **Validität einer Messung wird das Ausmaß verstanden, in dem der Indikator tatsächlich das abbildet, was er zu messen vorgibt (...). Dieses Kriterium stammt aus der Psychometrie und bezieht sich auf latente, nicht direkt beobachtbare Messgrößen wie etwa Intelligenz oder Persönlichkeitsmerkmale. Auf Qualitätsindikatoren, die direkt messbare Größen abbilden sollen, wie etwa Mortalität, Komplikationsraten oder ähnliches, lässt sich dieses Konzept demnach nicht übertragen. Dies trifft vor allem auf Qualitätsindikatoren zu, die auf der Dokumentation durch die Leistungserbringer oder auf Sozialdaten bei den Krankenkassen basieren. Die Validität der Messung solcher Indikatoren wird im Wesentlichen dadurch bestimmt, dass die Berechnungsvorschrift für den Indikatorwert angemessen und korrekt spezifiziert ist (siehe Abb. 9). Beispielsweise ist der Indikator „Krankenhaussterblichkeit bei Behandlung ambulant erworbener Pneumonien“ nur zu dem Ausmaß valide, zu dem korrekt festgelegt wurde, welche Daten das Merkmal „Sterblichkeit“, den Zeitraum „Krankenhaus-***

The method-paper of IQTIG: no change of course in sight

The first version of the method paper, recently released by the German Institute for Quality and Transparency in Health Care (IQTIG), stays tied to the traditional concept of ex post-quality check and denies modern concepts of continuous quality improvement. Dimensions of quality are reduced to legitimacy and statistical questions, terms as quality assurance and quality indicators are not applied in a correct manner. Patient centeredness is focussed only on outcome, coordination and other process- and structural parameters are not considered. Quality indicators are regarded as direct measures of quality and not (as recommended in the utmost part of national and international documents) as an indirect measure of quality (monitoring), which directs attention on problematic areas for further review. As a striking and remarkable consequence, the term validity of indicators is seen as not applicable to quality issues. The paper needs profound revision.

Keywords

Methods paper IQTIG, quality dimensions, quality control, quality indicator

aufenthalt“ sowie die Nenner-Population des Indikators („Pneumonie“ und „ambulant erworben“) beschreiben.“

Mit anderen Worten, das IQTIG ist der Ansicht, dass der Begriff der Validität, der nach allgemeiner Übereinkunft zentral im Verständnis von Indikatoren ist, für Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen nicht anwendbar sei. Nur der Vollständigkeit halber soll darauf verwiesen werden, dass z.B. im QM-Curriculum der Bundesärztekammer, KBV und der AWMF die Validität von Indikatoren folgendermaßen definiert wird:

„Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium (siehe auch Reliabilität). Nach der Bestimmungsmethode werden verschiedene Gültigkeiten voneinander unterschieden (z.B. Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität etc.)“ (S. 81f).

Die Literatur zur Validität von Indikatoren ist unübersehbar groß. Es sei hier die Formulierung der Joint Commission herausgegriffen (JCAHO 1991): *„Degree to which indicators identify events that merit further review.“*

Im Methodenpapier des IQTIG wird der Begriff der Validität stattdessen ersetzt durch die Spezifizierung des Messwertes. Man kann abschließend nur darauf hinweisen, dass diese hier zutage tretende Ansicht keine Basis für einen sinnvollen Umgang mit der Thematik der Qualitätsindikatoren und generell für die Arbeit mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung darstellt. Wenn die Begriffe der Reliabilität und Validität von Indikatoren nicht zutreffend differenziert werden, und wenn die Ansicht vertreten wird, es gäbe keine sinnvolle Anwendung des Begriffes Validität auf die Arbeit mit Qualitätsindikatoren, verlieren wir uns im deutschen Gesundheitswesen in Bezug auf die Qualitätsfrage in einer Sackgasse. <<

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Internist, Infektiologe, 1996-2001 QM Univ.-Klinik Köln, 2002-05 Vorstandsvorsitzender Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbevollmächtigter Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. Sachverständigenrat Gesundheit, 2001-7 Vorsitzender d. GQMG, 2005-9 Gründungsvorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit, derzeit APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit und Risikomanagement“, Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) Kontakt: matthias@schrappe.com



Dr. P.H. Benigna Brandt, MPH
Ina Roosen MSc OT

Kooperation in der Gesundheitsforschung – Diskussion möglicher Ergebnisvariablen für die Evaluation

Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Veränderungen wie dem demografischen Wandel und dem Phänomen der neuen Morbidität (Thyen 2009: 14) steht das Gesundheitssystem in Deutschland vor neuen Aufgaben. Der Begriff neue Morbidität beschreibt eine Entwicklung von einem Schwerpunkt auf einfache somatische Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung zu einem Anstieg der komplexen chronischen Gesundheitsstörungen in den letzten Dekaden. Die Entstehung ist immer multifaktoriell. Die Therapie ist aufgrund des komplexen und langfristigen Krankheitsverlaufs, der in der Regel somatische und psychische Komponenten umfasst, anspruchsvoll und lediglich von kooperierenden Versorgungsstrukturen zu bewältigen (Schlack 2009: 450). Sowohl institutionelle Rahmenbedingungen als auch therapeutische Behandlungsprogramme müssen auf die aktuellen Versorgungsbedarfe und Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung abgestimmt werden. Mit dieser Herausforderung konfrontiert, fordern nicht nur Leistungserbringer (Schlack 2009: 450, Bundesärztekammer 2010: 27, Ungewitter 2010: 112 ff.), sondern auch Wissenschaft (Sachverständigenrat 2009: 430) und Politik (BMG 2012:66) eine enger verzahnte Versorgungsstruktur. Leistungen sollen niedrigschwellig und bei Bedarf interdisziplinär erbracht werden (BMG 2011:10, 22, 32, 35).

>> Die Gesundheitspolitik in Deutschland ist nun herausgefordert, Richtungen und Ziele vorzugeben, die zum einen handlungsweisend für die Leistungserbringer sind und zum anderen den Bedürfnissen der Bevölkerung gerecht werden. Aktuelle Ziele der Gesundheitspolitik sind daher (Heinrich Böll Stiftung 2013: 9):

1. Eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung
2. Eine Verbesserung der Versorgung (Effektivität)
3. Eine Begrenzung der Versorgungsausgaben pro Kopf (Effizienz)

Der vorliegende Artikel verfolgt die Hypothese, dass diese drei Ziele lediglich mit einem auf Kooperation ausgerichteten Versorgungssystem erreicht werden können (Höppner 2011: 27; Heinrich Böll Stiftung 2013: 7; Riedel-Heller et al. 2014: 53, Bramesfelde et al. 2014: 67; Sachverständigenrat 2007: 41; Bundesärztekammer 2011:8).

Was bedeutet Kooperation in diesem Kontext?

Der Begriff Kooperation wird in der Literatur durch verschiedene Autoren und Autorinnen ähnlich, jedoch mit unterschiedlichen

Zusammenfassung

Interprofessionelles Handeln spielt in der gesundheitlichen Versorgung eine immer bedeutendere Rolle. Vor dem Hintergrund stets komplexer werdender Behandlungsbedürfnisse und therapeutischer Möglichkeiten, sehen sich die professionellen Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem vor der Herausforderung mit kooperativen Ansätzen eine adäquate Versorgung anbieten zu können. Dieser Artikel reflektiert für welche Klientel ein kooperatives Handeln tatsächlich erforderlich ist und mit Hilfe welcher Ergebnisvariablen sich der Mehrwert kooperativen Handelns messen lässt. Hierfür werden aktuelle Studienergebnisse aus den Bereichen der klinischen Forschung, der Versorgungsforschung und den Therapiewissenschaften genutzt, um exemplarisch den möglichen Mehrwert von kooperativem Handeln in Bezug auf verschiedene Variablen zu belegen. Die Ergebnisvariablen gliedern sich in patientenbezogene Ergebnisse, Ergebnisse in Bezug auf die Versorgungsqualität und den Allokationsprozess einer solidarischen Gesundheitssystemfinanzierung. Zentrale Punkte, für die bereits einige Studien einen Mehrwert von kooperativem Handeln zeigen konnten, sind die Therapiemotivation der Klientinnen und Klienten, der Therapieerfolg und die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten sowie der professionellen Akteurinnen und Akteure. Für etliche mögliche Variablen, wie zum Beispiel partizipative Entscheidungsfindung oder die interdisziplinäre Umsetzung von Leitlinien, gibt es bisher keine gesicherten Erkenntnisse.

Schlüsselwörter

Kooperation, interdisziplinäre Versorgung, Versorgungsqualität, Effektivität, Effizienz

Schwerpunkten definiert. Santen und Seckinger sehen Kooperation als „[...] ein Verfahren, [...] bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird“ (Santen, Seckinger 2003: 29). Hier steht also die geregelte Zusammenarbeit im Vordergrund. Die Bundesärztekammer definiert Kooperation als die Abstimmung des eigenen Arbeitsverhaltens mit dem Arbeitsverhalten anderer unter Berücksichtigung eines gemeinsamen Ziels (Bundesärztekammer 1994: 2).

Für den Kontext dieses Artikels sind beide Sichtweisen relevant. Bei der Kooperation verschiedener Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen geht es um eine geregelte Zusammenarbeit, aber auch um die Absprache von gemeinsamen Zielen und die Ausrichtung der eigenen Arbeitsschritte in Anlehnung an ein zuvor gemeinsam definiertes Ziel. Aktuelle Publikationen betonen sowohl die Partizipation der Betroffenen, als auch eine adäquate Nutzung externer Evidenz als primär richtungsweisend für die Definition der individuellen Versorgungsziele (Körner, Wirtz 2013: 2). Die Schlüsselwörter in diesem Kontext sind shared decision making, also die partizipative Entscheidungsfindung zusammen mit den Patienten in Bezug auf Diagnostik und Therapie (Quaschnig 2012: 168) und Evidenz Based Practice (Tomlin, Dougherty 2014: 15).

Dies bezieht sich auf die Entwicklung und Implementierung therapeutischer Methoden auf der Basis interner und externer Evidenz. Die interne Evidenz kann durch den Behandelnden durch die Erhebung individueller Lebensumstände des Patienten generiert werden und zusammen mit externer Evidenz, also der Reflektion der fallspezifischen Einzelheiten, als Grundlage für Entscheidungsprozesse im Rahmen der Behandlung genutzt werden (Tomlin, Dougherty 2014: 14). Sind bei der Behandlung eines komplexen Falls mehrere Fachdisziplinen eingebunden (z.B. Medizin, Psychotherapie, Pflege, Gesundheitsfachberufe etc.) erfordert dies ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft, um ein ideal verzahntes Versorgungsangebot erbringen zu können (Brandt 2014: 170 ff).

