

VERSORGUNGS FORSCHUNG

10
JAHRE

monitor

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

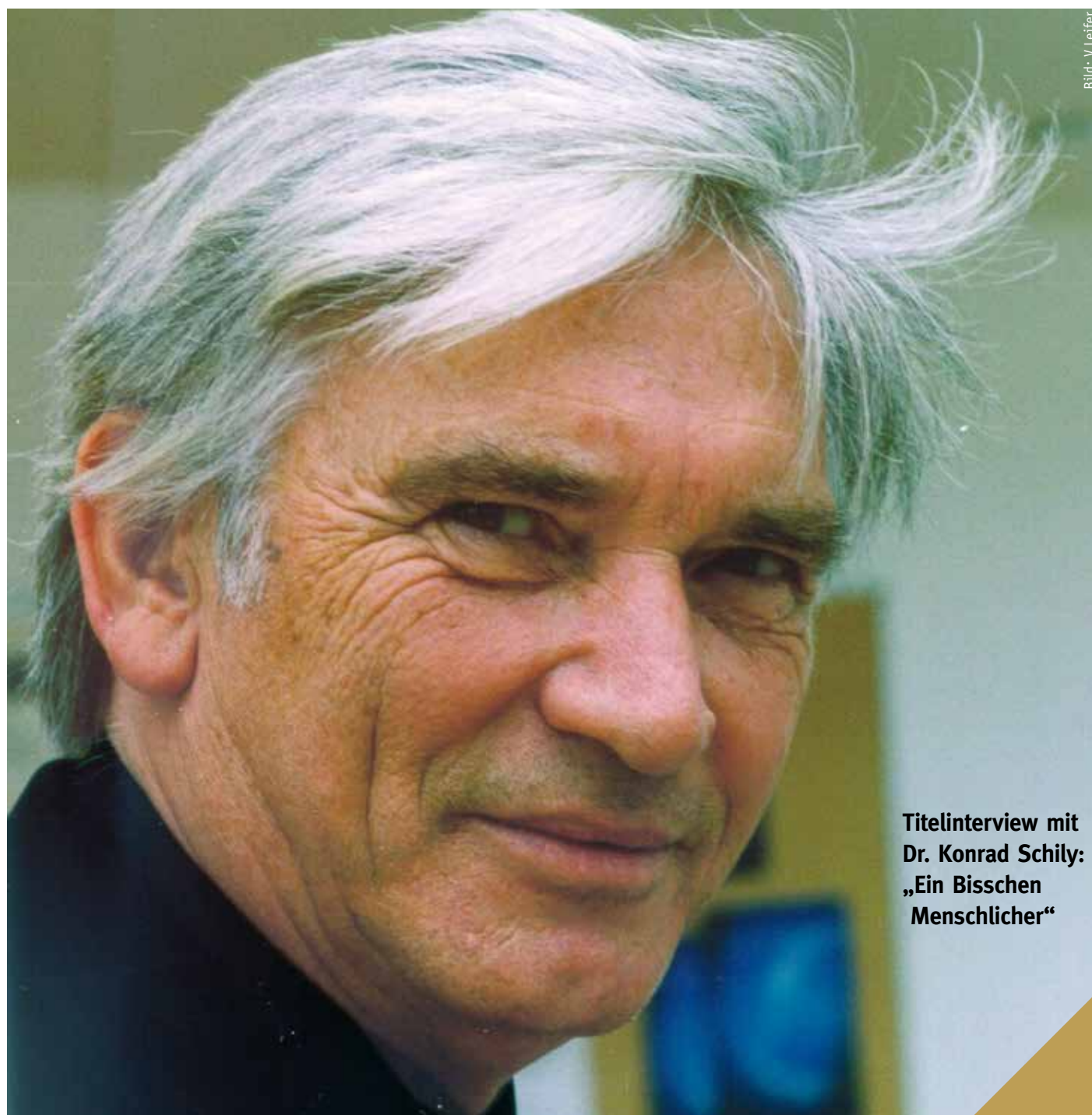


Bild: V. Leifer

Titelinterview mit
Dr. Konrad Schily:
„Ein Bisschen
Menschlicher“

- „Entwicklung der administrativen Prävalenz des Diabetes“ (Goffrier)
- „Strukturreform der ambulanten Psychotherapie“ (Weidmann)
- „Zur Notwendigkeit der Psychoneuroimmunologie“ (Ritter-Rupp)

Editorial

EBM: Kritik und Ergebnisse 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Ein Bisschen Menschlicher“ 6

Titelinterview mit Dr. Konrad Schily

Zwei Hürden – zwei Lösungsvorschläge 14

Optimierung der Wertschöpfungskette in der Gesundheitsforschung

Zur Notwendigkeit der Psychoneuroimmunologie 18

Interview mit Dr. med. Claudia Ritter-Rupp, Vorstand der KV Bayerns

Elektronische Patientenakten prä und ante portas 22

Eine Statusbeschreibung der elektronischen Patientenakte nach § 68 und §291a SGB V

„Mindset dreht sich zur Versorgungsforschung“ 24

Interview mit Markus Bönig, Geschäftsführer der vitabook GmbH

Anbieter von Gesundheits- und Patientenakten 26

Matrix aus Sicht der Datenhoheit

„Mein Interesse gilt der Langstrecke“ 28

„Vf made in“-Serie (Teil 8): FB Health Services Management“ der LMU München

Migräne: „Ignorance, arrogance or insouciance?“ 32

Update NeuroScience von Novartis in Leipzig anlässlich des DGN 2017

„Zwischen Beharrlichkeit und Innovation“ 34

Kommentar zur Wahl von Dr. Ilona Köster-Steinebach, Patientenvertreterin beim G-BA

„Wir brauchen eine Daten-Ethik-Erklärung“ 35

Kommentar zu Big-Data von Dr. Andreas Meusch, Direktor des WINEG

Zahlen - Daten - Fakten

Onkologika: Neue Therapieoptionen in der Entwicklung 12

Standards

Impressum 2

News 27 / Rezension 36

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

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter
„Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums
Heidelberg auf den Seiten 62-63

WISSENSCHAFT

Josephine Jacob, MSc / Dr. rer. cur. Andrea Mischker / 41 Dipl.-Ges.w. Normen Klingner, MHBA / Dipl.-Volksw.

Claudia Zickermann / Dr. med. Jochen Walkerv Evaluation eines Infektionsscreenings auf bakterielle Vaginosen zur Vermeidung von Frühgeburten

Im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie auf Basis von Routinedaten der BIG direkt gesund Krankenkasse wurde die Rate von Frühgeburten, Ab-orten und Totgeburten in einer Gruppe schwangerer Frauen, die das Screeningprogramm in Anspruch genommen hat und einer Kontrollgruppe in der Regelversorgung verglichen. Mittels Propensity Score Matching wurde für beobachtbare Confounder zwischen den beiden Behandlungsgruppen adjustiert.

Benjamin Goffrier, M.A., LL.M. / Dr. med. Jörg Bätzing, 46 MPH / Jakob Holstiege, MPH

Entwicklung der administrativen Prävalenz des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015

In der vorliegenden Analyse wurde untersucht, wie sich die Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland zwischen den Jahren 2009 und 2015 entwickelt hat. Dabei wurden genauer die Unterschiede zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen sowie zwischen Ost- und Westdeutschland betrachtet. Die Analyse wurde mit bundesweiten Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V durchgeführt. Die Studienpopulation wurde jahresweise gebildet und umfasste alle Patienten, die mindestens einen Arztkontakt hatten.

Dr. biol. hum. Beate Bestmann, M.A. 50

Informierte Entscheidung bei der Darmkrebsfrüherkennung

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sieht u.a. eine Stärkung der Darmkrebsfrüherkennung, insbesondere der informierten Entscheidung vor. In einem Pilotprojekt hat die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Umsetzung eines Einladungsverfahrens zur Darmkrebsfrüherkennung erprobt, bei dem die Effekte verschiedener Infomaterialien untersucht wurden. Schwerpunkt hierbei war die informierte Entscheidung, die mit einem validierten Fragebogen erhoben wurde.

Dipl.-Psych. Isabell Weidmann / Dipl.-Ges.oec. Tino 55 Schubert / Dipl.-Volksw. Tobias Vogelmann

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Der Artikel geht der Frage nach, welcher Nutzen von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in randomised controlled trials (RCT) nachgewiesen wurde, ob es Aussagen zur Kosteneffektivität solcher Verfahren gibt und wie sich das Versorgungsangebot in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien und den Niederlanden unterscheiden lässt. Im Ergebnis zeigt die Studienlage derzeit ein sehr indifferentes Bild, so dass nicht ausgesagt werden kann, dass eine Kurzzeitintervention zweifelsfrei Nutzensvorteile gegenüber bestehenden Therapien generiert. Im Unterschied zu den Outcomeparametern lässt sich bezüglich der Kosteneffektivität allerdings eine eindeutige Aussage treffen. Bisher konnte kein RCT nachweisen, dass eine Kurzzeitintervention eine kosteneffektive Maßnahme wäre, obwohl diese bereits seit Jahren in Großbritannien und den Niederlanden eingesetzt wird.

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.)
Kölnstr. 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
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereation.org
mail@ereation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

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

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

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

Layout
eRelation AG, Bonn

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

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Mit Annahme des
Manuskripts gehen das Recht zur
Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von
Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur
Herstellung von Sonderdrucken, 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: 6.567 (IVW 2.
Quartal 2017)











Universitäten/Hochschulen

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

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


Institute

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

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

Akteure

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

	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	arvato BERTELSMANN	Dr. Jens Härtel	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	IGI StimMT	Dr.med. Hans-Joachim Helming	
	INSIGHT HEALTH	Roland Lederer	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Deutsche RHEUMA-LIGA • GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	vitabook	Markus Böinig	



**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.

EBM: Kritik und Ergebnisse

MVF-Titelinterview mit Dr. med. Konrad Schily

> 6 ff.

„Wenn die EBM sich auf die ärztliche Erfahrung stützen würde und aus dieser heraus eine rationale Medizin weiter entwickelt werden würde, wäre das eine ganz feine Sache.“ So ganz grundsätzlich kritisch sieht **Dr. med. Konrad Schily**, der als Mitbegründer der Universität Witten/Herdecke für Deutschland völlig neue Wege in der Ausbildung der Ärzte gegangen ist, die heutige Evidenzbasierung, für die ja nicht zuletzt die Versorgungsforschung steht. Seine Fundamentalkritik: „Diejenigen, die wirklich Medizin machen, fühlen sich meiner Meinung und Erfahrung nach im Komplex der Evidence-based Medicine, mit all den dazu gehörenden Evaluationen, nicht wohl.“

Hat er damit recht? Ich bin sehr gespannt, wie Sie dazu stehen, und würde mich freuen, wenn Sie in Beiträgen, Kommentaren und Leserbriefen dazu Stellung nehmen. Dafür ist eine Zeitschrift wie „Monitor Versorgungsforschung“ schließlich da.

Interview mit Dr. med. Claudia Ritter-Rupp, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

> S. 18 ff.

Über die Notwendigkeit der Psychoneuroimmunologie sprach MVF mit **Dr. med. Claudia Ritter-Rupp**, Mitglied des Vorstands der KVB. Die Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kämpft darum, dass die „Psychoneuroimmunologie“, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen psychischen und immunologischen Faktoren befasst, im Rahmen eines Innovationsfonds-Projekts erforscht wird.

Interview mit Markus Bönig, Geschäftsführer der vitabook GmbH

> S. 24 ff.

Wir begrüßen **Markus Bönig** im Herausgeberbeirat von Monitor Versorgungsforschung, den Geschäftsführer der vitabook GmbH. Er wird die in seinem System gespeicherten Patientendaten anonymisiert der Versorgungsforschung zur Verfügung stellen, wenn die Patienten dieser Nutzung zugestimmt haben, was er seinen Kunden „aber nahelegen“ wird. Wir freuen uns darüber.

Serie „Versorgungsforschung made in ...“

> S. 28 ff.

Im achten Teil unserer MVF-Serie stellen wir den Fachbereich Health Services Management der LMU München vor. „Mein Interesse gilt der Langstrecke“ sagt **Prof. Dr. Leonie Sundmacher**, die den Fachbereich seit 2013 leitet.

Wissenschaftliche Beiträge

Jacob u.a. präsentieren die Ergebnisse einer retrospektiven Kohortenstudie auf Basis von Routinedaten der BIG direkt gesund Krankenkasse. Sie finden, dass der Zusatznutzen eines systematischen Screenings schwangerer Frauen auf Bakterielle Vaginosen, die ursächlich für Frühgeburten sind, im Vergleich zur Regelversorgung gering ist.

> S. 41 ff.

Goffrier, Bätzing und **Holstiege** untersuchen, wie sich die Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland zwischen 2009 und 2015 entwickelt hat. Neben einem generellen Anstieg finden sie deutliche Unterschiede: nach Altersgruppen, Geschlechtern, Ost- und Westdeutschland. Um Präventionsmaßnahmen besser auszurichten, sind auf kleinräumiger Ebene weitere Untersuchungen der Einflussfaktoren erforderlich.

> S. 46 ff.

Bestmann berichtet über ein Pilotprojekt der Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Umsetzung eines Einladungsverfahrens zur Darmkrebsfrüherkennung. Dabei führten evidenzbasierte Materialien zu Chancen und Risiken einer Früherkennungsmaßnahme am ehesten zu einer informierten Entscheidung der Patienten.

> S. 50 ff.

Weidmann, Schubert und **Vogelmann** untersuchen mit einer systematischen Literaturrecherche in MEDLINE, ob Nutzen und Kosteneffektivität von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in RCT nachgewiesen wurde. Die Studienlage zeigt, dass weder Nutzen noch Kosteneffektivität in RCT zweifelsfrei nachgewiesen werden konnten.

> S. 55 ff.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

www.insight-health.de

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10 a/3 · 65529 Waldems-Esch
Tel.: 06126 955-0, Fax: 06126 955-20



Interview Dr. med. Konrad Schily

Ein Bisschen Menschlicher

Dr. med. Konrad Schily stammt aus einem anthroposophischen Elternhaus. Er studierte in Tübingen und Hamburg Medizin, eröffnete 1969 mit anderen Ärzten das Gemeinschaftskrankenhaus in Herdecke, in dessen Vorstand er bis 1984 wirkte. Er ist der Mitbegründer der Universität Witten/Herdecke, die 1983 mit dem Studium der Medizin eröffnet wurde und für Deutschland völlig neue Wege in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte gegangen ist. Es war auch die Universität Witten/Herdecke, die erstmals Studiengänge für Pflegewissenschaften – verbunden mit dem Promotionsrecht – etablierte. Nach dem Ausscheiden aus dem Bundestag (2005 bis 2009) engagierte er sich in den letzten Jahren für die Gründung und den Aufbau der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) und geht auch hier wieder neue Wege. Auch darum, weil der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie aus eigener Erfahrung weiß, dass „wirklich gute Ärzte in unserem Gesundheitswesen wie auch die Patienten leiden“.

>> Herr Dr. Schily, die Grundlage der Evidence-based Medicine ist die Epidemiologie, die ein ganzes Bündel an naturwissenschaftlichem Regelwerk beinhaltet. Doch viele Wissenschaftler verkürzen den an sich vorhandenen Baukasten an Regelmaßnahmen im Prinzip auf die Randomisation. Was halten Sie ganz persönlich von EBM?

Wenn die EBM sich auf die ärztliche Erfahrung stützen würde und aus dieser heraus eine rationale Medizin weiter entwickelt werden würde, wäre das eine ganz feine Sache. Nun ist es aber gerade das Bestreben der Vertreter der sogenannten EBM, die Ärzte und die Patienten als Subjekte – da sie ja subjektiv sind – aus den Verfahren zur Urteilsgewinnung heraus zu halten. Da dies im Doppelt-Blind-Versuch mit Zufallszuteilung (RCT) erreicht scheint, wird dieser als der Goldstandard angesehen. Die Kritik an RCT ist alt und gut begründet. Dass man trotzdem an ihm festhält, weist darauf hin, dass man es hier mit Denkkollektiven im Sinne von L.Fleck oder mit Paradigmen im Sinn von T.S. Kuhn zu tun hat.

Gibt es denn eine stimmige Argumentation pro RCT?

Ich habe noch kein Beispiel gefunden, in dem der randomisierte Doppelblindversuch etwas Sicheres zu Tage gefördert hätte. Die Beispiele, die das IQWiG auf seiner Webseite aufführt, sind entweder lächerlich – wie bei dem Löffel in der Flasche – oder zeugen von Zynismus wie bei der Blindheit durch übermäßige Sauerstoffanreicherung in der Luft der Brutkästen bei Frühgeborenen. Dass Sauerstoff lebensfeindlich sein kann, wusste man seit über 100 Jahren. Eine saubere Untersuchung hätte die Ursache klar aufgedeckt, es hätte keiner weiteren Studie bedurft und vielen weiteren Kindern wäre die Blindheit erspart geblieben. Diejenigen, die wirklich Medizin machen, fühlen sich meiner Meinung und Erfahrung nach im Komplex der Evidence-based Medicine, mit all den dazu gehörenden Evaluationen, nicht wohl.

Warum ist das so?

Sie sind ärztlich engagiert. Sie haben konkrete Patienten vor sich und keine Kollektive. Sie müssen in ihrem ärztlichen Handeln genau das alles berücksichtigen, was die Studien auszuschließen versuchen. Andererseits sind sie gehalten, die Vorschriften, die ihnen mit Hilfe dieser Studien gemacht werden, zu befolgen. Medikamente, mit denen sie erfolgreich gearbeitet haben, sollen sie nicht verschreiben, da ihre Wirksamkeit nicht in Studien bewiesen wurde. Ideal wäre es, wenn sie – als definierter Teil eines übergeordneten Systems – in festgelegter Weise funktionieren würden.

Damit korrespondiert die fehlende – auch finanzielle – Anerken-

nung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit. Empathie kann man schlecht bewerten. Bei technischen Leistungen ist das einfacher. Der Facharzt verdient besser als der Hausarzt und unter den Fachärzten stehen sich die Radiologen und die Laborärzte am Besten, also Ärzte die nicht notwendigerweise einen Patienten zu Gesicht bekommen müssen. Je näher der Arzt am Patienten ist, desto weniger verdient er. Und oft ist der Pädiater das Schlusslicht, obwohl von diesem ein besonderes Maß an klinischem Können gefordert wird.

Wo führt uns dieses Ungleichgewicht denn Ihrer Meinung nach hin?

Zum Unfrieden, zur Resignation oder im schlimmsten Fall zum Zynismus. Übrigens ist das in der Wissenschaft, besser gesagt in der sogenannten scientific community ähnlich: Es wird nicht die

Originalität der Forschung beurteilt, sondern die Veröffentlichungen pro Zeiteinheit. Diejenigen, die sich in der Mitte des Mainstream bewegen, die gut vernetzt sind und die wissen wann, man welche Anträge wie schreiben muss, sind erfolgreich.

Wie viele „gute“ Ärzte gibt es denn?

Ich glaube, dass es ziemlich viele gibt oder zumindest mehr, als man gemeinhin annimmt. Wäre dem nicht so, ginge es den Patienten schlechter.

Und wie geht es dem Arzt?

Die wirklich guten Ärzte leiden in unserem Gesundheitssystem ebenso wie Patienten. Und zwar massiv. Ich habe mich mein ganzes Leben lang gefragt, wie man aus dieser Zwangslage wieder heraus kommen kann.

Haben Sie denn eine Antwort gefunden?

Wir werden zu neuen Lösungen kommen müssen. Dass das schwierig ist, weiß ich. Wir wollen den Menschen das Bestmögliche einer sich technisch und wissenschaftlich weiter entwickelnden Medizin zukommen lassen. Das wird sich mit einem mengenbasierten und ökonomisierten Gesundheitssystem nicht machen lassen. Hier wären die Ärzte gesellschaftlich gefordert, es wäre auch eine gute Aufgabe für eine Versorgungsforschung, wenn sie sich nicht als naturwissenschaftlich – positivistische Soziotechnik in der Anwendung auf die Medizin versteht.

Wie sieht die Realität im niedergelassenen Bereich der 5-Minuten-Medizin oder im Krankenhaus post DRG aus?

Die DRG sind eine eigene Sache und in Verbindung mit dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich schon eine ganz besondere. Im „Monitor Versorgungsforschung“ habe ich in einem Artikel zur Notfallambulanz gelesen: Aus Gründen der Ökonomie müssten mindestens sechs Patienten pro Stunde versorgt werden. Das heißt doch, dass dem Arzt bei sechs Patienten pro Stunde – auch im Notfallbereich – gerade mal zehn Minuten Zeit zugestanden wird. Das kann nicht angehen!

In einer stark ökonomisierten Medizin, in der solche Vorgaben überhaupt durchgesetzt werden können, anscheinend schon.

Kann ja sein – nur kann man weisagen, dass es dadurch nicht billiger und schon gar nicht besser wird.

Wer bestimmt denn die Regeln dieses „Spiels“, das leider keines ist?

In unserer „Gesundheitswirtschaft“ haben wir drei Spieler vor uns: den Staat in seiner legislativen und seiner exekutiven Funktion, die Kassen und das ärztliche Establishment. Und die Patientenvertreter dürfen zuschauen. Kennen Sie das Triple-Pendel? Man kann einen einzigen Pendelarm anstoßen, was eine recht einfache Pendelbewegung nach links und rechts auslöst. Stößt man zwei oder gar drei der miteinander verbundenen Pendelarme an, wird es unmöglich vorherzusagen, wie die Pendelbewegungen ausfallen werden. Das soll nur verdeutlichen, wie schwierig die Situation ist.

Dabei ist der ins Gesundheitssystem implantierte Wettbewerbsgedanke ein gewolltes Instrument der Politik, mit dem Ziel, eine ökonomische Barriere einzuziehen. Die von der Politik institutionalisierte Selbstverwaltung ist gehalten, sich pro Jahr innerhalb des vorgegebenen 330-Milliarden Euro-Raums zu bewegen, wobei es – mit Ausnahme der Regelungen für die Zukunft, getroffen im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – ziemlich egal ist, welche Qualität dabei herauskommt.

Ein Wettbewerb um Qualität wäre ja gut, ein Wettbewerb um Menge und Marktmacht ist verderblich. Sauberer Wettbewerb funktioniert nur unter eindeutigen und klaren Regelungen und funktioniert nicht, wenn Marktteilnehmer und Aufsicht sich eng verbinden. Das Ergebnis kann man in der Energiewende oder beim Dieselbetrug beobachten. Die Politik scheut sich den Betrug auch Betrug zu nennen, sondern setzt sich sogar mit den Betrügern zu Gipfeln zusammen.

Exakt in dieses komplexe, unvorhersehbare Konstrukt kommt nun mehr und mehr die Versorgungsforschung und die Evidence-based Medicine.

Wie gesagt, wenn eine EBM entwickelt wird, in der die ärztliche Erfahrung Berücksichtigung findet, die nicht aus Laborsituationen, sondern aus den realen Gegebenheiten ihre Schlüsse zieht, würde die EBM ihrem Ziel – Ärzte mit wissenschaftlich gesicherter Erkenntnis zu versorgen – gerecht werden können. Dieses Ziel ist ja nur zu unterstützen. Solange jedoch eine „Evidenz“ mit untauglichen Mitteln zu gewinnen versucht wird, ist sie untauglich und oft fortschrittsfeindlich.

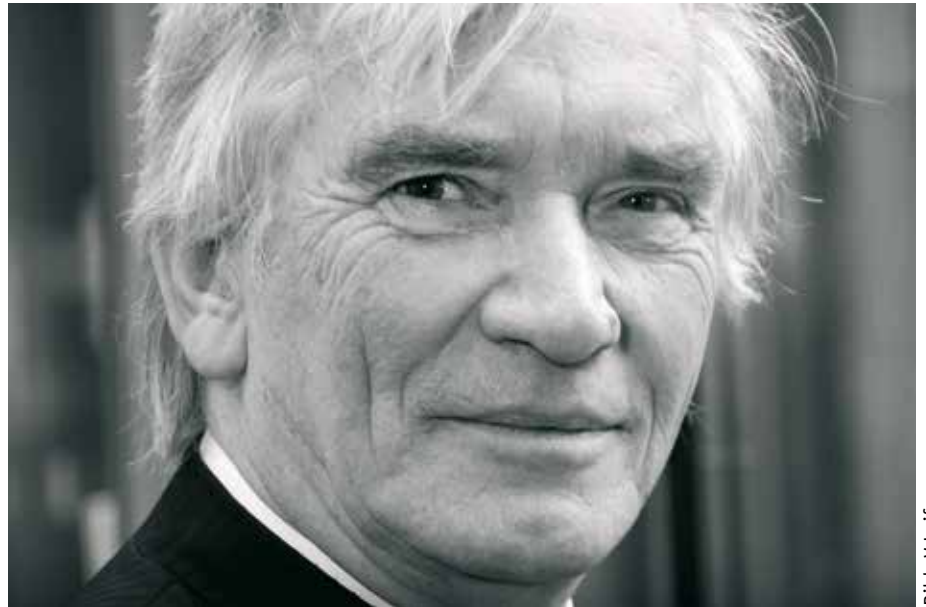


Bild: V. Leifer

„Die Vertreter der EBM müssten sich ernsthaft fragen, was sie erreicht haben und was nicht.“

Ein Beispiel?

Honig und Salbei sind noch heute gute Mittel bei Rachen- und Mandelentzündung. Doch welche Imkervereinigung würde einige hunderttausend Euro für ein RCT investieren?

Der per se schwierig ist und der dann vom IQWiG sowieso nicht anerkannt wird, weil die Bienen nicht ordentlich randomisiert wurden.

Das ist sicher wieder ein Problem für sich. Doch was für Honig gilt, gilt ebenso für die meisten Medikamente im sogenannten Bestandsmarkt, die so gut wie nicht beforscht sind.

Ist denn die EBM an sich ein Hindernis für Innovationen?

Die gegenwärtigen Werkzeuge der EBM treiben die Forschung in die Industrie. Diese ist und muss gewinnorientiert sein. Forschung für den Menschen muss sich jedoch am Menschen und nicht an Märkten orientieren.

Wie müsste sich denn die EBM verändern, damit sie keine oder weniger negative Nebenwirkungen hat?

Die Vertreter der EBM müssten sich ernsthaft fragen, was sie erreicht haben und was nicht. So lang sie aber in ihrer weltanschaulich geprägten paradigmatischen Gemeinde – mit Herrschaftsanspruch – bleiben, wird sich nichts ändern. Ändern könnte sich auch dann etwas, wenn seitens der Politik eine weltanschauliche Vielfalt durchgesetzt werden würde.

Sie klingen nun etwas frustriert.

Ein wenig schon – oder besser gesagt: Ich war es. Aber auch dazu muss ich ein wenig ausholen: Ich bin gerne Arzt und hatte den großen Vorteil, dass ich vor meinem Medizinstudium in Tübingen ein Semester lang in Basel studieren konnte und Vorlesungen von Karl Jaspers, Adolf Portmann, Adolf Muschg und Karl Barth hören durfte. Das war eine inspirierende, tolle Zeit. Dann der Gegenentwurf: Ich kam zum Studium der Medizin nach Tübingen und dort als Erstes im anatomischen

Präparierkurs an die Leiche. Der Kurs wurde von einem sicher sehr netten, aber – wie ich damals fand – auch total einseitig gebildeten Professor geleitet. Bitte nicht falsch verstehen: Ich blickte sehr zu dem Professor auf, er wusste alles in der Anatomie, aber das tote Präparat schien mir weit vom lebendigen Organismus entfernt, mit dem ich es doch als Arzt zu tun haben würde.

Muss denn ein Arzt Philosoph sein?

Nein. Aber um ein wissenschaftlich gebildeter Arzt zu werden, sollte man das Denken üben. Das geht am Besten mit dem eigenen Kopf und an der Philosophie.

Das besser zu machen, war sicher der Grund für Witten/Herdecke.

Genau. Einerseits frühe Praxis, andererseits Studium fundamentale. Alle Witten/Herdecke-Absolventen mussten sich an irgendeiner Stelle philosophisch betätigen, sich obendrein mit Geschichte und am besten auch noch mit Kunst auseinandersetzen.

Ging das einfach so?

Sicher. Wir haben damit schon 1983 begonnen, also lange, bevor es überhaupt einen entsprechenden Modellparagrafen in der Approbationsordnung gab.

Wie das?

Wir hatten ein von G. Kienle geprägtes Motto „Gestuft zu immer umfassenderer Hilfeleistung befähigen“. Das verträgt sich gut mit der sogenannten Lernspirale und dem problemorientierten Lernen. Das hatten nicht wir entwickelt, sondern übernommen. Vereinfacht gesagt bedeutet problemorientiertes Lernen, dass man lernen muss, die Fragen selber zu stellen, sie zutreffend, dem Gegenstand entsprechend zu stellen und sich die Antworten selbst zu erarbeiten. Das erfordert und übt die eigene Aktivität, die Phantasie und die Arbeit im Team. Es übt die Kritikfähigkeit und stärkt die Urteilssicherheit. Es ist ein bedeutender Unterschied, ob ich so lerne oder ob ich in Frontalvorlesungen mit Antworten gefüllt werde, für die ich dann später im Leben die Fragen finden soll, auf die die vor Jahren gelernten Antworten wohl passen könnten.

Lernspirale heißt aber auch, dass ich von einfacheren, überschaubaren Problemen zu immer komplexeren Problemen geführt werde.

Sich Wissen erarbeiten, der Praxis begegnen, die Hilfestellung in der Pflege üben, darüber nachdenken, wie ich mich zur Welt und die Welt sich zu mir stellt – so etwa könnte man das damalige Studium zusammenfassen. Die Tage der Studierenden in den ersten Semestern begannen mit der Pflege und Patientenbeobachtung morgens um 7 Uhr. Dann die Veranstaltungen zum problemorientierten Lernen. Praxistage bei den niedergelassenen Ärzten und am Donnerstag das Studium fundamentale – der Tag wurde dafür von anderen Veranstaltungen freigehalten – kamen dazu.

Gab es keine Bewertungen?

Natürlich gab es Messdaten, obwohl die entsprechenden Prüfungsformate nicht gleich zur Verfügung standen.

Wie wurden dann die Anforderungen der Approbationsordnung erfüllt?

„Ohne Witten/Herdecke hätte es gar keinen Modellparagrafen gegeben. Und dann hätte sich gar nichts geändert.“

Die Studierenden haben ihr Physikum – und später ihre Abschlussprüfungen – wie die anderen auch gemacht. Die Prüfungen waren und sind ja für alle gleich und werden zentral durchgeführt. In den Prüfungen lag Witten/Herdecke in der Medizin erfreulicherweise immer ganz oben.

Gibt es Erkenntnisse darüber, ob diese Absolventen auch bessere Ärzte geworden sind?

Erkenntnisse aus Witten/Herdecke gibt es nicht. Darum bin ich froh, dass der Reformstudiengang an der Charité, den es 1999 bis 2009 gab, evaluiert wurde. Dieser Studiengang hatte viele Gemeinsamkeiten mit Witten/Herdecke. Die Ergebnisse sind leider nicht veröffentlicht worden. Eine Gemeinsamkeit im Ergebnis dieser Studiengänge besteht darin, dass die Absolventen beruflich befähigt waren und nahezu alle Absolventen kurativ tätig geworden sind.

Und beim „normalen“ Arzt-Regelstudium?

Da sollen es wesentlich weniger sein, die kurativ tätig werden. Ausserdem wird beklagt, dass diese Absolventen oft mehr als ein Jahr bräuchten, um beruflich wirklich eingesetzt werden zu können.

Welchen Impact hat das auf das gesamte Versorgungssystem? Derartige Modellprojekte wie in Witten/Herdecke und in Berlin an der Charité, mit denen eine andere, bessere Arztausbildung versucht wird, sind mit Sicherheit ehrenwert ...

... weil ohne Witten/Herdecke es gar keinen Modellparagrafen gegeben hätte. Und dann hätte sich gar nichts geändert!

Aber hat sich das im System ausgewirkt?

Nicht wirklich. Es ist aber gelungen, auf die Mängel in der ärztlichen Ausbildung aufmerksam zu machen und zu zeigen, dass es anders auch geht.

Ist das auch der Ansatz der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB)?

Im Kern sicher. In der Medizinischen Hochschule Brandenburg hat man sich im Wesentlichen auf das Konzept des Reformstudiengangs der Charité gestützt, dessen Qualität man anerkennen muss.

Wird auch Versorgungsforschung berücksichtigt? Viele Ärzte verstehen doch überhaupt gar nicht, was beispielsweise „p“ bedeutet.



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

Was erst dann wichtig wäre, wenn Versorgungsforschung grundsätzlicher würde.

Jede Menge Konjunktive II.

Ganz mit Bedacht gesagt: Wenn Versorgungsforschung von Ärzten ernster genommen werden will, muss sie die wichtigen ärztlichen Fragestellungen analysieren.

Soll denn die Versorgungsforschung medizinischer werden?

Frei und erweitert nach Naunyn und Virchow würde ich formulieren: Medizin ist eine Wissenschaft, eine soziale Wissenschaft und auch Kunst, die in ihren Methoden der Komplexität des Menschen und seiner Umwelt gerecht werden muss.

Versorgungsforschung will bekanntlich, wie es die Professoren Pfaff und Schrappe formulierten, „die letzte Meile“ beschreiben.

Das heißt: Sie möchte sozusagen im Sprechzimmer und am Krankenbett anwesend und bestimmend sein. Das kann sie aber nur dann, wenn sie unterstützend ist. Sie darf z.B. fragen, wie es um die Versorgung des diabetischen Fußes bestellt ist und sie wird feststellen, dass auch hier der Fortschritt sich im ärztlichen Engagement begründet. Sie sollte fragen, ob und welche verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten es gibt und wer, bei welchen Patienten mit welcher Methode die besten Ergebnisse erzielt. Versorgungsforschung muss aber auch fragen, und das laut und öffentlich, warum es geduldet wird, dass – bei ständiger Zunahme der Fälle von Adipositas und Diabetes in der Bevölkerung – der Zuckeranteil in unseren industriell hergestellten Nahrungsmitteln ständig zunehmen darf, was der Fall ist.

Die Versorgungsforscher sehen sich ja in der Pflicht „unter besonderer Beachtung der Patienten- und Populationsperspektive die Versorgungsstrukturen und -Prozesse der Gesundheitsversorgung zu untersuchen und dabei die Angemessenheit der Behandlung und die Verbesserung der Versorgung sowie die Komplexität von Kontext und Intervention in den Mittelpunkt zu stellen“, wie im aktualisierten Lehrbuch Versorgungsforschung zu lesen ist.

Das klingt einerseits sehr wissenschaftlich, riecht aber auch arg nach Reichsversicherungsordnung und beschreibt die Nähe zur staatlichen Verwaltung. Diese erwartet von der Versorgungsforschung nun einmal Ergebnisse, mit denen das System besser gesteuert werden könnte.

Das gilt doch sicher nicht nur für die Medizin?

Ganz sicher nicht. Die Probleme sind grundsätzlich in allen sogenannten Versorgungsbereichen. Also will man überall Eingiffs- und Steuerungsmöglichkeiten finden.

Welcher Art?

Wir haben gesetzliche Ansprüche in der RVO, wir haben deren Regulierungen in zig Paragraphen der Sozialgesetzbücher. Wir haben Wettbewerb, vertraglich geregelte Leistungsansprüche in der privaten Krankenversicherung. Die Komplexität und Unübersichtlichkeit haben wir angesprochen. Das Ganze ist einfach zu groß. Wir können zwar 80 Millionen Menschen vorschreiben, auf der rechten Straßenseite zu gehen, aber wenn eine oder einer nicht laufen kann, wird die Hilfeleistung eine höchst individuelle Angelegenheit. Nach meinem Wissen funktioniert die Absicherung der Menschen für den Krankheitsfall darum auch nur in den genossenschaftlich or-

„Nach meinem Wissen funktioniert die Absicherung der Menschen für den Krankheitsfall darum auch nur in den genossenschaftlich organisierten Solidargemeinschaften.“

ganisierten Solidargemeinschaften.

Sind wir bei in den frühen Solidargemeinschaften vor Bismark, in Barmen, Elberfeld oder Freiberg?

Nein, aber z.B. in Bremen oder in Münster. Und auch nicht im 19. Jahrhundert, sondern in der Gegenwart.

Mit Leistungskatalog?

Eben nicht. Diese eingetragenen Genossenschaften haben gar keinen Leistungskatalog, sondern ersetzen – wie es beispielsweise die Bremer Samarita formuliert – Anspruch durch Zuspruch.

Kein Anspruch auf irgendwelche Leistungen?

Keine „irgendwelchen Leistungen“, sondern jene, die der behandelnde Arzt – im Dialog mit dem Patienten – als die richtigen für den individuellen Patienten ansieht. Das nennt beispielsweise die Samarita einen „Zuspruch“: Was du brauchst, das sprechen wir dir zu! Nicht mehr, aber gewiss nicht weniger, womit vollkommen darauf vertraut wird, dass sowohl die Patienten als auch die Ärzte das Bestmögliche tun wollen.

Und das funktioniert?

Erstaunlich gut.

Und wie?

Die Mitglieder nehmen nur dann Hilfe in Anspruch, wenn sie sie wirklich brauchen. Der Überschuss der gezahlten Beiträge fließt in den Solidartopf, das „Auffangbecken“ für Mitglieder in Not.

Hätten Sie ein Beispiel?

Ein Mann, seit 2012 Mitglied einer Solidargemeinschaft, brach sich im August 2015 beim Sturz von einer Leiter zweimal das Becken, zudem rissen am rechten Schultergelenk zwei Muskel ab. Der Mann beschreibt das so: „Was ich dann an Aufmerksamkeit und Zuwendung seitens der Samarita und meiner Regionalgruppe erlebte, war bisher beispiellos.“

So etwas hört man von Krankenkassen wohl eher selten.

Aber es geht noch weiter. Denn es wurden dem Mann nicht nur sechs Operationen anstandslos bezahlt, was normale Kassen ja meistens auch machen, nein: Die von ihm selbst ausgesuchten Kliniken konnten die erbrachten Leistungen zum Privattarif abrechnen! Während der Zeit der Wiederherstellung erhielt er zudem nicht nur mehrfach Anrufe der Samarita, die sich nach seinem Zustand erkundigten und fragten, ob sie noch irgendetwas für ihn tun können, auch Mitglieder seiner Regionalgruppe boten ihm ihre Hilfe an.

Soviel Zuwendung ist sicher ungewöhnlich.

Und wie. Das war aber noch nicht alles. Als der Mann nach zwei Monaten im Rollstuhl und strikter Bettruhe zur Anschlussheilbehandlung musste, half ihm die Solidargemeinschaft wieder unbürokratisch und schnell. Während die Rentenversicherung, so die Aussagen des Mannes, die Kosten für die Reha mit immer neuen haarsträubenden Begründungen abgelehnt hätte, zahlte die Solidargemeinschaft erneut anstandslos für den Aufenthalt in der Reha-Klinik. Sein Fazit: „Nach über vier Jahren Mitgliedschaft bin ich froh und glücklich, Mitglied der Solidargemeinschaft Samarita zu sein. Ich fühle mich hier als Mensch, der beachtet und gewertschätzt ist. Ich fühle mich in der Gemein-

schaft von Solidarität aufgehoben. Für mich ist allein dies Teil von Heilung in einer Welt, die vom Kapital bestimmt wird.“

Wie hoch ist denn der Beitrag einer solchen Solidargenossenschaft? Wesentlich günstiger als bei den privaten Krankenkassen.

Das wäre doch ein Ansatz, die so langsam in die Jahre gekommene GKV zu renovieren.

Wäre es. Weil es das eigentliche solidarische Modell ist, wie es ursprünglich gedacht war.

Kann man allen Ernstes annehmen, dass 80 Millionen Bundesbürger in Solidargemeinschaften organisierbar sind und man damit quasi Deutschland innerhalb von – sagen wir – fünf Jahren in ein Modell, wie es annähernd die Schweiz hat, umwandeln könnte?

In 5 nicht, aber vielleicht in 10 oder auch 15 Jahren. Das ist nach wie vor meine Hoffnung. Das gegenwärtige System besteht seit 135 Jahren und die Beteiligten werden sich gegen Änderungen wehren. Trotzdem glaube ich, dass wir zu prinzipiell neuen Formen kommen müssen.

Würden Sie sagen, der G-BA sei eine hilfreiche Einrichtung?

In gewisser Weise schon. Nur müsste der Bundesausschuss, wenn er seine Aufgaben wahrnehmen soll, noch mehr Kompetenz – vor allem ärztliche – und eine viel höhere Durchgriffsfähigkeit auch auf Länderebene bekommen; das aber dann bitte mit deutlichen, sehr klaren gesetzlichen Ansagen.

Ist der G-BA dafür richtig besetzt?

Was gar nicht geht, ist, dass beim G-BA nur die sogenannten Bänke – also Spitzenverband Bund sowie die sogenannten „Leistungserbringer“ – stimmberechtigt sind, aber die Patienten zwar ein Antragsrecht, jedoch kein selbst zu bestimmendes unparteiisches Mitglied haben, wie ihn beispielsweise die Reformkommission der Stiftung Münch fordert, deren Reformvorschläge insgesamt Sinn machen. Dass die Vertretung der Patienten z.Zt. keine Stimme hat, ist jedoch logisch, wenn man sieht, wo der Bundesausschuss und unser ganzes Gesundheitssystem seine Wurzeln hat: bei Bismarck, dessen paternalistisches Weltbild sich damit konkretisiert.

Wo führt uns das alles hin?

Gegenfrage: Wohin führt uns der unbegrenzte Egoismus in der Umwelt, wohin in der Automobilindustrie? Und: Warum soll es gerade im Gesundheitssystem anders sein?

Weil nun einmal „Solidarsystem“ darübersteht!

Davon kann man sich auch täuschen lassen. Egoismus ist die am meisten verbreitete Seinsweise und Kapitalismus und Umweltzerstörung sind leider damit verschwistert. Das ist etwas, was ich früher nie zugegeben habe: Wenn man älter wird, muss man einfach konzedieren, dass die Welt und die Menschheit so ist, wie sie ist.

Und dennoch leben wir alle immer länger und sterben gesünder.

Aber gewiss nicht allein dank der Errungenschaften der Medizin. Dafür sind vor allem bessere Ernährung, verminderte körperliche Arbeit, effizientere Hygienemaßnahmen und sichere soziale Umfeldler verantwortlich.

Wie kann es sein, dass wir alle in einem der besten Gesundheitssy-

steme der Welt leben, in dem jährlich 330 Milliarden Euro ausgegeben werden, aber innerhalb der Stadt Hamburg im Vergleich der hoch deprivierten Stadtteile Billstedt und Horn zu dem wohlhabenderen Hamburg die Menschen in den ersten beiden rund 12 Jahre früher sterben?

Manche kommen eben nicht in den Genuss der längeren Lebensdauer: soziale Umfeldler, vernünftige Ernährung, effiziente Hygiene sind auch in Deutschland nicht überall in gleicher Weise gegeben. Das wüssten wir deutschlandweit genauer, wenn wir eine vernünftige Epidemiologie machen würden. Die Lösung geht hier über die Medizin hinaus, es ist eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft. Aber natürlich ist der Ansatz in Hamburg zu unterstützen.

Auch das könnte Versorgungsforschung sehr gut leisten.

Nicht könnte, nicht sollte: Sie muss es! Wir brauchen eine vernünftige, gescheite, nicht aufgeregte Epidemiologie, ergänzt mit den nötigen, auch mutigen versorgungsforscherischen Ableitungen und Handlungsanweisungen.

Bringen sich eventuell die Ärzte mit all ihren Fragestellungen zu wenig in die Versorgungsforschung ein?

Wenn ich das Interview in Ihrer Zeitschrift mit Herrn Hildebrandt richtig in Erinnerung habe, waren es Ärzte aus den betroffenen Stadtteilen in Hamburg, die an Herrn Hildebrandt herangetreten sind.

Die wollen aber helfen und nicht unbedingt forschen.

Noch einmal: Als Arzt soll und will ich heilen, helfen, lindern. Ich soll nicht am Patienten üben, nicht an ihm experimentieren und keine Zufallszuteilungen vornehmen. Entwickelt ein Arzt und Wissenschaftler aus biomolekularen Überlegungen heraus im Labor ein neues Medikament, das bei einer Krankheit Heilung oder Linderung verspricht, so sollte er oder sie es mit Einverständnis des Patienten einsetzen dürfen. Ist die Behandlung auch beim zweiten Patienten erfolgreich, spricht das gegen einen Zufall. Jetzt aber gleich eine Doppeltblindstudie zu unternehmen wäre verwerflich, denn: Die Evidenz ist bereits ersichtlich. Mögliche Nebenwirkungen können auch durch aufmerksame Beobachtung der Verläufe erkannt werden. In diesem Sinne können Arzt und Forscher – auch in einer Person vereinigt – zusammen wirken.

