

VERSORGUNGS FORSCHUNG

10
JAHRE

monitor

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof.
Josef Hecken, G-BA:
„Es gibt ein enormes
Innovationspotenzial im
System.“

„Unerwünschte Ereignisse bei telemedizinischen Anwendungen“ (Deckert)
„Qualitätssicherung in der Rehabilitation“ (Bonn)
„Endlich altes Denken abgelöst“ (Prüfer-Storcks)

Editorial

Zehn Jahre „Monitor Versorgungsforschung“ 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Enormes Innovationspotenzial im System“ 6

Titelinterview mit Prof. Josef Hecken, G-BA

„Versorgungsmodelle der Zukunft“ 16

Mit der Digitalisierung zukünftige Herausforderungen angehen

Vf meets QM: Ein ganz besonderes Team 17

Interview mit Prof. Dr. Maria Eberlein-Gonksa und Prof. Dr. Jochen Schmitt, Dresden

„Endlich altes Denken abgelöst“ 21

Hamburgs Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks auf dem WINEG-Kongress

Der „Hebel-Effekt“ des Einkaufs 37

Studie zur Gewinnoptimierung in Krankenhäusern

Zahlen - Daten - Fakten

Neue Antidiabetika: Zusatznutzen für die Versorgung? 14

Standards

Impressum 2 News 38

INNOFONDS

Bitte beachten Sie die Sonderseiten (21-36) zum Innovationsfonds, mit denen MVF regelmäßig über den Entwicklungsstatus informieren wird.

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

Dieser Ausgabe liegt die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

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

Redaktion
Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Kerstin Müller
mueller@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de
Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de
Marketing:
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
Abonnement
„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. 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, Foto-
kopien und Mikrokopien an den Verlag
über. Jede Verwertung außerhalb
der durch das Urheberrechtsgesetz
festgelegten Grenzen ist ohne Zu-
stimmung des Verlags unzulässig. In
der unaufgeforderten Zusendung von

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

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



WISSENSCHAFT

Stefanie Deckert, MPH / Daniel Richter, MSc / Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt, MPH / Dr. rer. medic. Thomas Petzold 43

Unerwünschte Ereignisse bei telemedizinischen Anwendungen

Die flächendeckende Sicherstellung der hochspezialisierten medizinischen Versorgung ist ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema in Deutschland. Vor allem in strukturschwachen Regionen sind innovative Versorgungsmodelle erforderlich, um die fachärztliche Versorgung sicherzustellen. Aber auch für den Austausch relevanter Patientendaten von hochspezialisierten medizinischen Fachdisziplinen, wie bspw. Patienten mit seltenen Erkrankungen, sind neue Behandlungskonzepte erforderlich, um zeitnah Behandlungsentscheidungen treffen und kommunizieren zu können. Telemedizinische Anwendungen versprechen die Möglichkeit, diese Hürden zu überwinden und Patienten die benötigte medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Dr. med. Jens Bohlken / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev 51

Risikofaktoren für leichte kognitive Beeinträchtigung bei Patienten in Hausarztpraxen

Leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB) ist eine häufige psychische Erkrankung, die bei etwa 16 % der älteren Menschen ohne Demenz auftritt. LKB gilt als Übergangszustand zwischen normaler Kognition und Demenz. Ziel: Analyse von Risikofaktoren für die Entwicklung von LKB bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. Insgesamt umfasste die Studie im Zeitraum zwischen Januar 2010 und Dezember 2015 3.604 LKB-Patienten und 3.604 Kontrollen. Mehrere Erkrankungen, die möglicherweise mit LKB in Zusammenhang stehen, wurden bestimmt. Multivariate logistische Regressionsmodelle wurden mit LKB als abhängige Variable und den anderen Erkrankungen als Prädiktoren ausgestattet

Dipl.-Psych. Verena Bonn / Dipl.-Soz. Anke Mitschele / Juliane Mundt, M.Sc. GesÖk.V. 55

Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Der Artikel gibt einen Überblick über das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Vor gut 20 Jahren wurden Instrumente zur Qualitätssicherung der Rehabilitation erarbeitet, die im Rahmen von Routine-Datenauswertungen sowie spezieller Erhebungen zum Einsatz kommen. Sie werden kontinuierlich aktualisiert, weiterentwickelt und auf weitere Versorgungs- und Indikationsbereiche ausgedehnt. Heute werden pro Jahr für rund 1.700 medizinische Fachabteilungen und rund 100 Reha-Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation einrichtungsvergleichende Qualitätsberichterzeugung erzeugt, um die unterschiedlichen Aspekte der Qualität der Einrichtungen zu beleuchten. Darüber hinaus werden auch Daten der Reha-Qualitätssicherung für eigene und fremde Forschungszwecke aufbereitet und genutzt.

Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

	Hedwig François-Kettner	
	Baden-Württemberg Dr. Christopher Hermann	
	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Franz Knieps	
	Andreas Storm	
	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	Dr.med. H.-J. Helming	
	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	Dipl. Kffm. Fabian Demmelhuber	
	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

	Nordost	Harald Möhlmann	
		Dr. Jens Härtel	
		Dr. Martin Danner	
		Dr. Marco Penske	
		Prof. Dr. Christian Franken	
		Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
		Prof. Dr. Bertram Häussler	
		Roland Lederer	
		MUDr./CS Peter Noack	
		Prof. Dr. Stephan Burger	
		Dr. Andreas Kress	
		Prof. Dr. W. Dieter Paar	
		Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
		Prof. Dr. Stephanie Stock	
		Dr. Andreas Meusch	

Die Redaktion leitet Anfragen gerne an die Beiräte weiter.



**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.

10 Jahre MVF

10. Jahrgang Monitor Versorgungsforschung

Mit dieser Ausgabe beginnt der 10. Jahrgang von Monitor Versorgungsforschung. In diesen 10 Jahren ist viel passiert: Die Versorgungsforschung hat sich fest etabliert und wesentlich an Bedeutung gewonnen. Vielleicht haben wir mit unserer Zeitschrift daran ein wenig mitwirken können. Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Interesse und für Ihre Beiträge. Weiter so!

Herzliche Einladung für den 17. März 2017: 7. MVF-Fachkongress: Regionale Versorgung

> Beilage / QR

Um die Regionalisierung der Versorgung geht es bei unserem 7. MVF-Fachkongress am 17. März 2017 in Berlin. Im Fokus steht auch, was im Koalitionsvertrag der neuen Regierung ab September zur Versorgungsforschung stehen soll. Auf das Programm, das wir Ihnen bieten können, sind wir besonders stolz. Wir beleuchten das Thema, wie immer, aus den unterschiedlichen Sichtweisen: Politik, Selbstverwaltung, Versorgungsforschung und Akteure. Bringen Sie Ihre Perspektive und Position ein, diskutieren Sie mit. Sie sind herzlich eingeladen.

MVF-Titelinterview mit Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

> S. 6 ff.

„Im Rahmen der ersten und zweiten Förderwelle „Neue Versorgungsformen“ und für die Versorgungsforschung gingen knapp 700 Anträge mit einem Antragsvolumen von 1,7 Milliarden Euro ein.“ Professor Hecken stellt einen überzeugenden Start des Innovationsfonds fest. Insgesamt zeigt sich wieder einmal, „dass es weniger um Erkenntnisdefizite hinsichtlich bestimmter Versorgungsmängel geht, sondern vielmehr um Umsetzungsdefizite.“ Die Translation in die Regelversorgung ist entscheidend. „Das Entscheidende für mich ist, dass nach den vier Jahren zumindest ein gewisser Prozentsatz der vom Innovationsausschuss geförderten Projekte entweder in größere Selektivverträge oder gar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen.“

Sonderseiten Innovationsfonds

> S. 21 ff.

Auf unseren Sonderseiten stellen wir Ihnen ausführlich 7 der 29 geförderten Projekte für „Neue Versorgungsformen“ sowie 5 von 62 aus der Versorgungsforschung vor.

Wissenschaftliche Beiträge

Deckert u.a. präsentieren eine Meta-Analyse der Literatur zu Definition und Inzidenz von unerwünschten Ereignissen bei telemedizinischen Anwendungen. Es zeigten sich keine Unterschiede im Auftreten von unerwünschten Ereignissen bei telemedizinischen Interventionen verglichen mit der Standardtherapie. Allerdings mangelt es an Definition und Berichterstattung. Darum stellen die Autoren fest, dass vor der flächendeckenden Einführung neuer telemedizinischer Therapien Studien der Versorgungsforschung nötig sind.

> S. 43 ff.

Bohlken und **Kostev** wollen Risikofaktoren für die Entwicklung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen ermitteln. Diese Erkrankung tritt bei 16 % der älteren Menschen ohne Demenz auf und gilt als Übergangszustand zwischen normaler Kognition und Demenz. Sie stellen fest, dass die Entwicklung einer leichten kognitiven Beeinträchtigung mit zwölf Erkrankungen in Verbindung gebracht werden kann.

> S. 51 ff.

Bonn, **Mitschele** und **Mundt** geben einen Überblick über das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Pro Jahr werden die Ergebnisse der Rehabilitation und die Qualität von 1700 medizinischen Fachabteilungen und 100 Reha-Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation vergleichend ausgewertet.

> S. 55 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

Regionale Versorgung
Analyse Modellprojekte Translation

7. MVF-Fachkongress
Regionale Versorgung

17. März 2017
09:30 bis 18:30 Uhr

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



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 Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA

„Enormes Innovationspotenzial im System“

Der bekennende Raucher Hecken nimmt selten ein Blatt vor den Mund, und gehört zu den wenigen Rednern und Interviewpartnern im deutschen Gesundheitswesen, denen neben einer beachtlichen inhaltlichen Tiefe auch ein immens unterhaltsamer humoristischer Wert zugestanden werden muss. Doch ebenso eine richtungweisende Dimension: Denn das, was G-BA-Chef Prof. Josef Hecken auch diesmal – im nun schon dritten – Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ pointiert zum Innovationsfonds und zu DMP ausführt, darf durchaus als Art Richtschnur für das laufende Jahr angesehen werden.

>> Herr Prof. Hecken, auf der Pressekonferenz, auf der die 29 Projekte des Bereichs „Neue Versorgungsformen“ vorgestellt wurden, die in der ersten Welle des Innovationsfonds gefördert werden, sagten Sie mit Anlehnung an die letzte Botschaft von Jesus: „Es ist vollbracht.“ Und in eben jener Pressekonferenz hat selbst die Vertreterin der Deutschen Krankenhausgesellschaft erklärt, dass sie nie gedacht habe, dass Geld ausgeben so schwer sein könnte.

Das war in der Tat sehr schwer, mit einer solchen Antragsflut hatten wir nicht gerechnet. Im Rahmen der ersten und zweiten Förderwelle „Neue Versorgungsformen“ und für die Versorgungsforschung gingen knapp 700 Anträge mit einem Antragsvolumen von 1,7 Milliarden Euro ein. Es war von allen Beteiligten ein enormer Kraftakt erforderlich, um diese alle zu bewerten. Die zweite Förderwelle zu den „Neuen Versorgungsformen“ aus dem Jahr 2016 werden wir 2017 bedienen.

Obwohl Sie bekanntlich zwei Förderbekanntmachungen 2016 veröffentlicht haben.

Dass wir die Entscheidung über die zweite Förderwelle 2016 für 2017 eingeplant haben, ist der fehlenden „echten“ Übertragbarkeit der Mittel geschuldet. Der Innovationsausschuss arbeitet bekanntlich nach dem Für-Prinzip und wird darum von den 225 Millionen, die 2017 für die „Neuen Versorgungsformen“ zur Verfügung stehen, etwa 80 bis 100 Millionen für die zweite Förderwelle aus 2016 binden. So können wir 2017 eine neue Ausschreibungswelle mit 125 Millionen Euro auf den Weg bringen. Das ist aus meiner Sicht eine vernünftige Entscheidung, denn ansonsten müssten sehr gute Anträge abgelehnt werden.

Was hat Sie denn jenseits der damit verbundenen Arbeit gefreut?

Außerordentlich positiv war die sehr ergebnisorientierte und reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem Expertenbeirat und dem Innovationsausschuss, dem zuständigen Arbeitsausschuss, der Geschäftsstelle und dem Projektträger. Bereits vor Abgabe der ersten Projektskizzen beziehungsweise Anträgen und den ersten Förderentscheidungen gab es ja jede Menge zu erledigende Aufgaben – angefangen bei der Klärung der europarechtlichen Vergabefragen, der Ausschreibung eines Projektträgers, der Schaffung der verfahrensmäßigen Regelungen bis hin zur Konzeption der entsprechenden Fördervereinbarung. Alles in allem war das schon eine gigantische Leistung, die hier von allen Beteiligten vollbracht worden ist.

Daher auch ihre Wortwahl auf der Pressekonferenz: „Es ist vollbracht“

Ja, das alles spielte eine Rolle. Aber auch, dass es im Vorfeld eine

ganze Reihe von Kritikern gegeben hat, die schon im Gesetzgebungsverfahren aus Büschen und Hecken gefeuert haben.

Ein schönes Bonmot.

Hier zu kontern, muss schon erlaubt sein, gerade weil im Vorfeld an der Struktur des Innovationsausschusses, an der Form der Patientenbeteiligung und auch an den ersten Förderbekanntmachungen herumgemäkelt wurde.

Sie bezeichnen das ganz bewusst als Gemäkel?

Wenn man auf der einen Seite die Fördergelder möglichst schnell, rechtsicher und vollständig ausgegeben sehen möchte, kann man nicht gleichzeitig ein sich langsam entwickelndes Verfahren im Stile der „Schülermitverwaltung“ im Sinn haben. Beides geht nun einmal nicht.

Auch die Kritik an dem angeblich überstürzten Verfahren ist doch eigentlich vom Tisch.

Kritik am überstürzten Verfahren? Die faktische Nicht-Übertragbarkeit der Mittel bedeutet doch, dass die für ein Jahr zur Verfügung stehenden Fördergelder auch in diesem Jahr gebunden sein müssen. Die Alternative für die Antragsteller – das bitte ich genau so zu zitieren – war ganz einfach: im ersten Aufschlag zügig, aber dennoch mit nachvollziehbaren Kriterien plausible Vorhaben vorzulegen und dabei vielleicht die Inkommmodation des einen oder anderen in Kauf zu nehmen, oder: Man hätte sich natürlich auch alle Zeit dieser Welt nehmen können, um Brainstormings, Workshops und Fachkongresse zu veranstalten und endlos zu diskutieren – und das Geld des ersten Jahres wäre verloren gewesen! Doch im Augenblick nehme ich eher Ruhe und auch Zufriedenheit mit unseren Ergebnissen wahr; die anfängliche Kritik scheint verklungen zu sein, weil uns ein überzeugender Start gelungen ist.

Auch weil die Gelder zugeteilt sind.

Sicherlich. Ich halte die von uns gewählte Vorgehensweise der kompletten Mittelbindung von 300 Millionen Euro im ersten Jahr für sachgerecht. So konnten wir 29 Projekte im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“ und 62 Projekte im Bereich der Versorgungsforschung fördern*. Alle Begünstigten haben die Förderbedingungen und auch die Etatkürzungen akzeptiert. In der ersten Förderwelle sind 120 Anträge eingegangen, in der zweiten Förderwelle knapp über 100. Im Bereich der Versorgungsforschung wurden knapp 300 Projektskizzen und fast 150 Vollanträge vorgelegt. So hatten wir eine große Auswahl, wenn auch dadurch die Förderung auf weniger als 25 Prozent der vorliegenden Anträge reduziert werden musste. Zudem gab es zu

jedem Themenkomplex mehrere Anträge, was entsprechende Auswahlmöglichkeiten eröffnete.

Das sind an sich doch recht positive Zeichen.

Ja – und viele Anträge haben erfreulicherweise gezeigt, dass es ein enormes Innovationspotenzial im System gibt. Weiterhin wurde deutlich, dass es weniger um Erkenntnisdefizite hinsichtlich bestimmter Versorgungsmängel geht, sondern vielmehr um Umsetzungsdefizite. Und ganz besonders gefreut hat mich, dass es zu überraschenden Konstellationen bei den Antragstellern innerhalb der einzelnen Projekte kam, die man zunächst nicht vermutet hätte, beispielsweise niedergelassene Ärzte, Kliniken und Kassenverbände, die gemeinsam innovative Projektideen entwickelt haben.

Die schiere Macht des Geldes.

Geld hat immer Kraft. Wie sich Wasser seinen Weg bahnt, vermag auch Geld gelegentlich Wege zu bahnen, die ansonsten unvorstellbar sind.

Gibt es Regionen, in denen sich wirklich Neues bildet?

Es gibt sehr interessante Projektansätze sowohl aus großstädtischen als auch aus eher ländlichen Gebieten. Zum Beispiel das Projekt aus dem Bundesland Brandenburg, bei dem es um eine strukturierte und besser vernetzte Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Bereich geht, um auch in Zukunft noch den Sicherstellungsauftrag trotz der knappen Ressource ärztliches Personal gewährleisten zu können. Ein weiteres Beispiel-Projekt aus Hamburg hat zum Ziel, dass sektorenübergreifend Leistungserbringer und Kassen gemeinsam in einem sozialen Brennpunkt die nötige Gesundheitsversorgung organisieren. Das sind ganz andere Bedingungen und auch Anforderungen als im ersten Projekt, das ich erwähnt habe. Hier geht es nicht nur um zu wenig Ärzte oder zu lange Fahrzeiten für multimorbide Patienten, sondern um die verbesserte Versorgung einer Klientel, die bisher einen zu geringen Zugang zu Prävention und medizinischer Betreuung hat. Das erfordert einen anderen Ansatz, weil das Defizit nicht in einer Unterversorgung besteht, sondern vorwiegend in mangelnder Inanspruchnahme der bestehenden Versorgungsangebote.

Wie sieht es dabei in Sachen Translation aus?

Das beschriebene Projekt aus Hamburg könnte – wenn es denn bewiesen hat, dass es funktioniert – beispielsweise auf bestimmte Bezirke Berlins oder auf andere deutsche Großstädte übertragen werden. Und das genannte Projekt aus Brandenburg könnte als Blaupause für bestimmte Regionen in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz oder auch Bayern gelten. Aber es gibt auch andere, ebenso interessante Projekte, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder beziehen. Es gibt beispielsweise das auffällige Phänomen, dass es in den nördlichen Bundesländern eine überdurchschnittlich hohe Mortalität auf-



grund von Herzinfarkten sowie häufige Herz-Kreislaufkrankungen gibt. Darauf bezieht sich ein spezielles Projekt.

Was nützt das beispielsweise den Menschen aus Ihrer Heimat, dem Westerwald?

Zunächst wenig. Bei der Auswahl der Projekte muss sehr genau darauf geachtet werden, dass es nicht nur um partikulare, sehr lokale Problemlösungen geht, sondern die Übertragbarkeit für andere Regionen und Patientengruppen besteht.

Wie beurteilen Sie die Anträge generell?

Die meisten sind sehr qualifiziert. Einige wenige lassen profunde Ansätze zur Verbesserung der Versorgung oder im Bereich der Versorgungsforschung vermissen; die hier investierte Arbeit hätten sich die Antragsteller selbst und uns allen, die damit beschäftigt waren, gerne sparen können.

Aber dennoch gab es nur 29 Projekte mit positivem Zuschlag.

Was die Entscheidung am Ende schwergemacht hat, war das im ersten Förderjahr zur Verfügung stehende Haushaltsvolumen, das eben begrenzt ist. Nur darum sind im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“ über die Hälfte der Projekte „durchgefallen“. Das bedeutet aber nicht, dass diese schlecht gewesen wären, sondern einzig und alleine, dass sie im Wettbewerb mit anderen noch besseren Anträgen unterlegen sind.

Über welche Projekte haben Sie sich denn eher nicht gefreut?

Viele Projekte sind daran gescheitert, dass sie nicht von vornherein die Übertragbarkeit in die Regelversorgung mitgedacht haben, sondern ganz spezielle regionale Problemlagen adressiert haben, oder die auf ein ganz bestimmtes bestehendes Netzwerk aufgesetzt haben, das nicht replizierbar ist. Weiterhin gab es Projekte, bei denen die von den Antragstellern definierten Endpunkte nicht belastbar genug erschie-

nen, um auf dieser Basis eine vernünftige Evaluation durchführen zu können. Als letzter Grund – der allerdings nicht allzu häufig war – ist die Nichtangemessenheit der Zweck-Mittel-Relation zu nennen.

Den bösen Begriff „Beutegemeinschaften“, den Prof. Dr. Eberhard Wille vor Jahren in Bezug auf die Inanspruchnahme der Förderung von IV-Verträgen geprägt hat, wollen Sie aber nicht verwenden?

Dass es bei den Entscheidungen des Innovationsausschusses keine „Beutegemeinschaften“ gegeben hat, kann schon daraus geschlossen werden, dass diese alle einstimmig und mit Zustimmung der Patientenvertretung getroffen worden sind. Da gab es weder einen Verteilungsproporz nach Bundesländern oder Kassenarten, noch irgendwelche Hinterzimmerabsprachen. Wir haben mit dem Forschungsministerium zusammengearbeitet und auch Anträge, die schon an anderer Stelle eingereicht worden waren, besonders kritisch geprüft.

Ein Akt des Selbstschutzes?

Wenn durch die Bewilligung eines solchen Projekts auch nur der leiseste Anschein entstünde, der Innovationsfonds würde Anträge fördern, die andernorts wegen fehlender fachlicher Qualität nicht zum Zuge gekommen sind, wäre das ein absolut falsches Signal.

Die 29 nun bewilligten ersten Förderprojekte können jedoch als eine Art Benchmarking für alle zukünftigen gesehen werden.

Wir haben damit einen Rahmen gesetzt, in dem man sich auch künftig bewegen sollte.

„Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben.“

Lohnt es sich, einmal abgelehnte Anträge wieder einzureichen?

Im Prinzip ist das möglich. Wir werden voraussichtlich in den beiden kommenden Förderbekanntmachungen des Jahres 2017 nur themenoffene Ausschreibungen veröffentlichen und erst im darauffolgenden Jahr, 2018, wieder themenspezifische. Damit besteht die Chance, dass im Einzelfall jetzt abgelehnte Anträge, wenn sie denn bestimmte methodische Mängel beseitigt haben, doch gefördert werden können. Das gilt sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die „Neuen Versorgungsformen“. Ich kann mir vorstellen, dass einige der jetzt abgelehnten Projekte durchaus förderungsfähig sind, wenn etwa das Evaluationskonzept verbessert wird oder wenn am Kostenplan wesentliche Veränderungen vorgenommen werden. Aber das wird nicht die Regel sein, wir wünschen uns natürlich „neue“ Anträge.

Wie kann man hier in eine Art lernendes System einsteigen?

Es gibt die Möglichkeit, über eine Hotline beim Projektträger weitergehende Informationen zur Antragstellung zu bekommen. Auch besteht die Möglichkeit, sich über die bereitgestellten „Fragen und Antworten“ auf der Website ergänzende Informationen zu beschaffen.

Doch hat der Innovationsausschuss nur standardmäßige Absagen erteilt, die keinen großen Erkenntnisgewinn erlauben.

Hier verfahren wir standardmäßig wie auch andere fördernde Institutionen und Organisationen.

Bei allen bewilligten Projekten wurden Kürzungen im Schnitt um 10 bis 12 Prozent verlangt. Stellen quasi alle immer ein bisschen zu hohe Anträge?

Es gibt einen Spruch, den ich in diesem Zusammenhang gerne

zitiere: „Wenn es Brei regnet, muss man den Löffel raushalten.“ Diesen Sinnspruch haben anscheinend einige Antragsteller dahingehend interpretiert, dass sie statt eines handelsüblichen, zum Verzehr von Suppen geeigneten Löffels einen Eimer rausgehalten haben. Vielleicht, um sich durch den Innovationsfonds die Planstellen zu beschaffen, die sie bislang vergeblich beantragt haben. Oder auch, weil sie sich selbst zu hohe Vergütungen zugerechnet haben. Das ist das übliche Verfahren, das ich aus 30 Jahren öffentlicher Verwaltung nicht anders kenne. Da werden zum einen Anträge massiv überzeichnet, was etwa den Personalschlüssel oder Vergütungstabellen angeht. Zum anderen will man sich eine gewisse Manövriermasse erhalten, wenn es um die inhaltliche Gestaltung von Projekten geht.

Wo war denn das größte Sparpotenzial?

Das war immer ähnlich: Es wurde in allen Bereichen mehr einkalkuliert, als nötig ist.

Was haben Sie denn da gemacht?

Die ganz normale Fördermechanik: Wir ließen die Luft raus, die vorher reingepumpt wurde, um neben der Wohlfahrt der Patienten auch die einer Institution zu befördern.

Was passierte mit den Einsparvolumen?

Wir haben das Geld, das wir durch diese Kürzungen eingespart haben, genutzt, um noch weitere Projekte finanzieren zu können.

Haben denn alle positiv beschiedenen Projekte die Kürzungen akzeptiert?

Ja, alle. Das gilt für die Projekte der „Neuen Versorgungsformen“ und alle 62 Projekte der Versorgungsforschung. Ob das ein gutes Zeichen ist, weiß ich allerdings nicht, vielleicht hätten wir noch mehr kürzen müssen. Aber wir befinden uns ja in einem lernenden System.

Um wieder etwas positiver zu denken: Glauben Sie, dass die Projekte des Innovationsfonds zu einer anderen, besseren Versorgungskultur beitragen können?

Allerdings, die Mühe ist nicht vergebens. Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben. Ich bin sicher, dass sich dies nach vier Jahren Innovationsfonds zeigen wird, und zwar in der Evaluation des Innovationsfonds selbst, die ja nach Ablauf der Zeit vorgenommen wird.

Wie kann denn die Erfolgsmeldung nach vier Jahren lauten?

Sie darf auf jeden Fall nicht lauten: „Hurra, wir haben 1,2 Milliarden Euro ausgegeben.“

Es spricht nach dem ersten Jahr zumindest einiges dafür, dass Ihnen das ganz gut gelingen wird.

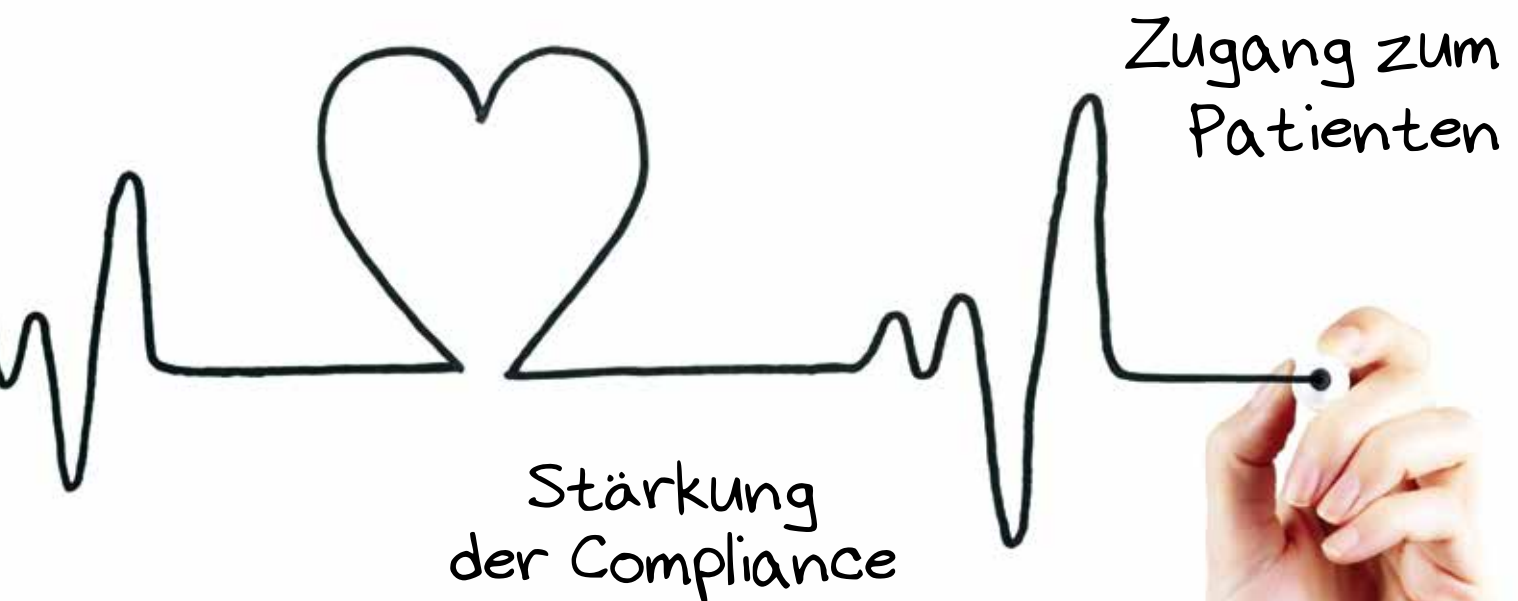
Das ist ja eben kein Erfolg an sich und keine Erfolgsmeldung wert. In der integrierten Versorgung wurde auch das gesamte zur Verfügung stehende Geld ausgegeben, doch mit welcher Nachhaltigkeit?

Was ist Ihr Ziel?

Das Entscheidende für mich ist, dass nach den vier Jahren zumindest ein gewisser Prozentsatz der vom Innovationsausschuss geför-

GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-Begleitprogramme



Verbesserung der Lebensqualität

WERDEN SIE PARTNER!

E-Mail an: patientenprogramme@docmorris.de

dernten Projekte entweder in größere Selektivverträge oder gar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen. Ich bin im Augenblick sehr optimistisch, dass das gelingen wird.

Das ist für Sie auch ein evaluatorischer Endpunkt?

Selbstverständlich! Das habe ich von Anfang an deutlich gemacht, das ist nach mir vor das Ziel. Auch deshalb habe ich dafür gekämpft, dass im Innovationsausschuss die beiden Bundesministerien vertreten sind, obwohl das im Vorfeld von vielen kritisiert worden ist. Und genau darum habe ich auch immer davon gesprochen, dass es nicht um die Förderung von „Mauerblümchen-Projekten“ gehen kann. Es darf nicht passieren, dass nach vier Jahren die Mittel wegfallen und das große Erwachen folgt: Weil sich nichts, aber auch gar nichts verändert hat. So, wie es bei vielen IV-Verträgen der Fall war: Solange es die Anschubfinanzierung gab, existierten sehr gute Projekte; doch kaum fiel sie weg, blieb bundesweit nur eine Handvoll von Projekten übrig, die dauerhaft in die Versorgung übernommen werden konnten.

Das ist auch das entscheidende Kriterium des Fonds.

Es ist ein Paradigmenwechsel, der mit dem Innovationsfonds verbunden ist. Die Versorgung flächendeckend zu verbessern, ist das Hauptziel, das man nur erreichen kann, wenn alle Verantwortlichen am Tisch sitzen. Wenn die Parteien, die den G-BA und auch den Innovationsausschuss tragen, in einem einstimmigen Auswahlprozess im Beisein von zwei Bundesministerien jene Projekte beschließen, von denen sie selbst annehmen, dass sie für die Regelversorgung tauglich sind, wird es nach vier Jahren leichter sein, auch für die Translation zu sorgen.

Doch der Clou der Beteiligung der beiden Bundesministerien ist auch die Macht der Politik.

Ich würde eher sagen: Umsetzungsbefähigung. Denn einiges, was künftig in die Regelversorgung kommen kann, könnten die Kassen alleine regeln, indem sie beispielsweise Selektivverträge auflegen. Manches kann hingegen der G-BA im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz auf den Weg bringen. Doch bestimmte strukturelle Veränderungen in der Versorgungslandschaft können nur mit Gesetzesänderungen erfolgen. Deshalb bin ich sehr froh darüber, dass die beiden Ministerien von Beginn an mit am Tisch sitzen.

Wieder ein Beispiel?

Beispielsweise ein Thema, bei dem ich über die Anzahl und Art der bisherigen Antragstellungen eher ernüchert bin, nämlich die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Bei diesem Thema kann der G-BA mit seiner Richtlinie wenig ausrichten, hier wäre aus meiner Sicht eine Gesetzesänderung nötig. Wenn das Bundesministerium für Gesundheit von einem entsprechenden Projekt überzeugt wäre, die Förderung im Innovationsausschuss mitbeschlüsse und das Projekt positive Ergebnisse brächte, wäre es leichter, das mit dem Fördergeld aus dem Innovationsfonds erarbeitete Wissen auch in der Fläche umzusetzen. Deshalb ist die gewählte Konstruktion des Innovationsausschusses aus meiner Sicht ideal, um ein realistisches Umsetzungsszenario aufbauen zu können.

Sie sind sicher lange genug im Gesundheitswesen tätig, um das beurteilen zu können.

Darum wage ich die Feststellung, dass ich relativ wenige Erkennt-



nisdefizite habe, wenn es darum geht zu definieren, wo die Hauptmängel im System und wo die größten Schnittstellenprobleme liegen.

Um es schwarz auf weiß festzuhalten: Für Sie ist der Gradmesser des Innovationsfonds, was am Ende in der Regelversorgung ankommt?

Exakt. Wobei man einkalkulieren muss, dass sicherlich nicht alle heute aussichtsreichen Projekte in der Regelversorgung ankommen werden. Doch auch von einem gescheiterten Projekt kann man lernen. Dennoch bin ich mir sicher, dass ein bestimmter Prozentsatz am Ende der geförderten

Vorhaben in der Regelversorgung ankommen wird.

Was speziell an den bereits genehmigten Projekten macht Sie denn so optimistisch?

Im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“ war ja ein Auswahl- und Bewilligungskriterium explizit die Möglichkeit der Umsetzung in die Regelversorgung. Bei der Versorgungsforschung sieht das anders aus. Sie hat den Auftrag, bestehende Versorgungslücken exakter zu beschreiben und Modelle zu entwickeln, um Versorgungsdefizite zu beheben.

Ist das in Ihren Augen die Aufgabe der Versorgungsforschung?

Ja, es geht um das Schließen von Erkenntnislücken und um die Schaffung von Evidenz.

Man könnte eigentlich fragen: Warum erst jetzt? Wahrscheinlich wäre ein solches Herangehen vor 5, 10 oder 15 Jahren gar nicht möglich gewesen, weil damals das System noch viel verhärteter war.

Es war außer Geld sicher auch der richtige Augenblick nötig, vielleicht auch ein zunehmend konkreter werdender Leidensdruck, damit etwas Neues entsteht. Nun leben wir in einer Zeit, in der allein aufgrund der demografischen Entwicklung die bestehende Versorgungslandschaft in Frage gestellt werden muss, neue Modelle gebraucht werden und alte Zöpfe vielleicht auch fallen müssen.

Nur in Frage stellen?

Umstürzen wäre zu viel! Wenn man etwas verändern will, muss man vorher wissen, wie es denn besser wäre. Genau daran scheitert übrigens auch der ein oder andere, der den G-BA abschaffen will, weil er keine Alternative aufzeigen kann. Sie haben recht: Natürlich hätte man schon vor einigen Jahren mehr investieren können, wie es jetzt mit dem Innovationsfonds geschieht. Man hätte auch schon früher die Versorgungsforschung besser fördern können, als das bisher der



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

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

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

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

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

... **Vielseitigkeit:** 9 Klinika, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 12 MVZs, 1 Hospiz und mehr

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

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

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

NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

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

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

9 Krankenhäuser, 5 Komfortkliniken, 14 Tageskliniken, 15 Senioreneinrichtungen, 1 Hospiz, 12 Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen für ambulante Pflege und Rehabilitation.

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



Vivantes



Fall war. Dennoch steht die deutsche Versorgungsforschung anscheinend doch nicht ganz so schlecht da, wenn es für die zahlreichen Projekte des Innovationsfonds in beiden Förderbereichen ausreichende Kapazitäten für die Evaluationen gibt, die ja üblicherweise bei den Versorgungsforschern liegen. Auch das ist eigentlich ein erstaunlicher Befund der ersten Förderaktivitäten.

„Auch die Pflege muss stärker in den Fokus der Versorgungsforschung rücken.“

wie – wie bereits erwähnt – ganz wenige zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen.

Ein Versorgungsforscher hat einmal für uns ausgerechnet, dass für dieses Budgetvolumen rund 500 Versorgungsforscher benötigt werden.

Es gibt ja auch einige Institutionen, die schon in der ersten Welle doppelt oder gar dreifach mit dabei sind. Da merkt man doch, wer gut aufgestellt ist! Es gibt einige, teilweise von Kassen oder Stiftungen mitfinanzierte Think-Tanks, die mit mehreren Anträgen erfolgreich waren, weil sie fachliche und methodische Standards gesetzt haben. Man muss anerkennen, dass dort eine Kompetenz gewachsen ist, die auch zum Gradmesser für andere wird. Auch das sehe ich als ganz wichtiges Ergebnis der ersten Förderwelle. All das stärkt meinen Optimismus, dass am Ende der vier Jahre dauernden Förderung und durch die Überjährlichkeit insgesamt sieben Jahre dauernden Förderzeit steht, dass der Innovationsfonds vielleicht dauerhaft implementiert werden kann.

In welcher Form?

Das muss natürlich die Politik entscheiden. Sinnvoll aus meiner Sicht wäre ein langjähriges Engagement, wenn auch mit geringerem Fördervolumen, mit dem man pro Jahr zwei, drei Themen angehen kann. Damit könnte ein dauerhafter Nährboden auch für die Versorgungsforschung aufgebaut werden, der irgendwann einmal zu einem selbsttragenden Prozess wird.

300 Millionen Euro auf quasi ewige Zeiten wäre sicher zu viel.

Meine Vorstellung dazu wäre, dauerhaft pro Jahr einen Betrag von 150 Millionen Euro verfügbar zu machen, davon 110 bis 120 Millionen für die Verbesserung der Versorgung und 30 bis 40 Millionen Euro für die Versorgungsforschung. Denn hier gibt es zahlreiche Aufgaben. Angefangen bei der Richtlinie des G-BA zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, deren Wirkungen wir evaluieren werden, und weiteren Richtlinien des G-BA, die einer Auswertung unterzogen werden sollten bis zur Bedarfsplanung. Hierzu könnte man in einem Bundesland ein Modellprojekt starten, in dem vier Jahre lang neben der Bedarfsplanung des G-BA und der Krankenhausplanung des betreffenden Landes eine sektorenübergreifende Planung zur Grundlage gemacht würde, um dann zu untersuchen, wie sich die Beplanung medizinischer Versorgung optimieren ließe. Dies sind Fragestellungen, die mit Sicherheit in den vier bis sieben Jahren, wenn der Innovationsfonds auslaufen wird, noch nicht beantwortet sein werden.