Die Kooperation der verschiedenen Akteurinnen und Akteure, setzt

eine Vernetzung der Versorgungsstrukturen voraus (Ungewitter et al. 2010: 113). Vernetzung bezeichnet das Ineinandergreifen von Arbeitsstrukturen, was zu einer Reduzierung der Trägerautonomie führt (Bundesärztekammer 1994: 3). Kooperation bei der Gesundheitsversorgung kann in verschiedenen Bereichen stattfinden:

- Zwischen Berufsgruppen (interdisziplinär oder interprofessionell)
- Zwischen Institutionsformen z.B. stationär, ambulant (interinstitutionell)
- Zwischen Versorgungssegmenten innerhalb einer Versorgungssäule z.B. Leistungen des SGB V (multimodal)
- Zwischen Versorgungsbereichen aus unterschiedlichen Versorgungssäulen z.B. Leistungen des SGB V, SGB XI, SGB II, SchulG (intersektoral)

Neben den fachspezifischen und institutionellen Kooperationschnittpunkten ergeben sich auch Schnittstellen, die aufgrund von verschiedenen Finanzierungstöpfen entstehen. Professionelle Akteurinnen und Akteure, die in der gleichen Einrichtung tätig sind, können durch unterschiedliche Kostenträger finanziert werden. Die wichtigsten Kostenträger im Kontext der kooperativen Gesundheitsversorgung sind:

- Die Gesetzliche Krankenversicherung (auf Basis des SGB V)
- Die private Krankenversicherung (privatwirtschaftlich organisiert)
- Bundesagentur für Arbeit (SGB II)
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)
- Träger der Kriegsopferversorgung (BVG und SVG)
- Träger der Unfallversicherung (SGB VII)
- Träger der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
- Träger der Sozialhilfe (SGB XII)
- Träger der Pflegeversicherung (SGB XI)

Für welche Versorgungsbereiche ist das Thema Kooperation besonders wichtig?

Welche vulnerablen Gruppen sind betroffen? Der Bedarf an Kooperationsfähigkeit steigt mit der Komplexität des Falls (Sachverständigenrat 2009: 27). Bei einfachen Versorgungsbedarfen, reicht oft auch eine monodisziplinäre Behandlung, um eine ideale Versorgungsqualität unter Berücksichtigung einer partizipativen Entscheidungsfindung zusammen mit der Klientin oder dem Klienten zu erreichen. Mehr Kooperation sollte also nicht grundsätzlich als Gießkannenprinzip gefordert werden. Ein Mehr an Kooperation ist dort notwendig, wo sich neue Versorgungsbedarfe ergeben haben, die vorwiegend durch eine Langfristigkeit der Erkrankung und durch eine Kombination von Versorgungsbedürfnissen in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Arbeit, Selbstversorgung, Freizeit) zu Stande kommen.

Komplexe Versorgungsfragen sind vor allem bei bekannten vulnerablen Gruppen zu erwarten. Diese sind insbesondere (Sachverständigenrat 2009: 28 ff.):

- Frühgeborene
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit wenig personellen Ressourcen
- Kinder und Jugendliche mit multiplen Versorgungsbedarfen, insbesondere während der Transition vom Jugendalter in das Erwachsenenalter
- Menschen mit starken psychischen Erkrankungen
- Menschen mit komplexen chronischen Erkrankungen (z.B. metabolisches Syndrom)
- Multimorbide Ältere

Zwischenfazit

Um auf der Grundlage von evidenzbasierter Praxis möglichst partizipativ Handeln zu können, müssen Forschungsergebnisse deutlich den Einfluss von kooperierendem Handeln identifizieren können. Bisher wurde keine Übersichtsarbeit zu dieser Fragestellung erstellt. Ziel des Artikels ist es daher Ergebnisvariablen für die Evaluation von Kooperation bei der gesundheitlichen Versorgung aus aktueller Literatur der Forschung in den Gesundheitsberufen, aus dem Bereich Public Health und der Versorgungsforschung zusammenzuführen und hier gebündelt darzustellen.

Mögliche Ergebnisvariablen

Nachfolgend werden mit Hilfe der Systematik der drei Handlungsziele des Gesundheitswesens mögliche Ergebnisvariablen diskutiert, die für die Evaluation der jeweiligen Ziele genutzt werden könnten.

Für das erste Ziel „Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung“

Dies ist ein „patient related outcome“, also ein Ziel, das sich auf die Ergebnisse richtet, die im Zusammenhang mit der einzelnen Patientin oder dem einzelnen Patienten stehen.

Durch objektiv messbare Kennzahlen können diese Ergebnisse teilweise operationalisiert werden. Diese Variablen gelten bisher im Rahmen von Allokationsentscheidungen als harte Fakten. Vor dem Hintergrund einer stärkeren Einbeziehung der Klientinnen und Klienten in den Versorgungsprozess erlangen auch subjektive Wahrnehmungen der Klientinnen und Klienten zunehmend mehr Gewicht für eine Bewertung der Versorgungsqualität.

Um eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im Zusammenhang mit der Variable Kooperation bei der gesundheitlichen Versorgung bewerten zu können, sind die folgenden Ergebnisvariablen nutzbar: Für den Bereich der Prävention lässt sich die Ergebnisvariable Prävalenz bzw. abnehmende Prävalenz einer Erkrankung nutzen, um den positiven Effekt von kooperativem Handeln zeigen zu können. Hierbei müsste eine präventive Intervention, die kooperative Strukturen nutzt, einer präventiven Intervention ohne kooperative Strukturen in Bezug auf eine Senkung der Prävalenz überlegen sein. Für den Bereich der Prävention gilt, stärker als im Rahmen therapeutischer Interventionen, dass ein partizipatives und somit kooperatives Vorgehen präferiert wird. Zentral sind hierbei die Ansätze der Verhältnis- und der Verhaltensprävention. Fokus und Zielsetzung von Verhältnisprävention ist per Definition eine interdisziplinär geplante Maßnahme, die in einem spezifischen Setting (z.B. Schule, Wohnbezirk, etc.) geplant wird. Bei der Bewertung der präventiven Maßnahme kann der Grad der Partizipation der Zielgruppe als Qualitätsmerkmal genutzt werden (Wright 2013: 152). Auch für Maßnahmen der Verhaltensprävention gilt, dass sich hier eine starke Partizipation der Zielgruppe als Qualitätskriterium etabliert hat (Preußner 2003: 167). Kombiniert man Maßnahmen für Verhältnis- und Verhaltensprävention und beteiligt hierbei die Personen der spezifischen Zielgruppe bei der Konzeption und Durchführung der Maßnahme, so wirkt sich dies positiv auf die gewünschten Gesundheitsergebnisse aus. Als Beispiel für die berufliche Prävention konnte Treier zeigen, dass die Arbeitsfähigkeit einer Belegschaft durch ein solches Vorgehen besser erhalten werden kann, als ohne Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention und eine hiermit verbundene Beteiligung der Belegschaft (Treier 2015: 36).

Vergleichbar zum präventiven Setting gilt für die Kuration, dass eine kooperative Intervention einer nicht kooperativ durchgeführten

Intervention in Bezug auf die Senkung der Mortalitätsraten der betreffenden Krankheit, überlegen ist. Andere harte Ergebnisvariablen in diesem Kontext sind die Anzahl der healthy life years, sowie ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer Erkrankung bzw. Rehabilitation. Die MeeR Studie (Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung), die im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführt wurde, konnte zeigen, dass der Erfolg eines Rehabilitationsprozesses in engem Zusammenhang steht mit der Intensität, der Kooperation innerhalb eines Reha-Teams (Stamer et al. 2014: 279). Je intensiver die verschiedenen Berufsdisziplinen während des Reha-Prozesses zusammenarbeiteten, desto erfolgreicher konnten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach Abschluss der Behandlung entlassen werden (ebenda: 279).

Dies war unter anderem dadurch bedingt, dass interdisziplinär arbeitende Teams die Therapieziele klientenzentriert erarbeiteten, wodurch die Therapiemotivation stieg (ebenda: 279). Auch der im interdisziplinär gut funktionierenden Team kommunizierte Respekt für andere Berufsprofessionen und somit Kolleginnen und Kollegen, wirkte sich positiv auf die Therapiemotivation der Klientinnen und Klienten aus und steigerte somit den Therapieerfolg (ebenda: 280).

Neueste Studien nutzen zunehmend die Patientenzufriedenheit als Ergebnisvariable. Um diese subjektive Messgröße erfassen zu können, gibt es inzwischen national und auch international mehrere Instrumente, deren Validität ermittelt wurde (Quaschnig 2013: 166; Schlack 2009: 20). Körner et al. konnten zeigen, dass das Instrument „Internal Participational Scale“ (IPS) sowohl für die Überprüfung der Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten als auch der Professionellen genutzt werden kann (Körner 2013: 10). Hierüber hinaus war ein Zusammenhang zwischen dem Anstieg an Zufriedenheit (in Bezug auf die Behandlung) von Klientinnen und Klienten und Professionellen bei kooperativem Handeln zu beobachten (Körner 2014: 8; Quaschnig 2013: 173).

Für die Perspektive der patientenbezogenen Ergebnisqualität spielen zwei weitere Punkte eine wichtige Rolle. Zum einen das „Shared Decision Making“, also eine partizipative Entscheidungsfindung, wobei die Klientinnen und Klienten als Partnerinnen und Partner bei der eigenen Behandlungsplanung mit einbezogen werden. Zum anderen das Thema „Health Literacy“, also das individuelle Wissen über gesundheitsrelevante Themen. Beides ist eng miteinander verwoben und aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht als best practice anzustreben. Bisher gibt es keine Erkenntnisse darüber, ob die Art und Weise oder die Intensität von kooperativem Handeln der professionellen Akteurinnen und Akteure Auswirkungen auf diese Ergebnisvariablen hat. Dies sollte in zukünftigen Studien erforscht werden.

Für das zweite Ziel „Verbesserung der Versorgung“

Dies ist ein „intervention related outcome“, also ein Ergebnis von Versorgung, das sich auf die Qualität der geleisteten Intervention bezieht. Qualität kann hier definiert werden, als die beste mögliche Passung von individuellem Versorgungsbedürfnis der Klientin oder des Klienten und der geleisteten Intervention. Die Qualität dieser zu leistenden Aufgabe kann an mehreren Stellen beurteilt werden. Um Ergebnisvariablen für diesen Kontext zu definieren, lassen sich folgende Richtfragen an den Versorgungsprozess formulieren:

- Wurde der individuelle Versorgungsbedarf adäquat erhoben? (Dies lässt sich vor allem aus der Klient/innen-Perspektive beurteilen; vergleiche hierzu den vorangegangenen Abschnitt)
- Wurde der individuelle Versorgungsbedarf, also die interne Evidenz

adäquat mit externer Evidenz aus qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Quellen abgeglichen?

- Gibt es für die Behandlung des vorliegenden Versorgungsbedarfs eine Leitlinie? Ist diese mit Hilfe von aktueller, qualitativ hochwertiger wissenschaftlicher Literatur erarbeitet? Findet sich zudem interdisziplinäres Handeln als Leistungsbeschreibung in der Leitlinie? Wurde die Leitlinie hierfür möglichst durch ein interdisziplinäres Team von Professionellen erarbeitet?
- Ist der oder die Leistungserbringer/in nach Abschluss der Behandlung zufrieden mit seiner Leistung?
- Wie wird die Qualitäts- bzw. Patientensicherheit in den Behandlungsprozess integriert?