Herr Dr. Schily, danke für das Gespräch. <<

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

Zitationshinweis

Roski, R., Stegmaier, P.: „Ein Bisschen Menschlicher“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 6-11; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2032

Dr. med. Konrad Schily

1957 - 1964
1964 - 1966

Medizinstudium und Promotion zum Dr. med.
Assistenzarzt Universität Tübingen: Betriebsbeginn Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke - hier Klinische Chemie, später Neurologie und Psychiatrie

1966 - 1984
1982 - 1999
1981 - 1988

Vorstand Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Gründung Universität Witten/Herdecke

10/1999 - 05/2002

Vorstandsvorsitzender im Universitätsverein von nachmierung in gGmbH Präsident der UWH bis Oktober 1999
Stellvertretender Vorsitzender des Direktoriums (Gesellschafterversammlung) der Universität Witten/Herdecke
erneut Präsident der Universität Witten/Herdecke
Leiter der Initiative „Campus Europae“ (Netzwerk europäischer Universitäten)

seit 2004
10/2005 - 10/2009
seit 2010

Mitglied des Board of Directors „Campus Europae“
Mitglied des Deutschen Bundestages (FDP Fraktion)
Beratungstätigkeit im Bildungsbereich

INSIGHT Health zur Tumorbehandlung

Onkologika: Neue Therapieoptionen in der Entwicklung

Tumorerkrankungen stellen eine der weltweit größten medizinischen Herausforderungen dar. So beziehen sich aktuell laut vfa ein Viertel aller Projekte der Pharmaunternehmen auf Arzneimittel zur Verbesserung der Krebstherapie. Mit Hilfe der INSIGHT Health Patentdatenbank SHARK wird ein Blick auf die innovativen Onkologika in den Pipelines der Pharmaindustrie geworfen. Der Fokus liegt dabei auf Substanzen, die sich in der Phase III und in der Zulassung (Preregistered) befinden.

>> In Deutschland hat sich seit den 1970er Jahren die Zahl der Neuerkrankungen an Krebs fast verdoppelt. Eine, aber nicht die einzige Ursache ist die steigende Lebenserwartung. Auch Lebensstilfaktoren und zunehmende Entdeckungsraten sind Gründe für eine häufigere Diagnosestellung. In den letzten 20 Jahren ist zudem ein deutlicher Rückgang der Mortalität zu beobachten, so dass inzwischen mehr als die Hälfte der Patienten nicht mehr an einer Krebserkrankung sterben (vgl. RKI, 2016). Ein maßgeblicher Grund sind Therapieoptionen, die dem neu gewonnenen Wissen über Krebs und seiner molekularbiologischen Vielfalt Rechnung tragen. Die personalisierte Onkologie und das innovative Feld der Immunonkologie zeigen ein vielversprechendes Potenzial für eine effiziente Behandlung und langfristige Therapieerfolge. Dennoch darf wohl auch in Zukunft nicht davon ausgegangen werden, dass für jeden Patienten eine ganz individuell entwickelte Therapie zur Verfügung steht. Vielmehr werden Patienten unter Nutzung von Biomarkern in klinisch relevante Subpopulationen gegliedert, die letztlich von einer passenden Therapie profitieren, so dass zunehmend von stratifizierter Medizin gesprochen wird.

Klassische und innovative Therapien

Wie Abbildung 1 verdeutlicht stehen neben der chirurgischen Entfernung des Tumors klassische Therapien wie Bestrahlung und Chemotherapie zur Verfügung. Da einige Tumorarten körpereigene Hormone für ihr Wachstum verwenden ist die Hormontherapie, oder richtigerweise Antihormontherapie, eine weitere bedeutende Behandlungsoption, insbesondere bei Patientinnen mit Mammakarzinom in Abhängigkeit vom Erkrankungsstadium und dem Menopausenstatus. Neue Möglichkeiten in der zielgerichteten Therapie ergeben sich über die zunehmende Entschlüsselung verschiedenster Signaltransduktionswege, die für Tumorwachstum, Angiogenese und fehlende Apoptose verantwortlich sind und über spezifische Zielmoleküle mit neuen Substanzen moduliert werden. Hier ist der Einsatz von monoklonalen Antikörpern fester Bestandteil zahlreicher Therapiestrategien in der Krebsmedizin. Darüber hinaus werden sie in der

Diagnostik beim Nachweis von Tumormarkern im Blut oder Gewebeprobe verwendet. Monoklonale Antikörper wie Angiogenese-Hemmer verhindern, dass sich Tumorzellen Anschluss an den Blutkreislauf verschaffen. Mit Bevacizumab (ATC4 L01G0; vgl. im folgenden ATC-Code nach EphMRA mit Abbildung 2) wurde 2005 der erste Vertreter in Europa zugelassen und mittlerweile zur First-Line-Behandlung zahlreicher metastasierter Karzinome eingesetzt. Weitere monoklonale Antikörper, wie die Signaltransduktionshemmer Pertuzumab (L01G0) und Trastuzumab (L01G0), wirken spezifisch an Krebszellen mit einer HER2-Rezeptor-Überexpression. Etwa 20 Prozent der Patientinnen mit Mammakarzinom erhalten eine solche stratifizierte Therapie, bei der der Rezeptor, der Wachstums- und Teilungssignale vermittelt, durch den Antikörper gehemmt wird, was den Signalweg unterbricht und so das Tumorwachstum eindämmt. Weiterhin zählen neben den monoklonalen Antikörpern mTOR-Inhibitoren (L01H0; wie Everolimus), JAK-Hemmer (L01H0; wie Ruxolitinib) und die Tyrosinkinasehemmer (L01H0; wie Imatinib) zu den zielgerichteten Therapien.

ration von Arzneimitteln aktiviert das körpereigene Immunsystem, um den Tumor anzugreifen. Eines der vielversprechendsten Forschungsfelder setzt auf die sogenannten Checkpoint-Inhibitoren. Diese medikamentösen Antikörper binden an zentrale Kontrollpunkte und modulieren diese, so dass das bei Krebs veränderte Immunsystem die vorhandenen Krebszellen wieder erkennen und bekämpfen kann. Seit 2011 ist der erste Checkpoint-Inhibitor Ipilimumab (L01G0) bei malignem Melanom zugelassen; seit 2015 steht Nivolumab (L01G0) zur Therapie des nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms zur Verfügung. In der Praxis stehen den neuen Möglichkeiten auch Herausforderungen wie unterschiedliche Ansprechraten, hohe Therapiekosten und die Verhinderung von Autoimmunreaktionen gegenüber (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft, 2017). Auf der anderen Seite zeigen sich teilweise herausragende Therapieerfolge und ein enormes Entwicklungspotenzial, das die Immunonkologie zu einem weiteren wichtigen Baustein in der Tumortherapie macht. Hier wird mit zahlreichen Substanzen, die noch in der Entwicklungsphase stecken sowie mit Kombinationstherapien versucht, die Ergebnisse noch weiter zu verbessern.

Zukunft Immunonkologie?

Eine neue Perspektive in der Krebstherapie bietet die Immunonkologie. Die innovative Gene-

Vom Wirkstoff zum Produkt

Die Arzneimittelentwicklung vom Wirkstoff-

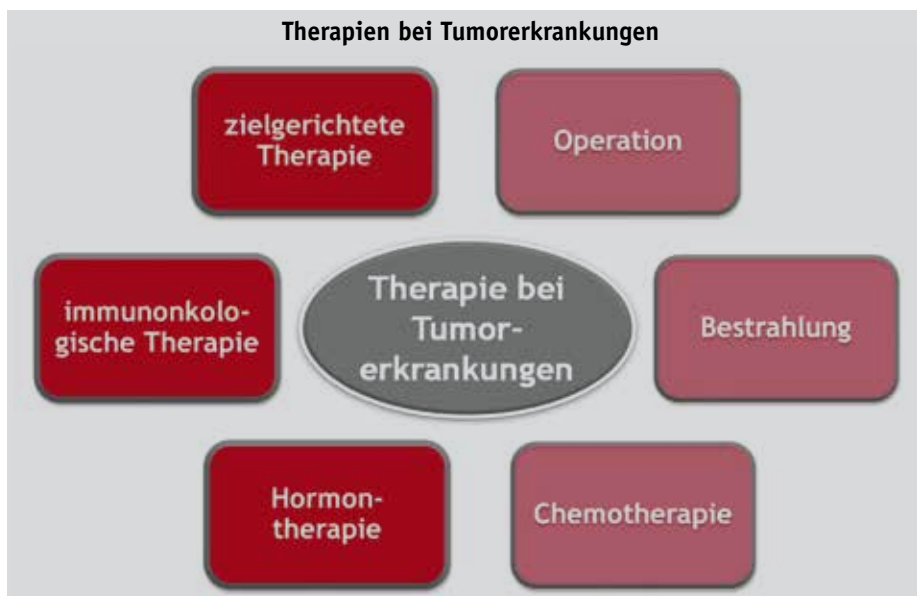


Abb. 1: Übersicht der Therapieoptionen bei Tumorerkrankungen, Darstellung nach INSIGHT Health

Zitationshinweis

Zöllner, E., Pieloth, K.: „Onkologika: Neue Therapieoptionen in der Entwicklung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 12-13.; doi: 10.24945/MVF.03.17.1866-0533.2033

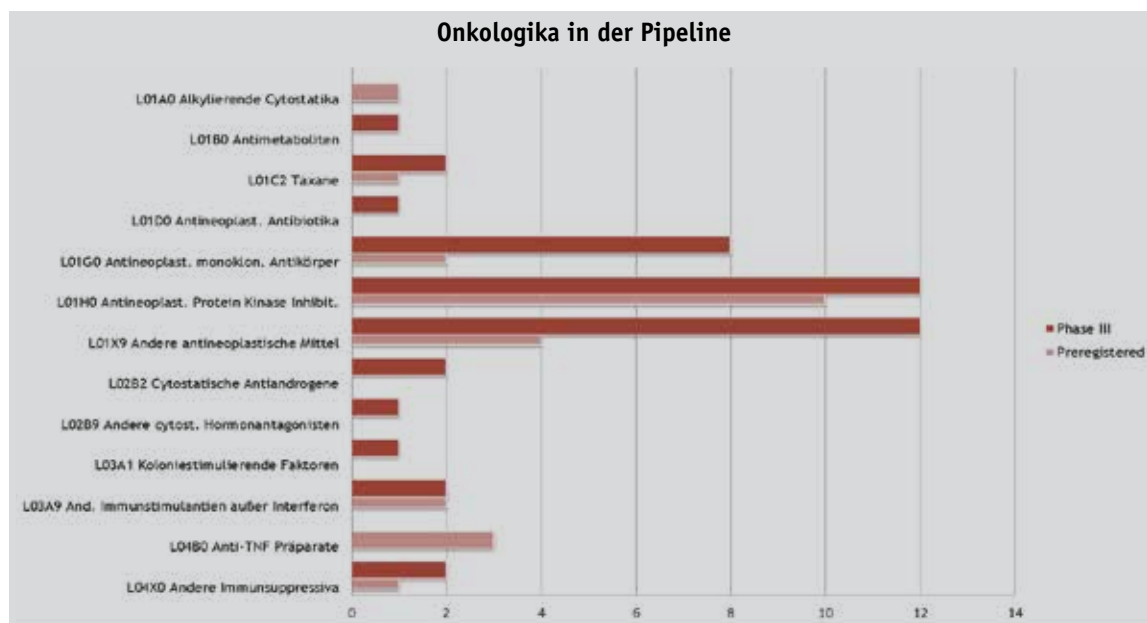


Abb. 2: Onkologika in Phase III und Preregistered nach ATC4-Klassen im 3. Quartal 2017 ohne Vakzine; Quelle: INSIGHT Health Patentdatenbank SHARK. In die Analyse wurden Onkologika der folgenden ATC-Klassen, gefiltert nach klinischer Phase III und Preregistered, eingeschlossen: L01 = Antineoplastische Mittel, L02 = Zytostatische Hormone, L03 = Immunstimulanzien sowie L04 = Immunsuppressiva.

kandidaten bis zum marktfähigen Produkt ist im Laufe der Jahrzehnte zu einem komplexen System angewachsen. Ist ein Wirkstoff gefunden, erfolgt neben bzw. nach der Patentanmeldung die Präklinische Entwicklung, in der die chemische und pharmakologische Eigenschaft inklusive Toxizität der Substanz untersucht und optimiert wird. In der klinischen Phase I wird der Wirkstoff erstmals bei ca. 10-50 gesunden Probanden eingesetzt, um dessen Sicherheit zu überprüfen. In der darauffolgenden Phase II wird über Doppelblind-Studien an ca. 100-500 Patienten auf Wirksamkeit getestet. In den schließlich anstehenden, klinischen Phase III-Studien wird das Arzneimittel an einem größeren Kollektiv von ca. 1.000-5.000 Probanden getestet, um die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit auch bei vielen unterschiedlichen Patienten zu bestätigen.

Nach positivem Abschluss der Phase III erlangt das Arzneimittel nach Antragstellung die Zulassung durch die zuständige Arzneimittelbehörde. Mit der Zulassung und Markteinführung werden in sogenannten marktbegleitenden Studien (Phase IV), die Langzeitverträglichkeit, das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen sowie der Vergleich des Nutzen-Risiko-Verhältnisses dokumentiert und beurteilt. Seit 2016 hat die zentrale europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel EMA das Programm „Prime“ (Priority Medicines) implementiert. Damit soll die Zulassung von Medikamenten mit hohem medizinischem Bedarf gefördert und beschleunigt werden, um Patienten so früh wie möglich von neuen Therapien profitieren zu lassen.

Wie Abbildung 2 zeigt, sind derzeit 68 Sub-

stanzen zur Behandlung verschiedener Krebsarten in der fortgeschrittenen Pipeline der Pharmaindustrie. In der klinischen Phase III befindet sich ein Großteil der Substanzen in den ATC4-Klassen L01H0 (Antineoplastische Protein Kinase Inhibitoren) und L01X9 (Andere antineoplastische Mittel) gefolgt von den monoklonalen Antikörpern L01G0. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Substanzen in der Zulassung, wobei hier die Anti-TNF Präparate zusätzlich vertreten sind. Von den insgesamt 44 Substanzen in der klinischen Phase III sind derzeit 16 gentechnisch hergestellte Arzneimittel. In der Zulassung befinden sich aktuell 8 Biologicals. Allerdings lässt diese Analyse keinen Rückschluss zu, wie schnell die Medikamente zugelassen werden und ob sie nach der Zulassung auch auf dem deutschen Markt verfügbar sind. Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass selbst in Phase III ca. 30 Prozent der Wirkstoffe die Anforderungen nicht erfüllen und aufgegeben werden. Auch kann letztlich das prüfende Gremium CHMP (EMA's Committee for Medicinal Products for Human Use) eine „negativ opinion“ über das Dossier aussprechen und somit die Zulassung verhindern. Trotz dieser Einschränkungen werden voraussichtlich zahlreiche neue Onkologika mit unterschiedlichen Wirkprinzipien die Therapieoptionen vergrößern.

Ausblick

Die Analyse von INSIGHT Health zeigt, dass die Onkologika-Pipelines gut gefüllt sind und in unterschiedlichen Therapieansätzen geforscht wird. Zudem stehen zahlreiche Sub-

stanzen kurz vor der Zulassung und damit auch bald den Patienten zur Verfügung. Ein Meilenstein ist die erst Anfang September zugelassene CAR T-Zell-Therapie. Mit diesem gentherapeutischen Ansatz können Kinder und Jugendliche, die an akuter lymphatischer Leukämie aus B-Vorläuferzellen erkrankt sind, künftig in den Vereinigten Staaten behandelt werden. Die Zulassung für Europa könnte womöglich noch in diesem Jahr erfolgen (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft, 2017). Dennoch werden auch in Zukunft nicht sämt-

liche der mehr als 200 Krebsarten therapierbar sein. Neben neuen Onkologika werden weiterhin bewährte und unterschiedliche Therapien kombiniert, die zunehmend auf bestimmte Patientengruppen abgestimmt werden. Oberstes Ziel ist die Heilung oder das Aufhalten der Erkrankung, was unabhängig von den Ausgaben einen entscheidenden Beitrag zum gesamten Solidarsystem liefert. Die Investition in die Gesundheit des Patienten soll auch durch den 2013 ins Leben gerufenen nationalen Krebsplan unterstützt werden.

Darin wurde ein Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz verabschiedet, welches die Einführung flächendeckender klinischer Krebsregister zum Ziel hat. Die Daten aus den Behandlungszentren können wertvolle Ergebnisse zu Therapiemaßnahmen, Behandlungserfolgen und Patienten-Outcome liefern und letztlich auch für die Versorgungsforschung interessante Erkenntnisse bereithalten. An einem anderen Punkt setzt das 2012 gegründete Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung an. Der Austausch von Expertise soll in standortübergreifenden Projekten und klinischen Studien die Forschungsergebnisse möglichst schnell in die klinische Entwicklung und Anwendung bringen. Dadurch soll in Zukunft jedem Patienten die Behandlung mit den größten Erfolgsaussichten empfohlen werden können. Innovative Therapien schnell zur Verfügung zu stellen und dabei effizient einzusetzen, sind Ziele der personalisierten Onkologie, deren Anfänge längst gemacht sind. <<

Autorinnen:
Esther Zöllner und Kathrin Pieloth*

Optimierung der Wertschöpfungskette in der Gesundheitsforschung

Zwei Hürden – zwei Lösungsvorschläge

Mit welcher Strategie kann das Gesundheitssystem den künftigen Herausforderungen wie demographischer Wandel und Zunahme von Volkskrankheiten und Mehrfacherkrankungen standhalten? Dieser Frage ging die Arbeitsgruppe „Wertschöpfungskette“ des Forums Gesundheitsforschung in einer Empfehlung für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) nach. Im Zentrum der Arbeit standen die Hürden der Wertschöpfungskette in der Gesundheitsforschung. Um diese zu überwinden, empfiehlt die Arbeitsgruppe zweierlei: Zum einen sollte die Validität und Qualität der biomedizinischen Grundlagenforschung verbessert werden. Zum anderen macht sich die Arbeitsgruppe für ein Translationsprogramm stark, das die Einführung neuer Wirkstoffe beschleunigt und Innovationen zum Durchbruch verhilft.

>> Die Gesellschaft steht vor großen Herausforderungen, heißt es am Anfang des Dokuments der Arbeitsgruppe „Wertschöpfungskette“ des Forums Gesundheitsforschung. Demografischer Wandel und die Veränderung des Lebensstils führten dazu, dass Volkskrankheiten und Mehrfacherkrankungen in der Bevölkerung zunehmen würden. Neue und innovative Präventionskonzepte, Diagnose- und Therapieverfahren sowie neue, bessere und bezahlbare Wirkstoffe für Arzneimittel würden nun dringend gebraucht. Die für die zukünftige Gesundheitsversorgung der Menschen vielversprechendsten Forschungsansätze und neue Wirkstoffkandidaten müssen nach Ansicht der Verfasser deshalb konsequenter und frühzeitiger identifiziert werden. Zudem müssen sie durch alle Entwicklungsschritte der Wertschöpfungskette professionell begleitet werden, so dass die industrielle Anschlussfähigkeit nachhaltig hergestellt werden kann.

Die Entwicklung neuer Verfahren und Wirkstoffe sei jedoch schwierig und mit hohen Entwicklungsrisiken verbunden, so die weitere Feststellung. Denn die Entwicklung sei zeitaufwändig und verursache hohe Kosten. So beanspruche die Entwicklung eines neuen Therapeutikums bis zur Zulassung 10 bis 15 Jahre und koste bis zu einer Milliarde Euro. Die durchschnittliche Erfolgsrate liege aber bei nur 5 bis 10 Prozent. Damit Entwicklungskosten nicht weiter steigen und neue Produkte die Patienten schneller erreichen, müssen Hürden in der Wertschöpfungskette abgebaut werden, die die Translation behindern, sind die Verfasser des Dokuments überzeugt. Sie empfehlen, an zwei Punkten anzusetzen, um diese Hürden abzubauen.

Validität und Qualität der Forschung verbessern

Die Validität und Qualität der biomedizinischen Forschung sollte verbessert werden, heißt es in der Empfehlung. Denn dies sei die Basis für eine rasche Translation von Forschungsergebnissen in die präklinische und klinische Entwicklung. Deren Ergebnisse müs-

sen sich in den späteren Schritten der Wirkstoff- und Therapieentwicklung schließlich als reproduzierbar und verlässlich erweisen. Zudem seien sie eine Voraussetzung für den effizienten Umgang mit Forschungsressourcen und für die Glaubwürdigkeit und Konkurrenzfähigkeit der Wissenschaft – nach innen und nach außen. Als problematisch betrachtet die Arbeitsgruppe derzeit folgende Punkte in der Forschung:

- „Reproducibility Crisis“ – eine mangelhafte Reproduzierbarkeit der Ergebnisse: Nur weniger als ein Viertel aller Publikationen kann repliziert werden. Die in Tiermodellen und anderen Modellsystemen gewonnenen Forschungsergebnisse seien zudem nur teilweise auf den Menschen übertragbar. Dadurch kommen zu wenige Innovationen aus der biomedizinischen Forschung in der Patientenversorgung an. Die Ursachen für dieses Qualitätsproblem sehen die Verfasser unter anderem im System und dessen Anreizen. So würde beispielsweise der höhere Mehraufwand an Zeit und Kosten nicht honoriert, der für die qualitätsgesicherte Forschung nötig ist.
- Darüber hinaus setzten die Anreizsysteme wie die Anzahl und der Impact Faktor von Publikationen sowie kurze Projektlaufzeiten Wissenschaftler unter hohen Leistungs- und Zeitdruck. Dadurch veröffentlichten sie vielversprechende Forschungsergebnisse oft zu schnell und ohne diese vorher genügend zu überprüfen. Null- und negative Ergebnisse würden hingegen selten publiziert. Ein Teil der Forschung würde zudem von Mitarbeitern durchgeführt, die noch in der Ausbildung sind und oft nicht ausreichend angeleitet und betreut werden.
- Es fehle ein methodenkritischer Diskurs für eine Beurteilung und Einordnung der gewonnenen Ergebnisse. Den Forschenden seien zudem die natürlichen Grenzen der experimentellen Modelle zu wenig bewusst oder sie verdrängten sie. Zudem lasse die Anwendung geeigneter Biometrie in präklinischen und klinischen Studien oft zu wünschen übrig.

- Es gebe zu wenig formalisierte Qualitätssicherung in der akademischen Forschung, oder sie werde nicht ausreichend umgesetzt. Wissenschaftsverlage und Forschungsförderer fordern „Good Practice Guidance“ nach Ansicht der Verfasser bisher zu wenig ein. Die Dokumentation und Berichte über Forschungsergebnisse seien wenig standardisiert und häufig unvollständig. Im Gegensatz zu der klinischen Forschung, wo mit Hilfe der evidenzbasierten Medizin, der Priorisierung von randomisierten, multizentrischen Studien sowie von Vorschriften zur adäquaten Dokumentation ein Umdenken und damit eine Qualitätssteigerung eingeleitet wurde, fehle dieser Prozess in der Grundlagenforschung und in der präklinischen Forschung.
- Darüber hinaus übt die Arbeitsgruppe Kritik am Peer-Review-Prozess der wissenschaftlichen Zeitschriften, der zunehmend versage (vgl. dazu auch MVF 04/2017 S. 20). Immer mehr Publikationsmöglichkeiten überlasteten den Review-Prozess oder würden zunehmend ohne angemessene Qualitätssicherung durchgeführt und führten zur Veröffentlichung von Arbeiten mit nicht ausreichender Aussagekraft und von unvollständigen Arbeiten.
- Schließlich verleiteten eine immer größer werdende Abhängigkeit der akademischen Forschung von Drittmitteln und kurze Förderzyklen mit hohem Ergebnisdruck zur „Erwartungsforschung“, die oftmals mit Bias und einer unzureichenden Validierung einhergehe.

Die Arbeitsgruppe formuliert vor diesem Hintergrund konkrete Maßnahmen, die von den Wissenschaftlern umgesetzt und von den Leitungsorganen der Universitäten und der außeruniversitären Forschungseinrichtungen sowie den Forschungsförderern eingefordert, unterstützt und kontrolliert werden sollten:

- Experimente und Studiendesign zur Erhöhung der Validität von präklinischer Forschung sorgfältig planen;
- relevante Ergebnisse replizieren;



Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim im vergangenen Jahr mehr als 3 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit rund 50.000 Mitarbeiter, davon mehr als 15.100 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de

- alle Daten und Erkenntnisse für die Wissenschaft und die Allgemeinheit verfügbar machen;
- Gute Wissenschaftliche Praxis implementieren;
- mit Kulturwandel eine bessere Qualität in der Forschung schaffen;
- Verfügbarkeit und Nutzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen vereinfachen;
- Strukturen, Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätssicherung einfordern;
- Förderprogramme zur Qualitätssicherung auflegen;
- Kulturwandel für eine bessere Qualität in der Forschung unterstützen.

Fonds soll die Entwicklung neuer Wirkstoffe beschleunigen

Als zweite Empfehlung zur Überwindung der Hürden in der Wertschöpfungskette der Gesundheitsforschung schlagen die Verfasser die Etablierung eines Translationsfonds vor. Dieser sei notwendig, damit die Entwicklung neuer Wirkstoffe beschleunigt wird und neue Produkte in einem kompetitiven Markt die Zulassung und damit die Patienten zeit- und kosteneffektiver erreichen. Dabei handelt es sich um ein Translationsprogramm, das als Fonds (Translationsfonds) eingerichtet werden soll, der gemeinsam von BMBF und Industrie finanziert wird. Aus dem Fonds sollen ausgewählte Projekte zur Entwicklung von potenziellen Wirkstoffen gefördert werden.

Für den Translationsfonds soll eine umfassende Beratungsstruktur und ein professionelles Projektmanagement aufgebaut werden (s. Abb. zur Fondsorganisation). Durch die strategische Partnerschaft mit der Industrie soll sichergestellt werden, dass geförderte Projekte eine realistische Chance auf eine präklinische Validierung und eine klinische Anwendung haben, konkurrenzfähig sind und vermarktet werden können. Außerdem sollen erfahrene Projektmanager das Aufstellen wichtiger Go/NoGo-Meilensteine gewährleisten sowie schnelle Entscheidungen und eine kompetitive Entwicklung der Wirkstoffkandidaten.

Der Translationsfonds sollte auf bereits vorhandene Einrichtungen und Infrastrukturen zurückgreifen, die translationale Forschung in Deutschland betreiben und die wesentlichen Akteure zusammenbringen. In einem solchen Modell sollen die akademischen Partner von der Unterstützung und Einlizenzierung ihrer Projekte durch die Industrie profitieren und an der Realisierung ihrer Innovationsideen teilhaben. Im Gegenzug zur Beteiligung am Translationsfonds bietet er den beteiligten Unternehmen einen Zugang zu innovativen Ideen und Mitwirkung

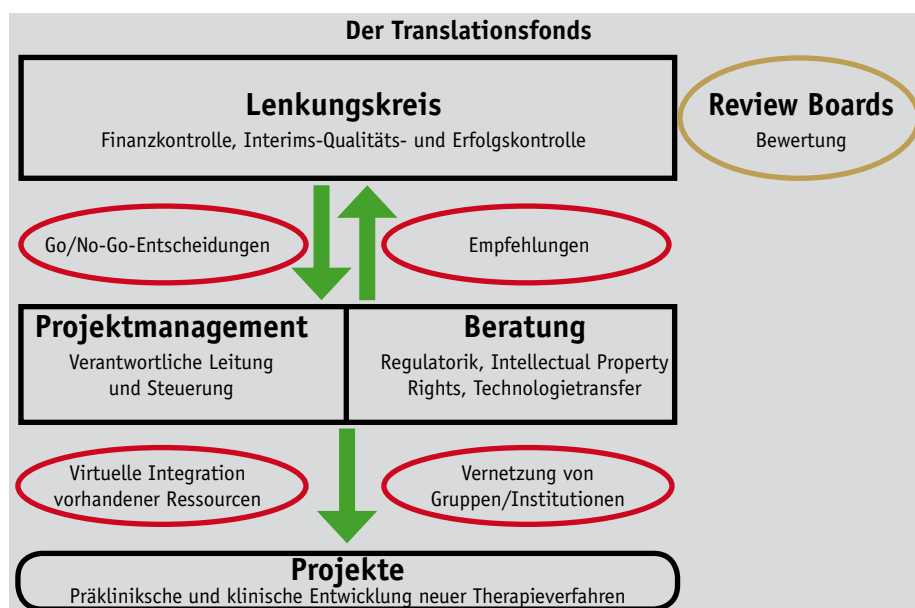


Abb.: Der Translationsfonds, aus: „Strategien zur Überwindung von Hürden der Wertschöpfungskette in der Gesundheitsforschung“ von der Arbeitsgruppe „Wertschöpfungskette“ des Forums Gesundheitsforschung.

bei der Projektauswahl. Darüber hinaus sollten beteiligte Firmen das Recht auf Information und eine Option auf den ersten Zugriff erhalten, schreiben die Autoren.

Der Translationsfonds sollte Themenschwerpunkte auf Gebieten mit hohem medizinischem Bedarf in Angriff nehmen wie etwa Antibiotika, Impfstoffe, seltene Erkrankungen, bisher nur schlecht oder sehr teuer therapierbare Erkrankungen. Es sollen aber auch Themenschwerpunkte, die die Industrie weniger intensiv bearbeitet, beziehungsweise Mandate für Pandemiefälle, berücksichtigt werden.

Der Fonds würde ein jährliches Budget von circa 60 Millionen Euro (je zur Hälfte öffentliche und Industriemittel) erfordern, schätzt die Arbeitsgruppe. Aufgrund der langen Entwicklungszeiten von Wirkstoffen sollte der Förderungszeitraum mindestens zehn bis fünfzehn Jahre betragen. Die Projekte sollten regelmäßig meilensteinabhängig überprüft werden und klaren Go-/NoGo-Entscheidungen unterliegen.

Die Steuerung soll beim Translationsfonds durch einen Lenkungsreis erfolgen, der durch Review Boards unterstützt wird (s. Abb.). Kern des vorgeschlagenen Programms ist die professionelle Beratung durch präklinisch und klinisch kompetente Projektmanager mit langjähriger Erfahrung in der Wirkstoffentwicklung, die die Projekte verantwortlich betreuen sollten. Darüber hinaus sollte eine Beratung zu regulatorischen Fragen, zu Intellectual Property Rights (IPR) und zum Technologietransfer die Projekte unterstützen.

Alle Projekte sollten entsprechend ihrer Meilensteinplanung einen engmaschigen Review Prozess durchlaufen. Als zentrale Erfolgskrite-

rien für den Translationsfonds betrachten die Autoren die Anzahl der initiierten klinischen Prüfungen mit erstem Wirksamkeitsnachweis im Menschen, die Anzahl der Projekte, die ihre definierten Meilensteine erreicht haben sowie die Anzahl der industriellen Kooperationen und Lizenzierungen beziehungsweise die Anzahl der Spin-off-Unternehmen.

Zur erfolgreichen Umsetzung des Translationsfonds listet die Arbeitsgruppe vorbereitende und unterstützende Maßnahmen auf:

- Ein Mapping sollte zunächst eine Übersicht zu Infrastrukturen für die verschiedenen Schritte der Arzneimittelentwicklung und deren Nutzungs- und Zugangsbedingungen erstellen, um diese in den Translationsfonds zu integrieren und keine neuen Strukturen aufbauen zu müssen.
- Akademische Projekte sollten in Konsortien mit komplementären Expertisen so weiterentwickelt werden, dass sie Eingang in den Translationsfonds finden können. Hierzu sollten spezifische Fördermaßnahmen für konfirmatorische tierexperimentelle Studien und für Screening-Prozesse aufgelegt werden.
- Darüber hinaus sollten Universitäten in Zusammenarbeit mit industriellen Partnern Postgraduierten-Programme für translationsrelevante Bereichen entwickeln. <<

von:
Olga Gilberts

Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Zwei Hürden – zwei Lösungsvorschläge“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 14-16; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2034



Mein Coach & ich

unterstützt Ihre Versicherten konkret im Alltag. Medizinisch qualifiziert, 1-zu-1 und Schritt für Schritt. Bei chronischer Erkrankung, psychischen Beschwerden und belastendem Schmerz.

AUCH ALS DMP

Casaplus

Medizinische Begleitung zu Hause. Für Mehrfacherkrankte.

Spezial

Mein Coach & ich

Konkrete Unterstützung im Alltag. Nicht nur für Chroniker.

Intensiv

Extra-Services

- ME:CO DMP
- ME:CO Pflegeberatung

g wie gesund

Sofortberatung jederzeit & überall. Für alle Versicherten.

Basis

Interview mit Dr. med. Claudia Ritter-Rupp, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB)

Zur Notwendigkeit der „Psychoneuroimmunologie“

Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ spricht Dr. med. Claudia Ritter-Rupp über die deutlich spürbare Zunahme psychischer Erkrankungen, sowie über mögliche Wege und nötige strukturelle Änderungen, um den daraus resultierenden Ansprüchen an unser Gesundheitssystem zu begegnen. Ein Ansatz ist für die niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die „Psychoneuroimmunologie“, ein Forschungsbereich, der sich mit den Wechselwirkungen zwischen psychischen und immunologischen Faktoren befasst.

>> Frau Dr. Ritter-Rupp, bevor wir auf das Thema „Psychoneuroimmunologie“ eingehen, kommen wir erst einmal zu Ihrer Person: Sie vertreten seit 2017 im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) die niedergelassenen Psychotherapeuten. Was sind Ihre Schwerpunkte?

Als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, setze ich mich im Vorstand der KVB zum einen natürlich für eine bessere Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen, zum anderen aber auch für eine bessere und vor allem zeitnahe psychotherapeutische Versorgung der Patienten ein. Wir waren in den letzten Monaten sehr damit beschäftigt, die am 1. April dieses Jahres in Kraft getretene Psychotherapie-Richtlinie umzusetzen, die einen schnelleren Zugang zu hochqualifizierter Psychotherapie und eine Flexibilisierung des Versorgungsangebotes schaffen sollte. Diese schnellere und bessere Erreichbarkeit der Psychotherapeuten und die Einrichtung von Sprechstunden und Akuttherapien bedeutete für die Praxen einen enormen organisatorischen Aufwand. Aus der eigenen beruflichen Erfahrung in meiner psychotherapeutischen Praxis erscheint mir auch ein intensiver Austausch und eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den fach- und hausärztlichen Kollegen wichtig. Die Kooperation zum Wohle der Patienten gelingt am besten, wenn über eine gute Vernetzung hinaus Verständnis und Wertschätzung der unterschiedlichen Kompetenzen, aber auch Respekt vor den Unterschieden vorherrschen.

Psychische Erkrankungen scheinen auf dem Vormarsch. Welche Auswirkungen hat diese Zunahme auf das Gesundheitssystem?

In der Tat erleben wir in den letzten Jahren bundesweit eine deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen. Mittlerweile sind diese Diagnosen nach Erkrankungen des Bewegungsapparates der zweithäufigste Grund für eine Krankenschreibung. Häufig geht es nicht nur um eine kurzfristige Episode, sondern um längerfristige Phasen der Arbeitsunfähigkeit. Gründe dafür sind zum Beispiel die zunehmende Verdichtung der Aufgaben und Tätigkeiten unserer modernen Arbeitswelt, die dazu beitragen, dass der oder die Einzelne sich einem immer größer werdenden Druck und Stress ausgesetzt sieht. Ich habe viele Patienten erlebt, die sich erst nach vielen unnötigen Untersuchungen und langwierigen somatischen Behandlungen erst sehr spät eingestehen konnten, dass sie psychische oder psychosomatische Probleme haben und psychotherapeutische Hilfe benötigen. Bedauerlicherweise unterliegen psychische Erkrankungen oftmals immer noch einer gesellschaftlichen Stigmatisierung. Doch je später nach einer solchen Hilfe nachgesucht wird, desto schwieriger und langwieriger ist unter Umständen der Heilungsprozess und umso höher sind die Kosten für unser Gesundheitssystem. Ein größerer Behandlungsbedarf ergibt sich auch u.a. dadurch, dass man zunehmend die große Bedeutsamkeit einer psychotherapeutischen Mitbehandlung nicht nur bei psychosomatischen Beschwerden, sondern auch bei vielen somatischen Krankheitsbildern erkannt hat. So gilt z.B. die Depression mittlerweile als einer der Hauptrisikofaktoren bei Herzinfarkt. Auch bei der Behandlung von Krebs sowie vieler chronischer Erkrankungen hat

sich gezeigt, dass die psychotherapeutische Mitbehandlung die Prognose deutlich verbessert, aber dazu kommen wir später noch beim Thema „Psychoneuroimmunologie“.

Was muss getan werden beziehungsweise welche strukturellen Änderungen sind notwendig, um den steigenden Bedarf in der ambulanten Psychotherapie zu decken?

Zum einen haben wir durch die Psychotherapie-reform im April diesen Jahres bessere Voraussetzungen für einen schnelleren und flexibleren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung geschaffen, zum anderen brauchen wir jetzt aber dringend eine neue, dem aktuellen Versorgungsbedarf angepasste Bedarfsplanung, in der neben Sozialdaten wie Alter und Geschlecht auch sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit oder Einkommenssituation berücksichtigt werden sollten. Tendenziell können wir zwar davon ausgehen, dass sich in den großen Städten mittlerweile eine relativ gute Versorgungslage mit einem breiten psychotherapeutischen Leistungsspektrum entwickelt hat. In den kleineren Städten und Gemeinden stellt sich die Situation allerdings noch unzureichend dar.

Kommen wir zu der bereits von Ihnen erwähnten „Psychoneuroimmunologie“, die zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt ist und bisher unberücksichtigte Zusammenhänge in der Medizin deutlich macht sowie neue Chancen eröffnet. Was bedeutet „Psychoneuroimmunologie“ und was ist das Besondere daran?

Bei der „Psychoneuroimmunologie“ (PNI) geht es um einen Forschungsbereich, der sich mit den Wechselwirkungen zwischen psychischen und immunologischen Faktoren befasst. Es wird aufgezeigt, welchen Einfluss psychische bzw. psychosoziale Faktoren auf das Immunsystem sowie auf das Hormon- und Nervensystem haben und umgekehrt. Das Besondere an der PNI ist, dass es mit ihr in der Wissenschaftsgeschichte erstmals gelungen ist, eine Brücke zwischen den sogenannten Softdaten der Psychologie bzw. der Sozialwissenschaften und den Objektivdaten des Labors, also z.B. den Analysedaten des Immunsystems zu schlagen. Bestimmt man die Anzahl und Aktivität bestimmter immunrelevanter Zellen, lässt sich feststellen, in welchem Funktionszustand sich das Immunsystem befindet. Durch die Korrelation dieser immunologischen Messungen mit psychologischen Daten konnte die PNI, die als Wissenschaft erst seit gut 40 Jahren besteht, klar nachweisen, dass psychische Belastungen und unterschiedliche Formen von Stress einen fundamentalen Einfluss auf unser Immunsystem und damit letztendlich auf die Frontlinie unserer Gesundheit haben. Ob wir gesund bleiben oder krank werden, hängt also ganz wesentlich damit zusammen, welchen Stressfaktoren wir ausgesetzt sind. Stress ist mit bestimmten Immunveränderungen verbunden, die u.U. virale Erkrankungen bis hin zu Krebs auslösen können. Darüber hinaus führt chronischer Stress zu einer deutlich erhöhten Entzündungsaktivität im Körper, was einerseits mit dem Auftreten von Autoimmunkrankheiten und andererseits, über rückwirkende

immunoneuronale Verschaltungen, mit einem erhöhten Risiko psychischer Erkrankungen wie atypischer Depression und Erschöpfung verbunden sein kann. Es gilt daher das Immunsystem mit einem guten Stress- und Selbstmanagement positiv zu beeinflussen. Die PNI-Forschung hat bewiesen, dass der Entstehung chronisch-entzündlicher Prozesse im Körper sowie auch der damit oft verbundenen Depressions- und Erschöpfungssyndrome wirkungsvoll entgegengewirkt werden kann. Aus diesem Grund bietet die PNI einen idealen wissenschaftlich fundierten Ansatzpunkt für die ambulante psychotherapeutische Versorgung und darüber hinaus auch für die Behandlung vieler chronischer Erkrankungen.

Warum hat die „Psychoneuroimmunologie“ das Potenzial dazu, den Antworten auf große, bisher unbeantwortete Fragen der Medizin näherzukommen, zum Beispiel: Was hat es mit den Autoimmunerkrankungen auf sich und wie kann man ihnen und anderen chronischen Erkrankungen therapeutisch effizienter als bisher begegnen?

Das Grundprinzip der verschiedenen, meist chronisch verlaufenden, Autoimmunerkrankungen mit ihren jeweiligen ganz unterschiedlichen Beschwerdebildern besteht darin, dass das Immunsystem gegen den eigenen Körper vorgeht und sich damit nicht auf seine eigentliche Aufgabe beschränkt, nämlich Bakterien, Viren oder auch kranke Zellen zu vernichten. Zu den bekanntesten Autoimmunerkrankungen, die bis heute therapeutisch nur schwer zu beeinflussen sind, gehören Multiple Sklerose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Systemischer Lupus Erythematoses oder die Rheumatoide Arthritis. Sie sind für die PNI ein äußerst interessantes Forschungsfeld, weil aufgezeigt werden kann, dass Körper und Psyche bei der Entstehung einer Autoimmunerkrankung untrennbar miteinander verbunden sind. Das sind Erkenntnisse, die wiederum für die ganzheitliche Medizin von großer Bedeutung sind, da diese die Trennung von Körper und Seele zu überwinden versucht und damit neue therapeutische Herangehensweisen in Aussicht stellt, die weit über die mechanische Behandlung mit Operationen oder Medikamenten hinaus gehen. Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Leiter des Labors für Psychoneuroimmunologie an der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie in Innsbruck, der dieses Thema seit vielen Jahren intensiv beforcht, geht davon aus, dass Funktionsstörungen der Psyche mit dem Entstehen und der Aufrechterhaltung einer Autoimmunerkrankung direkt verbunden sind. Seinen Überlegungen zufolge wird das Immunsystem von der Psyche gewissermaßen in Anspruch genommen, um Aggressionen, die eigentlich nach außen gerichtet werden müssten, gegen den eigenen Körper zu wenden. Die PNI schafft einen neuen Zugang zu Krankheit und hat somit das besondere Potenzial, den Zusammenhang zwischen Krankheit und Gesundheit aus einem völlig neuen Blickwinkel zu betrachten. Bis jetzt glaubte man ja, dass die Entschlüsselung der DNA u.U. ausreichen könnte, um Krankheiten zu verstehen und heilen zu können. Die PNI geht hier einen entscheidenden Schritt weiter, indem sie klarmacht, dass ein Auslesen der Zellstrukturen nicht ausreicht, sondern dass wir eben auch die psychischen Umstände und sozialen Lebensverhältnisse eines Menschen mitberücksichtigen müssen, wenn wir ihm helfen möchten, seine Krankheit zu überwinden – womit wir wieder beim bereits erwähnten ganzheitlichen Ansatz in der Medizin wären.

Was verspricht sich die Psychotherapie von der Psychoneuroimmunologie?

Die Forschungsergebnisse der PNI bestätigen erstmals objektiv, z.B. über den Nachweis von positiven Veränderungen der Entzündungsparameter, die immunologischen Effekte von Psychotherapie. Dies könnte für künftige Weiterentwicklungen in der ambulanten Psychotherapie möglicherweise von großer Bedeutung und für das Gesundheitssystem nicht zuletzt aus Kostengesichtspunkten äußerst interessant sein. Wenn jetzt aufgezeigt werden kann, dass die Psyche einen derartigen Einfluss auf Krankheit und



Gesundheit hat, könnten sich künftig gerade für chronisch erkrankte Patienten, die bis jetzt nur medikamentös oder operativ behandelt wurden, neue psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten ergeben, die auf veränderte Aktivitäten des Stress- und Immunsystems abzielen. Ein neben den Autoimmunerkrankungen weiteres Beispiel betrifft den Bereich Krebs: Angesichts der Erkenntnisse, dass das Stresssystem die Aktivität von Krebszellen sowohl durch direkte vegetative Innervierung als auch durch Stresshormone beeinflussen kann, ist auch die Möglichkeit der psychotherapeutischen Beeinflussung einer Krebserkrankung durch Änderung der Aktivität des Stresssystems ein sehr spannendes Thema.