Was haben Sie denn davon bei den vorliegenden Versorgungsprojekten schon vorgefunden?

Die vorliegenden Projekte der Versorgungsforschung haben sich – das war auch von uns so in den Förderbekanntmachungen adressiert – beispielsweise mit speziellen Fragestellungen der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, der Messung von Lebensqualität und der Schnittstelle ambulant/stationär befasst. Alles in allem sind das sehr aussichtsreiche Projekte, von denen ich mir erhoffe, dass sie zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen werden. Es gab relativ wenig Anträge zum Thema Rationalisierung und Bürokratievermeidung so-

Die Versorgungsforschung in der Pflege, der wir seit zwei Jahren übrigens eine eigene Fachzeitschrift, den „Monitor Pflege“ widmen, ist sicher ausbaubar.

Auch die Pflege muss stärker in den Fokus der Versorgungsforschung rücken. Hier liegen die Fragen doch auf der Hand: Wie kann man bestimmte Morbiditätsstrukturen in entsprechenden Grundversorgungsanteilen abbilden? Wie wären Vergütungsmodelle anzupassen? Dies sind aus meiner Sicht Themen, die auf die Agenda der Versorgungsforscher gehören.

Last but not least: Wird es eine Weiterentwicklung oder eine Neufassung von DMP in 2017 geben?

Bei DMP wird sich einiges tun: Die Beratungen zu neuen DMP zu Depressionen und Rückenleiden, dann die Beratungen zu Aktualisierungen der bereits bestehenden DMP Brustkrebs, Asthma bronchiale, chronische Herzinsuffizienz. Es gibt zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 eine sehr interessante Untersuchung der AOK Nordost, die gezeigt hat, dass trotz einer sehr hohen Einschreibequote in dieses DMP die Zahl der diabetischen Fußsyndrome nicht zurückgegangen ist.

Was wollen Sie tun?

Man sollte der Frage nachgehen, ob die jetzt geltenden Einschreibe- und Teilnahmekriterien sachgerecht sind, um eine Verbesserung der Outcome-Qualität zu erreichen. Wenn deutlich wird, dass bei schweren Komplikationen wie dem diabetischen Fußsyndrom keine Verbesserung stattfindet, dann muss man dem nachgehen. Und wenn sich herausstellt, wie es die Untersuchung der AOK Nordost nahelegt, dass dies auf die nicht stattfindende Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten, Diabetologen und Kliniken zurückzuführen ist, dann muss an der Stelle nachjustiert werden.

Das Problem könnte aber auch auf Falschdiagnosen des Arztes zurückzuführen sein.

Es muss darum gehen, die Behandlungsprozesse zu optimieren, und zwar evidenzbasiert auf der Grundlage der aktuellen Leitlinien.

Herr Prof. Hecken, danke für das Gespräch. <<

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

Prof. Josef Hecken

Im Bereich Gesundheit machte der studierte Jurist (Studium der Rechtswissenschaften von 1980 bis 1985 in Würzburg und Trier) und vom Bundesland Saarland in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung zum Professor ernannte Josef Hecken zum ersten Mal von sich reden, als er 2006 in seiner damaligen Funktion als saarländischer Minister für Justiz, Gesundheit, Arbeit und Soziales der niederländischen Kapitalgesellschaft DocMorris die Betriebserlaubnis für eine Filialapotheke in Saarbrücken erteilt hatte. Im Mai 2008 schied Hecken aus der saarländischen Landesregierung aus und wurde Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA) in Bonn, nach einem Zwischenstopp von 2009 bis 2012 als Staatssekretär im Bundesfamilienministerium wurde er am 1. Juli 2012 als Nachfolger von Dr. Rainer Hess zum unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) berufen.

Fürsorge mit Forschergeist verbinden – für ein besseres Leben

Medikamente können helfen, ein längeres und gesünderes Leben zu führen. Und sie ermöglichen Menschen wieder die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind. Bei Lilly erforschen wir seit rund 140 Jahren Medikamente, für die es einen dringenden Bedarf gibt und suchen neue Wege, um das Leben der Menschen zu verbessern.

Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de

Lilly

INSIGHT Health zu Therapieoptionen bei Diabetes mellitus

Neue Antidiabetika: Zusatznutzen für die Versorgung?

Zur Behandlung des Diabetes mellitus stehen eine Vielzahl an Medikamenten mit unterschiedlichen Wirkprinzipien auf dem deutschen Markt zur Verfügung. Neben bewährten Wirkstoffen, die im Rahmen einer leitliniengerechten Therapie häufig verordnet werden, erhielten bisher zahlreiche neue Antidiabetika eine Zulassung und wurden durch die Einführung des AMNOG in 2011 auch zur Nutzenbewertung aufgerufen. Ärzte und Patienten stehen somit immer wieder vor der Herausforderung, die bestehende Therapie zu überprüfen und gegebenenfalls an neue Optionen anzupassen. Welche Unterschiede zwischen den Wirkstoffklassen hinsichtlich der Marktdurchdringung bestehen und wie diese Neueinführungen damit den Versorgungsalltag der Patienten beeinflussen, wird im vorliegenden Beitrag näher beleuchtet.

>> In Deutschland leiden etwa 7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter Diabetes mellitus. Die Prävalenz liegt bei Personen bis 59 Jahren noch deutlich unter diesem Wert und steigt mit zunehmendem Alter an: In der Gruppe der 70 bis 79-Jährigen ist mehr als jeder fünfte betroffen (vgl. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2013). Bei der chronischen Stoffwechselerkrankung kommt es infolge eines Insulinmangels zu erhöhten Blutzuckerkonzentrationen. Beim Typ-1-Diabetes, der überwiegend im Kindes- und Jugendalter auftritt, liegt ein absoluter Insulinmangel vor. Diese Form der Erkrankung wird durch eine regelmäßige Insulingabe behandelt. Zum Typ-2-Diabetes zählen Stoffwechselerkrankungen, die aufgrund von Störungen der Insulinsekretion oder -wirkung zu einem relativen Mangel des Hormons führen.

Die aktuelle S3-Leitlinie zur Therapie des Typ-2-Diabetes sieht als Basistherapie Ernährungsschulungen, Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Verringerung weiterer Risikofaktoren wie beispielsweise Tabakkonsum vor. Kann der Blutzuckerspiegel durch diese Maßnahmen nicht ausreichend gesenkt werden, erfolgt eine medikamentöse Behandlung, die ebenfalls eine Insulintherapie einschließen kann.

Diabetes-Versorgung in der GKV

Die Pharmakotherapie des Diabetes mellitus ist abhängig von Art und Schwere der Erkrankung und wird vom Arzt individuell auf jeden Patienten abgestimmt. Für den Typ-2-Diabetes stehen neben der Insulintherapie unter anderem folgende orale oder subkutane Antidiabe-

tika als Behandlungsoptionen zur Verfügung: Das Standardtherapeutikum Metformin steigert die Insulinempfindlichkeit der Zellen, sodass mehr Zucker aus dem Blut aufgenommen werden kann. Wie Abbildung 1 zeigt, entfallen 30,1 Prozent aller GKV-Verordnungen für Antidiabetika auf diesen Wirkstoff. Zwei Drittel der Metformin-Patienten kontrollieren ihren Blutzuckerspiegel ausschließlich mit diesem Antidiabetikum. Falls Metformin aufgrund einer Unverträglichkeit oder Kontraindikation nicht verordnet werden kann oder es nicht ausreicht, die Erkrankung mithilfe des Biguanid-Antidiabetikums zu behandeln, sieht die S3-Leitlinie eine Therapie mit Insulinen und/oder anderen Antidiabetika vor. Die Insuline haben dabei mit 41,1 Prozent der Verordnungen in diesem Markt eine hohe Relevanz im Versorgungsalltag. An dritter Stelle stehen mit 14,2 Prozent DPP-IV-Hemmer, die über eine direkte Wirkung auf die Betazellen der Bauchspeicheldrüse Insulin freisetzen (vgl. Diabetesinformationsdienst München, Marktanteile nach region-MA, INSIGHT Health). Es handelt sich bei den verschiedenen Wirkstoffklassen zur Diabetestherapie in der Regel nicht um Alternativen, vielmehr ergänzen sie sich in der Behandlung. So bekommen 14,7 Prozent der GKV-Patienten, die im MAT 11 2016 Metformin erhalten, auch eine Insulin-Verordnung und bei 11,7 Prozent wird die Metformin-Therapie mit einem DPP-IV-Hemmer ergänzt (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

Zusatznutzen neuer Antidiabetika

Seit der Einführung der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V in 2011 wurden 30 der 229 Bewertungsverfahren für Wirkstoffe zur Diabetes-Therapie abgeschlossen

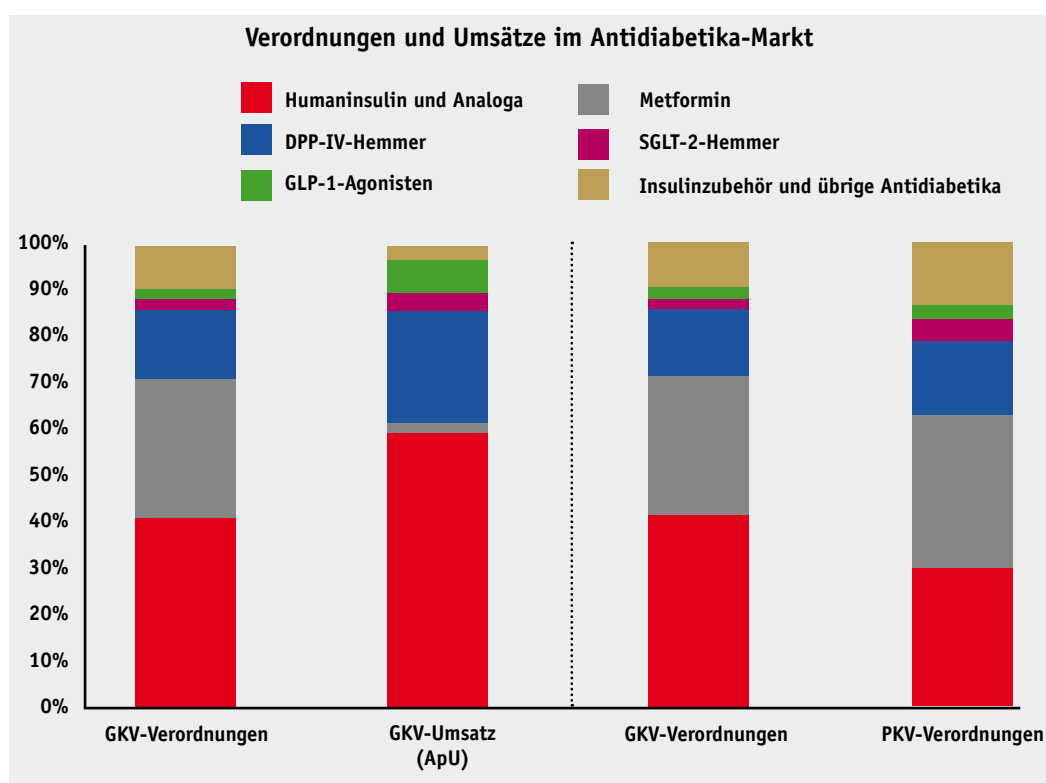


Abb. 1: GKV- und PKV-Verordnungsanteile sowie GKV-Umsatzanteile nach Abgabepreisen pharmazeutischer Unternehmer (ApU) im Antidiabetika-Markt nach ATC 3-Wirkstoffklassen im MAT 11 2016; Quelle: ODV (INSIGHT Health).

(Stand 03. Januar 2017). Somit entfiel jede 8. G-BA-Nutzenbewertung auf ein Antidiabetikum und es wurden 11 innovative Wirkstoffe sowie 7 Wirkstoffkombinationen auf dem deutschen Markt zugelassen (vgl. Abbildung 2). Das beste Ergebnis verzeichnet zurzeit Empagliflozin: Im September 2016 wird dem SGLT-2-Hemmer in der Neubewertung ein beträchtlicher Zusatznutzen für vier Patientengruppen zugesprochen. Dem DPP-IV-Hemmer Sitagliptin sowie den GLP-1-Agonisten Albiglutid und Dulaglutid attestiert der G-BA einen geringen Zusatznutzen, während alle anderen Wirkstoffe und Kombinationen ohne Zusatznutzen aus dem Bewertungsverfahren gehen. Infolge haben einige der Hersteller einen Opt-out gewählt, sodass Linagliptin, Canagliflozin (+ Metformin) sowie die Kombination aus Empagliflozin und Metformin nicht länger auf dem deutschen Markt verfügbar sind.

Marktdynamik der neuen Antidiabetika

Mit 17,8 Prozent entfällt im MAT 11 2016 jede 6. GKV-Verordnung für Antidiabetika auf die innovativen Therapeutika mit Nutzenbewertung. Mit 7 von 10 Verordnungen in dieser Gruppe wird die Therapie mit Sitagliptin sowie dessen Kombinationspräparat mit Metformin besonders häufig gewählt. Nach Abschluss der Neubewertung im Dezember 2016 attestierte der G-BA wiederholt einen geringen Zusatznutzen für das Monopräparat, während die Kombination mit Metformin in der Neubewertung für keine Patientengruppe einen Zusatznutzen erhielt. Damit fand scheinbar der geringe Zusatznutzen von Sitagliptin - zeitweise das beste Ergebnis bei neuen Antidiabetika - bei der ärztlichen Verordnung Berücksichtigung. Ob der mit beträchtlichem Zusatznutzen bewertete SGLT-2-Hemmer Empagliflozin bei der Verordnungsentscheidung zukünftig ähnlich berücksichtigt wird und damit sein Marktwachstum ausbauen kann, bleibt zu beobachten.

Es überrascht nicht, dass der Preis für die neuen Wirkstoffe deutlich über dem Niveau der generischen Standardtherapie liegt. Während der Apothekenverkaufspreis für das generische Metformin im November 2016 bei 0,24 Euro pro DDD (definierter Tagestherapiedosis) liegt, sind die patentgeschützten SGLT-2- und DPP-IV-Hemmer mit 1,30 Euro und 1,58 Euro pro DDD deutlich teurer. GLP-1-Agonisten kosten mit 3,34 Euro je DDD fast 14-mal so viel wie die Therapie mit Metformin (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Wie Abbildung 1 zeigt, unterscheiden sich dementsprechend die Anteile

der GKV-Verordnungen deutlich von den zugehörigen Umsatzzanteilen. Dabei weist besonders das Standardpräparat Metformin mit 1,9 Prozent einen sehr geringen Umsatzanteil auf, während auf alle neuen Antidiabetika mit Nutzenbewertung 31,7 Prozent der Umsätze entfallen (Umsatz nach ApU, Quelle: ODV, INSIGHT Health).

Wechselt die Betrachtung vom GKV zum PKV-Markt, haben die Antidiabetika mit Nutzenbewertung deutlich stärkere Verordnungsanteile: Hier entfällt fast jede vierte Verordnung auf die neuen Präparate. Außerdem fällt auf, dass der Anteil an Insulinverordnungen bei Privatversicherten 26,8 Prozent unter dem GKV-Wert liegt. Stattdessen werden anteilig 6,9 Prozent mehr Metformin und 19,1 Prozent mehr DPP-IV-Hemmer verordnet. Über ein PVK-Rezept abgerechnet werden anteilig auch deutlich häufiger SGLT-2-Hemmer und GLP-1-Agonisten (Quelle: ODV, INSIGHT Health).

Ausblick

Neben medikamentösen Innovationen sorgen auch neue technische Möglichkeiten für Fortschritt in der Diabetes-Behandlung. So ermöglicht beispielsweise ein Versorgungsvertrag der AOK Nordost insulinpflichtigen Patienten ein digitales Diabetes Management: Gemessene Blutzuckerdaten und injizierte Insulineinheiten können unmittelbar in ein elektronisches Tagebuch übertragen werden und Patienten haben darüber hinaus die Möglichkeit, einen Arzt für den Zugriff auf ihre Datenbasis zu autorisieren. Neben der Implementierung von Projekten dieser Art in den Versorgungsalltag, wird versucht, die Entwicklung der Erkrankung in Deutschland und den aktuellen Versorgungsstand besser zu verstehen: Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit erstellt das Robert Koch-

Antidiabetika in der Nutzenbewertung	
DPP-IV-Hemmer	
Linagliptin	Kein Zusatznutzen, Opt-out
Saxagliptin	Kein Zusatznutzen
Saxagliptin + Metformin	Kein Zusatznutzen
Sitagliptin	Geringer Zusatznutzen
Sitagliptin + Metformin	Kein Zusatznutzen
Vildagliptin	Kein Zusatznutzen
Vildagliptin + Metformin	Kein Zusatznutzen
SGLT-2-Hemmer	
Canagliflozin	Kein Zusatznutzen, Opt-out
Canagliflozin + Metformin	Kein Zusatznutzen, Opt-out
Dapagliflozin	Kein Zusatznutzen
Dapagliflozin + Metformin	Kein Zusatznutzen
Empagliflozin	Beträchtlicher Zusatznutzen
Empagliflozin + Metformin	Kein Zusatznutzen, Opt-out
GLP-1-Agonisten	
Albiglutid	Geringer Zusatznutzen
Dulaglutid	Geringer Zusatznutzen
Lixisenatid	Kein Zusatznutzen
Langzeit-Humaninsuline	
Insulin degludec	Kein Zusatznutzen
Insulin degludec + Liraglutid	Kein Zusatznutzen

Abb. 2: Antidiabetika (nach ATC 3-Wirkstoffklassen) mit Nutzenbewertung nach § 35a SGB V, inkl. Angaben zu Zusatznutzen nach aktuellstem Verfahrensstand und Opt-out; Quelle: INSIGHT Health AMNOG-Alert nach G-BA.

Institut bis Ende 2019 eine epidemiologische Surveillance des Diabetes mellitus. Bereits verfügbare Daten werden zu einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung zusammengeführt, um eine evidenzbasierte Beratung der Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Erfasst und analysiert werden Kernindikatoren in vier Handlungsfeldern: Diabetes-Risiko reduzieren, Früherkennung und Behandlung verbessern, Komplikationen reduzieren und Krankheitslast und Kosten senken. Trotz der Vielzahl neuer Versorgungsprojekte und bestehender Versorgungsverträge steht die Pharmakotherapie des Diabetes mellitus für nahezu alle Patienten im Mittelpunkt der Behandlung. Aus diesem Grund zählen Patienten und Ärzte wohl auch weiter auf innovative Wirkstoffe, deren individuelle Ansatzpunkte das Spektrum bestehender Therapieoptionen erweitern. <<

Autorinnen:
Jana Heiler und Kathrin Pieloth*

Mit der Digitalisierung zukünftige Herausforderungen angehen

„Versorgungsmodelle der Zukunft“

Die Digitalisierung bietet eine Chance, Versorgungsmodelle ganz neu denken und umzusetzen. Die demografische Entwicklung und die medizinischen Innovationen dulden keinen Aufschub, sich dieses Themas anzunehmen, ist sich Klaus Rupp, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement bei der Techniker Krankenkasse (TK), sicher. Auf der Medica in Düsseldorf stellte er im Medica Econ Forum vor, wie Versorgungsmodelle der Zukunft gedacht werden können, wenn man die Möglichkeiten der Digitalisierung in allen Bereichen – von der Analyse, über die Kommunikation bis hin zur Organisation – konsequent nutzt. Mit der Förderung durch den Innovationsfonds ist auch die Realisierung diverser digitaler Versorgungsmodelle näher gerückt.

>> Die derzeitigen Herausforderungen für die Versorgung liegen für Klaus Rupp in der Digitalisierung, der zunehmend älter werdenden Bevölkerung und den stets neuen medizinischen Innovationen. „Wie können Versorgungsmodelle der Zukunft vor diesem Hintergrund aussehen?“, warf Rupp die Frage ins Auditorium, das am Vormittag des zweiten Tages der Medica gut besetzt war.

Zum Einstieg beleuchtete er die derzeitigen Rahmenbedingungen und gab einen Ausblick darauf, welche Chancen sich in Zukunft böten. Neben der Digitalisierung sei der Innovationsfonds eine Herausforderung, dessen erste Förderbescheide seit Dezember ins Haus flattern. Die TK hat vom Innovationsausschuss des G-BA in der ersten Förderungswelle für 15 Projekte aus dem Bereich Neue Versorgungsformen Zusagen erhalten. Man müsse schauen, was es in diesem Kontext im Zuge der Digitalisierung und des demografischen Wandels zu beachten gelte. Im Hinblick auf das Know-how der Patienten, macht sich der Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement der TK



keine Sorgen: „Die Digitalisierung ist längst bei den Patienten angekommen“, sagte Rupp und wies auf den Konsumbereich hin, in dem die Bürger schon sehr viele Angebote nutzen würden. „Auch die älteren Versicherten widmen sich mehr und mehr der Digitalisierung“, stellte er fest und verwies auch auf die steigende Nutzung digitaler Anwendungen im Gesundheitsbereich. Die Themen Medikationscheck oder Online-Apotheke faßten mehr und mehr Fuß, weil sie heute zur alltäglichen Versorgung gehörten.

Für das professionelle System sieht Rupp große Chancen durch die Digitalisierung – vor allem für die digitale Vernetzung: „Wir reden ja schon seit den 70ern über die Vernetzung und das Aufbrechen der Strukturen, aber nie gelang uns das. Die Digitalisierung gibt uns hier eine neue Chance“. Weiterhin erwarte man im Bereich Computergestützte Therapie/Diagnostik, wie auch bei den Assistenzsystemen ärztlicher

Leistungen erhebliche Auswirkungen. Die Ressource Arzt werde nämlich immer knapper und den Assistenzsystemen, wie beispielsweise eine Online-Terminbuchung, müsse in der Versorgungsrealität mehr und mehr zum Durchbruch verholfen werden. Rupp spricht diesen drei Bereichen – Vernetzung, Computergestützte Therapie/Diagnostik und Assistenzsystemen – ärztlicher Leistungen – eine Schlüsselrolle bei der Digitalisierung der Versorgungsstrukturen zu.

Dem Publikum legte er eine Grafik vor, die aufzeigte, mit welchen Themen sich das Versorgungsmanagement der TK derzeit befasst. Das in sechs digitale Anwendungsbereiche unterteilte System, weist in den einzelnen Kategorien mehrere Subkategorien bzw. Anwendungsformen auf.

Ganz oben fand sich dabei das Thema der Analytik. Wearables und Sensoren seien zwar überall präsent, jedoch in ihrer aktuellen Form noch nicht die ärztliche Therapie unterstützend zur Gesundheits-erhaltung anwendbar. Hier sieht Rupp jedoch großes Potenzial, da die ärztliche Verordnung mit diesem Instrumentarium direkt gemessen und nachgehalten werden könne.

Im Anschluss beleuchtete Rupp das Thema Dokumentation: „Wir reden ja schon seit Jahrzehnten darüber, inwieweit es eine sektorenübergreifende Patientenakte geben kann“, beklagte er, wagte aber den Ausblick auf das E-Health-Gesetz, das zum 31.12.2018 die Implementierung derselben vorsieht. Durch die Digitalisierung werde für ihn die Verknüpfung der in Patientenhand befindlichen Gesundheitsakte mit der dem Arzt vorbehaltenen Patientenakte denkbar. Dazu müsse das Ganze jedoch auch in einer Cloud und nicht mehr stationär verortet werden können. Unter dem Stichwort Big Data biete sich die Chance die großen Mengen von Daten in Wissen umzuwandeln, erwartet Rupp.

Im Feld der Information bzw. der Orientierung beleuchtete Rupp die Online-Arztbewertung, bevor er dem Bereich der Kommunikation Anwen-

dungsformen wie zum Beispiel die Arzt-Online-Sprechstunde zuordnete, die ab 1. Juli dieses Jahres via E-Health-Gesetz in die vertragsärztliche Regelversorgung einfließen soll.

Online-Therapien sind im digitalen Anwendungsbereich der direkten oder indirekten Intervention verortet und hat im Bereich Psychotherapie ja bereits Bestand. Eine Online-Behandlung ist seit dem letzten Jahr möglich. Auch Health- oder Medical-Apps finden sich hier wieder. Diese könnten in Zukunft helfen, medizinische Interventionen umzusetzen.

Die sechste und letzte Kategorie, die Administration bzw. Organisation, beinhaltet Dinge wie die Online-Terminbuchung. Auch die TK biete hier eine Meta-Plattform mit mittlerweile 3.000 Ärzten, was jedoch noch lange nicht ausreichend sei. Zusammenfassend sagte Rupp: „Die Kombination aus allem macht dann den Gewinn aus“.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sei das Thema Digitalisierung nicht aufschiebbar. „Das bestehende System kann keine Antworten darauf geben“, war er sich sicher. Nicht entschieden sei in dieser Hinsicht die Frage nach dem Resultat des Aufeinandertreffens von Fortschritt und steigender Lebenserwartung. So gehen die Anhänger der Medikalisierungsthese davon aus, dass die Erfolge des medizinisch-technischen Fortschritts das Überleben vieler Personen mit kostenintensiven Behandlungen steigern, was eine deutliche Kostensteigerung zur Folge hätte. Im Gegensatz dazu gehen die Vertreter der Kompressionsthese davon aus, dass sich die steigende Lebenserwartung durch die längere Gesunderhaltung dank des medizinisch-technischen Fortschritts kaum erhöht, da die Phase der Multimorbidität sich in ein höheres Lebensalter verschiebt.

Vor dem demografischen Hintergrund hat die TK das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Netzwerk LebenPlus“ (NWLP) ins Leben gerufen, das älteren Menschen ein möglichst langes und selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen will. Die Teilnehmer werden zentral betreut, geeignete Versorgungsmodule ausgewählt und Angebote aus der Umgebung miteinander verknüpft. Ein Tablet dient als Schnittstelle und Kommunikationsplattform. <<

Interview mit Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, Dresden

Vf meets QM: Ein ganz besonderes Team

Die Professoren Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Dr. Jochen Schmitt, beide bei der Universitätsmedizin Dresden beschäftigt, sind ein ganz besonderes Team. Während sich Eberlein-Gonska um das Qualitätsmanagement einer der größten deutschen Kliniken kümmert, arbeitet Schmitt im selben Haus auf dem Unicampus im Bereich der Versorgungsforschung; nicht selten an Themen, die ganz besonders Qualitätsmanagerin Eberlein-Gonska interessieren – so gesehen eine Win-Win-Situation nicht nur für beide, sondern für die Klinik, als auch für die Versorgung insgesamt. Denn das, was die beiden Professoren gemeinsam erforschen, hat durchaus die Kraft, die Versorgungsqualität als solche zu verbessern – zumindest ein kleines bißchen.

>> Sehr geehrte Frau Professor Eberlein-Gonska und Herr Professor Schmitt, Sie beide bilden am Universitätsklinikum Dresden eine recht seltene Partnerschaft: Qualitätsmanagement auf der einen und Versorgungsforschung auf der anderen Seite.

Eberlein-Gonska: Der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, den ich verantworte, ist mit seinen zehn Mitarbeitern und einer ärztlichen Rotationsstelle gemessen an der Größe des Universitätsklinikums eine gut etablierte sowie anerkannte zentrale Einheit, die die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen im Klinikum in ihrem eigenen Arbeitsumfeld bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung unterstützt. Bei dieser Arbeit gibt es immer wieder Fragestellungen, die einer wissenschaftlichen Herangehensweise als auch der Evaluation bedürfen. Hier haben wir das Glück und die große Chance, dass am Universitätsklinikum Dresden auch das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin angesiedelt ist.

Das heißt nicht unbedingt automatisch auch enge Zusammenarbeit.

Schmitt: Es stimmt sicher, dass das nicht zwingend ist. Doch bei uns in Dresden funktioniert das einfach; sicher auch deshalb, weil das ZEGV nicht einfach als Abteilung oder gar als bloßes Add-on verstanden wird, das eben nun einmal ganz zufällig so etwas wie Versorgungsforschung macht, sondern als integraler Bestandteil und Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum verstanden wird.

Warum?

Schmitt: Weil schon sehr früh erkannt worden ist, dass ein weit größerer Impact ausgelöst werden kann, wenn Kliniker und Versorgungsforscher nicht nur zusammengebracht werden, sondern auch eng zusammenarbeiten und sich damit verstärken.

Also so eine Art „driven by job“?

Eberlein-Gonska: Eher „driven by need“. Solche Bedarfe gibt es in jeder (großen) Klinik, davon aber gleich jede Menge, kleine wie große, bedeutende wie komplexe und alle mit einem nicht zu vernachlässigenden Impact auf die Outcome-Qualität.

Würden Sie das an einem Beispiel deutlich machen?

Eberlein-Gonska: Wir konnten zum Beispiel die flächendeckende Dekubitus-Dokumentation im Uniklinikum Dresden aufgrund der vom ZEGV erarbeiteten Evidenzlage reduzieren.

Reduzieren?

Eberlein-Gonska: Ja, auch so etwas gibt es. Was meinen Sie, wie froh das Pflegepersonal war, als der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement den Dokumentationsaufwand reduzierte und dies mit gleich hoher Qualität.

Und das funktioniert?

Schmitt: Wenn man besser versteht, wann dokumentiert werden muss und wann nicht, dann schon. Das heißt aber auch, dass nicht nur die Gestaltungsmöglichkeiten, sondern auch die Verantwortung des Pflegepersonals gefördert und gestärkt werden muss, weil jede Einzelfallentscheidung – ob nun dokumentiert werden muss oder nicht – durch die Pflege abgewogen werden muss.

Diese Entscheidung wird nicht jeder gerne treffen.

Eberlein-Gonska: Manchen ist die neue Verantwortung sicher nicht ganz geheuer, vor allem weil damit die bisherige Routine, die auch ein Stück weit Sicherheit birgt, verändert wird. Gleichzeitig wird hiermit auch die Eigenverantwortung für die Qualität der Patientenversorgung gestärkt, und auch hier können QM und Versorgungsforschung eng zusammenarbeiten, weil eine solche Veränderung, und mag sie auch noch so marginal sein, einer wissenschaftlichen Begleitung bedarf.

Schmitt: Genau hier kommt die Implementation oder auch Translation ins Spiel. Für das QM ist zwar auch schon das Forschungsergebnis an sich ganz interessant, wenn es einem denn verrät, wie und vor allem wo man eine Dokumentation verändern kann, und dabei die Qualität sogar noch erhöht. Doch muss die Versorgungsforschung auch den Weg in die Versorgung mitdenken und am besten auch begleiten.

Eberlein-Gonska: Auch die damit verbundenen Hürden sind zu bedenken und somit ist die enge Kooperation mit der Versorgungsforschung für mich als Qualitätsmanagerin eines großen Klinikums schon so eine Art historischer Moment, weil sich damit völlig neue Evidenzlagen und damit Entscheidungsgrundlagen ergeben.

Was hat das Topmanagement davon?

Schmitt: Es kommt immer darauf an, wie man eine solche Entscheidungsgrundlage qua Evidenz vermittelt. Wir beide haben das sicher ganz geschickt gemacht ...

... indem Sie sicher diverse Szenarien präsentiert haben.

Eberlein-Gonska: Im Fall der Dekubitus-Dokumentation gab es drei Szenarien, angefangen bei einem Screening nur noch für Hochrisikoabteilungen, was bedeutet, dass rund ein Viertel gar nicht mehr dokumentiert werden muss. Dieses Vorgehen war wichtig, denn das Topmanagement kann nur dann die richtige Entscheidung treffen, wenn es weiß, welche der ge-

„Die enge Kooperation mit der Versorgungsforschung ist für mich als Qualitätsmanagerin eines großen Klinikums schon so eine Art historischer Moment.“

Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

„Die Versorgungsforschung muss auch den Weg in die Versorgung mitdenken und am besten auch begleiten.“

Prof. Dr. Jochen Schmitt

troffenen Entscheidungen welche Kausalität nach sich ziehen wird – auf Basis der vorliegenden Evidenz mit doch recht hoher Wahrscheinlichkeit.

Doch die letzte Entscheidung muss immer der Vorstand treffen.

Schmitt: Sicher. QM und Versorgungsforschung können nur eine Art Anker liefern. Wichtig ist jedoch, dass nach einer solchen Entscheidung die Evaluation konsequent fortgeführt wird, weil die bisherige Evidenzlage zwar nur retrospektiv war, aber auch eine Art Nulllinie erzeugt hat, an der sich das Ergebnis der einmal getroffenen Entscheidung messen lassen kann. Nur so kommen wir in ein wirklich lernendes System.

Ist das ein Weg in die Zukunft?

Eberlein-Gonska: Unbedingt. Je mehr und enger wir zusammenarbeiten, desto mehr bin ich davon überzeugt, dass wir unser QM auf noch wissenschaftlichere Beine stellen können und müssen. Wenn man mal ganz ehrlich ist, funktionierte QM früher meistens auf Basis angewandten gesunden, ganz normalen Menschenverstands und den meisten QM-Beauftragten reicht das auch heute noch für ihre Arbeit. Aber die Herausforderungen im Gesundheitswesen verlangen von uns eine sorgfältige Nutzenbetrachtung, die wissenschaftlich fundiert sein muss. Ansonsten besteht die große Gefahr, dass QM zum reinen Kontrollinstrument verkümmert.

Reicht der gesunde Menschenverstand denn nicht?

Schmitt: Es kommt darauf an.

Wieder ein Beispiel bitte.

Eberlein-Gonska: Zum Beispiel hat unsere Sturzerfassung ergeben, dass das bisher angewandte Instrument zur Sturzrisikoermittlung auf der Intensivstation vollkommen unzureichend ist.

Schmitt: Dabei sollten und wollten wir an sich nur beweisen, dass es bei diesem Instrument Unterschiede bei der Anwendung zwischen der Intensiv- und der Normalstation gibt, was einem der gesunde Menschenverstand an sich nahe legen würde.

Was kam heraus?

Schmitt: Dass die Validität für die Normalstation durchaus gut ist, man aber bei der Intensivstation genauso gut würfeln kann.

Woran liegt das?

Eberlein-Gonska: Weil wahrscheinlich jeweils andere Risikofaktoren für Stürze wichtiger sind. Dabei wurde das Instrument, das bei uns verwandt wird, in Anlehnung an das John-Hopkins-Instrument entwickelt, das ohne große Validierung – zumindest keiner einzigen auf einer Intensivstation – in über 1.000 Kliniken in den USA genutzt wird.

Das mag man eigentlich gar nicht glauben.

Schmitt: Ohne tiefe belastbare Evidenz zumindest.

Da sieht man, dass Sie beide jede Menge Arbeit vor sich haben.

Eberlein-Gonska: Deswegen ist die Zusammenarbeit für uns beide so spannend, auch weil es eine Win-win-Situation ist. Einer meiner früheren Chefs hat einmal gesagt, dass man bei jedem Einzelnen den Top-Anreiz finden muss, damit „er das macht, was man selbst gerne hätte“. Professor Schmitts Anreiz ist: Ich bin die „Spielwiese“. Mein Anreiz ist: Er macht die Forschung, die ich brauche!

Doch ohne Forschung bleibt aber jede Spielwiese irgendwie nur theoretisch.

Schmitt: Stimmt. Aber so schaffen wir Nutzen. So haben wir beispiels-



Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

ist seit 2000 Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden. Als Fachärztin für Pathologie hat sie berufsbegleitend den European Master in Quality Management abgeschlossen, war mehrere Jahre als akkreditierte KTQ-Visitorin tätig, ist Leitende Systemauditorin im Gesundheitswesen, EFQM-Assessorin und hat von 2014 - 2016 den Fachausschuss Peer Review der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) geleitet. Sie hat mehrere Lehraufträge u.a. an der Medizinischen Fakultät Dresden sowie der staatlich anerkannten Dresden International University. Darüber hinaus ist sie berufspolitisch in der Sächsischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer tätig.

weise bei der Dekubitus-Dokumentation den Aufwand bei mindestens gleichem Nutzen erheblich reduziert.

Eberlein-Gonska: Das muss aber noch bei sehr viel mehr Instrumenten und Prozeduren passieren, auch weil kontinuierlich immer wieder neue „erfunden“ bzw. verordnet und ins Setting aufgenommen werden. Unser Ziel dabei ist: mit möglichst hoher Evidenz!

Ist das auch der Weg in eine Fehlerkultur?

Eberlein-Gonska: Es gibt kiloweise Publikationen über Effekte der ärztlichen Kompetenz und der Organisationskultur. Doch was dabei letztlich zum einen im Sinne des Nutzens für den Patienten, und zum zweiten im Sinne des Lernens für den einzelnen Arzt heraus kommt, ist extrem schwer zu beurteilen.

Schmitt: Man wird wahrscheinlich nie messen können, wie viele Fehler tatsächlich vermieden werden können. Und vor allem: welche? Trotzdem kann jeder Patient von dem Klinikums seines Vertrauens erwarten, dass es einer Fehlerkultur und einem selbstkritischen Umgang mit Fehlern und deren Aufarbeitung folgt – doch auch von möglichen Fehlern oder selbst Fastereignissen. Das braucht aber eine ganz neue Kultur und interdiszi-



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Seit 2011 ist er W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung. Zuvor war Prof. Schmitt rund 10 Jahre klinisch als Dermatologe und Allergologe am Universitätsklinikum Dresden tätig, zuletzt als Oberarzt mit Zuständigkeit für Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie. 2009 hat er an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus im Fachgebiet Dermatologie und Venerologie zum Thema „Epidemiologie, medizinische Versorgung und gesundheitsökonomische Aspekte des atopischen Ekzems“ habilitiert.

plinäre Kommunikation.

Eberlein-Gonska: Doch der erste Schritt ist getan, wenn wir die Chance der engen Zusammenarbeit nutzen und uns gegenseitig unterstützen und verstärken. Denn ein Qualitätsmanager kann und wird unter Umständen ganz andere Fragen als ein Wissenschaftler stellen, weil ersterer näher an der Praxis- und der Anwendungsorientierung verortet ist.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, kurz MM-Konferenzen, sind da sicher auch ein guter Anfang.