Zunahme von evidenzbasierter Versorgung

In den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde das Thema evidenzbasiertes Handeln für die medizinisch-therapeutischen Berufe erstmals aktuell. Bisher gibt es unaufhaltsam Versuche, die externe Evidenz für Behandlungsinterventionen mit Hilfe klinischer Studien zu evaluieren. Gegenwärtig wird im Spektrum der Versorgungsforschung die Passung evidenzbasierter Interventionen außerhalb des klinischen Versuchs untersucht. Ziel von Versorgungsforschung ist es also herauszufinden, wie gut Interventionen, die in klinischen Test erprobt wurden, im täglichen Versorgungssetting einsetzbar sind. In Bezug auf die Versorgungsqualität ist schließlich fundamental, ob die angewandten Interventionen nicht nur im Laborsetting, sondern auch in vivo die gewünschten positiven Erfolge verzeichnen können. Hierfür sind zwei Faktoren wichtig. Zum einen müssen den Klinikern aktuelle und sauber durchgeführte Studien, die den Faktor der Interdisziplinarität mit berücksichtigen vorliegen. Zum anderen müssen diese in der Lage sein, geeignete Evidenz zu suchen, zu bewerten und auch bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten anzuwenden. Riedel-Heller et al. konstatieren hierzu, dass aktuell noch ein starker „transitional gap“ also eine Evidenz-Praxis-Lücke zu verzeichnen ist (Riedel-Heller 2014: 53). Dies deckt sich mit der Analyse von Tomlin und Dougherty, die die Nutzung von externer Evidenz durch Gesundheitsfachberufler im Rahmen einer Übersichtsarbeit beschrieben haben (Tomlin 2014: 13-19).

Interdisziplinäre Erarbeitung von Leitlinien, die kooperatives Handeln beschreiben

Medizinerinnen und Mediziner können sich in Deutschland seit den 90er Jahren bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten an medizinischen Leitlinien orientieren (Kirchner et al. 2003: 74). Diese werden auf der Basis aktueller Studienerkenntnisse formuliert und durchlaufen einen komplexen Qualitätszirkel, bis sie zum Einsatz kommen. Federführend hierbei sind die Interessenvertretungen Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassenversicherungen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin).

Für die Erarbeitung der Leitlinien wurde 2013 ein Qualitätsstandard entwickelt, der sich an internationalen Anforderungen für Leitlinien orientiert. Es entstand das Deutsche-Leitlinien-Bewertungs-Instrument (DELBI) (ebenda). Das DELBI enthält den Aspekt der Interdisziplinarität als Qualitätskriterium. Es ist gefordert, dass alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie betroffene Klientinnen und Klienten bei der Erarbeitung einer Leitlinie mitarbeiten. Ein kooperatives Arbeiten in Bezug auf die medizinische Versorgung ist nicht explizit gefordert (ebenda). Hier bleibt zu klä-

ren, für welche Indikationen eine kooperative Versorgung in den Leitlinien integriert sein sollte.

Da die definierten Standards für die Inklusion wissenschaftlicher Studien in die Leitliniengestaltung derzeit eher quantitative Studien bevorzugen, fließen bei der Erarbeitung von Leitlinien nur wenige wissenschaftliche Erkenntnisse aus den Bereichen der Versorgungsforschung, der Pflegeforschung und der Therapieforschung ein, in den sowohl quantitative als auch qualitative Studiendesigns genutzt werden, um Forschungsfragen adäquat zu klären (ebenda).

Auch für die Evaluation bestehender Leitlinien hat sich bisher keine interdisziplinäre Praxis entwickelt, vielmehr wird dieser Arbeitsbereich durch die engagierten Interessenvertreter und -vertreterinnen bisher von einem medizinischen Berufsparadigma dominiert.

Qualitäts- und Patientensicherheit

Für die Qualitäts- und Patientensicherheit steht per Definition fest, dass ein Fehlermanagement, das einen systembezogenen Fokus hat und nicht auf die Fehler einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fokussiert ist, effektiver funktioniert (Barth 2009: 15). Teamarbeit und kooperatives Handeln sind also immer ein Teil der systembezogenen Fehleranalyse zur Steigerung der Patientensicherheit (Hoffman et al. 2010: 96). Fazit ist demnach, dass eine gut funktionierende Kooperation der Teambeteiligten eine größtmögliche Qualitäts- und Patientensicherheit garantiert (ebenda). Gleichwohl gibt es bisher keine empirischen Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Art, Weise und Intensität der Kooperation der professionellen Akteurinnen und Akteure sowie der Qualitäts- und Patientensicherheit untersucht haben.

Für das dritte Ziel „Begrenzung der Versorgungsausgaben pro Kopf“

Hierbei handelt es sich um eine Entscheidung über eine gerechte Allokation der Mittel im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Da sich die Ausgaben in diesem Versorgungssystem nicht einzig durch Verfügbarkeit und Bedürftigkeit regulieren, muss überlegt werden, welche Parameter dazu geeignet sind, um eine gerechte Allokation der Mittel zu regeln. Pfaff et al. schreiben hierzu, dass neben der klinischen Forschung auch die Versorgungsforschung berücksichtigt werden soll, um nicht nur „efficacy“, also die Wirksamkeit einer Maßnahme unter klinischen Bedingungen, sondern auch ihre „effectiveness“, also ihre Alltagswirksamkeit zu bestimmen (Pfaff et al. 2011: 2497).

Basis einer gerechten Allokation ist auf der einen Seite eine möglichst genaue Bestimmung der Therapiebedürftigkeit der Versicherten auf der Basis evidenzbasierter Diagnoseverfahren. Auf der anderen Seite steht dem gegenüber eine Intervention mit der größtmöglichen „effectiveness“. Da die Versorgungsforschung eine noch relativ junge Disziplin ist, liegen für die Alltagswirksamkeit vieler therapeutischer Interventionen noch keine Erkenntnisse vor. Pfaff et al. weisen darauf hin, dass diese Studienergebnisse lediglich interdisziplinär, unter Einbezug aller relevanten Akteurinnen und Akteure, die bei der gesundheitlichen Versorgung eingebunden sind, erarbeitet werden können. Eine gute Versorgungsforschung ist demnach nur interdisziplinär umsetzbar, untersucht gleichzeitig interdisziplinäres Handeln und greift auf Grundlagen der jeweiligen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den Bereichen der evidenzbasierten Medizin, Pflege und Therapiewissenschaften zurück.

In wie weit interdisziplinäres Handeln im Vergleich zu monodisziplinärem Handeln kostensenkend wirken kann, bleibt in zukünftigen

Studien der Versorgungsforschung zu klären.

Fazit

Bei der medizinisch-therapeutischen Versorgung von Klientinnen und Klienten mit komplexen Versorgungsbedürfnissen, ist eine interdisziplinäre Arbeitsweise der professionellen Akteurinnen und Akteure sinnvoll und notwendig. Dies lässt sich an verschiedenen Messgrößen zeigen. Ist die Notwendigkeit einer interdisziplinären Behandlung gegeben, wirkt sich die Umsetzung hiervon auf sowohl das individuelle Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten als auch auf die Zufriedenheit der Behandelnden aus. Dies konnte in diesem Artikel mit Hilfe von verschiedenen Studien gezeigt werden.

Auch die Qualität der Behandlung, gemessen z.B. an der Arbeitsfähigkeit der Klientinnen und Klienten nach Abschluss einer Reha-Maßnahme, wird positiv durch eine interdisziplinäre Arbeitsweise beeinflusst.

Für den finanziellen Nutzen für die Kostenträger einer interdisziplinär erbrachten Behandlung gilt, dass eine gute interdisziplinäre Koordination von medizinisch-therapeutischen Leistungen Doppelbehandlungen vermeidet und die Behandlungsdauer der Klientinnen und Klienten verkürzen kann. Schließlich wirkt sich die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten im Rahmen einer gut erbrachten, interdisziplinären Leistung auf die Heilungschancen und die Heilungsgeschwindigkeit aus. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass auch die Klientinnen und Klienten selbst im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung als Teil des Behandlungsteams einbezogen werden sollten.

Empfehlungen für die Praxis

Praktikerinnen und Praktiker der medizinisch-therapeutischen Versorgung sind weiterhin aufgefordert die Evidenz-Praxis-Lücke zu schließen. Dies bedeutet, gute, evidenzbasierte Versorgung zu etablieren. Grundlage hierfür muss umfangreiche Versorgungsforschung sein, die sowohl die monodisziplinären Versorgungsrealitäten als auch interdisziplinäres Handeln berücksichtigt. Gerade bei der Versorgung von den o.g. vulnerablen Gruppen sollte eine gute, evidenzbasierte und interdisziplinäre Versorgung in Zukunft Standard sein. Konzepte der integrierten Versorgung, Disease Management Programme und Leitlinien sollten in Zukunft nicht nur interdisziplinär umgesetzt, sondern auch interdisziplinär erarbeitet werden. Um eine adäquate Methodenkompetenz für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu erlangen, wäre eine Einbettung dieses Themas bereits in die Ausbildungs- und Studiengänge der medizinisch-therapeutischen Praktikerinnen und Praktiker sinnvoll.

Empfehlungen für weitere Studien

Kooperatives Handeln wurde in diesem Artikel eingegrenzt auf den Kontext, der 1. auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, 2. auf die Qualität der Versorgung und 3. auf die Begrenzung der Versorgungsausgaben pro Kopf zielt. Zusätzlich wurde betont, dass eine intensive Kooperation lediglich bei komplexen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen anzustreben ist. Das Praxisfeld für kooperatives Handeln bei der gesundheitlichen Versorgung und auch der Fokus auf das betrachtete Feld, bleibt damit jedoch so breit, dass weitere Einzeluntersuchungen und auch Übersichtsarbeiten notwendig sind, um die Frage, in wie weit Kooperation sich messbar auswirkt, abschließend