Was hat Sie dazu bewogen, sich trotz der immensen Aufgabenfülle Ihres Amtes für ein solches fachlich-anspruchsvolles Thema zu engagieren?

Da ich herausragende innovative Ansätze, die eine große Chance für die Regelversorgung darstellen, für unverzichtbar erachte, habe ich mich in meiner Funktion als zweite stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sehr dafür eingesetzt, dass die KVB sich bei einem Innovationsfondsprojekt als Konsortialpartner beteiligt, in dem ein erfolgversprechender psychoneuroimmunologischer Ansatz für chronisch Kranke erprobt werden soll. Das Projekt trägt den Titel „Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis basierend auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie“ oder kurz PETRA.

Warum ist PETRA für Sie ein besonderes Projekt, das durch den Innovationsfonds gefördert werden sollte?

Das Projekt PETRA wurde im Rahmen der dritten Förderwelle des Innovationsfonds eingereicht und ist auf Patienten mit Rheumatoider Arthritis fokussiert, einer Erkrankung, bei der gegen den eigenen Körper, hier gegen die Gelenkinnenhaut gerichtete entzündliche Prozesse eine große Rolle spielen. Ziel des Projekts ist es nachzuweisen, dass sich eine psychothe-

rapeutisch geleitete Stärkung des Selbstmanagements der teilnehmenden Patienten positiv auf die Entzündungsparameter auswirkt und so zu einer Reduktion der Krankheitsschübe führt. Die Ansprache und die engmaschige Betreuung der Patienten erfolgen durch die Hausärzte beziehungsweise durch die Rheumatologen. Darüber hinaus könnte der Nachweis des Einflusses der Psyche auf die Immunaktivität bei Rheumatoider Arthritis ganz grundsätzlich einen veränderten Zugang zu einer körperlichen Erkrankung schaffen. Der praktische Ansatz dieses Projekts besteht in der Durchführung eines sogenannten „Aktivierenden Kompetenztrainings“. Das Training findet in kleinen Gruppen statt und wird von hochqualifizierten niedergelassenen Psychotherapeuten geleitet. Die Patienten sollen im Rahmen der standardisierten Intervention befähigt werden, ihre Gesundheits- und Lebenskompetenz aktiv zu verbessern. Im Mittelpunkt steht deshalb das Thema Lebens- und Gesundheitskompetenz. Die Teilnehmer erfahren, wie sie ihre Gesundheit selbst managen können, indem sie mit Hilfe der beteiligten Therapeuten lernen, die für sie psychisch-kritischen Momente zu erkennen und konstruktiv damit umzugehen. Das PNI-Projekt – und deshalb verdient es meiner Ansicht nach, durch den Innovationsfonds gefördert zu werden – verspricht eine wesentliche, immunologisch objektiv messbare, Verbesserung der Krankheitsverläufe der Patienten mit Rheumatoider Arthritis, verbunden mit einer deutlichen Verringerung der Medikamenteneinnahme aufgrund der verbesserten Immunologie.

Wer ist an dem Projekt beteiligt?

Am Projekt sind neben der KV Bayerns zahlreiche namhafte Partner und Experten beteiligt, unter anderem die Universität Witten/Herdecke als Konsortialführer und Gesamtkoordinator des Projektes, der BKK Landesverband Bayern, der Berufsverband der Rheumatologen, die bayerischen Landesverbände des Berufsverbands der Vertragspsychotherapeuten und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, der Berufsverband der Präventologen, die Medizinische Universität Innsbruck, die Ludwig-Maximilians-Universität München sowie das Institut für angewandte Statistik. Der Bayerische Hausärzteverband und die Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern, sind Kooperationspartner.

Wenn PETRA in die Regelversorgung aufgenommen würde, was würde auf die psychotherapeutischen Leistungserbringer zukommen?

Der Innovationsfonds bietet meines Erachtens optimale Rahmenbedin-

gungen, um neue erfolgversprechende Versorgungsformen, wie am Beispiel des Projekts PETRA aufgezeigt, zu erproben. Eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Projekte, mit dem Ziel, sinnvolle Konzepte in die Regelversorgung zu überführen, ist ja vom Innovationsfonds auch vorgeschrieben. Das Projekt PETRA fokussiert zwar auf Rheumapatienten, aber auch Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen können von den Erkenntnissen der PNI profitieren. Wenn sich anhand der PETRA-Studie zeigt, dass sich durch die im Projekt durchgeführten Management-Interventionen signifikante Veränderungen in der Krankheitsaktivität von Rheumapatienten ergeben und PETRA in die Regelversorgung übernommen wird, wird der nächste logische Schritt der sein, dass man das gesamte zur Verfügung stehende Spektrum der Psychotherapie Schritt für Schritt auf seine Wirksamkeit bei chronischen Entzündungserkrankungen überprüft und gegebenenfalls in die Regelversorgung einfließen lässt. Für die Medizin ist dies von enormer Bedeutung, weil so bestehende Paradigmen weiterentwickelt werden und es dadurch zunehmend möglich wird, den Patienten ganzheitlicher zu behandeln. Dies gilt sowohl für den therapeutischen Bereich als auch für präventive Aspekte. <<

Frau Dr. Ritter-Rupp, danke für das Gespräch.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Zur Notwendigkeit der Psychoneuroimmunologie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 18-20; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2035

Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

ist 2.stellv. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (seit Januar 2017), niedergelassen als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychoanalytikerin. Nach umfangreicher chirurgischer und internistischer Ausbildung und mehreren Auslandseinsätzen in Süd- und Mittelamerika 1992 Niederlassung in eigener psychotherapeutischer Praxis mit Praxisschwerpunkt Psychosomatik und Burnout. Seit 1999 nebenberuflich in einer psychotherapeutischen Beratungsstelle und als Dozentin in einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut tätig. Standespolitisches Engagement seit 1990 in der Bayerischen Landesärztekammer und dem Münchner Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband und in der Bayerischen Ärzteinitiative für Flüchtlingsrechte. Seit 2010 Delegierte der Vertreterversammlung der KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns). Seit 2002 Mitglied des Vorstands des bvvp Bayern e.V. (Landesverband im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten).

„Ganzheitlichkeit in der Versorgung durch PNI“

>> Die „Psychoneuroimmunologie“ (PNI) ist eine neue biologisch orientierte Wissenschaft, die aufzeigt, wie psychische Wahrnehmung mit dem Hormon-, dem Nerven- und dem Immunsystem in komplexen Wechselwirkungen verbunden ist. Molekulare Strukturen und Dynamiken der PNI prägen in permanent wandelbaren Erscheinungsformen das biologische Verhalten eines Organismus: Fehlsteuerungen bedeuten Krankheit, anpassungsfähige Regelabläufe bedeuten Gesundheit. Das Immunsystem aktiviert durch seine Botenstoffe im Gehirn neuronale und endokrine Signalwege, die das Erleben und Verhalten im Gesund- und Kranksein bestimmen.

Mit der PNI behält die Medizin ihren naturwissenschaftlichen Anspruch bei und wird um psychische und geisteswissenschaftliche Komponenten lebensnah ergänzt. Die PNI zeigt eindrucksvoll, dass psychosoziale Lebensbeeinflüsse schon sehr früh, mitunter bereits im Mutterleib, bahrenden Einfluss auf die Entwicklung von immunologischer Funktionsstörung und Krankheit haben. Damit bietet die PNI zusammen mit den Ergebnissen



der Epigenetik neue Zugänge in der medizinischen Prävention, Diagnostik und Therapie. Wort und Medikament werden damit zu gleichberechtigten Partnern in einer personalisierten Medizin.

Vor diesem Hintergrund wird ein zukunftsweisendes Förderprogramm, die „Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis basierend auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie“ (PETRA) vorgestellt, das bei Patienten mit rheumatoider Arthritis auf eine Stärkung der Gesundheits- und Lebenskompetenz durch eine verbesserte Arzt-Psychotherapeuten-Patientenkommunikation abzielt. Aus dieser Trias der Kommunikation wird sich folgerichtig eine heilungsorientierte psychotherapeutische Vorgangsweise – auch für andere chronische Krankheiten – ableiten lassen, damit Genesung und gesellschaftliche Integration Hand in Hand gehen können. <<

von:

Prof. Dr. Dr. Kurt S. Zänker, Witten (Konsortialführer)

Wir machen aus Daten Gesundheit.

Vilua entwickelt Lösungen für Prävention und Versorgung, bei denen eine nachhaltige Verhaltensänderung im Mittelpunkt steht. Durch die Kombination von digitalen Anwendungen mit persönlichem Coaching verbessern wir messbar die Gesundheit der Nutzer.



Besuchen Sie
uns auf
www.vilua.de

Eine Statusbeschreibung der elektronischen Patientenakte nach § 68 und §291a SGB V

Elektronische Patientenakten prä und ante portas

„Eine funktionierende Governance-Struktur ist die entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche flächendeckende Implementierung von eEPA-Systemen“, schreibt Prof. Dr. Peter Haas, der Autor der Mitte 2017 im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung erstellten Studie „Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen“, und legt damit gleich einen zehnjährigen Zeitplan für ein Stufenkonzept zur Einführung einer bundesweiten einrichtungsübergreifenden Elektronischen Patientenakten-Infrastruktur, kurz eEPA, vor. Eine derartige einrichtungsübergreifende Patientenakte wäre sicher eine ebenso wichtige wie richtige Aufgabe, erinnert aber in ihrer Komplexität und Allumfassendheit irgendwie an die dunklen Startjahre der Telematikinfrastruktur in Deutschland und hat neben der reinen Mach- und Durchführbarkeit eines solchen Groß-Ansatzes ein kleines Zeitproblem: Im § 291a Abs. 5c SGB V, in dem die „Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur“ geregelt wird, steht wortwörtlich, dass „bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen sind, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte bereitgestellt werden können“. Bis auf einige, wenige Ausnahmen ist das jedoch noch Zukunftsmusik.

>> Dabei hat der Gesetzgeber mit der Formulierung im § 291a Abs. 5c SGB V sowie im „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze“, kurz „eHealth-Gesetz“, ganz bewusst einen harten, unverrückbaren Zeitrahmen gesetzt. Kein Wunder: Weit über zehn Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), in dem mit Wirkung ab dem 1. Januar 2004 nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Ausgestaltung persönlicher elektronischer Gesundheitsakten festgeschrieben wurde, hat die Politik einfach die Geduld verloren. „Es zeigt sich, dass diese Fristen dazu geführt haben, dass alle Beteiligten jetzt sehr intensiv daran arbeiten, den vorgegebenen Zeitrahmen einzuhalten“, formulierte es Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Verabschiedung des eHealth-Gesetzes* mit einer für Bundespolitiker höchst ungewohnt direkten Art und Weise. Und fast im gleichen Atemzug setzte er hinzu: „Auch wenn die Industrie nach Auskunft der gematik große Probleme hat, die notwendige Technik bereitzustellen.“ Dabei tickt die Zeit: In nicht einmal eineinhalb Jahren soll flächendeckend das funktionieren, was man sich unter den Möglichkeiten einer elektronischen Patientenakte so alles vorstellen kann.

Dass es bald überhaupt so weit ist, ist nahezu ein Wunder. Und eine lange Geschichte, die bis ins Jahr 2003 zu protego.net zurückgeht, einem Projekt der Selbstverwaltung, mit dem Ziel, die elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur (TI) einzuführen: Und die zur daraus entstandenen Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte mbH, kurz gematik, zurückführt, die im Januar 2005 von den Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens gegründet worden war.

Angelegt als wahres Mammut-Projekt hatte und hat die gematik die Aufgabe, alle Beteiligten im Gesundheitswesen – Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und sonstige Behandler – auf einer sicheren Online-

Plattform miteinander zu vernetzen. Mit anfangs recht wenig Erfolg: Jahrelange Blockaden innerhalb der Selbstverwaltung – vor allem seitens der Ärzte und auch der Apotheker – sorgten für nahezu Stillstand. Zudem stoppte 2009 ein politisches Moratorium des damaligen Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler die weitere Entwicklung des elektronischen Rezepts (das damals als erste Online-Anwendung vorgesehen war) und der elektronischen Patientenakte. Das erklärte Ziel: die angeblich mangelhafte Sicherheit der darin gespeicherten Daten gewährleisten. Heute, rund zehn Jahre später, ist man nicht sehr viel weiter, weshalb Kassenärztliche Vereinigungen in der Zwischenzeit eigene IT-Netzwerke wie die KV-SafeNets aufgesetzt haben. Zudem sind einige Kassen, Kliniken und IT-Anbieter dabei, eigene Online-Patientenakten zu planen – manche haben erst begonnen, einige sind schon seit langem betriebsbereit und wenige bereits voll funktionsfähig.

Eine Frage des Menschenbildes

Doch alle haben ein und dasselbe große Problem: Sie kollidieren mit der inzwischen real existenten Telematik-Infrastruktur, beziehungsweise mit der in ihr manifestierten, paternalistischen Geisteshaltung. Diese zeigt sich vor allem in der mehrschichtigen Sicherheitsarchitektur, die Zugriffe auf Daten nur über zertifizierte und zugelassene Produkte wie Konnektoren, Kartenterminals und Karten und nur durch dafür zugelassene Personen erlaubt: Das sind in der Regel Ärzte, die sich über ihre elektronischen Heilberufsausweise (eHBA) identifizieren müssen.

Patienten hingehen sehen und haben von der bis dato existenten Telematikinfrastruktur wenig. Zum einen ist zwar seit dem 1. Januar 2015 die elektronische Gesundheitskarte als einziger Berechtigungsnachweis gültig, damit ein Patient GKV-Leistungen in Anspruch nehmen kann. Doch unterscheidet sich diese Karte von den bis 2015 genutzten Krankenversicherungskarten alleine durch

ein farbiges Bild des Patienten und einen golden glänzenden Chip, wie er auch auf allen EC-Karten zu finden ist. Allerdings: Auf diesem Mini-Chip ist nur der jeweilige Name, das Geburtsdatum, die Adresse sowie die Versichertennummer samt Versichertenstatus gespeichert. Ansonsten: nichts.

Das aber soll sich ändern: Zum einen soll als überhaupt erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte bis Mitte 2018 das längst überfällige Versicherten-Stammdatenmanagement (VSDM) nach § 291 Abs. 2b SGB V eingeführt werden, welches erst die Onlineprüfung und die Aktualisierung der Stammdaten ermöglichen kann. Zum zweiten sollen ebenfalls ab 2018 medizinische Notfalldaten auf Wunsch des Versicherten gespeichert werden können. Zum dritten soll erneut ab 2018 der Medikationsplan – auf den seit dem 1. Oktober 2016 all jene Versicherte in Papierform (!) Anspruch haben, die mindestens drei verordnete Arzneimittel einnehmen müssen – elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein; ab 2019 soll dieser auch noch aktualisiert werden können.

Zum vierten soll ab Ende 2018 die elektronische Patientenakte (EPA) als erneut freiwillige Anwendung verfügbar sein. Darin sollen seitens des Arztes – nach Authentifizierung durch dessen eHBA – der Notfalldatensatz, der Medikationsplan, etwaige Arztbriefe und andere medizinische Dokumente hinterlegt werden können.

Doch auch der Patient selbst soll in einem ergänzenden „Patientenfach“ alle möglichen Individualdaten eingeben können, wie beispielsweise Messergebnisse aus Blutzuckermessgeräten oder auch Daten aus allerlei Gesundheits-Apps.

Wie das allerdings innerhalb der hochstehenden Sicherheitsarchitektur funktionieren soll, ist unbekannt. Aus diesem Grunde hat bis dahin die gematik zu prüfen, inwieweit mobile und stationäre Endgeräte der Patienten überhaupt für den Zugriff auf die eGK genutzt werden können.

Damit folgt sie dem Auftrag der Politik, die der gematik aufgetragen hat, „bis Ende 2018 die Vo-

raussetzungen für die Nutzung des Patientenfachs mit der elektronischen Gesundheitskarte zu schaffen, so dass Patienten ihre Daten auch außerhalb der Arztpraxis eigenständig einsehen können“. Der Grund dafür ist, dass laut BMG „Patientennutzen und -selbstbestimmung im Mittelpunkt“ stehen und der Patient „nicht nur entscheidet, welche medizinischen Daten mit der Gesundheitskarte gespeichert werden“, sondern auch, „wer darauf zugreifen darf“. Und weiter: „Die Patienten erhalten außerdem einen Anspruch darauf, dass ihre mittels Gesundheitskarte gespeicherten Daten in ihr Patientenfach aufgenommen werden.“

Die Zukunft hat bereits begonnen

Da damit der Patient als Herr seiner Daten definiert ist, wozu er im Zuge der Patientenautonomie auch das Recht hat, ist entweder eine allumfassende EPA notwendig, wie sie Haas in der Bertelsmann-Studie fordert. Oder eine – wie in der im Auftrag des BMG von PwC erstellten Studie „Weiterentwicklung der eHealth-Strategie“ ausgeführt – „Öffnung der TI für Mehrwertanwendungen“. Dass bis Ende 2018 eine ganze Reihe einzelner EPA existieren werden, die dann irgendwie an die bestehende TI angebunden werden, erscheint auch sehr viel wahrscheinlicher. Diese würden dann im Endeffekt die EGK – mit Milliarden Euro finanziert – nur noch als viel zu teuer bezahltes Schlüsselsystem nutzen.

Am schnellsten seitens der gesetzlichen Krankenkassen war einmal die BARMER mit ihrem Forschungsvorhaben „Nutzen und Akzeptanz elektronischer Gesundheitsakten aus Sicht der Versicherten“, das – schon im Jahr 2007“ initiiert – jedoch auf drei Jahre begrenzt war. Diese bis zum Jahr 2010 erforschte Akte war patientengeführt, indem die Versicherten ihre Daten selbst dokumentieren, aber auch Ärzte ergänzende Informationen einstellen konnten. Darüber hinaus wurden auch Kassen-Abrechnungsdaten (z.B. Diagnosen, Arzneimittelverordnungen) importiert und für Forschungszwecke in eine „Nationale Kohorte“ gespeist. Dass das Projekt nie in der Breite umgesetzt wurde, lag damals an der fehlenden, aber eigentlich nötigen automatischen Datenübertragung von Laborergebnissen und Untersuchungsbefunden sowie der unzureichenden Einbindung der Ärzte.

All das versucht nun – immerhin sieben Jahre später – die AOK Nordost, die in Kooperation mit Cicso, xevIT, Healthcubator, Tiani Spirit und ehealthbusiness den Aufbau einer digitalen Gesundheitsplattform vorantreibt und bereits in diesem Jahr am Laufen haben will. Technisch basiert die Plattform auf dem IHE-Standard (Integrating the Healthcare Enterprise), der bereits in Österreich, der Schweiz und Teilen der USA den Grundstein für die elektronische Patientenakte bildet.

Ebenso am Start ist die TK in Kooperation mit den Helios Kliniken, Agaplesion und Vivantes, die mit Unterstützung von IBM die bisher schon existente fallübergreifende, longitudinale Akte „PEPA“ der Uni-Kliniken Hamburg-Eppendorf sowie Heidelberg in eine Patientenakte integrieren will. Vorbild hierfür ist das zentrale dänische Gesundheitsportal „Sundhed“.

Auch aus den Geldern des Innovationsfonds werden Projekte gefördert, deren integrale Bestandteile EPA sind. Das ist zum Beispiel das seit Anfang 2017 mit 8,3 Mio. Euro geförderte Projekt CoCare (coordinated medical care) der KV Baden-Württemberg. In Kooperation mit Unis und Kassen sowie dem Softwarepartner nubedian soll die koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung verbessert sowie die Schnittstelle Pflege-Ärzte optimiert werden – unter anderem mit Hilfe einer gemeinsamen EPA.

Ein weiteres vom Innovationsfonds seit 2017 mit 6 Mio. Euro gefördertes Projekt ist „NTx 360°“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Damit soll ein Nachsorgemodell für Erwachsene und Kinder nach Nierentransplantation geschaffen werden – auch hier ist ein Zentralbestandteil dieses telemedizinischen Netzwerks eine EPA.

Auch bei dem Innovationsfonds-Projekt AdAM (Förderhöhe: 16,3 Mio. Euro) in der Region Westfalen-Lippe entsteht im ersten Schritt eine ärztlich geführte Basisdokumentationsakte rund um den Medikationsplan. In einem zweiten Schritt soll die Einsichtnahme online zielgruppengerecht für die ausgewählte Patientengruppe möglich gemacht werden, womit auch hier als Option die Weiterentwicklung zu einer umfassenderen EPA möglich ist.

Als wenn es nicht schon lange Unternehmen gäbe, die bereits funktionierende Patientenakten anbieten und die das versprechen, was bei den Kassen wie Innovationsfondsprojekten durchaus noch fraglich ist: Hier ist der Patient der alleinige Herr der Daten!

Das ist zu einem die Compugroup mit der „CGM LIFE Gesundheitsakte“ (ehemals vita-x.com), die den Patient als Eigentümer der Gesundheitsakte ausweist, wobei alleine der Patient alle Rechte an den Daten besitzt, der Arzt aber Zugriff auf die Gesundheitsakte hat und die Daten ergänzen kann.

Mit am Start ist seit 2016 auch „LifeTime“ der Connectedhealth.eu. Derzeit befindet sich LifeTime in einer Testphase: Etwa 120 Praxen in Hamburg nutzen die Technologie, die vorsieht, dass Patienten via Bluetooth oder WLAN die Daten auf ihr Smartphone ziehen können, um sie dort verschlüsselt für weitere Behandlungen parat zu haben.

Und da ist „Vitabook“ der Vitabook GmbH, die – bereits 2012 gestartet – mit derzeit 184.000 aktiven Patienten die wohl größte umfassende Gesundheits-Cloud Deutschlands betreibt. Bislang arbeiten 41 Kliniken (darunter UKSH, MHH, Uni Mannheim, Helios), 517 Apotheken und 641 Pflegedienste und Heime mit dieser Lösung. Und für 8.500 Ärzte ist auch schon das eRezept-Modul involviert. Auf vitabook.de können Patienten sich ein eigenes Gesundheitskonto anlegen, worauf dann nach Zustimmung des Patienten Ärzte, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Labore, Abrechner, Pflegedienste und Sanitätshäuser Gesundheitsdaten jeglicher Art zur Verfügung stellen und auch von ihm erhalten können. Dazu gehören schon jetzt das eRezept, der Online-Medikationsplan, der Online-Impfpass, die Online-Einreichung von Arztrechnungen bei Kassen und Beihilfestellen und bald auch die Möglichkeit, die Daten – wieder nach Zustimmung der Patienten – anonymisiert für die Versorgungsforschung verfügbar zu machen (s. Interview). <<

Die Rechtslage

§ 68 SGB V

Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung können die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren. Das Nähere ist durch die Satzung zu regeln.

§ 291a SGB V

Die elektronische Gesundheitskarte dient mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung.

§ 291a SGB V Abs. 2

Die elektronische Gesundheitskarte muss geeignet sein, folgende Anwendungen für

1. die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form sowie
2. den Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, § 6c des Bundesdatenschutzgesetzes findet Anwendung.

§ 291a SGB V Abs. 3

Über Absatz 2 hinaus muss die Gesundheitskarte geeignet sein, folgende Anwendungen zu unterstützen, insbesondere das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von

1. medizinischen Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind,
2. Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichten in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifende, fallbezogene Kooperation (elektronischer Arztbrief),
3. Daten des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit,
4. Daten über Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichte sowie Impfungen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation über den Patienten (elektronische Patientenakte),
5. durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten,
6. Daten über in Anspruch genommene Leistungen und deren vorläufige Kosten für die Versicherten (§ 305 Abs. 2),
7. Erklärungen der Versicherten zur Organ- und Gewebespende,
8. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie
9. Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen nach § 1901a des Bürgerlichen Gesetzbuchs;

§ 291a Abs. 5c SGB V

Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können. Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen.

*<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/e-health.html>

Interview mit Markus Bönig, Geschäftsführer der vitabook GmbH

„Unser Mindset dreht sich zur Versorgungsforschung“

Bei Vitabook können sich Patienten schon heute ein eigenes Gesundheitskonto anlegen, das so einfach wie ein Girokonto funktionieren soll und das die darin enthaltenen Daten – nach Freigabe durch den Patienten – Ärzten, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Laboren, Abrechnern, Pflegediensten und Sanitätshäusern zur Verfügung stellt. Zudem bietet das Unternehmen, das sich selbst als Deutschlands erster Serviceprovider des Patienten bezeichnet, schon jetzt das elektronische Rezept, einen Online-Medikationsplan, einen Online-Impfpass, die Online-Einreichung von Arztrechnungen sowie ein Entlassmanagement und obendrein ein Implantatregister an. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit Vitabook-Gründer (und neuem MVF-Beiratsmitglied) Markus Bönig über die Hintergründe und daraus entstehende Möglichkeiten für die Versorgungsforschung.

>> „Ist die eGK noch zu retten?“ steht in einer aktuellen Pressemitteilung von Vitabook. Darin behaupten Sie, dass das „Konzept der elektronischen Gesundheitskarte gescheitert“ sei. Warum gehen Sie so pointiert gegen die eGK vor?

Weil es zwar hart klingen mag, aber wahr ist: Nach mehr als elf Jahren lautet die bittere Wahrheit, dass die elektronische Gesundheitskarte nichts weiter als eine einfache Versichertenkarte ohne Notfalldatensatz, ohne Medikationsplan und ohne auch nur eine der versprochenen anderen Funktionen ist, und obendrein rund 1,7 Milliarden Euro verschlungen hat.

Wo sollen denn die Daten überhaupt gespeichert werden?

Keine Ahnung. Den Notfalldatensatz oder gar die digitale Arzneliste beinhaltet die Karte nach wie vor nicht, geschweige denn die Möglichkeit, sie als elektronische Patientenakte zu nutzen: Der Chip bietet ja gerade mal 12 KB Speicherplatz. Da aber nun einmal 1 Buchstabe genau 1 Byte benötigt, sind das bei 80 Zeilen pro Seite – wenn eine Zeile 60 Zeichen hat – 4.800 Byte, also 4,8 KB. Demnach kann man auf dem Chip gerade mal knapp 3 vollgeschriebene Seiten abspeichern, aber kein einziges Bild.

Nun soll die eGK ja auch nur – gemeinsam mit dem Heilberufsausweis des Arztes – als Schlüssel zur Telematikinfrastruktur dienen.

Ich sage überhaupt nichts gegen die Schlüsselfunktion als solche, auch wenn es inzwischen längst viel intelligentere gäbe. Das Problem ist die Denklage der eGK. Das, was alle von ihr erhoffen, ist nun einmal wesentlich mehr als nur ein bloßer Schlüssel, sie steht synonym für einen zentralen Datenspeicher, der alle Daten aufbewahrt ...

... und bei allen Beteiligten des Gesundheitssystems verfügbar macht und diese damit vernetzt.

Was aber nur die Sinnfreiheit der eGK deutlich macht. Wer über den Tellerrand hinausgeschaut, erkennt recht schnell, dass weder in der EU, noch in einem anderen Teil der Welt die dafür passenden Konnektoren existieren. Wer sich also im Ausland befindet, sollte tunlichst nicht in einen Notfall geraten. Aber auch in Deutschland – und selbst wenn all die angekündigten Daten auf der eGK gespeichert werden könnten – würde sie trotzdem kaum jemanden nutzen. Denn die Daten können ausschließlich mit Konnektoren ausgelesen werden, die bislang überhaupt nur ein einziges Unternehmen anbietet und für die Arztpraxen einen horrenden Betrag hinblättern müssen. Dementsprechend verfügen viele noch nicht über diese Lesegeräte.

Was sich ändern dürfte, sobald die angedrohten Sanktionen greifen.

Zwang hilft immer. Aber ob das der Akzeptanz des Systems förderlich ist, wage ich zu bezweifeln. Aber auch das wird sich im Zeitverlauf irgendwie regeln. Lediglich das Grundproblem ist persistent.

Welches wäre das?

Alle Projekte, die auf der Logik der Telematikinfrastruktur, die die Zutritts-hürde mit Konnektor und zwei Karten – Patient und Arzt – definiert, können,

wenn das die Zutritts-höhe ist, den Patienten schlichtweg vergessen, weil er damit seine Daten nur im Beisein des Arztes einsehen und verwalten kann.

Welche Logik steht hinter Vitabook?

Die ist komplett Patientengeführt. Wir verstehen uns als Service-Provider des Bürgers und sind der – bis dato einzige – mit unterschiedlichen Schnittstellen für alle Akteure im System. Wer bei uns ein Gesundheitskonto eröffnet, kann sich Daten digital senden lassen und Daten online jedem Behandler jederzeit und überall zur Verfügung stellen. Auch die Sorge vieler Bürger, ihre auf der eGK gespeicherten Daten könnten ungefragt bei Krankenkassen landen, erübrigt sich mit dem Online-Gesundheitskonto: Hier bestimmt alleine der Kontoinhaber, also der Patient, welche Daten wem offenbart und wem weitergegeben werden. Auch der von der Politik zu Recht geforderte Medikationsplan und Notfalldatensatz sind bei uns übrigens längst umgesetzt.

Was macht man denn mit der eGK der gematik?

Eigentlich ist der gesamte Weg der eGK – determiniert durch das paternalistische Menschenbild, in dem vor 135 Jahren das Krankenkassensystem geschaffen wurde – eine Totgeburt: Sie ist einfach nicht kompatibel mit dem Recht des Patienten auf Datenhoheit! Die Karte wegzuerwerfen, wäre zwar angeraten, aber auch angesichts der Milliarden an Euro, mit denen sie finanziert wurde, auch zu schade. Man kann sie wenigstens weiterhin als reinen Schlüssel nutzen, was wir mit unserem Extraservice „Gesundheitskarten-Update“ auch anbieten: Damit wird die ansonsten recht nutzlose Karte aktiv mit unserem nutzwertigen Online-Gesundheitskonto verbunden. Das kann jeder Bundesbürger übrigens schon jetzt und muss nicht bis Anfang 2019 warten: Über www.gesundheitskarten-update.de bekommt jeder einen Notfalldatensatz mit Notfall-QR-Schlüsselanhänger für insgesamt 22,90 Euro einmalig. Das dazu gehörige Gesundheitskonto kostet im Monat auch nur 1,95 Euro.

Die der Patient zahlt?

Viele unserer Kunden tun das, weil sie den damit verbundenen Nutzwert schätzen. Doch mittlerweile übernehmen bereits 20 Krankenkassen die Kosten für ihre Versicherten, allerdings ohne Einblick in das jeweilige Gesundheitskonto ihres Versicherten zu erhalten.

Das kann der Patient von zuhause aus, ganz alleine mit seinem PC, Laptop, Smartpad oder gar seinem Handy?

Wie bei Onlinebanking auch, das ist doch längst kein Zauberwerk mehr. Jeder Patient kann bei uns von überall auf der Welt Zugriff auf sein Konto und alle darin verfügbaren Daten erhalten und allen Behandlern, wo auch immer auf der Welt, zur Verfügung stellen – wenn er das denn möchte. Die Daten werden stark verschlüsselt und liegen in der Microsoft Cloud Deutschland, hochgesichert in zwei deutschen Telekom-Rechenzentren.

Nun bieten sie neben dem Online-Gesundheitskonto auch ein System für das Entlassmanagement an.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Unser Mindset dreht sich zur Versorgungsforschung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 24-25; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2036

Richtig. Für die Kliniken bedeutet die Umsetzung des neuen Gesetzes, das ein standardisiertes Entlassmanagement vorsieht, eine enorme Herausforderung. Kaum ein Haus ist darauf vorbereitet, viele Häuser kennen nicht einmal den Starttermin – und das, obwohl der entsprechende Rahmenvertrag bereits am 1. Oktober dieses Jahres in Kraft getreten ist. Neben vielen strukturellen und organisatorischen Detailregelungen muss jeder Patient am Tag der Entlassung und der Arzt, der die Anschlussversorgung übernimmt, einen Entlassbrief bekommen. Dieser enthält unter anderem sämtliche Diagnosen, den Entlassungsbefund sowie verordnete Arzneimittel inklusive Medikationsplan und die Rufnummer eines Ansprechpartners für Rückfragen.

Das kann Ihr Online-Gesundheitskonto schon jetzt?

Aber ja. Dazu muss eine Klinik nur an unser System angeschlossen werden.

Wenn ein IT-ler „nur“ sagt ...

... dann meint er in diesem Fall den Aufwand von zwei bis drei Tagen, in denen ein virtueller Kommunikationsserver aufgebaut wird, der in der Klinik und im Kliniknetz in Betrieb genommen wird, damit dieser direkt mit dem jeweiligen Krankenhausinformationssystem kommunizieren kann. Wenn das passiert ist, bunkert der Server alle für das Entlassmanagement nötigen Daten eines Patienten bis zum Tag der Entlassung in einem File. Erst wenn es soweit ist, nimmt dieser Server Kontakt mit dem Online-Gesundheitskonto des jeweiligen Patienten auf und überspielt die nötigen Daten sowie den Entlassbrief.

Wenn der Patient noch kein eigenes Online-Konto hat?

Dann legt der Server automatisch ein neues Konto an, kopiert in dieses neue Konto wieder die nötigen Daten und den Entlassbrief, damit auch hier der Patient die alleinige Hoheit über seine Daten hat. Damit der Patient Zugriff auf dieses Konto hat, bekommt er, ein vom Patienten bestimmter Familienangehöriger oder auch ein autorisierter Pflegedienst eine eMail, in dem der Zugriff auf alle Daten nach entsprechender Passwortvergabe angekündigt wird.

Wie bekommen niedergelassene Ärzte Zugriff auf die Daten?

Der Eingebende wählt aus, wer der Zielarzt sein soll. Das könnte natürlich auch die Klinik tun, aber nur, wenn der Patient vorher zugestimmt hat, die Daten ein- und freizugeben. Selbstredend ist auch die umgekehrte Richtung möglich: vom Patient über den Arzt zum Krankenhaus. Wobei immer der Patient bestimmt, wer Zugriff auf seine Daten bekommen soll.

Und alles ohne teuren Konnektor?

Wofür auch? Man nimmt ganz einfach die von uns vergebene und mit dem Online-Gesundheitskonto verknüpfte Gesundheitskarte des Patienten, steckt diese in ein Lesegerät, das gerade einmal 100 Euro kostet und fertig: Alle Infos des Kontos können ausgelesen, die Versicherungsnummer und Stammdaten eingegeben und zudem angegeben werden, welcher Arzt, welche Klinik und welche Apotheke Zugriff auf welche Daten bekommen sollen. Natürlich können auch Fachärzte und sonstige Behandler hinzugefügt werden.

Und die Versorgungsforschung?

Wir haben bereits 184.000 Patienten, die unser System nutzen, auch wenn bei vielen noch keine Kassendaten verfügbar sind, was sich aber schnell ändern wird, sobald der politisch gesetzte Termin näher rückt, zu dem Patientenakten angeboten werden müssen. Dann können wir all die in unseren System gespeicherten Patientendaten anonymisiert der Versorgungsforschung zur Verfügung stellen, vorausgesetzt, die Patienten haben dieser Nutzung zugestimmt, was wir aber nahelegen werden. Unser Mindset dreht sich ganz explizit in Richtung Versorgungsforschung: Wir sind fest entschlossen, diesen Weg zu gehen.



Nun hat Vitabook auch ein Implantatregister geschaffen.

Wir haben zuerst ein Implantatmanagement-System mit der Medizinischen Hochschule in Hannover gebaut, woraus denn mehr aus Zufall ein klinikeigenes Implantatregister entstanden ist. Nun kam aber in diversen Gesprächen die Idee auf, dass wir eigentlich nicht nur die Implantat-Daten zu einem zentralen Register aggregieren können, sondern auch viele andere Daten hinzufügen könnten – wie etwa Abrechnungsdaten oder auch Daten, die an den MDK weitergegeben werden müssen.

Das könnte eine ganz neue Daten-Schnittstelle werden.

Die Herausforderung besteht nun darin, möglichst viele Kliniken anzubinden. Dann entstehen im Implantatumfeld und auch vielen anderen Feldern sehr interessante Daten, die dann wieder von der Versorgungsforschung genutzt werden könnten.

Das klingt nach einem großem Wurf.

Wäre es auch. Solch ein System kann alles strukturiert vorhalten, was man registrieren und weitergeben kann, wenn es denn Sinn macht. Doch muss eine derartige Idee erst einmal geboren werden. Vielleicht haben wir bisher schlichtweg nicht groß genug gedacht, wohl auch deshalb, weil wir schon mit viel kleineren Lösungen wie der online verfügbaren Patientenakte, dem Medikationsplan, dem Impfpass und selbst der in immerhin zehn Sprachen verfügbaren Refugeecard immer wieder an die Grenzen der Innovationswilligkeit des Gesundheitssystems gestoßen sind. Und die sind, das kann ich aus langjähriger Erfahrung sagen, recht schnell erreicht.

Woran liegt das?

Zum einen liegt es daran, dass so viel an Transparenz, wie sie mit derartigen Systemen möglich ist, gar nicht gewollt ist. Zum anderen aber daran, dass einige große Payer lieber selbst die Datenhoheit haben wollen.

Egal, welche Kosten auf sie zukommen?

Die großen Kassen haben genug eigenes Geld, um solche Projekte selbst stemmen zu können, auch wenn das vielleicht nicht ganz so sinnvoll sein mag. Darum sind unsere Geschäftskunden vornehmlich kleinere Kassen, die es gewohnt sind, etwas pragmatischer zu denken. <<

Herr Böning, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Anbieter von Gesundheits- und Patientenakten			
Initiator und Partner	Technik und Ansatz	Status	Zeit
Datenhoheit: Patient (alphabetisch)			
CGM LIFE Gesundheitsakte der Compugroup GmbH (früher vita-x.com)	Die persönliche Gesundheitsakte ist patientenzentriert und arztbegleitet: Ohne die Zustimmung des Patienten als Inhaber der Gesundheitsakte ist kein Datentransfer möglich. Darüber hinaus wird bei jeder Transaktion die Identität geprüft: Patient und Arzt müssen sich mit ihren jeweiligen Zugangsdaten eindeutig identifizieren, um Zugriff auf die Daten in der Gesundheitsakte zu erhalten		
„LifeTime“ der Connected-health.eu (GF: Dr. med. Johannes Jacubeit)	Die Lösung ist mit einem USB-Stick vergleichbar. Der Stick wird an den Praxis-Rechner angeschlossen. Die Daten lassen sich dann per Funk von diesem Stick auf ein Handy übermitteln und von dort in Empfang nehmen. Die App ist verschlüsselt und nur über einen persönlichen Fingerabdruck oder Zahlencode des Patienten zu bedienen	Derzeit befindet sich Life-Time in einer Testphase mit etwa 120 Praxen	Start: Januar 2016
„Vitabook“ der Vitabook GmbH (GF: Markus Bönig)	Vitabook betreibt als Deutschlands erster Serviceprovider des Patienten für Gesundheitsdaten eine umfassende deutsche Gesundheits-Cloud. Patienten können sich ein eigenes Gesundheitskonto anlegen, das wie ein Girokonto funktioniert. Die Patienten selbst sowie Ärzte, Kliniken, Apotheken, Krankenkassen, Labore, Abrechner, Pflegedienste und Sanitätshäuser können dem Patienten Gesundheitsdaten jeglicher Art zur Verfügung stellen und von ihm erhalten. Eine Fülle an Mehrwertdiensten sind auf dieser Grundlage möglich. Dazu gehören das elektronische Rezept, der Online-Medikationsplan, der Online-Impfpass, die Online-Einreichung von Arztrechnungen bei Krankenkassen und Beihilfestellen u.v.m.	184.000 aktive Patienten haben Verträge mit 41 Kliniken (darunter UKSH, MHH, Uni Mannheim, Helios), 517 Apotheken und 641 Pflegedienste und Heime, die bereits mit der Lösung arbeiten. 8.500 Ärzte sind für das eRezept-Modul bereits involviert	Start: 2012
Datenhoheit: Krankenkasse			
AOK Nordost in Kooperation mit Cicso, xevIT, Healthcubator, Tiani Spirit, ehealthbusiness	Aufbau einer digitalen Gesundheitsplattform. Technisch basiert die Plattform auf dem Standard IHE (Integrating the Healthcare Enterprise). IHE bildet in Österreich, der Schweiz und Teilen der USA bereits den Grundstein für die elektronische Patientenakte	1,75 Millionen Versicherte der AOK Nordost sollen in Zukunft wie beim Online-Banking Zugriff auf ihre Daten haben	Start April 2017. Noch 2017 sollen erste Funktionen verfügbar sein.
Techniker Krankenkasse (TK) in Kooperation mit Helios Kliniken, Agaplesion, Vivantes, in Kooperation mit IBM	Die fallübergreifende, longitudinale Akte „PEPA“ des Uni-Klinikums Hamburg-Eppendorf sowie des Uni-Klinikums Heidelberg soll integriert werden. Vorbild ist das zentrale dänische Gesundheitsportal Sundhed		Start: Feb. 2017 Ende: 2018
Datenhoheit: Klinik			
Uni-Klinikum Hamburg-Eppendorf PEPA (Persönliche elektronische Patientenakte), in Kooperation mit ICW, Chili	Für die komponentenbasierte Umsetzung wurde die ICW für den MPI und die Aktenkomponente (XDS-Registry & Repository & Professional Portal) und die Chili GmbH für die Bildkomponente ausgewählt		
Uni-Klinikum Heidelberg PEPA (Patient Empowerment durch persönliche Patientenakte), in Kooperation mit INFOPAT Rhein-Neckar; Gesundheitsregion der Zukunft	BMBF Förderung		
Datenhoheit: ? (Innovationsfonds gefördert)			
CoCare (coordinated medical care) der KV Baden-Württemberg, in Kooperation mit Uni Freiburg, nubedian GmbH, AOK BW, vdek, IKK classic, RV, Knappschaft-Bahn-See, BKK LV Süd, SVLFG	Inhalte der neuen Versorgungsform sind unter anderem gemeinsame haus- und fachärztliche Visiten durch Ärzte und Pflegeheimkoordinatoren, die Bildung von Ärzteteams, eine gemeinsame elektronische Patientenakte, gemeinsame Schulungen und eine erweiterte Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung	Ziel ist es, die koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung zu verbessern sowie die Schnittstelle Pflege-Ärzte zu optimieren, um so vermeidbare Krankenhauseinweisungen und -transporte zu reduzieren	Start: 2017 Für drei Jahre mit 8,3 Mio. Euro
„NTx 360°“ der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)	Nachsorgemodell für Erwachsene und Kinder nach Nierentransplantation in Form eines telemedizinischen Netzwerks mit eingebundener elektronischer Patientenakte		Start: 2017 Für 48 Monate mit 6 Mio. Euro

„intersec-CM“-Studie mit rund 1,7 Millionen Euro gefördert

>> Das Forschungsprojekt „Unterstützung älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen während und nach dem Krankenhausaufenthalt“ wird von der Förderinitiative „Gesund – ein Leben lang“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) mit rund 1,7 Millionen Euro gefördert. In diesem Projektvorhaben, das vom Standort Rostock/Greifswald des DZNE gesteuert wird und an dem Einrichtungen aus Jena (Thüringen), Bethel (Nordrhein-Westfalen) und Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) beteiligt sind, soll untersucht werden, wie ältere Menschen mit Demenz beim Übergang vom stationären Aufenthalt im Akutkrankenhaus in die ambulante Behandlung und Versorgung im eigenen Zuhause besser begleitet werden können. Ziel der **intersectoralen Care Management-Studie**, kurz „intersec-CM“ ist die Entwicklung eines umfassenden Entlassungsmanagements über die Krankenhausgrenzen hinweg bis in die Versorgung durch den niedergelassenen Hausarzt. Dazu wird unter anderem durch speziell qualifizierte Fachkräfte mit Hilfe eines computergestützten Interventions-Management-Systems (IMS) ein bedarfsbasierter Behandlungs- und Versorgungsplan für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen für den Übergang vom Krankenhaus in die hausärztliche Versorgung entwickelt.