Eberlein-Gonska: Bei uns sollen zum Beispiel in allen Kliniken MM-Konferenzen durchgeführt werden, aber eben nicht irgendwie, sondern strukturiert. Das ist eine Vorstandsvorgabe.

Die meisten Unikliniken werden, wenn man sie denn fragen würde, sicher erklären, dass sie solche MM-Konferenzen auch hätten.

Schmitt: Aber nur, weil es keinen Standard gibt, wo eine MM-Konferenz beginnt und ein Gespräch in der Oberarzttrunde aufhört.

Eberlein-Gonska: Genau. Bei uns in Dresden machen wir das anders, d.h. systematisch, indem wir zunächst überlegen, was wir wollen und

wie wir so etwas strukturieren und systematisch aufbauen müssen. Sicher hat mein Bereich hier im Klinikum auch darum solch einen guten Stand, weil wir bei all diesen Fragen Unterstützung geben können. Das beginnt bei Prozessanalysen, geht über die Strukturierung sowie Vereinfachung von Abläufen, der Identifikation von Problemfeldern bis hin zu einer Implementierung einer Qualitätskultur. Bei allem bedarf es allerdings einer unbedingten Unterstützung durch die Klinikumsleitung, und darauf kann ich hier im UKD bauen.

Wo könnten Sie denn von sich behaupten, sie hätten die Versorgung wirklich verbessert?

Eberlein-Gonska: Wir haben beispielsweise im Jahr 2004 unser Krebszentrum zertifiziert und waren damit die Ersten in ganz Deutschland. Ausgehend von einer damals kleinen Ambulanz ist Dresden heute ein National Cancer Center. Ich glaube das hat auch mit der guten Organisation, transparenten Abläufen und einer nachweisbaren Qualität zu tun. Doch auch hier heißt es, genau ins Detail zu gehen: So haben wir zum Beispiel als Erste gemessen, ob im Rahmen eines Tumorboards der getroffene Beschluss überhaupt umgesetzt wird.

Was einem wieder der gesunde Menschenverstand nahegelegt hätte.

Eberlein-Gonska: So etwas nennt sich horizontales Audit, inzwischen auch in Form einer Lehrveranstaltung mit Studenten. Dabei werden stichprobenartig 20 Tumorboardbeschlüsse gezogen, bei denen geprüft wird, ob und wie die Beschlüsse umgesetzt worden sind. Durch solche Maßnahmen werden Prozesse und damit auch die Ergebnisqualität positiv beeinflusst und die Ausbildung gefördert.

Schmitt: Doch könnte die Mortalität natürlich auch durch den normalen medizinischen Fortschritt sinken. Darum ist relativ schwierig, wissenschaftlich exakt nachzuweisen, was für die Ergebnisqualität nun genau verantwortlich ist.

Wie steht es hier mit Peer Reviews?

Eberlein-Gonska: Ich bin überzeugt, dass die Peer Reviews im Kleinen einen Effekt haben und damit auch im Großen. Dieses Verfahren, mit dem einmal der HELIOS-Verbund angefangen hat, führen jetzt immerhin rund 400 Krankenhäuser und damit ein Fünftel aller deutschen Kliniken mit mehr als 6 Millionen stationären Fällen durch.

Schmitt: Zur Evaluation der Wirksamkeit des Peer Reviews zur Senkung der Krankenhaussterblichkeit haben wir gemeinsam mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) einen Antrag beim Innovationsfonds gestellt und erfreulicherweise die Förderzusage bekommen. Wir haben nun die Möglichkeit, anhand einer Cluster-randomisierten Studie harte Evidenz über den Nutzen einer komplexen Qualitätsintervention zu bekommen. Das ist bisher in Deutschland noch ein Novum und wir hoffen der Anfang vom Übergang einer vornehmlich deskriptiven Versorgungsforschung hin zur prospektiven, kontrollierten Untersuchung von Versorgungskonzepten, Qualitätssicherungsmaßnahmen und anderen komplexen Interventionen. Dieser Schritt ist wichtig, um das oftmals zitierte „lernende System“ tatsächlich zu implementieren.

Frau Professor Eberlein-Gonska und Herr Professor Schmitt, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Hamburgs Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks auf dem WINEG-Kongress

„Endlich altes Denken abgelöst“

Anlässlich der Geburtstagsfeier zum zehnjährigen Bestehen des vor zehn Jahren gegründeten „Wissenschaftlichen Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ (WINEG) fand Hamburgs Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz Cornelia Prüfer-Storcks klare Worte für das Verhältnis von Versorgungsforschung und Politik. Sie selbst hätte für ihre Entscheidungen gerne und öfter „eine rationale Grundlage“, doch was dann die Politik mit den von der Versorgungsforschung erarbeiteten Ergebnissen mache, sei ein anderes Thema. Prüfer-Storcks, durchaus mit einer Portion Politik-Selbstkritik: „Ich bin der Meinung, dass wir schneller und entschiedener Konsequenzen aus Ergebnissen der Versorgungsforschung ziehen könnten.“

>> Prüfer-Storcks findet es absolut richtig, wie sie in ihrem Vortrag zum Zehnjährigen des WINEG ausführte, dass die gesetzlichen Krankenkassen Versorgungsforschung betreiben und dafür ihren Datenschatz einsetzen würden. Aber auch, dass die großen Kassenarten „ihre Stimme vernehmbar im Konzert derjenigen erheben, die sich mit Versorgungsforschung befassen“. Das seien die Universitäten mit ihren entsprechenden Instituten, aber auch das neue, staatlich legitimierte Institut IQTiG, das autorisiert sei, Routinedaten anzunehmen und auszuwerten. Das sei auch gut so und dafür habe sie sich stark gemacht. Das vor allem aus einem Grund: Wenn Politik Entscheidungen auf Versorgungsforschung basieren wolle, dürfe dieses Unterfangen eben nicht nur auf Versicherungendaten einer bestimmten Krankenkasse fußen, sondern muss – so Prüfer-Storcks Meinung – „die Datengrundlage aller Versicherten und Patienten heranziehen können“. Darum sei sie froh, dass mit dem Start des IQTiG das Thema Nutzung der Routinedaten nach vorne gebracht worden sei, denn sowohl das Wissen der bisherigen Versorgungsforschung als auch das der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich sei noch viel zu beschränkt. Prüfer-Storcks: „Wir wissen, dass die Patienten im Durchschnitt acht Tage im Krankenhaus liegen, aber nicht, was danach passiert! Dies sei ebenso wie das Thema regionaler Versorgungsunterschiede nach wie vor eine Blackbox, darum müsse man die einzigen Daten, die hier zur Verfügung stünden – eben jene der gesetzlichen Krankenkassen – auch nutzen.“

Diese Legislaturperiode, so Prüfer-Storcks weiter, stünde bekanntlich deutlich unter dem Leitgedanken der Qualität, oder genauer: dem Willen der Politik, die politischen Entscheidungen an Qualität zu orientieren. „Damit haben wir endlich auch altes Denken abgelöst“, verdeutlicht an der Stelle Hamburgs Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz. Denn lange Zeit sei in Deutschland der vorherrschende Gedanke der Politik gewesen, gute Versorgung sei dicke Versorgung und wohnortnahe Versorgung deshalb das A und O. Dass Wohnortnähe nicht alles sei, gerade wenn sich



Krankenhäuser nicht oft genug an bestimmten Behandlungen versuchen, sei in die Politik nicht so richtig vorgebracht worden, die lange Zeit gedacht habe, dass das, was medizinische Einrichtungen aus sich heraus erzeugen würden, schon Qualität genug sei, weil die dort handelnden schließlich Medizin studiert hätten. Aus diesem Grunde müsse man einmal wertschätzen, meint Prüfer-Storcks, was sich in dieser Legislaturperiode vollzogen habe, wenn auf einmal Qualität zur Grundlage von Politik-Entscheidung gemacht würde; umso mehr, als dass vielen gar nicht so bekannt sei, dass bisher im Krankenhausgesetz des Bundes Qualität

überhaupt nicht als Kriterium vorgekommen sei. Prüfer-Storcks: „Bisher ging es um Wirtschaftlichkeit und wohnortnahe Versorgung und um sonst nichts.“

Dass mit dem politisch gewollten Vorhaben der qualitätsorientierten Bedarfsplanung nun auf einmal ein Paradigmenwechsel stattgefunden habe, dämmere allmählich mehreren. Doch nun müssten auch die entsprechenden Konsequenzen gezogen werden, wofür die Versorgungsforschung schon einige Beiträge geleistet habe, indem sie auf Defizite und Unterschiede in der regionalen Versorgung sowie auf Probleme verschiedener Einrichtungen hingewiesen habe. Ihre Forderung: „Wir wollen zukünftige Entscheidungen noch stärker auf Evaluierung von Versorgungsmodellen und der Erprobung neuer Modelle basieren.“<<

Save the Date

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

10
JAHRE

Regionale Versorgung
Analyse Modellprojekte Translation

FACHKONGRESS

17. März 2017

09:30 bis 18:30 Uhr

Bertelsmann Repräsentanz
Unter den Linden 1
10117 Berlin
Anmeldung: www.m-vf.de



INNOFONDS

Fakten Status Diskurs

Innovationsfonds: Die erste Förderwelle

„Zukunft inside“ in 29 Projekten

Wenn selbst das Krankenkassen-Lager, das den von der Politik installierten Innovationsfonds anfangs heftig bekämpft hatte, lobende Worte fand, wie unlängst bei der Vorstellung der 29 geförderten Projekte im Bereich der „Neuen Versorgungsformen“, zeigt das einen gewissen Willen, nicht nur zum Lernen, sondern auch zum Eingestehen, einen Fehler gemacht zu haben. Denn selten einig waren sich die „Bänke“ des G-BA bei der erstaunlich einvernehmlichen, gar einstimmigen Beschlußlage, welche 29 der insgesamt 120 eingereichten Förderanträge in der ersten Welle positiv zu bescheiden waren.

>> Dabei lagen nicht nur die 120 eingereichten Förderanträge in der ersten Welle auf dem Tisch, mussten gelesen und durch den Expertenbeirat beurteilt werden, sondern insgesamt 577 Anträge aus den ersten beiden Förderbekanntmachungen und den laut Ausschreibung zu bedienenden zwei Bereichen „Neue Versorgungsformen“ und „Versorgungsforschung“. Da aber für den ersten Bereich im Jahr 1 (2016) nur 225 Millionen und für den zweiten nur 75 Millionen zur Verfügung standen, entschied sich der Innovationsausschuss – allen voran dessen Geschäftsführer Prof. Josef Hecken, in Personalunion bekanntlich unparteiischer Vorsitzender des G-BA – die zweite Förderwelle bei den „Neuen Versorgungsformen“, die eigentlich auch noch aus den 225 Millionen des ersten Jahres hätte bedient werden müssen, in das Jahr 2017 zu schieben. „Was wir hier getan haben, kann ich guten Gewissens verantworten“, erklärt Hecken im Titelinterview dieser Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ (s. Seite 5 f.). Die Alternative wäre gewesen, eben nicht wie geschehen 29 aus 127 Projekte nzu fördern, sondern dann aus 230 eingereichten Anträgen, die (inkludiert der Anträge der Versorgungsforschung) mit einer Antragssumme von insgesamt 1,6 Milliarden Euro das zur Verfügung stehende Budget um mehr als das fünffache überzeichnet hatten. So aber hat der Innovationsausschuss, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt ist, pragmatisch über 127 Förderanträge entschieden, von denen dann auch knapp ein Viertel eine Förderzusage erhalten hat.

Auch darum sprach auf der Pressekonferenz, auf der die 29 „Neue Versorgungsformen“-Projekte der ersten Förderwelle vorgestellt wurden, Dr. Nicole Schlottmann, die Vertreterin der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im G-BA, davon, dass sie nie gedacht habe, dass Geld ausgeben so schwer sein könnte;

das ist etwas, dem Hecken im MVF-Interview nur zustimmen konnte – jedoch auch und vor allem, weil niemand „mit der uns erreichenden Antragsflut gerechnet“ hatte.

Und eigentlich auch nicht konnte. Darum ist für Hecken das eigentlich überraschende der ersten Ausschreibung im Zuge des Innovationsfonds zum einen die Erkenntnis, „dass unendlich viel verborgene Innovationskraft im System“ vorhanden ist, zum anderen jene, dass es „Projektkonstellationen innerhalb der einzelnen Projekte gibt, von denen man eigentlich gedacht hätte, dass sie eher antagonistische Gegensätze bilden“. Auch mit dem geballten Auftreten der Versorgungsforscher wurde so nicht gerechnet, die sowohl als Systembeteiligte im Bereich „Neue Versorgungsformen“ in Sachen Evaluation tätig werden mussten, zum anderen natürlich in ihrem angestammten eigenen Förderbereich gefordert waren. Rund 500 bis 1.000 Versorgungsforscher könnten mit all diesen Projekten, so schätzt ein wohl etablierter Professor dieses Forschungsgebiets, beschäftigt werden.

Doch auf Dauer? Zumindest einmal für die nächsten vier – der Zeitspanne des Innovationsfonds – bis sieben – die Zeitdauer durch die Überjährlichkeit der Förderung – Jahre. Doch was kommt danach?

So etwas wie den Innovationsfonds, der pro Jahr 300 Millionen Euro, in der Laufzeit von 4 Jahren damit insgesamt 1,2 Milliarden Euro ins System pumpt, gab es in Deutschland in ähnlicher Form schon zwei Mal. Zum einen das im Jahr 1989 eingeführte Förderprogramm des Bundesforschungsministeriums „Gesundheitswissenschaften – Public Health“, das sich durchaus positiv auf die strukturellen wie personellen Voraussetzungen der Public-Health- und der Versorgungsforschung ausgewirkt hat, weil aus den fünf geförderten Forschungsverbänden in den Jahren 1989 bis 1995 immerhin neun universitäre Studi-

Kommentar

Liebe Leserinnen und Leser, die erste Förderwelle ist entschieden und die „Bänke“ des G-BA wirken zufrieden. Indes: Mit der „Antragsflut“ hatte keiner gerechnet. Darin zeige sich aber eine große, verborgene Innovationskraft im System und eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen sonst oft antagonistischen Partnern, wie Prof. Josef Hecken, im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ lobt. Bei dem schnellen Verfahren, das von vielen als überürzt empfunden wurde, ein gutes Ergebnis.

Insgesamt wird sich der Innovationsfonds durch die Überjährlichkeit der Förderung auf sieben Jahre erstrecken. Und eigentlich soll daraus eine dauerhafte Förderung der Versorgungsforschung werden.

Erfolg hat der Fonds aber nur, wenn möglichst viele der geförderten Projekte in große Selektivverträge oder in die Regelversorgung übergehen. Das ist – so Hecken – „der evaluatorische Endpunkt“.

Auf diesen Sonderseiten stellen wir Ihnen ausführlich 7 der 29 geförderten Projekte für „Neue Versorgungsformen“ sowie 5 von 62 aus der Versorgungsforschung vor.

Wie ist Ihre Meinung dazu? Schreiben Sie uns.

Ihr

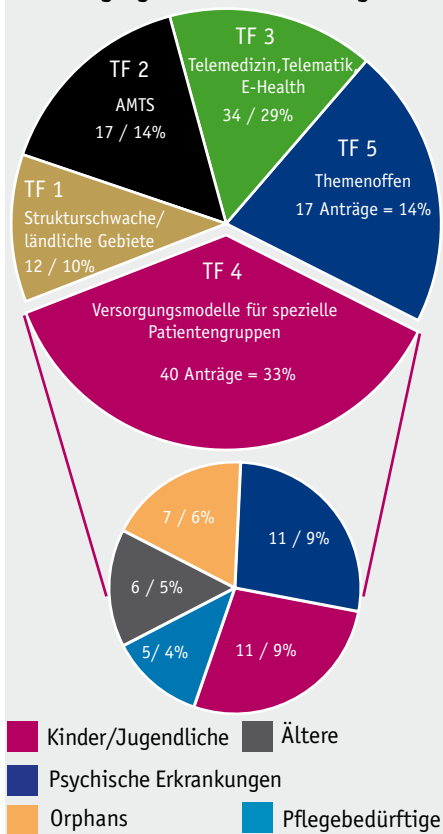
Prof. Dr. Reinhold Roski



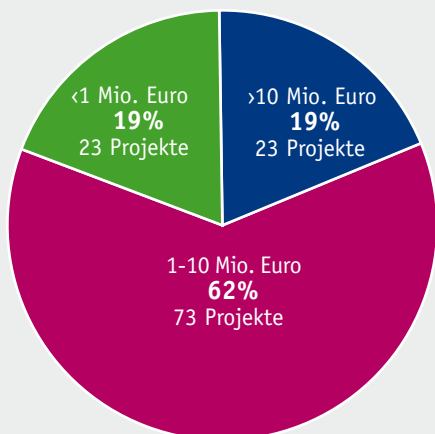
MVF-Herausgeber
Prof. Dr.
Reinhold Roski

engänge entstanden (v. Troschke 2001). Zum anderen mit der im Jahre 2004 von der Politik im Rahmen der Neufassung des § 140d SGB V beschlossenen Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsmodelle (IV), die immerhin 1 Prozent der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen bereitstellte, um die bis dahin zögerliche Inanspruchnahme der damals neuen Möglichkeit, IV-Verträge abzuschließen, zu beschleunigen. Vier Jahre lang standen damit bis 2008 jährlich maximal 680 Millionen Euro zur Verfügung, womit in diesen Jahren rund 5.000 Projekte finanziert wurde. Mit recht überschaubarer Nachhaltigkeit, wie im Nachgang festgestellt werden musste. Denn mit Wegfall der Anschubfinanzierung Ende 2008 wurden die allermeisten IV-Verträge gekündigt; und obwohl es da-

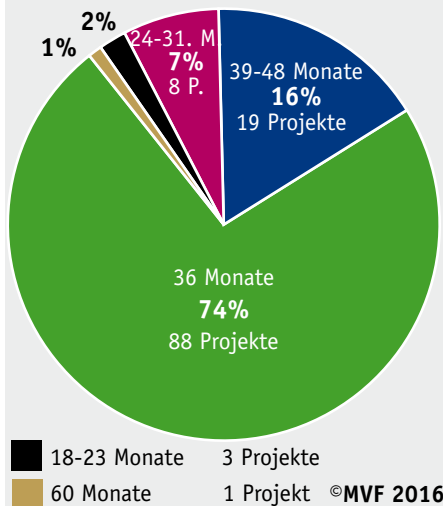
Eingang 1. Welle: 120 Anträge



Beantragte Fördermittel



Beantragte Laufzeiten



runter sehr gute Projekte gab, blieb nach Heckens Worten „bundesweit nur eine kleine Handvoll von Projekten übrig, die dauerhaft in die Versorgung übernommen werden konnten“. Zudem war der generelle Erkenntniswert marginal, weil damals – abgesehen von einer Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 SGB V – die Art und Weise der Evaluation dieser Verträge seitens der Politik nicht geregelt worden war.

Aus diesen Versäumnissen hat die Politik gelernt. Und alle Beteiligten wissen nur zu genau, dass sie diese beiden Fehler auf keinen Fall wiederholen dürfen. Denn beide wurden qua Gesetz von vornherein nahezu ausgeschlossen. Zum einen setzt laut Verfahrensordnung des Innovationsausschusses nach § 92b SGB V die Förderung von Vorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung voraus, dass „eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) erfolgt“, warum der jeder Antrag ein tragfähiges und ergebnisorientiertes Evaluationskonzept enthalten muss, aus dem sich ergibt, dass „die Ergebnisse des Vorhabens und dessen Effekte für die Versorgung im Hinblick auf eine Prüfung der dauerhaften Übernahme in die Versorgung auf valider und gesicherter Datengrundlage beurteilt werden können.“ Zum anderen werden laut vom BGM genehmigter Verfahrensordnung nur jene neue Versorgungsformen gefordert, „die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“.

Umso mehr wundert es, dass der Projektträger, das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR) in Bonn, der elfköpfige Expertenbeirat und der zehn Köpfe zählende Innovationsausschuss sich überhaupt damit beschäftigen mussten, genau solche Anträge auszusieben, nur weil deren Antragsteller anscheinend die Hausaufgaben nicht richtig gemacht haben. Einige Projekte sind – wie G-BA-Chef Hecken teilweise im Titelinterview erläutert – aus folgenden Gründen gescheitert:

- weil sie nicht von vornherein die Übertragbarkeit in die Regelversorgung mitgedacht haben,
- auf ganz spezielle regionale oder gar lokale Problemlagen eingegangen sind,
- auf ein ganz bestimmtes vorhandenes Versorgungsproblem oder auf ein bestehendes Netzwerk aufgesetzt haben, die nun einmal nicht replizierbar sind,
- bei denen die definierten Endpunkte nicht

belastbar genug erschienen, um auf dieser Basis eine vernünftige Evaluation durchzuführen,

- die im Antrag keinen Evaluationspartner benannt haben, sondern das erst nach positiver Förderentscheidung machen wollten,
- die eine „Nichtangemessenheit der Zweck-Mittel-Relation“ (Hecken) erkennen ließen.

Doch die meisten der 127 Anträge der ersten Förderwelle sind nur deshalb gescheitert, weil – so Hecken – die anderen eben noch besser waren, und in dieser „Competition“ einfach unterlagen. Was nun nicht heißt, dass sie deshalb nun überhaupt keine Chance mehr hätten, in einer der kommenden Förderrunden zum Zuge zu kommen. Genau aus dem Grunde kündigt Hecken im MVF-Titelinterview an, dass in diesem Jahr (2017) nur themenoffene Ausschreibungen veröffentlicht werden sollen, erst im darauffolgenden Jahr (2018) wieder themenspezifische. Hecken: „Damit besteht die Chance, dass im Einzelfall jetzt abgelehnte Anträge, wenn sie denn bestimmte methodische Mängel beseitigt haben, unter Umständen doch noch zum Zuge kommen können.“ Das gelte sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die „Neuen Versorgungsformen“.

Das erklärte Ziel dabei ist, all jene Projekte zu erfüllen, die dem Sinn des Gesetzes entsprechen: mit hoher evaluatorischer Sicherheit in die Regelversorgung überführt werden zu können. „Das Entscheidende für mich ist, dass nach den vier Jahren zumindest ein gewisser Prozentsatz der Regelversorgungsprojekte entweder in größere Selektivverträge oder gar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen“, erklärt dazu Hecken, der sich nach vier oder auch sieben Jahren an diesem, mit diesen doch recht wenigen Worten definierten evaluativen Endpunkt wird messen lassen müssen. Doch zeigt er sich – zumindest Stand heute – „im Augenblick sehr optimistisch, dass das funktionieren kann“.

Dieser Optimismus gründet sich zum Teil nicht nur auf die Güte der bereits bewilligten Projekte, allesamt mit hohem Potenzial, diesen Endpunkt erfüllen zu können, sondern vor allem auch auf die Zusammenstzung des bewilligenden Innovationsausschusses. Hier sitzen alle Bänke des G-BA sowie zwei Ministerien an einem gemeinsamen Tisch. Die von allen gemeinsam verabschiedeten und für gut befundenen Projekte am Ende des Tages dann aus welchen Partialinteressen auch immer doch nicht in der Regelversorgung zu überführen, wird so sehr, sehr schwer. <<

14 von 29 Projekten für neue Versorgungsformen - vollständige Liste: www.m-vf.de/innofonds

Themenfeld	Projekttitel	Ziel	Antragsteller / Konsortialführer	Antragssteller (verantwort.)	Konsortialpartner	einbez. BL
TF 1: Ländliche Gebiete	Netzwerk LebenPlus	Erprobung der Möglichkeiten von telemedizinischen Anwendungen	TK	Manon Austenat-Wied	Universitätsklinikum Greifswald, Informations- und Kommunikationsgesellschaft mbH inav GmbH	MV
	HerzEffekt MV	Anwendung verschiedener Versorgungsinstrumente	UMR Versorgungsstrukturen GmbH	Prof. Dr. med. Christian Schmidt	AOK Nordost, TK MV, Philips GmbH	MV
	Strukturmigration im Mittelbereich Templin	Neustrukturierung der wohnortnahen ambulanten und stationären Grundversorgung	IGiB StimMT AOK Nordost	Dr. med. Hans-Joachim Helming	Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, KV Consult GmbH, AGENON GmbH, inav GmbH	BR
	Land Rettung	Zukunftsfeste notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises	Landkreis Vorpommern-Greifswald	Dezernent Dirk Scheer	Universität Greifswald, Steinbeis Hochschule Berlin, Universitätsmedizin Greifswald, AOK Nordost	MV
TF 2: AMTS	ARENA	Nachhaltige Abwendung der Antibiotika-Resistenzentwicklung	AQUA-Institut GmbH	Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi	Agentur deutscher Arztnetze e.V., AOK Bayern, AOK Rheinland-Hamburg, KV Bayern e.V	BY, NRW
	AdAM	Anwendung eines digital-gestützten Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Managements	BARMER GEK	Petra Kellermann-Mühlhoff	KV Westfalen-Lippe, Universität Mainz, Universität Bielefeld, Universität Köln, Universität Bochum, Universitätsklinikum Köln	NRW
	RESIST	Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen	vdek	Dr. Julia Iwen	TK, BARMER GEK, DAK- Gesundheit, KKH, hkk, HEK	BW, BY, BR, HB, MV, NRW, NS, NP, SH, SL
	VERO	Optimierte Versorgung von Menschen mit Rheuma	TK	Tim Steimle	Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., Universitätsklinikum Erlangen, Universität Hamburg, mhplus BKK	Alle
TF 3: Telemedizin, Telematik und E-Health	NierenTx360°	Bessere Versorgung, Überleben und Wirtschaftlichkeit nach Nierentransplantation	Medizinische Hochschule Hannover	Prof. Dr. med. Lars Pape	Symeda GmbH	NS
	ERIC	Erhöhung des bisher nicht ausreichenden Wissens zur Vermeidung von Langzeitfolgen bei Intensivversorgung	Charité-Universitätsmedizin Berlin	Univ.-Prof. Dr. Claudia Spies	Universität München, Technische Universität Berlin, Fraunhofer FOKUS, Ernst von Bergmann Klinik Bad Belzig gGmbH, BARMER GEK	Alle
	TeleDerm	Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung	Universitätsklinik Tübingen (UKT)	Prof. Dr. med. Stefanie Joos	Universitätsklinikum Tübingen, AQUA, KSYOS Health Management Research b.v., Universität München, Hochschule Reutlingen, AOK Baden-Württemberg	BW
	Telenotarzt Bayern	Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region	IQ.medworks GmbH	Klaus Graf	Bayerisches Staatsministerium des Innern für Bau und Verkehr, AOK Bayern	BY
	Rise-up	Rückeninnovative Schmerztherapie mit e-Health	Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin (ZIS)	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer.nat. Thomas R. Tölle	AOK Bayern, inav, Bayerische Telemed Allianz UG, StatConsult IT-Service GmbH, Kaia Health Software GmbH, Algesiologikum MVZ	BY
	TELnet@NRW	Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur	Uniklinik RWTH Aachen	Univ.-Prof. Dr. med. Gernot Marx	viele, daher siehe www.m-vf.de	NRW

Bei rund der Hälfte der Projekte sind Universitätsklinika federführend

Die Uniklinika erhalten die Förderung für „Neue Versorgungsformen“, die sie für ländliche Gebiete, ältere Menschen, Kinder, Jugendliche und Pflegebedürftige sowie Menschen mit seltenen Erkrankungen entwickelt haben. Außerdem werden weitere innovative Vorschläge aus den Uniklinika gefördert. Zum Beispiel ein Projekt zur besseren Versorgung von Rheumakranken.

„Es spricht für sich, dass der Innovationsausschuss so viele Uniklinika fördert“, sagt Professor Michael D. Albrecht, Vorsitzender des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. „Die Hochschulmedizin entwickelt und erprobt permanent medizinische Innovationen und neue Versorgungsmodelle. Sie sorgt dafür, dass die daraus gewonnenen Erkenntnisse schnell beim Patienten ankommen“, so Albrecht.

Bei drei Projekten ist inav mit an Bord

Das Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav) hat bei der Erstellung zahlreicher Innovationsfondsanträge im Jahr 2016 mitgewirkt, was die Begleitung der vollen Antragserstellung sowie die Entwicklung eines Evaluationskonzeptes gemäß sämtlicher Vorgaben des Innovationsausschusses und des Projektträgers betraf.

Im Rahmen der ersten Ausschreibung hat das inav, ein von Univ.-Prof. Dr. Volker Eric Amelung 2011 gegründetes privates Institut für Versorgungsforschung und wissenschafts-, praxis- und politikorientierte Beratung, als Konsortialpartner gleich drei Zuschläge erhalten:

- Allgemein-, Fach- und Notfallmedizin im ländlichen Raum am Beispiel Dermatologie
- Strukturmigration im Mittelbereich Templin
- Rise-up - Rücken-innovative Schmerztherapie mit e-Health



Prof. Dr. med. Christian Schmidt
christian-schmidt@med.uni-rostock.de

Antragsteller

HerzEffekt MV

Ziel: Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern

Antragsteller: UMR Versorgungsstrukturen GmbH

Konsortialpartner: AOK Nordost, TK Mecklenburg-Vorpommern, Philips GmbH Market DACH

Einbezogene Bundesländer: Mecklenburg-Vorpommern

>> Mit einer millionenstarken Förderung aus dem Innovationsfonds des Bundes unternimmt die Universitätsmedizin Rostock einen großen Schritt Richtung digitale Zukunft in MV. Mit den Krankenkassen AOK Nordost und Techniker Krankenkasse sowie der Philips-Tochter Philips Market DACH setzt das Haus das Kooperationsprojekt „HerzEffekt MV“ um. Ziel der Zusammenarbeit ist eine vernetzte und damit effizientere Versorgung von Herzpatienten im Bundesland durch innovative Technologien. Das Projekt der Unimedizin ist das mit der größten Einzelförderung aus dem Innovationsfonds in MV und rangiert bundesweit unter den Vorhaben, die die höchsten Fördersummen zugesprochen bekamen. „HerzEffekt MV“ vernetzt Patienten und Gesundheitsdienstleister in Mecklenburg-Vorpommern wie Kliniken, Ärzte, Sanitätshäuser oder Apotheken. Die Universitätsmedizin Rostock koordiniert die Vernetzung, Philips liefert die digitale Plattform sowie die als Medizinprodukte zertifizierte Hardware. „Die Gesundheitsmärkte stellen uns vor viele Herausforderungen – eine steigende Anzahl chronisch kranker Menschen, der demografische Wandel und eine drohende Unterversorgung auf dem Land sind nur einige Beispiele“, sagt der Ärztliche Vorstand der Unimedizin, Prof. Dr. Christian Schmidt. „Wir möchten daher effiziente Lösungen in der Behandlung entwickeln und so eine bundesweite Blaupause für die ländliche Gesundheitsversorgung liefern.“ „Dieses Projekt zeigt, wie wichtig die Universitätsmedizin in Rostock für die Versorgung der Bevölkerung mit Hochleistungsmedizin ist“, sagt Birgit Hesse, Mecklenburg-Vorpommerns Wissenschaftsministerin. „Jeder Herzpatient kann in Zukunft im Rahmen des Projekts sicher sein, dass sein Gesundheitszustand mit modernen telemedizinischen Methoden bestmöglich betreut wird, rund um die Uhr und in den eigenen vier Wänden“, so Hesse. Im Mittelpunkt des Projekts ste-

hen Patienten mit chronischen Herzerkrankungen. Bisher werden sie für ihre Behandlung an verschiedene Spezialisten verwiesen, bei denen sich Fragen und Untersuchungen oft zum Teil wiederholen.

Mit „HerzEffekt“ soll das für die Betroffenen einfacher werden. Auf freiwilliger Basis erhalten sie Blutdruck-Messgeräte, Aktivitätstracker oder Waagen, deren Werte per App an ein digitales Versorgungszentrum („Carecenter“) gesendet und von dort aus an die Beteiligten verteilt werden. So liegen beispielsweise dem Facharzt bereits bei der Erstvorstellung alle relevanten Informationen vor, und er kann gezielt weiterbehandeln. Anhand der digital erfassten Befunde wird außerdem entschieden, ob alles in Ordnung oder eine weitere Behandlung notwendig ist. Das Ziel: Verschlechterungen so früh erkennen, dass Maßnahmen ergriffen und eine Noteinweisung vermieden werden kann.

Philips Market DACH wird unter anderem für die Entwicklung der Plattform und der Apps zuständig sein, durch die die Gesundheitsdienstleister miteinander vernetzt sind. „Die Patienten haben Zugang zu diesem Netz und wissen immer ganz genau, wie es um ihre Gesundheit steht“, sagt der Vorsitzende der Philipstochter, Peter Vullinghs. Dabei bestimmten die Patienten selbst, wer Zugriff zu ihren Daten erhalte. „Ein großer Vorteil am Projekt: Es lässt sich auf weitere Krankheitsbilder und Bundesländer übertragen“, so Vullinghs. „Gerade bei der Entwicklung von Versorgungsprogrammen für den ländlichen Raum setzen wir ganz stark auf die Vernetzung aller Beteiligten über die Sektorengrenzen hinweg. Dabei haben wir mit telemedizinischen Ansätzen schon sehr gute Erfahrungen gemacht“, erklärte Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung bei der AOK Nordost, die die Mitarbeit an solchen Projekten als Verpflichtung einer Krankenkasse versteht, sich aktiv an besserer Versorgung zu beteiligen. <<

Konsortialpartner



Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung bei der AOK Nordost



Manon Austenat-Wied, TK-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern



Kurzbeschreibung

Derzeit existieren in MV zwei Krankenhäuser mit Herzzentren (herzchirurgische Abt.) in Rostock/Schwerin und Karlsburg für eine Versorgung von ca. 1,6 Mio. Einwohner. Diese spez. Expertise ist für Patienten mit fortgeschrittenen, chronischen Herzerkrankungen (aufgrund der auftretenden Symptome) oft nur schwer zugänglich. Durch das Care-Center mit 24-h-Betreuung und unter Anwendung verschiedener Versorgungsinstrumente (intersektorale Vernetzung, Symptomatik-/Medikation, Patienten-Training, Home-Blutdruck-Kontrolle, Home-Feeling-Beobachtung I & II sowie Medical Net-Skills-Labs) soll dieses Versorgungsdefizit verbessert werden. Dazu werden alle an der Patientenversorgung beteiligten und oftmals räumlich entfernten Institutionen im Care-Center zusammengeführt. Die UMR steuert die Zusammenarbeit aller während des gesamten Behandlungsprozesses, so dass das interdis. Zusammenspiel der Versorgungsstrukturen und die Umsetzung der med. Evidenz ziel- und leitliniengerichtet weiterentwickelt werden kann. Damit wird sich die Mortalität & Morbidität bei chron. Herzerkrankungen verringern sowie die Fachkräfteanzahl in der Herzchirurgie & Kardiologie in MV erhöhen. Ein strukturiertes PM mit regelmäßiger Überprüfung der erreichten Zielparameter und eine begleitende Kombi-Evaluation (clusterrandomisiert kontrollierte Studie/Change Controlling) sichern den Projekterfolg, so dass mittelfristig ca. 27.000 Patienten in MV versorgt werden können.

UMR, ZKS Lübeck, Lohfert & Lohfert AG

Evaluation

Offene clusterrandomisierte kontrollierte Studie mit zwei parallelen Patientengruppen. Interventionsgruppe: Rekrutierung über Universitätsmedizin Rostock. Kontrollgruppe: Patienten der Helios Kliniken Schwerin. Patienteneinschluss: Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, therapieresistente Hypertonie.

Förderung

14 Millionen Euro

IGiB StimMT

Ziel: Strukturmigration im Mittelbereich Templin

Antragsteller: IGiB – StimMT GmbH

Konsortialpartner: Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM), AGENON GmbH, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

Einbezogene Bundesländer: Brandenburg

>> In Templin und Umgebung werden künftig neue medizinische Versorgungsformen entwickelt. Das Projektvorhaben Strukturmigration im Mittelbereich Templin (StimMT) der Arbeitsgemeinschaft „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ (IGiB GbR) und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH wird mit rund 14,5 Millionen Euro gefördert. Nach einer Prognose des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg wird die Bevölkerung im Mittelbereich Templin bis 2030 um ein Fünftel abnehmen. Gleichzeitig wird die Anzahl der Bewohner über 65 Jahre um 44,6 Prozent steigen. Dennoch wird es auch im Jahr 2030 noch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene geben – wenn auch weniger. Diese veränderte Bevölkerungsstruktur hat signifikante Auswirkungen auf den medizinischen Versorgungsbedarf und dieser wiederum auf die notwendigen Leistungsstrukturen.

„Das Projekt Templin wird eine Blaupause für eine nachhaltige medizinische Versorgung im ländlichen Raum“, erläutert Lutz O. Freiberg, Geschäftsführer der IGiB. „Wir werden gemeinsam in den kommenden Jahren neue sektorübergreifende Versorgungsstrukturen in Templin erproben, die bedarfsgerecht für die sich stark ändernde Bevölkerung vor Ort sind.“

„Mit der Geriatrie in unserem KV RegioMed Zentrum haben wir in Templin schon erfolgreich gezeigt, wie ein neuer, sektorübergreifender Ansatz regelhaft in der Versorgung etabliert werden kann. Dank der Finanzmittel aus dem Innovationsfonds können wir nun für viele andere Patientengruppen auch sinnvolle und finanzierbare Lösungen in einer bislang so in Deutschland nicht vorhandenen Struktur aufbauen“, ergänzt Dr. Hans-Joachim Helming, bis Ende 2016 Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg.