Literatur

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, <http://www.aezq.de/> (Zugriff: 15.09.15), Leitlinien, <http://www.leitlinien.de/> (Zugriff: 15.09.2015)
- Barth, S. (2009). Aus Fehlern lernen – Schwachstellen im System rechtzeitig erkennen, Berliner Ärzte, Vol. 1
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2011). Gesundheitsziele.de – Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele, BMG Berlin
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“, BMG Berlin
- Bramesfeld, A., Schäfer, I., Stengler, K., Schomerus, G. (2014). Impulse für die Versorgungsforschung: Was folgt aus der DGPPN S3-Leitlinie zu psychosozialen Therapie? In: Psychiatrische Praxis 2014, 41: 65-67
- Brandt, B. (2014). Kooperation der beteiligten Akteur/innen/e bei der Regelversorgung von verhaltensauffälligen Kindern in Berlin, opus4.kobv.de/opus4-tuberlin/files/5305/brandt_benigna.pdf (Zugriff: 30.06.2015)
- Bundesärztekammer (1994). Kooperation der Fachberufe im Gesundheitswesen, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.17.3619.3884&all=true> (Zugriff 29.06.2015)
- Bundesärztekammer (2010). Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer – Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen, Bundesärztekammer, Berlin
- Bundesärztekammer, B. Ä. K. (2011). Broschüre.
- Elwyn, G., Edwards, A. G., Kinnersley, P. (2003). Shared decision-making in der medizinischen Grundversorgung: die vernachlässigte zweite Hälfte der Beratung In: Scheibler, F., Pfaff, H. Hrsg. Shared Decision Making - Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Juventa Materialien, Weinheim: Beltz Juventa, S. 55-68.
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G., Icks, A., Klinkhammer-Schalke, M., Nellessen-Martens, G., Neugebauer, E.A.M., Ohmann, C., Schrappe, M., Selbmann, H.-K., Stemmer, R. (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch Med Wochenschr, 136(48), 2496-2500
- Heinrich Böll Stiftung (2013). Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. – Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung, Schriften zu Wirtschaft und Soziales Band 11, Heinrich Böll Stiftung Berlin
- Hoffmann, B., Rohe, J. (2010). Patientensicherheit und Fehlermanagement – Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 6
- Höppner, H. (2011). Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“, Ergotherapie und Rehabilitation 50. Jg., 2011, Nr. 11: 27-28
- Kirchner, H., Fiene, M., Ollenschläger, G. (2003). Bewertung und Implementierung von Leitlinien, Rehabilitation 42, S. 74-82
- Körner, M., Göritz, A., S., Bengel, J. (2014). Health professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction, International Journal Of Health Professions, Volume 1, Issue 1, 2014 Pages 5-12
- Körner, M., Wirtz, M. (2013). Development an psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective, BMC Health Service Research 2013:374 www.biomedcentral.com/1472-6963/13/374 (Zugriff: 22.07.2015)
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G., Icks, A., Klinkhammer-Schalke, M., Nellessen-Martens, G. et al. (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme, Dtsch Med Wochenschr 2011, 136: 2496-2500, Thieme Verlag, Stuttgart New York
- Preußner, I. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation, Eine qualitative Studie zu den individuellen Voraussetzungen für eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln. Diss. Univ. Hamburg
- Quaschnig, K., Körner, M. & Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. Patient Education and Counseling, 91(2), 167-175.
- Quaschnig, K., Körner, M., Wirtz, M. (2012). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach, PEC patient education and counseling, the leading international journal for communication in health care, Volume 92, Issue 2, Pages 167-175
- Riedel-Heller, S., Schomerus, G., Gühne, U., Becker, T. (2014). Schwer psychisch Kranke mit psychosozialen Therapien besser versorgen. Eine aktuelle DGPPN-S3 Leitlinie gibt Impulse für die Versorgung und Versorgungsforschung. In: Monitor Versorgungsforschung 2014, 6: 51-54
- Robert Bosch Stiftung (2011). Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache, 16, 6339.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Gutachten 2009 – Koordination und Integration Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Deutscher Bundestag Drucksache, 16, 13770.
- Schlack, H. (2009). Kooperation in der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche, In: In: Schlack, H., Thyen, U. van Kries, R. (Hrsg.) (2009) Sozialpädiatrie – Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag, Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Stamer, M., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Meyer, T. (2014). MeeR Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung, Abschlussbericht, Medizinische Hochschule Hannover (Zugriff: 14.09.2015) www.mh-hannover.de/epi_reha_meer.html
- Thyen, U. (2009). Vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Krankheit und Gesundheit, In: Schlack, H., Thyen, U. van Kries, R. (Hrsg.) (2009). Sozialpädiatrie – Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag, Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Tomlin, G. S., Dougherty, D. (2014). Decision-Making and Sources of Evidence in Occupational Therapy and Other Health Professions. Evidence Informed Practice, International Journal of Health Professions. Volume 1, Issue 1, pp. 13–19
- Treier, M., (2015). Betriebliches Arbeitsmanagement – mehr als nur Gesundheitsförderung, Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Ungewitter, C., Böttger, D., Choucair, B., El-Jurdi, J., Gockel, T., Hausner & Bramesfeld, A. (2010). Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestruktur und Kooperation der Leistungserbringer: Abschlussbericht des Forschungsprojektes im Rahmen der Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung. Leipzig: Universität Leipzig.
- Van Santen, E., & Seckinger, M. (2003). Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis: eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Leske und Budrich. [32].

klären zu können. Dieser Artikel diskutiert mögliche Ergebnisvariablen, die teilweise in einzelnen Studien genutzt wurden. Zwischen anderen Ergebnisvariablen, wie z.B. partizipative Entscheidungsfindung oder Kosteneffizienz ist bisher kein Zusammenhang zu kooperativem Handeln bei der Gesundheitsversorgung belegt. Um die formulierten gesundheitspolitischen Ziele erfolgreich zu erreichen, ist eine Verifikation des Zusammenhangs der diskutierten Variablen unbedingt erforderlich, um im weiteren Verlauf therapiewissenschaftliche Studien bzw. Untersuchungen der Versorgungsforschung durchführen zu können, die valide Variablen bei der Erforschung von Kooperation nutzen. Letztlich kann nur so ein Mehrwert von kooperativem Handeln bei der Gesundheitsversorgung auch wissenschaftlich abgebildet werden. <<

Autorenerklärung

Dr. Benigna Brandt und Ina Roosen haben diesen Beitrag als Mitarbeiterinnen der Hochschule Gesundheit in Bochum verfasst. Der vorliegende Artikel wurde ohne finanzielle Unterstützung erstellt.

Possible outcome measures for the evaluation of the context component of (interdisciplinary) cooperation in medical care

Multi professional health care plays a more and more important role in the German care system. The rising complexity of care requests and interventional possibilities challenges the professional care giver to develop complex and multi professional intervention programs. This paper reflects which clients can benefit from a cooperative care system and which out- come measurements could be used to measure the benefit of a cooperative approach.

To identify possible out-come measurements contemporary research papers will be used. Patient related, outcome related as well as cost-benefit relationship outcomes will be pointed out. For some out-come measurements there are already research results in relation to cooperative care systems, which will be mentioned in this paper. These are namely therapy motivation of the clients, success of rehabilitation interventions und satisfaction of clients and care givers. For various variables there is no knowledge yet. These are for example shared decision making, interdisciplinary development and implementation of guidelines...

Keywords

cooperation, interdisciplinary care, quality of care, efficacy, efficiency

Dr. P.H. Benigna Brandt, MPH

ist Ergotherapeutin und Gesundheitswissenschaftlerin. Sie arbeitet als Dozentin in der Aus- und Weiterbildung. Als Wissenschaftlerin betätigt sie sich unter anderem in der AG Qualitative Methoden des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung. Zuletzt war sie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum als Vertretungsprofessorin beschäftigt.

Kontakt: BenignaBrandt@googlemail.com



Ina Roosen MSc OT

verfügt über langjährige Erfahrungen in der interprofessionellen Versorgung von Klient*innen. An der Hochschule Osnabrück und an der HAWK Hildesheim lehrt sie interprofessionelle Module in den Bachelorstudiengängen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Zurzeit ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studienbereich Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

Kontakt: Ina.Roosen@hs-gesundheit.de



Prof. Dr. med. Franz Porzsolt
Rauph Aliew

Versorgung auf dem Prüfstand: Eine empirische Analyse der Versorgungsqualität von Parkinson-Patienten

Die Versorgungsforschung hat in der letzten Dekade an Bedeutung gewonnen, weil zunehmend klar wird, dass die Mehrzahl der wissenschaftlich begründeten Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung auf Daten beruhen, die unter den Idealbedingungen einer experimentellen Studie durchgeführt wurden. Diese Idealbedingungen ermöglichen den Nachweis der ‚efficacy‘, was bedeutet, dass ein erwarteter Effekt sehr wahrscheinlich durch die Intervention bewirkt wurde, die als Ursache dieses Effekts vermutet wird. Unter diesen idealen Bedingungen lässt sich aber nicht prüfen, ob der als efficacy nachgewiesene Effekt auch unter Alltagsbedingungen induziert werden kann (effectiveness), wenn die natürlich auftretenden Störfaktoren (confounder) wie z.B. Komorbidität oder Therapien wegen Begleiterkrankungen, nicht ausgeschlossen werden können. Die Unterschiede der Methoden zum Nachweis von efficacy und effectiveness wurden beschrieben (Porzsolt et al. 2015). Um verlässliche Versorgungsentscheidungen treffen zu können, sind aber Informationen zu Effekten erforderlich, die unter Alltagsbedingungen auftreten. Lancet hat das bedeutende Problem der Überversorgung, das uns in der nächsten Dekade begleiten wird (Berwick 2017; Brownlee et al. 2017) aufgegriffen. Dieses Problem kann ohne Darstellung der Versorgungsrealität (unter Alltagsbedingungen) weder quantifiziert noch gelöst werden.

>> Die Versorgungsrealität kann zum einen auf der Ebene einzelner Interventionen, z.B. einer Mono-Therapie, aber auch auf der Ebene von komplexen Versorgungsstrategien, z.B. eines operativen Eingriffs, der aus zahlreichen einzelnen Interventionen besteht, bewertet werden. Auf der ersten Ebene kann zwischen efficacy und effectiveness differenziert werden. Auf der zweiten Ebene sind vergleichende Bewertungen weder der efficacy noch der effectiveness möglich, weil es nicht möglich ist, verschiedene Strategien zu randomisieren oder zu stratifizieren. Die Randomisation scheidet an der praktischen Umsetzbarkeit verschiedener Strategien an derselben Institution; eine Stratifikation von Strategien ist wegen der vielfachen Unterschiede unrealistisch. Ohne eines der beiden Hilfsmittel lässt sich aber mit den bisher verfügbaren Methoden keine vergleichende Analyse durchführen. Deshalb ist die Bewertung der Versorgungsrealität auf der zweiten Ebene meist auf eine Beschreibung von Vorteilen und Mängeln aus der Perspektive des Beurteilers begrenzt.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag haben wir durch eine Gruppendiskussion mit Parkinson Patienten (n=20) und deren Angehörigen (n=10) eine empirische Analyse zur Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitssystem durchgeführt. Eine Reihe belastender aber vermeidbarer Probleme konnte identifiziert werden z.B. der häufige Wechsel von wirkstoffgleichen Arzneimitteln, der mit Einstellungsproblemen und Verwechslungen einhergeht, die unzureichende Teilbarkeit von Tabletten und die deutlichen Informations- und Kommunikationsprobleme bei fachübergreifender Versorgung. Die Ergebnisse bestätigen die Eignung dieses Verfahrens zur Erhebung bedeutender, krankheitsspezifischer Informationen zu bewährten und zu verbesserungswürdigen Versorgungsaspekten. Die Methode ist einfach umsetzbar und eignet sich für die Bewertung von komplexen Strategien, bei welchen aus methodischen Gründen weder die Wirkung unter Idealbedingungen (efficacy) noch deren Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness) in vergleichenden Untersuchungen bestätigt werden kann.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Versorgungsqualität, Methode, empirische Analyse, M. Parkinson

Das vorliegende Projekt betrifft die Bewertung auf der zweiten Ebene. Es wird eine Methode vorgestellt, mit der die Alltagstauglichkeit einer Versorgungsstrategie auf den Prüfstand gestellt wird, indem bewährte und nachzubessernde Aspekte der Versorgung von den betroffenen Patienten mit Morbus Parkinson und deren Angehörigen berichtet und mögliche Lösungen erwogen werden. Die Krankheitsspezifität der Aussagen lässt sich prüfen.

Methode

Unter dem Titel „Versorgung auf dem Prüfstand“ haben wir Betroffene (Patienten mit Morbus Parkinson) und deren Angehörige zu einer Diskussionsrunde eingeladen, um diesen Personen die Möglichkeit zu bieten, Aspekte der Versorgung zu benennen, die sich aus der Sicht dieser Befragten bewährt haben oder nachgebessert werden sollten. Für die mögliche Nachbesserung wurden Vorschläge diskutiert. Die zweistündige Veranstaltung fand auf dem Vöhlinschloss in Illertissen statt. Die auf 30 Personen begrenzte Teilnehmerzahl (20 Patienten, 10 Angehörige) kamen aus der Region oder wurden über regionale Selbsthilfegruppen eingeladen.