„Der Versorgungsbedarf der Patienten sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfasst werden, um so die Rückkehr von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit optimal vorbereiten zu können“, so der Projektleiter der intersec-CM-Studie, PD Dr. René Thyrian vom DZNE Standort Rostock/Greifswald. Dabei soll ein poststationärer Behandlungs- und Betreuungsplan erarbeitet werden, der eine

optimale ambulante Versorgung absichert: Speziell qualifizierte Fachkräfte setzen diesen Plan um und begleiten den Prozess. Außerdem wird untersucht, wie dieses Konzept in die Versorgungspraxis überführt werden kann. Die Forschungspartner Dr. Adina Dreier-Wolfgramm vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald und Prof. Dr. Horst Christian Vollmar vom Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena führen dazu eine Prozessevaluation bei den Beteiligten – sowohl bei Menschen mit Demenz, als auch ihren Angehörigen und den beteiligten Gesundheitsberufen – durch.

Den Rahmen für die Studie bildet das evidenzbasierte Dementia Care Management, welches in der DelpHi-MV Studie am DZNE Standort Rostock/Greifswald bereits erfolgreich umgesetzt wurde. Basierend auf einer umfangreichen computergestützten Befragung entwickeln speziell qualifizierte Fachkräfte einen am individuellen Bedarf orientierten Behandlungs- und Versorgungsplan für die Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus koordinieren und begleiten sie die Umsetzung dieses Versorgungsplans mit Hilfe eines computergestützten IMS. „Die Aufgaben umfassen die Initiierung einer medizinischen



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (li.), Standortsprecher des DZNE Rostock/Greifswald, und PD Dr. René Thyrian, der Projektleiter der intersec-CM-Studie.

Diagnostik und Behandlung bezüglich der kognitiven Beeinträchtigung der Patienten, Medikationsmanagement, Pflegeberatung, soziale und rechtliche Beratung sowie Beratung und Information über Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.

Die Fachkräfte ersetzen nicht die anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, sondern unterstützen diese kompetent, patientenorientiert und individuell. Langfristiges Ziel ist es, Belastungen für die Patienten zu reduzieren und einen problemlosen Übergang aus dem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit zu ermöglichen“, erklärt Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Standortsprecher des DZNE-Rostock/Greifswald. Er wertet die Förderung durch das BMBF auch als Anerkennung der Versorgungsforschung im DZNE: „Das DZNE hat durch die DelpHi-MV Studie und durch das vom BMG geförderte Projekt Demenznetzwerke in Deutschland bereits wichtige Beiträge für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland geleistet.“ Das Projekt des intersectoralen Care Managements solle die erfolgreichen Konzepte nun auch für den wichtigen Bereich Akutkrankenhaus verfügbar machen. <<

Hintergrund und Herausforderung

In Akutkrankenhäusern zeigen mehr als 40 Prozent der über 65-jährigen Patienten kognitive Beeinträchtigungen, die während des Krankenhausaufenthaltes zu Problemen führen können. „Menschen mit Demenz fühlen sich in der ungewohnten Umgebung des Krankenhauses häufig orientierungslos, sie entwickeln Ängste und es kommt häufig zu einer kognitiven Verschlechterung während des Krankenhausaufenthaltes; all dies erhöht die Wahrscheinlichkeit von Wiederaufnahmen und vorzeitiger Heimeinweisung in dieser Patientengruppe“, erklärt Thyrian vom DZNE Standort Rostock/Greifswald.

Die Schnittstelle zwischen dem Krankenhaus und der Primärversorgung für die Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist eine besondere Herausforderung. Die Weiterbehandlung nach Operationen (u.a. durch niedergelassene Spezialisten) und die Pflegeversorgung sind oft nicht ausreichend koordiniert, Medikationspläne der Patienten werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht weitergeführt, Entlassungsbriefe, die für die weitere Behandlung und Versorgung erforderlich sind, werden unvollständig oder verspätet an die weiterbehandelnden Ärzte vermittelt und es fehlen leitlinienbasierte klinische Entscheidungshilfen. „Dies führt zu einer unzureichenden Behandlung und Versorgung vieler älterer Patienten, zu vermeidbaren kostenintensiven Wiederaufnahmen im Krankenhaus und zu vorzeitiger Institutionalisierung – sowie der daraus resultierenden Unzufriedenheit von Patienten und Gesundheitsdienstleistern“, erläutert Stefan Kreisel, Ärztlicher Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie am Evangelischen Klinikum Bethel.

Kurzinfo

Das Projekt startete am 1. August 2017, läuft vier Jahre und ist:

GEFÖRDERT VOM



**Bundesministerium
für Bildung
und Forschung**

Neben dem DZNE-Standort Rostock/Greifswald sind die Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health des Instituts für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald, die Universitätsmedizin Greifswald, das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena, die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Ev. Klinikums Bethel sowie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft als Projektpartner beteiligt.



Serie (Teil 8): „Fachbereich Health Services Management“ der LMU München

„Mein Interesse gilt der Langstrecke“

Der Fachbereich Health Services Management wurde 2013 an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) gegründet. Derzeit arbeiten am Fachbereich Health Services Management neben der Leiterin, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, sieben Wissenschaftliche MitarbeiterInnen, eine Teamassistenz und studentische Mitarbeiter. Die empirisch orientierte Forschung am Fachbereich Health Services Management (HSM) befasst sich mit Fragen und Methoden an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Die Forschung des Fachbereichs HSM ist stets angewandt und findet zu einem großen Teil in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen statt. Zudem ist der Fachbereich im Münchner Zentrum für Gesundheitswissenschaften angesiedelt und damit Bestandteil eines interdisziplinären, fakultätsübergreifenden Forschungsschwerpunkts der LMU.

>> Im Gegensatz zu den meisten der bisher in der Serie „Versorgungsforschung made in ...“ vorstellten Versorgungsforschungsinstitute handelt es sich beim Fachbereich Health Services Management der Münchner LMU um einen etwas anderen Ansatz: Er ist nicht an einer medizinischen Fakultät oder in dessen engstem Umfeld angesiedelt, sondern an der Fakultät für Betriebswirtschaft. Das hat durchaus seine Vorteile, weil diese Freiheit von der Anbindung an Akteure des Gesundheitssystems einen etwas anderen, unbeeinflussteren Blick auf die Realität der Versorgung gestattet. Und für ein hohes Maß an offenem Blick dafür sorgt, wie Menschen versorgt werden, wo der größte

Versorgungsbedarf besteht und wie knappe Ressourcen bestmöglich genutzt werden können.

All das sind zentrale Fragestellungen, deren Bearbeitung erheblich zur Verbesserung unseres Gesundheitssystems beitragen und denen sich der Fachbereich Health Services Management in Forschung und Lehre widmet.

Und das mit Erfolg: So wurde der Fachbereich HSM mit der Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V durch den G-BA beauftragt. Konsortialpartner sind das Institut für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifs-



Prof. Dr. Leonie Sundmacher

besetzte von 2012 bis 2013 die Juniorprofessur für das Fachgebiet Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor an der Technischen Universität Berlin. Von September 2012 bis August 2016 leitete sie die Nachwuchsgruppe „Challenging Inequalities in Health and Health Care“ des Gesundheitsökonomischen Zentrums Berlin an der TU Berlin. Seit Oktober 2013 ist sie Professorin für Health Services Management an der Fakultät Betriebswirtschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) in München. August 2010: Promotion zur Doktorin der Wirtschaftswissenschaften (summa cum laude), Fakultät VII Wirtschaft & Management, TU Berlin Juni 2008: Diplom in Politikwissenschaft, Otto-Suhr-Institut, Freie Universität Berlin September 2006: MSc in Health Economics, Department of Economics, University of York

Link

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

wald, das GeoHealth Centre an der Universität Bonn, Wig2 aus Leipzig, das MPI für Sozialrecht und Sozialpolitik in München sowie 37 Grad Analyse und Beratung in Köln.

Der Fachbereich ist in das Münchner Zentrum für Gesundheitswissenschaften (MC-Health) eingebunden, das Bestandteil eines interdisziplinären, fakultätsübergreifenden Forschungsschwerpunkts der LMU ist. Hier sind einschließlich des Klinikums eine Reihe von Instituten und Professuren vernetzt, die auf Gesundheitsforschung ausgerichtet sind. Darüber hinaus werden Institute des Helmholtz Zentrums München in den Bereichen Epidemiologie und Gesundheitsökonomie einbezogen. Damit wird eine durchaus einzigartige interdisziplinäre Expertise zusammengebracht und substanzielle Kompetenz im Bereich der quantitativen Gesundheitswissenschaften gebildet.

Hierzu zählt jedoch ebenso das neue Münchner Netzwerk Versorgungsforschung (MobilE-Net), in dem Leonie Sundmacher ebenfalls engagiert ist. Dies ist ein Projekt, das von der LMU München, dem Helmholtz Zentrum München und der Hochschule Rosenheim initiiert wurde und vom BMBF gefördert wird. Gemeinsam mit 16 Partnern aus der Praxis der medizinischen Versorgung, Krankenversicherungen, Forschungseinrichtungen und Behörden soll die Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten sowie deren Mobilität und soziale Teilhabe verbessert werden.

Bei all dem konnte sich Leonie Sundmacher nahezu perfekt einbringen. Bereits an der University of York hatte sie Health Economics studiert und war dort begeistert von der empirisch-orientierten und angewandten Forschung an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Health Services Research sowie der dort vorherrschenden konstruktiven, akademischen Diskussionskultur. Das Interesse für interdisziplinäres, angewandtes Arbeiten konnte sie innerhalb ihrer Promotion an der Technischen Universität Berlin vertiefen und obendrein im Jahr 2012 an der TU Berlin die Juniorprofessur für Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor annehmen. Das war damals – was noch gar nicht so lange her ist, aber deutlich macht, wie jung diese durchstartende Wissenschaftsrichtung eigentlich immer noch ist – einer der ersten Professuren in Deutschland, die den Namen Versorgungsforschung im Titel führte.

Schon diese Professur bot ihr fast einmalige Möglichkeiten, empirisch angewandt zu Themen der ambulanten Versor-



Das Team des Fachbereichs Health Services Management der LMU München (v.li.): Ronja Flemming, Wiebke Schüttig, Julia Frank-Teewag, Leonie Sundmacher, Sabine Rospleszcz, Laura Schang, Isabel Geiger und Sebastian Franke.

gung zu forschen und sich letztlich an der Schnittstelle von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung zu verankern. Was sich dann auch in ihrem Forschungsschwerpunkt – dem Management im Gesundheitswesen, insbesondere intersektorales Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung – niederschlug, den sie mit ihrem Ruf nach München weiter ausbauen konnte.

Dabei kam dieser Ruf an die LMU recht schnell und unerwartet und fiel ausgerechnet auch noch in eine ebenso arbeitsame wie produktive Phase an der Technischen Universität Berlin. Daher fiel es ihr nicht ganz leicht, sich von Berlin zu trennen, aber war natürlich auch ein nahezu folgerichtiger Schritt: Ermöglichte die Professur in München doch abermals die fast synergetische Verbindung von Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung und das auch noch – ähnlich wie an der University of York – in einer lebhaften, akademischen Gemeinschaft.

In den knapp vier Jahren, seitdem Leonie Sundmacher in München arbeitet, ist ihr Fachbereich deutlich gewachsen. Ihr Team und auch sie haben es dabei geschafft, eine gut strukturierte Mannschaft (siehe Bild) zusammen zu stellen, die motiviert und professionell an den diversen Themenschwerpunkten arbeitet. Auch dank erfolgreich eingeworbener Drittmittelprojekte, die durch das BMBF, aber auch durch den Innovationsfonds – wie beim institutionenübergreifenden Versorgungsforschungsprojekt „Accountable Care in Deutschland (ACD) – gefördert werden, ist der ehemals recht überschaubare Fachbereich inzwischen auf sieben Wissenschaftliche MitarbeiterInnen und eine Team-assistenz gewachsen und kann so relevante Fragestellungen mit

innovativen Methoden in interdisziplinären Projektteams erarbeiten.

Das Studien-Projekt ACD ist übrigens mit einer Gesamt-Fördersumme von knapp vier Millionen Euro (angelegt auf drei Jahre) das derzeit größte Projekt der HSM, und zudem jenes, das in der Lage ist, das Portfolio des Fachbereichs, das von Qualitätsmanagement über die regionale Versorgungsforschung bis hin zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Versorgungsmodellen, insbesondere in der ambulanten Versorgung und an der Schnittstelle der ambulanten zur stationären Versorgung reicht, zu verdeutlichen, und ein Stück weit auch zu definieren. Ziel des Projektes ist es, die Abstimmung zwischen den an der Behandlung beteiligten Arztpraxen und Krankenhäusern zu verbessern und damit die Anzahl von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten zu reduzieren. Konsortialpartner sind die Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, die Medizinische Hochschule Hannover, die KVen Hamburg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), das Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) sowie die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und AOK Nordwest.

Dazu Leonie Sundmacher: „Ein klares Ziel von mir ist es, diese Schwerpunkte systematisch auszubauen, relevante Fragestellungen langfristig und strukturiert zu verfolgen und differenzierte Impulse für die Versorgung zu liefern.“ Denn, so Leonie Sundmacher weiter: „Schnelle Lösungen sind praktisch, aber selten. Mein Interesse gilt der Langstrecke.“ <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Wiebke Schüttig
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin
und Doktorandin)

>> Warum arbeiten Sie im Fachbereich Health Services Management?

Nach meinem Masterstudium im Fach Industrial and Network Economics mit gesundheitsökonomischen Schwerpunkt begann ich 2013 als eine der ersten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen am Fachbereich HSM. Insbesondere die inhaltliche Ausrichtung des Fachbereichs als auch die Forschungsbedingungen – unter anderem durch die Einbindung in verschiedene Forschungsprojekte und gesundheitliche Zentren stellen für mich tolle Arbeitsbedingungen dar. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens spannen neben der wissenschaftlichen Arbeit den Bogen zur Praxis.

Was zeichnet in Ihren Augen den „Fachbereich Health Services Management“ aus?

Die spannenden Schwerpunktthemen wie Qualitätsmanagement und regionale Versorgungsforschung und ökonomische Evaluation von Versorgungsmodellen unter Anwendung von innovativen Forschungsmethoden halte ich für eine Besonderheit des Fachbereichs. Der Fachbereich HSM verfolgt einen interdisziplinären Forschungsansatz und arbeitet in verschiedenen Forschungsprojekten mit diversen Institutionen des Gesundheitswesens zusammen. Somit ergeben sich sowohl interessante Forschungsprojekte als auch umfangreiche Datensätze, welche in München analysiert werden. Trotz der inzwischen gewachsenen Teamgröße gibt es am Fachbereich HSM die Möglichkeit, mitgestaltend tätig zu sein und Projektverantwortung zu übernehmen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Rahmen meiner Dissertation befasse ich mich mit Themen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung. Hierbei untersuche ich beispielsweise den Einfluss von ambulanter Leistungsanspruchnahme von Patienten auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. Weiterhin arbeite ich im Projekt Accountable Care in Deutschland mit, in dem wir derzeit an Feedbackindikatoren arbeiten, die teilnehmenden Ärzten im Rahmen der Intervention übermittelt werden könnten und Informationen zur Zusammenarbeit der teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser liefern.

Im Rahmen meiner Dissertation befasse ich mich mit Themen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsversorgung. Hierbei untersuche ich beispielsweise den Einfluss von ambulanter Leistungsanspruchnahme von Patienten auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. Weiterhin arbeite ich im Projekt Accountable Care in Deutschland mit, in dem wir derzeit an Feedbackindikatoren arbeiten, die teilnehmenden Ärzten im Rahmen der Intervention übermittelt werden könnten und Informationen zur Zusammenarbeit der teilnehmenden Ärzte und Krankenhäuser liefern.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Durch die unterschiedlichen Projekte, welche wir am Fachbereich Health Services Management bearbeiten, hoffe ich, dass Forschungsergebnisse unseres Teams Einfluss auf die Versorgungslandschaft und die Gesundheitsversorgung nehmen und somit relevante Ergebnisse liefern können. <<



Dr. Laura Schang
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

>> Warum arbeiten Sie im Fachbereich Health Services Management?

Nach Abschluss meiner Dissertation im September 2015 an der London School of Economics war ich auf der Suche nach neuen wissenschaftlichen Herausforderungen in Deutschland. Prof. Dr. Leonie Sundmacher hat mir die Arbeitsstelle am Fachbereich Health Services Management angeboten und ich habe dies sofort als spannende Chance gesehen.

Was zeichnet in Ihren Augen den „Fachbereich Health Services Management“ aus?

Bei Antritt meiner Stelle im Oktober 2015

waren wir noch ein relativ kleines Team bestehend aus Prof. Dr. Leonie Sundmacher und zwei Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen, so dass jede vielfältige und abwechslungsreiche Aufgaben in der Forschung, Lehre und Administration übernommen hat. Seitdem sind wir gewachsen, was neue Möglichkeiten zum Austausch und zur Zusammenarbeit geschaffen hat. Besonders gut gefallen mir die konstruktive Atmosphäre im Team, die Übernahme von Managementverantwortung für Projekte und die sehr guten Möglichkeiten für angewandte Versorgungsforschung insbesondere mit GKV-Routinedaten.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Mich beschäftigen seit langem Fragen der Bedarfsplanung, der Performance-Messung und des Qualitätsmanagements. Wie lässt sich der Versorgungsbedarf einer Bevölkerung adäquat erfassen? Wie kann man die Qualität der Versorgung fair messen? Welche Versorgungsstrukturen und Modelle zur Versorgungssteuerung sind effektiv und effizient, um die Versorgungsqualität und Outcomes von Patienten zu verbessern? Derzeit arbeite ich an einem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und an der Identifikation und Analyse von intersektoralen Netzwerken aus Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen auf Basis von GKV-Routinedaten.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mir bringt es Spaß, angewandt wissenschaftlich an realen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung zu arbeiten, Probleme und deren Ursachen zu analysieren, und Lösungsoptionen zu evaluieren. Ich möchte einen Beitrag dazu leisten, dass sich meine Forschungsfelder weiterentwickeln und die Ergebnisse auch Umsetzung in die Versorgungspraxis finden. <<

Bisher in der Serie vorgestellt

- MVF 01/16:** Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald
- MVF 02/16:** Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Univ.-klinikum Heidelberg
- MVF 05/16:** Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM) der Universität Bremen
- MVF 06/16:** Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin
- MVF 02/17:** Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität zu Köln
- MVF 03/17:** Abteilung Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
- MVF 04/17:** Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Düsseldorf

Hautkrebsfälle steigen an

>> Die Anzahl der Hautkrebsfälle bei den AOK Nordost-Versicherten hat sich in den vergangenen acht Jahren um ein Drittel erhöht. Zwischen 2008 und 2015 stieg zudem der Anteil der an Hautkrebs erkrankten AOK Nordost-Versicherten ab 35 Jahren um fast die Hälfte, von 2,0 auf 2,9 Prozent. Das fand das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost heraus. Obwohl in 2015 fast ein Drittel aller Hautkrebsneuerkrankungen im Rahmen des Vorsorge-Screenings entdeckt wurden, nahm 2014/2015 nur jeder fünfte Versicherte dieses Angebot in Anspruch. Die umgangssprachlich „heller“ oder „weißer“ Hautkrebs genannten sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut machen das Gros der Hautkrebsdiagnosen aus und treten etwa 6,5 Mal häufiger auf als das bösartige Melanom. Im Jahr 2015 litten 86 Prozent der an Hautkrebs erkrankten Versicherten an hellem Hautkrebs.

Regional ist der stärkste Anstieg der Hautkrebsprävalenz seit 2008 bei den über 35-Jährigen mit 65 Prozent in Brandenburg zu verzeichnen. Im Küstenbereich Mecklenburg-Vorpommerns und in den Städten Rostock und Schwerin ist das Hautkrebsrisiko bei den AOK Nordost-Versicherten jedoch insgesamt am höchsten. In Berlin, im Elbe-Elster-Kreis und im Landkreis Oberspreewald-Lausitz hingegen ist es deutlich geringer. Landesweit sind in Mecklenburg-Vorpommern 3,5 Prozent und in Brandenburg 3,2 Prozent der über 35-Jährigen an Hautkrebs erkrankt, während der Anteil in Berlin bei lediglich 2,3 Prozent liegt. Zwar ist der Anteil unter den jüngeren Versicherten zwischen 35 und 54 Jahren mit 0,4 Prozent noch relativ gering, aber auch in diesen Altersklassen steigt die Häufigkeit der Hautkrebsfälle.

Die geringere Hautkrebsrate in Berlin führt das GeWINO neben der jüngeren Altersstruktur der Versicherten auch auf den vergleichsweise hohen Anteil von Einwohnern mit Migrationshintergrund und deren häufig weniger UV-empfindliche Hauttypen zurück. Zudem hat sich seit Einführung des Hautkrebscreenings als Versichertenleistung im Jahr 2008 der Anteil der AOK Nordost-Versicherten, die diese Möglichkeit in Anspruch nehmen, nordostweit auf knapp zwölf Prozent jährlich gesteigert. Seit drei Jahren stagniert die Inanspruchnahme jedoch. Im Vergleich zu Brandenburg und Berlin nehmen die Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern das Hautkrebscreening besonders zögerlich wahr. <<

Preis für regionalbezogene Versorgungsforschung

>> Haben Berufspendler rund um Berlin, Neubrandenburg und Schwerin ein erhöhtes Risiko, an Hypertonie zu erkranken? Die Antwort lautet: ja. Das fand Boris Kauhl, Geograph und Fachberater der AOK Nordost im Bereich Analysen und ärztliche Versorgung heraus, der eine Studie zur kleinräumigen Verteilung der Hypertonie und assoziierten, bevölkerungsbasierten Risikofaktoren in Nordost-Deutschland durchführte. Und ist damit der diesjährige Preisträger des mit 5.000 Euro dotierten Zi-Wissenschaftspreises „Regionalisierte Versorgungsforschung“, mit dem das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der regionalbezogenen Versorgungsforschung würdigt. „Das Besondere der Arbeit ist unter anderem, dass sie neben demografischen Variablen, sozial benachteiligte Regionen und das Berufspendeln



als Einflussgrößen auf Ebene der Gemeinden und Ortsteile einbezieht. Hinzu kommt die sehr gute Wahl der genutzten statistischen Methoden und Modelle, die zuverlässige und realitätsnahe Aussagen zu spezifischen Krankheitsrisiken ermöglichen“, lobte Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi (li.), die Arbeit des Preisträgers. <<

Social Impact der atopischen Dermatitis

>> Sanofi und Regeneron Pharmaceuticals, Inc. haben bekannt gegeben, dass die EMA eine positive CHMP-Empfehlung zur Zulassung von Dupilumab („Dupixent“) ausgesprochen hat. Empfohlen wird die Zulassung von Dupilumab in Europa für die Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis (AD), die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Dass diese neue Therapieoption dringend nötig ist, führte unter anderem Prof. Dr. Matthias Augustin (Hamburg) aus, der auf dem Media Roundtable von Sanofi Genzyme auf den „Social Impact der atopischen Dermatitis“ von der Lebensqualität bis zur Volkswirtschaft hinwies. So ist nach Augustins Worten die Lebensqualität geringer als bei vielen anderen chronischen Erkrankungen, was aber nicht nur an Prädiktoren wie Juckreiz und Xerosis sowie der Größe und den Ort (Gesicht, Genitalbereich) der befallenen Fläche, sondern vor allem an den damit verbundenen Schlafstörungen sowie dem hohen zeitlichen Aufwand für die Behandlung – sprich der Hautpflege – liegt, die von 60,1 Prozent als störende Therapielast empfunden wird.

Prädiktor für eine schlechtere Versorgung bei Neurodermitis ist nicht nur die Zugangsthematik (60,1% der Befragten der „Atopic-Health“-Studie hatten in den letzten 12 Monaten keinen einzigen Kontakt zum Hausarzt, zu 95,1 keinen zu Internisten und 11,2 zum Hautarzt), sondern auch der soziale Status. So haben Patienten mit höherem So-



zialstatus mit 35 einen niedrigeren Schweregrad (Scorad) als Patienten mit niedrigerem Sozialstatus (41). Auch die Lebensqualitäts-Einbuße (LFQI) ist unterschiedlich hoch: 7,7 zu 8,7. Ebenso die regelmäßige Hautpflege: 89% zu 79%. Das liege, so Augustin, auch an der Art und Weise wie Kassen Schulungen erstatten würden, die weit mehr als reine Wissensvermittlung seien: „Yoga“, so Augustin, werde von fast allen Kassen erstattet, nicht aber „die qualitätsgesicherten Schulungen für Neurodermitis“. Auch sei es nicht gelungen, das, was für die Basistherapie nach Leitlinie nötig sei, auf die OTC-Ausnahmsliste zu bekommen. Augustins Forderung: „Wir müssen uns um die Menschen mit hoher Krankheitslast kümmern.“ <<

Update NeuroScience von Novartis in Leipzig anlässlich des DGN 2017

Migräne: „Ignorance, arrogance or insouciance?“

Eigentlich könnte mit einem nur drei Fragen umfassenden Mini-Fragebogen mit einer Sensitivität von 0,81 und Spezifität von 0,75 auf den Verdacht einer Migräne geschlossen werden, der aber dann noch durch eine fachärztliche Diagnostik verifiziert werden muss. Weil das aber niemand macht und Migräne sowohl bei Patienten als auch Ärzten meist nicht als ernsthafte Erkrankung eingeschätzt wird, wird sie zum großen Teil nicht ausreichend therapiert. Migräne ist zwar keine lebensbedrohliche Erkrankung, „aber eine, die die Lebensqualität mindert“, wie Prof. Dr. Zaza Katsarava, Facharzt für Neurologie am Evangelischen Krankenhaus Unna beim Update NeuroScience von Novartis anlässlich des DGN 2017 in Leipzig erklärte und fragte: „Entweder sind wir eine zivilisierte Gesellschaft, die die Minderung von Lebensqualität von Menschen akzeptiert oder nicht.“ Akzeptiert heiße auch: ausreichend therapiert. Doch genau das passiert weder in Deutschland noch sonstwo auf der Welt. Dabei befinden sich derzeit in der klinischen Entwicklung – darum auch das Update von Novartis – Antikörper gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) bzw. dessen Rezeptor, womit – so Prof. Dr. Dr. Stefan Evers von der Klinik für Neurologie am Krankenhaus Lindenbrunn in Coppenbrügge – „nun erstmals die Aussicht auf dringend benötigte, effektiv wirkende und speziell zur Prophylaxe von Migräne entwickelte Medikamente“ besteht.

>> Bisher ist es so, dass die Hälfte der Betroffenen zu frei verkäuflichen Mitteln zur Schmerzlinderung zurückgreift, wobei der Großteil der frei verkäuflichen und/oder verschreibungspflichtigen Arzneimittel lediglich darauf abzielt die Migränesymptome zu lindern, nachdem sie bereits begonnen haben. Dabei gibt es durchaus präventive Therapien, welche in der Lage sind, die Zahl der monatlichen Migräneattacken zu reduzieren. Jedoch wurden diese Therapieoptionen, die zur Vorbeugung von Migräne eingesetzt werden können, ursprünglich für andere Krankheiten – wie Epilepsie und Herzkrankheiten sowie Muskelerkrankungen, Angst oder Depressionen – entwickelt. Bei der prophylaktischen Therapie der Migräne gelten, wie Evers ausführte, die Betablocker Propranolol und Metoprolol, der Kalziumantagonist Flunarizin sowie die Antikonvulsiva Valproinsäure und Topiramal als Mittel der ersten Wahl.

Da aber keines dieser Therapeutika spezifisch

als Prophylaktikum gegen Migräne entwickelt wurde, würden viele Patienten eine unzureichende Wirksamkeit sowie starke Nebenwirkungen bemängeln. Da aber Migränepatienten sehr sensibel auf Nebenwirkungen reagieren würden, brechen bis zu 80 Prozent der Patienten die prophylaktische Therapie noch im ersten Jahr ab.

Mit dem traurigen Ergebnis, dass die von Migräne betroffenen Menschen sowohl in ihrem Berufs- als auch das Sozialleben stark eingeschränkt sind. Zudem ist die Mehrzahl (90 %) der Betroffenen während einer Migräne-Attacke komplett arbeitsunfähig und erleidet einen vollständigen Funktionsausfall. Katsarava, der im ehrenamtlichen Nebenjob der Vize-Präsident der Europäischen Kopfschmerzgesellschaft und Vorstand von „Lifting the Burden of Headache Worldwide“ ist: „Die Angst, den Job zu verlieren, ist hoch, denn die Krankheitstage häufen sich.“ Ein Teil der Betroffenen (20 % der Männer und 30 % der Frauen) fehlt Katsaravas Ausführungen zufolge

aufgrund der Migräne an mehr als 10 Prozent der Arbeitstage. „Somit ist nicht nur die Lebensqualität der Migräne-Patienten stark beeinträchtigt, die Krankheit stellt auch eine finanzielle Belastung für die Gesellschaft dar“, sagt der Schmerzspezialist, der sich auf die Fahnen geschrieben hat, gegen die „unterschatzte Krankheitslast der Migräne-Patienten“ anzukämpfen.

So schrieb er unter anderem gemeinsam mit Timothy J. Steiner ein Editorial in der Zeitschrift „Cephalalgia“ mit dem Titel „Neglected Headache:

Ignorance, arrogance or insouciance?“¹, in dem auf die Studie „Low rate of self-awareness and medical recognition of migraine in Germany“² reagiert wurde. Diese Studie von Radtke und Neuhauser beschrieb, dass überhaupt nur 42 % der Migräne-Patienten in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultiert hatten und von diesen wiederum nur 63% die entsprechend (richtige) Diagnose gestellt bekamen – und dies obendrein stark abhängig vom Bildungsgrad!

Ist es Unwissenheit? fragten daher Katsarava und Steiner in ihrem Editorial und bezogen sich damit auf die von Radtke und Kollegen getroffene Feststellung, dass Menschen mit niedrigeren Bildungsniveaus weniger wahrscheinlich diagnostiziert und effektiv behandelt wurden als besser gebildete. Oder ist es gar Arroganz? Das ist Katsarava und Steiners zweite Frage, in der sie vor allem Hausärzte vorwerfen, dass diese Kopfschmerzen als nicht medizinisch wichtig betrachten und zudem nicht die nötige Zeit aufbringen würden, Migräne zu diagnostizieren, die Patienten zu informieren, Ratschläge zu geben und vor allem eine angemessene Behandlung einzuleiten. Erschwerend dazu kommt, dass Ärzte die Betroffenen in der Regel erst dann sehen, wenn die Attacke vorüber ist. Daher finden Katsarava Worten zufolge die Schilderungen der Migräne-Attacke oft wenig Beachtung – insgesamt gilt die Erkrankung als unter-diagnostiziert und unter-therapiert: Über 40 % der Migräne-Patienten erhalten keine gesicherte Diagnose. Katsarava und Steiners Folgerung: „Die unausweichliche Wahrheit, die diesen Misserfolgen zugrunde liegt, ist, dass für die große Anzahl von bedürftigen Patienten erhebliche Ressourcen benötigt werden, die einfach nicht zugeteilt werden.“ Ihr Fazit: „It boils down to a gross priority mismatch, for which insouciant society has only itself to blame“, was auf deutsch übersetzt nichts anderes heiße, dass sich darin eine Prioritätsfehlanspassung manifestiere, für die

Drei einfache Fragen

1) Was machen Sie, wenn der Kopfschmerz einsetzt?

- Ich muss mich hinlegen und kann nichts tun, bis die Attacke vorübergeht.
- Ich bin wie getrieben von dem Schmerz und während der Attacke sehr unruhig.
- Ich erledige trotz Kopfschmerzen meine täglichen Pflichten, nehme eventuell eine Schmerztablette und gehe früher als gewohnt zu Bett.

2) Gehen Ihre Kopfschmerzen mit Übelkeit einher?

- Ja, häufig.
- Eher selten.
- Nie.

3) Stört Sie während einer Kopfschmerz-Attacke helles Licht besonders?

- Ja, helles Licht verstärkt die Kopfschmerzen.
- Nein, das Licht hat keinen Einfluss.
- Licht lindert die Kopfschmerzen.

Werden alle drei Fragen mit (a) beantwortet, kann mit einer Sensitivität von 0,81 und Spezifität von 0,75 auf die Diagnose einer Migräne geschlossen werden (im Vergleich zur Expertendiagnose). Bei diesen Patienten ist eine Bestätigung durch eine fachärztliche Diagnostik notwendig.

Aus: Vortrag Prof. Dr. Dr. Stefan Evers, Klinik für Neurologie am Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge, anlässlich des Update NeuroScience von Novartis, DGN Leipzig.

die unbekümmerte Gesellschaft selbst Schuld hat.

Das liegt aber vor allem daran, dass weder der Lebensqualitäts- noch der ökonomische Schaden, der durch diese Erkrankung ausgelöst wird, genau zu fassen ist. Da eben etwa die Hälfte der Betroffenen zu frei verkäuflichen Mitteln zur Schmerzlinderung zurückgreift, steht diese Erkrankung bei den Kassen nicht auf der Prioritätsliste, noch haben sie Daten, mit denen die Versorgungsforschung arbeiten könnte. Aus diesem Grunde wurden in der Eurolight-Studie³ in zehn EU-Ländern insgesamt 8.271 Patienten mit Kopfschmerzen befragt.

Ergebnisse des Eurolight-Projekts

44,6±12 Jahre, Frauen 57,2%
 MIG 67 (21%), pMIG 42 (13,2%)
 Gebrauch von Akutmedikation = 95%
 Triptane = 10%
 Prophylaktische Medikation = 0,9%
 Ärztliche Behandlung = 25% (75% keine !)
 Hausarzt = Triptane 35%, Prophylaxe = 6%
 Neurologe / KS-Spezialist = Triptane 57%, Prophylaxe 14%

Als wichtigste Beeinträchtigungen nannten die Patienten die unmittelbaren Attacken, die interiktalen Beeinträchtigungen sowie die verlorene Zeit. Von den in der Studie befragten Migräne-Patienten gaben 28 % der Frauen und 18 % der Männer an, dass sie aufgrund der Migräne 10 % ihrer Lebenszeit verlieren würden, wie Katsarava in seinem Vortrag ausführte. Patienten mit chronischer Migräne bzw. Kopfschmerz durch Medikamentenübergebrauch verlieren sogar 54 % (befragte Frauen) bzw. 20 % (befragte Männer) ihrer Lebenszeit.

Das liegt aber nicht nur an der Migräne selbst, sondern auch an den Begleiterkrankungen. So zeigt eine Analyse des Eurolight-Projekts, dass 19,1 % der Migräne-Patienten unter Ängsten leiden, 6,9 % unter Depressionen und 5,1 % unter beidem. Auch in dieser Beziehung leiden Patienten mit chronischer Migräne oder Medikamentenübergebrauch deutlich stärker: 38,8 % haben Ängste, 16,9 % Depressionen und 14,4 % sowohl Ängste als auch Depressionen. Als besonders bedrückend erleben viele Betroffene, dass sie nicht ernst genommen werden – weder von den Ärzten noch vom sozialen Umfeld. Ein Grund dafür ist nach Meinung des Schmerzmediziners, „dass niemand sieht, wenn die

Migräne-Kranken hilflos und mit starken Schmerzen zuhause im abgedunkelten Raum liegen“. Folglich werde die enorme Krankheitslast von Vorgesetzten, Arbeitskollegen oder Freunden kaum anerkannt. Zudem würden es aufgrund dieser Stigmatisierung die Betroffenen häufig erst gar nicht wagen, über ihre Erkrankung zu sprechen.

All das oder zumindest das meiste davon, wäre zu verhindern, wenn es eine adäquate medikamentöse Medikamentation gäbe. Genau diese steht aber nun vor der Tür, und nicht nur Schmerzspezialist Katsarava ist voller „Vorfreude, dass wir endlich eine spezifische Therapie bekommen“, die in der Lage ist, die monatlichen Migränetage durch spezifisch gegen Migräne entwickelte CGRP-Blocker* zu mindern, um so die Lebensqualität vieler Patienten deutlich zu verbessern. Dieser Meinung ist auch Evers, wenn er sagt: „Helfen könnten hier neue Medikamente wie Antikörper gegen CGRP bzw. dessen Rezeptor, die in klinischen Studien die Anzahl der Migränetage deutlich reduzieren konnten.“

Solcherlei Aussagen entzücken natürlich Pharmaunternehmen wie Novartis („Erenumab“), Eli Lilly („Galcanzumab“) und Teva („Fremanezumab“), die jeweils bald einen dieser Antikörper auf den Markt bringen – erste Zulassungen dürften in Kürze anstehen. Wobei es nicht einfach sein wird, die drei Wirkstoffe zu vergleichen, zu unterschiedlich sind die jeweiligen Studien angelegt, wie ein Übersichtsartikel von Prof. Dimos Mitsikostas vom Athens Naval and Veterans Hospital, Department of Neurology, und Prof. Uwe Reuter von der Charité Berlin, Klinik für Neurologie mit Experimenteller Neurologie, zeigt. So haben



(v.li.) Prof. Dr. Dr. Stefan Evers und Prof. Dr. Zaza Katsarava

die Phase III-Studien teilweise unterschiedliche regionale Rekrutierungsschwerpunkte, zudem variieren die Einschlusskriterien und auch der primäre Endpunkt ist nicht einheitlich. „Ärzte sollten sich über diese komplexe Studiensituation im Klaren sein, wenn sie mit den Ergebnissen der Phase III-Studien zu CGRP-Hemmern konfrontiert werden“, betont Dr. Israel-Willner von der Arbeitsgruppe der Charité. Wichtig sei vor allem, den primären Endpunkt zu kennen. Zudem sollte darauf geachtet werden, wie schwer die für die jeweilige Studie zugelassenen Patienten erkrankt waren und welche Art der Begleitmedikation sie zur Baseline bzw. im Studienverlauf einnahmen.

Dennoch freut sich Prof. Lothar Färber, Medizinischer Direktor Novartis Pharma, „dass wir die Entwicklung dieser Substanzgruppe entscheidend voranbringen können“, auch weil die innovative Substanzklasse der CGRP-Blocker das Potenzial besitze, die real existente Therapielücke in der Versorgung der Migränepatienten zu schließen. Bis es soweit ist, wird es darauf ankommen, wie und ob das IQWiG nach erfolgter Zulassung die in den jeweiligen Arzneimitteldossiers anzugebenden Zulassungstudien anerkennt, und vor allem wie der G-BA-Beschluss und die anschließenden Preisverhandlungen ausgehen werden. <<

*Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP)

Mit den in der klinischen Entwicklung befindlichen Antikörpern gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) bzw. dessen Rezeptor besteht nach Sicht von Prof. Dr. Dr. Stefan Evers (Klinik für Neurologie am Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge) „nun erstmals die Aussicht auf dringend benötigte, effektiv wirkende und speziell zur Prophylaxe von Migräne entwickelte Medikamente“. Der Botenstoff CGRP schein bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung der Migräne eine maßgebliche Rolle zu spielen. Dafür spricht seiner Ansicht nach unter anderem, dass während einer Migräneattacke erhöhte CGRP-Spiegel gemessen werden, die anschließend wieder zurückgehen würden. Gemeint ist „AMG 334“, der erste biologische Anti-CGRP-Rezeptor-Hemmer, dessen Zulassungsantrag von der FDA und EMA akzeptiert wurde. Im Falle einer Zulassung werden Novartis und Amgen diesen Wirkstoff unter dem Namen „Erenumab“ in den USA gemeinsam vermarkten. Amgen hat exklusive Vermarktungsrechte für die Substanz in Japan und Novartis hat exklusive Rechte zur Vermarktung im Rest der Welt und somit auch in Deutschland. In einer vordefinierten Subanalyse einer pivotalen Phase-II-Studie mit AMG 334 profitierten Menschen mit chronischer Migräne von der Substanz, die in der Vergangenheit zwei oder mehr präventive Behandlungen vergeblich ausprobiert hatten. Bei diesen Patienten reduzierte AMG 334 die durchschnittliche Anzahl von Migräne-Tagen um mindestens fünf Tage bis zu einer Woche pro Monat, je nach Behandlungsdosis (70 mg: -5,4 Tage, 140 mg: -7 Tage, Placebo: -2,7 Tage; $p < 0,001$ für beide Dosierungen vs. Placebo). Darüber hinaus hatte diese Gruppe auch drei bis viermal höhere Chancen, ihre Migräne-Tage um 50 Prozent oder mehr im Vergleich zu Placebo zu reduzieren (70 mg: 35,6 Prozent, 140 mg: 41,3 Prozent, Placebo: 14,2 Prozent, $p < 0,001$ für beide Dosierungen vs. Placebo).

Literatur

- 1: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23043131>
- 2: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22807571>
- 3: Steiner TJ et al. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. J Headache Pain 2014; 15: 31:1146–1158
- 4: Mitsikostas DD, Reuter U. Calcitonin gene-related peptide monoclonal antibodies for migraine prevention: comparisons across randomized controlled studies. Curr Opin Neurol 2017; 30(3):272-80



Dr. Ilona Köster-Steinebach
Patientenvertreterin beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

„Zwischen Beharrlichkeit und Innovation“

>> Welche Themen hat die Gesundheitspolitik in den letzten Jahren bewegt? Aus Patientensicht außerordentlich begrüßenswert war die Betonung von Versorgungsqualität als Steuerungs- und Entscheidungskriterium. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) hat das Schlagwort „Qualität“ vom Lippenbekenntnis zum spürbaren Ziel des Regierungshandelns gemacht. Der zweite wichtige Themenkomplex rankt sich um den Innovationsfonds. Nicht nur, dass dieser mit der Versorgungsforschung die Gewinnung von Informationen anheizt, es wird auch nach nutzenstiftenden Innovationen für die tatsächliche Versorgung gesucht. In die gleiche Richtung geht auch der dritte Schwerpunkt, die Förderung von E-Health mit dem einschlägigen Gesetz.

Der zweite Blick zeigt, dass die oben genannten Handlungsfelder mit den getroffenen Maßnahmen keineswegs abgeräumt sind. Da ist zunächst die Frage, ob beispielsweise der G-BA die Gesetzesintentionen auch entsprechend umsetzt. Im September-Plenum wurde dort etwa beschlossen, dass Patienten, die wegen einer Zweitmeinung einen weiteren Arzt aufsuchen, das Ergebnis dieser Begutachtung nur erhalten, wenn sie explizit um Aushändigung bitten. Bei der qualitätsabhängigen Vergütung erreicht das Ringen darum, dass Leistungsbereiche aufgegriffen werden, bei denen aus den bestehenden Indikatoren überhaupt relevante Qualitätsunterschiede ablesbar sind, die Öffentlichkeit. Alles deutet darauf hin: Entgegen den Annahmen der Gesundheitspolitiker müssen weitgehend erst die Grundlagen geschaffen werden, damit die Ansätze des KHSKG, etwa qualitätsabhängige Vergütung oder Planung, überhaupt greifen können. Mit anderen Worten: Mit dem einmaligen Weckruf des KHSKG ist es nicht getan. Wer wirklich will, dass statt ökonomischen Interessen Qualität einen höheren, ja entscheidenden Stellenwert im Gesundheitswesen bekommt, der muss über viele Jahre (=mehrere Legislaturperioden) beharrlich nachhalten. Nur so können auch die Informationen für Verbraucher gewonnen werden, die verlässlich und verständlich in Form der Qualitätsberichte über die Krankenhäuser Auskunft geben. Entsprechend wird auch die operative Umsetzung der Reformen des KHSKG noch eine Reihe von Jahren dauern – wenn sie denn gelingt.

Ähnliches gilt auch für den Umgang mit Innovationen. Zweifellos ist es erforderlich, Innovationen (über die reine Produktinnovation hinaus) in der gesetzlichen Krankenversicherung umzusetzen. Der gleichnamige Fonds ist ein wichtiger Anstoß, aber in seiner jetzigen Form keineswegs ausreichend. Er sucht nach kurzfristig umsetzbaren, punktuellen Neuerungen. Keine Chance haben derzeit Projekte, die weitreichend und komplex sind, darauf angelegt, das System der Gesundheitsversorgung grundlegend zu verändern, wie etwa eine elektronische Patientenakte und die damit einhergehenden tiefgreifenden Veränderungen der Patientenversorgung. Und trotz der Vorgabe von Förderschwerpunkten ist im Grunde weitgehend ungesteuert, ob tatsächlich die wichtigen Verbraucherprobleme angegangen werden oder eben doch einfach zu realisierende quick wins für einzelne Kassen. Entsprechend muss in Zukunft noch sichergestellt werden, dass aus

den abgeschlossenen Projekten auch konkrete Konsequenzen für die Regelversorgung gezogen werden. Von den vielen Baustellen bei der Umsetzung der Digitalisierung ganz zu schweigen. Auch hier wäre also intelligente, innovative Beharrlichkeit der Gesundheitspolitik gefragt.