Irmgard Wübbeling, Regionalgeschäftsführerin für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der Sana AG: „In Templin werden wir medizinische Versorgung sektorübergreifend neu denken. Die Menschen in der Uckermark

möchten eine gute medizinische Betreuung – diese darf nicht an Sektorengrenzen Halt machen. Die Verzahnung ambulant-stationärer Angebote wird deswegen ein zentrales Ziel dieses Projektes werden.“

„Wie andere ländliche Regionen ist Templin mit der demografischen Entwicklung konfrontiert. Als größte regionale Krankenkasse sehen wir in dem jetzt geförderten Modellprojekt deshalb eine große Chance, um medizinische, therapeutische und pflegerische Angebote besser zu vernetzen und für die Templiner auch künftig eine verlässliche Gesundheitsversorgung zu organisieren“, sagt Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost. Und Gabriela Leyh, Landesgeschäftsführerin der Barmer Berlin/Brandenburg, fügt hinzu: „Unser Ziel ist eine abgestimmte, koordinierte Versorgung der medizinischen und pflegerischen Leistungen. Zukunftsfeste Versorgungsangebote etablieren wir besser, wenn wir eingefahrene Verhandlungswege – ohne Blick auf den bestehenden regionalen Versorgungsbedarf – verlassen und hierbei alle Partner im Gesundheitswesen und Entscheidungsträger der Region einbeziehen und Verantwortlichkeiten neu festlegen.“

„In Brandenburg diskutieren wir nicht nur über die Stärkung und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung, sondern wir handeln auch. Deshalb haben wir die Bewerbung des Sana Krankenhauses Templin, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sowie der AOK Nordost und der Barmer GEK mit dem Modellvorhaben Templin um eine Förderung aus dem Innovationsfonds unterstützt“, erklärt die brandenburgische Gesundheitsstaatssekretärin Almuth Hartwig-Tiedt. „Hier geht es um ein nachhaltiges, sektorübergreifendes Versorgungsvorhaben, das für die moderne Gesundheitsversorgung im Land Brandenburg wichtig ist. Damit kommen wir unserem gemeinsamen Ziel, Krankenhäuser der Grundversorgung zu ambulant-stationären Gesundheitszentren der Zukunft weiterzuentwickeln, näher.“ <<

Antragsteller

IGiB | StimMT



Dr. med. Hans-Joachim Helming
eMail: Dr.Helming@iGiB-StimMT.de



Lutz O. Freiberg
eMail: l.freiberg@iGiB-StimMT.de

Konsortialpartner (Ausz.)



Kurzbeschreibung

Ausgehend von Bedarfsermittlungen für die Bevölkerung im Mittelbereich Templin werden stationäre und ambulante Versorgungskapazitäten angepasst und fach- und sektorenübergreifend verzahnt. Die Versorgungsabläufe werden auf der Grundlage von Prozessbeschreibungen strukturiert. Die wohnortnahe ambulante und stationäre Grundversorgung wird auf die Versorgungserfordernisse einer zunehmend älteren, multimorbiden Bevölkerung ausgerichtet und mit wohnortferner, ergänzender Versorgung verzahnt. Unterstützend werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt. Die Lösungen werden so angelegt, dass eine Übertragung auf vergleichbare Settings und Regionen möglich ist.

Evaluation

inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
Prozessanalysen gemäß dem Konzept der Evaluation komplexer Intervention / Routinedatenanalysen und Kontrollgruppensdesign/ Erhebung von Patientenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit auf Basis validierter Fragebögen.

Förderung

14,5 Millionen Euro



Prof. Dr.med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
eMail: Joachim.szecsenyi@aqua-institut.de



Dr. med. Veit Wambach
eMail: info@drwambach.de



ARENA

Ziel: Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden

Antragsteller: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Konsortialpartner: Agentur deutscher Arztnetze e.V., AOK Bayern, AOK Rheinland-Hamburg, Kassenärztliche Vereinigung Bayern e.V.

Beteiligte Einrichtungen: Abt. Allg.Med. und Versorgungsforschung, Uniklinikum Heidelberg, gevko GmbH, Institut f. Allgemeinmed. Rostock / Gesellschaft f. Patientenzentrierte Kommunikation mbH (GPZK), 14 Arztnetze aus Bayern und NRW

Einbezogene Bundesländer: Bayern, Nordrhein-Westfalen

Antragsteller

Konsortialpartner

Kurzbeschreibung

Evaluation

Betrag



Optimierung des indikationsgerechten Antibiotika-Einsatzes sowie die Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung bei Infektionen, die im ambulanten Bereich häufig sind, um der fortschreitenden Resistenzentwicklung entgegenzuwirken. Methoden: Bei ARENA werden unterschiedliche Interventionen, deren Wirksamkeit aus Studien empirisch belegt ist, in den deutschen Versorgungsalltag implementiert (>400 Praxen aus 14 Arztnetzen mit ca. 74.000 eingeschriebenen AOK-Versicherten): z.B. Blended Learning (für Ärzte, MFA) zur Kommunikation mit dem Patienten, Qualitätszirkel (netzintern für Ärzte, MFA, sowie interprofessionell und sektorenübergreifend), datenbasiertes individuelles Feedback (Verordnungssituation, Patientenperspektive, regionale Resistenzsituation), Öffentlichkeitskampagnen und Informationen für Patienten (via Tablet-PCs, Flyer, Plakate, Blogger), IT-unterstützte Entscheidungshilfen, ergebnisorientierte Vergütung. Umsetzung: Die Interventionen werden in 14 Arztnetzen (Bayern, NRW) insbesondere Hausarztpraxen aber auch bei Fachärzten (HNO, Päd., Uro., Gyn., Internisten, Pneumol.) umgesetzt. Sektorenübergreifend ist der Einbezug regionaler Krankenhäuser, der stationären wie ambulanten Pflege und Apothekern geplant. Die Interventionen sollen unter Nutzung der hier gemachten Erfahrungen den realen Praxisbedingungen angepasst und dann in die Regelversorgung übertragen werden. Sie sind auch für andere Themenfelder bzw. Aufklärungskampagnen nutzbar.

Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Heidelberg (Prof. Kieser)

Design: Cluster-randomisierte Studie und Prä-Post-Vergleich basierend auf 2 querschnittlichen Erhebungen (cluster randomized pre-post design). 3 Interventionsarme (Module: A, A+B, A+C) und 1 unbehandelte Vergleichsgruppe. Diverse Indikatoren des European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net) werden aus Routinedaten berechnet und als Outcomes verwendet. Zusätzlich werden Befragungen auf Arzt-, MFA- und Patientenebene durchgeführt.

6 Millionen Euro

kenhäusern, Pflegeheimen,-diensten, Apotheken) durchgeführt. Die beteiligten Ärzte aus den Netzen erhalten für die im Rahmen des Projektes erbrachten Leistungen eine Vergütung. Die Ergebnisse werden geeigneten Vergleichsgruppen von AOK-Versicherten gegenübergestellt und ausgewertet.

„Antibiotika gehören zu den wichtigsten Errungenschaften der Medizin, jedoch verlieren sie zusehends ihre Wirkung. Wir erwarten, dass die Ergebnisse aus dem Projekt einen starken Impuls für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika setzen werden und sich die Patientenversorgung dadurch langfristig spürbar verbessern kann“, so Prof. Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts.

Die Koordination und Information der beteiligten Netze hat die Agentur deutscher Arztnetze übernommen. Deren Vorstandsvorsitzender Dr. Veit Wambach betont: „Netze sind Innovationsmotoren und Vorreiter in Sachen Qualität. Daher ist es für die beteiligten Netze ein Kernanliegen, die Antibiotikaresistenzstrategie der Bundesregierung in der vernetzten Versorgung vor Ort voranzutreiben und die weltweite Ausbreitung von Resistenzen zu stoppen.“

Aus Sicht des Vorstands der KVB – Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz und Dr. Ilka Enger – hat das ARENA-Projekt eine große Relevanz für den Praxisalltag. Die KVB bringe dabei ihre Expertise in der ambulanten Versorgung und speziell im Bereich der Verordnung von Antibiotika ein. Zugleich könne die KVB mit ihrem langjährigen Know-how in der Gestaltung und Abrechnung von Verträgen zum Gelingen von ARENA beitragen.

Die zunehmende Bedrohung durch multiresistente bakterielle Infektionserreger macht es notwendig, auf einen sachgemäßen Einsatz von Antibiotika hinzuwirken. Aufgeklärte Verbraucher können erheblich zu einem rationalen Antibiotikaeinsatz beitragen, umso wichtiger ist es, diese mit gut verständlichen Informationen zu versorgen. <<

AdAM

Ziel: Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie - und Versorgungs-Management

Antragsteller: BARMER

Konsortialpartner: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Universität Mainz, Universität Bielefeld, Universität Köln, Universität Bochum, Universitätsklinikum Köln

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

>> In Westfalen-Lippe sollen 1400 Hausärzte in den nächsten drei Jahren ein System zur besseren Versorgung von Patienten mit Polypharmazie erproben. Das Kooperationsprojekt „Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management“ (AdAM) der Barmer GEK und der KV Westfalen-Lippe startet am 1. Januar und wird mit 16,4 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds gefördert. Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, erklärt zur Bedeutung des Projekts AdAM: „Das Projekt AdAM hat das Potenzial zu einem Meilenstein für mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie. Denn AdAM liefert einen detaillierten Überblick über die Medikation von Patientinnen und Patienten. Davon könnten bis zu 18,6 Millionen Menschen in Deutschland profitieren, die mindestens fünf Präparate zugleich nehmen.“

Der Kern des Projekts: Wenn der Patient zugestimmt hat, erhält der Hausarzt Informationen über sämtliche Verordnungen aller Ärzte, die an der Behandlung beteiligt sind. Darüber hinaus informiert ein speziell entwickeltes Software-Programm den Arzt über Kontraindikationen, Unverträglichkeiten und Wechselwirkungen. Es können sich nur Ärzte beteiligen, die an das KV-Safenet angebunden sind.

„Ziel ist, dass der Hausarzt mit den fachärztlichen Kollegen in den Dialog über die Medikation tritt“, erläuterte das neue KVWL-Vorstandsmitglied Thomas Müller. AdAM setzt auf ein Projekt zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) auf, das die KVWL bereits in den Netzen in Bünde und Siegen erprobt hat.

Neu an AdAM ist, dass auch Verordnungsdaten aus Krankenhäusern einbezogen werden. Diese Daten liefert die Barmer GEK. Zudem wird das Programm, das über Interaktionen informiert, durch einen Algorithmus ergänzt, der die Ärzte bei den weiteren Therapieentscheidungen unterstützt. Hierbei kooperieren

Barmer und KVWL mit Professor Daniel Grandt, Vorstand der Arzneimittelkommission der Ärzteschaft.

„Die Weiterentwicklung des Programms erfolgt in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften“, erläuterte Dr. Mathias Flume, Leiter des Geschäftsbereichs Verordnungsmanagement der KVWL. Die Fachgesellschaften erstellen medizinische Handlungsanweisungen zur Polypharmazie, die den Ärzten bei einer Vielzahl verordneter Medikamente die Priorisierung erleichtern sollen. Bei komplexen Fällen ist die Ergänzung durch ein fachärztliches Konsil wichtig, sagte Flume.

Mit dem AMTS-Projekt in Siegen konnten die Verordnungskosten im Schnitt um elf Prozent gesenkt werden. Bei einem Drittel der Patienten haben sich die Zahl der verordneten Medikamente und die damit verbundenen Kosten hingegen erhöht. Zum Konzept gehört, dass Ärzte den Patienten die Medikation regelmäßig erläutern. „Befragungen haben gezeigt, dass dies bei fast allen Patienten gut ankommt und sie die Arzneimitteltherapie dadurch besser verstehen.“

Die Einsparungen, die bei AdAM erzielt werden, fließen zum Teil als Honorar an die Ärzte. Über die Förderung aus dem Innovationsfonds erhalten sie pro Patient und Jahr 80 Euro. Für die Konsile erhalten Hausarzt und Facharzt jeweils 40 Euro.

Die Projektpartner hoffen, dass sie rund 35.000 Patienten einbeziehen können. Die wissenschaftliche Evaluation wird koordiniert von Professor Ferdinand Gerlach, Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt. Nach Angaben von Müller ist die KVWL insgesamt an vier Projekten beteiligt, die einen Förderbescheid aus dem Innovationsfonds erhalten haben. <<

Antragsteller

BARMER



Dr. Christoph Straub
eMail: christoph.straub@barmer-gek.de

Konsortialpartner (Ausz.)



Kurzbeschreibung

AdAM zielt darauf ab, Ärzte beim Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management zu unterstützen und Qualität, Sicherheit, Kosteneffizienz und Koordination der ambulanten und sektorübergreifenden Arzneimitteltherapie von multimorbiden Patienten mit Polypharmazie zu verbessern.

Methodik:

- Zurverfügungstellung von extrahierten, aggregierten behandlungsrelevanten Informationen aus den Abrechnungsdaten der Krankenkasse;
- Unterstützung zur Erstellung des bundeseinheitlichen Medikationsplanes;
- Polypharmakotherapie-Management der Patienten;
- Qualitätssicherung der AMT(S) für das Patientenkollektiv der Praxis;
- Sicherstellen der Information an Ärzte über neue Risiken; Verbesserung des sektorübergreifenden Versorgungsmanagements bei Krankenhausaufnahme;
- Entwicklung von Empfehlungen für die Prüfung und Optimierung der Arzneimitteltherapie bei Polypharmazie durch die DGIM mit weiteren kooperierenden Fachgesellschaften;
- Vermittlung der erarbeiteten Inhalte an teilnehmende Ärzte;
- Aufbau eines telemedizinischen arzneitherapeutischen Beratungsservice;
- AdAM hat das Potenzial, Medikationsfehler und daraus resultierende Schädigungen zu verringern; Die bessere Information von Patienten über die medikamentöse Therapie kann die Adhärenz verbessern;
- Neben qualitativen Effekten werden auch quantitative erwartet.

Evaluation

Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt (Prof. Gerlach)
Die summative Evaluation erfolgt in einem randomisierten kontrollierten Design, in dem patientenrelevante Parameter wie Hospitalisierung ebenso untersucht werden wie die Versorgungsqualität bzw. riskantes Verschreiben sowie gesundheitsökonomische Fragestellungen. In der formativen Evaluation werden qualitative und quantitative Methoden eingesetzt, um die Implementierung wie auch deren Barrieren abzubilden.

Betrag

16,4 Mio. Euro



Antragsteller

Rise-uP



Ziel: Rücken-innovative Schmerztherapie mit e-Health
Antragsteller: Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin (ZIS), TU München
Konsortialpartner: AOK Bayern, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Bayerische TelemedAllianz UG, StatConsult IT-Service GmbH, Kaia Health Software GmbH, Algesiologikum MVZ
Einbezogene Bundesländer: Bayern



Konsortialpartner

Ziel:
 Unter S.M.A.R.T-Kriterien lässt sich formulieren, dass sich in Deutschland hinsichtlich der Therapie von Rückenschmerzen durch die Einführung des Behandlungskonzeptes Rise-uP eine Reduzierung der direkten und indirekten Kosten in der Größenordnung von ca. 20% ergeben wird. Das Ziel soll zunächst in 5 Modellregionen in Bayern an akuten, chronisch rezidivierenden und chronisch persistierenden Rückenschmerzpatienten von dort niedergelassenen Haus- und Fachärzten unter Beteiligung von Schmerzzentren erreicht werden. Die Erreichung dieses Zieles wird an der Reduzierung der Arztbesuche, Doppel-Diagnostiken, Abnahme der interventionellen Therapien und Operationen, sowie der Minderung indirekter Kosten für AU und Produktivitätsausfall ablesbar. Gleichzeitig wird sich die Belastung der Patienten durch Schmerzen, Funktionseinbußen und Einschränkung der Lebensqualität im Durchschnitt um den Betrag von 25% bessern. Die Verbesserungen der patienten-orientierten Zielgrößen sind über die ärztlichen Dokumentation und Patientenbefragungen, die ökonomischen Parameter aus den Dokumentation der Krankenkassen ablesbar.
 Das Ergebnis der Gesamtmaßnahmen wird sich innerhalb von 3 Jahren abzeichnen und nach 5-10 Jahren deutlich spürbare Veränderungen im Gesundheitsverhalten und in den Gesamtkosten für den Rückenschmerz nachweisen.

Kurzbeschreibung

inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH
 Die Heterogenität der Rückenschmerzpatienten (sowohl hinsichtlich der Beeinträchtigungen als auch hinsichtlich der Patientenkollektive) erfordert ein komplexes Evaluationsdesign sowie eine umfassende Intervention, um entsprechende Subgruppenanalysen durchführen zu können. Untersucht werden soll, ob Rise-uP zu einer Steigerung der Versorgungsqualität von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen im Vergleich zur Regelversorgung beitragen kann.

Evaluation

5.114.234 Euro
 Dauer: 36 Monate

Förderung

>> Das Versorgungskonzept „Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten“ Rise-uP will die fragmentierte, wenig strukturierte, von Fehl-, Über- und Unterversorgung bestimmte Behandlung von Rückenschmerzen in Deutschland überwinden. Die Steigerungsraten für Interventionen an der Wirbelsäule (2006-2011 um 60,7 %), Bandscheiben-Operationen (um 70 %) und Versteifungs-Operationen (um 200 %) sind beträchtlich. Dieser Umstand, die Überversorgung von zu vielen Patienten mit Bildgebung, Injektionen und Operation, die zur Entstehung kostenintensiver Behandlungsfälle beim Rückenschmerz beiträgt, wird von der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ausdrücklich mißbilligt. Dagegen werden die frühzeitige Edukation, Eigenaktivität und Einbeziehung der multimodalen Schmerztherapie vernachlässigt, die zu dem noch kosteneffizient gegenüber den Standards der Versorgung ist. Die Analyse der aktuellen Versorgungssituation macht deutlich, dass der Hausarzt den Risikopatienten nicht rechtzeitig erkennt und psycho-soziale Faktoren für den Übergang von akuten/subakuten Rückenschmerzen in chronische Beschwerden unterschätzt.
 Die in Rise-uP hinterlegte integrative Behandlung soll einer Chronifizierung des Rückenschmerzes durch ein leitlinien-orientiertes Behandlungskonzept in Anlehnung an die NVL auf allen Stufen der Versorgung (Hausarzt, Facharzt, spezielle Schmerzmedizin) gewährleisten. Durch frühzeitige Risikostratifizierung auf „Yellow Flags“ der Chronifizierung in einem „Primärfilter“ sollen Problempatienten ganz am Anfang der Behandlung einer effektiven Versorgung durch den richtigen Leistungserbringer zugeführt werden. Absprachen zwischen den Versorgungsebenen werden durch Nutzung der elektronischen Fallakte, telemedizinische Konsile und Tele-Fallkonferenzen erzielt.
 Das Behandlungskonzept in Rise-uP basiert auf der Software Therapienavi-

gator (CE-Medizinprodukt,) einer telemedizinischen Vernetzung aller Versorgungsebenen und die Einbindung der Patienten über die KAIA-Rücken-App (CE-Medizinprodukt, TÜV zertifiziert) auf einer einzigen Plattform.
 Zum einen soll die immer mitlaufende Rücken-App Patienten-Empowerment und Adhärenz zum Therapieprozess generieren. Patienten werden, so die Vorstellung der Antragsteller, besonders die dadurch sichtbar werdende koordinierte Zusammenarbeit der Ärzte wertschätzen und die klar strukturierten, nachvollziehbaren Abläufe ihrer Behandlung, sowie die Edukation („endlich mal verstanden, um was es bei mir geht“) und das physiotherapeutische Coaching über e- und m-health („endlich entscheide ich, wann ich was, wie viel mache...und kann mit jemand drüber sprechen“).
 Alle behandelnden Ärzte greifen für ihre Patienten auf eine elektronische Fallakte mit Stammdaten, Anamnese und Untersuchungsbefunden auf dem Praxiscomputer zurück, die der Erstbehandler anlegt. Die Fallakte synchronisiert sich automatisch bei den weiteren, für den Patienten freigeschalteten Ärzten. Die Patienten dokumentieren ihre Daten aus Fragebögen per Tablet (in der Praxis) oder webbasiert von zu Hause per PC oder Smartphone.
 Zum Benchmarking werden die Daten auf den StatConsult Server gespielt, mit dem auch die KAIA-Rücken-App kommuniziert. Bei komplexen Patientenfällen mit hohem Chronifizierungsrisiko kann der koordinierende Arzt zudem frühzeitig ein telemedizinisches Konsil oder eine Fallkonferenz mit einem spezialisierten Zentrum der Schmerzmedizin einberufen. Die Projektzentrale steht wiederum mit dem Zentral-Server (Anbindung KAIA Server), dem Evaluator und den Krankenkassen in Verbindung. Auf der Supervisionsebene begleitet die Schmerzmedizin (TUM und Algesiologikum) die Aktivität von KAIA/Tele-Coaching, die Tele-Konsile und die Kommunikation der Patienten mit dem Therapienavigator. <<

TELnet@NRW

Ziel: Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren

Antragsteller: Uniklinik RWTH Aachen: Univ.-Prof. Dr. med. Gernot Marx
Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung

Konsortialpartner: Universität Bielefeld, Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH, MuM-Medizin und Mehr eG, TK NRW, Universität Münster, Gesundheitsnetz Köln, plus diverse Krankenhäuser

Einbezogene Bundesländer: Nordrhein-Westfalen

>> „Telemedizin kann Leben retten. Wenn Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Krankenhäusern und Praxen sich gemeinsam über einen kurzen Draht mit dem Ziel einer bestmöglichen Behandlung abstimmen, steigt die Qualität der Versorgung insgesamt. Dafür steht TELnet@NRW“, erklärte Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens bei einer Pressekonferenz anlässlich der Bekanntgabe des Projektzuschlags für den Aufbau von telemedizinischen Netzwerken in den Modell-Regionen Aachen und Münsterland („TELnet@NRW“).

Ziel des Projekts ist es, sichere Video-Kommunikationsverbindungen mit einem schnellen und geschützten Datenaustausch zwischen den beteiligten Einrichtungen zu etablieren. Ärztinnen und Ärzte verschiedener Krankenhäuser und Arztpraxen beraten dann per Videokonferenz gemeinsam, welche Therapie die jeweils beste ist.

Im Projekt sind neben dem UKM (Universitätsklinikum Münster) und der kürzlich übernommenen UKM Marienhospital Steinfurt GmbH weitere Krankenhäuser beteiligt: Kreiskrankenhaus Grevenbroich St. Elisabeth, Kreiskrankenhaus Dormagen, St. Josef-Krankenhaus Linlich, Christophorus-Kliniken GmbH, St.-Vincenz-Hospital, Coesfeld, St. Antonius-Hospital Gronau GmbH, Josephs-Hospital Warendorf, Evangelisches Krankenhaus Münster, Gesundheitszentrum Rheine - Jakobi Krankenhaus, Klinikum Arnsberg GmbH, St. Elisabeth-Krankenhaus Jülich GmbH, Franziskushospital Aachen, St. Elisabeth Krankenhaus, Geilenkirchen, Krankenhaus Düren, Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg, Eifelklinik St. Brigida Simmerath.

Das Universitätsklinikum Aachen als Projektleiter und das UKM als regionaler Leiter werden den beteiligten Kliniken rund um die Uhr mit Expertenrat zur Verfügung stehen. Außerdem sind zwei Hausärzte-Netzwerke in die telemedizinischen Visiten miteingebunden. Weiterhin sind die Universität Bielefeld, das Zentrum für Telematik und Teleme-

dizin, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie die Techniker Krankenkassen an dem Projekt beteiligt.

„Besonders profitieren sollen Patienten, die auf einer Intensivstation behandelt werden, sowie Patienten mit schweren Infektionen. Ziel ist, dass jeder Patient – unabhängig vom Ort der Behandlung – vom Expertenwissen der Spezialisten profitieren kann“, so Prof. Björn Ellger, Leiter der operativen Intensivmedizin der Klinik für Anästhesiologie am UKM. Und Dr. Christian Juhra, Leiter der Stabstelle Telemedizin, ergänzt: „Im optimalen Fall kann die Behandlung im heimatnahen Krankenhaus mit Unterstützung der Spezialisten aus dem Universitätsklinikum fortgesetzt werden. Gleichzeitig kann durch die telemedizinische Visite die Notwendigkeit der Verlegung schneller als bisher erkannt werden. Durch die gemeinsame Behandlung bekommt der Patient so die bestmögliche Expertise.“

Das Modellprojekt ist zunächst auf drei Jahre angelegt – nach der Auswertung wird entschieden, ob die telemedizinischen Visiten Teil der Regelversorgung werden können.

Das Konsortium kooperiert über ein datenschutzkonformes, telemedizinisches Netzwerk:

- 17 Krankenhäuser
- 2 Ärztenetze
- 2 Universitätskliniken

Ausserdem:

- KGNW
- GKVen NRW,
- ÄKNo&ÄKWL

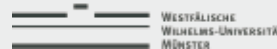
Vorarbeiten aus TIM, einem NRW-Pilotprojekt, konnten sehr erfolgreich zeigen, dass die telemedizinische Innovation technisch umsetzbar ist und einen messbaren Patientennutzen hat. <<

Antragsteller



Univ.-Prof. Dr. med. Gernot Marx

Konsortialpartner



GKS Gesundheitsnetz Köln-Sued e.V.

Kurzbeschreibung

Ziel:

TELnet@NRW baut ein sektorenübergreifendes telemedizinisches Netzwerk als neue digitale Versorgungsform auf. Beispielhaft implementiert in Infektiologie und Intensivmedizin wird zusätzliche ärztliche Expertise und Kompetenz bedarfsgerecht, hochverfügbar und kosteneffizient am notwendigen Ort zur Verfügung gestellt.

Methodik:

Prospektive Studie einer Versorgungsinnovation als Längsschnittuntersuchung im stepped wedge-Design mit ca. 50.000 Patientinnen u. Patienten.

Primärer Bewertungsmaßstab:

Verbesserung der Behandlungsqualität durch Erhöhung des Umsetzungsgrads für die 10 DGI-Empfehlungen der Initiative „Klug entscheiden“. In der Intensivmedizin werden u.a. Steigerung der Compliance mit einem Sepsisbundle um 100% und Senkung der Sepsis-Sterblichkeit bewertet.

Das Umsetzungspotential TELnet@NRW ist laut Antragsteller-Aussagen exzellent, denn TELnet@NRW sichert:

- 24-stündige Verfügbarkeit eines intensivmedizinischen Experten
- flächendeckende Umsetzung der S3-Leitlinie zur Infektiologie

Evaluation

Verband der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld & Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH, Bochum.

Förderung

20 Millionen Euro
Dauer: 3 Jahre



INVEST BILLSTEDT / HORN

Alexander Fischer
a.fischer@gesundheit-billstedt-horn.de



OptiMedis AG
Dr. h.c. Helmut Hildebrand
h.hildebrandt@optimedis.de



BARMER



hche Hamburg Center for Health Economics



LifeTime

Ziel: Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung in deprivierten Stadtteilen soll verbessert werden – exemplarisch am Beispiel des Hamburger Ostens (Billstedt/Horn). Die Versorgungsqualität soll erhöht werden (u.a. Reduzierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung), Patienten stärker eingebunden und gleichzeitig die Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Damit folgt das Modell dem Triple Aim-Ansatz nach Donald M. Berwick et al.

Methodisches Vorgehen: Gemeinsam mit Partnern aus der Region wird ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit einer Managementgesellschaft implementiert. Es orientiert sich niedrigschwellig an den Lebensverhältnissen, integriert die öffentliche Gesundheit, optimiert die Versorgung und fördert die Vernetzung der Berufsgruppen unter Berücksichtigung interkultureller Aspekte. Zielgruppe sind 109.000 Einwohner in Billstedt/Horn bzw. 60.000 Versicherte der Vertragspartner bei den Krankenkassen.

Umsetzungspotential: Das Potenzial zur Umsetzung und Skalierung ist hoch: Durch den Selektivvertrag mit Krankenkassen inkl. Evaluation und darauf aufbauender Erfolgsberechnung und -vergütung wird das Modell in Billstedt/Horn nach Ende der Förderung auf eigenen Beinen stehen.

Hamburg Center for Health Economics (HCHE) an der Universität Hamburg (Prof. Dr. Jonas Schreyögg)
Die Evaluation orientiert sich am Input-Throughput-Output-Outcome-Modell der Versorgungsforschung und am konsolidierten Rahmenprogramm für die Implementierungsforschung (CFIS). Sie beinhaltet qualitative und quantitative Ansätze. Quantitative Zielgrößen sind Leistungsausgaben, Adhärenz, Medikamentenverschreibungen, ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte und Patientenaktivierungsgrad. Auf der Basis von pseudonymisierten Individualdaten der Krankenkasse werden die Ergebnisse der Interventionsgruppe mit einer synthetischen Kontrollgruppe verglichen (Propensity Score Matching-Verfahren).

6,3 Mio. Euro
Dauer: 3 Jahre

Antragsteller

Konsortialpartner

Kurzbeschreibung

Evaluation

Förderung

INVEST Billstedt/Horn

Ziel: Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen

Antragsteller: Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt): Alexander Fischer

Konsortialpartner: OptiMedis AG, AOK Rheinland Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Universität Hamburg/HCHE, BARMER, connected-health.eu GmbH (LifeTime)

Einbezogene Bundesländer: Hamburg

>> Im Januar 2017 startet der Aufbau eines innovativen, patientenorientierten und sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerks in den sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn, das beispielgebend für weitere großstädtische Regionen in Deutschland sein soll. Träger des Projekts INVEST ist die regionale Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt). Diese wurde 2016 durch die OptiMedis AG (30 % Gesellschaftsanteil), das Ärztenetz Billstedt-Horn e. V. (60 %), die SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH und den NAV Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (je 5 %) mit Sitz in Hamburg gegründet. Gegenstand der Gesellschaft ist der Aufbau, die Steuerung und die Verwaltung eines integrierten Versorgungssystems im Gesundheitswesen sowie Dienstleistungen im Bereich der integrierten Versorgung in den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn mit gut 109.000 Einwohnern. Die Geschäftsführung stellt die OptiMedis AG, vertreten durch Dr. h. c. Helmut Hildebrandt.

Hintergrund ist, dass die Bevölkerung in Billstedt und Horn aufgrund der sozioökonomischen Bedingungen schlechtere Lebens- und Gesundheitschancen hat als die übrige Hamburger Bevölkerung. In diesen Stadtteilen leben im Hamburger Vergleich überdurchschnittlich viele Empfänger von Sozialleistungen, Migranten, Menschen mit niedrigen Schulabschlüssen und Alleinerziehende. Eine im letzten Jahr durchgeführte Analyse der OptiMedis AG hat gezeigt, dass die Bevölkerung in den beiden Stadtteilen früher und häufiger an chronischen Krankheiten wie Diabetes, COPD oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkrankt und auch früher stirbt.

Die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn soll im Rahmen des Projektes neu organisiert, der öffentliche Gesundheitsdienst integriert und der medizinische und soziale Sektor vernetzt werden. Die regionale Managementgesellschaft will mit den Partnern vor Ort in den kommenden Jahren die Versor-

gungsdefizite im ambulanten medizinischen Sektor mindern und den Zugang der Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung verbessern. Hierfür soll u. a. ein „Gesundheitskiosk“ an einem zentralen Ort in den Stadtteilen eröffnet werden, der Gesundheitsberatung, Patientenschulungen und Casemanagement niedrigschwellig anbietet. Zudem soll eine Kurzliegerstation in der Stadtteilklinik eingerichtet werden, in der Patienten für kurze Zeit aufgenommen werden. Das Angebot richtet sich vor allem an ältere, chronisch kranke Patienten, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind und keiner hochspezialisierten, aber einer inidizierten vorübergehend stationären Behandlung bedürfen. Ziel ist eine interdisziplinäre, allgemeinmedizinisch geprägte Grundversorgung mit mehr „High-Touch“ statt „High-Tech“.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die digitale Kommunikation zwischen den Ärzten sowie zwischen dem Arzt und seinen Patienten. Sie soll dazu beitragen, die Diagnostik und Therapie zu verbessern. So soll eine elektronische Patientenakte den Austausch von Patientendaten zwischen den behandelnden Ärzten ermöglichen und eine mobile Anwendung für ein Smartphone soll bei dem Transfer der Gesundheitsdaten zwischen Arzt und Patient helfen.

Um das Projekt über drei Jahre hinaus nachhaltig zu verankern, hat die AOK Rheinland/Hamburg bereits Mitte des Jahres einen Integrierten Versorgungsvertrag (IV) mit der regionalen Managementgesellschaft Gesundheit für Billstedt/Horn geschlossen. Das Ziel ist, die Versicherten besser und wirtschaftlicher zu versorgen.

Zu den Konsortialpartnern gehören neben der AOK auch die BARMER, das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Eppendorf, das Digital Health-Unternehmen connected-health.eu GmbH mit dem Produkt LifeTime und die OptiMedis AG. Auch die DAK hat ihre Unterstützung bereits zugesagt, mit weiteren Krankenkassen steht die Gesundheit für Billstedt/Horn UG im Gespräch. <<

Innovationsfonds: Versorgungsforschung

62 Projekte gehen an den Start

Aus den knapp 450 eingegangenen Anträgen (300 Projektskizzen und fast 150 Vollanträge) zu den vier Förderbekanntmachungen der ersten Welle (2016) im Bereich der Versorgungsforschung (themenspezifischer Bereich, themenoffener Bereich, Evaluation von Selektivverträgen und Evaluation der SAPV-Richtlinie des G-BA – alle veröffentlicht am 8. April 2016) hat der Innovationsausschuss bereits Mitte Dezember 62 Projekte ausgewählt, aber erst Anfang Januar veröffentlicht.

>> Der Grund der Verzögerung der Bekanntgabe der Projektgewinner war auch in diesem Fall die schriftlich an alle Antragssteller formulierte „Bitte“ des Innovationsausschusses, Mittelkürzungen gegenüber den in den Anträgen genannten Förderbeträgen zu akzeptieren – auch hier gab es, so Prof. Josef Hecken im Titelinterview mit MVF keinen, der nicht zugestimmt hätte. Das kann man nun so interpretieren, wie es Hecken tut, dass jeder Antragsteller eine gewisse Verhandlungsmasse eingebaut hätte, oder so, dass einfach keiner seinen Projektzuschlag wegen einer Etatkürzung gefährden wollte. Wie auch immer: Aus 300 Projektskizzen und fast 150 Vollanträgen hat der Innovationsausschuss 62 Projekte ausgewählt, die nun in der ersten Förderwelle des Jahres 2016 mit 75 Millionen Euro gefördert werden. Die Projektverantwortlichen sind informiert, mussten die Etatkürzungen mehr oder weniger erfreut akzeptieren, nun starten ab Januar die ersten Studien.

Anreize für die zweite Welle

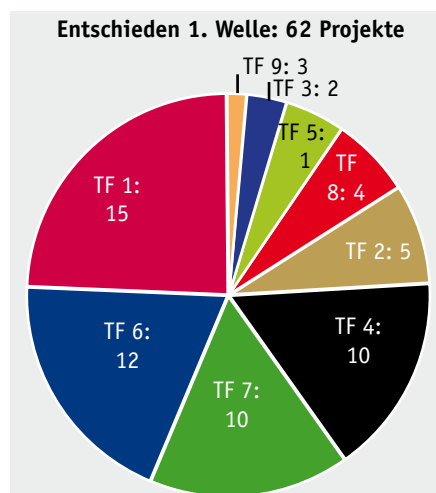
„Relativ wenig Anträge gab es bei der Rationalisierung und Bürokratie-Eindämmung“, bemerkte Hecken, doch auch recht wenige in Themenfeldern wie Delegation und Substitution, der Verbesserung der Versorgung in ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe oder generell der Pflege mit wichtigen Fragen wie Vergütungsmodellen oder Arzt-/Pflegekraft- oder auch morbiditätsorientierten Pflege-Schlüsseln. Das seien, meint Hecken, anscheinend noch Gebiete, die in der Versorgungsforschung noch sehr dünn abgebildet seien – eine Aussage, die man andererseits aber auch als Anreiz verstehen könnte, gerade solche Projekte in der folgenden, laut Hecken (siehe Interview) themenoffenen Förderwelle einzureichen!

Dennoch gab es natürlich in den anderen Förderfeldern durchaus anspruchsvolle Versorgungsforschungsprojekte, von denen sich Hecken „am Ende auch Ergebnisse für die Verbesserung der Versorgung“ erhofft, denn bei vielen Projekten sei der Finger schon in die richtigen Wunden gelegt worden. <<

HCHE an 9 Projekten beteiligt

Bei insgesamt 9 von 91 geförderten Projekten aus dem Innovationsfonds ist das HCHE beteiligt. Drei der Projekte kommen aus dem Bereich der neuen Versorgungsformen, sechs aus der Versorgungsforschung. So ist das HCHE zum Beispiel Evaluationspartner beim Projekt VERO, das die Versorgung von Rheuma-Patienten optimieren soll. Ebenso beim regionalen Projekt INVEST, das ein integriertes, patientenorientiertes Versorgungsmodell in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen etablieren wird. Unter der Leitung vom HCHE (Prof. Hans-Helmut König) geht es um einen Vergleich verschiedener Listen potenziell inadäquater Arzneimittel für ältere Menschen im Hinblick auf die Vorhersage unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

- TF 1: Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- TF 2: Messung von Lebensqualität
- TF 3: Pflege
- TF 4: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit
- TF 5: Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen
- TF 6: Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten
- TF 7: Themenoffen
- TF 8: Evaluation von Selektivverträgen
- TF 9: Evaluation der G-BA-Richtlinie zu SAPV



10 Versorgungsforschungsprojekte mit Beteiligung der Techniker Krankenkasse und auch des WINEG

Zehn Versorgungsforschungsprojekte mit Beteiligung der Techniker Krankenkasse (TK) haben vom Innovationsausschuss Förderzusagen erhalten. Das Fördervolumen insgesamt beträgt 15,2 Millionen Euro, die sich auf alle Projektpartner verteilen. Im November 2016 hatte die TK bereits Förderzusagen für 15 Projekte aus dem Bereich Versorgung erhalten. Für sieben der zehn jetzt bewilligten Versorgungsforschungsvorhaben ist das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) Konsortialpartner. „Wir hatten gemeinsam mit Partnern insgesamt zwölf Projektanträge gestellt. Dass wir nun den Zuschlag für sieben Projekte, also mehr als die Hälfte der beantragten, erhalten haben, bestätigt uns in unserer wissenschaftlichen Arbeit und Ausrichtung“, sagt Dr. Andreas Meusch, Direktor des WINEG.