Vier Teile der Veranstaltung

Der erste Teil der Veranstaltung wurde von einem Internisten mit dem Forschungsschwerpunkt „Nutzen von Gesundheitsleistung und Versorgungsforschung“ eingeführt. Er hat die Moderation gemeinsam mit einer Pflegedienstleiterin eines Universitätsklinikums übernommen. Als Experte für das diskutierte Krankheitsbild hat ein Facharzt für Neurologie das Impulsreferat zu den Besonderheiten des Krankheitsbilds übernommen. Weitere Mitglieder des Teams waren eine Betriebswirtin, eine Krankenschwester, eine Sekretärin und ein Medizinstudent. Im zweiten Teil wurden die 30 Teilnehmer nach dem Impulsreferat in vier Gruppen aufgeteilt, die jeweils einem Moderator zugewiesen wurden. Aufgabe des Moderators war, die von den Teilnehmern genannten bewährten oder verbesserungswürdigen Versorgungsaspekte mit der Gruppe zu diskutieren und den Konsens auf einer Flipchart einer vorläufigen Kategorie zuzuordnen.

Die Gruppendiskussion ist ein Meinungs austausch mehrerer Teilnehmer und Verdichtung eines Konsensus durch die diskutierten Interpretationen (Lamnek 2005). Das Gruppendiskussionsverfahren ist der individuellen Befragung überlegen (Gelbrich 2007; Flick 2009;

Lamnek/Krell 2010; Hurkas et al. 2000), weil im Gegensatz zum Einzelinterview individuelle Meinungen detailliert dargestellt und ergänzt werden können (Gelbrich 2007; Lamnek/Krell 2010; Lamnek 2005). Nach dieser Sammelphase der genannten Aspekte wurden die Teilnehmer im dritten Teil der Veranstaltung aufgefordert, ihre Erfahrungen im Rahmen einer Pause untereinander auszutauschen und Lösungsmöglichkeiten zu erwägen. Während dieser Diskussion unter den Teilnehmern, wurden die dokumentierten Aufzeichnungen der vier Gruppen von den Mitglieder des Teams in fünf Kategorien zusammengefasst: Arzneimittel, Medizinische Versorgung, Politik und makroökonomische Organisation, Pflege, Rehabilitation.

Im vierten Teil der Veranstaltung wurden die in Kategorien zusammengefassten Ergebnisse im Plenum vorgestellt und Lösungsmöglichkeiten mit den Teilnehmern diskutiert. Die Ergebnisse der gesamten Veranstaltung wurden von einem der Autoren (RA) in einem Bericht zusammengefasst und im Kontext der aktuellen wissenschaftlichen Literatur dargestellt.

Inhalte der fünf Kategorien (Morbus Parkinson)

Die Kategorie Arzneimittel beinhaltet Aussagen zu Arzneimittel (Wirkung, Nebenwirkungen, Unverträglichkeit, Arzneimittelwechselwirkung, Generika, visuelle Eigenschaften der Tabletten, Arzneimittel-Packung, Dosierung, AM-Umstellung) und zum individuell empfundenen Nutzen der Arzneimitteltherapie, sowie Aussagen zum Herstellungsverfahren, zur Pharmaindustrie und zu den Apotheken. Die Kategorie Medizinische Versorgung beinhaltet Aussagen zur ärztlichen Diagnostik und Behandlung im ambulanten und stationären Sektor, zur Einschätzung der Information, des Fachwissens, der Kommunikation, der Kompetenz und zur allgemeinen ärztlichen Tätigkeit aus Sicht der Patienten und Angehörigen sowie zu Defiziten und Problemen der medizinischen Versorgung. Die Kategorie Politik und makroökonomische Organisation beinhaltet Aussagen zu den Krankenkassen und zu den Rahmenbedingungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, sowie zu Problemen, die durch die Politik und deren nachgeordnete Institutionen zu lösen sind.

Die Kategorie der Pflege reflektiert Meinungen über Defizite bzw. Probleme bezüglich der Leistungserbringung im Bereich der pflegerischen Versorgung sowie Aussagen zur allgemeinen pflegerischen Tätigkeit, zu Kommunikation und Kompetenz des Pflegepersonals. Die Kategorie der Rehabilitation beinhaltet Aussagen über die rehabilitative Behandlung, Meinungen zu Defiziten und Problemen in Bezug auf Leistungserbringung und Rehabilitationsmaßnahmen.

Datenerhebung und Auswertung

Unmittelbar vor Beginn der Veranstaltung wurden die Teilnehmer gebeten, anonyme Angaben zu machen zum Status als Patient oder Angehöriger, Geschlecht und Alter, Zeitpunkt der Diagnosestellung, und zum Stadium der Erkrankung nach Hohn und Jahr. Diese quantitativen Daten sind hier nicht berichtet, weil die Fallzahl (n = 20) zu gering war, um die nachfolgend dargestellten qualitativen Ergebnisse anhand der quantitativen Ergebnisse verschiedenen Subgruppen zuzuordnen. Zur Analyse von Gruppenmeinungen haben wir die systematisierte und strukturierte Inhaltanalyse nach Mayring ausgewählt (Berger-Grabner 2013; Lamnek/Krell 2010; Mayring 2010; Rosenthal 2012).

Krankheitsspezifität der erhobenen Daten

Um Aussagen zur Krankheitsspezifität der Nennungen der Teil-

Problem-Differenzierung				
Kategorie	Subkat.	Patientengruppen		
		Parkinson	Depression	Krebs
Arzneimittel	#1	+	--	+
	#2	+	--	--
	#3	+	--	--
Versorgung	#1	--	+	--
	#2	+	+	--
	#3	+	--	--
	#1	+	+	+

Tab. 1: Differenzierung krankheitsspezifischer und unspezifischer Probleme, die von den Teilnehmern genannt wurden. Wurde genannt (+). Wurde nicht genannt (--). Die beiden farblich schattierten Probleme wurden als Parkinson-spezifisch bewertet.

nehmer machen zu können, haben wir die Ergebnisse dieses Projekts mit den Ergebnissen verglichen, die nach exakt dem gleichen Verfahren am gleichen Ort zu den Themen „Probleme der Senioren“, „Depression“, „Krebs“ und „Herzinsuffizienz“ durchgeführt wurden. Die detaillierten Ergebnisse dieser Nachfolgeprojekte sind zwar nicht berichtet, wurden aber verwendet, um krankheitsspezifische Nennungen bei Morbus Parkinson von Nennungen zu unterscheiden, die auch bei anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhoben wurden (Tab. 1).

Ergebnisse

Die Nennungen der Teilnehmer umfassen bewährte und nachzubessernde Aspekte der Versorgung. Dazu wurden die Ergebnisse der Diskussionen in den kleinen Gruppen (n = 7) und im Plenum (n = 30) zusammengefasst und in fünf Kategorien dargestellt. Die für Morbus Parkinson spezifischen Nennungen wurden durch Vergleiche mit den Nennungen aus analogen Projekten zu vier anderen Gesundheitsproblemen identifiziert. Für mögliche Lösungen berichten wir hier nur die für Morbus Parkinson spezifischen Vorschläge.

Kategorie Arzneimittel (AM)

Diese Kategorie beinhaltet 25 Nennungen zu den drei Themen Generika, Arzneimittelnebenwirkungen und Studien.

10 der 20 Patienten berichteten eine Umstellung während der Behandlung auf ein anderes AM bzw. Generikum. Alle 10 Patienten waren mit der Umstellung nicht einverstanden und waren unzufrieden. Als Gründe für die Unzufriedenheit wurden arzneimittelbezogene Probleme wie motorische Komplikationen in Form von abnormen, unwillkürlichen bzw. schmerzhaften Bewegungen oder patientenbezogene Probleme in Form von Unsicherheit, Unzufriedenheit, Mangel an Vertrauen oder Probleme bezüglich der Unterschiede im Aussehen der neuen AM, Teilbarkeit und deren Form angeführt. Wenn eine Umstellung auf Generika erfolgte, wurden „...mehr Nebenwirkungen“, „schlechtere Wirksamkeit, v.a. ist dies nach der Umstellung von Original-Medikament auf ein Generikum spürbar“ und „nicht immer eine effiziente Anpassung an das Krankheitsstadium“, beklagt. Ein Parkinson-Patient berichtet zudem die Unverträglichkeit eines Generikums unmittelbar nach der Umstellung.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die mangelnde Teilbarkeit von Tabletten. Eine nicht teilbare große Tablette erschwert das Schlu-

cken und die Einhaltung der angestrebten Dosierung, weil nicht alle Formen der Tabletten in den Apotheken vorrätig sind.

Es wird bemängelt, dass das Aussehen von Generika vom Originalpräparat stark abweichen kann. Die Veränderung der Packung bzw. Tablettenform sowie Tablettenfarbe führt bei Patienten zu einer Verunsicherung, sowie zu Verwechslungen und Einnahmefehlern. Die fragliche Wirksamkeit der Generika und sichtbaren Unterschiede der Tabletten führen bei Patienten zu Angstgefühlen und zum Verzicht auf die Einnahme der Tabletten: „Es entsteht häufig Verwirrung und Verunsicherung, Angstgefühle sowie Überlegung über einen Verzicht auf weitere Einnahme von verschriebenen Arzneimitteln, insbesondere in der Arzneimittelumstellungsphase. Deshalb frage ich mich, ob ich unwirksame Medikamente einnehmen sollte“, berichten Patienten, die auf Generika umgestellt wurden.

Der als unnötig empfundene Wechsel des AM erfolgt nicht nur im ambulanten Sektor, sondern findet auch an Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Bei einer Krankenhausaufnahme berichten die Patienten, dass die mitgebrachten AM nach Aussagen des Pflegepersonals nicht weiter eingenommen werden dürfen bzw. wird es ohne Rücksprache zwischen Patient und dem behandelten Arzt umgestellt bzw. abgesetzt. Ein weiterer Arzneimittelwechsel erfolgt wiederum nach dem Krankenhausaufenthalt durch Hausärzte. Zudem werden in Apotheken ohne Rücksprache mit dem behandelten Arzt unterschiedliche AM angeboten. Die Gründe für einen Wechsel werden häufig nicht genannt und zudem werden die Patienten über die Umstellung durch Hausärzte nicht informiert. Daraus entsteht bei vielen Patienten Aufklärungsbedarf.

Zudem äußerten die Teilnehmer ihre Verunsicherung im Kontext mit Forschungsstudien. So seien die AM oft nur an jüngeren, männlichen Probanden getestet, sodass bei älteren Patienten andere erwünschte und unerwünschte AM-Wirkungen angenommen werden.

Kategorie Medizinische Versorgung

Mit 46 Nennungen erhielten wir zu dieser Kategorie die meisten

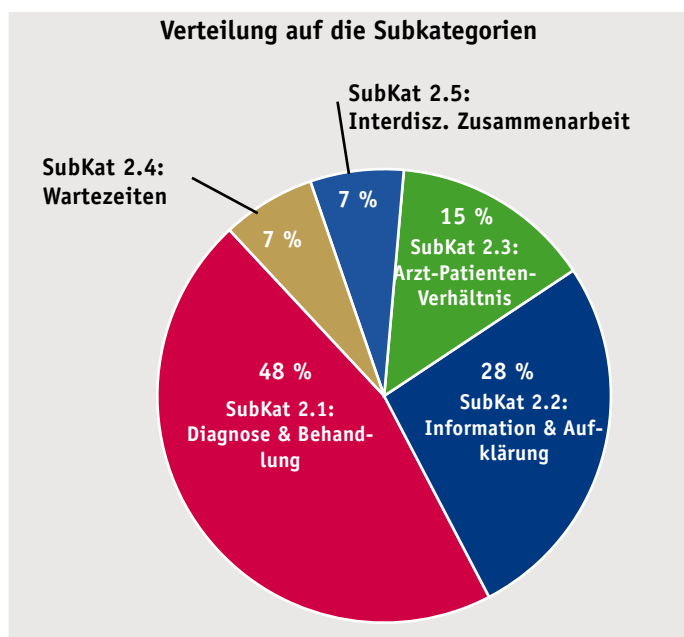


Abb. 1: Zur Kategorie Medizinische Versorgung wurden die meisten Nennungen (n = 46) abgegeben. Die Verteilung auf die Subkategorien Diagnose und Behandlung, Information und Aufklärung, Arzt-Patient-Verhältnis, Wartezeiten und Interdisziplinäre Arbeit ist hier dargestellt.