Aus Verbrauchersicht lohnende Themen gibt es aber auch für die Zukunft noch genug. Ein aufkommendes Thema ist hier die Versorgungssicherheit, insbesondere die Notfallversorgung. Die Erkenntnis, dass unsere derzeitige Mischung aus Sektoregoismen und Wettbewerbsinteressen, Intransparenz, Föderalismus und mangelhafter Verbraucherinformation vermeidbare und höchst nachteilige Konsequenzen hat, erscheint gesichert. Weniger klar ist, mit welchen Änderungen und Vorgaben mehr Patientensicherheit Orientierung und Effizienz zu erreichen sind. Schon seit langem weist der vzbv in seinem Faktenblatt zur Versorgungssicherheit auf den Reformbedarf selbst innerhalb der ambulanten Bedarfsplanung hin*. Stichwort bleibt die Bedarfsorientierung der Planung und ihre Integration über Versorgungssektoren hinweg.

Weniger breit diskutiert, aber genauso wichtig wären verbesserte Patientenrechte und die nachdrückliche Durchsetzung der bestehenden. Das 2012 erlassene Patientenrechtegesetz hat unter dem Strich kaum reale Verbesserungen der Patientenrechte gebracht, sondern nur Bestehendes zusammengefasst. In der Praxis zeigt sich, dass selbst seit langem etablierte Rechte wie das Einsichtsrecht des Patienten in die ihn betreffende Dokumentation keineswegs selbstverständlich praktiziert wird, da es an Sanktionen mangelt. Wirkliche Verbesserungen brächten z.B. ein Härtefallfonds, besserer Zugang zu qualitativ angemessenen Gutachten oder mehr Schutz bei individuellen Gesundheitsleistungen. Nach wie vor zeigt sich, dass Regeln des Berufs- und des bürgerlichen Rechts besser durchgesetzt werden müssen, unabhängige, evidenzbasierte Informationen fehlen oder mit IGeL-Verzichtsformularen Druck auf Patienten ausgeübt wird.

Zusammenfassend kann man also für die Zukunft folgende Anforderungen formulieren: Es ist wichtig, eine gute Balance zu finden zwischen dem Aufgreifen neuer Themen und der Beharrlichkeit bei der Verfolgung bereits begonnener Entwicklungen, damit diese nicht im Sande verlaufen. Unerlässlich dabei ist die Ausrichtung des Handelns vor allem an den Interessen der Beitragszahler und Patienten, die gleichermaßen von der Zukunftsfähigkeit und sozialen Ausgewogenheit der gesetzlichen Krankenversicherung abhängen. <<

* <http://www.vzbv.de/sites/default/files/versorgungssicherheit-faktenblatt-vzbv.pdf>.

Zitationshinweis

Köster-Steinebach, I.: „Zwischen Beharrlichkeit und Innovation“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 34; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2037



Dr. Andreas Meusch

Direktor des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)

„Wir brauchen eine Daten-Ethik-Erklärung“

>> Die nächste medizinische Revolution wird kein Medikament sein, nicht einmal aus extra dafür neu programmierten Bites und Bytes bestehen, sondern sich aus der klugen, sicheren und sinnstiftenden Zusammenführung und Nutzung bestehender Daten entwickeln. Damit ließen sich Prognosen über die gesundheitliche Entwicklung eines Patienten machen, sofern er dies wünscht und zulässt. Damit könnte man zum Beispiel ebenso abschätzen, wie hoch das Risiko eines an Diabetes erkrankten Menschen ist, in den kommenden 12 Monaten ins Krankenhaus zu müssen. Und telemedizinische Modelle könnten helfen, die Versorgung im ländlichen Raum, wo es nicht mehr genug Ärzte gibt, auch weiterhin sicherzustellen.

Damit diese Vision, die so oder so immer mehr in die Realität eintreten wird, braucht es nicht nur eine gesellschaftlich konsentrierte Formulierung des Grundverständnisses zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, sondern auch eine offene und zukunftsgegenwärtige Diskussion nicht nur über die Problemfelder (wie es der oft instrumentalisierte Datenschutz ist), sondern vor allem über die ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekte und Chancen der Datennutzung, wie sie der Deutsche Ethikrat mit einer öffentlichen Befragung zum Thema „Big Data und Gesundheit“ angestoßen hat.

Ein zentrales Thema ist – wie das WINEG in seiner entsprechenden Stellungnahme ausgeführt hat – die informationelle Selbstbestimmung, für die in einem weit über 30 Jahre alten Urteil (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 15. Dezember 1983, 1 BvR 209/83) zwar Maßstäbe gesetzt wurden, das aber aus heutiger Sicht die Entwicklungen vor allem der letzten Jahre einfach nicht antizipieren konnte. So sind die in diesem Urteil geforderten Güterabwägungen mit anderen Grundrechten im Lichte der beschleunigten Digitalisierung zu sehen, womit man zu einem anderen Verständnis von Datenschutz kommen würde. Selbstredend können sich nur die Menschen, die ihre vertraulichen Informationen bestmöglich geschützt wissen, dem Medizin- und Gesundheitssystem anvertrauen – das ist die Grundvoraussetzung, die daher auch nicht diskutabel ist. Doch im besten Sinne der informationellen Selbstbestimmung muss dem Einzelnen auch das Recht zugestanden und gewährt werden, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen – denn das ist die Voraussetzung für einen patientenorientierten Einsatz von Big Data. Würden jedoch diese Daten ohne Zustimmung der Betroffenen gesammelt und genutzt, wäre die informationelle Selbstbestimmung unterminiert. Aus diesem Grund hat die TK – wie andere Kassen auch – seit langem freiwillig ihre Positionen formuliert und berücksichtigt diese bei ihren technischen Angeboten wie Apps oder der elektronischen Gesundheitsakte.

Empfehlenswert wäre jedoch jenseits dieser freiwilligen Ebene eine verpflichtende „Daten-Ethik-Erklärung“ all jener, die mit diesen Daten umgehen oder sie speichern oder auswerten, in der sie sich auf klare Bedingungen regelgerechter Verfahren verpflichten. Auf Basis dieser

„Digitalen Grundrechtecharta“ könnten zum einen Versicherungen und auch Internetkonzerne zur Transparenz hinsichtlich Datenspeicherung und -nutzung und zur Einholung informierter Einwilligungen verpflichtet, zum anderen Patienten und Versicherte als Eigentümer ihrer Daten festgeschrieben werden.

Bei allen Veränderungen und der Notwendigkeit, Neues zu gestalten, müssen wir uns unseres Fundamentes bewusst bleiben. Im deutschen Gesundheitswesen ist dies das Solidarprinzip: Die Versicherten stehen gegenseitig füreinander ein, die Mitglieder bezahlen die Beiträge abhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit und völlig unabhängig von Alter, Geschlecht oder persönlichem Krankheitsrisiko. Das genießt große Wertschätzung in der Bevölkerung, zeigt unter anderem der aktuelle „Meinungspuls Gesundheit“ der TK, eine bevölkerungsrepräsentative Studie: 83 Prozent stehen hinter diesem Prinzip, und die größte Unterstützung erfährt der Solidaritätsgedanke gerade bei den jungen Menschen. In der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen stehen sogar 88 Prozent dahinter. Neues muss Fundamente aber nicht kippen; das ist wichtig in Zeiten von Big Data, das es erstmals erlaubt, Patienten bzw. Versicherte in kleine und kleinste Risikogruppen aufzuteilen, um mit Hilfe prädiktiver Modelle personalisierte Vorhersagen zu erstellen.

Das ist zum einen positiv, weil mit Hilfe der damit generierten Informationen der Patient gemeinsam mit seinem Arzt aktiv werden kann. Zum anderen kann es aber auch problematisch sein, würde das „Predictive modelling“ auf der Ebene des einzelnen Versicherten realisiert. Das Verhältnis zwischen Versicherung und individuellem Versicherten im besten Fall neu definiert, andererseits aber auch das Potenzial hat, das solidarische Grundprinzip der GKV zu konterkarieren. Für Letzteres gibt es derzeit allerdings, wie oben dargelegt, keine

Zustimmung in der breiten Mehrheit der Bevölkerung. In diesem Zusammenhang unter ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekten zu diskutierende Fragenkomplexe sind: Kann die sogenannte „We-Medicine“ mit den der neuen „Me-Medicine“ (Dickenson) vereint werden? Wie können trotz des wachsenden Einflusses von Risikoprofilen im Gesundheitswesen sogenannte „Pay-as-you-live“-Tarife in der GKV verhindert werden? Und: Wie kann angesichts der digitalen Revolution die Freiwilligkeit für die Versicherten erhalten bleiben, digitale Angebote wie die elektronische Gesundheitsakte anzunehmen oder nicht? Diese Freiheit setzt ja voraus, dass bei Nichtnutzung keine Nachteile entstehen, damit „Off-Liner“ oder „Analoge“ ebenso Anspruch auf eine qualitativ gleichwertige Versorgung haben wie „On-Liner“ und „Digitale“. <<

„In God we trust. All others must bring data“
W. Edwards Deming*

Zitationshinweis

Meusch, A.: „Wir brauchen eine Daten-Ethik-Erklärung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/17), S. 35; doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2038

Wahnsinn Wartezeit

Autor: Soyka, M.

Wahnsinn Wartezeit

Verlag: BoD, 2017

256 Seiten

ISBN Print: 9783744812771

ISBN eBook: 978-3-7448-7906-4

Preis: 16,99 /10,99 Euro

>> Wer das Buch über den Wahnsinn Wartezeit liest, denkt vielleicht zu allererst an ein Plakat von den in der KBV vertretenen Haus- und Fachärzten, 2013 unterzeichnet von Dr. Johannes Gerber: „Ich bin Hausarzt. Und Unternehmer. Und Buchhalter. Und Personaler. Und Controller. Und Vorarbeiter. Und Hausmeister.“ Wie Gerber ist auch Soyka sicher einer jener Ärzte, die vor allem mit ersterer Jobbeschreibung leben möchten: Arztsein und Gutes tun. Genau darum macht sich Orthopäde Soyka auf die Suche nach der verlorenen Zeit und macht auch recht schnell aus, wer sie stiehlt: die überbordende Bürokratie.



Es braucht sicher viel, um einen Arzt, der es gewohnt ist, nach Praxisschluss das aufzuarbeiten, was während der ersten 8 bis 10 oder auch 12 Stunden des Tages liegen geblieben ist, auch noch ein Buch zu schreiben. Das zeugt nicht nur von einer Portion Frust, sondern vor allem vom Willen etwas zu bewegen, den Finger in die Wunde zu legen. Zum Beispiel in den Morbi-RSA, den Soyka als „neue Krankheit“ bezeichnet, wobei er Ärzte sowieso als „Kodierungsknechte“ degradiert sieht, die Heilmittelrichtlinien zudem „als bürokratische Folter für Ärzte und Physiotherapeuten“ erhalten.

Und natürlich in den Casus „Wartezeit“, den er nicht nur in den internationalen Vergleich setzt, wo Deutschland sicher nicht schlecht abschneidet, sondern auch das Unzufriedenheitsdilemma und den Medizinisch-Bürokratischen Komplex anspricht, aber auch das, was er vor allem anprangert: Das ist die seiner Ansicht nach schlechte Bezahlung der Ärzte durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Darum fordert der Arzt und Autor in seinem Fazit, dass die Verwaltungskosten im Gesundheitswesen (sie betragen 10,4 Milliarden Euro, was Soykas Ansicht nach mindestens 9,4 Milliarden zu viel sei) reduziert, die Geschäftemacherei in vernünftige Bahnen gelenkt und dafür die Gesundheitsarbeiter und die Ärzte besser bezahlt und behandelt werden sollten. <<

Fokus Gesundheitspolitik

Autoren: Kurscheid, C., Klopfer, A., Wagner, S., Balke, N.

Fokus Gesundheitspolitik

Verlag: BoD, 2017

124 Seiten

ISBN eBook: 978-3-7448-4801-53

Preis: 9,90 Euro

>> „Schon bei der vorbereitenden Zusammenstellung des Readers zum Projekt hat uns erstaunt, welche Diskrepanz zwischen den ausgesprochen detaillierten und oft durchaus kongruenten Vorstellungen der einzelnen Akteursgruppen und den sehr diffusen gesundheitspolitischen Ausführungen der Parteien liegen“. Das schreiben Dr. Albrecht Klopfer und Sophia Wagner vom Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung, die sich gemeinsam mit Prof. Clarissa Kurscheid und Nicole Balke vom Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung (FiGuS GmbH), die Mühe gemacht haben, alle Parteiprogramme zu lesen und herauszufiltern, wo sich Ansatzpunkte für Gesundheitspolitik wiederfinden. „Wir hoffen, mit unserer analytischen Übersicht für anstehende Koalitionsgespräche und gesundheitspolitische Positionierung einen wichtigen sortierenden Beitrag leisten zu können“, so die Autoren, die genau darum als Untertitel des trotz des geringen Umfangs lesenswerten Büchleins „Die kommende Legislaturperiode aus Sicht der Akteure und der Parteien“ gewählt haben.



Nur ein kleiner Blick in die Fleißarbeit, und ein genauer in den Themenkreis Finanzierung: „Nur mit einem einzigen Satz äußert sich übrigens die AfD zum Thema Finanzierung“, schreibt das Autorenquartett, und setzt dazu: „und der ist eklatant falsch“.

Denn die von der – nach der Bundestagswahl immerhin drittstärksten Partei – aufgestellte Behauptung „Die von den Kassen zu tragenden Kosten für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber laufen aus dem Ruder...“ sei, nach allem – was wir aktuell wissen – nicht nur falsch, nein, das Gegenteil sei der Fall: Flüchtlinge hätten einen positiven Deckungsbeitrag und verjüngten die derzeitige Altersstruktur der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Fazit der Autoren: „Auch und gerade hier zeigt sich, dass die gesundheitspolitischen Teile der Wahlprogramme eher für die eigene Klientel geschrieben sind als für Systemkenner und -akteure.“ <<

Mittelpunkt Mensch

Autor: Maio, G.

Mittelpunkt Mensch

Verlag: Schattauer, 2017

544 Seiten

ISBN Print: 978-3-7945-3066-3

ISBN eBook: 978-3-7945-6871-0

Preis: 29,99 Euro

>> Der Autor ist als studierter Philosoph und Arzt mit eigener klinischer Erfahrung ein anerkannter Medizinethik-Experte, der zudem den Lehrstuhl für Medizinethik an der Universität Freiburg inne hat und Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin und Mitbegründer des Interdisziplinären Ethikzentrums Freiburg ist. Er weiß also, wovon er redet. So schreibt Maio im Vorwort der zweiten Auflage, deren Kernanliegen es ist, die theoretische Basis des gesamten Buches zu erweitern, dass – wenn man den Titel „Mittelpunkt Mensch“ ernst nehmen – die medizinethischen Fragen unweigerlich auf existenzielle Grundfragen und zugleich auf eine ganz konkrete Situation, in der sich der einzelne kranke Mensch befindet, verweisen würden. Diese Situation des kranken Menschen mache geradezu unabdingbar eine hermeneutische Herangehensweise notwendig und sie verweise, so der Autor weiter, „zugleich auf eine Haltung, die man als eine Haltung der Sorge bezeichnen könnte“.



Das ist genau das, was Dr. Konrad Schily im Titelinterview dieser Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ anmahnt, der dabei nicht mit der Evidenced Based Medicine als solcher ins Gericht geht, sondern mit der ihr zu Grunde liegenden Geisteshaltung.

Hilfreich ist in diesem Kontext sicher der in diesem Buch eingearbeitete Ausbau der konzeptionellen und theoretischen Grundlagen der Medizinethik, die eine Vielzahl neuer Kapitel beinhaltet, die sich eingehend den Grundbegriffen der Medizin widmen, da – so Maio – „viele genuin ethische Fragen in der Medizin ohne eine Vergegenwärtigung dieser medizinischen Grundbegriffe nicht angemessen behandelt werden können“. Zu diesen Grundbegriffen gehörten Begriffe wie „Krankheit“, „Gesundheit“ und „medizinische Indikation“ genauso wie der Begriff der „ärztlichen Kunst“ – gerade der letztere Begriff könne „aufzeigen, wie einseitig und unreflektiert die heutigen Vorstellungen von Qualität in der Medizin sind.“ <<

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Positionspapier des DNVF e.V. für die kommende Legislaturperiode

Versorgungsforschung – Potenzial nutzen und Qualität sichern!

Anlässlich der Bundestagswahl 2017 hat das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. ein Positionspapier veröffentlicht. Das DNVF zeigt 11 Maßnahmen auf, um Qualität und Nutzen der Versorgungsforschung in Deutschland mittel- und langfristig zu sichern und appelliert mit seinem Papier an die neue Bundesregierung, diese Maßnahmen in der Gesundheits- und Forschungspolitik der 19. Legislaturperiode aufzunehmen.

>> In Wissenschaft, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik herrscht Konsens darüber, dass die Versorgungsforschung eine wichtige Basis für ein lernendes und sich stetig modernisierendes Gesundheitssystem bietet. Doch die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung sind als solche nicht hinreichend. Die Transparenz der Ergebnisse, die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung aller Beteiligten inklusive der Patienten (partizipative Forschung), sowie die Ableitung von praktischen Implikationen im Konsens aller Beteiligten (transferorientierte Forschung) sind notwendig, um ein lernendes System zu schaffen und Modernisierungs- und Optimierungsprozesse zu beschleunigen.

Umgekehrt sollte ein Transfer aktueller Fragestellungen und Forschungsbedarfe aus der Praxis in die Forschung erfolgen. Förderprogramme sollten aktuelle Forschungsbedarfe aufgreifen und ihr Erfolg an Versorgungszielen evaluierbar sein. Möglichst gesamtgesellschaftlich konsentrierte Versorgungsziele sollten als Planungs- und Steuerungselement der Gesundheits- und Forschungspolitik dienen.

Erst durch eine an Versorgungszielen und praktischen Fragen ausgerichtete, partizipative und transferorientierte Versorgungsforschung kann das große Potenzial der Versorgungsforschung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems genutzt werden.

Empfohlene Maßnahmen:

1: Entwicklung von Versorgungszielen zu drängenden Gesundheitsproblemen in Abstimmung aller Player und Betroffenen, die u.a. der thematischen Fokussierung

und Evaluation von Förderprogrammen dienen¹ (Ziel: Planung- und Steuerung der Forschungsförderung)

2. Verpflichtende Registrierung aller öffentlich geförderten Versorgungsforschungsprojekte in einem zentralen Studienregister (Ziel: Transparenz)²

3. Verpflichtende, auch Laienverständliche Publikation und Diskussion der Methoden, Datenquellen und Ergebnisse aller öffentlich geförderten Versorgungsforschungsprojekte und Ableitung von Implikationen für Praxis, Wissenschaft und Politik im Konsens aller Beteiligten; verpflichtende Durchführung von „Transfer-Konferenzen/-Workshops“ seitens der Projektnehmer (Ziel: partizipative und transferorientierte Forschung; Clearingstelle)

4. Entwicklung von Strategien und Prozessen zur Bewertung von Versorgungsforschungsergebnissen und Ableitung praktischer Implikationen (Ziel: Implementierungsmethoden) sowie Erweiterung des Systems der Nutzenbeurteilung von Behandlungsmethoden (G-BA, IQWiG) durch Integration von Versorgungsforschungsergebnissen.

Die **Qualität der Versorgungsforschung in Deutschland zu verbessern und langfristig zu sichern**, denn nur auf der Basis qualitativ hochwertiger Versorgungsforschungsstudien können zuverlässige Entscheidungen getroffen werden. Die Qualität der Forschung hängt insbesondere von der Ausbildung, Expertise und Vernetzung der Forscher ab, daneben vom Stand der Theoriebildung und der Qualität der Methoden und Instrumente,

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diese Ausgabe von MVF wird zum Versorgungsforschungskongress 2017 des DNVF vorliegen. Sie werden mir zustimmen, dass der Kongress noch nie so vielfältig und trotz Fokussierung auf ein Hauptthema so umfangreich war, wie in diesem Jahr.

Wir seitens des Vorstandes des DNVF wünschen Ihnen als Besucher und Mitgestalter (ein Großteil der Beiträge kommt aus den eingereichten Abstracts) einen spannenden Kongress mit vielen neuen Anregungen und uns und dem gesamten Kongressteam einen reibungslosen Verlauf.

Deutschland hat gewählt. Wie auch immer der Koalitionsvertrag diesmal aussehen wird, das DNVF hat im Vorfeld zur Bundestagswahl ein Positionspapier verfasst und mit der Politik diskutiert. Sie finden das Papier in dieser Ausgabe abgedruckt. Natürlich hoffen wir, dass sich ein Großteil im Koalitionsvertrag wiederfindet.

Ein von uns eingebrachter weitreichender Vorschlag betrifft die Etablierung oder Förderung einer Nationalen Koordinierungsstelle/Clearingstelle für Versorgungsforschung. Hierdurch lassen sich unsere Forderungen, die wir in 11 Maßnahmen dargelegt haben am besten umsetzen. Wir bitten Sie um Unterstützung unserer Forderungen; kommen Sie auf den Vorstand zu und diskutieren Sie mit uns!

Ihr

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



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

dem Daten- und Feldzugang sowie der Qualität der erhobenen bzw. bereitgestellten Daten. Um langfristig Qualität zu sichern ist der Aufbau von Forschungsinfrastrukturen an Universitäten, die Bildung von Netzwerken sowie Maßnahmen zur Gewinnung des wissenschaftlichen Nachwuchses erforderlich.

^{1:} Diese Priorisierungsprozesse sollten durch eine unabhängige/ neutrale Institution moderiert werden.
^{2:} z.B. in der Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland, www.versorgungsforschung-deutschland.de

Empfohlene Maßnahmen:

5. Verbesserung des Zugangs zu Daten durch die Schaffung einer nationalen Versorgungsdaten-Plattform, die Zugänge verschafft und die Qualität der Daten prüft und sichert (Ziel: Datenzugang und Qualität der Daten)
6. Förderung von Lehrstühlen für Versorgungsforschung an Universitäten und Fach-/Hochschulen (Ziel: Ausbildung, Theoriebildung, Aufbau von Forschungsinfrastruktur)
7. Förderung von Zentren und Netzwerken an Universitäten und Fach-/Hochschulen und regionaler Netzwerke mit außeruniversitären Wissenschaftlern und mit Partnern der Versorgungspraxis (Ziel: Vernetzung)
8. Versorgungsforschung als verpflichtender Inhalt der Ausbildung aller Gesundheitsberufe, um ein forschungsunterstützendes Selbstverständnis aller Akteure im Gesundheitswesen zu fördern (Ziel: Feldzugang, Ausbildung, Gewinnung von wissenschaftlichem Nachwuchs)
9. Kontinuierliche Förderung der Versorgungsforschung durch BMG und BMBF; Verstärkung des Innovationsfonds (Ziel: Kontinuität in der Forschung als Voraussetzung für den Kompetenzaufbau der Forscher und die Gewinnung von wissenschaftlichem Nachwuchs)
10. Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente in der Versorgungsforschung in nationalen Expertengruppen (Ziel: Weiterentwicklung der Methoden und Instrumente) und Entwicklung über-

greifender Leitlinien und Empfehlungen für eine partizipative und transferorientierte Versorgungsforschung (Ziel: partizipative und transferorientierte Forschung)

11. Förderung der Grundlagen- und Kontextforschung in der Versorgungsforschung, z.B. Forschung über den sozialen und organisationalen Kontext der Erbringung von Versorgungsleistungen (Ziel: Theoriebildung)

Nationale Koordinierungs-/Clearingstelle Versorgungsforschung

Um die oben genannten Maßnahmen umzusetzen bzw. zu unterstützen, wird die Etablierung oder Förderung einer Nationalen Koordinierungsstelle/Clearingstelle für Versorgungsforschung empfohlen, die ein zentrales Studienregister führen (Punkt 2), Konsentierungsprozesse und Transfer-Konferenzen/-Workshops moderieren (Punkte 1, 3 und 4) und Expertengruppen koordinieren kann (Punkt 2, 10). Die Koordinierungs-/Clearingstelle kann weiterhin Plattformen schaffen (z.B. Workshops, Gremien), um Forschungsbedarfe zu eruieren und die Diskussion zentraler Fragestellungen der Gesundheitspolitik durch Wissenschaft und Forschung zu moderieren (z.B. zu Fragen der Qualitätsindikatoren, der patientenorientierten Nutzenbewertung). Diese Koordinierungs- und Clearingaufgaben können am Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. angesiedelt werden. Koordinierende Strukturen finden sich auch in anderen Ländern. <<

DNVF-Spring-School 2018

Erweitertes Programm im März 2018

Die 6. DNVF-Spring-School findet im kommenden Jahr vom 19.-22.03.2018 im Gustav Stresemann Institut in Bonn statt und pünktlich zum Kongress ist das Programm erschienen.

>> Insgesamt 19 Module werden an den 4 Veranstaltungstagen angeboten, darunter folgende 5 neue Module:

- ID 12:** Datenschutz und regulatorische Anforderungen in der Versorgungsforschung (Dr. J. Drepper, Prof. Dr. K. Pommerning)
- ID 13:** Mixed-Methods-Studien, Grundgedanken, Varianten, Potenziale und Herausforderungen der Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden für die Versorgungsforschung (Dr. S. Jünger, Dr. N.

Pohontsch)

ID 17: Systematische Reviews (Prof. Dr. J. Schmitt, S. Deckert)

ID 18: Drittmittel für eigene Projekte einwerben (Dr. A. L. Brütt, Dr. A. Buchholz)

ID 19: Publizieren wissenschaftlicher Ergebnisse der Versorgungsforschung (Dr. R. Palm, Prof. Dr. M. Wensing)

Das komplette Seminarprogramm und die Beschreibung aller 19 Module finden Sie auf der Webseite des DNVF e.V. www.dnvf.de. Die Online-Anmeldung wird in Kürze freigeschaltet. <<

Aktuelles aus dem DNVF

Neue Mitglieder

Ende August sind das Cologne Research and Development Network (CoRe-Net) der Universität Köln als Forschungsverbund (Sektion 2) und die Pfizer Deutschland GmbH als förderndes Mitglied dem Netzwerk beigetreten. Die Anzahl der persönlichen Mitglieder (Sektion 4) stieg auf insgesamt 155 Mitglieder an.

Stellungnahmen

Das DNVF hat zum IQTIG-Konzeptbericht „Erhebung und Darlegung des Umsetzungsstands von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement“ keine Stellung genommen. Aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit von 3,5 Wochen, die zudem in die Sommerurlaubszeit fiel, war es nicht möglich, eine Stellungnahme mit der angemessenen Sorgfalt zu erstellen und abzustimmen. Wie bereits in einem Schreiben Anfang Mai hat das DNVF gegenüber dem IQTIG nochmals schriftlich Bearbeitungszeiten von mindestens 6 bis 8 Wochen erbeten, um auch die Qualität der Stellungnahmen zu sichern.

Neue Arbeits- und Fachgruppen

Traditionell treffen sich beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung die Arbeits- und Fachgruppen des DNVF e.V. In diesem Jahr werden sich die Arbeitsgruppe „Methoden und Konzepte der Bedarfsplanung“ unter der Federführung von Frau Prof. Dr. Leonie Sundmacher und die Fachgruppe „Seelische Erkrankungen“ auf Initiative von Frau Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Herrn Prof. Dr. Martin Heinze und Herrn PD Dr. Sebastian v. Peter gründen. Eine aktuelle Übersicht aller 19 Arbeits- und Fachgruppen im DNVF findet sich auf www.dnvf.de

Termine

24.-27.10.2017, Berlin:

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. Link: <http://dkou.org/>

09.-11.11.2017, Münster:

25. Jahrestagung der DGSM
Link: <http://www.dgsm-kongress.de/>

10.-11.11.2017, Frankfurt:

Deutscher Zahnärztetag 2017
Link: <http://www.dtzt.de>

Eingang in die politische Agenda prognostiziert

Wie sehen die regionalen Versorgungsunterschiede aus, welche Ursachen liegen ihnen zugrunde, und wie kann die medizinische Versorgung auf dieser Grundlage verbessert werden? Das sind die Fragen, mit denen sich die zweitägige Konferenz zur regionalisierten Versorgungsforschung am 13. und 14. September 2017 in Berlin beschäftigt hat. Auf Einladung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) trafen sich Wissenschaftler und Praktiker aus Deutschland und dem Ausland für einen fachlichen Austausch.

>> Die Konferenz wurde von einer hohen Anzahl an internationalen Vorträgen geprägt, die in dieser Qualität und Dichte selten anzutreffen sind. „Regionale Versorgungsunterschiede sind kein rein deutsches Phänomen, sondern sie sind überall anzutreffen. Erfahrungen und Lösungsansätze aus dem Ausland können uns deshalb auch in Deutschland Anregungen geben, wie die Behandlungsqualität verbessert werden kann“, sagte **Dr. Dominik von Stillfried**, Geschäftsführer des Zi.

„Versorgungsforschung dient nicht primär dem wissenschaftlichen Diskurs, sondern soll Impulse zur Veränderung und Weiterentwicklung geben“, sagte **Dr. Andreas Gassen**, Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er betonte außerdem, dass es in erster Linie Sache der Ärzte ist, die Unterschiede zu bewerten und daraus Konsequenzen zu ziehen.

Die Veranstaltung wurde in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) durchgeführt. **Prof. Rolf Kreienberg** machte als Vertreter der AWMF deutlich, wie wichtig die Versorgungsforschung für die Erstellung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien ist, und dass die Erforschung bestehender Versorgungsunterschiede einen wichtigen Beitrag dazu leistet.

Prof. Matthias Schrappe vom DNVF attestierte dem Zi Weitblick, indem es vor einigen Jahren den regionalisierten Ansatz als einen Arbeitsschwerpunkt gesetzt hat. Schrappe rechnet damit, dass – wenn auch nicht direkt zu der aktuell anstehenden Wahl, aber möglicherweise danach – die Stärkung regionalisierter Versorgungskonzepte Eingang in die Agenda der künftigen Bundesregierung finden wird.

Dr. Robert Berenson vom Urban Institute, Boston, ging in seinem Vortrag unter anderem auf die Schwierigkeiten von Messungen im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität ein und warnte vor einer Pay-for-Performance-Euphorie. Abgesehen von der Gefahr einer Ressourcenfehlsteuerung könne sich Pay-for-



v.li.: Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi, Prof. Rolf Kreienberg, Vertreter der AWMF, und Prof. Matthias Schrappe, Vorstandsmitglied des DNVF.

Performance nach neueren ökonomischen Erkenntnissen auch negativ auf die intrinsische Motivation der Ärzte auswirken.

Dr. Bruce E. Landon von der Harvard Medical School, Boston, legte den Fokus auf die informellen Netzwerke, in denen sich jeder Arzt im Rahmen der Behandlung seiner Patienten alltäglich bewegt. Er untersuchte, wie sich sogenannte ‚patient-sharing networks‘ bilden und konnte nachweisen, dass die Arbeit von Kollegen mehr Einfluss auf das eigene ärztliche Handeln hat, wenn eine höhere Anzahl von Patienten gemeinsam behandelt wird.

Prof. Sabina Nuti von der Scuola Superiore Sant’Ana, Pisa, berichtete, wie sich die Regionen in Italien einem freiwilligen Qualitätsvergleich anhand von über 300 Gesundheitsindikatoren unterziehen und wie anhand dieser Indikatoren innerhalb der Regionen Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ergriffen werden können. Zusätzlich stellte sie ein System vor, mit dem die gefundenen Unterschiede allgemeinverständlich aufbereitet werden.

Dr. Nigel Millar, Chef des Southern District Health Board, Neuseeland, stellte die Ergebnisse einer umfassenden Reform des Gesund-

heitswesens in der Region Canterbury vor, bei der die Interessen des Patienten konsequent in den Mittelpunkt gestellt wurden. Hierbei wurde vor allem die ambulante ärztliche Versorgung und pflegerische Versorgung gestärkt, so dass vermeidbare Krankenhausaufenthalte wirksam reduziert werden konnten.

Dr. Jean-Frédéric Levesque stellte die vom Bureau of Health Information in New South Wales, Australien, erstellten überwiegend öffentlichen Qualitätsberichte an die Krankenhäuser vor, mit denen erwünschte und unerwünschte Versorgungsunterschiede dargestellt werden. Die im 3-Monats-Rhythmus erstellten Berichte werden von den Krankenhäusern als hilfreiches Feedback wahrgenommen.

Welch starken Effekt Versorgungsforschung für die Bildung medizinischer Leitlinien haben kann, machte **Prof. Barthold Vonon** von der norwegischen University of Tromsø deutlich. Der norwegische Gesundheitsatlas hat es erreicht, dass die medizinischen Fachgesellschaften und die Gesundheitspolitik in den Regionen an einem Strang ziehen, um unerwünschte Versorgungsunterschiede in der Krankenhausbehandlung abzubauen.

Neben diesen und weiteren internationa-

len Beiträgen hatten auch zahlreiche Vertreter von Fachgesellschaften und Berufsverbänden aus Deutschland Gelegenheit, ihre Forschungen vorzustellen. Darunter **Prof. Achim Wöckel** von der Frauenklinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Würzburg, der Ergebnisse der BRENDA-Studie vorstellte. Diese untersucht die Umsetzung von Leitlinien in der Brustkrebstherapie in Süddeutschland. Demnach haben Frauen die besten Heilungschancen, wenn die Therapieempfehlungen auf allen Ebenen der Versorgung durchgängig umgesetzt werden. Er betonte die besondere

Rolle der niedergelassenen Hausärzte und Gynäkologen. Nur wenn die Frauen von ihrem Vertrauensarzt auch in der Therapie bestärkt würden, würden sie häufiger die Strapazen der kompletten Behandlung auf sich nehmen.

Dr. Sebastian Völker von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe berichtete, wie anhand kleinräumiger geografischer Untersuchungen Ansatzpunkte zur Verbesserung der Impfraten gefunden werden konnten.

Dr. Susanna Kramarz vom Bundesverband der Frauenärzte stellte eine Kampagne

vor, mit der die Grippe-Impfraten bei schwächeren Frauen gezielt verbessert werden sollen. Grundlage dafür sind regionalisierte Auswertungen zur Inanspruchnahme der Grippeimpfung, die das Zi im Versorgungsatlas (www.versorgungsatlas.de) veröffentlicht hat. <<

Hinweis

Das Programm der Zi-Konferenz finden Sie unter: http://www.zi-hsrc-berlin.de/agenda_material.php

Nach Freigabe durch die Vortragenden werden die Präsentationen im Internet abrufbar sein.

Workshop „Kriterien für Gesundheits-Apps“, Bundesministerium für Gesundheit, Fraunhofer FOKUS in Berlin

Kriterienkatalog für Health-Apps als Orientierungshilfe

Das Bundesministerium für Gesundheit will die Diskussion um die Qualität von Gesundheits-Apps mit einem Kriterienkatalog unterstützen, der vom Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS, Berlin, bis Ende des Jahres entwickelt werden und den Fachgesellschaften Orientierung geben soll.

>> Am 14. September konnten rund 40 Vertreter von Fachgesellschaften, Verbraucher- und Patientenorganisationen, Krankenkassen, Medizintechnikunternehmen, Branchenverbände sowie App-Entwickler bei einem Workshop ihre Erwartungen, Erfahrungen und Anforderungen einbringen. Auch die AG Digital Health im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung hat ihre Positionen vorgestellt, die sie in Form von zwei Positionspapieren in Kürze auch veröffentlichen wird. Sie weist auf die Chancen und Risiken und die offenen Fragestellungen und Aufgaben hin, die sich durch Digital Health als Gegenstand der Versorgungsforschung und für die Versorgungsforschung ergeben. Sie betont vor allem Aspekte, die in die Nutzenbewertung von Gesundheits-Apps einfließen sollen, um diese als Bausteine einer bedarfsgerechten Versorgung patientenorientiert nutzen zu können. Die Diskussionen beim Workshop haben gezeigt, dass der Bedarf nach Orientierung sehr groß ist, angesichts der großen Intransparenz in Sachen Angebot, Zulassungsstatus, Wirksamkeit und Nut-

zen digitaler Gesundheitsanwendungen. Maßnahmen zur Evaluation des Nutzens sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Nutzern und Therapeuten werden als wichtige Herausforderungen angesehen ebenso die Gestaltung von Rahmenbedingungen für die Nutzung von Gesundheits-Apps in der Versorgung, angefangen von Regeln für Datennut-

zung und -sicherheit, über Haftungs- und Honorierungsfragen bis hin zur Schaffung einer Infrastruktur mit hoher Interoperabilität über Sektorengrenzen hinweg, die auch die vom Patienten mit Apps und Wearables generierten Gesundheitsdaten einbeziehen kann. <<

von: **Dr. Kramer & Prof. Dr. Vollmar**,
Sprecher AG Digital Health

Memorandum zu Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung

Die Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung ist ein Kerngebiet der Versorgungsforschung und eine gleichnamige Arbeitsgruppe im DNVF unter Leitung von Prof. Max Geraedts (Marburg) hat ein Memorandum zu den Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung erarbeitet. Dieses wurde nach Durchlauf einer Kommentierungsphase, Überarbeitung und Abstimmung mit den Mitgliedern des DNVF im September in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ veröffentlicht. Die Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung untersucht Unterschiede und Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessen der Gesundheitsversorgung und den Versorgungsergebnissen im Bereich der Qualität und Patientensicherheit. Zudem zählt die Entwicklung von qualitätsrelevanten Interventionen und deren Evaluation zum Forschungsgebiet. Das Memorandum erläutert vor dem Hintergrund der besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung des Themas wesentliche Fragestellungen und Methoden – von der Messgrößenentwicklung und -prüfung über die Risikoadjustierung und Erhebung von Patientensicherheitsdaten bis zur Evaluation von qualitäts- und sicherheitsbezogenen Interventionen.

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-112431>

Haben Sie Interesse am DNVF?

- Wir interessieren uns für die Mitgliedschaft als Gesellschaft/ Institution/Organisation o.ä.
- Wir interessieren uns für eine fördernde Mitgliedschaft
- Ich interessiere mich für eine persönliche Mitgliedschaft

Gesellschaft/Institution/Organisation

Name/Vorname

Adresse

E-Mail

DNVVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
(DNVVF) e.V. – Geschäftsstelle c/o IMVR
Eupener Str. 129 – 50933 Köln
Tel. 0221-478-97111
Fax 0221-478-1497111
eMail: dnvfv@uk-koeln.de

Josephine Jacob, MSc
 Dr. rer. cur. Andrea Mischker
 Dipl.-Ges.w. Normen Klinger, MHBA
 Dipl.-Volksw. Claudia Zickermann
 Dr. med. Jochen Walker

Evaluation eines Infektionsscreenings auf bakterielle Vaginosen zur Vermeidung von Frühgeburten

Eine retrospektive Routinedatenanalyse

Etwa 10% der Kinder weltweit und rund 6% der Kinder in Europa werden nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu früh geboren (1). Geburten vor der 37. Schwangerschaftswoche (SSW) werden als Frühgeburten definiert (2). In der neonatologischen Intensivmedizin ist die Frühgeburt noch immer die häufigste Ursache neonataler und frühkindlicher Morbidität und Mortalität und kann zu lebenslangen gesundheitlichen und psychosozialen Einschränkungen führen (3–5). Auch die mit einer Frühgeburt assoziierten gesundheitsökonomischen Folgen sind beträchtlich (6). Faktoren, die zu einer Frühgeburt führen können, sind vielfältig. Vorangegangene Aborte und Frühgeburten, das steigende Alter der Erstgebärenden als auch die höhere Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften aufgrund vorheriger Kinderwunschbehandlungen können Frühgeburten bedingen (4,7,8). Auch Infektionen der Mutter, wie beispielsweise eine bakterielle Vaginose, wurden als ursächlich für Frühgeburten identifiziert, auch wenn die pathophysiologischen Zusammenhänge noch nicht vollständig geklärt sind (9,2,10,11). Die Früherkennung und Behandlung bakterieller Vaginosen kann relativ einfach implementiert und durchgeführt werden und stellt deshalb eine vielversprechende Möglichkeit dar, Frühgeburten zu verhindern und die daraus resultierenden gesundheitlichen und psychosozialen Folgen zu reduzieren.

>> Die BIG direkt gesund bietet ihren schwangeren Versicherten im Rahmen eines Vertrages § 73c SGB V seit 2010 eine zusätzliche Vorsorgeleistung in Form eines konsequenten Infektionsscreenings (KISS) an (12). Ziel von KISS ist es, durch das Infektionsscreening zwischen der 16. und der 24. SSW asymptomatische vaginale Infektionen mittels vaginalem Sekretabstrich frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren und somit die Anzahl an Frühgeburten zu verringern. Bei positivem Befund erfolgt die Therapie unter Berücksichtigung der Therapieempfehlungen des Labors und ein Kontrollabstrich beim nächsten Routinebesuch (13).

Verschiedene Studien und Meta-Analysen haben die Wirksamkeit von Screeningprogrammen zur Detektion bakterieller Vagino-

Zusammenfassung

Bakterielle Vaginosen (BV) wurden als ursächlich für Frühgeburten identifiziert. Das Screening und die Behandlung der BV könnten effektive Maßnahmen zur Reduzierung der Frühgeburtenrate darstellen. Ziel dieser Studie war es die Wirksamkeit eines zusätzlichen Screeningprogramms auf BV in der Schwangerschaft auf dessen Wirksamkeit zu untersuchen.

Im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie auf Basis von Routinedaten der BIG direkt gesund Krankenkasse wurde die Rate von Frühgeburten, Aborten und Totgeburten in einer Gruppe schwangerer Frauen, die das Screeningprogramm in Anspruch genommen hat und einer Kontrollgruppe in der Regelversorgung verglichen. Mittels Propensity Score Matching wurde für beobachtbare Confounder zwischen den beiden Behandlungsgruppen adjustiert.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe, war die Rate der Frühgeburten, Aborte und Totgeburten in der Interventionsgruppe nur geringfügig geringer. Statistisch signifikant waren die beobachteten Unterschiede nicht.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass der Zusatznutzen eines systematischen Screenings auf BV in der Schwangerschaft im Vergleich zur Regelversorgung gering ist. Aufgrund der erheblichen medizinischen, sozialen und ökonomischen Folgen einer Frühgeburt, könnte allerdings selbst ein kleiner Effekt klinisch und ökonomisch relevant sein.

Schlüsselwörter

Bakterielle Vaginose, Screening, Frühgeburt, Wirksamkeit, Routinedaten

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2039>

sen und deren antibiotischer Behandlung in der Schwangerschaft untersucht (10,11,14–16). Die Ergebnisse sind hinsichtlich einer Reduktion der Frühgeburtenraten nicht eindeutig. Während Kiss et al (2004) und McGregor et al (2010) eine signifikante Reduktion der Frühgeburtenraten beobachteten, berichten Okun et al (2005) und Bocklehurst et al (2013), dass eine frühzeitige antibiotische Behandlung bakterieller Vaginosen die Frühgeburtenraten nicht signifikant reduziert.

Ziel dieser Studie war es, das zusätzliche Versorgungsangebot KISS hinsichtlich dessen Wirksamkeit im Vergleich zur Regelversorgung in einer Gruppe gesetzlich krankenversicherter, schwangerer Frauen in Deutschland zu evaluieren.

Methoden

In einer retrospektiven Beobachtungsstudie im Kontrollgruppendesign wurden Routinedaten der BIG direkt gesund genutzt, um zu untersuchen, ob sich die Rate der Frühgeburten in einer Gruppe schwangerer Frauen, die an KISS teilgenommen hat von der Frühgeburtenrate in einer Vergleichsgruppe in der Regelversorgung unterscheiden.