Ein besonderes Anliegen für TK und WINEG ist, die Wirksamkeit und den Nutzen von Arzneimitteln zu untersuchen. Daher beschäftigen sich vier Projekte mit Arzneimitteltherapiesicherheit und der Frage, wie sich dafür Routinedaten nutzen lassen. So entwickelt das WINEG beispielsweise mit Blick auf risikobehaftete Medikamente in der Schwangerschaft eine neue wissenschaftliche Methodik, um bekannte Risiken systematisch zu überprüfen, weiter zu erforschen und bislang noch unbekannte Risiken zu entdecken. Die Forscher gehen auch der Frage nach, wie sich unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen von neu zugelassenen Präparaten mithilfe von Routinedaten frühzeitig erkennen lassen. Zudem geht es um wichtige genetische Risikofaktoren bei der Arzneimitteltherapie, wofür das WINEG pseudonymisierte Befragungs- und Abrechnungsdaten analysiert und verknüpft. Auch ein Medikations-Check-up für Patienten ab 60 Jahren steht auf der Agenda. Dazu WINEG-Direktor Dr. Andreas Meusch: „Bei allen Forschungsprojekten wird Teamarbeit großgeschrieben. So fließt das Wissen unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen wie Medizin, Pharmakologie und Toxikologie zusammen.“

Ein weiteres wichtiges Feld ist die Patientensicherheit. So geht es in einem Versorgungsforschungsprojekt um die Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung, für die das WINEG unter anderem Arztnetze rekrutieren, die Prozessevaluation koordinieren und wissenschaftlich valide Fragebögen für qualitative Interviews entwickeln wird.

Auch Fragen von Qualität und Wirtschaftlichkeit spielen eine große Rolle, insbesondere bei drei Forschungsvorhaben zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten, Kontroll-Koloskopien sowie Linksherzkatheteruntersuchungen.



Prof. Dr. Ulrike Haug
haug@leibniz-bips.de

Antragsteller

AMTS in utero

Ziel: Untersuchungen zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten in Deutschland

Konsortialführer: Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS)

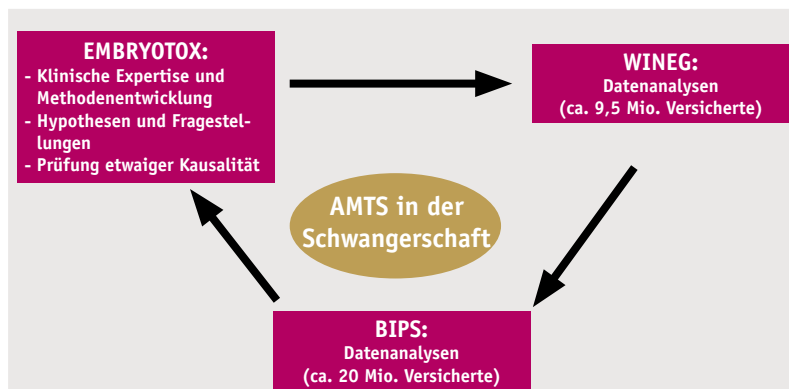
Verantwortlich: Prof. Dr. Ulrike Haug

Konsortialpartner: Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Pharmakovigilanzzentrum Embryonaltoxikologie

Sitz des Konsortialführers: Bremen

>> Die möglichen Konsequenzen einer Arzneimitteleinnahme während der Schwangerschaft sind mit einer großen Unsicherheit verbunden, zumal klinische Studien dazu in der Regel nicht vorliegen und präklinische Ergebnisse zur Teratogenität nicht unmittelbar auf den Menschen übertragbar sind. Das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie (Embryotox) hat in den vergangenen Jahrzehnten einen sehr wichtigen Beitrag geleistet, über bekannte Arzneimittelrisiken in der Schwangerschaft bundesweit aufzuklären und noch unbekannte Risiken aufzudecken. Bisher fehlt es jedoch an einer Struktur und standardisierten Methoden, die dabei generierten Forschungshypothesen systematisch mittels Routinedaten-Analysen zu prüfen.

Ziel des Projektes ist deshalb die Etablierung eines Forschungsverbunds (s. Abb.) zu Untersuchungen der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten in Deutschland durch Zusammenführung klinischer und epidemiologischer Expertise sowie fundierter Erfahrung in der Nutzung von Routinedaten, sowie die Durchführung erster Analysen, um die Effizienz der Prozesse und Methoden zu testen (z.B. zu immunmodulierenden Substanzen). Damit werden die Grundlagen für eine dauerhafte Forschungsk Kooperation geschaffen, die national und international einen wichtigen Beitrag zur Erforschung von Arzneimittelrisiken in der Schwangerschaft leisten kann und damit für das Individuum und die Gesellschaft von weitreichender Bedeutung ist. <<



Konsortialpartner

Kurzbeschreibung

Evaluation

Förderung



Projektleitung TK/WINEG:
Prof. Roland Linder
(prof.dr.roland.linder@wineg.de)
Dr. Susanne Engel
(Dr.Susanne.Engel@wineg.de)



Projektleitung Charité, Pharmakovigilanzzentrum / Embryonaltoxikologie:
Prof. Dr. med. Christof Schaefer
(christof.schaefer@charite.de)

Auch Schwangere müssen mit Arzneimitteln versorgt werden, wenn unbehandelte Erkrankungen die werdende Mutter oder das ungeborene Kind gefährden können. Jedoch sind die möglichen Konsequenzen einer Arzneimitteleinnahme während der Schwangerschaft mit einer großen Unsicherheit verbunden. Dies ist besonders bei neueren Wirkstoffen der Fall, aber auch zu gängigen Arzneimitteln gibt es viele offene Fragen.

Ziel des Projekts „AMTS in utero“ ist es, GKV-Routinedaten für die Beantwortung relevanter Fragen zur Arzneimitteltherapiesicherheit in der Schwangerschaft nutzbar zu machen. Damit soll eine methodische Basis für künftige Forschungsarbeit zu diesem Thema geschaffen werden.

Zunächst werden im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsverbunds (s. Abb.) geeignete Methoden zur Auswertung der GKV-Routinedaten von Mutter und Kind (weiter-)entwickelt, auf Konsistenz und Plausibilität überprüft und bei Bedarf optimiert.

Anschließend werden basierend auf dieser Methodik erste Pilot-Auswertungen durchgeführt, um die Wirkung ausgewählter Arzneimittel auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes zu untersuchen.

Entwicklung standardisierter Methoden, um Forschungshypothesen systematisch mittels Routinedaten-Analysen zu prüfen. Durchführung von Analysen an konkreten Beispielen, um die Effizienz der Prozesse und Methoden zu testen.

1.139.348 Euro
Dauer: 36 Monate

Das Projekt umfasst zwei Arbeitspakete (AP), die wiederum in einzelne Teilpakete untergliedert sind.

- Das erste AP zielt auf die Methodenentwicklung im Rahmen der Etablierung des Forschungsverbunds ab. Übergeordnetes Ziel ist die Weiterentwicklung und Abstimmung der Methoden zur Analyse von Arzneimittelrisiken in der Schwangerschaft basierend auf Routinedaten. Konkret erstrecken sich die zu entwickelnden Methoden inhaltlich auf drei Teilbereiche:
 - Algorithmus zur Definition von Schwangerschaftsphasen
 - Algorithmus zur Definition von Expositionszeitfenstern
 - Erfassung von relevanten Endpunkten
- Das zweite AP umfasst erste Auswertungen pädiatrischer Diagnosen in Assoziation mit Arzneimitteln in der Schwangerschaft:
 - am Beispiel von Valproinsäure (proof-of-principle)
 - zu RAAS-Inhibitoren
 - zu TNF-alpha-Inhibitoren

CIRSForte

Ziel: Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System

Antragsteller: Goethe Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin

Verantwortlich: Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Dipl. Soz. Martin Beyer

Konsortialpartner: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) - Projektleitung TK/WINEG: Hardy Müller

Kooperationspartner: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Asklepios-Kliniken GmbH

Sitz des Antragstellers: Hessen

>> Die Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung stellt eine Priorität dar, die auch im Patientenrechte-Gesetz und den daraus resultierenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hervorgehoben wurde. In der ambulanten Versorgung ist zwar das individuelle Risiko niedriger, jedoch gibt es angesichts der hohen Kontaktzahlen Handlungsbedarf. Der aktiven Teilnahme an einem Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRS) kommt hier eine hohe Bedeutung für ein angemessenes klinisches Risikomanagement zu.

Wegen der geringer organisierten Arbeitsweise in der ambulanten Versorgung ist ein CIRS (neben systematischen Methoden der Fehlererkennung und -analyse) hier besonders notwendig. Die bloße Bereitstellung und Administration eines CIRS ist jedoch nicht ausreichend. Zudem deuten geringe Beteiligungsraten darauf hin, dass nur wenige Praxen das System (inkl. der Lernchancen, z.B. durch Kommentierung von Berichten) im Sinne eines systematischen Risikomanagements nutzen.

International gibt es bisher noch kaum beispielhafte Systeme in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (AVV). Es muss daher dringend erforscht werden, wie Fehlerberichtssysteme die Bedürfnisse der Nutzer in der AVV erfüllen können, bzw. wie aus der Nutzung von CIRS Fortschritte in der Patientensicherheit erzielbar sind.

In Deutschland gibt es derzeit zwei Angebote für derartige Systeme: Jeder-Fehler-zählt (JFz) primär für die hausärztliche Versorgung (seit 2004) und CIRSMedical (insb. das Netz CIRS NRW, letzteres sektorübergreifend), die sich in der Struktur und dem Basisdatensatz weitgehend ähnlich sind, und die in diesem Antrag kooperieren werden.

Noch nicht erreicht ist der Grad an Verbindlichkeit und Nutzungsintensität, der als Komponente des Risikomanagements in der AVV notwendig wäre.

Hypothese ist, dass mit einer Optimierung der Angebotsstrukturen die Teilnahme und Nutzung von CIRS ausgebaut und damit die Versorgung verbessert wird, wenn auf spezifische Hindernisse gezielt zugegangen wird. Mit Realisierung dieses Antrages wird ein optimiertes Konzept zur Förderung der Beteiligung an und zur Nutzung von CIRS in der AVV vorgelegt.

Durch eine systematische (Literatur-) Suche nach Erfolgsfaktoren sowie die Analyse bereits erfolgreicher Systeme (auch im stationären Bereich) können die Empfehlungen für die Implementierung solcher Systeme identifiziert und im Rahmen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit definiert werden.

Das Projekt CIRSForte wird dann auf Basis praxisnaher Analysen Empfehlungen entwickeln, erproben und implementieren, wie Nutzungsbarrieren überwunden und Praxisteam in der ambulanten Versorgung für die Teilnahme an CIRS gewonnen werden können.

In einem Flächenversuch soll ein solches CIRS-System erprobt werden, damit es die Erwartungen, die auch der Gemeinsame Bundesausschuss in das Lernen aus Fehlern setzt, erfüllen kann. Beteiligt werden in mehreren Pilotregionen rund 400 ambulante Praxen. Projektmitarbeiter erfassen zunächst über qualitative Interviews mit Praxisteam deren Erfahrungen mit CIRS und welche Anforderungen sie daran stellen.

Darauf folgend erarbeitet das Projekt auf breiter Basis Empfehlungen, wie die Nutzung optimiert werden kann. Anschließend implementiert es diese Empfehlungen in regional zusammengehörigen Gruppen von Praxen, zum Teil auch intersektoral. Dies ermöglicht praxis- und sektorenübergreifende Lösungen für Sicherheitsprobleme. Das Projekt unterstützt die Praxisteam, CIRS optimal für das interne Qualitätsmanagement zu nutzen, und fördert den Austausch der Praxen untereinander. <<

Antragsteller



Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach
gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



Dipl. Soz. Martin Beyer
beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Konsortialpartner



Kurzbeschreibung

Ziel: Das Konzept wird die Anschlussfähigkeit bestehender CIRS sicherstellen. Die Vorschläge werden in der Praxis erprobt und evaluiert. Wichtig ist dabei, Erfahrungen aus der stationären Versorgung mit z.T. erfolgreicherer Implementierungen auswerten zu können. Hierbei kann das CIRS-NRW wertvolle Informationen liefern, da es bundesweit das einzige sektorenübergreifende System ist.

- Die vorrangigen Fragen lauten:
- Wie können Nutzer (gemeint ist das gesamte Praxisteam) davon überzeugt werden, dass die Teilnahme an einem CIRS ihren Einstellungen und Erwartungen an Patientensicherheit dient?
 - Welche spezifischen Barrieren und Hindernisse müssen für eine Teilnahme überwunden werden?
 - Welche spezifischen Angebote sind zu machen, damit auch nur locker organisierte Versorgungseinheiten (Praxen) einen entsprechenden Nutzen für ihr Risikomanagement erfahren, und wie können speziell an Schnittstellen die Leistungen eines CIRS positioniert werden?

Evaluation

Das evaluative Vorgehen ist integraler Bestandteil des Vorhabens: Der Erfolg dieser Implementierung wird evaluiert.

Förderung

1.083.000 Euro



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH
Jochen.Schmitt@uniklinikum-dresden.de

Antragsteller

IMPRESS

Ziel: Effektivität des IQM Peer Review-Verfahrens zur Verbesserung der Ergebnisqualität – eine pragmatische cluster-randomisierte kontrollierte Studie

Antragsteller: Dresdner Hochschulmedizin, Dresden / IQM, Berlin

Verantwortlich: Prof. Dr. med. Jochen Schmitt (ZEGV), Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter Scriba (IQM), Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen (IQM), Prof. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska (UKD), Dr. rer. nat. Xina Grählert (TU Dresden, KKS), Falko Tesch, MSc (TU Dresden, ZEGV)

Konsortialpartner: Initiative Qualitätsmedizin (IQM), UKD, TU Dresden

Sitz des Antragstellers: Sachsen

>> Das Peer Review ist eine verbreitete Maßnahme des medizinischen Qualitätsmanagements mit dem Ziel der Ergebnisverbesserung durch kritische (Selbst-) Reflexion von Versorgungsprozessen und Falldiskussion unter externen Fachkollegen. Beobachtungsstudien legen eine effektive Verbesserung der Ergebnisqualität durch Peer Review in Verbindung mit der transparenten Darstellung von Qualitätsergebnissen nahe, jedoch fehlen kontrollierte confirmatorische Untersuchungen, um einen kausalen Effekt nachweisen zu können.

Das übergeordnete Studienziel ist es deshalb, erstmals im deutschen Gesundheitswesen eine komplexe Qualitätsintervention anhand des methodischen Goldstandards einer cluster-randomisierten Studie zu untersuchen und so zu einer evidenzgeleiteten Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems beizutragen.

Das Projekt zielt damit auf einen Erkenntnisgewinn ab, der direkt für die Verbesserung der Versorgungsqualität, Versorgungsgerechtigkeit und Versorgungseffizienz und Patientensicherheit im stationären Setting der gesetzlichen Krankenversicherung sorgt. Das beantragte Forschungsprojekt zielt aber auch auf einen direkten Erkenntnisgewinn für die klinische Versorgung und das medizinische Qualitäts- und Risikomanagement ab, indem es im Rahmen des explorativen Studienteils auf der Basis pseudonymisierter Daten von rund 260 Kliniken Prädiktoren für die Veränderung der Krankenhaussterblichkeit ermitteln wird. In diesem Zusammenhang sind auch belastbare Aussagen zum Zusammenhang von Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität mit der Ergebnisqualität der stationären Versorgung zu erwarten.

Folgende spezifische Fragestellungen werden durch das beantragte Forschungsvorhaben beantwortet:

1. Primäre Fragestellung:

„Lassen sich in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie Verbesserungen der Ergebnisqualität (Krankenhaussterblichkeit) durch das IQM Peer Review Verfahren bei Patienten mit Beatmung >24 h nachweisen? Die Beantwortung der primären Fragestellung erfolgt confirmatorisch.“

Die Beantwortung der sekundären Fragestellungen erfolgt explorativ.

2. Sekundäre Fragestellungen

- Lassen sich in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie Verbesserungen der Ergebnisqualität (Krankenhaussterblichkeit) durch das IQM Peer Review Verfahren bei Patienten mit Herzinfarkt, Schlaganfall, COPD, Pneumonie bzw. kolorektaler Resektion nachweisen?
- Welche Prädiktoren bestehen für die Krankenhaussterblichkeit von Patienten mit Beatmung >24 h, Herzinfarkt, Schlaganfall, COPD, Pneumonie bzw. kolorektaler Resektion?
- Inwieweit sind Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung mit der Krankenhaussterblichkeit als patientenrelevantem Ergebnisqualitätsindikator assoziiert? Die Beantwortung der sekundären Fragestellungen erfolgt explorativ.

Diesen spezifischen Fragestellungen liegt folgende primäre Arbeitshypothese zugrunde: Die Krankenhaus-Mortalität von Patienten mit Beatmung >24 Stunden in Kliniken der Interventionsgruppe, in denen ein Peer Review durchgeführt wird, sinkt im Vergleich zu Kliniken der Kontrollgruppe ohne Peer Review. Alle Mitgliedskliniken der Initiative Qualitätsmedizin aus Deutschland (n=385 unterschiedlicher Träger) werden zur Studienteilnahme eingeladen. Gemäß Vorstudie wird von einer Beteiligung von >=75% ausgegangen. Die 60 Kliniken mit den höchsten Mortalitätsraten für Patienten mit Beatmung >24 Stunden werden im Verhältnis 1:1 zentral randomisiert und zufällig der Intervention- und Kontrollgruppe zugeordnet. In der Interventionsgruppe wird durch geschulte Peers ein Peer Review gemäß Curriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. <<

Konsortialpartner



INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Kurzbeschreibung

Studienablauf

- Alle IQM-Mitgliedskliniken aus Deutschland werden zur Studienteilnahme eingeladen
- Die 60 Kliniken mit den höchsten Krankenhaussterblichkeitsraten >24 h beatmeter Patienten im Jahr 2016 werden in die Interventionsstudie eingeschlossen und in Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert
- Die Interventionsgruppe erhält ein standardisiertes IQM-Peer Review durch geschulte Peers nach Randomisierung
- Die Kontrollgruppe erhält keine Peer Reviews.
- Teilnehmende Kliniken, die nicht zu den 60 Kliniken mit den höchsten Krankenhaussterblichkeitsraten >24 h beatmeter Patienten im Jahr 2016 zählen, werden nicht randomisiert und in den Beobachtungsarm der Studie eingeschlossen.

Erwarteter Nutzen der IMPRESS Studie

- Analyse der Effektivität des Peer Reviews
- Grundlage für inhaltliche und organisatorische Optimierung Peer Reviews
- Durch das Forschungsvorhaben könnte gezeigt werden, dass der Aufwand zur Durchführung von Peer Reviews gerechtfertigt ist
- Evidenzgeleitete Steigerung von Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz

Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

Cluster-randomisierte kontrollierte zweiarmige Interventionsstudie, eingebettet in eine prospektive Krankenhaus-Kohortenstudie

Evaluation

711.890 Euro
Dauer: 30 Monate

Förderung

TELE-QOL

Ziel: Settingsensitive Konzeptualisierung und Erfassung der Lebensqualität in der telemedizinischen Versorgung

Antragsteller: Universität Greifswald

Verantwortlich: Prof. Dr. Silke Schmidt


Konsortialpartner: Universität Greifswald, Universitätsmedizin Greifswald, Telemedizin Zentrum Brandenburg

Sitz des Antragstellers: Mecklenburg-Vorpommern

>> Es soll der Nachweis erbracht werden, welche Defizite existierende diagnostische Verfahren zur Erfassung des patientenberichteten Erlebens für das Setting der Telemedizin aufweisen. Es wird untersucht, inwieweit diese Verfahren jene Aspekte der Lebensqualität berücksichtigen, deren Beeinflussung durch Telemedizin-Anwendungen angestrebt wird. Davon ausgehend soll das Konzept der Lebensqualität auf den telemedizinischen Versorgungskontext bezogen werden und ein Verfahren zur Messung der Lebensqualität für diesen Versorgungszugang entwickelt, getestet und verfügbar gemacht werden.

Methodisches Vorgehen: Nach der Recherche werden Einzel- und Gruppeninterviews mit Patient/inn/en und Professionellen durchgeführt, um das Konzept der Lebensqualität auf den telemedizinischen Kontext zu beziehen und Inhalte für die Entwicklung eines entsprechenden Messverfahrens abzuleiten. Danach wird das Verfahren zunächst getestet und nach umfangreichen Analysen nochmals abschließend geprüft.

Verwertungspotenzial: Ein entsprechendes Konzept sowie das neue diagnostische Verfahren bieten die Grundlage zur zuverlässigen und sensitiven Evaluierung der Wirksamkeit von Telemedizin auf die Lebensqualität. Damit das Projekt Einfluss auf die Versorgungsqualität haben kann, werden die Ergebnisse der Recherche publiziert, das Instrument als Manual verfügbar gemacht und implementiert sowie eine Agenda mit Empfehlungen für den Einsatz von Lebensqualitäts-Instrumenten in der Telemedizin verbreitet. <<

Antragsteller	  <p>Prof. Dr. Silke Schmidt eMail: silke.schmidt@uni-greifswald.de</p>
Konsortialpartner	 
Kurzbeschreibung	
Evaluation	
Förderung	



Björn Broge
office@aqua-institut.de a



Prof. Dr.med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi
office@aqua-institut.de a



EMSE*

Ziel: Schließung von Versorgungslücken zwischen stationärer und ambulanter Behandlung

Antragsteller: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Verantwortlich: Björn Broge, Prof. Dr.med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi

Konsortialpartner: BKK Dachverband e.V., Deutsches Krankenhausinstitut

Sitz des Antragstellers: Niedersachsen

Antragsteller

>> Die Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt und der ambulanten Weiterbehandlung sollen durch ein neues Gemeinschaftsprojekt durch Versorgungsforschung EMSE*, vor allem bei schweren Erkrankungen, geschlossen werden. Vorhandene medizinische Daten aus dem Aufnahmebericht und dem Behandlungsverlauf sollen allen medizinischen und nichtmedizinischen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzliche Idee ist ein Vorhersagemodell, das auf Patienteninformationen und Routinedaten der Krankenkassen zurückgreift. So kann ein erhöhter poststationärer Behandlungsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt automatisch eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Die Einbeziehung von Routinedaten dient zum einen dazu, eine Risikopopulation mit einem erhöhten Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement zu identifizieren und zum anderen zur Generierung eines sektorenübergreifendes Datensatzes. Damit unterstützt das Prognosemodell gezielt das Entlass- und Fallmanagement von Krankenhäusern und Krankenkassen.

Projektphasen soll die Praktikabilität und Umsetzbarkeit des Vorhabens unterstützen.

Der Innovationsausschuss des Innovationsfonds beim G-BA fördert das Konzept, das gerade in der Startphase kostenintensiv ist, mit rund 748.000 Euro. Erste Projektergebnisse wollen die Akteure bereits zur Jahresmitte 2018 vorlegen. Ist das Versorgungsforschungsprojekt erfolgreich, soll es in einem weiteren Schritt in ausgewählten Modellregionen in die Praxis umgesetzt werden.

Das AQUA-Institut entwickelte das Modell, die nötigen Daten liefern BAHN-BKK und SBK, das Deutsche Krankenhausinstitut prüft den gesetzlichen Regelungsbedarf. Weitere Kooperationspartner zur Erprobung in einer Modellregion und für eine breite Expertise sind: Der Deutsche Pflegerat e.V., der BKK Landesverband Mitte, die Gesundheitsregion Göttingen e.V., das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz, die Westpfalz-Klinikum GmbH und die Inititative Gesundheitsnetzwerk Westpfalz. <<

Das AQUA-Institut, das Deutsche Krankenhausinstitut und der BKK Dachverband entwickeln in ihrem gemeinsamen Projekt zielgenaue, umsetzbare Lösungen für Ärzte und Patienten. Ziel ist die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten mit erhöhtem nachstationären Versorgungsbedarf. Erreicht wird dies durch die Implementierung eines dynamischen und zielgerichteten Entlassmanagements auf Basis eines standardisierten Datenaustausches sowie der direkten Kommunikation zwischen Krankenhäusern, Kostenträgern und nachsorgenden Leistungserbringern. Dieser standardisierte Datenaustausch erlaubt den Akteuren, ihren gesetzlichen Verpflichtungen auf einem neuen Weg nachzukommen. Die Einbindung von Experten aus Wissenschaft und Praxis in unterschiedlichen

*Vollständiger Projektname: Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement (EMSE)

Konsortialpartner



Dachverband



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Kurzbeschreibung

Ziel ist die Entwicklung eines Entlassmanagementinstruments, das sich dafür eignet, die Versorgungsqualität durch Vermeidung von Wiederaufnahmen, Morbidität und Mortalitäten infolge ungenügend geplanter Überleitungen zu verbessern und das dabei praktikabel bzw. mit möglichst wenig Aufwand umsetzbar ist. Zudem wird geprüft, wie durch die Einbeziehung von Routinedaten der Krankenkassen die Informationsgrundlagen verbessert bzw. die notwendige Dokumentation vereinfacht werden kann. Gleichzeitig werden notwendige gesetzliche und untergesetzliche Anpassungsbedarfe mit Blick auf eine regelhafte Implementierung dieser Lösung dargelegt.

Evaluation

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Mixed-Methods-Ansatz: Systematische Recherchen, qualitative Inhaltsanalysen sowie quantitativ-empirische Beobachtungsstudie mit Routinedaten

Förderung

748.000 Euro

Studie zur Gewinnoptimierung in Krankenhäusern

Der „Hebel-Effekt“ des Einkaufs

Der Kostendruck in den Krankenhäusern hat sich in den letzten Jahren aufgrund zunehmender Patientenzahlen und erheblich steigender Krankenhausausgaben weiter verschärft, vor allem in den Bereichen Personal und Sachkosten. Während bei den Personalkosten ohne Qualitätseinbußen kaum Einsparmöglichkeiten vorhanden sind, eröffnen die Bereiche des Sachkostenmanagements, der umfassenden Digitalisierung der Prozesse und der Automatisierung der Logistikabläufe weitreichende Optimierungspotenziale – das zeigt eine aktuelle Studie der Handelshochschule Leipzig HHL Leipzig Graduate School of Management.

>> Welche Faktoren können das Betriebsergebnis der Krankenhäuser maßgeblich verbessern? Diese Frage stand im Zentrum der Studie „Monitoring IT, Einkauf & Logistik im Krankenhaus 2017“. Bei der Erhebung – beteiligt haben sich 49 Krankenhäuser aus der DACH-Region – standen vor allem folgende Themenkomplexe im Vordergrund:

- Strategie und Organisation,
- Logistik,
- Risikomanagement,
- Controlling und
- IT-Unterstützung des Beschaffungsprozesses.

Auf Basis der Daten stellte der Verantwortliche der Studie, Prof. Dr. Wilfried von Eiff, (Medizin-Ökonom an der HHL Leipzig Graduate School of Management), eine erstaunliche Rechnung auf: Demnach habe eine achtprozentige Senkung der Einkaufs- und Logistikkosten im Krankenhaus den gleichen Effekt auf das Betriebsergebnis wie eine Umsatzsteigerung um 35 Prozent durch zusätzliche medizinische Leistungen. Dieser „Hebel-Effekt des Einkaufs“ werde durch die Studie eindeutig belegt. Es sei deshalb wichtig, die gesamte Logistik entsprechend des Lean Managements zu steuern und die Versorgungskette nach dem Ansatz des Efficient Health Care Consumer Response (EHCR) zu organisieren, ist der Wissenschaftler überzeugt.

Bei der Befragung priorisierten die Krankenhaus-Mitarbeiter zunächst die für sie wichtigen Themen der Zukunft. Die Möglichkeiten zur Standardisierung des Produktportfolios stufte 92,1 Prozent von ihnen als wichtig ein. Der Nachfragebündelung maßen 89,8 Prozent eine herausragende Bedeutung bei, der Anwendung wirtschaftlicher Standards 84,7 Prozent der Befragten und der stärkeren Zusammenarbeit mit Lieferanten 84,6 Prozent. Weniger relevant sind die öffentlich-privaten Partnerschaften, Green Procurement und ethische Fragestellungen sowie die Wiederaufbereitung von Einmalprodukten.

Die Umfrage ergab, dass der Einkauf in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser auf mittlerer bis oberer Ebene angesiedelt ist. Vor dem Hintergrund des Erfordernisses einer weiteren Effizienzsteigerung und der Komplexität eines strategischen Beschaffungsmanagements

müssen Einkäufer ein hohes Qualifikationsniveau erfüllen. Die Kenntnis-Anforderungen an Einkäufer reichen von medizinischem und technischem Wissen über Hygienewissen und Einsatzgebiete von medizinischen Produkten bis hin zum Vergaberecht. Aus Sicht der Befragten mangelt es den Einkäufern heute aber vor allem an medizinischem und technischem sowie Hygienewissen.

Als wichtige Faktoren werden in diesem Zusammenhang die Kooperationen und Mitgliedschaften in Einkaufsgemeinschaften angeführt. Diese könnten einen nützlichen Beitrag zur Optimierung des Einkaufs und der damit verbundenen Effizienzsteigerung, aber auch zur Professionalisierung der Einkäufer leisten. Während Kostensparnisse und Preissenkungen durch Bündelung bereits erfolgreich angeboten werden, sehen die befragten Einrichtungen vor allem bei der Beeinflussung von Medizinprodukteherstellern, der Beratung in kritischen Fragen sowie hinsichtlich der Bereitstellung von Informationen zu neuen Produkten und Verfahren, der Qualität der eingekauften Produkte wie auch der stärkeren Orientierung an den Funktionsanforderungen der klinischen Bedarfsträger erhebliches Potenzial. Die Studienautoren heben hervor, dass immerhin knapp 60 Prozent der Krankenhäuser eine Beschleunigung des Beschaffungsprozesses erwarten, aber nur 29,7 Prozent diese als bereits erfüllt ansehen. 35,1 Prozent bewerten den Status quo als unzureichend.

Auch die Logistik im Krankenhaus spielt im Hinblick auf Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung eine zentrale Rolle. Die Abrufe der benötigten Materialien und Produkte erfolgen bei erkanntem Bedarf an Medikalprodukten in einer medizinischen Abteilung überwiegend durch den Einkauf (30,6 Prozent) sowie die Bedarfsstelle im Rahmen definierter Produkte und Kontingente beziehungsweise die Versorgungsassistenten (19,4 Prozent). Der „Faktor Mensch“ spielt hierbei also nach wie vor eine wichtige Rolle, stellen die Studienautoren fest. Allerdings gaben ebenfalls 19,4 Prozent der befragten Einrichtungen an, dass die Abrufe bereits automatisch und elektronisch mittels elektronischer Versorgungsschranken stattfinden. Hier bestehe daher ein Potenzial für eine stärkere Einbindung und Nutzung automa-

tisierter Prozesse.

Hinsichtlich der Controlling-Instrumente geht aus der Studie hervor, dass bei der Mehrheit der Krankenhäuser in vielen Bereichen vor allem das Sachkostencontrolling zum Einsatz kommt. Besonders verbreitet ist die Budgetierung und Kontrolle der Gesamtkosten (77,1 Prozent), die Überwachung der Entwicklung von Verbrauchsmengen und Preisen auf Warengruppenebene (76,6 Prozent), die Durchführung von Abweichungsanalysen (75,8 Prozent) und die Analyse der Entwicklung der Verbrauchsmengen auf Abteilungsebene. „Vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser ist es verwunderlich, dass es in allen abgefragten Bereichen Einrichtungen gibt, die nicht über entsprechende Trackingmethoden zur Kostenkontrolle verfügen“, heißt es in der Untersuchung. Besonders „hoch“ sei der Anteil der Krankenhäuser, die das Tracking auf Artikelgruppenebene (45,4 Prozent), das Tracking von Kosten auf Warengruppenebene (42,8 Prozent) sowie das Tracking von Implantatkosten (34,2 Prozent) (noch) nicht praktizieren. Hier bestehe also weiterhin ein Optimierungspotenzial.

Bei den befragten Krankenhäusern wurden bislang vor allem folgende Bereiche digitalisiert und automatisiert: die Bestellung/EDI (80,0 Prozent), die Anforderung durch den Bedarfsträger/Anwender (68,6 Prozent), der Freigabeworkflow (62,9 Prozent), Kataloge zur Artikeldefinition (57,6 Prozent), die Freigabe der Rechnung (52,9 Prozent) und die Ausschreibung (50,0 Prozent). Gerade bei der elektronischen Ausschreibung gebe es großes Potenzial, so das Fazit der Studie. So gaben über 38 Prozent der Befragten an, deren Einsatz noch nicht einmal zu planen. Dabei sei dies ein zentraler Bestandteil für einen effizienten, digitalen Workflow. Für die nächsten Jahre sind vor allem in den folgenden Bereichen positive Entwicklungen zu erwarten: 50,0 Prozent der befragten Einrichtungen planen die Einführung elektronischer Lieferscheine, 44,1 Prozent ein elektronisches Lieferantenmanagement, 41,2 Prozent elektronische Lieferscheine und die Etablierung der E-Rechnung (41,2 Prozent). <<

von:
Olga Gilbers

Labenz: „Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie wird sich in Zukunft eher noch weiter verschärfen“

>> Zu wenig Zeit für Patienten, Unterbesetzung in Pflege und Ärzteschaft und das Dilemma, Therapieentscheidungen mit Blick auf begrenzte finanzielle Mittel treffen zu müssen: Der Kostendruck in deutschen Krankenhäusern fordert seinen Tribut. Auch die Gastroenterologie ist davon betroffen. Das zeigt eine

aktuelle Untersuchung im Auftrag des Berufsverbandes Gastroenterologie Deutschland (BVG), für die 642 Chef-, Ober- und Assistenzärzte der Gastroenterologie befragt wurden. Etwa zwei Drittel von ihnen sehen die Patientenversorgung durch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Kliniken beeinträchtigt. Die

Ärzte belastet vor allem, dass sie sich zu wenig Zeit für die Patienten nehmen können. Zugleich sieht sich aber nur eine geringe Zahl der Mediziner in der Gastroenterologie zu eigentlich entbehrlichen Untersuchungen genötigt, die ausschließlich aus wirtschaftlichen Gründen durchgeführt werden.

Rund 70 Prozent der Ärzte berichten von deutlichem bis starkem Druck infolge der finanziellen Rahmenbedingungen. Ein Drittel der Befragten äußert sich überzeugt, dass der Kostendruck die Patientenversorgung definitiv beeinträchtigt, ein weiteres Drittel schätzt dies tendenziell ebenso ein. Vor allem im Bereich der Pflege und bei der menschlichen Zuwendung sieht die übergroße Mehrheit der Befragten Einschränkungen. „Die meisten Ärzte würden sich gerne mehr Zeit für Patienten nehmen, aber der wirtschaftliche Druck vor allem in Krankenhäusern, die Verluste schreiben, ist enorm“, sagt Professor Dr. med. Joachim Labenz, Vorsitzender des BVGD aus Siegen. „Die sogenannte ‚sprechende Medizin‘ ist in Kliniken tatsächlich eher die Ausnahme als die Regel“.

Zumindest ein Teil der Ärzteschaft sieht sich zudem mit Rationierungsmaßnahmen bei medizinischen Leistungen konfrontiert: So stimmen 32,3 Prozent der Chefärzte, 45,4 Prozent der Oberärzte und 47,3 Prozent der Assistenzärzte der Aussage zu, dass als Folge der finanziellen Lage in ihrem Haus nicht mehr alle medizinisch nützlichen gastroenterologischen Maßnahmen erbracht werden könnten. So muss knapp jeder Fünfte einmal im Monat

die Entscheidung treffen, eine für den Patienten nützliche ärztliche Leistung nicht durchführen zu können oder durch eine preiswertere und weniger effektive ersetzen zu müssen. Doch ein genereller Trend zur Rationierung scheint nicht gegeben: 66,2 Prozent der Chefärzte, 52,9 Prozent der Oberärzte und 51,7 Prozent der Assistenzärzte widersprechen der Aussage, dass nicht mehr alle medizinisch nützlichen gastroenterologischen Maßnahmen erbracht werden könnten.

Dass im Fachgebiet Gastroenterologie Patienten aus wirtschaftlichen Gründen vorzeitig entlassen werden, obwohl dies medizinisch eigentlich nicht vertretbar wäre, glauben mehr als die Hälfte der Assistenzärzte und 44,4 Prozent der Oberärzte. Bei den Chefärzten sahen dies 33 Prozent so. „Bei einigen Aspekten zeigte sich bei den befragten Gruppen eine unterschiedliche Problemwahrnehmung“, erklärt Linda Kerkemeyer vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, die die Untersuchung gemeinsam mit dem Leiter des Lehrstuhls, Prof. Dr. Jürgen Wasem, durchführte. „Die Wahrnehmung von Defiziten hängt sicherlich stark davon ab, auf welche Weise Ärzte mit Patienten in Kontakt stehen. Untere Hierarchieebenen haben im Allgemeinen mehr Kontakt und nehmen die Probleme stärker wahr. Des Weiteren spielt bei der Bewertung mancher Aspekte – etwa der Frage, ob Patienten verfrüht entlassen werden – auch die Berufserfahrung eine Rolle.“

Eindeutiger fällt die Einschätzung hinsichtlich Überversorgung aus: Nur knapp jeder Fünfte sieht in der Gastroenterologie die Tendenz, dass finanziell lukrative Maßnahmen durchgeführt werden, die medizinisch nicht notwendig sind. „Diese Problematik wird in

anderen Fachbereichen deutlich stärker wahrgenommen“, so Kerkemeyer.

Auch die Arbeitszufriedenheit leidet unter dem Kostendruck: Mehr als zwei Drittel der Befragten – bei den Assistenzärzten sind es sogar knapp 80 Prozent – beklagen, dass sich wirtschaftlicher Druck negativ auf ihre tägliche Arbeit auswirke. Äußerst kritisch steht die übergroße Mehrheit der Befragten dem DRG-System gegenüber, das nicht als sinnvolles Vergütungsinstrument angesehen wird, um eine leistungsgerechte Zuteilung finanzieller Mittel zu erreichen. Das Gros der Befragten vertrat außerdem die Ansicht, dass gastroenterologische Leistungen im DRG-Fallpauschalen-System nicht leistungsgerecht honoriert werden. „Jedoch sind die wahrgenommenen Probleme mit denen anderer Fachbereiche vergleichbar. Während die Gastroenterologie bei Einführung des DRG-Systems benachteiligt war, gehe ich heute nicht mehr davon aus“, resümiert Wasem.