Informationen. In der größten Subkategorie „Diagnose und Behandlung“ (Abb. 1) beschwerten sich die Patienten über die langfristige und ineffiziente Diagnostik. Die Herausforderung besteht in der Erkennung der anfänglichen Symptome, die vom Arzt oft fehlerinterpretiert werden. Um die Diagnose abzuklären, unternehmen die Befragten zahlreiche Arztbesuche (meistens Allgemeinärzte, Psychiater, HNO-Ärzte, Orthopäden, usw.). Diagnostische Tests werden bei fast jedem Arztwechsel wiederholt. Die wechselseitige Information über bereits durchgeführte Untersuchungen ist meist lückenhaft und die unterschiedliche Diagnostiktiefe verschiedener Ärzte erweckt bei den Parkinson-Patienten den Eindruck eines fehlenden Standards. Es wurde auch berichtet, dass bei einer Verdachtsdiagnose die Überweisung an einen Neurologen zu Bestätigung der Diagnose erst erfolgte, nachdem der Patient selbst die Initiative ergriffen hatte. Patienten werden wegen Fehldiagnosen der Nicht-Neurologen ineffizient therapiert. Dennoch fände keine Prüfung der Diagnose statt. Mehrere Patienten bestätigen, dass die Phase der fraglich korrekten Diagnose und Therapie und die Zunahme der Krankheitssymptome durchschnittlich über 2-3 Jahre anhalten.

Darüber hinaus beklagen die Patienten eine unzureichende arzneimittelbezogene Betreuung durch Ärzte. Die durch AM bedingten Nebenwirkungen bzw. Wechselwirkungen werden durch den Arzt nicht oder zu spät erkannt. Viele Parkinson-Patienten haben den Eindruck, dass sie selbst gefordert sind, den Zusammenhang zwischen Beschwerden und AM-Nebenwirkungen zu erkennen. Dem von den Patienten geäußerten Hinweis auf eine unzureichende Wirkung der medikamentösen Einstellung z.B. wegen Zunahme der Beschwerden, wird häufig nicht nachgegangen.

In der Subkategorie Information und Aufklärung beklagt mehr als die Hälfte der Patienten die mangelnde Beratung über die Ursachen der Krankheit, den Krankheitsverlauf, die Prognose, die Behandlungsmöglichkeiten, die Rehabilitationsangebote und den Nutzen der Rehabilitationsmaßnahmen. Es bestehen Informationsdefizite zur Notwendigkeit der zeitgerechten Einnahme der AM. Mangelnde Beratung wird zum Zeitpunkt der Mitteilung der Diagnose beklagt, weil sich jeder zweite Patient in einem „Schockzustand“ befände. Wegen des wahrgenommenen Zeitdrucks, unter dem die Ärzte stehen, besteht für die Parkinson-Patienten keine Möglichkeit, Fragen zu stellen; die kurzen ärztlichen Gespräche seien meistens nicht informativ und ineffizient.

Als Folge der unzureichenden Beratung fühlen sich die Patienten beim Umgang mit ihrer Krankheit allein gelassen. Das Krankheitswissen stützt sich somit mehr auf Informationen aus dem Internet, Bekannten sowie Verwandten. Diese Klagen über mangelnde Information und Kommunikation betreffen in gleicher Weise auch den stationären Sektor.

In der Subkategorie Arzt-Patient Verhältnis beklagten viele Teilnehmer ihre Unzufriedenheit bezüglich der hierarchischen und autoritären Beziehung zwischen Ärzten und Patienten. Dabei werden die Probleme der Patienten oft nicht wahrgenommen (fehlende Akzeptanz und Empathie) und Fragen der Patienten werden häufig nicht beantwortet. Außerdem werden die Patienten in eine Entscheidungsfindung kaum einbezogen. Sie wird einerseits durch fehlende Bedenkenzeit für die Mitbestimmungen beeinflusst und durch die als rücksichtslos empfundene Verwendung der medizinischen Fachausdrücke und den Eindruck einer autoritären Beziehung verstärkt.

Die Parkinson-Patienten weisen in der Subkategorie Wartezeit darauf hin, dass ein Termin beim Neurologen bei der hausärztlichen

Überweisung nach 12-13 Wochen zu erhalten ist. Ein zeitnaher Termin und die ggf. notwendige Umstellung der Behandlung ist besonders in ländlichen Regionen oder am Quartalsende eine Hürde für die Parkinson-Patienten.

In der Subkategorie Interdisziplinäre Arbeit wird die fehlende Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Akteuren beklagt. Das betrifft die Absetzung oder Umstellung von AM beim Wechsel des Versorgungssektors und die Kommunikation zwischen verschiedenen Fachärzten.

Kategorie Politik und makroökonomische Organisation

Die Kategorie Politik und makroökonomische Organisation umfasst 15 Nennungen in den beiden Subkategorien Zugang und Rahmenbedingungen.

In der Subkategorie Zugang bezieht sich der Kritikpunkt auf die fehlende flächendeckende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (n = 10). Den Betroffenen fehlt zum einen ein zentraler Ansprechpartner bzw. eine kontinuierliche Anlaufstelle vor Ort, zum anderen eine kontinuierliche Betreuung ab Diagnosestellung. Die Betroffenen beklagen eine unzureichende Information über den Umgang mit der Diagnose und Krankheit sowie zuverlässige Informationen zu klinischen (z.B. Rehabilitationsmaßnahmen, Krankheitskenntnisse), sozialen (z.B. soziale Leistungen) und finanziellen (z.B. finanzielle Absicherung) Themen, die letztlich eine erhebliche emotionale Belastung bedingten.

Informationsbedarf bestünde insbesondere im fortgeschrittenen Stadium durch Zunahme des Bedarfs an Hilfsmitteln, Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Ergotherapie und Logopädie) bzw. andere Behandlungsalternativen. Weiterhin fehlt den Parkinson-Patienten die Bedarfseinschätzung der Rehabilitationsmaßnahmen und ein unregelmäßiges Symptommanagement. Die Patienten fühlen sich wegen der großen Anzahl der AM überfordert und tendieren zu Einnahmefehlern. So berichteten drei Parkinson-Patienten, sie haben bei Dyskinesien die Dosis der L-Dopa Therapie verringert, anstatt sie zu erhöhen. Die Problematik der nicht am Ort befindlichen Spezialisten betrifft insbesondere die Patienten mit Mobilitätseinschränkungen und kognitive Einschränkungen in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit bzw. alleinlebende Patienten. Dieser Sachverhalt wird durch fehlende Telefonkontaktstellen und Notdiensten am Wochenende bzw. Feiertagen maximiert. Somit fühlen sich über drei Viertel der Patienten auf dem Land allein gelassen.

In der Subkategorie Rahmenbedingungen beklagen sich die GKV-Patienten über ihre Vernachlässigung gegenüber PKV-Patienten. So sind aus Sicht der GKV-Patienten PKV-Patienten bei der Terminvergabe bevorzugt, und wegen längerer Wartezeit in der Praxis benachteiligt. Außerdem sind die PKV-Patienten im Gegensatz zu GKV-Patienten mit dem Ausmaß der Gesundheitsleistungen zufriedener. „Als Privatversicherter hat man das Gefühl, dass man mehr Leistungen als ein Kassenpatient bekommt“, sagt ein PKV-Patient. Ebenfalls äußern die PKV-Patienten, im Gegensatz zu GKV-Patienten, ihre allgemeine Zufriedenheit in Bezug auf eine Arzt-Patient Gesprächsdauer und ärztliche Beratungen. An unserer Studie haben zwei PKV-Patienten teilgenommen.

Kategorie Pflege

Die Hauptkategorie Pflegerische Versorgung unterteilt sich in die Subkategorien Leistungsniveau und Kommunikation.

Hier bildet die Subkategorie Leistungsniveau die größte Lücke

in der pflegerischen Versorgung. Innerhalb dieser Subkategorie äußern die Befragten Unzufriedenheit hinsichtlich der AM-Verwaltung durch das Pflegepersonal. So geben die Befragten an, dass das Pflegepersonal den zeitlich exakt einzuhaltenden Therapieplan bei Morbus Parkinson nicht kennt und deshalb nicht berücksichtigt: „Die verzögerte Gabe der Medikamente löst motorische Bewegungsstörungen aus“, berichten die Betroffenen. Vier Patienten beklagten dieses Problem bei einem Krankenhausaufenthalt. Es wurde auch beklagt, dass die zeitgerechte Einnahme der AM vom Pflegepersonal nicht überprüft wird, falls der Patient vergisst die AM rechtzeitig einzunehmen.

In der Subkategorie Kommunikation beklagen die Patienten die fehlende Fähigkeit des Pflegepersonals mit den Parkinson-Patienten umzugehen. Hier wird mangelnder Respekt und mangelndes Verständnis für die Bedürfnisse von Parkinson-Patienten hervorgehoben.

Kategorie Rehabilitation

Die rehabilitative Versorgung schließt die Subkategorien Leistungsniveau und Leistungsdichte ein. Es wurde beklagt, dass die Anzahl der Verordnung von Krankengymnastik und Logopädie entweder nur auf Nachfrage erhöht oder von den Ärzten nicht thematisiert wird. Bevorzugt würden AM verordnet. Reha-Maßnahmen werden zudem häufig von den Krankenkassen abgelehnt. Eine Bedarfsermittlung für Rehabilitation erfolgt im Laufe der Krankheit nicht.

Die Dauer der Rehabilitation sei aus Sicht der Patienten zu kurz, um nützlich zu sein. Zudem kritisieren die Patienten, dass das Rehabilitationspersonal über wenige krankheitsspezifische Kenntnisse und entsprechende Erfahrung verfügten. Diese äußert sich in einer unpassenden Gestaltung der Rehabilitationsprogramme.

In der Subkategorie Leistungsdichte fehlen ambulante Rehabilitationsangebote vor Ort. Demgemäß fehlen Nachsorgemaßnahmen bzw. die ambulante Rehabilitation nach der kurzen stationären Rehabilitation von 2-3 Wochen. Insbesondere leiden darunter nicht-mobile Patienten und Patienten mit Gedächtnisstörungen. „Ich habe die Übungen, die ich zu Hause regelmäßig machen sollte, nach der Entlassung mit der Zeit vergessen“, berichten einige Patienten.

Spezifität der Nennungen für Morbus Parkinson

Durch den Vergleich der Nennungen im Parkinson-Projekt mit den Nennungen in den analog durchgeführten Projekten zu vier anderen Gesundheitsproblemen, konnte die Krankheitspezifität der Aussagen geprüft werden.