Die Studienpopulation bestand aus weiblichen Versicherten, die zwischen dem 01. Juli 2010 und 31. März 2014 antenatal versorgt wurden und in den darauffolgenden 280 Tagen einen Einling geboren haben oder deren Schwangerschaft mit einem Abort oder einer Totgeburt endete. Schwangere Frauen mit antenataler Versorgung wurden in einem ersten Schritt über die EBM-Ziffer 01770 („Betreuung einer Schwangeren“) identifiziert. Geburten, Aborte und Totgeburten wurden anhand der folgenden ICD 10 Codes identifiziert: Z37.0, Z38.0, Z38.1, Z38.2 (termingerechte Geburt); P07.0, P07.2 (sehr frühe Frühgeburt: <28 SSW oder Geburtsgewicht <1000g); P07.1, P07.3, O60.1, O60.3 (späte Frühgeburt: 28–37 SSW oder Geburtsgewicht zwischen 1000 und 2500g); O00x, O01 x, O02 x, O03 x, O04 x, O05 x, O06x (Abort); Z37.1, O36.4 (Totgeburt). Bei Frauen mit mehreren Schwangerschaftsepisoden im Studienzeitraum wurde zufällig ein Fall für den Einschluss in die Studienpopulation ausgewählt. Als primärer Endpunkt wurde der kombinierte Endpunkt aus Frühgeburt, Abort und Totgeburt betrachtet.

Ausgehend von dem Tag der Geburt, des Aborts bzw. der Totgeburt wurde ein Datum berechnet, welches den Beginn des dritten Schwangerschaftstrimesters abbilden soll und damit einen Zeitpunkt zu dem das Screening auf bakterielle Vaginose bereits erfolgt sein sollte. Dieses Datum wurde anhand der am Tag der Geburt dokumentierten Schwangerschaftsdauer (ICD 10 Code O09x) berechnet: Geburtsdatum - Schwangerschaftsdatum + 24 Wochen.

Frauen, für die am Ende der Schwangerschaft eine Schwangerschaftsdauer von weniger als 24 Wochen dokumentiert war, sowie Frauen, die in den 18 Monaten vor und in den 280 Tagen nach dem errechneten Beginn des dritten Trimesters (Indexdatum) nicht vollbeobachtbar waren, wurden aus der Studienpopulation ausgeschlossen.

Die Kohorte schwangerer Frauen wurde anschließend in zwei Gruppen eingeteilt:

- (i) Frauen, die in den 8 Wochen vor dem berechneten Indexdatum KISS in Anspruch genommen haben (Interventionsgruppe) und
- (ii) Frauen, die in den 8 Wochen vor dem berechneten Indexdatum KISS nicht in Anspruch genommen haben (Kontrollgruppe).

Mittels Propensity Score-Matching (PSM) wurden die KISS-Teilnehmerinnen mit den Nicht-Teilnehmerinnen verglichen. Ziel des PSM ist, dass die Versicherten in beiden Gruppen sich hinsichtlich verschiedener beobachtbarer soziodemographischer und klinischer Charakteristika ähnlich sind, sodass die beiden Gruppen sich möglichst nur noch hinsichtlich der Teilnahme an KISS unterscheiden.

Der Propensity Score (PS), der die bedingte Wahrscheinlichkeit wiedergibt, dass eine Frau an KISS teilgenommen hat, wurde in Abhängigkeit verschiedener soziodemographischer und klinischer Charakteristika in einem Vorbeobachtungszeitraum von 18 Monaten vor dem Indexdatum gebildet (17). Folgende Variablen wurden als Kovariaten bei der Berechnung des PS berücksichtigt: Alter, Wohnregion, Versichertenstatus, vorangegangene Frühgeburt oder Totgeburt, vorangegangener Abort, Anzahl verschriebener Medikamente, Anzahl Hospitalisierungen, vorangegangene bakterielle Vaginose, schwangerschaftsassozierte Erkrankungen der Schwangeren (ICD 10 Codes O10, O11, O13, O14, O15, O20, O23, O24, O25, O32, O35.4, O35.5, O41-O46, O99.1), weitere schwere Erkrankungen der Mutter (ICD 10 Codes E05, E10, E11, E12, E13, E14, E66, F10, F17, G35, G40, I10, K50, K51, L40, M05, M06, M08, M09, N80), Überwachung einer Risikoschwangerschaft (Z35), Verschreibung für anti-hypertensive Arzneimittel, Verschreibung für Insulin, Durchführung eines Chlamydia trachomatis Tests und Maßnahmen zur Fertilisationsförderung.

Die Bildung der paired matches aus Interventions- und Vergleichsgruppe erfolgte in zwei Schritten:

- 1.) Modellierung der Teilnahmewahrscheinlichkeit an KISS für jede Frau mittels logistischer Regression auf Basis beobachtbarer Kovariaten ($=\log(p/(1-p))$).
- 2.) Auswahl der Probanden aus IV und VG mit ähnlichem PS. Das PSM erfolgte ohne zurücklegen und unter Anwendung eines Calipers von $\leq 0,2$ Standardabweichungen, i.e. die absolute Differenz der PS der gematchten Patienten in IV und VG durfte nicht mehr 0,2 Standardabweichungen des PS der gesamten Studienpopulation betragen.

Zur Überprüfung der Balance zwischen den gepaarten Gruppen wurde die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) berechnet. Eine SMD $>10\%$ wurde als unzureichende Balance zwischen den Gruppen angesehen (18).

Nach Durchführung des PSM wurden die Rate der Frühgeburten, Aborte und Totgeburten zwischen den Gruppen mittels einseitiger Chi-Square Tests auf statistisch signifikante Unterschiede überprüft. Die zugrunde liegende Hypothese war, dass Frühgeburten, Aborte und Totgeburten in der IV seltener auftreten als in der VG. Als Endpunkte wurden die folgenden Ereignisse¹ untersucht:

- (a) termingerechte Geburten,
- (b) frühe Frühgeburten (<28 SSW oder Geburtsgewicht $< 1000g$),
- (c) Frühgeburt, Abort oder Totgeburt,
- (d) Aborte
- (e) Totgeburten.

P-Werte kleiner als 0.05 wurden als statistisch signifikant gewertet.

Ergebnisse

Insgesamt konnten nach Anwendung aller Ein- und Ausschlusskriterien 11.676 Frauen in die Studienpopulation eingeschlossen werden, von denen 1.166 Frauen in den acht Wochen vor dem ersten Tag des dritten Schwangerschaftstrimesters an KISS teilgenommen haben.

Nach Durchführung des PSM konnten je 1.164 schwangere Frauen in der Interventions- und in der Kontrollgruppe hinsichtlich der relevanten Endpunkte verglichen werden. In Tabelle 1 ist der Selektionsprozess der Studienpopulation detailliert dargestellt.

In Tabelle 2 sind ausgewählte soziodemographische und klinische Charakteristika der beiden zu Patientengruppen vor und nach PSM

Selektion Studienpopulation	
Einschlusskriterium	N
Versicherte der BIG dg zwischen 2010 and 2014.	481.612
Frauen, für die zwischen dem 01.07.2010 und dem 31.03.2014 mindestens einmal der EBM Code 01770 („Versorgung einer Schwangeren“) abgerechnet wurde.	24.538
Frauen, die zum Zeitpunkt dieser Untersuchung mindestens 18 Jahre alt waren.	24.393
Frauen, deren Kinder auch bei der BIG direkt gesund versichert waren.	14.196
Frauen, für die mittels der ausgewählten Abrechnungscodes das Ende der Schwangerschaft zwischen dem 01.07.2010 und dem 31.12.2014 festgestellt werden konnte.	13.497
Frauen, die in den 18 Monaten vor und in den 280 Tagen nach dem Indexdatum vollbeobachtbar waren.	11.676
Frauen, die in den 8 Wochen vor dem Indexdatum nicht an KISS teilgenommen haben.	10.510
Frauen, die in den 8 Wochen vor dem Indexdatum an KISS teilgenommen haben.	1.166
Interventionsgruppe nach (Propensity Score Matching) PSM	1.164
Vergleichsgruppe nach PSM	1.164

Tab. 1: Selektion der Studienpopulation.

¹: Die untersuchten Endpunkte wurden anhand folgender Abrechnungscodes, die am Tag der Geburt bzw. im stationären Geburtsfall dokumentiert wurden: **Sehr frühe Frühgeburt:** P070 / P072; **Frühgeburt:** P071 / P073 / O601 / O603; **termingerechte Geburt:** Z37.0/ Z38.0/ Z38.1/ Z38.2 oder Dokumentation der Geburt ausschließlich im ambulanten Bereich über EBM und/oder Hebammenabrechnungsnummern; Abort: O00 / O01 / O02 / O03 / O04 / O05 / O06 oder DRG 063Z; Totgeburten: Z371 / O364.

Patientenmerkmale vor und nach Propensity Score-Matching (PSM)*						
	alle Patientinnen (n= 11.676)			PS-gematchte Patientinnen (n=2.328)		
	IV	VG		IV	VG	
	Mittelwert (SD) / Anteil	Mittelwert (SD) / Anteil	SMD in %	Mittelwert (SD) / Anteil	Mittelwert (SD) / Anteil	SMD in %
Alter	31,9 (4,03)	31,4 (4,53)	11,76	31,9 (4,03)	32,1 (4,37)	-3,25
Abort im Vorzeitraum	8,92	9,85	-3,13	8,85	7,73	4,05
Fertilisationsfördernde Maßnahmen	42,11	32,82	19,69	42,01	44,07	-4,17
Fertilisationsfördernde Arzneimittel	7,63	5,93	7,13	7,56	8,59	-3,78
Frühgeburt im Vorzeitraum	0,43	0,65	-2,77	0,43	0,17	4,71
Antihypertensive Arzneimittel	3,26	3,59	-1,77	3,18	3,26	-0,49
Insulin	0,86	1,26	-3,63	0,86	0,69	1,96
Vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	0,34	0,42	-1,18	0,34	0,09	5,57
Chronische Hypertonie mit aufgepfropfter Präeklampsie	0	0,06	-2,52	0	0	.
Gestationshypertonie	0,34	0,74	-4,78	0,34	0,52	-2,63
Präeklampsie	0,51	0,87	-3,87	0,52	0,77	-3,22
Blutung in der Frühschwangerschaft	30,53	27,35	7,1	30,5	28,01	5,48
Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	7,72	8,07	-1,29	7,73	8,08	-1,27
Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	3,17	3,02	0,92	3,18	2,41	4,69
Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft	0,17	0,1	2,38	0,09	0,17	-2,39
Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	2,57	2,53	0,27	2,58	2,58	0
Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Arzneimittel oder Drogen	0,34	0,37	-0,46	0,34	0,34	0
Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	1,03	0,89	1,42	1,03	0,86	1,78
Vorzeitiger Blasensprung	0,43	0,89	-5,08	0,43	0,09	6,78
Pathologische Zustände der Plazenta	1,54	1,67	-1,02	1,55	1,37	1,43
Placenta praevia	3,34	1,98	9,49	3,18	3,26	-0,49
Vorzeitige Plazentalösung	0,17	0,15	0,49	0,17	0,09	2,39
Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	2,92	2,85	0,37	2,92	2,32	3,77
Überwachung einer Risikoschwangerschaft	40,48	37,1	6,99	40,46	38,92	3,16

Tab. 2: Patientenmerkmal vor und nach PSM. *= ausgegeben sind für die metrischen Patientenmerkmale der Mittelwert ± Standardabweichung und für kategoriale Variablen die relative Häufigkeit in % sowie die Standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) vor und nach PSM.

dargestellt. Im Mittel waren die Frauen 32 Jahre alt. Etwa 8,6% der Frauen in der IV und 7,7% der Frauen in der VG hatten im Vorbeobachtungszeitraum bereits einen Abort und über 40% der Frauen in den PS-gematchten Gruppen erhielten vor Beginn der Schwangerschaft fertilisationsfördernde Maßnahmen. Durch das PSM konnte eine gute Balance hinsichtlich der beobachtbaren Confounder erzielt werden. Die SMD lag nach PSM für alle berücksichtigten Variablen unter 10%.

Die Frühgeburtenrate in beiden Behandlungsgruppen lag bei etwa 9%. Auch die Raten der beobachteten Aborte und Totgeburten unterscheiden sich nur in geringem Maße zwischen den beiden Behandlungsgruppen (siehe Tab. 3). Absolut betrachtet traten in der Interventionsgruppe vier sehr frühe Frühgeburten weniger auf, statistisch signifikant war dieser Unterschied nicht (P-Wert = 0,051). Die relative Häufigkeit des kombinierten Endpunktes aus Frühgeburt, Totgeburt oder Abort war geringfügig niedriger in der Interventionsgruppe (10,22% vs. 10,82%, p-Wert=0,318). Auch

dieser Unterschied war nicht statistisch signifikant.

Diskussion

Im Rahmen dieser Studie haben wir die Effektivität eines Screeningprogramms auf bakterielle Vaginose der BIG direkt gesund in einer Kohorte schwangerer Frauen untersucht. Obwohl wir leichte Trends hinsichtlich niedrigerer Frühgeburtenraten zu Gunsten des Screeningsprogramms beobachtet haben, war keiner der beobachteten Unterschiede statistisch signifikant. Daher können wir die Ergebnisse anderer Studien, dass Screen-and-Treat Programme für bakterielle Vaginosen in der Schwangerschaft die Frühgeburtenrate reduzieren, nicht bestätigen (15,16). Dieses Ergebnis ist überraschend angesichts der Größe des Effekts der von Kiss et al (2010) berichtet wurde. Die Autoren hatten eine signifikante Reduktion der Frühgeburten um ca. 32% zwischen Interventions- und Kontroll-

	Schwangerschaftsendpunkte						
	Interventionsgruppe (KISS)			Vergleichsgruppe (kein KISS)			P-Wert
	N	%	95% KI	N	%	95% KI	
Termingerechte Geburt	1.045	89,78	88,04-91,52	1.038	89,18	87,40-90,96	,318
Frühgeburt, Abort oder Totgeburt	119	10,22	8,48-11,96	126	10,82	9,04-12,60	,318
Frühgeburt	101	8,68	7,06-10,30	106	9,11	7,46-10,76	,358
Sehr frühe Frühgeburt	1	0,09	0,00-0,26	5	0,43	0,05-0,81	,051
Abort	16	1,37	0,70-2,04	12	1,03	0,45-1,61	,223
Totgeburt	1	0,09	0,00-0,26	3	0,26	0,00-0,55	,158

Tab. 3: Absolute Anzahl (N), relative Häufigkeit (%) und 95% Clopper-Pearson Konfidenzintervalle (KI) für Schwangerschaftsendpunkte in der IG und in der VG nach PSM. P-Werte geben das Ergebnis des einseitigen Chi Square Test an.

gruppe berichtet (8,2% vs. 12,1%, P-Wert < 0,0001). Jedoch wurden, im Unterschied zu unserer Studie, Frauen, die nicht Teil der Interventionsgruppe waren auch nicht antibiotisch behandelt wurden. Hingegen können in unserer Studie auch Frauen, die nicht an KISS teilgenommen haben im Rahmen der Regelversorgung behandelt worden sein, sofern die Indikation bestand. So hat eine Post-hoc-Analyse der Daten ergeben, dass sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe etwa 10% der Frauen eine Verschreibung für ein Antibiotikum zur Behandlung einer bakteriellen Vaginose erhalten haben. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Bedeutung der bakteriellen Vaginose als Risikofaktor für Frühgeburten bereits in der Regelversorgung etabliert ist und schwangere Frauen auch ohne systematisches Screening auf bakterielle Vaginosen adäquat versorgt werden. Der nicht nachweisbare Unterschied zwischen den beiden Gruppen könnte daher nicht auf eine generelle Ineffektivität des Screeningprogramms zurückgeführt werden, sondern auf einen eingeschränkten Zusatznutzen im Vergleich zur bereits sehr guten Regelversorgung. Wird ein Großteil der bakteriellen Vaginosen bereits im Rahmen der Regelversorgung schwangerer Frauen entdeckt und behandelt, ist der Zusatznutzen eines systematischen Screeningprogramms wie KISS gering.

Allerdings wäre ein kleiner Zusatznutzen auch dann vorteilhaft,

wenn durch das Screening Fälle detektiert worden, die anderweitig nicht diagnostiziert worden wären. Bereits durch die Vermeidung weniger zusätzlicher Frühgeburten und deren sozialer und gesundheitlicher Begleiterkrankungen könnte das verhältnismäßig kostengünstige Screening von Nutzen sein. So wird die Beratung und Durchführung von KISS mit 26 Euro vergütet, während für die Versorgung von Frühgeburten (28-37 SSW oder 1000-2499g) und sehr frühen Frühgeburten (<28 Wochen oder <1000g bei Geburt) Kosten von rund 8.600 Euro bzw. 74.000 Euro anfallen (6). Hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse bleibt also zu beachten, dass der Zusatznutzen eines konsequenten Infektionsscreenings auf bakterielle Vaginosen eventuell abhängig vom generellen Versorgungsstandard ist. In Ländern wie Deutschland, in denen der Versorgungsstandard hoch ist, mag der Zusatznutzen eines solchen Programms eher gering sein. In Ländern mit schlechterem Versorgungsstandard hingegen könnte der zusätzliche Nutzen höher sein.

Zusammenfassend können wir keine abschließende Empfehlung zur Einführung eines flächendeckenden Infektionsscreenings auf bakterielle Vaginosen in der Schwangerschaft geben. Sollte ein Großteil der Fälle bereits im Rahmen der Regelversorgung diagnostiziert und behandelt werden, ist der Zusatznutzen eines Screenings gering. Bereits ein geringer Zusatznutzen könnte jedoch die Einführung dieser relativ günstigen Intervention rechtfertigen. Eine Wiederholung der Studie auf Basis einer größeren Studienpopulation, die zwischenzeitlich an KISS teilgenommen hat und weitere Versorgungsforschung auf diesem Gebiet auch in anderen Ländern und Gesundheitssystemen wären daher von Vorteil. <<

Literatur

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* 2010 Jan;88(1):31-8.
2. Kiss H, Petricevic L, Husslein P, Breitenacker G. Infektionsscreening und Frühgeburt: Die Bedeutung einer pathologischen Vaginalflora für den Schwangerschaftsverlauf. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2002 Aug;62(08):762-7.
3. Mylonas I, Friese K. Infektionen und Frühgeburt. *Gynäkol.* 2012 Jul 1;45(7):520-6.
4. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet.* 2008 Jan 5;371(9606):75-84.
5. Dog Moster, Rolv Terje Lie, Trond Markestad. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *N Engl J Med.* 2008;359:262-73.
6. Jacob J, Lehne M, Mischker A, Klingner N, Zickermann C, Walker J. Cost effects of preterm birth: a comparison of health care costs associated with early preterm, late preterm, and full-term birth in the first 3 years after birth. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care.* 2016 Dec 1;
7. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Nov;181(5 Pt 1):1216-21.
8. Friese K, Dudenhausen JW, Kirschner W, Schäfer A, Elkeles T. Risikofaktoren der Frühgeburt und ihre Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung - Eine Analyse auf der Grundlage des BabyCare-Programms. *Gesundheitswesen.* 2003 Aug;65(08/09):477-85.
9. Hay PE, Lamont RF, Taylor-Robinson D, Morgan DJ, Ison C, Pearson J. Abnormal bacterial colonisation of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. *BMJ.* 1994 Jan 29;308(6924):295-8.
10. Okun N, Gronau KA, Hannah ME. Antibiotics for bacterial vaginosis or Trichomonas vaginalis in pregnancy: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2005 Apr;105(4):857-68.
11. Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jan 31;(1):CD000262.
12. § 73c SGB V Besondere ambulante ärztliche Versorgung [Internet]. § 73c SGB V. Available from: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/73c.html>
13. Mendling W, Martius J, Hoyme UB. Bakterielle Vaginose (BV) in Gynäkologie und Geburtshilfe [Internet]. AWMF online - Das Portal der wissenschaftlichen Medizin; 2013 [cited 2014 Oct 1]. Available from: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-028L_S1_Bakterielle_Vaginose_2013-09.pdf
14. McGregor JA, French JI, Parker R, Draper D, Patterson E, Jones W, et al. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of a prospective controlled evaluation. *Am J Obstet Gynecol.* 1995 Jul;173(1):157-67.
15. Herbert Kiss, Ljubomir Petricevic, Martina Simhofer, Peter Husslein. Reducing the rate of preterm birth through a simple antenatal screen-and-treat programme: a retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;153:38-42.
16. Herbert Kiss, Ljubomir Petricevic, Peter Husslein. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. *BMJ Online [Internet].* 2004 [cited 2014 Sep 26]; Available from: <http://www.bmj.com.proxy.ub.unimaas.nl/content/329/7462/371.full.pdf+html>
17. Rosenbaum PR, Rubin DB. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika.* 1983 Apr 1;70(1):41-55.
18. Normand ST, Landrum MB, Guadagnoli E, Ayanian JZ, Ryan TJ, Cleary PD, et al. Validating recommendations for coronary angiography following acute myocardial infarction in the elderly: a matched analysis using propensity scores. *J Clin Epidemiol.* 2001 Apr;54(4):387-98.

Autorenerklärung

Die Autorinnen und Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Jacob, J. et al: „Evaluation eines Infektionsscreenings auf bakterielle Vaginosen zur Vermeidung von Frühgeburten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 41-45, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2039

Prevention of preterm birth by screening and treating bacterial vaginosis: A retrospective study of German claims data

Bacterial vaginosis has been identified as a major risk factor for preterm birth. The screening and treatment of these infections during pregnancy could provide an effective measure against preterm birth. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a screen-and-treat programme for bacterial vaginosis in a real-world context. In a retrospective observational study based on claims data from a German statutory health insurance company, adverse birth events (preterm births, miscarriages, stillbirths) in a group of pregnant women who took part in a screen-and-treat programme for bacterial vaginosis were compared to a control group who received standard health care treatment. Propensity score matching was used to control confounding variables between groups. Compared with the control group, adverse birth events in the screening group were slightly less frequent, suggesting that the screening programme leads to a reduction of preterm birth rates. However, differences between screening and control group did not reach statistical significance. Our results indicate that the additional benefit of the screening programme compared with the standard health care programme is – if there is any – small. However, given the substantial negative medical, economic and social consequences of preterm birth and the relatively simple and inexpensive implementation of the screening programme, even a very small benefit of the programme might be clinically and economically relevant.

Keywords

bacterial vaginosis, screening, preterm birth, effectiveness, claims data

Josephine Jacob, MSc

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) in Berlin. Nach einer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin erfolgte ein Studium in Public Health und Epidemiologie. Seit 2014 arbeitet sie an verschiedenen Versorgungsforschungsprojekten auf Basis von Routinedaten.

Kontakt: josephine.jacob@ingef.de

**Dr. rer. cur. Andrea Mischker**

ist stellvertretende Leiterin des Landesverbandes der BIG direkt gesund in Berlin. Sie ist examinierte Krankenschwester, Diplom-Pflegewirtin (FH) und promovierte Pflegewissenschaftlerin. Seit 2004 ist sie in verschiedenen Rollen für die gesetzliche Krankenversicherung und in der Versorgungsforschung tätig.

Kontakt: andrea.mischker@big-direkt.de

**Dipl.-Ges.w. Normen Klinger, MHBA**

ist Diplom Gesundheitswirt (FH) und Master of Arts in Health Business Administration. Seit 2008 ist er als Vertrags- und Datenmanager bei der BIG direkt gesund in Berlin tätig und betreut Datenmanagementprojekte für alle Fachabteilungen.

Kontakt: normen.klinger@big-direkt.de

**Dipl.-Volksw. Claudia Zickermann**

ist Diplom-Volkswirtin und war acht Jahre bei der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände tätig. Seit 2014 arbeitet sie bei BIG direkt gesund in Berlin als Vertragsmanagerin im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Kontakt: claudia.zickermann@big-direkt.de

**Dr. med. Jochen Walker**

ist Institutsleiter und Geschäftsführer des Institut für angewandte Gesundheitsforschung (InGef) in Berlin. Er hat Medizin und Informatik studiert und war 6 Jahre nach dem Studium als Assistenz- und Oberassistentenarzt sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Krankenhaus beschäftigt. Seit 2009 arbeitete er in verschiedenen Rollen mit Routinedaten von gesetzlichen Krankenkassen.

Kontakt: jochen.walker@ingef.de



Benjamin Goffrier, M.A., LL.M.
Dr. med. Jörg Bätzing, MPH
Jakob Holstiege, MPH

Entwicklung der administrativen Prävalenz des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015

Der Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, bei der aufgrund eingeschränkter Insulinwirkung bzw. -ausschüttung die Blutzuckerkonzentration dauerhaft erhöht ist (American Diabetes Association 2012). Langfristig erhöht eine Diabeteserkrankung das Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Schädigungen der Netzhaut und das diabetische Fußsyndrom. Der Diabetes mellitus ist als „Volkskrankheit“ mit einer Vielzahl Betroffener von erheblicher Public Health-Relevanz. Auf individueller Ebene geht die Erkrankung mit Einschränkungen der Lebensqualität und Lebenserwartung einher, auf gesellschaftlicher Ebene ist sie mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden (Koster et al. 2012).

>> In den vergangenen Jahrzehnten wurde weltweit eine Zunahme der Diabetesprävalenz beobachtet (WHO 2016; NCD Risk Factor Collaboration 2016; International Diabetes Federation 2015). In Deutschland wird die Prävalenz des Diabetes mellitus aktuell auf 7–10 % geschätzt (Jacobs et al. 2016; Heidemann et al. 2013; Tamayo et al. 2016). In der ersten Erhebungswelle der Studie DEGS 1 des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland im Zeitraum von 2008 bis 2011 eine Diabetesprävalenz von 7,2 % beobachtet (Heidemann et al. 2013). Diese Studie bezog sich auf die Altersspanne der 18- bis 79-Jährigen. Die Prävalenzschätzung von Tamayo et al. 2016 auf Basis der Versorgungsdaten auf der Grundlage der Datentransparenzverordnung (DaTraV-Daten) ergab eine nach Alter und Geschlecht standardisierte Prävalenz des Diabetes mellitus von 9,9 %. Dieser Wert konnte für das Jahr 2010 ermittelt werden. Aufgrund des chronischen Charakters des Diabetes und einer Neuerkrankungshäufigkeit, welche die Letalität deutlich übersteigt (Tamayo et al. 2016) war, auch nach 2010 einer weiterer Anstieg des betroffenen GKV-Versichertenanteils zu erwarten. Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung aktueller Trends der Prävalenz des Diabetes mellitus für die Jahre 2009 bis 2015 auf Grundlage deutschlandweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf Analysen der Prävalenz und Inzidenz des Diabetes mellitus von Goffrier et al. 2017. Vertiefend wird dabei auf die aktuellen Trends in der Entwicklung der Prävalenz – auch vergleichend zwischen Ost- und Westdeutschland – eingegangen.

Methodik

Auf der Grundlage bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V (Mangiapane 2014) wurde die Ein-Jah-

Zusammenfassung

In der vorliegenden Analyse wurde untersucht, wie sich die Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland zwischen den Jahren 2009 und 2015 entwickelt hat. Dabei wurden genauer die Unterschiede zwischen Alters- und Geschlechtsgruppen sowie zwischen Ost- und Westdeutschland betrachtet. Die Analyse wurde mit bundesweiten Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V durchgeführt. Die Studienpopulation wurde jahresweise gebildet und umfasste alle Patienten, die mindestens einen Arztkontakt hatten. Als prävalent wurden alle Patienten gezählt, die in mindestens zwei Quartalen eine gesicherte Diabetesdiagnose erhalten haben. Bundesweit stieg die Prävalenz des Diabetes mellitus von 8,67 % im Jahr 2009 auf 9,96 % im Jahr 2015. Die Prävalenz war in den Altersgruppen ab 60 Jahren am höchsten, wobei die Prävalenz der Männer teils deutlich über denen der Frauen lag und auch stärker gestiegen ist. Während die Prävalenz in Ostdeutschland mit über 12 % deutlich über der Prävalenz in Westdeutschland mit mindestens 7,8 % lag und einen stärkeren absoluten Anstieg verzeichnete, war der relative Anstieg der Diabetes-Prävalenz mit fast 12 % fast doppelt so hoch wie in Ostdeutschland mit 6 %. Der Anstieg der Diabetesprävalenz ist vermutlich zunehmend auf lebensstilbezogene Risikofaktoren zurückzuführen und unterstreicht die große Public Health-Relevanz dieser chronischen Erkrankung. Weitere Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf kleinräumiger Ebene sind erforderlich, um Präventionsmaßnahmen regional besser auszurichten.

Schlüsselwörter

Diabetes mellitus, Prävalenz, Public Health

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2040

res-Prävalenz des Diabetes mellitus für die Jahre 2009 bis 2015 bestimmt. Da die Prävalenz auf der Grundlage von Daten für administrative Zwecke ermittelt wurde, wird diese als „administrative Prävalenz“ bezeichnet (vgl. Grobe/Dräther 2014).

Die Studienpopulation für jedes Bezugsjahr der Prävalenzschätzung setzt sich aus allen gesetzlich krankenversicherten Patienten zusammen, die im Bezugszeitraum mindestens einen Arztkontakt hatten.

Das Vorliegen eines Diabetes wurde in der Studienpopulation anhand der ambulanten ärztlichen Diagnosen ermittelt, die gemäß der International Classification of Diseases, 10th Revision, German Modification (ICD-10-GM) kodiert wurden. Ein Patient galt als Diabetiker, wenn für ihn in dem jeweiligen Bezugsjahr in mindestens zwei Quartalen eine gesicherte Diabetes-Diagnose (E10 – E14) vergeben wurde. An dieser Stelle wurde nicht zwischen den unterschiedlichen Diabetes-Typen unterschieden, sondern die Entwicklung des Diabetes mellitus insgesamt betrachtet. Jedoch macht der Typ-2-Diabetes rund 96 % aller Diabetesfälle aus (Goffrier et al. 2017).

Die Ein-Jahres-Prävalenz (P) wurde als Quotient aus Anzahl der Diabetiker (D) und der Gesamtzahl der Patienten der Studienpopulation (S) pro Jahr (J) in der jeweiligen Region (R) multipliziert mit 100 in Prozent gebildet:

Um die Gegenüberstellungen zwischen Populationen mit unter-

$$P_{JR} = \left(\frac{D_{JR}}{S_{JR}} \right) \times 100$$

schiedlicher Alters- und Geschlechtsstruktur d.h. zwischen Ost- und Westdeutschland und auf Bundesebene im Zeitverlauf zwischen den Kalenderjahren zu ermöglichen, wurden außerdem standardisierte Prävalenzschätzer berechnet. Dies wurde als direkte Standardisierung anhand der nach Alters- und Geschlechtsgruppen differenzierten Population der gesetzlich Krankenversicherten von 2015 (KM6-Statistik) vorgenommen (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Ergebnisse

Die rohe Ein-Jahres-Prävalenz des Diabetes mellitus stieg zwischen den Jahren 2009 und 2015 deutschlandweit um 1,29 Prozentpunkte von 8,67 % auf 9,96 % an. Bereinigt man die Prävalenz um den Effekt

der sich verändernden Alters- und Geschlechtsstruktur lässt sich ein abgeschwächter Anstieg von 0,91 Prozentpunkten beobachten, wobei die standardisierte Prävalenz von 8,90 % im Jahr 2009 auf 9,81 % im Jahr 2015 gestiegen ist (vgl. Abb. 1).

Eine differenzierte Betrachtung der Entwicklung der Prävalenz nach Alter und Geschlecht zeigt eine besonders starke Dynamik für die Altersgruppen ab 60 Jahren für beide Geschlechter. Im Jahr 2009 konnte die höchste Prävalenz mit 29,86 % bei den Männern der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen beobachtet werden. Demgegenüber lag der höchste Wert der Männer im Jahr 2015 bei 34,87 % in der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen, was einer Verlagerung des Erkrankungspeaks in die nächst höhere Altersgruppe entspricht. Bei den Frauen konnte im Jahr 2009 die höchste Prävalenz bei den 80- bis unter 90-Jährigen von rund 27,60 % festgestellt werden (vgl. Abb. 3). Im Jahr 2015 hingegen lag der Höchstwert mit 31,97 % in der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen. Der Peak der Prävalenz hat sich damit um rund 4,4 Prozentpunkte erhöht.

Große Unterschiede in der Prävalenz bestehen nicht nur zwischen den Alters- und Geschlechtsgruppen, sondern auch zwischen den unterschiedlichen Regionen Deutschlands. Hierbei war besonders der Niveauunterschied der Erkrankungslast zwischen Ost- und Westdeutschland auffällig. Während in Westdeutschland im Jahr 2009 eine rohe Prävalenz des Diabetes mellitus von 7,82 % beobachtet werden konnte, lag diese zum gleichen Zeitpunkt in Ostdeutschland bei 12,03 %. In beiden Landesteilen stieg die Prävalenz deutlich, wobei die rohen Werte im Jahr 2015 in Westdeutschland 9,08 % und in Ostdeutschland 13,47 % betragen. Demnach fand in Westdeutschland eine Steigerung der Prävalenz um 1,26 Prozentpunkte und in Ostdeutschland um 1,44 Prozentpunkte statt.

Nach der Standardisierung für Alter und Geschlecht fielen die Unterschiede zwischen beiden Landesteilen wesentlich geringer aus. Demnach ist die standardisierte Prävalenz in Westdeutschland zwischen den Jahren 2009 und 2015 von 8,26 % auf 9,23 % um 0,97 Prozentpunkte gestiegen, während die standardisierte Prävalenz in Ostdeutschland im gleichen Zeitraum von 11,11 % auf 11,79 % und damit um 0,68 Prozentpunkte zunahm (vgl. Abb. 1). Demnach zeigte Westdeutschland zwischen 2009 und 2015 mit 11,67 % eine höhere relative Zunahme der Ein-Jahres-Prävalenz im Vergleich zu den östlichen Bundesländern (Ostdeutschland: 6,13 %, Bund: 10,22 %; vgl. Abb. 2). Während der relative Zuwachs zwischen den Jahren 2009 und 2010 mit rund 2,30 % für Ost- und Westdeutschland noch gleich groß ausfiel, ließ sich für Ostdeutschland eine im Zeitverlauf abflachende Anstiegskurve beobachten. So bezifferte sich der relative Anstieg von 2014 auf 2015 auf nur noch 0,17 %. In Westdeutschland hingegen verlief der Anstieg zwischen den Jahren 2010 und 2011 steiler, um im nachfolgenden Beobachtungszeitraum etwas abzuflachen (vgl. Abb. 2).

Diskussion

Wie gezeigt werden konnte, zeichnet sich eine starke Dynamik in der Zunahme der Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland zwischen den Jahren 2009 und 2015 ab. Die Prävalenz steigt dabei in fast allen Altersgruppen, bei Männern und Frauen und in allen Regionen Deutschlands. Jedoch gibt es zwischen den einzelnen Gruppen große Unterschiede in der Ausprägung dieses Trends. So ist die absolute Zunahme der Prävalenz bei Männern größer als bei Frauen und in den höheren Altersgruppen deutlich höher als in den jüngeren Altersgruppen. Die Zunahme der Prävalenz insgesamt setzt sich bei dieser Betrachtungsweise aus zwei Effekten zusammen. Erstens nimmt

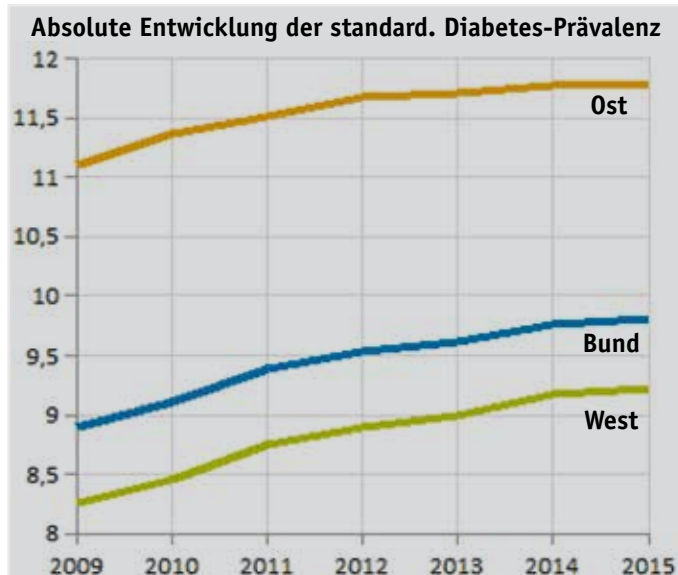


Abb. 1: Absolute Entwicklung der standardisierten Prävalenz des Diabetes mellitus.

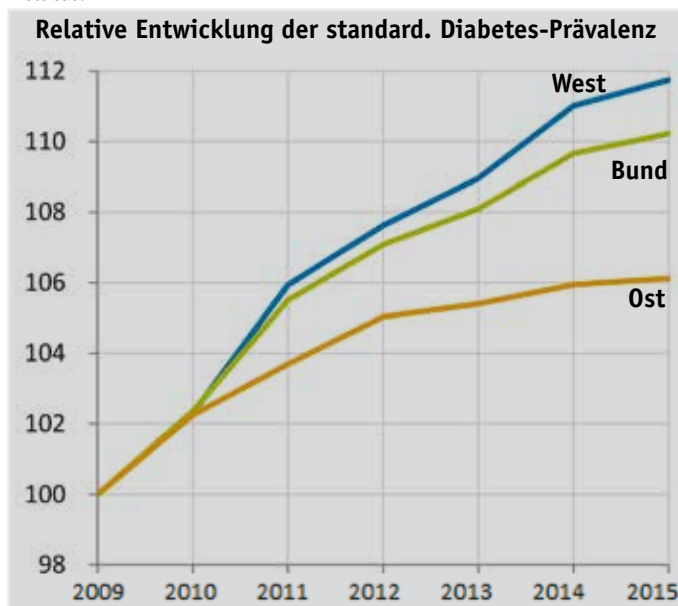


Abb. 2: Relative Entwicklung der standardisierten Prävalenz des Diabetes mellitus.

der Anteil der älteren Bevölkerung in Deutschland zu. Da Diabetes mellitus Typ 2 vor allem im Alter auftritt und rund 96 % aller Diabetesfälle ausmacht, lässt sich damit zunächst ein Effekt feststellen, der auf die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft zurückzuführen ist. Zweitens nimmt aber auch unabhängig davon die Prävalenz des Diabetes mellitus in den höheren Altersgruppen zu und steigt auf deutlich über 30 %. Hierdurch wird der demografische Effekt noch einmal verstärkt.

Auch auf regionaler Ebene lassen sich deutliche Unterschiede in der Entwicklung der Diabetesprävalenz ausmachen. Das Niveau der Diabetesprävalenz lag in Ostdeutschland während des Beobachtungszeitraums rund 4,4 Prozentpunkte höher als in Westdeutschland. Auch die absolute Zunahme der rohen Diabetesprävalenz in Prozentpunkten fiel in Ostdeutschland zwischen 2009 und 2015 höher aus als in Westdeutschland. Betrachtet man hingegen die Entwicklung der standardisierten Prävalenz, dreht sich dieses Bild. Demnach waren der absolute und der relative Anstieg der standardisierten Diabetesprävalenz in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland, wobei der relative Anstieg der Prävalenz in Westdeutschland fast doppelt so hoch ausfiel. Dies ergibt sich aus dem absoluten Anstieg, der sich durch das deutlich niedrigere Niveau der Prävalenz in Westdeutschland stärker auf die relative Entwicklung auswirkt als in Ostdeutschland. Die Unterschiede

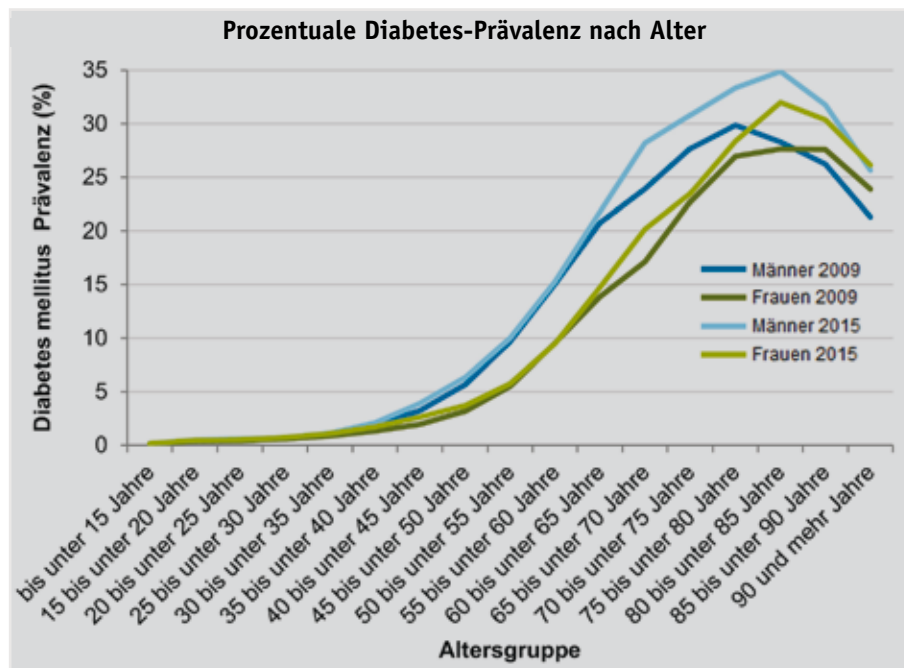


Abb. 3: Prozentuale Diabetes-Prävalenz nach Alter

der relativen Anstiege zeigen, dass die Entwicklung der Diabetesprävalenz in Westdeutschland dynamischer verlief als in Ostdeutschland, wo wiederum eine stetige Abnahme der Entwicklungsdynamik beobachtet werden konnte.

Mit der Zunahme der Diabetes-Prävalenz zwischen 2009 und 2015 wird eine bereits seit vielen Jahren bestehende Entwicklung fortgeschrieben. Dies legen die Daten der großen Gesundheitssurveys des RKI nahe. So wurde in der BGS98 die Lebenszeitprävalenz des bekannten Diabetes der 18-bis 79-jährigen Bevölkerung auf 5,2 % geschätzt, während sie in der DEGS1-Studie bereits bei 7,2 % lag. Dies entspricht einem relativen Anstieg von 38 % im Zeitraum zwischen dem ersten Erhebungszeitraum 1998 und dem zweiten Erhebungszeitraum der Jahre 2008 bis 2011 (Heidemann et al. 2013).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass neben einem hohen Alter

zunehmend andere Risikofaktoren an Bedeutung für den Anstieg der Diabetesprävalenz gewonnen haben könnten. Hierbei wären vor allem Lebensstilfaktoren wie Übergewicht bzw. Adipositas, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung sowie das Rauchen in Betracht zu ziehen, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an Typ-2-Diabetes zu erkranken (Bundesärztekammer et al. 2013). Der Anteil an Rauchern an der Bevölkerung in Deutschland war insbesondere bei jungen Menschen in den letzten Jahren rückläufig (Lampert et al. 2013), während der Anteil übergewichtiger Menschen mit über 50 % auf einem relativ hohen Niveau konstant geblieben und die Adipositasprävalenz auf mittlerweile 23% angestiegen ist (Mensink et al. 2013). Als Ansatzpunkte zur Eindämmung eines weiteren Anstiegs der Diabetesprävalenz kommen somit vorrangig wirkungsvolle lebensstilbezogene Strategien in Betracht. Es erscheint dabei sinnvoll, ganzheitliche Präventionsstrategien zu entwickeln, die auf den Lebensstil von Risikopatienten fokussiert sind und die Komplexität

der oft interdependenten Risikofaktoren berücksichtigen. Idealerweise sollten diese Präventionsmaßnahmen schon im Kindes- und Jugendalter beginnen, um längerfristig und nachhaltig erfolgreich zu sein. Daher kommt Kindergärten und Schulen eine herausragende Bedeutung bei der Ausrichtung präventiver Programme zu. Es sind allerdings auch weitere Untersuchungen erforderlich, die mit geografiebasierten analytischen Verfahren auch kleinräumig den Zusammenhang zwischen potenziellen Einflussfaktoren auf die Diabetesentstehung beleuchten, um Präventionsprogramme zielgerichtet und regional fokussiert aufsetzen zu können. Hierzu wird der Versorgungsatlas auch in Zukunft weitere Analyseergebnisse und Beiträge vorlegen.