Im Ergebnis zeigt die Befragung, dass auch in der Gastroenterologie ein erheblicher wirtschaftlicher Druck auf allen Hierarchieebenen in der Ärzteschaft wahrgenommen wird. „Angesichts der demografischen Entwicklung steht zu befürchten, dass sich der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie in Zukunft eher noch weiter verschärfen wird“, so Labenz vom BVGD. „Daher ist es wichtig, dass wir die Problemfelder weiterhin im Blick behalten, untersuchen und aufzeigen.“

Ein weiteres Beispiel sei die Krankenhauspflege, so die Macher der Studie: Hier wurde in den letzten Jahren in mehreren Untersuchungen auf deutliche Einschränkungen der Versorgung hingewiesen. Der Gesetzgeber versuche nun, mit dem Krankenhausstrukturgesetz in diesem Bereich gegenzusteuern. <<

Daten gegen bessere Medizin

>> Eine breite Mehrheit der Deutschen ist bereit, persönliche Krankheitsdaten zur Verfügung zu stellen, wenn sich dadurch bessere Therapiemöglichkeiten ergeben. In einer repräsentativen Umfrage der Unternehmensberatung PwC unter 1.000 Bundesbürgern zeigten sich 71 % der Befragten „offen“ bzw. „sehr offen“ für diese Idee – während gerade einmal sechs Prozent dagegen votierten. Ein Viertel der Teilnehmer hatte zu der Frage noch keine klare Meinung oder gab an, das Thema „neutral“ zu sehen. Die größte Offenheit herrscht bei der Weitergabe simpler demografischer Merkmale. So meinten 94 % der

grundsätzlichen Befürworter, sie hätten kein Problem damit, gegenüber ihrem Arzt oder einer anderen vertrauenswürdigen Institution neben Alter und Geschlecht auch die Herkunft offenzulegen. Ähnlich hoch war die Zustimmung bei persönlichen Vorerkrankungen (89%), niedriger bei Vorerkrankungen in der Familie (77%). Und: Immerhin 61% meinten, sie wären sogar bereit, ihren sogenannten genetischen Fingerabdruck zur Verfügung zu stellen. Zudem hätten 56% auch kein Problem damit, persönliche Lifestyle-Daten – etwa Sport, Stress, Ernährung oder Schlafverhalten – offenzulegen, <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ganze zwei Seiten unseres Newsblocks widmen wir diesmal dem Thema Qualität zur Vorbereitung auf das 5. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 10. Mai 2017 in Berlin. Warum? – Umdenken ist angesagt!



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

Es geht nicht mehr um die Sicherung (Darstellung) von Qualität, sondern um die Verbesserung von Qualität. Die wichtigste Implikation der Qualitätsverbesserung besteht in der Notwendigkeit der Zielorientierung als Grundlage jeder Qualitätsdiskussion. Die Versorgungsforschung sieht sich hier besonders nach der Stellungnahme zum Entwurf des IQTIG zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung nach §136c SGB V bzw. §6 Abs. 1a KHG herausgefordert und möchte zukunftsfähige Konzepte und Instrumente mit Ihnen denken und diskutieren.

Ein wichtiges Thema seit langen ist das Thema Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe, das wir darum auch auf die Agenda des DKVF 2017 gesetzt haben. Ebenso gründet das DNVF eine neue Arbeitsgruppe zur „Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe“. Melden Sie sich bei Interesse in unserer Geschäftsstelle.

Zusammen mit der Ankündigung unseres nächsten Versorgungsforschungskongresses möchten wir Sie auffordern, sich um den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis zu bewerben. Bitte verpassen sie auch nicht die Einreichungsfrist: 31.03.2017 für Ihren Beitrag zum Kongress, der diesmal im Wesentlichen ein Abstractkongress sein wird. Aktuelle Infos unter www.dkvf2017.de.

Ihr

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

etc.). Mittlerweile ist eine Vorgehensweise und ein kleiner Set von Indikatoren (Geburtshilfe, Mamma-Chirurgie, kleine Ovarialchirurgie) beschlossen, und die klare und ausführliche Stellungnahme des DNVF kann zumindest in Teilen als erfolgreich gewertet werden (an dieser Stelle nochmals Dank an die zahlreichen Mitwirkenden).

Aber das Thema der qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist damit nicht abgeschlossen, und außerdem warten weitere

5. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Quality Improvement im Gesundheitswesen von morgen

Das DNVF e.V. lädt am 10. Mai Mitglieder und Interessierte zum 5. DNVF-Forum Versorgungsforschung ein, das sich dem Thema „Quality Improvement“ widmet. In diesem Beitrag erläutert Prof. Schrappe die Hintergründe der Veranstaltung und den Stellenwert des Themas auf der Agenda des DNVF.

>> Der Anglizismus „Quality Improvement“ mag irritieren, aber das ist beabsichtigt. Eine Klärung, eine Verschiebung des thematischen Schwerpunktes ist notwendig: Es geht nicht mehr um die Sicherung (Darstellung) von Qualität, sondern um die Verbesserung von Qualität, um Qualitätsverbesserung – das DNVF möchte diesen neuen Begriff, der sich auf den international gebräuchlichen Begriff des „QI“ bezieht, in der deutschen Diskussion verankern. Dies wird intensive Diskussionen zur Folge haben, denn der Begriff der Qualitätsverbesserung hat zahlreiche Implikationen. Die wichtigste dieser Implikationen besteht in der Notwendigkeit der Zielorientierung als Grundlage jeder Qualitätsdiskussion. Es kann in der Zukunft nicht mehr allein um das Dokumentieren von Daten gehen, sondern es muss um die Verbesserung der Versorgung gehen – also: erst das Ziel, erst das Problem definieren, das es zu lösen gilt, und dann die Daten identifizieren, die man dafür braucht, das muss die Reihenfolge sein.

Der Begriff der Zielorientierung steht daher auch im Zentrum des 5. DNVF-Forums in Berlin: Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen von morgen – die Versorgungsforschung diskutiert zukunftsfähige Konzepte und Instrumente. Welche Ziele sind prioritär, welche Ziele bedürfen einer Qualitätsverbesserung, und wie kann man vorgehen? Hier ist z.B. zu betrachten, aus wessen Perspektive man die Diskussion um Ziele führt, aus der Anbieter-Perspektive? aus der Patientenperspektive? aus der regionalen Perspektive? Weiter ist zu diskutieren, welche strukturellen Gegebenheiten auf den Prüfstand müssen. Es kann nicht angehen, dass wir Qualität weiterhin allein unter dem Aspekt der sektoralen Optimierung sehen. Das war mal modern und

notwendig, aber heute müssen wir Qualität vor allem unter dem Gesichtspunkt der Integration des Gesundheitswesens bewerten: bringt ein Qualitätsindikator die Integration und Kooperation voran, oder führt er zu Risikoselektion und Attraktion leichter Fälle? Gerade die Perspektive der Patienten sollte dazu den Weg weisen, denn heutzutage, mit der zunehmenden Bedeutung von chronischen Mehrfacherkrankungen, steht für Patienten die Koordination der Behandlung doch ganz oben auf der Agenda. Das hiermit angesprochene Krankheitspektrum muss (neben der Förderung der Prävention) auch inhaltlich im Mittelpunkt eines QI-Ansatzes im deutschen Gesundheitswesen stehen. Die Versorgung der Bevölkerung hinsichtlich Akuterkrankungen bleibt wichtig, aber in Zukunft stehen chronische Erkrankungen, die Primärprävention und die Verhinderung von neuen Erkrankungsepisoden im Mittelpunkt.

Diese Diskussion findet nun gar nicht im luftleeren Raum statt. Das DNVF hat im VSG den Auftrag bekommen, das IQTIG in seiner Arbeit aktiv zu unterstützen (§137a Abs. 7), und in Zeiten der sog. Qualitätsoffensive ist das für ein wissenschaftliches Netzwerk mit seinen ehrenamtlichen Strukturen eine beanspruchende Aufgabe. Einer der ersten Themen war die Stellungnahme zum Entwurf des IQTIG zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung nach §136c SGB V bzw. §6 Abs. 1a KHG. Hierbei handelt es sich um ein hochpolitisches Thema, weil es besonders das Verhältnis von Bund und Ländern angeht, und ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema, weil der Krankenhausbereich dringend weiterentwickelt werden muss (regionale Versorgungsperspektive statt sektorale Perspektive, Überversorgung, Mengenausweitung

Themen, allen voran die qualitätsorientierte Vergütung (P4P). Letzteres Thema birgt große Chancen, insbesondere wenn man es so ausgestaltet, dass es zielorientiert (s.o.) die Weiterentwicklung des Systems z.B. an den Sektorengrenzen fördert. Was wir auf keinen Fall brauchen, ist eine finanzielle Aufwertung von abgenutzten Qualitätsindikatoren, die schon lange in den Qualitätsberichten veröffentlicht wurden und gar kein Verbesserungspotential mehr aufweisen. Hier wäre die Erfolglosigkeit eines P4P-Programms geradezu vorprogrammiert. Wissenschaftlich ist P4P ja international gut untersucht, mehr als ein Dutzend OECD-Staaten nutzen P4P, und man kann klare Empfehlungen zur Nutzung und Einführung ableiten. Es ist überdies wissenschaftlich für Versorgungsforscher*innen interessant und herausfordernd, denn man kann hier alle Facetten einer komplexen Intervention auf Systemebene beobachten (an dieser Stelle sei darauf hingewiesen: das DNVF-Memorandum zur Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung steht kurz vor der Veröffentlichung). Aber das Wichtigste ist und bleibt: zunächst sollte man überlegen,

welches Problem man mit P4P eigentlich lösen will.

Das kommende DNVF-Forum findet also in einem interessanten Umfeld statt. Nach der Eröffnung durch den DNVF-Vorsitzenden Prof. E. Neugebauer folgen sechs Vorträge durch Spezialisten auf diesem Feld: Ein Beispiel sei herausgegriffen: Frau Dr. B. Sens aus Hannover wird darüber berichten, wie Krankenhäuser mit ihrem institutionellen Qualitätsmanagement – man könnte sagen: mit ihrem einrichtungsinternen Qualitätsverbesserungsprogramm – auf die immer zahlreicher und anspruchsvoller werdenden Programme zur Qualitätsverbesserung auf Systemebene reagieren. Es handelt sich dabei um eine Diskussion, die in Deutschland noch gar nicht begonnen hat, obwohl wir ganz klar die Problematik sehen müssen: In der Vergangenheit haben wir eine große Zahl von Qualitätsmanagement-Experten ausgebildet, die jetzt aber vor der Situation stehen, dass sie neben ihrer einrichtungsinternen Arbeit plötzlich Systemzusammenhänge erklären und institutionell umsetzen müssen. Den Abschluss bildet eine ausführliche Podiums-

diskussion, die von Frau Dr. R. Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied des G-BA, eröffnet wird, und eine Abrundung durch den Hauptgeschäftsführer des DNVF, Prof. W. Hoffmann aus Greifswald.

Prof. Hoffmann wird als Kongresspräsident des nächsten Deutschen Versorgungsforschungskongresses, der unter dem Thema der regionalen Versorgung steht, die besondere Relevanz des Themas Qualität für diese Perspektive hervorheben: Qualität der regionalen Versorgung, Area-Indikatoren, Zugang zur Versorgung. Es wird interessant.

Eine Teilnahme am DNVF-Forum steht allen Mitgliedern aber auch Nicht-Mitgliedern des DNVF e.V. offen. Die Teilnahmegebühr für Mitglieder beträgt 55 Euro (dies schließt die Mitglieder bzw. Mitarbeiter der Mitglieds-gesellschaften, -institute und -organisationen etc. ein). Die Gebühr für Nicht-Mitglieder beträgt 95 Euro. Die Anmeldung zum Forum ist ausschließlich online möglich. Aufgrund der begrenzten Plätze ist eine Anmeldung notwendig, über die Vergabe der Plätze entscheidet der Eingang der Anmeldungen. <<

> Link zur Anmeldung: www.dnvf.de -

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 zum Thema Regionale Versorgung vom 4.-6.10.17, in Berlin	

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.

Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe

DNVF gründet Arbeitsgruppe zur „Arbeitsteilung“

Um die zukünftigen Anforderungen der Versorgung zu meistern, wächst die Bedeutung des Themas Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe. Daher wurde dieses Thema auf die Agenda des nächsten Kongresses (16. DKVF, vom 4.-6. Oktober 2017, Berlin) gesetzt. Um die thematische Vorbereitung bereits kooperativ, interdisziplinär und multiprofessionell zu gestalten, gründet das DNVF eine entsprechende Arbeitsgruppe (AG).

>> Die erste Aufgabe der AG wird es sein, den aktuellen Stand der Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe in Deutschland aufzuarbeiten, gute Modelle und Evaluationsergebnisse zu eruieren sowie die juristischen, berufspolitischen Hürden und/oder finanziellen Rahmenbedingungen zur Finanzierung von Modellprojekten zu erfassen. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppenarbeit werden auf dem Kongress vorgestellt.

Zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe sind die

Vertreter*innen aller Gesundheitsberufe eingeladen. Die Einladung geht wie bei Gründung einer AG üblich an alle DNVF-Mitglieder und richtet sich auch an die Mitarbeiter*innen bzw. Mitglieder der institutionellen Mitglieder (z.B. Fachgesellschaften, Wissenschaftliche Institute der Sektionen 1 bis 3 und der Fördermitglieder).

Darüber hinaus hat der DNVF-Vorstand Verbände und Vertreterorganisationen verschiedener Gesundheitsberufe eingeladen, die bis-

her noch nicht mit dem DNVF in Form einer Mitgliedschaft vernetzt aber für das Thema wichtig sind. Die Arbeitsgruppe hat mit der Vorbereitung des Themas für den Kongress eine zunächst zeitlich begrenzte Aufgabenstellung. Die AG soll jedoch dauerhaft installiert werden und der Kongress wird als konkretes erstes gemeinsames Ziel und Arbeitsauftrag genutzt. <<

>> Anmeldung: www.dnvf.de

Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 20. April 2017

3. Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis

Das DNVF vergibt in diesem Jahr zum dritten Mal den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis wird in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939-2014), vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung und hier insbesondere um die Outcomeforschung und das Thema Lebensqualität verdient gemacht. Er hat für sein wissenschaftliches Lebenswerk zahlreiche Ehrungen erhalten.

>> Der Preis ist für die Auszeichnung und Förderung einzelner oder einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. sind und sich mit einer Originalarbeit bewerben, die in den letzten 12 Monaten vor der Ausschreibung in einem Publikationsmedium mit Peer-Review publiziert oder zur Publikation angenommen wurde. Kriterien sind die wissenschaftliche Originalität der Fragestellung, eine sehr gute methodische Qualität sowie eine hohe Relevanz für die Umsetzung in die Patientenversorgung.

Die Kandidatur für den Preis kann ausschließlich durch Eigenbewerbung erfolgen. Sofern der Beitrag bereits mit einem Preis ausgezeichnet oder für eine Preisbewerbung eingereicht wurde, ist dies zu vermerken. Wurde der Beitrag bereits für die Ausschreibung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises 2015 oder 2016 eingereicht, so ist eine erneute Bewerbung mit diesem Beitrag nicht möglich. Die Ausschreibung des Preises richtet sich an alle DNVF-Mitglieder. Dies schließt die Mitglieder unserer Fachgesellschaften, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissen-

schaftlichen Institute, Zentren und Organisationen, die Mitglied oder Fördermitglied im DNVF e.V. sind, ein. Gleichmaßen können sich persönliche Mitglieder im DNVF e.V. um den Preis bewerben.

Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert und wird im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des 16. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF), am 4. Oktober in Berlin verliehen.

Die Auswahl des/der Preistragende(n) erfolgt durch eine Jury. Dieser gehören Ehrenmitglieder des DNVF, Vertreterinnen und Vertreter der Sektionen des DNVF sowie Vorstandsmitglieder an. Unter den eingereich-

ten Bewerbungen wählt die Jury nach den Kriterien der wissenschaftlichen Originalität, der methodischen Qualität sowie der Relevanz für die Versorgungspraxis den/die Preistragende(n) in einem mehrstufigen Verfahren aus. Jurymitglieder werden bei einer Bewerbung aus dem eigenen Hause (Institut, Klinik) von der Bewertung ausgeschlossen.

Abgabetermin für Bewerbungen ist der 20.04.2017. Details zu den einzureichenden Bewerbungsunterlagen erhalten Interessierte online. <<

>> www.dnvf.de >> [Versorgungsforschungspreis](#)

DNVF-Spring-School vom 4.-6. April 2017

Noch Plätze verfügbar

>> Für die 5. DNVF-Spring-School, die vom 4.-6. April 2017 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn stattfindet ist eine Anmeldung bis einschließlich 27. März online möglich. In den meisten Modulen sind aktuell noch Restplätze verfügbar. Alle Infos zum Programm der DNVF-Spring-School, die

sowohl Seminarmodule für Einsteiger, Fortgeschrittene und Experten umfasst, sowie den Link zur Online-Anmeldung finden Sie auf www.dnvf.de. <<

>> www.dnvf.de >> [Spring-School](#)



Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

16. Kongress | 4. - 6.10.2017 | Urania - Berlin

Call for Abstracts

Einreichungsfrist: 31.03.2017 über www.dkvf2017.de

Zukunft regionale Versorgung – Forschung, Innovation, Kooperation



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

www.dkvf2017.de



Stefanie Deckert, MPH
 Daniel Richter, MSc
 Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt, MPH
 Dr. rer. medic. Thomas Petzold

Unerwünschte Ereignisse bei telemedizinischen Anwendungen

Ein systematisches Review mit Meta-Analyse auf der Grundlage randomisierter und nicht-randomisierter Studien.

Die flächendeckende Sicherstellung der hochspezialisierten medizinischen Versorgung ist ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema in Deutschland (1). Vor allem in strukturschwachen Regionen sind innovative Versorgungsmodelle erforderlich, um die fachärztliche Versorgung sicherzustellen (2). Aber auch für den Austausch relevanter Patientendaten von hochspezialisierten medizinischen Fachdisziplinen, wie bspw. Patienten mit seltenen Erkrankungen, sind neue Behandlungskonzepte erforderlich, um zeitnah Behandlungsentscheidungen treffen und kommunizieren zu können (3). Telemedizinische Anwendungen versprechen die Möglichkeit, diese Hürden zu überwinden und Patienten die benötigte medizinische Versorgung zu gewährleisten (4).

>> In den USA wurden erstmals in den 70er Jahren telemedizinische Versorgungsmodelle eingesetzt, um über eine große räumliche Distanz einen Kommunikations- und Informationsaustausch zwischen Patient und medizinischem Leistungserbringer zu ermöglichen (5). Seitdem werden weltweit telemedizinische Versorgungsmodelle (weiter-)entwickelt und angewendet (6). Auch in Deutschland haben telemedizinische Versorgungsangebote eine hohe Bedeutung in der Routineversorgung erlangt (3, 7). Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealth Gesetz)“ werden telemedizinische Leistungen seit 01.01.2016 deutschlandweit gefördert, um eine Telematikstruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen zu etablieren und die inter- und intrasektorale Kooperation von Leistungserbringern zum Nutzen des Patienten zu verbessern (8).

An die telemedizinische Versorgung werden, wie auch an andere Versorgungsmodelle, Erwartungen zur Sicherstellung der Patientensicherheit gestellt. Seit der Veröffentlichung „To Err is human“ (9) werden Anforderungen und Konzepte zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität sowie die Etablierung einer Sicherheitskultur öffentlich diskutiert. In Deutschland erfolgt seit 1984 im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung für ausgewählte Leistungsbereiche, die Dokumentation von Daten zur Qualitätssicherung und ab 2005 deren Veröffentlichung (10). Ein zentraler Aspekt ist die Verringerung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse der Behandlung (uE) für den Patienten (11). Diese prinzipielle Anforderung gilt es auch auf telemedizinische Versorgungskonzepte anzuwenden, um deren Patientensicherheit darzustellen.

Bisher liegt keine systematische Aufbereitung zu der Häufigkeit uE im telemedizinischen Kontext vor. Daher ist es Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit, die Terminologie und Definition uE gegenüberzustellen

Zusammenfassung

Hintergrund: Bedarfssichernde telemedizinische Versorgungskonzepte werden zunehmend (inter-)national angewandt. Deren Implementierung setzt neben klinischer und ökonomischer Effektivität auch den Nachweis der Patientensicherheit voraus. Ziel der Arbeit ist die systematische Aufbereitung der Definition und Inzidenz von unerwünschten Ereignissen (uE) in randomisierten und nicht-randomisierten Studien zur Telemedizin.

Methoden: Eine Literaturrecherche erfolgte in Medline und Embase (Januar 2005-Juni 2014). Studienselktion, Datenextraktion und Studienbewertung erfolgten unabhängig. Für die methodische Bewertung wurden das Risk of Bias Tool und die Downs & Black Skala herangezogen. Kumulative und absolute Häufigkeiten uE wurden extrahiert. Auf Grundlage eines Random Effects Modells erfolgte die Ermittlung eines gewichteten relativen Risikos (RR, 95% Konfidenzintervall) telemedizinischer Interventionen vs. Standardtherapie.

Ergebnisse: 31 randomisierte und 9 nicht-randomisierte Studien wurden eingeschlossen, wovon keine in Deutschland durchgeführt wurde. Kumulativ wurden 2.018 uE (Spannweite 0 bis 672 uE/Studie) in telemedizinischen Interventions- und 2.085 uE (Spannweite 0 bis 759 uE/Studie) in Kontrollgruppen angegeben. Zusätzlich wurden 1,05 und 0,96 uE/Patient in Interventions- bzw. Kontrollgruppen erfasst. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Auftretens uE (8 Studien: RR 1,06; 95%-KI: 0,82-1,37) bei telemedizinischen Interventionen verglichen mit Standardtherapie.

Schlussfolgerung: Aufgrund der überwiegend fehlenden Definition und Berichterstattung uE ist die Ableitung relevanter Informationen von Versorgungsprozessen zur Aufrechterhaltung der Patientensicherheit im Rahmen telemedizinischer Versorgungskonzepte derzeit nur begrenzt möglich.

Schlüsselwörter

Unerwünschte Ereignisse, Telemedizin, Patientensicherheit, Systematisches Review

und deren Inzidenz bei telemedizinischen Anwendungen zu ermitteln. Darüber hinaus soll das Risiko für das Auftreten uE bei telemedizinischen Interventionen im Vergleich zu anderen Interventionsformen (häufig Standardtherapie) mittels einer Meta-Analyse quantifiziert werden.

Methode

Das systematische Review wurde nach den Vorgaben des PRISMA Statements (12) angefertigt. Vorab wurde das Review im International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) veröffentlicht (Registrierungsnummer des Reviewprotokolls CRD42014014334)(13).

Ein- und Ausschlusskriterien

In die Studie eingeschlossen wurden deutsch- und englischsprachige randomisierte (randomisiert kontrollierte Studien (RCT) und Open Label Studien) und nicht-randomisierte Interventionsstudien, die präventiv und kurativ stationär, ambulant, rehabilitativ, palliativ oder in einem nicht klinischem Setting telemedizinisch versorgten Patienten / Individuen untersuchten. Dabei wurden alle telemedizinischen Versorgungsformen eingeschlossen, die zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege eingesetzt werden und eine räumliche Distanz zwischen Leistungserbringer und Patienten überbrücken. Zwingend erforderlich war eine Leistungserbringer-Patienten-Interaktion, die sowohl ärztliche als auch pflegerische Tätigkeiten umfasst. Als Vergleichsgruppe dienten sogenannte Standardtherapien („usual care“) der nicht-telemedizinischen Versorgung sowie andere telemedizinische Anwendungen ohne direkte Leistungserbringer-Patienten-Interaktion. Outcomes der eingeschlossenen Studien stellten unerwünschte Ereignisse (uE) und andere unerwartete, nicht durch die Krankheit bedingte Ereignisse wie bspw. Schäden, Verletzungen, Behinderungen oder medizinische Fehler die durch Diagnose, Therapie oder Behandlung aufgetreten sind, dar.

Literaturrecherche, Studienselktion und Datenextraktion

Eine systematische Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken Medline und EMBASE im Suchzeitraum vom Januar 2005 bis Juni 2014.

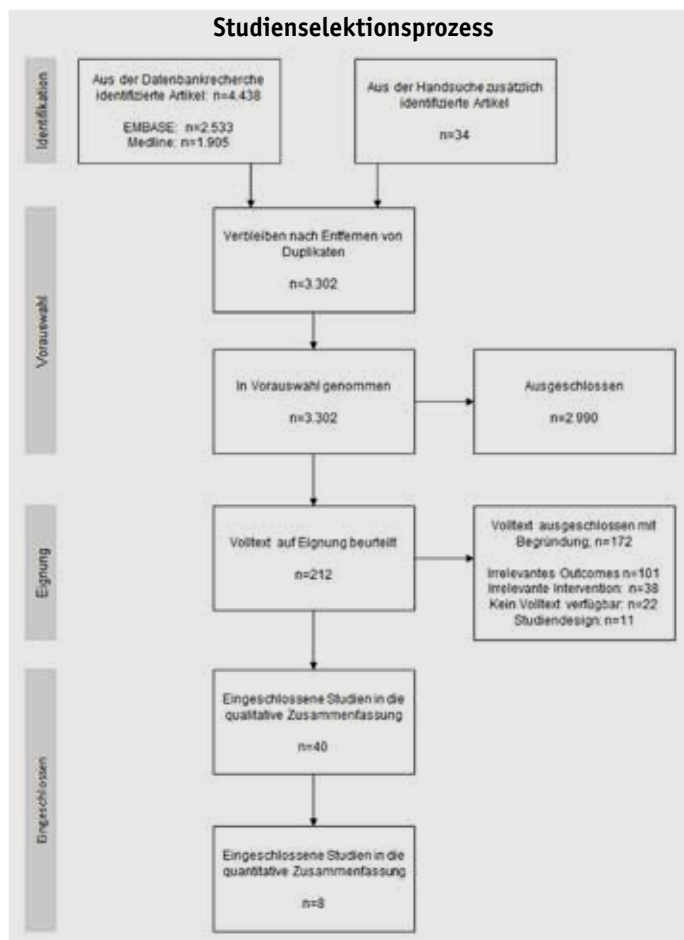


Abb. 1: Studienselektionsprozess (nach PRISMA Statement (12))

Der umfassende Suchstring ist im Reviewprotokoll dargestellt. Ergänzend dazu wurde eine Handsuche auf Webseiten von relevanten Institutionen durchgeführt. Dies beinhaltete die World Health Organization (WHO), das Institut of Medicine (IOM), die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sowie das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS).

Die Studienselektion und Datenextraktion wurde unabhängig durch zwei Reviewer durchgeführt. Die Datenextraktion erfolgte anhand a priori definierter Kriterien (siehe Reviewprotokoll (13)). So wurde bspw. neben der allgemeinen Studiencharakteristik auch die in den Studien verwendete Terminologie und Definition für uE extrahiert. Da in der Literatur unterschiedliche Definitionen für uE genutzt werden (14, 15), soll im Rahmen der Studie die Bandbreite möglicher Definitionen dargestellt werden. Die kumulativen Häufigkeiten der aufgetretenen uE pro Studienarm bzw. die absoluten Häufigkeiten der von neu aufgetretenen uE betroffenen Studienteilnehmer (Inzidenzrate) wurden getrennt für die Interventions- und Kontrollgruppe aufbereitet.

Methodische Studienbewertung

Randomisierte Interventionsstudien

Für die Bewertung systematischer Fehler (Bias) der inkludierten RCTs und Open Label Studien wurde das Risk of Bias (RoB) Tool der Cochrane Collaboration (16) angewendet. Eine ausführliche Beschreibung der Bewertungskriterien finden Sie im online Supplement.

Nicht-randomisierte Interventionsstudien

Die Downs & Black Skala (17) stellt mit insgesamt 27 Kriterien ein

geeignetes Instrument dar, um einerseits die Berichtsqualität (Kriterien: 1 bis 10) und andererseits die methodische Qualität (Kriterien: 11-27) nicht-randomisierter Interventionsstudien mit dem Fokus Gesundheitsversorgung zu beurteilen (17). Für das vorliegende systematische Review wurde ausschließlich die methodische Studienqualität bewertet. Weitere Ausführungen zu den Bewertungskriterien finden sich gleichfalls im online Supplement.

Meta-Analyse

Anhand der Inzidenzraten (absolute Häufigkeit der von neu aufgetretenen uE betroffenen Studienteilnehmer) wurden mit Hilfe des Softwareprogramms R, auf der Grundlage eines Random Effects Models relative Risiken (RR mit 95%-Konfidenzintervall (95%-KI)) sowie der daraus resultierende (gepoolte) Gesamtrisikoschätzer ermittelt.

Ergebnisse

Anhand der systematischen Literatursuche sowie der Handsuche konnten 3.302 potentiell relevante Artikel identifiziert werden. 31 randomisierte Studien (25 RCT (18-42) sowie 6 Open Label-Studien (43-48)) und 9 nicht-randomisierte Studien (49-57) wurden in die Untersuchung eingeschlossen (Abb. 1, Tab. 1). Eine Liste der ausgeschlossenen Studien kann bei dem korrespondierenden Autor erfragt werden.

21 der 40 Studien (53%) wurden in den USA, neun (22%) in Europa, vier (10%) in Kanada, zwei (5%) in Australien und zwei weitere (5%) in Asien durchgeführt. In zwei Studien (5%) wurde keine Landesangabe dokumentiert. Keine der eingeschlossenen Studien wurde in Deutschland durchgeführt.

Die Interventionsdauer variierte in den eingeschlossenen Studien zwischen zwei Wochen (21) und sieben Jahren (50). Insgesamt wurden 19.937 Personen in den Studien untersucht, wovon 10.370 den Interventionsgruppen entfallen und 9.567 den Kontrollgruppen. Die Erkrankungen, die mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen therapiert oder betreut wurden sind heterogen. Die häufigste Entität in den eingeschlossenen Untersuchungen stellten kardiovaskuläre Erkrankungen (n=10 Studien, 25%) sowie Tumorerkrankungen dar (n=4 Studien, 10%). Als häufigste Interventionsform wurden telefonische Anwendungen genutzt (n=28 Studien, 70%) (Tab. 1).

Terminologie und Definition der berichteten unerwünschten Ereignisse

Der Terminus unter dem uE berichtet werden variiert zwischen den eingeschlossenen Studien. In 36 von 40 Studien (90%) wurden „adverse events“ bzw. „adverse effects“ berichtet. Fünf Untersuchungen (13%) nutzten andere Bezeichnungen, wie „undesirable outcome“ (20), „adverse health outcomes“ (29), „adverse neonatal outcome“ (31), „acute event“ (41) oder „physician-related error“ (50). Eine Definition der in den Studien untersuchten uE erfolgte lediglich in sieben Studien (18%) (18, 20, 29, 41, 44, 46, 52).

Häufigkeit unerwünschter Ereignisse

Die Häufigkeit uE in der telemedizinischen Interventions- und Kontrollgruppe wurde in 32 von 40 Studien (80%) berichtet (Tabelle 3). Davon haben 28 Studien die Häufigkeit der uE pro Studienarm (kumulative Häufigkeit) angegeben. Demnach wurden in Interventionsgruppen mit telemedizinischen Anwendungen 2.018 uE (Spannweite 0 bis 672 uE je Studie) und in Kontrollgruppen insgesamt 2.085 uE (Spannweite 0 bis 759 uE je Studie) erfasst und berichtet. Das Verhältnis uE zur Studiendauer und der Teilnehmerzahl der jeweiligen Studie kann in

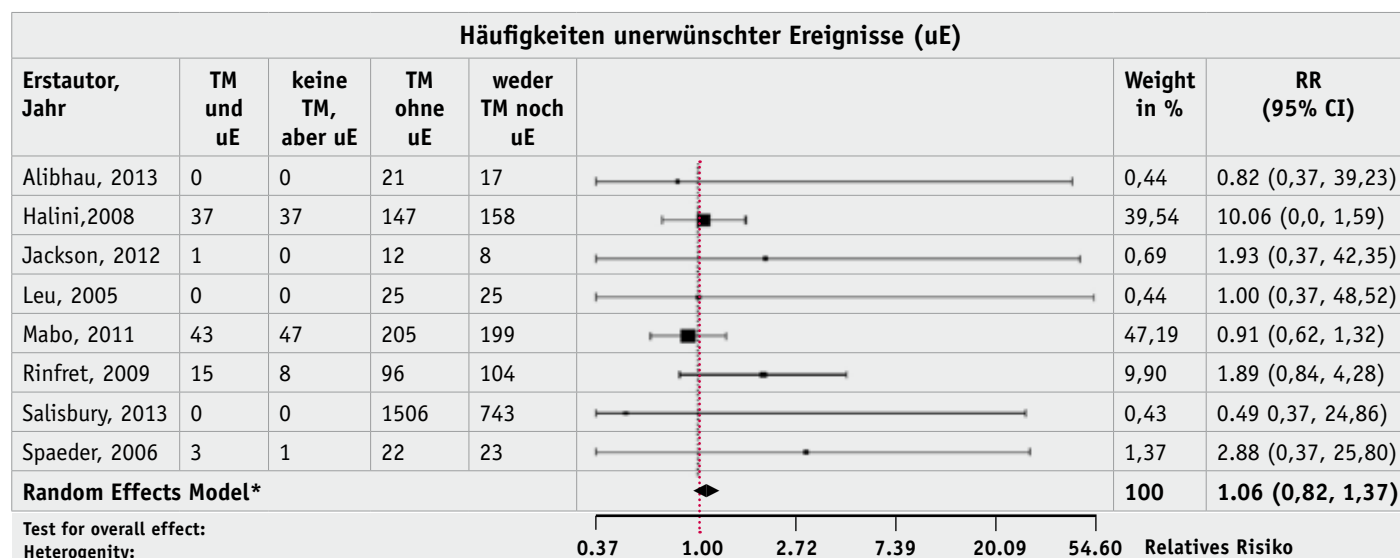


Abb. 2: Relatives Risiko für das Auftreten unerwünschter Ereignisse in den Gruppen „Telemedizin“ (TM) gegenüber „keine Telemedizin / Standardtherapie“

Tabelle 1 nachgelesen werden. Die am häufigsten berichteten uE sind in diesem Zusammenhang ungeplante Krankenhausaufnahmen und körperliche Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Diarrhö (Tab. 2). Daten zur absoluten Häufigkeit der von uE betroffenen Patienten liegen ausschließlich für 14 Studien vor (Tab. 2). In Interventionsgruppen wurden 138 Patienten mit uE (0 bis 43 Patienten mit uE je Studie) und in Kontrollgruppen 118 Patienten (0 bis 47 Patienten mit uE je Studie) berichtet. Demzufolge sind 1,05 uE je Patient in Interventions- und 0,96 uE pro Patient in Kontrollgruppen aufgetreten.

Eine Angabe von Signifikanzniveaus zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen erfolgte lediglich in 11 (27,5%) Studien. Dass signifikant weniger uE in den Interventionsgruppen auftreten, konnte in drei Studien beobachtet werden (20, 29, 47). Die darüber hinaus berichteten Effektschätzer waren nicht signifikant.

Methodische Studienbewertung

Die Ergebnisse der unabhängigen Bewertung des Risikos für Bias mit Hilfe des RoB-Tools und der Downs & Black-Skala sind ebenfalls in Tabelle 3 dargestellt. Eine gesonderte Ergebnisübersicht der methodischen Studienbewertung pro Studie ist zusätzlich in der Online-Tabelle 1 einsehbar.

Die methodische Qualität der eingeschlossenen randomisierten Studien (RCT und Open Label-Studien) ist sehr heterogen. Lediglich bei 8 (26%) von 31 Studien wurde ein adäquates methodisches Verfahren angewendet, um einen Selection Bias zu vermeiden. Die angemessene Verblindung von Teilnehmern und Studienpersonal (Performance Bias) sowie die Verblindung der Endpunkterhebung (Detection Bias) erfolgten ausschließlich in 6 (19%) Untersuchungen. Lediglich in 6 (19%) der 31 randomisierten Studien ist das Risiko eines Attrition Bias sowie Reporting Bias als „niedrig“ einzustufen.

Die kritische Bewertung des Risikos für Bias sowie der externen Validität in nicht-randomisierten Interventionsstudien anhand der Downs & Black Skala zeigt hingegen ein homogenes Bild.

In 8 (89%) von 9 Studien wurde das Risiko eines Selection Bias als „hoch“ eingestuft. Keine der 9 Studien hat weder die Studienteilnehmer und das -personal noch die Endpunkterhebung verblindet. Während bei einer Studie (54) das Risiko für einen Attrition Bias als „hoch“ eingeschätzt wurde, weisen alle 9 inkludierten nicht-randomisierten

Interventionsstudien eine „unklare“ externe Validität auf. Weitere Kriterien der angewendeten Downs & Black Skala sind in der verfügbaren online Tabelle 2 illustriert.

Meta-Analyse

Für die Meta-Analyse wurden zunächst alle 14 Arbeiten berücksichtigt, die die absolute Häufigkeit der von uE betroffenen Patienten berichteten. Um eine Vergleichbarkeit des Studientyps zu erzielen, wurden ausschließlich randomisierte Studien (n=13) einbezogen und gleichfalls nur solche Studien berücksichtigt, die vollständige Angaben zur Berechnung der Inzidenzrate machten und telemedizinische Interventionen im Vergleich zu Standardtherapien untersuchten.

In die Meta-Analyse konnten demnach 8 Studien mit 3.547 Studienteilnehmern eingeschlossen werden (5 RCT (18, 30, 32, 38, 40) und 3 Open Label-Studien (44, 46, 48)). Im Gruppenvergleich zeigten sich in der Gesamtbeurteilung keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Auftretens uE (gewichtetes RR 1,06; 95%-KI 0,82-1,37; p=0,67). Die RR der eingeschlossenen Studien reichen von 0.82 (95% KI 0.37-39.23) und 2.88 (95% KI 0.37-25.80) (Abb. 2).

Diskussion

Nur wenige methodisch hochwertige Studien konnten identifiziert werden, die uE als Kriterium der Patientensicherheit bei telemedizinischen Anwendungen untersuchten. Der Großteil der Studien wurde in den USA und Kanada durchgeführt und lediglich 9 in Europa (22%). Entgegen der existierenden politischen Anstrengungen den eHealth- und Telematikbereich in Deutschland zu stärken, wurde keine der Studien, die den Such- und Einschlusskriterien dieses systematischen Reviews entsprechen, in Deutschland durchgeführt. Arbeiten wie bspw. (58, 59) wurden demnach für die Aufbereitung der Evidenz nicht berücksichtigt. Auch wenn in der Meta-Analyse dieser Studie kein signifikanter Unterschied zwischen telemedizinischer Anwendung und Standardtherapie nachgewiesen werden konnte, bleibt ein großes Maß an Unsicherheit, wie telemedizinische Anwendungen hinsichtlich deren Sicherheit für den Patienten zu bewerten sind. Das Risiko für Bias bleibt insgesamt sowohl für randomisierte als auch für nicht-randomisierte Studien aufgrund einer unzureichenden Berichterstattung des methodischen Vorgehens „unklar“.