Als krankheitsspezifisch wurden in der Kategorie AM von uns die Probleme eingestuft, die im Rahmen der Umstellungen von Originalpräparaten auf Generika oder von einem Generikum auf ein anderes Generikum berichtet wurden. Diese Probleme betrafen die unzureichende Kontrolle von Krankheitssymptomen und das erhöhte Risiko von Verwechslungen nach Wechsel des Herstellers. Die fehlende Teilbarkeit, die Schwierigkeit, große Tabletten zu schlucken (Schluckstörungen) und die Einhaltung der zeitabhängigen Einnahme der AM wurden ebenfalls als krankheitsspezifische Probleme bewertet. Mehrfach wurde beklagt, dass kostengünstigere Generika weniger wirksam seien als die Originale, weshalb die Umstellungen der AM den Patienten häufig nicht plausibel erschienen. Das „routinemäßige“ Absetzen einer ausgewogenen Therapie beim Wechsel der sektoralen Versorgung scheint eines der bedeutendsten Probleme zu sein, weil die Unkenntnis der Parkinsonkrankheit, der

Pharmakologie und des Umgangs mit unbekanntem Gesundheitsproblemen sich gegenseitig potenzieren können. Auch die Einladung von Parkinson-Patienten zur Teilnahme an klinischen Studien stellt erhöhte Anforderungen an die Kommunikation mit den Patienten. Die Patienten müssen den Eindruck gewinnen, dass der einladende Arzt umfassend über alle Risiken informiert ist, welchen die Patienten bei Zustimmung zur Studie ausgesetzt sind und im Zweifelsfall auftretende Probleme für den Patienten lösen kann.

In der Kategorie Medizinische Versorgung stellt die oft langwierige Diagnosestellung eines der großen Probleme dar. Die Vermeidung der Fehldiagnosen, die mit einer unzureichenden Kontrolle der Symptome assoziiert ist, und die Gewährung des ärztlichen Betreuungsbedarfs, der bei Morbus Parkinson offensichtlich besteht, wären ein erstrebenswerter Fortschritt. Probleme, die in anderen Kategorien genannt wurden, waren nicht unbedeutend, aber nicht für Parkinson spezifisch, so dass sie auch bei anderen Erkrankungen genannt wurden.

Lösungsvorschläge zur Problemlösung

Naheliegende Lösungsvorschläge sollten sich realisieren lassen zur Teilbarkeit von Tabletten und zur einheitlichen Farb- und/oder Formgebung von identischen Wirkstoffen. Alle Patienten mit Morbus Parkinson sollten einen Ausweis mit Warnsignal bekommen, der auf die Risiken eines Wechsels der Medikation und des exakten Zeitplans hinweist und den Behandlern anderer Fachgruppen vorgelegt werden kann. Diese Ausweise sind bei der Deutschen Parkinson Vereinigung und bei Pharmaunternehmen bereits erhältlich. Dieser Ausweis sollte auch die Kontaktdaten der Ärzte beinhalten, von welchen im Zweifelsfall Rückfragen beantwortet werden können. Dieser Ausweis könnte auch vorgelegt werden, wenn das Personal anderer Fachrichtungen mit den Risiken der Parkinson Erkrankung und deren Management nicht vertraut zu sein scheint. Die Gespräche zur Durchführung klinischer Studien an Parkinson Patienten sollten nur von Ärzten geführt werden, die über die erforderliche klinische Erfahrung bei diesem Krankheitsbild verfü-

gen und diesen Eindruck den Patienten auch vermitteln können. Ein nicht einfach zu lösendes Problem betrifft die Intensität des ärztlichen Betreuungsbedarfs dieser Patienten: Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung bietet hilfreiche Optionen an, die auf ihre Effizienz geprüft werden können.

Diskussion

Das hier vorgestellte Projekt beschreibt eine Methode, mit der vorteilhafte Aspekte aber auch Defizite bei der Versorgung von Patienten aus den Perspektiven der Patienten und ihrer Angehörigen dargestellt werden können. Diese Informationen sind hilfreich bei der Optimierung von Strukturen und Prozessen, weil sie weniger die erwarteten als vielmehr die tatsächlich auftretenden Versorgungseffekte reflektieren.

Durch die Anwendung dieser Methode an verschiedenen Patientengruppen lassen sich krankheitsspezifische von unspezifischen Aspekten identifizieren. Die Identifizierung dieser krankheitsspezifischen Versorgungsaspekte ist für eine optimale Gestaltung der Versorgung hilfreich. Die Gruppenbefragung ist methodisch dem Einzelinterview bezüglich der Verlässlichkeit der Aussagen überlegen (Flick 2009; Gelbrich 2007; Lamnek/Krell 2010; Hurkas et al. 2000).

Die empirische Analyse eignet sich zur Beschreibung der Ergebnisse (outcomes) von komplexen Versorgungsstrukturen, z.B. eines digitalisierten Operationssaals oder einer klinischen Versorgungsstrategie, bei welchen der Nachweis der efficacy und effectiveness nicht möglich ist.

Die bisher üblichen Verfahren ermöglichen bei komplexen Interventionen in den meisten Fällen keine verlässlichen Vergleiche, weil eine zufällige oder stratifizierte Zuordnung der Patienten zu verschiedenen komplexen Interventionen kaum umsetzbar ist. Eine Klinik wird nur selten Operationen unter digitalisierten oder konventionellen Operationsbedingungen anbieten können. Unterschiedliche Versorgungsstrategien, z.B. operative oder konservative Therapie derselben Erkrankung, werden an vielen Kliniken zwar in

Literatur

1. Porzolt, F./Rocha, NG./Toledo-Arruda, AC./Thomaz, TG./Moraes, C./Bessa-Guerra, TR./Leão, M./Migowski, A./Araujo de Silva, AR./Weiss, C. (2015): Efficacy and Effectiveness Trials Have Different Goals, Use Different Tools, and Generate Different Messages. In: Pragmatic and Observational Research 2015, 6: 47-54. In: <http://dx.doi.org/10.2147/POR.S89946> (abgerufen am 10.02.2017)
2. Berwick, DM. (2017): Avoiding overuse—the next quality frontier. In: The Lancet 2017. In: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3) (abgerufen am 10.02.2017)
3. Brownlee, S./Chalkidou, K./Doust, J./Elshaug, AG./Glasziou, P./Heath, I./Nagpal, S./Saini, V./Srivastava, D./Chalmers, K./Korenstein, D. (2017): Evidence for overuse of medical services around the world. In: The Lancet 2017. In: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5) (abgerufen am 10.02.2017)
4. Lamnek, S. (2005): Gruppendiskussion: Theorie und Praxis. Stuttgart: UTB-Verlag
5. Gelbrich, J. (2007): Blueprinting, Sequentielle Ereignismethode und Critical Incident Technique. Drei Methoden zur qualitativen Messung von Dienstleistungsqualität. In: Buber, R./ Holzmüller, HH. (Hrsg.) (2007): 617-633
6. Hyrkas, K./Paunonen, M./Laippala, P. (2000): Patient satisfaction and research-related problems. Problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis. In: J Nurs Manag 2000, 8: 227-236
7. Flick, U. (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Berlin: Rowohlt-Verlag
8. Lamnek, S./Krell, C. (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag
9. Lamnek, S. (2005): Gruppendiskussion: Theorie und Praxis. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag
10. Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim/Basel: Beltz-Verlag
11. Berger-Grabner, D. (2013): Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften: Hilfreiche Tipps und praktische Beispiele. Wiesbaden: Springer
12. Rosenthal, J./Kong, B./Jacobs, L./Katzman, M. (2008): Did a switch to a generic antidepressant cause relapse?. In: J Fam Pract 2008, 57: 109-114
13. Gray, JAM. (2004): Evidence based policy making Is about taking decisions based on evidence and the needs and values of the population. In: BMJ 2004, 329: 988-989
14. Prelec, D./Seung, HS./McCoy, J. (2017): A solution to the single-question crowd wisdom problem. In: Nature 2017, 541: 532-5358

verschiedenen Abteilungen angeboten, sind aber nur in Ausnahmefällen randomisiert anwendbar.

Diese Einschränkung stellt letztlich keinen wesentlichen Nachteil der empirischen Analyse dar, weil letztlich die Entscheidung, eine Gesundheitsleistung solidarisch zu finanzieren, nicht anhand evidenzbasierter oder empirischer Daten, sondern anhand subjektiver Wertvorstellungen getroffen werden (Gray 2004). Empirische Daten eignen sich, um die eigenen Wertvorstellungen zum Ausdruck zu bringen und um die Wertvorstellungen der Entscheidungsträger zu beeinflussen. Die Ergebnisse unseres Projekts bestätigen die Machbarkeit der empirischen Erhebung. Der Umfang des Projekts ist für repräsentative Aussagen aber nicht ausreichend. Die neuen Methoden der Telematik im Gesundheitssystem, die es ermöglichen große Datenmengen zu erhalten bieten durch die Auswertung nach dem Prinzip der Schwarmintelligenz (Prelec et al. 2017) neue Chancen, des Erkenntnisgewinns. <<

Healthcare put to test. An empirical analysis of healthcare quality of patients with Parkinson's disease

In this project we used a group discussion with 20 patients suffering from Parkinson's disease and 10 of their relatives to complete an empirical analysis of healthcare quality in the German healthcare system. Several irksome but avoidable problems could be identified such as the frequent changes of medication with the same chemical agent that are associated with problems of drug adjustment and mistakes of agents, the limited possibility to split tablets, and the obvious limitations of information and communication in multidisciplinary care.

The results confirm the appropriateness of the tool to assess important and disease-specific aspects of useful care as well as those that need to be improved. The tool is simple to implement and can be used for appraisal of complex strategies in which, due to methodical reasons, neither the efficacy under ideal study conditions nor the effectiveness under real world conditions can be assessed in a comparative analysis.

Keywords

Healthcare research, quality of care, method, empirical analysis, Parkinson's disease

Autorenerklärung

Unser Dank gilt Frau Anna M. Eisenschink, Pflegedirektorin a.D.; Dipl. Kauffrau Carmen Luger, Beraterin im Gesundheitswesen, Frau Mariell Quade, Studentin der Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen an der Hochschule Neu-Ulm; Frau Irmtraud Hellmert, Sekretärin des Institute of Clinical Economics ICE e.V. und Herrn Rauph Aliew, Doktorand an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm. Ohne die ehrenamtliche Mitarbeit dieser Partner hätte sich das Projekt nicht realisieren lassen.

Prof. Dr. med. Franz Porzsolt

leitet die AG Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Ulm. Er ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie und hat den Verein „Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. gegründet (www.ice-ev.de).

Kontakt: franz.porzolt@uniklinik-ulm.de



Rauph Aliew

studierte Humanmedizin an der Universität in Moskau (mit Auszeichnung) und Humanmedizin an der Universität in Ulm (Approbation im Jahr 2017). Er ist Doktorand in der AG Versorgungsforschung an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Ulm (Leiter Prof. Dr. med. F. Porzsolt). Sein Promotionsthema ist „Eine empirische Analyse der Versorgungsqualität von Patienten mit M. Parkinson im deutschen Gesundheitswesen“.

Kontakt: rauph.aliew@gmail.com





Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Versorgungsforschung studieren? Erfahrungen mit einem neuen Masterstudiengang in Heidelberg

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor einer Vielzahl komplexer Aufgaben. Hierfür brauchen wir Expertinnen und Experten, die wissen, wie man diese Probleme erkennt und Verbesserungen in der Praxis umsetzt. In Heidelberg bieten wir seit Oktober 2015 den deutschlandweit ersten Master-Studiengang an, der sich dezidiert der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft widmet. Der Studiengang kombiniert wissenschaftliche Ansätze und Methoden aus Medizin, Gesundheits- und Sozialwissenschaften.