Ein zusätzlicher zukünftiger Anstieg der Diabetes-Prävalenz in Deutschland ist außerdem aufgrund der jüngsten Migrationsbewegungen denkbar. Neben dem pazifischen Raum (Ozeanien) hat Diabetes mellitus

Literatur

- American Diabetes Association (2012): Diagnosis and classification of diabetes mellitus. In: *Diabetes Care* 2012, 35 (Suppl 1): 64–71
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013): Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung, 1. Auflage. Version 4. 2013, zuletzt geändert: November 2014. In: www.dmg-therapie-versorgungsleitlinien.de (abgerufen am 27.06.2017)
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Mitglieder und Versicherte - Informationen rund um Mitglieder und Versicherte der GKV. Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag jeweils zum 1. Juli des Jahres). In: <http://bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> (abgerufen am 27.06.2017)
- Goffrier B./Schulz M./Bätzing-Feigenbaum J. (2017): Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. In: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=79> (abgerufen am 27.06.2017)
- Grobe, T. G./Dräther, H. (2014): Ambulante ärztliche Versorgung. In: Swart, E./Ihle, P./Gothe, H./Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber: 43–62
- Heidemann C./Du Y./Schubert I./Rathmann, W./Scheidt-Nave, C. (2013): Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013, 56: 668–77
- International Diabetes Federation (2015): *IDF Diabetes Atlas*. Brüssel
- Jacobs E./Tamayo T./Rathmann W. (2016): Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: *Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), diabetes DE – Deutsche Diabetes-Hilfe* (Hrsg.) (2016): *Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017 – Die Bestandsaufnahme*. Mainz: Kirchheim + Co GmbH: 10–21
- Koster I./Schubert I./Huppertz E. (2012): Follow up of the CoDiM-Study: cost of diabetes mellitus 2000–2009. In: *Dtsch Med Wochenschr* 2012, 137: 1013–1016
- Lampert, T./von der Lippe, E./Mütters, S. (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013, 56: 802–808
- Mangiapane S./Riems B./Augustin J. (2011): Populationsbildung auf der Grundlage von vertragsärztlichen Abrechnungsdaten. In: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=10> (abgerufen am 27.06.2017)
- Mensink, G. B. M./Schienkiewitz, A./Haftenberger, M./Lampert, T./Ziese, T./Scheidt-Nave, C. (2013): Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013, 56: 786–794.
- NCD Risk Factor Collaboration (2016): Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. In: *Lancet* 2016, 387: 1513–30
- Tamayo T./Brinks R./Hoyer A./Kuß, O./Rathmann, W. (2016): Prävalenz und Inzidenz von Diabetes mellitus in Deutschland. Auswertung von 65 Millionen Versicherungendaten der gesetzlichen Krankenkassen aus den Jahren 2009 und 2010. In: *Deutsches Ärzteblatt* 2016, 113,11: 177–82
- World Health Organization (WHO) (2016): *Global Report on Diabetes*. Genf

in den zurückliegenden drei Jahrzehnten insbesondere in vielen Ländern des Nahen Ostens und Nordafrikas sowie Zentralasiens im weltweiten Vergleich überdurchschnittlich zugenommen. Dort wurden 2014 Prävalenzraten erreicht, die teilweise deutlich über denen in Zentraleuropa lagen (NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) 2016). In Abhängigkeit des Umfangs der Immigration aus Ländern des Nahen Ostens nach Deutschland ist nicht auszuschließen, dass dies bevölkerungsbezogen Auswirkungen auf die zukünftige Entwicklung der Diabetes-Prävalenz in Deutschland haben könnte, die darüber hinaus weitere spezifisch angepasste Präventionsmaßnahmen erforderlich machen würden.

In dieser Studie konnte eine deutschlandweite Vollerhebung ausgewertet werden, wobei alle Behandlungsfälle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfasst wurden. Generell muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich um die administrative Prävalenz der behandelten Diabeteserkrankten eines Jahres handelt, die in mindestens zwei Quartalen eine Diagnose erhalten haben (M2Q-Kriterium). Damit werden erstens unbehandelte Patienten nicht erfasst. Zweitens wurden nur Patienten als prävalent gezählt, die im jeweiligen Bezugsjahr das M2Q-Kriterium erfüllten. Dieses Vorgehen diene der Validierung der Diagnosen, wie sie bei Sekundärdatenstudien üblich ist (vgl. Ausführungen in Goffrier et al. 2017).

Nachträglich wurden weitere Analysen zur Prüfung der Datenqualität durchgeführt (Ergebnisse s. Goffrier et al. 2017). Erstens wurden die Studienpopulationen mit den KM6-Populationen der jeweiligen Jahre verglichen. Zweitens wurde die Prävalenz mit Medikationsdaten verglichen. Drittens wurde zur externen Validierung die Studie von Tamayo et al. 2016 herangezogen, deren Methodik auf den für diese Analyse verwendeten Datensatz übertragen wurde. Hierbei ergab sich eine Abweichung der rohen Prävalenz des Typ-2-Diabetes der Jahre 2009 und 2010 von maximal 0,1 Prozentpunkten.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass dem Diabetes mellitus eine immer größere Public Health-Relevanz zukommt. Dementsprechend kann die Bedeutung von effektiven Präventionsstrategien, die frühzeitig positiv auf den Lebensstil von Risikopatienten einwirken, gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. <<

Development of the administrative prevalence of Diabetes mellitus between 2009 and 2015

In the present analysis we analyzed trends in prevalence of diabetes mellitus between 2009 and 2015 based on Germany-wide claims data from SHI physicians in accordance with section 295 of the Fifth book of the German Social Code (SGB V). Differences between age groups, sex as well as between East and West Germany were studied. The study population was constituted per year and included all patients with at least one physician-contact. All patients with secure ICD-codes for diabetes mellitus in at least two quarters of a year were counted as prevalent cases. Nationwide, the prevalence rose from 8.67% in 2009 to 9.96 % in 2015. The prevalence was highest at ages ≥ 60 years and, additionally, higher for men than for women. While the prevalence of more than 12% in East Germany was much higher than the prevalence of 7.8% in West Germany, on the relative scale, the prevalence increased more strongly in West compared to East Germany (12% vs. 6%). Likely, the rise of the diabetes prevalence is attributed to a change in lifestyle risk factors, such as the concomitant increase in obesity, and is further underscoring the major public health relevance of diabetes mellitus. Further small area analyses regarding factors influencing diabetes prevalence are necessary in order to effectively focus preventive measures.

Keywords

prevalence, Diabetes mellitus, public health

Zitationshinweis

Goffrier, B., Bätzing, J., Holstiege, J.: „Entwicklung der administrativen Prävalenz des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 46-49, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2040

Autorenerklärung

Die Autorin und die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Benjamin Goffrier, M.A., LL.M.

ist seit 2016 Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Dort führt er Analysen zu regionalen Unterschieden in der ambulanten Versorgung anhand der bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten durch. Er hat Soziologie, Geschichte und internationale Sicherheit in Potsdam und Amsterdam studiert. Kontakt: BGoffrier@zi.de



Dr. med. Jörg Bätzing, MPH

ist seit 2014 Leiter des Fachbereichs regionalisierte Versorgungsanalysen und Versorgungsatlas beim Zi. Er ist Arzt für Allgemeinmedizin, Infektiologie und Tropenmedizin und war klinisch sowohl in Deutschland als auch im Ausland tätig. Von 2004 bis 2013 hat er als Infektionsepidemiologe am Africa Centre for Health & Population Studies in Südafrika, am Robert Koch-Institut und am Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin mitgearbeitet. Kontakt: JBaetzing@zi.de



Jakob Holstiege, MPH

ist Gesundheitswissenschaftler und seit 2017 Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. In seiner bisherigen beruflichen Laufbahn war er an einer Vielzahl an Studien der Versorgungsforschung auf Basis von administrativen Daten der Deutschen Sozialversicherung beteiligt. Kontakt: JHolstiege@zi.de



Dr. biol. hum. Beate Bestmann, M.A. Informierte Entscheidung bei der Darmkrebsfrüherkennung

Erfahrungen aus einem Pilotprojekt in und mit der KVB

Am 09. April 2013 ist das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - (KFRG) in Kraft getreten. In diesem Gesetz wurden die zentralen Empfehlungen des Nationalen Krebsplans (Bundesministerium für Gesundheit 2012) aufgegriffen: neben der Einrichtung von flächendeckenden Einführung von Krebsregistern beinhaltet dies u.a. die Überprüfung der Altersgrenzen, eine Förderung der informierten Entscheidung, eine Optimierung der Informationsmaterialien und die begleitende Evaluationen von Früherkennungsmaßnahmen. Für Darm- und Gebärmutterhalskrebs sollen organisierte Früherkennungs-Programme angeboten werden, zu denen die Krankenkassen einladen. Mit der konkreten Ausgestaltung des KFRG wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt.

>> Ein besonderer Fokus des KFRG liegt also auf der Stärkung der Patientenkompetenzen, sodass diese in die Lage versetzt werden – gemeinsam mit dem behandelnden Arzt – eine informierte Entscheidung zu treffen. Voraussetzung für eine informierte Entscheidung ist eine umfassende, evidenzbasierte und nicht von Interessen geleitete Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten. Auch wenn Früherkennungsmaßnahmen in der Allgemeinheit meist grundsätzlich positiv gesehen/bewertet werden, ist die Evidenzlage zur Darmkrebsfrüherkennung bei genauerer Betrachtung keineswegs völlig eindeutig: die Frage nach dem Nutzen, also ob populationsbezogene Massen-Screenings wirklich in der Lage sind, die Gesamtmortalität zu reduzieren, lässt sich anhand von Studien bislang nicht ausreichend belegen. Nicht übersehen sollte man darüber hinaus auch das Schadens-Potenzial von Früherkennungsmaßnahmen durch falsch positive Befunde, Überdiagnose und Übertherapie sowie möglicher Komplikationen bei der eigentlichen Früherkennungsuntersuchung (wie beispielsweise bei der großen Koloskopie). Die informierte Entscheidung sollte daher ein sorgfältiges Abwägen der Chancen und Risiken beinhalten, bei dem die Anspruchsberechtigten durch Informationsmaterial und – sofern gewünscht – ärztliche Beratung unterstützt werden. Die informierte Entscheidung wird dabei nicht nur verstanden als das Abwägen, ob eine Koloskopie oder ein Stuhltest durchgeführt wird. Sie kann unter Umständen auch bedeuten, dass der Betroffene sich bewusst gegen eine Früherkennungsmaßnahme entscheidet oder diese Entscheidung aufschiebt.

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) hat die Techniker Krankenkasse ein Pilotprojekt gestartet, in dem die Umsetzung eines Einladungsverfahrens für anspruchsberechtigte Versicherte (d.h. Personen, die das 50. respektive 55. Lebensjahr vollendet haben) in Bayern erprobt wurde. Hierzu wurden zunächst alle Anspruchsberechtigten in der KV mit verschiedenen Informationspaketen angeschrieben und über Chancen und Risiken der Darm-

Zusammenfassung

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sieht u.a. eine Stärkung der Darmkrebsfrüherkennung, insbesondere der informierten Entscheidung vor. In einem Pilotprojekt hat die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Umsetzung eines Einladungsverfahrens zur Darmkrebsfrüherkennung erprobt, bei dem die Effekte verschiedener Infomaterialien untersucht wurden. Schwerpunkt hierbei war die informierte Entscheidung, die mit einem validierten Fragebogen erhoben wurde. Teilnehmer, die eine evidenzbasierte Broschüre erhalten haben, haben signifikant häufiger eine informierte Entscheidung getroffen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass evidenzbasierte Informationsbroschüren und Anschreiben ein wichtiger Baustein sind, um einen ausreichenden Wissenstand über die Chance und Risiken einer Früherkennungsmaßnahme zu erlangen.

Schlüsselwörter

Darmkrebsfrüherkennung, informierte Entscheidung, Pilotstudie, partizipative Entscheidungsfindung

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2041

krebsfrüherkennung informiert und im Anschluss (drei Monate nach Versand der Infopakete) befragt. Die Ergebnisse sollen Hinweise darauf geben, mit welchen Infomaterialien am besten eine informierte Entscheidung bei Versicherten erreicht werden kann.

Material und Methoden

Studienpopulation

Den Schnelltest auf nicht sichtbares (okkultes) Blut übernehmen Krankenkassen zwischen dem vollendeten 50. und dem 54. Lebensjahr jährlich. Ab dem 55. Lebensjahr werden entweder zwei Darmspiegelungen (Koloskopien) im Abstand von 10 Jahren oder alle zwei Jahre der Okkultbluttest übernommen. Dementsprechend waren die Zielgruppe und damit in die Studie eingeschlossen alle diejenigen TK-Versicherten in der KV Region Bayern, die ab dem Jahr 2013 das 50. bzw. 55. Lebensjahr vollenden. Die Anschreibe-Aktion erfolgte sukzessiv jeweils 1 Quartal nach Vollendung des 50. bzw. 55. Lebensjahres. Durch die kurze Zeitspanne zwischen Geburtstag (=Anspruch auf Früherkennung) und Informationsschreiben sollte sichergestellt werden, dass der Anteil der Anspruchsberechtigten, die aus eigenem Antrieb schon eine Früherkennungsmaßnahme durchgeführt haben, möglichst gering ist.

Studiendesign

Insgesamt gab es sechs verschiedene Informationspakete (evidenzbasiertes oder marketing-orientiertes Anschreiben kombiniert mit einer von drei Informationsbroschüren), die untersucht werden sollten. Die Studie ist daher konzipiert als prospektive, 6-armige randomisierte Studie. Die Zuordnung der Angeschriebenen zu einer der sechs Untersuchungsgruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung) mit Hilfe der SAS-Prozedur RANUNI.

Fragebögen

Fragebogen zur informierten Entscheidung

Der Fragebogen zur informierten Entscheidung (Steckelberg et al. 2011) enthält 14 Fragen zu den Bereichen Wissen, Einstellung und tatsächliche Inanspruchnahme (Uptake) von Maßnahmen der Darmkrebsfrüherkennung. Eine informierte Entscheidung trifft ein Befragter immer dann, wenn er über ein ausreichendes Wissen (≥ 4 von 8 möglichen Punkten) verfügt und eine Entscheidung über die

Teilnahme trifft, die in Übereinstimmung mit dem der Einstellung des Befragten ist. Diese Übereinstimmung ist immer dann der Fall, wenn er Darmkrebsfrüherkennung sinnvoll findet und sie durchführen lässt oder wenn er sie für nicht sinnvoll hält und deshalb keine Früherkennung durchführen lässt.

Fragebogen zur Zufriedenheit im ambulanten Bereich (ZAP)

Der ZAP (Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive) (Bitzer et al. 2002) wurde als standardisiertes, patientenzentriertes Instrument der Patientenzufriedenheit entwickelt. Er besteht aus 27 Items, die zu 5 Dimensionen aggregiert werden: Praxisorganisation, Interaktion, Information, fachliche Kompetenz/Kooperation sowie Einbindung in Entscheidungsprozesse abgebildet. Alle Dimensionen rangieren von 0 bis 100, wobei höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit stehen.

ZAPA

In der zweiten Stufe der Studie wurde die Patientenzufriedenheit mit dem „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA) erhoben (Scholl et al. 2011). Es handelt sich hierbei um die Kurzform des ZAP, die aus vier Einzelitems besteht, die zu einer Dimension zugefasst werden. Wie beim ZAP wird auch beim ZAPA-Summenwert linear auf 0-100 transformiert, wobei höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit stehen. Der Summenwert wird immer dann berechnet, wenn für alle vier Items verwertbare Daten vorliegen, ansonsten wird sie auf Fehlen („missing“) kodiert.

Studienablauf

Die Studie hatte einen zweistufigen Aufbau. In der ersten Stufe wurden die Versicherten angeschrieben und zur Auseinandersetzung mit dem Thema Darmkrebsfrüherkennung aufgefordert. Sie haben darüber hinaus die Möglichkeit, sich beim Arzt ihres Vertrauens zu diesem Thema beraten zu lassen. In der zweiten Projektstufe werden die teilnehmenden Ärzte im Rahmen einer Online-Fortbildung speziell geschult (Themenfelder: Evidenzbasierte Medizin und partizipative Entscheidungsfindung). Abgesehen von der Schulung der Ärzte ist der Ablauf beider Stufen identisch:

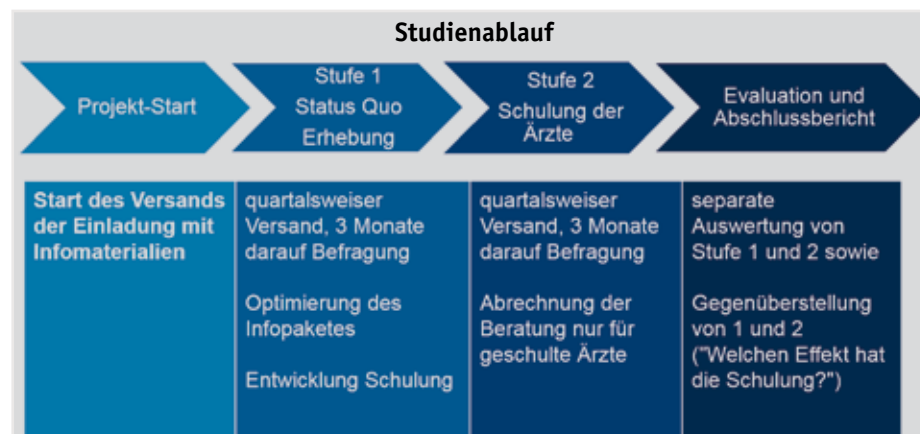


Abb. 1: Studienablauf.

Im ersten Schritt werden alle anspruchsberechtigten TK-Versicherten aus Bayern selektiert. Im zweiten Schritt werden die Versicherten zufällig auf die 6 Studienarme (Marketinganschreiben plus Broschüre TK versus Marketinganschreiben plus Broschüre IQWiG

versus Marketinganschreiben plus Broschüre KVB versus evidenzbasiertes Anschreiben plus Broschüre TK versus evidenzbasiertes Anschreiben plus Broschüre IQWiG versus evidenzbasiertes-Anschreiben plus Broschüre KVB) verteilt (randomisiert). Von den drei Broschüren waren zwei (Broschüre TK und Broschüre IQWiG) evidenzbasiert und sehr umfangreich, während die dritte (Broschüre KVB) vom Umzug deutlich kürzer und nicht den Anspruch erhebt, evidenzbasiert zu sein. Jeder Versicherte erhielt postalisch die entsprechenden Unterlagen und die Einladung, sich mit dem Thema Darmkrebs-Früherkennung auseinanderzusetzen. Der Brief enthielt neben dem Fragebogen zur informierten Entscheidung auch einen Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensicht.), der u.a. die Zufriedenheit mit der Einbindung in medizinische Entscheidungsprozesse abgefragt hat.

Ergebnisse

Ergebnisse aus Stufe 1

Nach Abschluss von Stufe 1 lagen Daten von insgesamt 4.932 Personen vor, von denen 53,8% männlich und 46,2% weiblich waren (1,4% keine Angabe). Die Altersgruppe der 50-Jährigen waren mit 55,9% etwas stärker vertreten als die der 55-Jährigen mit 44,1%. Für 1,4% der Befragten lagen keine Angaben zum Alter vor. Sowohl bei den 50- wie auch bei den 55-Jährigen war der Anteil der Männer etwas höher als der der Frauen. Bei Betrachtung nach Anschreiben zeigte sich, dass die evidenzbasierten Anschreiben einen etwas höheren Rücklauf generiert haben, als die werblichen Anschreiben. Aus diesem Grund wurde in der zweiten Stufe nur noch das evidenzbasierte Schreiben verwendet.

Informierte Entscheidung

In der Auswertung wurde die informierte Entscheidung in zwei Varianten dargestellt: Variante 1 ist die strenge Auslegung des Konzeptes, bei der nur die Versicherten als „informierte Entscheidung“ klassifiziert wurden, die tatsächlich berichteten, dass Sie schon an einer Früherkennungsmaßnahme teilgenommen hatten. In Variante 2 wurden auch die Befragten als „informierte Entscheidung“ klassifiziert, die angegeben haben, dass sie planen, an einer Früherkennungsmaßnahme teilzunehmen.

Da zwischen dem Versand der Infomaterialien und der Befragung ein Zeitfenster von drei Monaten lag, könnte der Zeitraum möglicherweise auch sehr knapp sein, um sich zu informieren und dann einen Termin beim Arzt zu bekommen und die Früherkennung durchführen zu lassen. Aus diesem Grund werden im Folgenden beide Varianten gleichberechtigt nebeneinander dargestellt.

Bei Betrachtung der informierten Entscheidung in der strengen Auslegung (Variante 1, nur Befragte eingeschlossen, die angegeben hatten, dass sie tatsächlich an einer Früherkennung teilgenommen haben) zeigten sich signifikante Unterschiede für die Befragten, die eine Broschüre der KVB erhalten hatten. Bei den Befragten mit evidenzbasierter Broschüre ist der Anteil derer, die eine informierte Entscheidung getroffen haben, deutlich höher als bei denjenigen, die keine evidenzbasierte

erhalten hatten. Bei den Befragten mit evidenzbasierter Broschüre ist der Anteil derer, die eine informierte Entscheidung getroffen haben, deutlich höher als bei denjenigen, die keine evidenzbasierte

Broschüre erhalten hatten. Dieser Unterschied verringerte sich bei Betrachtung von Variante 2, bei der auch Teilnehmer eingeschlossen wurden, die angaben, dass sie planen an einer Früherkennungsmaßnahme teilzunehmen.

Informierte Entscheidung nach Broschüre				
Untersuchungs-kollektiv	TK-Broschüre	KVB-Broschüre	IQWiG-Broschüre	Gesamt
Informierte Entscheidung	343	285	371	999
Variante 1	(21,3%)	(17,2%)	(22,2%)	(20,3%)
Informierte Entscheidung	975	961	1.022	2.958
Variante 2	(60,5%)	(58,1%)	(61,3%)	(60,0%)

Tab. 1: Ergebnisse aus Stufe 1

Bei der Testung auf Unterschiede bezüglich soziodemografischer Charakteristika der Befragten zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf die Bildung: der Anteil von Befragten mit informierter Entscheidung ist bei Befragten mit Hauptschulabschluss oder ohne Abschluss signifikant niedriger als bei den übrigen Befragten. Diese Befunde fanden sich sowohl in der Variante 1 wie in der Variante 2. Ansonsten zeigte sich der Trend, dass die weiblichen Befragten tendenziell eher eine informierte Entscheidung fällen, dies ist jedoch nur in der strengen Auslegungen statistisch signifikant.

Patientenzufriedenheit

Bei Analyse der Patientenzufriedenheit zeigt sich eine deutlich reduzierte Ausfüllquote des ZAP-Fragebogen: Hier lagen je nach Skala nur für 47-52% der Befragten Angaben vor. Insgesamt lagen die Zufriedenheitswerte aus der vorliegenden Studie sehr dicht an den Referenzwerten. Die Werte der Skalen „Interaktion“ und „Information“ lagen leicht unter den Referenzwerten, die Werte der Skala „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ liegen leicht über den Referenzwerten.

Bei Betrachtung der Werte für die Skala „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ gesplittet nach den sechs Untersuchungsgruppen, so zeigten sich auch hier keine wesentlichen Unterschiede. Auch bei Unterscheidung der drei Broschüren fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Einbindung in Entscheidungsprozesse.

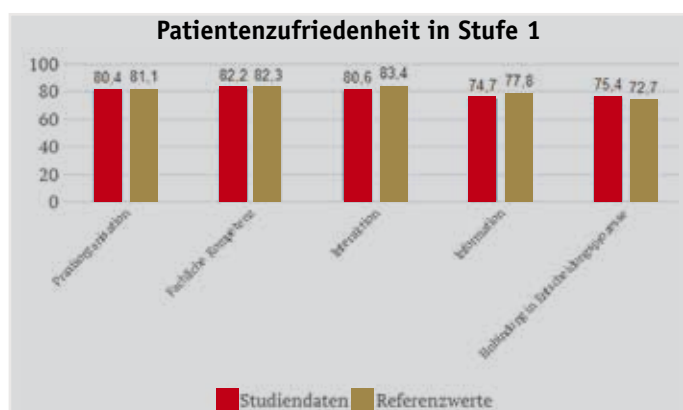


Abb. 2: ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensicht.

Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen

Mehr als 90% der Befragten insgesamt gaben an, dass sie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen auf Darmkrebs für sinnvoll hielten. Es zeigten sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit davon, welche Broschüre verschickt wurde. Bei den Befragten mit IQWiG-Broschüre war der Anteil derer, die die Sinnhaftigkeit der Darmkrebsfrüherkennung hinterfragten („eher nicht sinnvoll“) etwas höher als bei den Befragten mit TK oder KVB-Broschüre. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

Insgesamt wurde die Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung am häufigsten wahrgenommen. In allen drei Gruppen gab fast ein Drittel der Befragten an, diese in Anspruch genommen zu haben; bei den Teilnehmern mit IQWiG-Broschüre war der Anteil jedoch etwas niedriger als bei den Teilnehmern mit TK- oder KVB-Broschüre. Die selbstberichtete Inanspruchnahme einer Darmspiegelung lag bei allen drei Broschüren auf einem vergleichbaren Wert um die 10%. Die Teilnahme an der Früherkennung mit Okkultblut-Test wird den Teilnehmern mit KVB-Broschüre am geringsten in Anspruch genommen, dieser Unterschied war auch statistisch signifikant. Sowohl für die Altersgruppe 50 wie auch 55 Jahre zeigte sich: je weniger invasiv das Früherkennungsverfahren, desto höher war die Inanspruchnahme. Für die Gruppe der 50-jährigen besteht noch kein Anspruch auf Darmspiegelung als Darmkrebsfrüherkennungsmaßnahme, die hier berichteten Inanspruchnahmen beziehen sich daher wahrscheinlich auf kurative Koloskopien. Die selbstberichtete Inanspruchnahme rangierten zwischen 6,3 und 7,5%. Zwischen 15,2 und 19,1% der Befragten gaben an, dass sie in den letzten 4 Monaten an einer Darmkrebsfrüherkennung mit Okkultblut-Test teilgenommen hatten. Hier war die Teilnahme bei den Befragten mit KVB-Broschüre etwas geringer als bei den Teilnehmern mit IQWiG- oder TK-Broschüre. Die (selbstberichtete) Teilnahme an einer Beratung fiel bei den Teilnehmern mit IQWiG-Broschüre (22,7%) geringer aus, als bei den Befragten mit TK-Broschüre (25,4%) oder KVB-Broschüre (24,8%).

In der Altersgruppe 55 Jahre fiel die Inanspruchnahme für Darmspiegelung und Beratung höher aus als bei den jüngeren Befragten, aber auch hier galt: je weniger invasiv das Verfahren, desto höher war die Inanspruchnahme der Befragten. Besonders deutlich war die höhere Inanspruchnahme von Beratung bei den 55-Jährigen, die bei den Teilnehmern mit allen drei Broschüren bei mehr als einem Drittel lag, bei den Teilnehmern mit TK-Broschüre sogar bei 40%. Die selbstberichtete Inanspruchnahme einer Darmspiegelung war auch hier für alle drei Broschüren annähernd vergleichbar. Bei der Früherkennung mittels Okkultblut-Test wurde von den Teilnehmern mit KVB-Broschüre die niedrigste Inanspruchnahme berichtet (15,6% versus 20,6% bei TK-Broschüre bzw. 18,4% mit IQWiG-Broschüre). Bei der Gegenüberstellung aller sechs Untersuchungsgruppen (Anschreiben X Infobroschüre), zeigte sich der Trend, dass die Befragten mit evidenzbasiertem (IQWiG) Anschreiben eine geringfügig niedrigere Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen mittels Darmspiegelung berichteten, als die Teilnehmer mit werblichem (TK) Anschreiben.

Ergebnisse aus Stufe 2

In Stufe 2 wurde nur noch das evidenzbasierte Anschreiben versendet, sodass die Auswertung sich nur noch auf drei Untersuchungsgruppen (entsprechend einer der drei Broschüren) bezieht. Insgesamt lagen für die zweite Stufe 2.724 Antworten vor. In beiden Altersgruppen war der Anteil der männlichen Befragten etwas

höher als der weiblichen. Fast ein Drittel (30,0%) der Befragten verfügte über einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss. 14,6% gaben Abitur oder Fachhochschulreife, 32,5% Mittlere Reife an. Weitere soziodemografische Parameter wurden nicht abgefragt.

Informierte Entscheidung

Sowohl in Variante 1 wie in Variante 2 war es so, dass bei den Befragten mit IQWiG-Broschüre der Anteil derer, die eine informierte Entscheidung treffen, signifikant höher ist, als bei den Befragten mit TK- oder KVB-Broschüre.

In Hinblick auf die soziodemografischen Merkmale zeigten sich

Informierte Entscheidung nach Broschüre				
Untersuchungs-kollektiv	TK-Broschüre	KVB-Broschüre	IQWiG-Broschüre	Gesamt
Informierte Entscheidung	161	145	211	517
Variante 1	(16,9%)	(16,5%)	(23,7%)	(19,0%)
Informierte Entscheidung	547	515	563	1.625
Variante 2	(57,5%)	(58,5%)	(63,2%)	(59,7%)

Tab. 2: Ergebnisse aus Stufe 2

keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten, den Altersgruppen (50 versus 55 Jahre) und in Hinblick auf den Bildungsabschluss.

Patientenzufriedenheit

Die Auswertungen für Stufe 1 haben gezeigt, dass die Fragen zur Patientenzufriedenheit (in Stufe 1 erhoben mit dem ZAP-Fragebogen) von etwa 50% der Studienteilnehmer nicht beantwortet wurden, d.h. der Anteil fehlender Werte (Missings) betrug ca. 50%. Aufgrund der Hypothese, dass dies möglicherweise auf die Länge des Fragebogens zurückzuführen ist und möglicherweise auch nicht alle Dimensionen des ZAP als relevant für die Befragung betrachtet werden, wurde in Stufe 2 die Kurzform ZAPA (Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung) eingesetzt.

Insgesamt lagen verwertbare ZAPA-Daten für 1.159 Befragten vor, d.h. die Anzahl der fehlenden Werte hat sich durch den Einsatz der Kurzversion ZAPA leider nicht signifikant verringert. Betrachtet man die Zufriedenheit in Abhängigkeit von der versendeten Informationsbroschüre, so fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Insgesamt waren die Zufriedenheitswerte jedoch etwas höher als in Stufe 1.

Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen

Mehr als 90% der Befragten insgesamt gaben an, dass sie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen auf Darmkrebs für

sinnvoll halten. Es zeigten sich jedoch statistisch signifikante Unterschiede in Abhängigkeit davon, welche Broschüre verschickt wurde. Bei den Befragten mit IQWiG-Broschüre war der Anteil derer, die die Sinnhaftigkeit der Darmkrebsfrüherkennung hinterfragten („eher nicht sinnvoll“) etwas höher als bei den Befragten mit TK- oder KVB-Broschüre.

Insgesamt wurde auch in Stufe 2 die Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung am häufigsten wahrgenommen. In allen drei Gruppen gab fast ein Drittel der Befragten an, diese in Anspruch genommen zu haben. Während die Teilnehmer mit IQWiG-Broschüre häufiger einen Okkultblut-Test in Anspruch nahmen, waren bei den Befragten mit TK-Broschüre die selbstberichteten Inanspruchnahmen von Darmspiegelung und Beratung leicht höher als in den anderen Gruppen, diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Sowohl für die Altersgruppe 50 wie auch 55 Jahre zeigte sich: je weniger invasiv das Früherkennungsverfahren, desto höher fiel auch die Inanspruchnahme aus. Für die Gruppe der 50-jährigen bestand noch kein Anspruch auf Darmspiegelung als Darmkrebsfrüherkennungsmaßnahme, die hier berichteten Inanspruchnahmen müssen sich daher auf kurative Koloskopien beziehen. Weiterhin gaben 16,6% der Befragten an, dass sie in den letzten 4 Monaten an einer Darmkrebsfrüherkennung mit Okkultblut-Test teilgenommen haben. Mehr als ein Viertel (25,1%) hat eine Beratung in Anspruch genommen.

In der Altersgruppe 55 Jahre fiel die Inanspruchnahme für Darmspiegelung und Beratung höher aus als bei den jüngeren Befragten, aber auch hier zeigte sich: je weniger invasiv das Verfahren, desto höher ist die Teilnahmebereitschaft bzw. Inanspruchnahme der Befragten. Besonders deutlich war die höhere Inanspruchnahme von Beratung bei den 55-Jährigen.

Fazit

Grundsätzlich hat sich das von der KVB und der TK konzipierte Einladungsverfahren als in der Praxis gut umsetzbar erwiesen. In der ersten Stufe des Projektes wurden 6 verschiedene Informationspakete verschickt. Die Zuteilung der Versicherten zu den Informationspaketen erfolgte nach dem Zufallsprinzip (Randomisierung). Mit dem evidenzbasierten Anschreiben ließ sich ein (mindestens 3%) höherer Rücklauf der angeschriebenen Versicherten erzielen als mit dem werblichen Anschreiben.

Unabhängig von der Broschüre werden Früherkennungsmaßnahmen von einem Großteil der Befragten (>90%) als sinnvoll eingeschätzt. Tendenziell sehen die Teilnehmer mit evidenzbasiertem Anschreiben und IQWiG-Broschüre die Darmkrebsfrüherkennung etwas kritischer, dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Studienteilnehmer, die in Stufe 1 eine evidenzbasierte Informationsbroschüre (TK oder IQWiG) erhielten, haben signifikant häu-

Literatur

- (1) Bundesministerium für Gesundheit (Hrg.): Nationaler Krebsplan - Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen (2012)
- (2) Bitzer EM, Dierks M-L, Schwartz F-W: ZAP Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientensperspektive. Handanweisung. edizinische Hochschule Hannover 2002. http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap_manual_2002.pdf.
- (3) Scholl I, Hölzel L, et al.: Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Schwerpunkt Patientenbeteiligung, Klinische Diagnostik und Evaluation, 4. JG, 50-62 (2011)
- (4) Steckelberg A, Hülfenhaus C, et al.: Effect of evidence based risk information on „informed choice“ in colorectal cancer screening: randomized controlled trial. BMJ 2011; 342:d3193

figer eine informierte Entscheidung getroffen. In Stufe zwei haben die Befragten mit IQWiG-Broschüre signifikant häufiger eine informierte Entscheidung getroffen. Der Anteil informierter Entscheidungen nach KVB- oder TK-Broschüre war vergleichbar.

In der Patientenzufriedenheit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in Hinblick auf Infopakete, Broschüren oder Anschreiben. Auch diejenigen Befragten, die eine informierte Entscheidung getroffen haben, waren nicht zufriedener im Hinblick auf die Patientenbeteiligung in der ambulanten Versorgung als die Befragten, die keine informierte Entscheidung getroffen haben.

In Hinblick auf die (selbstberichtete Inanspruchnahme) zeigt sich der Trend, dass die Inanspruchnahme umso höher ausfällt, je weniger invasiv das Verfahren ist, d.h. die höchste Inanspruchnahme findet sich bei der Beratung mit ca. 30% über alle Gruppen hinweg. Den Test auf Okkultblut nahmen zwischen 14-20% der Befragten in Anspruch und die Inanspruchnahme der Koloskopie liegt in allen Gruppen und beiden Stufen bei ca. 10%.

Der Anteil von Befragten mit informierter Entscheidung fällt in der zweiten Stufe (nach Schulung der Ärzte) nicht höher aus als in Stufe 1. Die Zufriedenheit der Patienten ist jedoch höher.

Das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) sieht u.a. eine Stärkung der Darmkrebsfrüherkennung, insbesondere der informierten Entscheidung vor. Wissenschaftlich operationalisiert ist eine informierte Entscheidung nur dann möglich, wenn der Betroffene über ein ausreichendes Wissen verfügt und die Inanspruchnahme mit der Einstellung des Betroffenen in Einklang ist. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass evidenzbasierte Informationsbroschüren ein wichtiger Baustein sind, um einen ausreichenden Wissenstand über die Chance und Risiken einer Früherkennungsmaßnahme zu erlangen. <<

Informed choice and screening for colorectal cancer – Results from a pilot study in Bavaria

Strengthening early detection of colorectal cancer and enabling informed choice for participants of screening programs are mayor issues of the German „Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG)“. Therefore, TK and the Bavarian Association of Statutory Health Insurance Physicians (KVB) conducted a pilot study using a standardized invitation procedure. Aim of this study was to test the effect of different information materials. A survey using validated questionnaires was carried out to assess „informed decision making“ from the participants' perspective. Respondents receiving evidence-based materials were more likely to take an informed decision. The results of this study show that evidence-based materials are a central component to reach a sufficient state of knowledge on the chances and risks of early cancer detection.

Keywords

screening for colorectal cancer, informed choice, pilot study, shared decision making

Autorenerklärung

Dr. Beate Bestmann ist Mitarbeiterin der Techniker Krankenkasse in Hamburg. Maria-Luise Raml-Jobst und Gunnar Meinert haben an der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Durchführung des Projektes erfolgte in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und mit finanzieller Unterstützung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Zitationshinweis

Bestmann, B.: „Informierte Entscheidung bei der Darmkrebsfrüherkennung – Erfahrungen aus einem Pilotprojekt in und mit der KVB“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 50-54, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2041

Dr. biol. hum. Beate Bestmann, M.A.

hat Soziologie, Psychologie und Öffentliches Recht an der Christian-Albrechts-Universität in Kiel studiert und danach im Fach Humanbiologie an der Universität Ulm promoviert. Von 2006 bis 2017 war sie im Wissenschaftlichen Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) beschäftigt, seit Mai 2017 arbeitet sie im Versorgungsmanagement der Techniker Krankenkasse.

Kontakt: beate.bestmann@tk.de



Dipl.-Psych. Isabell Weidmann

Dipl.-Ges.oec. Tino Schubert

Dipl.-Volksw. Tobias Vogelmann

Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Welche Evidenz gibt es für den Nutzen einer Akutbehandlung im internationalen Kontext?

Der G-BA hat am 16. Juni 2016 mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie, welche seit 1. April 2017 Anwendung findet, neue Rahmenbedingungen für niederschwellige Therapieangebote geschaffen. Erklärtes Ziel der Reform ist die effektivere Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung, darunter die Verringerung von Wartezeiten. Die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe als neue Versorgungselemente sollen für einen flexiblen, niederschweligen und zeitnahen Zugang zur Psychotherapie sorgen. Die Akutbehandlung nimmt dabei in der Reform eine wichtige Rolle ein. Sie soll als Kurzzeitintervention mit maximal 24 Sitzungen je 25 Minuten durchgeführt werden (G-BA 2017, S.7). Durch diese „neuen Versorgungsangebote“ wird das Angebot für psychisch kranke Menschen breiter aufgefächert, das heißt die Angebotsvielfalt in diesem Versorgungsbereich erweitert. Derzeit prüft der G-BA darüber hinaus auch die Aufnahme der systemischen Therapie in die Regelversorgung, wozu das hiermit beauftragte IQWiG bereits am 16.08.16 eine vorläufige Nutzenbewertung veröffentlichte (IQWiG 2016), während viele Krankenkassen bspw. mit spezialisierten Anbietern wie die Ge.on Case Management GmbH bereits heute schon die Versorgung psychisch kranker Patienten verbessern.¹ Darüber hinaus existiert eine Vielzahl von sogenannten digital-mental-health Programmen, bei denen einige auch den Sprung in die Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung schafften, bspw. Deprexis oder Novego², andere werden hier noch folgen. Bei einem immer ausdifferenzierteren Versorgungsangebot wird die Kenntnis der Studienlage und daraus folgend die Steuerungs- und Koordinationsfunktion der Anbieter und Krankenkassen immer relevanter. Daher wird sowohl die psychotherapeutische Sprechstunde auf Seiten der Anbieter als auch das Angebot von Managed Care Anbietern auf Seiten der Nachfrager künftig eine sehr zentrale Steuerungsfunktion einnehmen. Im Rahmen dieses Beitrags ist die Ge.on Case Management GmbH daher der Frage nachgegangen, welcher Nutzen von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in randomised controlled trials (RCT) nachgewiesen wurde, ob es Aussagen zur Kosteneffektivität solcher Verfahren gibt und wie sich die Versorgungssituation in Deutschland im internationalen Vergleich darstellt.

>> Es wurde eine systematische Literaturrecherche in MEDLINE nach randomisierten, kontrollierten Studien durchgeführt, in denen der Outcome von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen ermittelt wurde. Ergänzend wurde in der Cochrane Library nach sy-

Zusammenfassung

Der Artikel geht der Frage nach, welcher Nutzen von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen bisher in randomised controlled trials (RCT) nachgewiesen wurde, ob es Aussagen zur Kosteneffektivität solcher Verfahren gibt und wie sich das Versorgungsangebot in Deutschland im Vergleich zu Großbritannien und den Niederlanden unterscheiden lässt. Zur Beantwortung der Frage wurde methodisch auf eine systematische Literaturrecherche zurückgegriffen. Diese wurde in MEDLINE mit der Suche nach randomisierten, kontrollierten Studien durchgeführt. Eingeschlossen wurden Studien in denen der Outcome von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen (Therapien \leq 600 Minuten) ermittelt wurde. 20 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden daher einer deskriptiven Auswertung (vote-counting) unterzogen. Im Ergebnis zeigt die Studienlage derzeit ein sehr indifferentes Bild, sodass nicht ausgesagt werden kann, dass eine Kurzzeitintervention zweifelsfrei Nutzenvorteile gegenüber bestehenden Therapien generiert. Im Unterschied zu den Outcomeparametern lässt sich bezüglich der Kosteneffektivität allerdings eine eindeutige Aussage treffen. Bisher konnte kein RCT nachweisen, dass eine Kurzzeitintervention eine kosteneffektive Maßnahme wäre, obwohl diese bereits seit Jahren in Großbritannien und den Niederlanden eingesetzt wird.

Schlüsselwörter

systematische Literaturrecherche, RCT, Akutbehandlung, Kurzzeitintervention, kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösungstherapien

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2042

stematischen Literaturübersichten gesucht, sowie eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt und geeignete Studien ergänzend zur systematischen Recherche ausgewertet. Eingeschlossen wurden Studien, die in englischer Sprache vorlagen, bei denen die psychotherapeutische Kurzzeittherapie \leq 600 Minuten umfasste und deren Intervention vergleichbar mit den in Deutschland anerkannten Verfahren nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie waren. Ferner wurden nur Studien berücksichtigt, in denen die Studienteilnehmer das 17. Lebensjahr vollendet hatten. Als Kontrollgruppe musste in den Studien ein- oder mehrarmig gegen „treatment as usual“ (TAU), „placebo“ (PL), „waitlist“ (WL) oder „long-term-therapy“ (LTP) getestet werden. LTP meint im Rahmen dieser Studie eine Therapie mit einer Länge von größer 600 Minuten und entspricht definitorisch nicht der Langzeittherapie gem. Psychotherapie-Richtlinie. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet. Eine qualitative Bewertung der eingeschlossenen Studien, bspw. mit dem Cochrane Risk of Bias Tool wurde nicht vorgenommen. Da rund 70% der von uns betrachteten Studien aus Großbritannien oder den Niederlanden stammen, haben wir die Analyse um eine Synopse des Leistungsangebotes dieser Länder im Vergleich zu Deutschland erweitert.

Ergebnisse

20 Studien erfüllten die Einschlusskriterien (vgl. Abbildung 1). Von diesen untersuchten 15 Studien die kognitive Verhaltenstherapie (CBT), vier Studien eine Problemlösungstherapie (PST) und eine Studie eine psychodynamische Kurzzeittherapie (BPP) bzw. kurze kognitive Verhaltenstherapie. Aus den 20 Studien konnten als Outcome-Parameter herausgearbeitet werden (mit Mehrfachnennung): (a) Reduktion der Symptome des klinischen Beschwerdebilds (N = 20); (b) Remission (N = 3); (c) Patientenzufriedenheit (N = 2); (d) Kosteneffektivität (N = 3).

1: z.B. <https://www.ias-gruppe.de/die-ias-gruppe/die-unternehmen/geon-case-management-gmbh.html> abgerufen am 27.02.2017

2: z.B. <https://www.deprexis24.de/> jeweils abgerufen am 27.02.2017

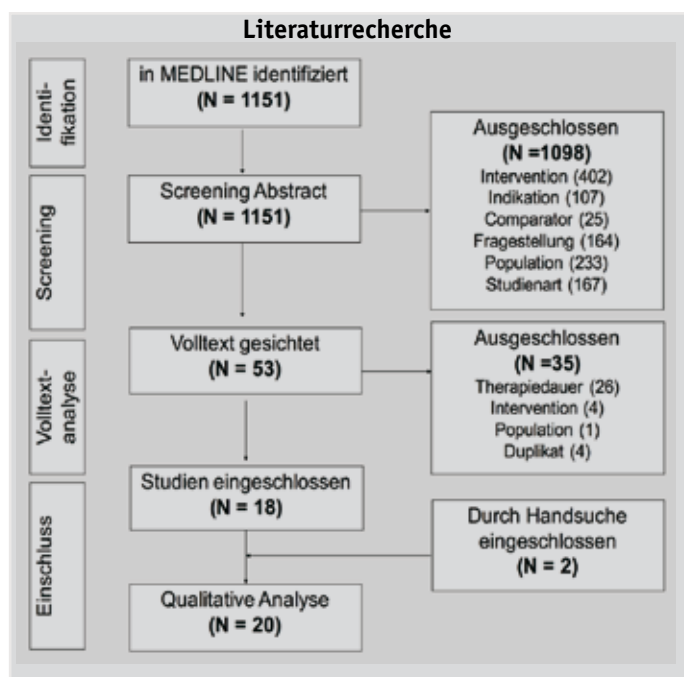


Abb. 1: Ergebnis der Medline Literaturrecherche.