Grundlegende Studiencharakteristika								
Erstautor, Jahr	Land der Studiendurchführung	Studien-design	Anzahl Teilnehmer		Interventionsdauer (in Mon.)	Beschreibung der Studienteilnehmer	Beschreibung der Inhalte	
			Interventionsgruppe	Kontrollgruppe			Interventionsgruppe (IG)	Kontrollgruppe (KG)
Randomisierte Studien								
Alibhai, 2013 (18)	Kanada	RCT*	n=21	n=17	3	Patienten mit akuter myeloischer Leukämie	Telefonsupport (Heimbasiertes Übungsprogramm)	Standardtherapie
Ang, 2013 (19)	USA	RCT*	n1=20 n2=19	n=19	2	Patienten mit Fibromyalgie	Telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie	Telefonischer Schulungs-support
Balaban, 2008 (20)	USA	RCT	n=47	n=49	unklar	Patienten nach stationärer Entlassung	Telefonischer Support durch einen Krankenpfleger	Standardtherapie
Bruera, 2013(21)	USA	RCT	n1=45 n2=47	n1=50 n2=48	0,5	Krebsassoziierte Müdigkeit nach dem Einsatz von Methylphenidat	1. Telefonische Intervention durch Krankenpfleger (Symptomassessment, Dosierung der Arzneimittel und psychosoziale Unterstützung) + Methylphenidat 2. Telefonische Kontrollintervention (Symptomassessment und Dosierung der Medikation) + Methylphenidat	1. Telefonische Intervention durch Krankenpfleger (siehe IG) + Placebo 2. Telefonische Kontrollintervention (siehe KG) + Placebo
Digenio, 2009 (43)	USA	Open Label	n1=76 n2=74	n1=74 n2=76 n3=76	6	Patienten mit Adipositas	1. Häufige telefonische Nachfrage durch Ernährungsberater 2. Häufige schriftliche Nachfrage per Mail durch Ernährungsberater	1. Häufig durchgeführte persönliche Gespräche durch Ernährungsberater 2. Selten durchgeführte persönliche Gespräche durch Ernährungsberater 3. Selbsthilfe
Eakin, 2012 (22)	Australien	RCT*	n=73	n=70	8	Frauen mit Brustkrebs	Telefonsupport / Beratung durch geschulten Arzt	Standardtherapie
Ebbert, 2010 (23)	USA	RCT*	n=30	n=30	3	Tabaknutzer	Telefonsupport / Beratung + 4mg Nicotine Pastille	Telefonsupport / Beratung + Placebo
Fagerstrom, 2011 (24)	USA	RCT	n=125	n=125	7	Tägliche Raucher	Telefonische Beratung + Schnupftabak	Telefonische Beratung + Placebo
Green, 2008 (25)	USA	RCT	n1=259 n2=261	n=258	13	Patienten mit Bluthochdruck unter Blutdrucksenkender Arzneimitteltherapie	1. Blutdruckmessung (via Internet) 2. Blutdruckmessung (via Internet) und Beratung durch Pharmakologen	Standardtherapie
Halimi, 2008 (44)	Frankreich / Belgien	Open Label	n=184	n=195	1	Patienten mit Herzerkrankung und implantiertem Defibrillator	Home monitoring telekardiologisches System	Standardtherapie
Hardy, 2013 (26)	USA	RCT*	n=13	n=13	1-2	Patienten mit pädiatrischen Kopftumoren und akuter lymphoblastischer Leukämie	Telefonsupport (Gedächtnistraining)	Telefonischer Support

Tab. 1: Übersicht der grundlegenden Studiencharakteristika in Randomisierten (n=31). Liste der nicht-randomisierten Studien (n=9) bei den Autoren.

Himelhoch, 2013 (27)	USA	RCT*	n=16	n=18	4	Depression bei Patienten mit HIV / AIDS	Telefonbasierte kognitive Verhaltenstherapie	Standardtherapie
Holland, 2008 (28)	Australien	RCT	n=30	n=27	2	Interstitielle Lungenerkrankung	Telefonsupport	Standardtherapie
Imhof, 2013 (29)	Schweiz	RCT	n=231	n=230	3-9	Patienten mit 80 Jahren und älter	Telefonsupport	Standardtherapie
Jackson, 2012 (30)	USA	RCT*	n=13	n=8	3	Patienten nach Aufenthalt auf Intensivstation und stationärer Entlassung	Telefonische und videotelefonische Intervention für körperliche und funktionelle Rehabilitation	Standardtherapie
Janssen, 2006 (31)	Kanada	RCT	n=731	n=728	9	Frauen nach Kaiserschnitt	Telefonische Triage	Standardtherapie
Jongste, 2009 (45)	unklar	Open Label	n=77	n=74	7	Asthma im Kindesalter	Telefonsupport + FEN _{0,05} Telemonitoring	Telefonsupport
Killen, 2008 (42)	USA	RCT	n=147	n=154	3	Raucher	Telefonsupport	Standardtherapie
Leu, 2005 (32)	USA	RCT	n=25	n=25	3	Patienten mit Diabetes Mellitus Typ I/II	Automatisches kabelloses Benachrichtigungs-system zur Diabetesüberwachung	Standardtherapie
Mabo, 2011 (46)	Frankreich	Open Label	n=269	n=269	18	Patienten mit Herzschrittmacher	Telekardiologisches Home Monitoring System	Standardtherapie
Margolis, 2013 (33)	USA	RCT	n=228	n=222	13	Erwachsene mit Hypertonie	Pharmakologischer Telefonsupport	Standardtherapie
McKinstry, 2013 (34)	Schottland	RCT	n=182	n=177	6	Patienten mit Hypertonie	Telefonsupport und Beratung	Standardtherapie
Mohr, 2005 (35)	USA	RCT	Nicht berichtet		2	Patienten mit Multiple Sklerose	Telefonsupport + Selbstinjektionstraining	Telefonsupport
Perahia, 2008 (47)	unklar	Open Label	n=477	n=485	3	Patienten mit Depression	Psychoedukativer Telefonsupport	
Planer, 2011 (36)	Israel	RCT	n=74	n=75	2	Rauchentwöhnung bei Patienten mit akuten Koronarsyndrom	Telefonische Beratung + Bupropion	Standardtherapie
Rinfret, 2009 (48)	Kanada	Open Label	n=111	n=112	12	Patienten mit Hypertonie	Telefonische und IT Anwendung zur Blutdruckkontrolle	Standardtherapie
Rochette, 2013 (37)	Kanada	RCT	n=92	n=94	6	Patienten mit schwachem Schlaganfall	Telefon- und Internetanwendung	Standardtherapie
Salisbury, 2013 (38)	England	RCT	n=1.506	n=743	6	Patienten mit muskuloskeletalen Problemen	Telefonische Beratung	Standardtherapie
Shea, 2009 (39)	USA	RCT	n=844	n=821	65	Patienten mit Diabetes Mellitus	Telefon- und Internetanwendung zur Videokonferenz mit pflegerischen Experten	Standardtherapie
Spaeder, 2006 (40)	USA	RCT	n=25	n=24	3	Patienten mit Stauungsinsuffizienz	Telefonsupport	Standardtherapie
Staresinic, 2006 (41)	USA	RCT	n=98	n=94	26	Patienten mit langfristiger Warfarintherapie	Telefonsupport	Standardtherapie

Häufigkeiten unerwünschter Ereignisse und Risiko für Bias							
Erstautor, Jahr	Kumulative Häufigkeiten der uE pro Studienarm		Effekt-schät-zer	Absolute Häufigkeit der von uE betroffenen Patienten		Effekt-schät-zer	Risiko für Bias (und bei nicht-randomisierten Studien Externe Validität)
	IG (n)	KG (n)		IG (n)	KG (n)		
Randomisierte Studien							
Alibhai, 2013 (18)	0	0	k. A.	0	0	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection Bias
Ang, 2013 (19)	n ₁ =43 n ₂ =20	40	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Reporting Bias Unklares Risiko: Selection & Attrition Bias Niedriges Risiko: Performance & Detection Bias
Balaban, 2008 (20)	41	46	p=0.003	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: - Unklares Risiko: Selection, Performance, Detection & Reporting Bias Niedriges Risiko: Attrition Bias
Bruera, 2013(21)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Reporting Bias Unklares Risiko: Selection & Attrition Bias Niedriges Risiko: Performance & Detection Bias
Digenio, 2009 (43)	n ₁ =4 n ₂ =5	n ₁ =2 n ₂ =7 n ₃ =1	k. A.	9	10	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung) & Detection Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz), Attrition & Reporting Bias
Eakin, 2012 (22)	3	0	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung) & Reporting Bias Unklares Risiko: Performance & Detection Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) & Attrition Bias
Ebbert, 2010 (23)	3	3	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection, Detection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: -
Fagerstrom, 2011 (24)	350	266	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: - Unklares Risiko: Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection, Performance, Detection & Reporting Bias
Green, 2008 (25)	n ₁ =6 n ₂ =4	2	k. A.	10	2	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Reporting Bias Unklares Risiko: - Niedriges Risiko: Selection, Detection & Attrition Bias
Halimi, 2008 (44)	40	38	k. A.	37*	37*	p=0.78	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Detection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection Bias
Hardy, 2013 (26)	0	0	k. A.	0	0	k. A.	Hohes Risiko: - Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz), Performance & Detection Bias
Himelhoch, 2013 (27)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Reporting Bias Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung) & Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) & Detection Bias
Holland, 2008 (28)	0	k. A.	k. A.	0	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) & Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Detection & Reporting Bias
Imhof, 2013 (29)	237	343	je nach uE variiert p-Wert von 0.03 und <0.001	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection Bias
Jackson, 2012 (30)	1	0	k. A.	1	0	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection & Detection Bias
Janssen, 2006 (31)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) Bias
Jongste, 2009 (45)	134	114	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection, Detection & Reporting Bias Niedriges Risiko: Attrition Bias
Killen, 2008 (42)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Attrition & Reporting Bias Unklares Risiko: - Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz), Performance & Detection Bias
Leu, 2005 (32)	0	0	k. A.	0	0	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection Bias
Mabo, 2011 (46)	54	50	k. A.	43	47	k. A.	Hohes Risiko: Performance, Detection & Reporting Bias Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung) & Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) Bias
Margolis, 2013 (33)	49	60	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Selection & Attrition Bias Niedriges Risiko: Reporting Bias

McKinstry, 2013 (34)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Reporting Bias Unklares Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung) & Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) & Detection Bias
Mohr, 2005 (35)	0	0	k. A.	0	0	k. A.	Hohes Risiko: - Unklares Risiko: Selection, Performance, Detection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: -
Perahia, 2008 (47)	672	759	Je nach uE variiert p-Wert von 0.819 und <0.001	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Selection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: -
Planer, 2011 (36)	41	49	Je nach uE variiert p-Wert von 0.44 und 0.99	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: - Unklares Risiko: Selection (Randomisierungssequenz), Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Performance & Detection Bias
Rinfret, 2009 (48)	15	8	p=0.17	15	8	p=0.17	Hohes Risiko: Selection (verdeckte Gruppenzuteilung), Performance & Reporting Bias Unklares Risiko: Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz) & Detection Bias
Rochette, 2013 (37)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Attrition Bias Niedriges Risiko: Selection, Detection & Reporting Bias
Salisbury, 2013 (38)	0	0	k. A.	0	0	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection Bias (verdeckte Gruppenzuteilung) Niedriges Risiko: Selection (Randomisierungssequenz), Detection, Attrition & Reporting Bias
Shea, 2009 (39)	0	k. A.	k. A.	0	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance Bias Unklares Risiko: Selection & Attrition Bias Niedriges Risiko: Detection Bias
Spaeder, 2006 (40)	4	1	p=0.29	3	1	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Selection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: -
Staresinic, 2006 (41)	107	90	Je nach uE variiert p-Wert von 0.13 und 0.58	k. A.	k. A.	k. A.	Hohes Risiko: Performance & Detection Bias Unklares Risiko: Selection, Attrition & Reporting Bias Niedriges Risiko: -

Tab. 2: Häufigkeiten unerwünschter Ereignisse und Risiko für Bias der eingeschlossenen Studien (n=40). Liste der nicht-randomisierten Studien (n=9) sowie Tabelle der verwandten Termini und Definition unerwünschter Ereignisse bei den Autoren.

Anhand der Arbeiten von Fagerstrom et al., 2011 (24) und Green et al., 2008 (25) wird ersichtlich, dass ein Design mit einem niedrigen Risiko für Bias möglich und umsetzbar ist. Einige Autoren erläuterten explizit, dass eine Verblindung aufgrund der offenen Intervention (Ärzte und Studienpersonal sind direkt bei der Umsetzung der telemedizinischen Intervention involviert) nicht machbar und gewollt sei.

In Rahmen der Qualitäts- und Implementierungsforschung werden uE in der medizinischen Versorgung bereits seit dem Jahr 2000 analysiert (9), um Versorgungsdefizite aufzuzeigen und Verbesserungsmöglichkeiten abzuleiten. Dabei stehen vor allem etablierte Versorgungsformen im Fokus von Analysen. In der stationären Versorgung variieren uE je nach Studienlage zwischen 0,4 und 16,6 je Patient (60, 61). Auch in der ambulanten Versorgung schwanken die berichteten uE zwischen 0,7 und 21,5 je behandelten Patienten (62). Die Studien zu uE in der stationären als auch ambulanten Versorgung erfordern, wie auch die eingeschlossenen Studien dieses systematischen Reviews eine Leistungserbringer-Patienten-Interaktion. Somit können die vorliegenden Ergebnisse als potentieller Vergleich zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen betrachtet werden.

Anhand der eingeschlossenen Studien des Reviews geht hervor, dass ein heterogener Umgang mit der Terminologie, Definition und Berichterstattung uE in Studien existiert. Diese Informationen sind allerdings für die Interventionsbewertung sowie auch die darin untersuchten Versorgungskonzepte wichtig, um deren Patientensicherheit und Praktikabilität zu beschreiben. Hier bedarf es einer konsequent durchgeführten und standardisierten Evaluation telemedizinischer Anwendungen sowie einer umfassenden und nachvollziehbaren Berichterstattung (63, 64).

Stärken und Limitationen

Es handelt sich erstmalig um eine systematisch durchgeführte Aufbereitung von uE in der telemedizinischen Versorgung. Die umfassende

Suche in Medline, EMBASE und einer zusätzlichen Handsuche sowie die hohe Sensitivität des Suchstrings sind Stärken dieser Arbeit. Darüber hinaus erfolgte eine unabhängige Studienselktion und Bewertung der Studienqualität mit standardisierten und validierten Checklisten sowie eine Meta-Analyse zur Quantifizierung uE in der telemedizinischen Versorgung gegenüber herkömmlicher therapeutischer Verfahren, was weitere Stärken der vorliegenden Arbeit darstellen.

Eine Limitation stellt der Einschluss von 8 der 40 Studien in die Meta-Analyse dar, da nur in diesen Studien absolute Häufigkeiten uE angegeben wurden, Inzidenzraten berechnet werden konnten, die Studientypen vergleichbar waren und telemedizinische Interventionen mit Standardtherapien verglichen wurden. Die Eingrenzung der Studiensprache auf Deutsch und Englisch stellt eine Limitation des systematischen Reviews dar. Die Studienhäufigkeit zu telemedizinischen Anwendungen sowie die Berichterstattung unerwünschter Ereignisse sind verglichen mit anderen Studien über uE in der Gesundheitsversorgung sehr gering. Als mögliche Ursache kann die fehlende einheitliche Definition von uE in den eingeschlossenen Studien angesehen werden. Ein Berichtsstandard zur Abbildung von Patientennutzen und Risiken (uE) beim Einsatz neuer (technischer) Interventionen stellt eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Berichterstattung dar. Ein richtungweisendes Beispiel für eine standardisierte Berichterstattung uE in systematischen Reviews zu klinischen Endpunkten stellt die im Jahr 2014 veröffentlichte Reporting Guideline „PRISMA Harms“ (65) dar.

Fragestellungen für weitere Forschung

Die absoluten Häufigkeiten uE wurden nur in 14 Studien berichtet. Häufig wurden auch mehrere uE je Studienteilnehmer berichtet. Die telemedizinischen Anwendungen der eingeschlossenen Studien wurden im Rahmen schwerer Erkrankungen oder starker Arzneimitteltherapien

angewandt. Die Schwere der uE variiert stark zwischen dem Versterben eines Patienten, einer ungeplanten Krankenhausaufnahme und vermeintlich leichten Symptomen, wie Kopfschmerzen. Dabei ist unklar, zu welchem Zeitpunkt das uE aufgetreten ist und ob es in direkten, kausalen Zusammenhang mit der telemedizinischen Intervention oder der Erkrankung an sich steht. Das Auftreten, die zeitliche Differenz zwischen Therapie und Auftreten des uE sowie der damit verbundene kausale Zusammenhang sind wichtige Informationen, die zur Analyse und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit im Rahmen der Qualitäts- und Implementierungsforschung benötigt werden. So mussten im Rahmen des Selektionsprozesses 101 Studien ausgeschlossen werden, da uE nicht berichtet wurden.

Fazit

Um uE vor der flächendeckenden Einführung neuer telemedizinischer Therapien zu ermitteln, sind Studien der Versorgungsforschung von hoher methodischer Güte notwendig. Diese Analyse und das Wissen um uE, die aus Versorgungsprozessen resultieren, sind entscheidende Faktoren zur Schaffung einer nachhaltigen Sicherheitskultur im Gesundheitswesen und der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. <<

Danksagung / Hinweise

Die Autoren danken Herrn Toni Lange, MPH (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden) für die statistische Umsetzung der Meta-Analyse.

Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Die ausführliche Literaturliste sowie weiterführende Tabellen (Beschreibung der methodischen Studienbewertung / Bewertung der Kriterien des Risk of Bias (RoB)-Tools / Downs & Black-Skala) finden Sie im Online-Supplement unter www.m-vf.de

Adverse events in telemedicine applications - a systematic review with meta-analysis based on randomized and non-randomized trials

Background: The application of telemedicine healthcare concepts has (inter)nationally been increased to ensure patient's need for health-care. However, implementation requires evidence regarding clinical and economic efficacy as well as patient's safety of telemedicine healthcare concepts. This study aims to prepare a systematic review on definitions and incidence of adverse events (uE) in randomized and non-randomized studies with focus on telemedicine.

Methods: A systematic literature search was carried out in Medline and Embase (January 2005 – June 2014). Study selection, data extraction and critical appraisal of study quality were done independently. For study quality assessment, the Risk of Bias Tool and the Downs and Black Scale were used. Cumulative and absolute frequencies of AE were extracted. Based on a random-effects model, weighted relative risks (RR) with 95% confidence interval (CI) were calculated for telemedicine interventions vs. usual care.

Results: In total, 31 randomized and 9 non-randomized studies were included, whereas no study was conducted in Germany. The cumulative frequency of AE was 2,018 (range 0 to 672 AE per study) among telemedicine and 2,085 AE (range 0 to 759 AE per study) among control groups. The absolute frequency ranged between 1.05 and 0.95 AE per patient in the intervention and control group, respectively. Based on the meta-analysis, there were no differences regarding the incidence of uE in telemedicine interventions compared to usual care (8 studies: RR=1.06, 95% CI: 0.82-1.37) in telemedicine interventions compared to usual care.

Discussion: Given the lack of definition and reporting of uE in most cases of included studies, conclusions for telemedicine healthcare processes to maintain patient's safety is currently limited.

Keywords

adverse events, telemedicine, patient safety, systematic review

Stefanie Deckert, MPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden. Der Schwerpunkt ihrer wissenschaftlichen Arbeit liegt im Bereich Outcomes Forschung der Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Kontakt: Stefanie.Deckert@uniklinikum-dresden.de



Daniel Richter, MSc

war im Rahmen des Projektes am Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden beschäftigt.

Kontakt: DRichter@kvbb.de



Prof. Dr. med. habil. Jochen Schmitt

ist Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden. Seit 2011 ist er W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Zuvor war er rund 10 Jahre klinisch als Dermatologe und Allergologe am Universitätsklinikum Dresden tätig. Kontakt: Jochen.Schmitt@uniklinikum-dresden.de



Dr. rer. medic. Thomas Petzold

war bis August 2016 am Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement und dem Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden beschäftigt. Seit September 2016 ist er als Referent der Leitenden Ärztin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V. tätig.

Kontakt: Thomas.Petzold@mdk-sachsen.de



Dr. med. Jens Bohlken

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

Risikofaktoren für leichte kognitive Beeinträchtigung bei Patienten in Hausarztpraxen

Die leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB) ist eine häufige psychische Erkrankung, die bei etwa 16 % der älteren Menschen ohne Demenz auftritt [1]. Die Inzidenzrate der Erkrankung wurde auf etwa 63,6 pro 1.000 Personenjahre geschätzt [2]. LKB gilt als Übergangszustand zwischen normaler Kognition und Demenz [3]. Studien mit Patienten in deutschen Hausarztpraxen haben gezeigt, dass einer von vier Patienten innerhalb von drei Jahren nach der ersten LKB-Diagnose eine Demenz entwickelt. Dies unterstreicht die Bedeutung der intensiven Versorgung dieser Patienten [3]. Die Risikofaktoren für LKB wurden in den letzten Jahren von mehreren Autoren analysiert [4–12]. Eine Studie aus dem Jahr 2001 zeigte, dass ein erhöhter Serumcholesterinspiegel in der Mitte des Lebens das Risiko für die Entwicklung von LKB signifikant erhöht, wobei das Regressionsmodell um Alter und Body-Mass-Index bereinigt wurde [4]. Zwei Jahre später stellte man fest, dass ethnische Zugehörigkeit, Bildungsniveau, Ergebnisse bestimmter Testverfahren, kortikale Atrophie, durch MR identifizierte Infarkte sowie Depressionsmessungen positiv mit der LKB-Diagnose assoziiert waren [5]. In Deutschland fanden Luck et al. im Jahr 2010 heraus, dass ein höheres Alter, vaskuläre Erkrankungen und subjektive Gedächtnisbeschwerden das Risiko für die zukünftige Entwicklung von LKB steigerten [6]. Zuletzt legte eine Studie mit 1.278 Personen nahe, dass traumatische Hirnverletzungen das Alter des Beginns von LKB verringern könnten [10]. Das Ziel der vorliegenden Studie war, auf Basis der bisherigen Ergebnisse die Risikofaktoren für die Entwicklung von LKB bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen neu zu analysieren.

>> Das Outcome der Studie war das Risiko von LKB abhängig von den vordefinierten Risikofaktoren. Mehrere Erkrankungen, die möglicherweise mit LKB in Zusammenhang stehen, wurden anhand von allgemeinärztlichen Diagnosen bestimmt (ICD-10-Codes): Diabetes (E10-E14), Hypertonie (I10), Adipositas (E66), Hyperlipidämie (E78), Schlaganfall (einschließlich transitorische ischämische Attacke, TIA) (I63, I64, G45), Parkinson-Krankheit (G20, G21), Schädel-Hirn-Trauma (S06), koronare Herzkrankheit (I20-I25), Depression (F32-33), Angststörungen (F41), Schlafstörungen (G47) und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10). Psychiatrische Diagnosen, einschließlich LKB, sind normalerweise von Neurologen/Psychiatern gestellt bzw. gesichert und von Hausärzten dokumentiert.

Statistische Analysen

Für alle demografischen Variablen wurden beschreibende Analy-

Zusammenfassung

Hintergrund: Leichte kognitive Beeinträchtigung (LKB) ist eine häufige psychische Erkrankung, die bei etwa 16 % der älteren Menschen ohne Demenz auftritt. LKB gilt als Übergangszustand zwischen normaler Kognition und Demenz.

Ziel: Analyse von Risikofaktoren für die Entwicklung von LKB bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen.

Methoden: Insgesamt umfasste die Studie im Zeitraum zwischen Januar 2010 und Dezember 2015 3.604 LKB-Patienten und 3.604 Kontrollen. Mehrere Erkrankungen, die möglicherweise mit LKB in Zusammenhang stehen, wurden bestimmt. Multivariate logistische Regressionsmodelle wurden mit LKB als abhängige Variable und den anderen Erkrankungen als Prädiktoren ausgestattet.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter betrug 75,2 Jahre und 45,3 % der Patienten waren Männer. Es stellte sich heraus, dass die Entwicklung von LKB mit 12 Erkrankungen in Verbindung gebracht werden kann: Schädel-Hirn-Trauma, Angststörung, Depression, psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schlaganfall, Hyperlipidämie, Adipositas, Hypertonie, Parkinson-Krankheit, Schlafstörungen, koronare Herzkrankheit und Diabetes. Hierbei kommen Risikoverhältnisse (Odds Ratios) zwischen 1,13 (Diabetes) und 2,27 (Schädel-Hirn-Trauma) zum Tragen.

Schlussfolgerung: Schädel-Hirn-Trauma, Angststörungen und Depression zeigten den stärksten Zusammenhang mit LKB. Weitere Analysen sind erforderlich, um ein besseres Verständnis der LKB-Risikofaktoren zu erlangen.

Schlüsselwörter

leichte kognitive Beeinträchtigung, Risikofaktoren, Hausarztpraxen, Deutschland

sen erstellt, und für alle normalverteilten Variablen wurden Mittelwerte \pm SA berechnet. Multivariate logistische Regressionsmodelle wurden mit LKB als abhängige Variable und den anderen Erkrankungen als mögliche Prädiktoren ausgestattet. P-Werte $<0,05$ wurden als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit Hilfe von SAS Version 9.3 durchgeführt.

Ergebnisse

Charakteristika der Patienten und Kontrollen

Soziodemografische Daten der Studienteilnehmer sind in Tabelle 1 aufgeführt. Das Durchschnittsalter betrug 75,2 Jahre (SA: 9,1

Datenbank

Die Disease Analyzer-Datenbank (QuintilesIMS) zeichnet Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie grundlegende medizinische und demografische Daten auf, die direkt von den Computersystemen einer repräsentativen Stichprobe von niedergelassenen Ärzten in ganz Deutschland bezogen werden. Die Daten werden über standardisierte Schnittstellen direkt aus dem Praxiscomputer generiert und liefern täglich Routineinformationen zu den Erkrankungen und Therapien der Patienten. Die im Arztcomputer gespeicherten Patientendaten werden monatlich von jeder Praxis an die IMS übertragen. Vor der Übertragung werden die Daten zu Datenschutzzwecken verschlüsselt und enthalten in ähnlichem Umfang und Detail die Informationen, die in den Patientenakten in der Arztpraxis enthalten sind. Die Datenbank bietet eine vollständige Liste aller relevanten Patientendaten für jede Praxis. Die Daten, die direkt über die Computer in den Praxen bezogen werden, werden auf Plausibilität geprüft, mit relevanten Zusatzinformationen, wie z. B. dem Preis eines medizinischen Produktes, ATC (Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) und ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten) verknüpft, kodiert, gespeichert und monatlich aktualisiert. In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen enthält die Datenbank ausschließlich anonymisierte Daten. Die Validität der gemeldeten Daten wird von QuintilesIMS auf der Grundlage einer Reihe von Qualitätssicherungskriterien überwacht (z. B. Vollständigkeit der Dokumentation, Verknüpfung von Diagnosen und Verordnungen) [13]. Zu guter Letzt wurde diese Datenbank bereits in mehreren Studien mit Forschungsschwerpunkt auf Demenz und andere psychiatrische Erkrankungen verwendet [14–16].

Studienpopulation

Insgesamt wurden in die Studie 3.604 Patienten mit einer Erstdiagnose von LKB (ICD 10: F06.7) zwischen Januar 2010 und Dezember 2015 eingeschlossen. Darüber hinaus umfasste die Studie 3.604 Kontrollen ohne LKB, die den LKB-Patienten nach Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung und Arzt zugeordnet wurden. In beiden Fällen wurden die Praxisaufzeichnungen dazu verwendet, sicherzustellen, dass die Patienten vor dem Indexdatum jeweils drei Jahre kontinuierlich beobachtet worden waren. Insgesamt wurden also 7.208 Personen betrachtet.

Charakteristika von Hausarztpatienten mit LKB und Kontrollen ohne LKB			
Variablen	LKB	Kontrollen	P-Wert*
N	3.604	3.604	
Alter (Jahre)	75,2 (9,1)	75,2 (9,1)	
Männliches Geschlecht (%)	45,3	45,3	1.000
Private Krankenversicherung (%)	3,6	3,6	1.000
Hypertonie (%)	70,5	54,6	<0,001
Hyperlipidämie (%)	43,8	27,4	<0,001
Diabetes (%)	32,3	24,1	<0,001
Koronare Herzkrankheit (%)	28,6	19,5	<0,001
Depression (%)	26,6	13,0	<0,001
Schlaganfall in der Vorgeschichte (%)	23,5	12,3	<0,001
Schlafstörung (%)	18,5	10,6	<0,001
Adipositas (%)	9,9	5,1	<0,001
Angststörung (%)	9,5	3,6	<0,001
Parkinson-Krankheit (%)	3,5	2,1	<0,001
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (%)	2,0	0,9	<0,001
Schädel-Hirn-Trauma (%)	1,3	0,4	<0,001

Jahre) und 45,3 % der Patienten waren Männer. Mehrere Erkrankungen traten signifikant häufiger bei Patienten als bei Kontrollen auf: Hypertonie (70,5 % verglichen mit 54,6 %), Hyperlipidämie (43,8 % verglichen mit 27,4 %), Diabetes (32,3 % verglichen mit 24,1 %), koronare Herzkrankheit (28,6 % verglichen mit 19,5 %), Depression (26,6 % verglichen mit 13,0 %), Schlaganfall in der Vorgeschichte (23,5 % verglichen mit 12,3 %), Schlafstörungen (18,5 % verglichen mit 10,6 %), Adipositas (9,9 % verglichen mit 5,1 %), Angststörungen (9,5 % verglichen mit 3,6 %), Parkinson-Krankheit (3,5 % verglichen mit 2,1 %), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (2,0 % verglichen mit 0,9 %) und Schädel-Hirn-Trauma (1,3 % verglichen mit 0,4 %).

Risikofaktoren für LKB

Die Ergebnisse des multivariaten logistischen Regressionsmodells zur Entwicklung von LKB bei Hausarztpatienten in Deutschland sind in Tabelle 2 aufgeführt. Es stellte sich heraus, dass die Entwicklung von LKB mit 12 Erkrankungen in Verbindung gebracht werden kann: Schädel-Hirn-Trauma, Angststörung, Depression, psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Schlaganfall, Hyperlipidämie, Adipositas, Hypertonie, Parkinson-Krankheit, Schlafstörungen, koronare Herzkrankheit und Diabetes. Hierbei kommen Risikoverhältnisse (Odds Ratios) zwischen 1,13 (Diabetes) und 2,27 (Schädel-Hirn-Trauma) zum Tragen.

Diskussion

Die vorliegende retrospektive Studie mit 3.604 LKB-Patienten und 3.604 Kontrollen ohne LKB hat gezeigt, dass diese kognitive Störung in erheblichem Maße mit 12 psychiatrischen und medizinischen Störungen in Zusammenhang steht.

Das Vorhandensein eines Schädel-Hirn-Traumas führte zu einer 2,3-fachen Erhöhung des Risikos LKB zu entwickeln. Dieser Zusammenhang stand in den letzten Jahren im Zentrum umstrittener Studien [10,17–20]. Im Jahr 2008 fanden Rapoport et al. keine

Multivariates logistisches Regressionsmodell		
Variablen	Odds-Ratio (95% KI)	P-Wert*
Schädel-Hirn-Trauma	2,27 (1,25-4,12)	0,007
Angststörung	2,03 (1,63-2,52)	<0,001
Depression	1,83 (1,61-2,08)	<0,001
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1,77 (1,14-2,74)	0,011
Schlaganfall in der Vorgeschichte	1,75 (1,54-2,00)	<0,001
Hyperlipidämie	1,55 (1,39-1,73)	<0,001
Adipositas	1,51 (1,24-1,83)	<0,001
Hypertonie	1,45 (1,30-1,61)	<0,001
Parkinson-Krankheit	1,39 (1,03-1,89)	0,031
Schlafstörung	1,32 (1,14-1,53)	<0,001
Koronare Herzkrankheit	1,17 (1,04-1,32)	<0,001
Diabetes	1,13 (1,01-1,26)	0,036

Tab. 1 (li.): Charakteristika von Hausarztpatienten mit LKB und Kontrollen ohne LKB. Die Kontrollen wurden den Patienten nach Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) und Arzt zugeordnet. * P-Wert: Wilcoxon-Tests für gepaarte Stichproben oder McNemar-Tests.

Tab. 2 (o.): Multivariates logistisches Regressionsmodell zur Entwicklung von LKB bei Hausarztpatienten (3.604 LKB-Patienten und 3.604 Kontrollen ohne LKB).

signifikante Beziehung zwischen LKB und Schädel-Hirn-Trauma, da LKB und Demenz bei Patienten mit traumatischer Hirnverletzung nicht häufiger auftraten als bei den Kontrollpersonen [17]. Dams-O'Connor et al. bestätigten dieses Ergebnis fünf Jahre später und berichteten, dass die Wahrscheinlichkeit einer Demenz- oder Alzheimer-Diagnose bei Personen ab 65, die eine Vorgeschichte von Schädel-Hirn-Trauma angegeben hatten, nicht erhöht war [18]. Im Gegensatz dazu fand eine retrospektive Kohortenstudie, die zwischen 2005 und 2011 in den Vereinigten Staaten durchgeführt wurde, eine 1,46-fache Erhöhung des Risikos, nach einem Hirntrauma eine Demenz zu entwickeln [19]. Interessanterweise hatten mittelschwere bis schwere Traumata einen signifikanten Einfluss über alle Altersgruppen hinweg, wohingegen leichte Verletzungen nur bei älteren Patienten ein signifikantes Risiko darstellten [19]. Drei Hypothesen könnten die enge Beziehung zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und Schädel-Hirn-Traumata erklären: (i) das Auslösen eines neurodegenerativen Prozesses, (ii) die Beschleunigung einer neurodegenerativen Kaskade, die bereits vor dem Trauma existierte und (iii) die Reduktion der kognitiven Reserve [19]. Im Einklang mit der Arbeit von Gardner und Kollegen fanden Li et al. heraus, dass eine traumatische Hirnverletzung ein Risikofaktor für den Abbau kognitiver Fähigkeiten bei älteren Menschen ist und mit einem früheren Einsetzen von LKB und Alzheimer einhergeht [10]. Ein weiteres wichtiges Ergebnis der vorliegenden Studie ist die signifikante Beziehung zwischen LKB und sowohl Angststörungen als auch Depression. Auch hier kamen verschiedene Autoren zu widersprüchlichen Ergebnissen. In ihrer Studie aus dem Jahr 2009 fanden Becker und Kollegen zum Beispiel keine überzeugenden Beweise zur Unterstützung der Hypothese, dass affektive Störungen mit einer zukünftigen Demenzdiagnose in Zusammenhang stehen [21]. Umgekehrt zeigte eine andere Arbeit, die im selben Jahr veröffentlicht wurde und 1.487 chinesische Teilnehmer umfasste, eine positive Assoziation zwischen Depression und dem Rückgang kognitiver Fähigkeiten bei Männern [22]. Im Jahr 2010 fanden Saczynski et al. anhand von Daten der Framingham Heart Study heraus, dass depres-

sive Patienten ein mehr als 50 % höheres Risiko für die Entwicklung einer Demenz und Alzheimer-Erkrankung haben [23].

Die Rolle von Depressionen in der Ätiologie des kognitiven Niedergangs lässt sich durch ihre negativen Auswirkungen auf den Schlaf und das Verhalten erklären, welche indirekt den Prozess der Neurodegeneration begünstigen könnten. Der Zusammenhang zwischen LKB und sowohl Depressionen als auch Angststörungen könnte außerdem mit Diabetes in Verbindung stehen. Es gibt Hinweise auf eine bidirektionale Beziehung zwischen Depression und Diabetes [24]. Da die letztere Erkrankung ein bekannter Risikofaktor für kognitive Beeinträchtigungen und Demenz ist [7,25], könnte sie hinter der positiven Assoziation zwischen Angststörung/Depression und LKB stecken. Im Einklang mit diesen beiden Hypothesen hat unsere Analyse gezeigt, dass das Auftreten von Schlafstörungen

oder Diabetes das Risiko einer LKB-Diagnose erhöht. Interessanterweise waren Adipositas, Hyperlipidämie, Hypertonie und koronare Herzerkrankung zusätzliche Risikofaktoren für die Diagnose einer kognitiven Beeinträchtigung. Dieses Ergebnis kann durch die Tatsache erklärt werden, dass Menschen mit diesen chronischen Erkrankungen oft von Typ-2-Diabetes betroffen sind, was die enge Beziehung zwischen all diesen Störungen betont.