Wie bewähren sich Therapien im Alltag? Bietet ein neues Versorgungsmodell für chronisch Kranke tatsächlich Vorteile für die Patientinnen und Patienten? Wie lassen sich Fehl-, Unter- und Überversorgung vermeiden? Dies alles sind typische Fragen, mit denen sich die Studierenden beschäftigen. Erste Erfahrungen mit dem Studiengang und Ergebnisse einer Befragung verschiedener Interessensgruppen, die zur Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift eingereicht sind, wollen wir Ihnen im Folgenden vorstellen.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Ihr Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Entstehung des Master-Studiengangs

Mit Unterstützung des baden-württembergischen Wissenschaftsministeriums wurde zum Wintersemester 2015/16 der neue zweijährige Master of Science *Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen* an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg eingerichtet. Ebenso wie der seit 2011 bestehende Bachelor-Studiengang *Interprofessionelle Gesundheitsversorgung* ist dieser an der Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung angesiedelt.

Profil des Studiengangs

Der Masterstudiengang versteht sich als forschungsorientiertes akademisches Qualifizierungsprogramm an der Schnittstelle von Medizin, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsversorgung. Die Studierenden lernen Probleme der Gesundheitsversorgung zu identifizieren, vor dem Hintergrund aktueller internationaler wissenschaftlicher Forschung und Methoden zu analysieren sowie neue Versorgungsmodelle zu konzipieren, zu implementieren und zu evaluieren.

Den Studiengang zeichnen aus:

- **Interdisziplinäre Perspektive:** Im Feld der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft werden wissenschaftliche Zugänge und Methoden der Medizin, der Gesundheits- und der Sozialwissenschaften in Hinblick auf Fragen der gesundheitlichen Versorgung anwendungsbezogen zusammengeführt.
- **Interprofessionelle Perspektive:** Die Gesundheitsversorgung findet heute in einem komplexen Gesundheitssystem unter Beteiligung ganz unterschiedlicher Berufsgruppen statt. Die Berücksichtigung der Perspektiven der verschiedenen Akteure und Nutzer des Gesundheitswesens ist sowohl zentral für die Identifizierung von Problembereichen und offenen Fragen als auch für das Aufzeigen und die Implementierung von theoriegeleiteten Verbesserungsmaßnahmen.
- **Verzahnung von Theorie und Praxis:** Die systematische inhaltliche Verschränkung von Erkenntnissen und Erfordernissen der Praxis auf der einen und wissenschaftlichen Instrumenten, Konzepten und Theorien auf der anderen Seite ist Grundlage des Studiengangs. Hierfür wird ein Schwerpunkt auf die Kenntnis und Anwendung von empirischen Forschungsmethoden gelegt.
- **Internationale Perspektive:** Der Studiengang bezieht in seiner inhaltlichen Ausrichtung systematisch internationale Forschung und Entwicklungen im Feld der Versorgungsforschung mit ein.

Struktur des Curriculums

Die Regelstudienzeit beträgt einschließlich Prüfungszeiten im Vollzeitstudium vier Semester, es werden 120 Leistungspunkte (CP) vergeben. In den ersten Semestern steht die Vertiefung inhaltlicher und methodischer Grundlagen der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Vordergrund. Im zweiten und dritten Semester wird dies durch angrenzende Fächer und Wahlpflichtpraktika ergänzt. Abgeschlossen wird das Master-Studium mit der Erstellung einer Master-Arbeit im vierten Semester (sechs Monate).

Der Studiengang richtet sich an Absolventinnen und Absolventen von Bachelor-Studiengängen mit gesundheitswissenschaft-

Fakten

MSc Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen, Universität Heidelberg:

- 20 Studienplätze pro Jahr
- Studienbeginn jährlich zum Wintersemester
- Vollzeitstudiengang (100%)
- Teilzeitstudium auf Antrag möglich
- Bewerbungszeitraum: 1. April bis 15. Mai eines Jahres
- keine gesonderten Studiengebühren (nur regulärer Semesterbeitrag)

Modulübersicht nach Semestern		
Semester 1		
Modul 1	Wissenschaftliches Arbeiten	10 CP
Modul 3	Gesundheitssysteme	5 CP
Modul 6	Versorgungsforschung	6 CP
Modul 10	Ringvorlesung: Anwendungsfelder	2 CP
Transferprojekt	Forschungsergebnisse in die Praxis bringen	3 CP
Semester 2/3		
Modul 2	Quantitative u. qualitative Forschungsmethoden	10 CP
Modul 4	Management, BWL, Recht	6 CP
Modul 5	Gesundheitsökonomische Evaluation	5 CP
Modul 7	Implementierungswissenschaft	7 CP
Modul 8	Qualitätsentwicklung und Evaluation	6 CP
Modul 9	Organisationsentwicklung und -veränderung	8 CP
Semester 4		
Modul 12	Masterarbeit und Abschlusskolloquium	30 CP
Im Studienverlauf		
Modul 11	Wahlpflichtpraktikum	12 CP
Schlüsselkompetenzen		10 CP

Abb. 1: Modulübersicht nach Semestern. 1 CP = 30 Arbeitsstunden, Summe: 120 CP

lichem Bezug sowie Studierende der Medizin in höheren Semestern. Zulassungsvoraussetzungen sind ein überdurchschnittlicher Studienabschluss sowie nachgewiesene Kenntnisse in quantitativen und/oder qualitativen Forschungsmethoden. Pro Jahr stehen 20 Studienplätze zur Verfügung, die in einem hochschulinternen Zulassungsverfahren vergeben werden.

Erfahrungen mit dem Studiengang

Der Studiengang stößt auf großes studentisches Interesse, in den ersten beiden Jahrgängen waren die Bewerberzahlen mehr als doppelt so hoch wie die Anzahl der Studienplätze. Derzeit studieren in zwei Kohorten 34 Studierende den Master. Im Durchschnitt sind die Studierenden 27 Jahre alt, knapp ein Fünftel männlich und etwa 50% haben eine Ausbildung und/oder längere praktische Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung. Der Großteil hat Abschlüsse in Bachelorstudiengängen mit starkem gesundheitswissenschaftlichem Bezug (wie zum Beispiel Gesundheitsförderung, -management und -wissenschaften), zwei Studierende haben ein Medizinstudium im außereuropäischen Ausland abgeschlossen.

In der Lehre sind insgesamt über 50 Personen beteiligt, den Hauptteil übernehmen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, aber auch weitere Personen aus Forschung und Praxis im Gesundheitswesen – etwa aus dem Universitätsklinikum Heidelberg – sind eingebunden. Mit in das Studium integriert ist derzeit auch ein

Besuch des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) in Berlin [1].

Erwartungen an Absolvent/innen

Im Sommer 2016 haben wir eine Online-Befragung zu Erwartungen an zukünftige Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs durchgeführt. Bei einer Rücklaufquote von knapp 50% wurden 83 Personen befragt:

- 18 Expertinnen und Experten aus dem Gebiet der Gesundheitswissenschaften in Deutschland (u.a. Fachgesellschaften, Krankenkassen, Politik, Wissenschaft),
- 12 Kernlehrende des Studiengangs,
- 12 Studierende der ersten Kohorte sowie
- 41 interessierte potenzielle Studierende.

Der Fragebogen enthielt 42 Themen (items) mit jeweils sechs Antwortmöglichkeiten (entscheidend, sehr wichtig, einigermaßen wichtig, nicht sehr wichtig, gar nicht wichtig, kann ich nicht beurteilen). Für die Auswertung wurden die Prozentanteile der ersten beiden Antwortmöglichkeiten für jede Gruppe betrachtet.

Zusammenfassend lässt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den Inhalten des Curriculums und den Erwartungen der unterschiedlichen Gruppen feststellen: Alle vier Gruppen erwarteten von Absolventinnen und Absolventen des Studiengangs grundlegendes Wissen in den Bereichen Versorgungsforschung und Gesundheitssystem (14 Fragen, Zustimmungsraten durchschnittlich 84,6%).

Des Weiteren waren Kompetenzen hinsichtlich der Umsetzung und Implementierung von Maßnahmen in der Praxis von hoher Relevanz (8 Fragen, Zustimmungsraten 83,4%). Kenntnisse und praktische Erfahrung mit der Anwendung quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden wurden ebenfalls als wichtig angesehen (9 Fragen, Zustimmungsraten: 78,6%). Überdies wurden allgemeine akademische Qualifikationen (z.B. Literaturrecherche, wissenschaftliches Schreiben) und Soft Skills (z.B. Englisch, Präsentationen) thematisiert (11 Fragen, Zustimmungsraten: 78,1%).

Ausblick

Die Befragung verschiedener Interessensgruppen wird in den nächsten Jahren fortgesetzt und soll um qualitative Interviews ergänzt werden. Befragungen von Absolventinnen und Absolventen nach dem Berufseinstieg werden weitere Einblicke geben, die in die Curriculumentwicklung in den nächsten Jahren einfließen werden. Zunächst einmal freuen wir uns aber auf die Bewerbungen für die dritte Studiengangs-Kohorte, die vom 1. April bis zum 15. Mai 2017 möglich sind.

Kontakt

Prof. Dr. Michel Wensing (Studiengangsleitung)
Dr. Charlotte Ullrich (Studiengangskoordination)

kontakt.vig@med.uni-heidelberg.de
www.allgemeinmedizin.uni-hd.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Bossert J, Ehmann A, Forstner J, Hagelskamp L, Hippler M, Mader J, Mayer A, Montenegro M, Poß-Doering R, Puri A, Wabo, Gaetan Kamdje: Eine bereichernde Erfahrung. Ein Kongressbesuch beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung aus Sicht von Studierenden. In: Monitor Versorgungsforschung 6, 2016: 12.

Versorgungscockpit

für Ärztenetze und Krankenkassen



Alle Leistungen auf einen Blick







Das Potenzial Ihrer Versorgungsdaten ist groß: Medizinische Versorgung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie analysiert und immer wieder angepasst wird. Mit unserem Versorgungscockpit haben Krankenkassen, Ärzte und Netzmanager alle Leistungen im Blick und können an den richtigen Stellen optimieren.

Ähnlich wie die Instrumententafel im Cockpit eines Flugzeugs gibt das Versorgungscockpit wichtige Informationen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen einer einzelnen Praxis oder des Ärztenetzes insgesamt.

Für die Analyse nutzen wir Indikatoren wie zum Beispiel:

- Entwicklung der Antibiotika-Verordnungen
- morbiditätsadjustierte Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten pro Praxis
- Teilnahme von Patienten am Disease Management
- Anteil von Patienten ab 65 Jahren mit potenziell inadäquaten Arzneimittel-Verordnungen

Alle Ergebnisse im Versorgungscockpit sind grafisch so dargestellt, dass sie schnell erfassbar sind. Detaillierte Informationen sind durch wenige Klicks erreichbar.

	Qualitätsindikatoren und relevante Kennzahlen	Entwicklung und Benchmark eigene Praxis	Ø-Hausärzte (regional)	Min/Max
Ausgewählte Indikatoren	Gesamtkosten pro Patient	 826,54	917,89	668,74
	KH-Fälle pro 1.000 Patienten (risikoadj.)	 68,01	91,39	59,41
	AU-Dauer pro erwerbsfähiger Patient	 2,71	2,48	1,76
	Patienten mit Antibiotika-VO %	 13,1%	10,7%	4,4%
	Patienten >= 65 mit VO (FORTA D) %	 10,2%	9,0%	5,5%
	DMP-Eingeschr. mit Potenzialdiagn. %	 71,0%	54,9%	80,1%



Best Practice Award
Business Intelligence und
Datenmanagement