Zu (a):

Die Verbesserung des klinischen Beschwerdebilds wurde in den von uns betrachteten Studien mit generischen Messinstrumenten wie den EQ-5D, SF36 oder dem Beck-Depressions-Inventar gemessen. Im Ergebnis zeigte sich in den Studien ein sehr heterogenes Bild. King et al. konnten für die Angststörung und Depression in zwei Studien (N = 134 und N = 464) zeigen, dass durch eine kognitive Verhaltenstherapie signifikant positive Ergebnisse gegenüber einer Standardbehandlung durch den Hausarzt eintreten (King et al. 2000, 2014). Für die posttraumatische Belastungsstörung zeigten Sijbrandij et al. in einer Studie (N = 143), dass die kognitive Verhaltenstherapie einen positiven Einfluss auf die Symptome ebendieser Erkrankung hat, diese Ergebnisse waren jedoch nicht langzeitstabil (definiert als eine weitere Messung vier Monate nach der Intervention). Sijbrandij et al. testeten im Vergleich zu einer Warteliste, also dem „nichts-tun“ (Sijbrandij et al. 2007). Kenardy et al. zeigten in ihrer Studie (N = 186) für die Panikstörung ebenfalls positiv signifikante Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der Warteliste, nicht jedoch im Vergleich gegenüber der Langzeittherapie. Hier drehte sich das Bild und die Kurzzeittherapie zeigte sogar negativ signifikante Effekte, war also der Langzeittherapie unterlegen (Kenardy et al. 2003). Die Studie bestätigte aber insgesamt das Ergebnis von Clark et al. (N = 43), welche für die Panikstörung mit Hilfe der kognitiven Verhaltenstherapie ebenfalls positiv signifikante Effekte im Vergleich zur Warteliste darstellen konnten. Im Unterschied zu Kenardy et al. ließ sich jedoch in ihrer Studie kein Unterschied zwischen Lang- und Kurzzeittherapie zeigen (Clark et al. 1999). Loerch et al. (N = 55) und Sharp et al. (N = 149) zeigten in Ihren Studien für die Agoraphobie, als eine Form der Panikstörung, ebenfalls positiv signifikante Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie. Beide Forscher testeten in ihren Studiendesigns gegen eine Placebobehandlung (Loerch et al. 1999; Sharp et al. 1997). Auch für die generalisierte Angststörung und die Panikstörung konnte die kognitive Verhaltenstherapie, verglichen

mit einem Placebo, einen positiven Einfluss auf die Krankheitssymptome gemäß der Studien von Power et al. (N = 101) und Black et al. (N = 75) aufzeigen (Power et al. 1990; Black et al. 1993).

An dieser Stelle lässt sich also festhalten, dass neun Studien signifikant positive Ergebnisse für die kognitive Verhaltenstherapie ermitteln konnten, während eine Studie gegenüber der Langzeittherapie ein negatives signifikantes Ergebnis zeigte. Diesem Zwischenergebnis stehen neben der bereits erwähnten Studie von Clark et al. vier weitere Studienergebnisse gegenüber, in denen für die kognitive Verhaltenstherapie keine signifikanten Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte. Weder konnte Shapiro et al. (N = 104) für die Depression, noch Marchand et al. (N = 100) für die Agoraphobie und Panikstörung beim Vergleich zwischen Kurz- und Langzeittherapie einen signifikanten Vorteil herausarbeiten (Shapiro et al. 1995; Marchand et al. 2009). Auch Scott et al. (N = 48) konnten zum ersten Messzeitpunkt keinen signifikanten Vorteil feststellen, sie testeten jedoch im Unterschied zu Shapiro und Marchand nicht gegen die Langzeittherapie, sondern gegen die Standardtherapie (Scott et al. 1997). Bryant et al. (N = 90) untersuchten den Effekt der Behandlung im Vergleich gegenüber einer Warteliste für die posttraumatische Belastungsstörung und stellten ebenfalls keinen statistischen Unterschied fest (Bryant et al. 2008).

Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass eine kognitive Verhaltenstherapie gegenüber der Alternative „Unterlassen“ (z. B. definiert durch die Warteliste und ein Placebo aber auch durch unspezifische ärztliche Behandlung, also einer Standardbehandlung) Nutzenvorteile, gemessen in einem besseren klinischen Beschwerdebild, aufweist. Gegenüber der Langzeittherapie scheinen die Vorteile nicht mehr zu bestehen, was für Krankenkassen grundsätzlich eine Herausforderung darstellt, wenn der Kurzzeittherapie die Langzeittherapie folgt (add-on Therapie), anstelle diese zu ersetzen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Problemlösungstherapie, die in vier Studien untersucht wurde. Weder konnten Schreuders et al. (N = 175) noch Kendrick et al. (N = 247) gegenüber der Standardbehandlung durch den Hausarzt einen signifikanten Vorteil der Kurzzeitintervention messen (Schreuders et al. 2007; Kendrick et al. 2005). Gegen ein Placebo wurde die Problemlösungstherapie von Mynors-Wallis et al. (N = 91) und Barrett (N = 241) getestet, wobei erstere einen statistisch signifikanten positiven Vorteil der Kurzzeitintervention bei der Behandlung von Depression ermittelten und letztere, wie die beiden erstgenannten Autoren, ebenfalls keinen signifikanten Vorteil der Kurzzeitintervention bei der Behandlung von Dysthymie und leichter Depression aufzeigen konnten (Mynors-Wallis et al. 1995; Barrett 2001).

Shulamit et al. führten eine Studie (N = 91) mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie durch und konnten für diese keinen statistisch signifikanten positiven Vorteil der Kurzzeitintervention gegenüber einer Langzeittherapie nachweisen (Shulamit et al. 2012).

Das Fazit für den ersten Outcomeparameter, der Verbesserung des klinischen Beschwerdebilds, fällt somit insgesamt indifferent aus. Insgesamt können 10 Studien positive und eine Studie ein negatives statistisch signifikantes Ergebnis zeigen, während in 9 Studien kein Unterschied zwischen der Kurzzeittherapie und der jeweiligen Vergleichstherapie gezeigt werden konnte. Daher lässt sich nicht sagen, dass durch die derzeitige Studienlage ein eindeutiger Nutzen durch den Einsatz der Kurzzeitinterventionen belegbar wäre. Diese Aussage gilt umso mehr, wenn man die Kurzzeitintervention mit bestehenden Angeboten für psychisch Kranke und umso weniger, wenn man diese mit der Alternative „Nichtstun“ vergleicht.

Zu (b):

Drei Studien betrachteten die Remission als Outcomeparameter, der aus der Perspektive der Krankenkassen ein relevanterer Messwert als die genannten generischen Messinstrumente darstellt, da man von der Remission einen nachhaltigen Effekt und damit geringere Leistungsansprüchen erwarten würde. Zwei Studien Campbell-Sills et al. (N = 227) und Scott et al. (N = 48) zeigten hier einen positiv signifikanten Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Standardbehandlung (Campbell-Sills et al. 2016; Scott et al. 1997). Während Scott et al. Patienten mit Depression in die Studie einschlossen, wurden in der Studie von Campbell-Sills auch Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen und Angststörungen betrachtet. Die Studie von Barrett (N = 241) konnte in einem Intergruppenvergleich mit dem Medikament Paroxetin einen statistisch signifikanten Unterschied gegenüber Placebo bei der Behandlung von Dysthymie nachweisen. Unklar blieb jedoch, ob der Effekt der Problemlösungstherapie für sich allein betrachtet auch eine statistische Signifikanz erreicht. Für leichte Depression konnte kein statistisch signifikantes Ergebnis aufgezeigt werden (Barrett 2001). Die Ergebnisse bezüglich des Outcome-Parameters bestätigen die Ergebnisse des Outcome-Parameters klinisches Beschwerdebild: Die kurze kognitive Verhaltenstherapie zeigt gegenüber der unspezifischen Behandlung, bspw. durch einen Hausarzt, signifikant-positive Ergebnisse. Für die Problemlösungstherapie konnte dies nicht in gleichem Maße gezeigt werden.

Zu (c):

Bei zwei Studien wurde neben dem klinischen Outcome auch die Patientenzufriedenheit als ein Outcomeparameter im Rahmen der durchgeführten Studie mit erhoben. Sowohl für die kognitive Verhaltenstherapie als auch für die Problemlösungstherapie wurden positiv signifikante Zufriedenheitswerte im Vergleich zu einer Standardbehandlung gemessen (King et al. 2000; Kendrick et al. 2005). Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, da den Patienten im Vergleich zur Alternative, der Standardbehandlung, besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Zu (d):

Hakkaart-van Roijen et al. (N = 702) und Kendrick et al. (N = 247) untersuchten neben den klinischen Effekten einer Kurzzeitintervention auch die Kosteneffektivität (Hakkaart-van Roijen et al. 2006; Kendrick et al. 2005). Einige der anderen Studien trafen auch Aussagen zu Kostengrößen, setzen diese aber nicht ins Verhältnis zu einer natürlichen Einheit oder einem Nutzenkriterium, sodass nur die beiden genannten Studien tatsächlich Aussagen zur Kosteneffektivität treffen konnten. Hakkaart-van Roijen et al. konnten dabei weder zur Standardbehandlung, noch zur Langzeittherapie einen statistisch signifikanten Unterschied mit der kognitiven Verhaltenstherapie nachweisen. Selbiges gilt für die Problemlösungstherapie, wo Kendrick et al. keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zur Standardbehandlung aufzeigen konnten. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass von einer Kurzzeittherapie nicht erwartet werden

Literatur

- Barrett, J.E. (2001): Treatment of Dysthymia in Primary Care. A Randomized Trial in Patients Aged 18 to 59 Years, *The Journal of Family Practice*, 50(2), 405-412.
- Black et al. (1993): A Comparison of Fluvoxamine, Cognitive Therapy, and Placebo in the Treatment of Panic Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 50, 44-50.
- Bryant et al. (2008): Treatment of Acute Stress Disorder. A Randomized Controlled Trial, *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 659-667.
- Campbell-Sills et al. (2016): Improving outcomes for patients with medication-resistant anxiety: effects of collaborative care with cognitive behavioral therapy, *Depression and Anxiety*, 33(12), 1099-1106.
- Clark et al. (1999): Brief Cognitive Therapy for Panic Disorder: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583-589.
- G-BA (2017): https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2634/2016-06-16_2016-11-24_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_konsolidiert_BAnz.pdf, abgerufen am 27.02.17
- Hakkaart-van Roijen et al. (2006): Cost-Utility of brief psychological treatment for depression and anxiety, *British Journal of Psychiatry*, 188, 323-329.
- IQWiG (2016): https://www.iqwig.de/download/N14-02_Vorbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen.pdf, abgerufen am 27.02.17
- Kenardy et al. (2003): A Comparison of Delivery Methods of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: An International Multicenter Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1068-1075.
- Kendrick et al. (2005): A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP Study, *Health Technology Assessment*, 9(37).
- King et al. (2000): Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care, *Health Technology Assessment*, 4(19)
- King et al. (2014): Comparison of non-directive counselling and cognitive behavior therapy for patients presenting in general practice with an ICD-10 depressive episode: a randomized control trial, *Psychological Medicine*, 44, 1835-1844.
- Loerch et al. (1999): Randomised placebo-controlled trial of maoibemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia, *British Journal of Psychiatry*, 174, 205-212.
- Marchand et al. (2009): A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1139-1147.
- Mynors-Wallis et al. (1995): Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care, *British Medical Journal*, 310(6977), 441-445.
- Power et al. (1990): Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care, *British Journal of General Practice*, 40, 289-294.
- Schreuders et al. (2007): Primary care patients with mental health problems: outcome of a randomized clinical trial, *British Journal of General Practice*, 57, 886-891.
- Scott et al. (1997): Acute and one-year outcome of a randomized controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care, *British Journal of Psychiatry*, 171, 131-134.
- Shapiro et al. (1995): Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Maintenance of Gains After Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 378-387.
- Sharp et al. (1997): Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care, *British Journal of General Practice*, 47, 150-155.
- Shulmit et al. (2012): The Effectiveness of Brief Versus Intermediate Duration Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Adjustment Disorder, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 249-256.
- Sijbrandij et al. (2007): Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder with Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial, *The American Journal of Psychiatry*, 164, 82-90.

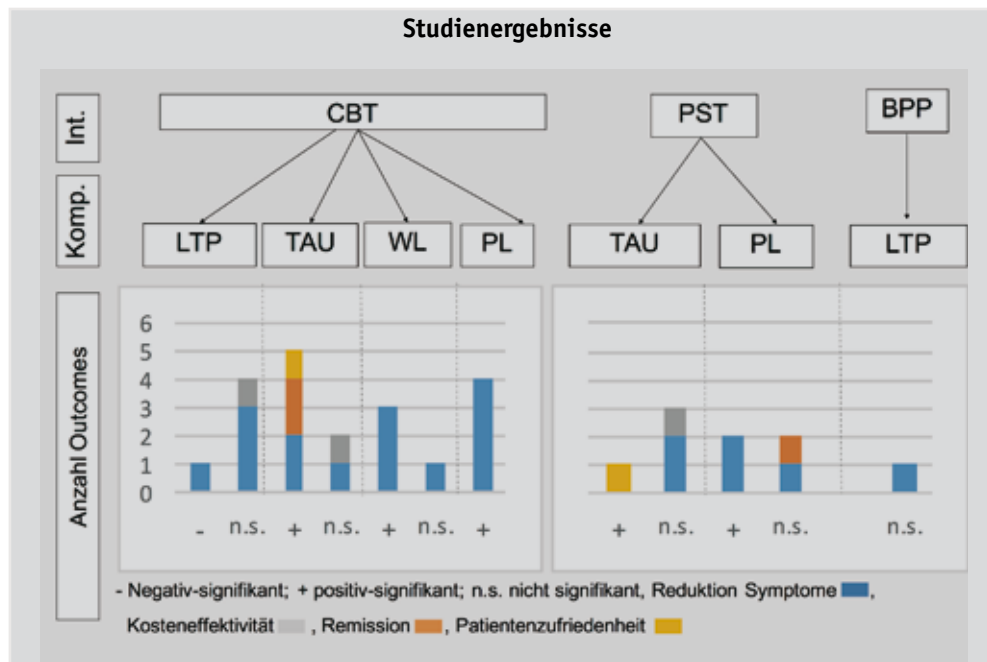


Abb. 2: Studienergebnisse nach absoluter Häufigkeit.

darf, dass diese zur Reduktion der Gesamtkostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung wird beitragen können. Dies wäre denkbar gewesen, wenn die Kurzzeittherapie Substitutionscharakter besitzen oder nachweislich zur Vermeidung von Folgekosten beitragen würde.

Wenn wir nun die Ergebnisse der Outcomeparameter (a - c) zusammenfassen und der Aussage der Kosteneffektivität (d) gegenüberstellen, dann geben die Studien keinen Anlass zur Annahme, dass die Erweiterung des Versorgungsangebotes mit einer besseren Kosten-Nutzen-Bilanz für die Krankenkassen einhergehen werden. Vielmehr scheint es bei einer größeren Therapievelfalt wichtiger denn je, die richtigen Patienten, in die richtige Therapie und

Ländervergleich

Land			
Therapiedauer in Minuten	<ul style="list-style-type: none"> tiefenpsychologisch: 5000 Analytische Psychotherapie: 15000 Verhaltenstherapie: 4000 	<ul style="list-style-type: none"> chronic: 750 intensive: 750 medium: 495 short: 294 	<ul style="list-style-type: none"> High intensity: 1000 Low intensity: 400
Therapieform	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltenstherapie Analytische Psychotherapie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie andere (u.a.): Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing 	<ul style="list-style-type: none"> Kognitive Verhaltenstherapie Problemlösungstherapie Kurze psychodynamische Psychotherapie andere (u.a.): systemische Therapie, Interpersonelle Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitive Behaviour Therapy (computerised, dialectical, analytical) Problem Solving Therapy short-term psychodynamic psychotherapy andere (u.a.): Counselling, Interpersonal Psychotherapy
Indikationen	alle psychischen Störungen gemäß ICD-10	Alle DSM IV/V-Indikationen, außer: <ul style="list-style-type: none"> Anpassungsstörungen Arbeitsplatz-/Beziehungsprobleme somatische Störungen Lernentwicklungsstörungen 	Gemäß NICE-Richtlinien (u.a.): <ul style="list-style-type: none"> Generalisierte Angststörung Depression Panikstörung Zwangsstörung Soziale Phobie
Finanzierung	Beitragsfinanziertes Gesundheitssystem	Beitragsfinanziertes Gesundheitssystem <ul style="list-style-type: none"> Jährlicher Selbstbehalt Versicherungsschutz variiert je Krankenkasse 	Steuerfinanziertes Gesundheitssystem ansonsten: <ul style="list-style-type: none"> Privater Versicherungsschutz Private Liquidation

Abb. 3: Ländervergleich.

in dem jeweils zweckmäßigen Umfang zu steuern. Im Rahmen der neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunde soll diese Aufgabe stärker als bislang durch die Psychotherapeuten übernommen werden.

Die einzelnen soeben beschriebenen Studienergebnisse sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Neben der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz haben wir zudem untersucht, inwieweit Kurzzeitinterventionen im Ausland bereits Gegenstand des allgemeinen Krankenversicherungsschutzes darstellen. Da zwei Drittel der von uns betrachteten Studien aus Großbritannien oder den Niederlanden stammen, die anderen Studien sind im Nicht-EU-Ausland durchgeführt worden, haben wir diese Länder einem Vergleich unterzogen. Wir haben diese beiden Länder dem deutschen Gesundheitssystem in den Kriterien Therapiedauer, angebotene Therapieformen, Indikationen und Finanzierungsformen gegenübergestellt (vgl. Abbildung 3). Hierbei stellt man fest, dass Therapieformen und die Therapiedauer im europäischen Ausland stärker als in Deutschland ausdifferenziert sind und dort eine größere Vielzahl auch an niederschweligen Beratungsformen, wie z. B. computergestützte kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden. Gleichzeitig ist der von der obligatorischen Krankenversicherung gedeckte Leistungsumfang in Minuten deutlich geringer als in Deutschland ausgeprägt. Mit der eingeführten Reform nähert sich Deutschland daher bezüglich der Therapieformen dem Therapieangebot des Auslands an. Eine Ausweitung des Angebots an therapeutischen Leistungen wird wahrscheinlich die Anzahl der zu behandelnden Patienten und somit auch das Budget für psychotherapeutische Leistungen insgesamt erhöhen, insbes. da diese außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden.

Diskussion

Der G-BA legt in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie fest, welche Psychotherapieverfahren als Leistung von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden. In Deutschland sind das derzeit die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie die analytische Psychotherapie. Mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie und dem Beschluss vom 16.06. sowie 24.11.2016 wurden die Zugangsvoraussetzung zu diesen Psychotherapieverfahren durch die psychotherapeutische Sprechstunde, die psychotherapeutische Akutbehandlung und die Rezidivprophylaxe erweitert. Ziel der psychotherapeutischen Akutbehandlung ist, „...Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Die Patientinnen oder Patienten, für die die Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Behandlung nach § 15 vorbereitet sind...“ (G-BA 2017, S. 7). Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist damit eine klassische Kurzzeitintervention, wie sie auch im Ausland bekannt ist. Das Studium der wissenschaftlichen Evidenz bezüglich des Nutzens von psychotherapeutischen Kurzzeitinterventionen war Gegenstand dieser Untersuchung.

Aufgrund der Studienlage lässt sich derzeit allerdings nicht

zweifelsfrei sagen, ob diese Kurzzeitinterventionen insbesondere gegenüber bestehenden Therapien Nutzenvorteile generieren. Im deutschen Versorgungsalltag wird sich dies auch zukünftig nicht zweifelsfrei klären lassen, da im Falle einer weiteren Behandlungsbedürftigkeit in § 13 Abs. 4 der Psychotherapie-Richtlinie geregelt ist, dass die erbrachten Stunden der Akutbehandlung auf das Therapiekontingent nach § 28 (Kurz- oder Langzeittherapie) angerechnet werden. Das Therapieangebot wird somit von einem Versorgungsangebot in das andere übergehen und ein möglicher Nutzen für den Patienten könnte dann in der Dauer der Behandlung und nicht etwa dem frühzeitigen Zugang zu sehen sein. Im Unterschied zu den Outcomeparametern zeichnet sich bezüglich der Kosteneffektivität aufgrund der Studienlage jedoch ein eindeutiges Bild ab, da bisher in keinem RCT nachgewiesen wurde, dass Kurzzeitinterventionen kosteneffektiv wären. Kurzzeittherapien scheinen demnach keinen Substitutionscharakter zu besitzen, sondern bei Behandlungsbedürftigkeit Folgetherapien im Sinne einer add-on Therapie voranzugehen. Die vorgesehene Evaluation des neuen Versorgungsangebotes durch den G-BA wird daher vor der Herausforderung stehen, die einzelnen Interventionen (bspw. die Akutbehandlung von der Kurzzeittherapie) in ihrer Wirkung und bei der Betrachtung der Kosteneffektivität voneinander zu trennen.

An dieser Stelle wird sich der Erfolg der neu eingeführten Versorgungsform auch in der Praxis messen lassen müssen: Wenn auf der einen Seite Patienten über die Akutbehandlung in eine Therapieform kommen, die zuvor unbehandelt geblieben wären, so können aus der hier dargestellten Studienlage positive Effekte für die Akutbehandlung gefolgert werden. Wenn auf der anderen Seite Patienten der Akutbehandlung zugeführt werden, die bislang sofort eine Kurz- oder Langzeittherapie in Anspruch nehmen hätten können, dann wird die Akutbehandlung eher keinen Nutzenzugewinn erwarten lassen. Aus diesem Grund wird auch die psychotherapeutische Sprechstunde eine wesentliche Steuerungsfunktion einnehmen und man würde daher erwarten, dass insbesondere leicht betroffene Patienten der neuen Akutbehandlung zugeführt werden.

In der Gesamtschau ließe sich für die GKV daher ableiten, dass bei insgesamt steigender Zahl an behandelten Patienten, indifferenten Nutznachweisen und fehlenden Nachweisen der Kosteneffektivität eher mit zu steigenden Ausgaben in der Kontengruppe 40 zu rechnen ist.

Neben diesen neuen eingeführten Therapieformen werden sich ferner weitere Therapieformen in der Versorgungslandschaft etablieren. Hier ist zum einen die systemische Therapie zu nennen aber auch das immer umfangreichere Angebot an digital-mental-health Programmen und es bleibt abzuwarten, ob eine psychotherapeutische Sprechstunde auch den Zugang hierzu regeln kann und wird oder ob dies stärker durch die Krankenkassen und ihre Managed Care Anbieter gesteuert wird. Alles in allem ist ein breiterer Versorgungszugang für den Patienten positiv zu werten. Im Kontext dieses breiteren Versorgungszugangs wird der Fähigkeit, den richtigen Patienten für die richtige Versorgungsform auszuwählen, eine immer größere Bedeutung zukommen.

Limitationen

Die größte Limitation dieser Arbeit besteht darin, dass die gefundenen Studien nicht einer Güte-Bewertung (Gütekriterien) unterzogen wurden, bspw. mit dem Cochrane risk of bias tool. Die Studien wurden daher nur einer deskriptiven Auswertung unterzo-

gen, das heißt ausgezählt (vote-counting). Somit sind die Studien in dieser Bewertung alle gleichwertig eingeflossen, die aber de facto nicht gleichwertig sein müssen. Eine Studie mit guter Qualität kann somit durch eine Studie niedrigerer Qualität in der Auswertung kompensiert werden. Die hier vorgenommene Auswertung gibt aber dennoch einen sehr guten Überblick über die bestehende Evidenz von Kurzzeitinterventionen und kann somit als Grundlage für die Evaluation der Kurzzeittherapie in Deutschland dienen. <<

The Reform of Outpatient Psychotherapy in Germany – Evidence for Short-Term Therapies in an International Context

In this article, we review the evidence for short-term psychotherapies in randomized controlled trials (RCT), present evidence on cost-effectiveness and compare the provision of psychotherapy by the public health system in Germany with the Netherlands and UK. To identify randomized controlled trials, we conducted a systematic literature review in MEDLINE. We included studies that examine outcomes of short-term psychotherapeutic interventions (treatment lengths ≤ 600 min). Twenty studies fulfilled the inclusion criteria for this review and a synthesis of results using a vote counting method was applied. In summary, studies show indifferent results and no definite conclusions can be drawn as to the effects of short-term psychotherapies compared to long-term psychotherapies. The results for cost-effectiveness are more clear: No RCT could show that short-term interventions are cost-effective, although provided in the UK and the Netherlands for years.

Keywords

Systematic literature review, RCT, short-term psychotherapy, acute therapy, cognitive behavioral therapy, problem solving therapy

Zitationshinweis

Weidmann, I., Schubert, T., Vogelmann, T.: „Struktureform der ambulanten Psychotherapie – welche Evidenz gibt es für den Nutzen einer Akutbehandlung im internationalen Kontext?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 55-60, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2042

Autorenerklärung

Isabell Weidmann ist Mitarbeiterin der Ge.on Case Management GmbH in Bremen. Tino Schubert und Tobias Vogelmann sind Mitarbeiter der LinkCare GmbH in Stuttgart. Die Studiendurchführung erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Ge.on Case Management GmbH.

Dipl.-Psych. Isabell Weidmann

studierte Psychologie an der TU Darmstadt. Nach 12-jähriger Dozententätigkeit an Weiterbildungsstätten verschiedener Großkrankenhäuser und als Mitglied der staatlichen Prüfungskommission der Regierung Unterfranken arbeitete sie als Case Managerin für die Ge.on Case Management GmbH in der psychosozialen und rehabilitativen Beratung von psychisch erkrankten Versicherten einer Krankenkasse. Seit 2014 ist sie die Alleingeschäftsführerin. Kontakt: Isabell.Weidmann@ias-gruppe.de



Dipl.-Ges.oec. Tino Schubert

studierte Gesundheitsökonomie an den Universitäten Bayreuth und Valencia. Er ist nach über 10 Jahren – davon 5 Jahre in Führungsposition – in unterschiedlichen Positionen bei Krankenkassen und in der Unternehmensberatung seit 2016 Geschäftsführer der LinkCare GmbH und berät Unternehmen der Medizintechnik, der pharmazeutischen Industrie und Managed Care Anbieter zu Marktzugangs- und Versorgungsforschungsfragestellungen. Kontakt: ts@link-care.de



Dipl.-Volksw. Tobias Vogelmann

studierte Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Mannheim und Lausanne mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und empirische Methoden. Er ist nach fünf Jahren bei einer großen Betriebskrankenkasse in unterschiedlichen Positionen im Produktmanagement sowie der Versorgungsanalyse seit 2016 Geschäftsführer der LinkCare GmbH und berät Unternehmen der Medizintechnik und Krankenkassen zu Erstattungs- und Versorgungsforschungsfragestellungen. Kontakt: tv@link-care.de



Forderungskatalog (Auszug)

„Stärkung der Patientenbelange“

Die AG Gesundheit 65Plus legt einen Forderungskatalog zur Stärkung der Patientenbelange im Zusammenhang mit der stationären medizinischen Versorgung vor.

>> A) Sicherung der stationären medizinischen Versorgung bei guter Erreichbarkeit und hoher Qualität

Die angebotene stationäre Versorgung wird immer ein Kompromiss sein zwischen Spezialisierung und Erreichbarkeit. Dieser Kompromiss ist so auszugestalten, dass hohe Qualität gesichert wird. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz reagiert: Zukünftig soll bei der Krankenhausplanung der Länder auch die Qualität der Versorgung ein zentrales Kriterium werden.

Allerdings wird dadurch die Ausdünnung der stationären Leistungsangebote in der Fläche tendenziell gefördert.

- Vor allem für die ältere Bevölkerung ist die Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Standort- und Transportkonzepte sind so aufeinander abzustimmen, dass sie den Bedürfnissen älterer Menschen entsprechen. Ebenso sind in allen Krankenhäusern die Besonderheiten der Altersmedizin zu beachten und ausreichend geriatrisch qualifizierte Ärzte und Pflegenden vorzuhalten.

Dort wo Spezialisierung zur Sicherung einer hohen Qualität beiträgt, ist sie aus Patientensicht zu begrüßen.

- Orte der kurzzeitigen stationären Grundversorgung ohne Bedarf an spezialisierten Leistungen sind so wohnortnah wie möglich zu erhalten. Dies gelingt um so besser, je mehr Einrichtungen in Form von integrierten ambulanten-stationären Strukturen betrieben werden.
- Eine abgestimmte Zusammenarbeit von nicht- oder nur teilspezialisierten Krankenhäusern mit spezialisierten Abteilungen anderer Krankenhäuser der Region durch persönliche und / oder telemedizinische Konzile kann eine strukturelle Mangelversorgung ausgleichen. Deshalb sollten spezialisierte Einrichtungen zu einer Kooperation mit den Krankenhäusern der Grundversorgung in ihrer Region gesetzlich verpflichtet werden.
- Die der Krankenhausbehandlung vorgelagerte notfallmäßige und spezialisierte fachärztliche ambulante Versorgung muss in enger Abstimmung mit den Krankenhäusern organisiert werden. Gefordert wird die Aufhebung des bisher getrennten und die Neuformulierung eines gemeinsamen Sicherstellungsauftrages für die ambulante und stationäre Versorgung.
- Das Instrument der Sicherstellungszuschläge für

bedarfsnotwendige, aber nicht wirtschaftlich zu betreibende Krankenhäuser ist konsequent anzuwenden, damit die stationäre Grundversorgung in strukturschwachen Regionen gewährleistet werden kann. Die Erteilung der Zuschläge darf aber nicht zu finanziellen Einbußen bei anderen Krankenhäusern führen. Sie sind als Teil der Daseinsfürsorge unabhängig von der Krankenhausentgeltkalkulation zu finanzieren.

- Bei der stationären Leistungserbringung und bei der Kooperation von ambulanten und stationären Leistungserbringern muss ausgeschlossen werden, dass aus vorrangig wirtschaftlichen Gründen medizinisch nicht indizierte Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Entsprechende Praktiken zu verhindern, unterliegt der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.

B) Informationen für Patienten zur Verbesserung der Qualitäts- und Markttransparenz bezüglich der stationären Angebote

Patienten sollen so gut wie möglich (mit-)entscheiden können, in welches Krankenhaus sie zur stationären Behandlung gehen. Dazu benötigen sie Informationen.

- Patienteninformationen müssen leicht zugänglich, verständlich und relevant sein. Sofern sie Qualitätsparameter betreffen, müssen sie nach einheitlichen Kriterien, die von einer unabhängigen Stelle vorzugeben sind, risikoadjustiert dargestellt werden. Anderenfalls würden hoch spezialisierte Einrichtungen, die in der Regel mehr Hochrisikofälle behandeln als andere, benachteiligt. Die eigenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind ebenfalls nach den o.g. Kriterien zu gestalten.
- Die Qualitätstransparenz über das Leistungsgeschehen im Krankenhaus ist verbesserungswürdig. Insbesondere sollten die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung veröffentlicht werden.

C) Kommunikation mit Patienten während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus

Informierte Patienten und Bürger sollen partizipativ an der Entscheidungsfindung mitwirken. Sie sollen sich ihren persönlichen Präferenzen entsprechend für oder gegen medizinische Maßnahmen entscheiden können.

- Patienten sind in diesem Sinne möglichst objektiv und verständlich zu informieren über ihr persönliches Risiko, den Verlauf ohne Intervention, die verschiedenen medizinischen Optionen für die

Behandlung sowie deren Nutzen und eventuellen Schaden. Es ist sicherzustellen und ggf. auch zu überprüfen, dass alle diese Informationen vom Patienten tatsächlich verstanden wurden.

Neben sachlich-inhaltlichen Aspekten sind auch die Art und Weise der Kommunikation und auch des allgemeinen Umgangs mit den Patienten im Krankenhaus von Bedeutung. Einfühlungsvermögen und Wertschätzung sind dem Patienten jederzeit entgegenzubringen.

- Durch regelmäßige Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sollte zur Sicherung der Kommunikationsqualität im Krankenhaus die diesbezügliche Kompetenz aller im Krankenhaus Beschäftigten systematisch gestärkt werden.

D) Durchgehendes Überleitungsmanagement zwischen Krankenhausbehandlung und vor- und nachstationärer Versorgung

Die Übergänge zwischen dem Krankenhaus und der vor- und nachstationären Versorgung sind seit vielen Jahren Thema in der gesundheitspolitischen Diskussion und der Gesundheitsgesetzgebung.

- Für den Übergang von der stationären in die nachstationäre Versorgung sind die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement konsequent umzusetzen und deren Einhaltung zu überprüfen. Ebenso klare Regeln sind bei der Krankenhauseinweisung und -aufnahme für die Zusammenarbeit von einweisenden Ärzten, den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu fordern. Hierzu gehört z.B. die konkrete Festlegung von Zeiten der Erreichbarkeit aller an der Versorgung und Leistungssicherung Beteiligten und die verbindliche Festlegung der Inhalte eines Einweisungsbriefes inkl. Medikationsplan.

An beiden Schnittstellen ist die Weitergabe von Informationen von entscheidender Bedeutung. Da die einheitliche elektronische Patientenakte immer noch nicht einsetzbar ist, entwickeln nun mehrere Krankenkassen, Krankenhauskonzerne sowie privatwirtschaftliche IT-Unternehmen eigene Lösungen.

- Die vielfältigen Initiativen zur elektronischen Patientenakte sind aufgrund der fehlenden einheitlichen Akte nachvollziehbar. Dennoch werden so neue Schnittstellenprobleme geschaffen, die neue Hindernisse für die durchgängige Überleitung befürchten lassen. Darum ist zu fordern, endlich eine deutschlandweit einheitliche Lösung zu schaffen und zu finanzieren. Dabei sollten einheitliche, international etablierte Standards zur Anwendung kommen, z.B. XML-Standard für die elektronische Kommunikation zwischen Ärzten und Krankenhäusern und IHE-Standard für die Struktur einer einheitlichen Patientenakte. <<

von: Dr. Marlies Volkmer, Otto Melchert und Prof.

Dr. Marion Schaefer



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg: Ergebnisse einer komplexen Intervention

In Baden-Württemberg existiert seit 2008 der Vertrag zur „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV) nach § 73b SGB V mit dem Ziel einer flächendeckenden Vollversorgung. Vertragspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) als Teil des Deutschen Hausärzteverbands und der MEDI-Verbund.

Sowohl für die Versicherten als auch für die versorgenden Hausärzte ist eine Teilnahme an der HZV freiwillig. Versicherte verpflichten sich im Rahmen der Verträge zur HZV nach § 73b SGB V dazu, die fachärztliche Versorgung erst nach Vermittlung durch den Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Hausärzte verpflichten sich im Rahmen dieser Verträge unter anderem dazu, eine spezielle HZV-Vertragssoftware einzusetzen, die für eine jeweils adäquate Pharmakotherapie von besonderer Bedeutung ist. Darüber hinaus zielen bestimmte Fortbildungsmaßnahmen, insbesondere die HZV-Qualitätszirkel für Hausärzte und deren Praxisteams, darauf ab, die Funktion des Hausarztes im Versorgungssystem qualitativ und quantitativ zu stärken und damit die Versorgungsqualität für die Versicherten insgesamt zu verbessern.

Die Frage, ob die HZV mit Vorteilen in der Patientenversorgung assoziiert ist, soll im Folgenden anhand einiger Beispiele beantwortet werden.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Ihr
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi

Begleitevaluation der HZV

Eine begleitende Evaluation der Umsetzung der HZV-Vertragsinhalte findet seit 2010 statt [1-5]. Hierfür beauftragt wurden die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg und das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, in Kooperation mit dem AQUA-Institut in Göttingen.

Analysemethoden

Für die Analyse zu den potenziellen Effekten der HZV kamen sowohl quantitative, als auch qualitative Analysemethoden zum Einsatz.

Für die quantitativen Analysen standen strukturierte und umfangreiche Routinedaten (Daten, die vor allem mit der Abrechnung von Versorgungsleistungen im Zusammenhang stehen) von etwa

4 Mio. Versicherten der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung. Da die HZV-Versicherten in der Regel älter und kränker waren als jene in der Kontrollgruppe, war es erforderlich, diese Unterschiede analytisch zu berücksichtigen. In die multivariablen Modellrechnungen wurden folgende Variablen einbezogen, um möglichen Verzerrungen Rechnung zu tragen (Adjustierung): Alter, Geschlecht, Morbidität, Pflegestufen, Aufenthalt im Pflegeheim, Teilnahme an DMP (Disease Management-Programmen), Lage der Praxis, Praxisgröße sowie Praxisart.

Ergebnisse

Im Rahmen der quantitativen Analysen zeigte sich u. a., dass – verglichen mit der Regelversorgung – die in die HZV eingeschriebenen Versicherten eine deutlich höhere Betreuungsintensität durch die von ihnen gewählten Hausärzte erfahren (im Jahr 2014 etwa 3 Kontakte mehr für HZV-Versicherte). Die Anzahl der koordinierten, d. h. durch den Hausarzt initiierten Facharztkontakte, lag für HZV-Versicherte im Jahr 2014 um 15,4% höher.

In Bezug auf unkoordinierte Facharztkontakte blieb die Zahl bei den HZV-Versicherten zwischen 2011 und 2014 auf einem konstant niedrigen Niveau (siehe Abb. 1). Anders dagegen die Entwicklung in der Regelversorgung: Hier stieg die Zahl der unkoordinierten Facharztkontakte von 1,97 (2012) auf 2,79 (2013) sprunghaft an – auch eine Folge der Abschaffung der Praxisgebühr.

Ein strukturiertes Zusammenspiel im ambulanten Sektor erweist sich gerade im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl chronisch erkrankter und multimorbider Patienten als zunehmend wichtig.

Im Rahmen der qualitativen Analysen wurde durch strukturierte Interviews auf die mit der HZV verbundenen subjektiven Eindrücke von Versicherten und Ärzten fokussiert.

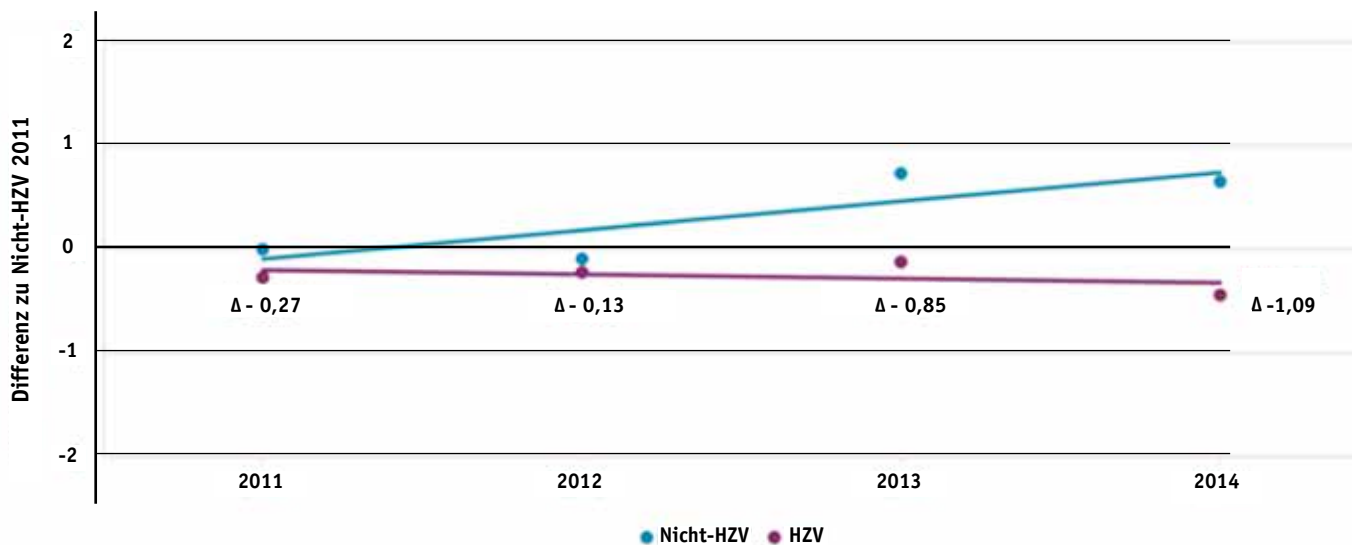
Chronisch kranke Versicherte in der HZV waren sehr zufrieden mit ihrer Versorgung. Für die HZV-Versicherten wurde häufiger ein schriftlicher Behandlungsplan ausgehändigt sowie bzgl. des eigenen Befindens nachgefragt [4].

Eine wichtige Rolle in der HZV spielt auch die zur Versorgungsassistentin aufgewertete Medizinische Fachangestellte, die den Hausarzt offenkundig spürbar entlastet. Dreiviertel der Ärzte, die eine solche VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) beschäftigen, nehmen dies so wahr, und fast zwei Drittel spürten dies auch bei Hausbesuchen. Der überwiegende Teil der Patienten (57 Prozent) akzeptieren es, wenn der Arzt nur noch in dringenden medizinischen Fällen einen Hausbesuch abstattet [5].

Ausblick

Die begleitende Evaluation der HZV wird fortgeführt. Im nächsten Jahr (2018) feiert die HZV 10-jähriges Bestehen.

Ein weiteres Charakteristikum des Selektivvertragssystems der AOK Baden-Württemberg sind die ab 2010 gemeinsam mit der Bosch BKK geschlossenen Facharztverträge nach § 73c SGB V. In den korrespondierenden Facharztprogrammen koordiniert der Haus-



	2011	2012	2013	2014
HZV	1,79	1,84	1,94	1,62
Nicht-HZV	2,06	1,97	2,79	2,71
Differenz	-0,27	-0,13	-0,85	-1,09
Rel. Differenz	-13,1%	-6,6%	-30,5%	-40,2%
P-Wert	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0001	P < 0,0001

Abb. 1: Anzahl der unkoordinierten Facharztkontakte 2011 bis 2014.

arzt die Zusammenarbeit aller beteiligten Ärzte, damit Patienten effektiv und strukturiert behandelt werden. Gemeinsam klären Arzt und Patient wichtige Fragen der Behandlung und vermeiden so unter anderem unnötige Doppeluntersuchungen, Krankenhausaufenthalte oder Komplikationen mit Medikamenten. Eine schnelle Terminvergabe innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung beim Facharzt ist ein weiteres, wichtiges Ziel, sowie auch die Reduzierung der Wartezeit nach Möglichkeit auf maximal 30 Minuten. Schließlich sollen die Programme zu mehr Beratungszeit – insbesondere für chronisch Kranke und vor Therapieentscheidungen, die für die Lebensqualität entscheidend sein können – führen.

Derzeit werden Facharztverträge angeboten für Kardiologen, Gastroenterologen, Psychiater/Neurologen/Psychotherapeuten sowie für Orthopäden.

Aktuell wird untersucht, inwieweit sich daraus eine weitere Verbesserung der HZV-Versorgung ergibt.

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und Qualität sind entscheidend. Dtsch Arztebl 2011;108(18):A 996-998.
- [2] Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M. et al. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsblatt 2015;(58):398-407.
- [3] Wensing M, Szecsenyi J, Stock C, Kaufmann K, Laux G. Evaluation of a program to strengthen general practice care for patients with chronic disease in Germany. BMC Health Serv Res 2017;17(1):62.
- [4] Goetz K, Szecsenyi J, Laux G, Joos S. et al. Wie beurteilen chronisch kranke Patienten Ihre Versorgung? Ergebnisse aus einer Patientenbefragung im Rahmen der Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen;(107):379-385.
- [5] Mergenthal K, Beyer M, Guethlin C, Gerlach FM. Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 2013;(107):386-393.

Kontakt

Prof. Dr. Gunter Laux
gunter.laux@med.uni-heidelberg.de
www.allgemeinmedizin.uni-hd.de

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