LKB war auch mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol assoziiert. Vor mehr als einem Jahrzehnt fand man heraus, dass es ein U-förmiges Verhältnis zwischen Alkoholkonsum und dem LKB-Risiko bei Patienten im Alter zwischen 65 und 79 Jahren gibt [26]. Im Jahr 2007 stellte eine Studie mit 121 LKB-Patienten fest, dass der Konsum von nicht mehr als einer Einheit Alkohol pro Tag die Progressionsrate von LKB zu Demenz verlangsamen kann

Literatur

- [1] Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Geda YE, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Rocca WA (2010) Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. The Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology* 75, 889–897.
- [2] Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Rocca WA, Petersen RC (2012) The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: the Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology* 78, 342–351.
- [3] Kadoszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppä M, Luck T, Jessen F, Bickel H, Mösch E, Pentzek M, Fuchs A, Eifflaender-Gorfer S, Weyerer S, König H-H, Brettschneider C, Bussche H van den, Maier W, Scherer M, Riedel-Heller SG, The Study on Aging C (2014) Prognosis of Mild Cognitive Impairment in General Practice: Results of the German AgeCoDe Study. *Ann. Fam. Med.* 12, 158–165.
- [4] Kivipelto M, Helkala E-L, Hänninen T, Laakso MP, Hallikainen M, Alhainen K, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A (2001) Midlife vascular risk factors and late-life mild cognitive impairment A population-based study. *Neurology* 56, 1683–1689.
- [5] Lopez OL, Jagust WJ, Dulberg C, Becker JT, DeKosky ST, Fitzpatrick A, Breitner J, Lyketsos C, Jones B, Kawas C, Carlson M, Kuller LH (2003) Risk factors for mild cognitive impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study: part 2. *Arch. Neurol.* 60, 1394–1399.
- [6] Luck T, Riedel-Heller SG, Luppä M, Wiese B, Wollny A, Wagner M, Bickel H, Weyerer S, Pentzek M, Haller F, Moesch E, Werle J, Eisele M, Maier W, van den Bussche H, Kadoszkiewicz H, AgeCoDe Study Group (2010) Risk factors for incident mild cognitive impairment—results from the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *Acta Psychiatr. Scand.* 121, 260–272.
- [7] Cheng G, Huang C, Deng H, Wang H (2012) Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Intern. Med. J.* 42, 484–491.
- [8] Li X, Ma C, Zhang J, Liang Y, Chen Y, Chen K, Wang J, Zhang Z, Wang Y, The Beijing Ageing Brain Rejuvenation Initiative (2013) Prevalence of and Potential Risk Factors for Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Residents of Beijing. *J. Am. Geriatr. Soc.* 61, 2111–2119.
- [9] O'Bryant SE, Johnson L, Reisch J, Edwards M, Hall J, Barber R, Devous MD, Royall D, Singh M (2013) Risk factors for mild cognitive impairment among Mexican Americans. *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc.* 9, 622–631.e1.
- [10] Li W, Risacher SL, McAllister TW, Saykin AJ (2016) Traumatic brain injury and age at onset of cognitive impairment in older adults. *J. Neurol.*
- [11] Ng TP, Feng L, Nyunt MSZ, Feng L, Gao Q, Lim ML, Collinson SL, Chong MS, Lim WS, Lee TS, Yap P, Yap KB (2016) Metabolic Syndrome and the Risk of Mild Cognitive Impairment and Progression to Dementia: Follow-up of the Singapore Longitudinal Ageing Study Cohort. *JAMA Neurol.* 73, 456–463.
- [12] Vanoh D, Shahar S, Din NC, Omar A, Vyrn CA, Razali R, Ibrahim R, Hamid TA (2016) Predictors of poor cognitive status among older Malaysian Adults: baseline findings from the LRGS TUA cohort study. *Aging Clin. Exp. Res.*
- [13] Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardt D (2009) Validity and representativeness of the "Disease Analyzer" patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 47, 617–626.
- [14] Bohlken J, Jacob L, Schaum P, Rapp M, Kostev K (2015) Hip fracture risk in patients with dementia in German primary care practices. *Dementia.*
- [15] Booker A, Jacob LE, Rapp M, Bohlken J, Kostev K (2016) Risk factors for dementia diagnosis in German primary care practices. *Int. Psychogeriatr. IPA* 1–7.
- [16] Booker A, Bohlken J, Rapp MA, Kostev K (2016) Persistence with antidepressant drugs in patients with dementia: a retrospective database analysis. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* 54, 323–329.
- [17] Rapoport M, Wolf U, Herrmann N, Kiss A, Shammi P, Reis M, Phillips A, Feinstein A (2008) Traumatic brain injury, Apolipoprotein E-epsilon4, and cognition in older adults: a two-year longitudinal study. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 20, 68–73.
- [18] Dams-O'Connor K, Gibbons LE, Bowen JD, McCurry SM, Larson EB, Crane PK (2013) Risk for late-life re-injury, dementia and death among individuals with traumatic brain injury: a population-based study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 84, 177–182.
- [19] Gardner RC, Burke JF, Nettiksimmons J, Kaup A, Barnes DE, Yaffe K (2014) Dementia risk after traumatic brain injury vs nonbrain trauma: the role of age and severity. *JAMA Neurol.* 71, 1490–1497.
- [20] Perry GH (2008) Copy number variation and evolution in humans and chimpanzees. *Genome Res* 18, 1698–1710.
- [21] Becker JT, Chang Y-F, Lopez OL, Dew MA, Sweet RA, Barnes D, Yaffe K, Young J, Kuller L, Reynolds CF (2009) Depressed mood is not a risk factor for incident dementia in a community-based cohort. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* 17, 653–663.
- [22] Ng TP, Niti M, Zaw MH, Kua EH (2009) Depressive symptoms and incident cognitive impairment in cognitively well-functioning older men and women. *J. Am. Geriatr. Soc.* 57, 1058–1063.
- [23] Sacczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R (2010) Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology* 75, 35–41.
- [24] Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH (2008) Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31, 2383–2390.
- [25] Xu W, Caracciolo B, Wang H-X, Winblad B, Bäckman L, Qiu C, Fratiglioni L (2010) Accelerated progression from mild cognitive impairment to dementia in people with diabetes. *Diabetes* 59, 2928–2935.
- [26] Anttila T, Helkala E-L, Viitanen M, Käreholt I, Fratiglioni L, Winblad B, Soininen H, Tuomilehto J, Nissinen A, Kivipelto M (2004) Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ* 329, 539.
- [27] Solfrizzi V, D'Introno A, Colacicco AM, Capurso C, Del Parigi A, Baldassarre G, Scapicchio P, Scafato E, Amodio M, Capurso A, Panza F, Italian Longitudinal Study on Aging Working Group (2007) Alcohol consumption, mild cognitive impairment, and progression to dementia. *Neurology* 68, 1790–1799.
- [28] Xu G, Liu X, Yin Q, Zhu W, Zhang R, Fan X (2009) Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 63, 43–49.
- [29] Patel M, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA (2003) Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery. *Clin. Rehabil.* 17, 158–166.
- [30] Knopman DS, Roberts RO, Geda YE, Boeve BF, Pankratz VS, Cha RH, Tangalos EG, Ivnik RJ, Petersen RC (2009) Association of prior stroke with cognitive function and cognitive impairment: a population-based study. *Arch. Neurol.* 66, 614–619.
- [31] Aarsland D, Andersen K, Larsen J, et al (2004) The rate of cognitive decline in parkinson disease. *Arch. Neurol.* 61, 1906–1911.
- [32] Briggs R, Kennelly SP, O'Neill D (2016) Drug treatments in Alzheimer's disease. *Clin. Med. Lond. Engl.* 16, 247–253.

[27]. Zwei Jahre später bestätigten Xu et al. dieses Ergebnis und schätzten, dass der Konsum kleiner Mengen Alkohol die Rate des Rückgangs der kognitiven Fähigkeiten bei Menschen, die von LKB betroffen sind, verringern kann, während Alkoholmissbrauch ein Risikofaktor für das Fortschreiten von LKB zur Demenz sein kann [28]. Da der Zusammenhang zwischen Alkohol und LKB nicht linear ist, wurde vorgeschlagen, dass der Alkoholkonsum keinen direkten Einfluss auf die kognitiven Funktionen hat, sondern eher ein allgemeiner Indikator für einen gesunden oder ungesunden Lebensstil ist [26].

Zu guter Letzt war ein Schlaganfall oder eine Parkinson-Erkrankung in der Vorgeschichte mit einem höheren Risiko einer LKB-Diagnose assoziiert. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit der Literatur, da eine frühere Beobachtungsanalyse gezeigt hat, dass nahezu jede dritte Person in den ersten drei Jahren nach dem ersten Schlaganfall LKB entwickelt [29]. Im Jahr 2009 fanden Knopman und Kollegen heraus, dass das Auftreten eines Schlaganfalls in erheblichem Umfang sowohl mit nicht-amnestischer als auch mit amnestischer LKB in Verbindung steht [30]. Das Auftreten eines Schlaganfalls hatte Einfluss auf alle kognitiven Bereiche, mit Ausnahme des Gedächtnisses, und besonders auf die Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen [30]. Zahlreiche Studien haben bisher die Beziehung zwischen Parkinson-Krankheit und LKB untersucht. Eine dänische Studie zeigte, dass die durchschnittliche jährliche Verschlechterung der Ergebnisse der Mini-Mental State Examination (MMSE) ein betroffener Punkt bei Patienten mit dieser neurologischen Störung ist. Dies unterstreicht die Bedeutung einer intensiven Behandlungsplanung und Behandlung von Patienten mit Parkinson [31].

Die aktuelle Studie unterliegt mehreren Einschränkungen. Zunächst beruht die Beurteilung der LKB-Diagnosen und Komorbiditäten ausschließlich auf den ICD-Codes, die von den Allgemeinärzten eingegeben wurden. Es wurden keine Daten aus neuropsychiatrischen Praxen analysiert, da die Dokumentation von Komorbiditäten wie Diabetes, Adipositas und koronarer Herzkrankheit durch Neuropsychiatern oft unvollständig ist. Eine weitere Einschränkung dieser Studie war die Nichtverfügbarkeit von Informationen zur Therapietreue der Patienten (Compliance). Darüber hinaus fehlten Daten zum sozioökonomischen Status und zur körperlichen Aktivität. Die wichtigsten Stärken der Studie sind die hohe Anzahl der in der statistischen Analyse enthaltenen Patienten und Diagnosen. Insgesamt ergab die vorliegende Studie, dass zwölf Erkrankungen in erheblichem Umfang mit LKB assoziiert sind. Die drei Diagnosen mit

Risk factors for mild cognitive impairment in patients in primary practices

Background: Mild cognitive impairment (MCI) is a common mental disorder affecting around 16% of elderly people without dementia. MCI is considered an intermediate state between normal cognition and dementia.

Objective: To analyze risk factors for the development of MCI in German primary care practices.

Methods: In total, 3,604 MCI patients and 3,604 controls without MCI were included between January 2010 and December 2015. Several disorders potentially associated with MCI were determined. Multivariate logistic regression models were fitted with MCI as a dependent variable and other disorders as potential predictors.

Results: The mean age was 75.2 years and 45.3% of patients were men. MCI development was found to be associated with 12 disorders: intracranial injury, anxiety disorder, depression, mental and behavioral disorders due to alcohol use, stroke, hyperlipidemia, obesity, hypertension, Parkinson's disease, sleep disorder, coronary heart disease, and diabetes with odds ratios ranging from 1.13 (diabetes) to 2.27 (intracranial injury).

Conclusion: Intracranial injury, anxiety and depression showed the strongest association with MCI. Further analyses are needed to gain a better understanding of the MCI risk factors..

Keywords

mild cognitive impairment; risk factors; primary practices; Germany

der stärksten Assoziation waren Schädel-Hirn-Trauma, Angststörung und Depression. Weitere Analysen sind erforderlich, um ein besseres Verständnis der potenziellen Auswirkungen der Behandlung dieser Erkrankungen auf das Risiko der Entwicklung von LKB zu gewinnen. Darüber hinaus ist die Forschung in diesem Bereich sehr wichtig, da neue Medikamente entwickelt wurden, die möglicherweise den Beginn der Demenz verzögern könnten [32]. <<

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter des Unternehmens QuintilesIMS in Frankfurt. Jens Bohlken ist der Praxisleiter und niedergelassene Psychiater in der Praxis Bohlken Berlin. Karel Kostev und Jens Bohlken haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung von Pharmaunternehmen und wurde von IMS Health durchgeführt. Es sind keine Interessenkonflikte vorhanden.

Dr. med. Jens Bohlken

ist niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin. Er studierte Medizin in Marburg sowie Soziologie in Frankfurt und Marburg. Seine Schwerpunkte liegen in der Therapie und Versorgung der Demenzpatienten. Er leitet seit Jahren das Demenz-Referat im Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN).

Kontakt: dr.j.bohlken@gmx.net



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

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

Kontakt: kkostev@quintilesims.com



Dipl.-Psych. Verena Bonn
Dipl.-Soz. Anke Mitschele
Juliane Mundt, M.Sc. GesÖk.

Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Der Rehabilitand steht im Mittelpunkt

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt pro Jahr gut eine Million medizinische und rund 150.000 berufliche Rehabilitationsleistungen durch. In der medizinischen Rehabilitation gibt es stationäre und ambulante Leistungen in allen relevanten Indikationen sowie Rehabilitationsleistungen für Kinder- und Jugendliche (vgl. Abbildung 1). Aus der Vielzahl der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) werden die Weiterbildungsleistungen und Umschulungen qualitätsgesichert, da diese während eines längeren Zeitraumes in Anspruch genommen werden und einen Großteil der Kosten verursachen. Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist nach §9 SGB VI die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beruflichen Integration der Versicherten und damit die Vermeidung oder Beseitigung einer krankheits- oder behinderungsbedingten Erwerbsminderung.

>> Um dieses Ziel in effizienter Weise zu erreichen, hat die DRV bereits 1993 damit begonnen ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm zu erarbeiten, um eine hohe Qualität in allen belegten Einrichtungen und einen verantwortlichen Umgang mit den öffentlichen Mitteln zu gewährleisten (Müller-Fahrnow, 1993). Mit der Neukodifizierung des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahr 2001, wurden Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation schließlich auch gesetzlich verankert (Reimann, 2011, S. 51). Entsprechend ist die Qualitätssicherung in der Reha-Landschaft gut etabliert und akzeptiert.

Im Folgenden wird der Übersichtlichkeit halber nur das Qualitätssicherungsprogramm der medizinischen Rehabilitation aufgezeigt, zu welchem in großen Teilen auch analoge Instrumente in der beruflichen Rehabilitation existieren.

Datengrundlage der Reha-Qualitätssicherung (medizinische Reha) der DRV

Um die Qualitätssicherung effizient durchzuführen, greifen die meisten Auswertungen auf Routinedaten zurück. Hierzu werden sowohl Daten aus den Versichertenkonten der DRV ausgewertet als auch aus dem ärztlichen Entlassungsbericht, der für jeden Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation erstellt wird. Der ärztliche Entlassungsbericht enthält Daten zur Person, Informationen zum Behandlungsanlass, zum Verlauf der Rehabilitation als auch eine sozialmedizinische Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens des

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Überblick über das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Vor gut 20 Jahren wurden Instrumente zur Qualitätssicherung der Rehabilitation erarbeitet, die im Rahmen von Routine-Datenauswertungen sowie spezieller Erhebungen zum Einsatz kommen. Sie werden kontinuierlich aktualisiert, weiterentwickelt und auf weitere Versorgungs- und Indikationsbereiche ausgedehnt. Heute werden pro Jahr für rund 1.700 medizinischen Fachabteilungen und rund 100 Reha-Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation einrichtungvergleichende Qualitätssicherungsberichte erzeugt, um die unterschiedlichen Aspekte der Qualität der Einrichtungen zu beleuchten. Darüber hinaus werden auch Daten der Reha-Qualitätssicherung für eigene und fremde Forschungszwecke aufbereitet und genutzt.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung, Rehabilitation, Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Deutsche Rentenversicherung, Versorgungsforschung

Rehabilitanden. Pro Jahr werden die Daten aus den Versichertenkonten der pflichtversicherten Rehabilitanden sowie durchschnittlich 900.000 ärztliche Entlassungsberichte im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung ausgewertet und den rund 1.700 medizinischen Reha-Fachabteilungen zugeordnet. Des Weiteren werden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung auch Daten von den Einrichtungen sowie den Rehabilitanden erhoben, um z.B. die Rehabilitanden als Experten ihrer eigenen Gesundheit zu Wort kommen zu lassen.

Der Aufbau des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der DRV

Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zeichnet sich durch eine hohe Transparenz aus. Kontinuierlich werden einrichtungvergleichende Berichte erstellt, die die Struktur-, die Prozess-, und die Ergebnisqualität der Reha-Einrichtungen darstellen. Formulierten Anforderungen an die Rehabilitation sollen außerdem ein einheitliches, zielorientiertes Verständnis der Rehabilitation gewährleisten und die Erwartungen der Rentenversicherung aufzeigen. Die Instrumente der Reha-Qualitätssicherung lassen sich im Wesentlichen den drei von Donabedian (1966) benannten Qualitätsdimensionen zuordnen (vgl. Abb. 2). Alle QS-Konzepte und Musterberichte finden sich im Internet unter www.reha-qs-drv.de.

Strukturqualität

Zur Sicherung der Strukturqualität wurden Anforderungen an die Struktur der Reha-Einrichtungen, d.h. die räumliche und technische Ausstattung der Reha-Einrichtungen sowie die personelle Besetzung und die interne Kommunikation definiert. Diese werden mittels Fragebögen (Strukturerhebung) erfasst und überprüft. Daten vergangener Strukturerhebungen zeigen, dass Rehabilitationsteams den Anforderungen entsprechend immer multiprofessionell zusammengesetzt sind. Darüber hinaus weisen die Einrichtungen spezifische Konzepte und eine auf den individuellen Bedarf ausgerichtete Ausstattung auf. So kann die Rentenversicherung z.B. Rehabilitanden mit bestimmten Behinderungen oder spezifischen Erkrankungen in – für sie optimal ausgestattete – Reha-Einrichtungen verweisen. Insgesamt besteht eine sehr hohe Strukturqualität bei den Reha-Einrichtungen, die von der DRV belegt werden. Eine kontinuierliche Überprüfung der Strukturanforderungen findet auch im Rahmen der Visitationen der Einrichtungen statt.

Prozessqualität

Zur Prozessqualität werden drei Qualitätssicherungsberichte erstellt, die sich untereinander ergänzen: Auswertung der durchgeführten therapeutischen Leistungen (KTL), Erfüllung der sogenannten Reha-Therapiestandards und ärztliches Peer Review-Verfahren.

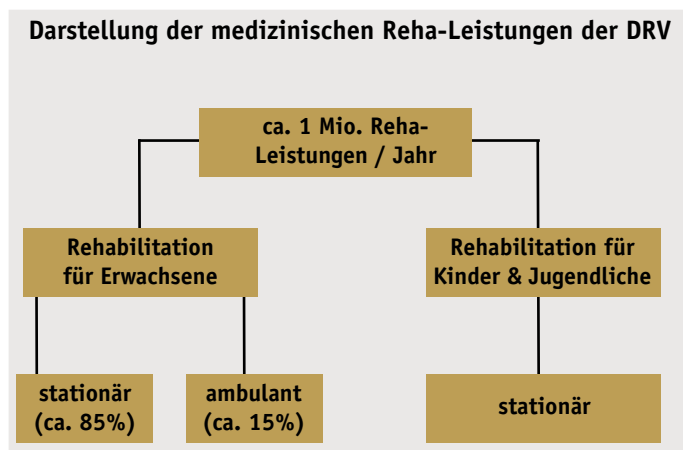


Abb. 1: Darstellung der medizinischen Reha-Leistungen der DRV

KTL – Bericht zur therapeutischen Versorgung

Um eine Übersicht über die durchgeführten Leistungen in der Rehabilitation zu erhalten, wurde eine Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) entwickelt, mit Hilfe derer im ärztlichen Entlassungsbericht alle therapeutischen Leistungen mit Angaben zur Häufigkeit und Dauer codiert werden können. Die therapeutischen Leistungen sind mit Indikationsstellung, Therapiezielen, Mindestdauer und Anforderungen an die Qualifikation des Personals in der KTL beschrieben. Pro Jahr werden durchschnittlich 17.300.000 KTL Codes im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung ausgewertet und den rund 1.700 medizinischen Reha-Fachabteilungen zugeordnet, um einrichtungsvergleichende Berichte zu erzeugen. Die Klassifikation ist zuletzt im Jahr 2015 aktualisiert worden, die Einführung der Bachelor- und Masterstudienabschlüsse und die Entwicklung neuer Reha-Konzepte sowie zahlreiche aus der KTL-Anwenderbetreuung vorliegende Rückmeldungen machten eine Überarbeitung der Klassifikation nötig (Schmid, 2014, 2015).

Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards enthalten Anforderungen an die Therapie einzelner, häufig vorkommender Krankheitsbilder (Klosterhuis, 2011). Diese wurden unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse sowie unter Mitwirkung von Praktikern erstellt und sind 2015 an den aktuellen Forschungsstand angepasst worden. Basis sind die in der KTL definierten therapeutischen Leistungen. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung wird überprüft, ob die Reha-Therapiestandards erfüllt werden. Die folgende Abbildung 3 zeigt auf, dass die Einführung der Reha-Therapiestandards auch dazu beigetragen hat, eine multiprofessionelle und an wissenschaftlicher Evidenz orientierte Rehabilitation durchzuführen. Im Verlauf haben sich die Erfüllungsgrade für die einzelnen Therapiemodule deutlich verbessert.

Peer Review-Verfahren

Ebenfalls deutlich zur Qualitätssteigerung beigetragen hat das Peer Review-Verfahren, welches bereits seit 1999 durchgeführt wird. Mit Hilfe einer systematischen und regelmäßig aktualisierten Checkliste schätzen Fachärzte die Rehabilitation anhand zufällig ausgewählter, anonymisierter ärztlicher Entlassungsberichte ein und geben Hinweise auf Verbesserungen. Die Reha-Einrichtungen erhalten anschließend die Auswertung dieser Einschätzungen und

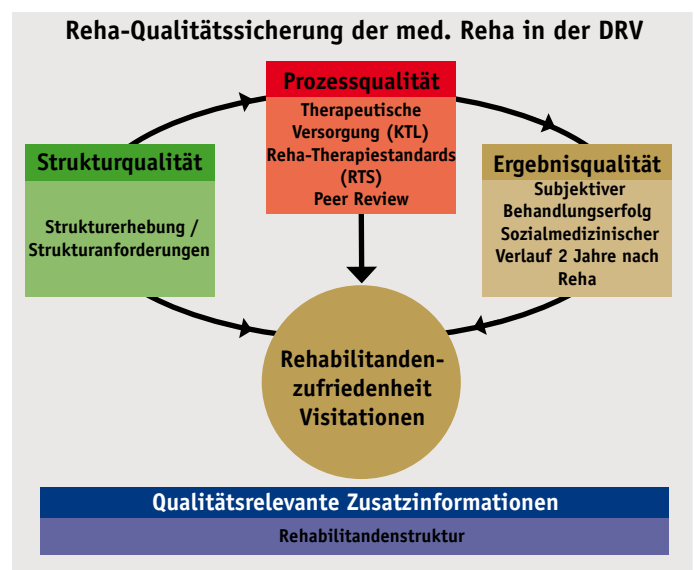


Abb. 2: Überblick über das QS-Programm der medizinischen Rehabilitation

können entsprechend den Hinweisen die Durchführung der Rehabilitation nochmals beleuchten. Die als Peer tätigen Fachärzte wiederum erhalten nicht nur die Rückmeldung ihrer Reha-Einrichtung, sondern gewinnen über die Durchsicht der Entlassungsberichte außerdem einen Eindruck über die Reha-Abläufe in anderen Einrichtungen und damit quasi einen Blick über den Tellerrand. Auch diese Tätigkeit führt zu Qualitätsverbesserungen. Mit dem Peer Review-Verfahren wird damit auch der Einzelfall betrachtet.

Insgesamt zeigt sich eine hohe Prozessqualität, wobei trotz Reha-Therapiestandards und langer Umsetzung der Reha-Qualitätssicherung immer noch eine vergleichsweise hohe Unterschiedlichkeit der Ergebnisse der einzelnen Reha-Fachabteilungen vorliegt.

Ergebnisqualität

Das Ergebnis der Rehabilitation wird einerseits vom Rehabilitanden selbst erfragt, zum anderen den Versichertendaten der pflichtversicherten Rehabilitanden entnommen.

Subjektiver Behandlungserfolg

Der Rehabilitand als Experte seiner Gesundheit schätzt im Rahmen einer schriftlichen Befragung ein, wie er sich vor der Reha gefühlt hat und wie er sich 8-12 Wochen nach der Reha fühlt. Jährlich werden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung rund 125.000 zurückgesandte Fragebögen der Rehabilitanden ausgewertet. Damit wird der subjektiven Wahrnehmung des Rehabilitanden viel Gewicht beigemessen, da sie von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf, für die Bewältigung bzw. den konstruktiven Umgang mit der Erkrankung (Genesungsfaktor) und damit für das Reha-Outcome ist. Die Rehabilitation soll auch nachhaltig wirksam sein. In der Abbildung 4 sind die Dimensionen des subjektiven Behandlungserfolges, wie er sich in der Orthopädie und der Onkologie darstellt, aufgeführt. Es zeigt sich, dass die Rehabilitation insgesamt als überwiegend erfolgreich angesehen wird und sich der Gesundheitszustand und die Beschwerden aus Sicht der Rehabilitanden gebessert haben. Zur gerechten Qualitätsbewertung der Einrichtungen wird die Rehabilitandenbefragung mit soziodemografischen Faktoren und z. B. der Eingangsbelastung der Rehabilitanden adjustiert. D. h. Effekte in der Bewertung der Rehabilitanden, die aufgrund spezifischer Merk-

male des Rehabilitanden zustande kommen (jüngere Rehabilitanden antworten kritischer als ältere Rehabilitanden u.a.), werden aus dem Ergebnis herausgerechnet.

Sozialmedizinischer Verlauf zwei Jahre nach der Rehabilitation

Aus den Versichertendaten der Rehabilitanden wird für den Bericht zum Sozialmedizinischen Verlauf ausgewertet, wie viele Rehabilitanden auch 2 Jahre nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verblieben sind und wie viele z. B. aufgrund einer Erwerbsminderungsrente ausgeschieden sind. In der Orthopädie zeigt sich, dass 90 % der Rehabilitanden auch 2 Jahre nach der medizinischen Rehabilitation noch im Erwerbsleben sind. Darunter zählen auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation wie z.B. Umschulungsmaßnahmen, die greifen, wenn eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aufgrund der Erkrankung (körperlichen Einschränkung) nicht möglich ist. In der Neurologie liegt der Prozentsatz mit 73 % im Erwerbsleben Verbleibender deutlich niedriger, was sicherlich mit der Art der Erkrankungen zusammenhängt.

Übergreifende Instrumente

Übergreifend über alle Qualitätsdimensionen werden einerseits die Rehabilitanden im Rahmen der Befragung zu ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitation befragt, andererseits visitieren die Rentenversicherungsträger die Einrichtungen auch vor Ort, um sich einen persönlichen Eindruck zu machen und bestimmte qualitätsrelevante Aspekte zu überprüfen. Die Daten der Reha-Qualitätssicherung unterstützen hierbei bei der Vorbereitung und werden auch z.T. zum Anlass genommen, um die Reha-Einrichtungen zu visitieren.

Zusätzlich erhalten die Einrichtungen eine Übersicht über ihre Rehabilitandenstruktur, d.h. eine Darstellung der soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmale der Rehabilitanden der eigenen Fachabteilung im Vergleich mit indikationsgleichen Fachabteilungen. Dies ermöglicht z.T. differenziertere Interpretationen der Ergebnisse der Reha-QS.

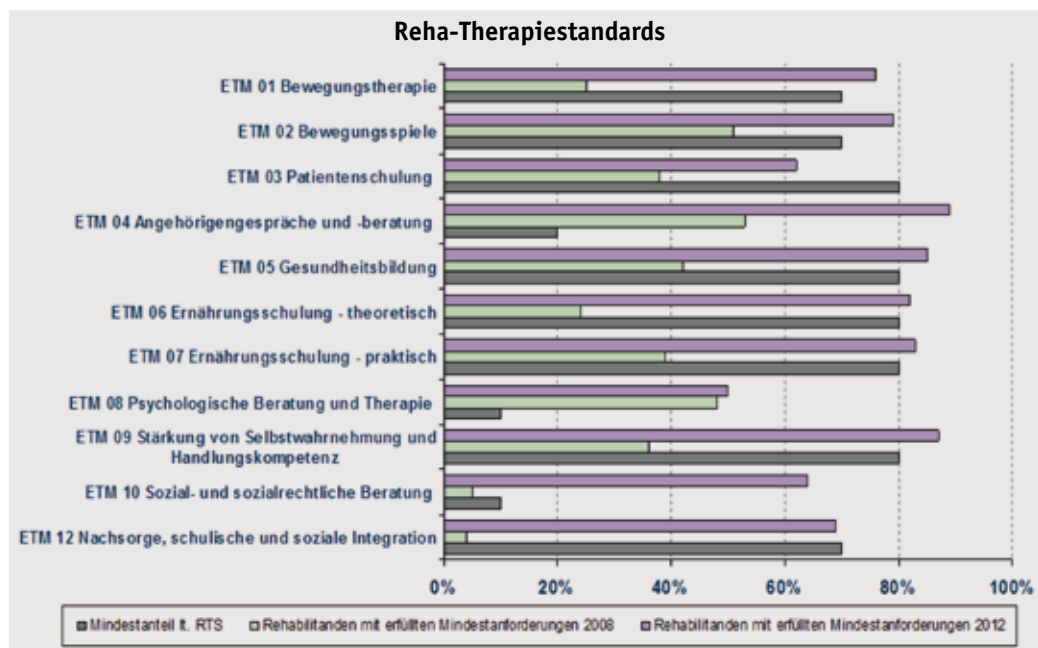


Abb. 3: Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Adipositas: Erfüllungsgrade in den Jahren 2008 und 2012

Forschung

Durch die Darstellung der verschiedenen Qualitätsaspekte wurden Forschung und inhaltlich-konzeptionelle Weiterentwicklungen innerhalb der Einrichtungen angeregt und von der DRV gefördert. Ein entsprechendes Forschungsportal der Rentenversicherung informiert über die Projekte und Ergebnisse. Gleichzeitig erhält die Reha-QS Impulse aus der Forschung und der Praxis, die aufgegriffen werden. Die meisten Instrumente der Reha-Qualitätssicherung sind mit wissenschaftlicher Begleitung entwickelt worden. Datensätze der DRV können für eigene Forschungszwecke beim Forschungszentrum der Rentenversicherung bezogen werden. Gleichzeitig hat die DRV im Bemühen um Transparenz eine Online-Datenbank aufgebaut, um wesentliche epidemiologische Daten der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen (www.statistik-rente.de).

Schlussbemerkung

Die Reha-Qualitätssicherung der DRV hat wesentlich zur Professionalisierung der Rehabilitation beigetragen. Gleichwohl gibt es z.T. noch deutliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen in Hinblick auf die Erfüllung von Reha-Therapiestandards oder auch die erfragte Rehabilitandenzufriedenheit. Weitere Qualitätsverbesserungen werden daher angestrebt. Hilfreich ist dabei, dass in den letzten 20 Jahren die Qualitätssicherung sich gut in der Reha-

Literatur

Bonn, V./ Grünbeck, P./ Klosterhuis, H. (2014): Dokumentierte Komorbidität in der Sucht-Rehabilitation – Daten der Reha-Qualitätssicherung. In: Sucht aktuell, Jg. 21, H 2: 30-36.

Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2: 166-206

Klosterhuis, H./ Baumgarten, E./ Beckmann, U./ Erbstöber, S./ Lindow, B./ Naumann, B./ Widera, T./ Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: Rehabilitation 2010, Jg. 49, Ausgabe 6: 356-367.

Klosterhuis, H. (2011): Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation. In: Neurologie & Rehabilitation, Jg.17, H. 3: 152-156

Müller-Farnow, W. (1993): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: f&w 4: 385-388

Schmid, L./ Mitschele, A./ Kaluscha, R./ Lindow, B./ Teßmann, W./ Klosterhuis, H.(2014): Aktualisierung der Reha-Qualitätssicherung – Grundlegende Überarbeitung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). In: RVaktuell, Jg. 61, H.12: 329-334.

Schmid, L./ Kaluscha, R./ Mitschele, A./ Lindow, B./ Klosterhuis, H./ Krischak, G. (2015): Die Anwenderbefragung zur Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Die Rehabilitation, Jg. 54, H.5, S. 346-350.

Widera, T./ Beckmann, U./ Zander, J./ Radoschewski, M. (2011): Wer hat Recht – Rehabilitand oder KTL-Dokumentation? Zur Übereinstimmung von Patientenangaben und ärztlichen Entlassungsberichten. In: RVaktuell, Jg. 58, H.10: 291-298

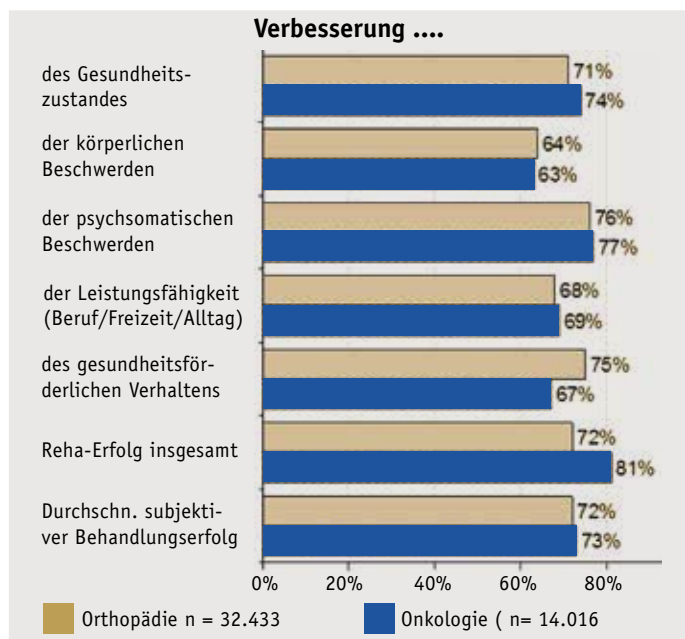


Abb. 4: Subjektiver Behandlungserfolg in der onkologischen und der orthopädischen Rehabilitation (Bericht 2016)

litation etabliert hat und Vertrauen bei den Reha-Einrichtungen genießt. Um auch zukünftigen Entwicklungen v. a. der Flexibilisierung der Rehabilitation begegnen zu können, rückt außerdem die Ergebnisqualität sowie die Berücksichtigung von Präventions- und Nachsorgeleistungen in den Fokus und wird weiterentwickelt.

Von grundlegender Wichtigkeit für die Reha-Qualitätssicherung und die Versorgungsforschung ist eine hohe Datenqualität. Daher werden die Reha-Einrichtungen in den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung jeweils auf z.B. ungültige KTL-Codierungen oder unplausible Ergebnisse hingewiesen. Auf diese Weise ist der Datenqualitätsstandard insgesamt als sehr hoch einzuschätzen. Jedoch sollten statistisch erhobene Daten niemals vorbehaltlos interpretiert werden. So ergeben z.B. eigene Auswertungen, dass es zwischen den Einrichtungen Unterschiede bei der Anzahl der dokumentierten Begleitdiagnosen bzw. der Dokumentationskultur gibt (Bonn et al., 2014). Ähnliche Dokumen-

The medical rehabilitation quality assurance programme of the German Pension Insurance

The article provides an overview of the medical rehabilitation quality assurance programme of the German Pension Insurance (Deutsche Rentenversicherung). Already 20 years ago, instruments for quality assurance of German medical rehabilitation have been developed, which are used in evaluation of routine data as well as in special analyses. The instruments are continuously updated, refined and expanded to other indications.

Each year, about 1,700 departments of medical rehabilitation and 100 vocational rehabilitation institutions receive reports, assessing and comparing the quality of their rehabilitation services and allowing to draw systematic conclusions regarding the various aspects of quality. In addition, data-sets of the German Pensions Insurance's quality assurance programme are made available both for internal and external research opportunities.

Keywords

quality assurance, rehabilitation, structure, process, outcome German Pension Insurance

tationsvorlieben sind auch bei anderen Instrumenten denkbar. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Daten innerhalb der Einrichtungen gut übereinstimmen (z.B. Daten der KTL und Befragungsergebnisse, Widera et al., 2011). Die DRV zeichnet sich durch einen besonnenen Umgang mit den Daten im kontinuierlichen Austausch mit den Reha-Einrichtungen aus. Forschungsanträge zur Rehabilitation und zur Reha-Qualitätssicherung werden begrüßt. <<

Autorenerklärung

Die Autorinnen sind Mitarbeiterinnen der DRV Bund in Berlin. Sie haben im Rahmen ihrer Anstellung an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Der vorliegende Artikel wurde ebenfalls zu großen Teilen im Rahmen der Arbeitszeit geschrieben, ohne finanzielle Unterstützung Dritter.

Dipl.-Psych. Verena Bonn

ist Referentin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der Strukturqualität sowie der Weiterentwicklung bestehender Verfahren.
Kontakt: verena.bonn@drv-bund.de



Dipl.-Soz. Anke Mitschele

ist Referatsleiterin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik. In ihrem Referat werden die Auswertungen und Analysen der Qualitätssicherung durchgeführt. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Prozessqualität (KTL, Reha-Therapiestandards) sowie der Zusatzinformationen zur Rehabilitandenstruktur. Die Leitung von Arbeitsgruppen zur Entwicklung neuer Verfahren gehört ebenfalls zu ihren Aufgaben. Kontakt: anke.mitschele@drv-bund.de



Juliane Mundt, M.Sc. GesÖk.

arbeitet als Referentin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der Rehabilitandenbefragung, insbesondere auf den Themen des Behandlungserfolgs und der Rehabilitandenzufriedenheit.
Kontakt: Juliane.Mundt@drv-bund.de



In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat, pflege.de und der Schlüterschen

monitor

PFLEGE

Fachzeitschrift zur Versorgung, Management und Forschung in der Pflege



ALS ABONNENT NUTZEN SIE KOSTENLOS: DAS ONLINE-PORTAL www.monitor-pflege.de

per Fax: +49 (0) 228-76 38 28 oder formlos per eMail an marketing@monitor-pflege.de oder direkt per Handy:

Ich möchte „Monitor Pflege“ testen

Ich abonniere „Monitor Pflege“ zur Probe. 2 Ausgaben zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichung der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Ich bestelle ein Jahresabonnement

Ich abonniere „Monitor Pflege“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 90,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Aboszeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.



Firma

Straße

Telefon

E-Mail (für Passwortübermittlung)

Datum, 1. Unterschrift:

Name

PLZ, Ort

Fax

Widerrufsgarantie: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftlich widerrufen kann. Diese Frist beginnt mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel). Dies bestätige ich mit meiner 2. Unterschrift:

Datum, 2. Unterschrift:

eRelation AG - Content in Health • Kölnstraße 119 • 53111 Bonn

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Innovationsfonds

Wegweisende Experten für große Vorhaben

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

