

VERSORGUNGS FORSCHUNG

10
JAHRE

monitor

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof.
Dr. med. Wolfgang
Hoffmann, MPH,
Kongresspräsident des
DKVF 2017:
„Versorgungsforscher
sind Translations-
Enthusiasten“

„Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen“ (Schrappe/Pfaff)

„Digitalisierung ersetzt keine Strukturdebatte“ (Müller)

„RCT alleine reichen nicht aus“ (Mühlbacher)

Editorial

Vor allem eines: praxisrelevant!

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Versorgungsforscher sind Translations-Enthusiasten“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Kongresspräsident DKVF 2017

Die Krankheitslast hat sich verringert 16

Studie zur Veränderung der Krankheitslast von 1993 bis 2013

Robuste Wissenschaft braucht robuste Korrekturen 20

Post-Publication-Review: Umgang mit Fehlern beim wissenschaftlichen Publizieren

Mühlbacher: „RCT alleine reichen nicht aus“ 22

Nutzenbewertung von NUB mit Medizinprodukten

Schachtrupp: „Ein wichtiges Element“ 24

Kurzinterview mit Prof. Dr. Axel Mühlbacher und Prof. Dr. Alexander Schachtrupp

6 Forderungen für eine bessere DFS-Versorgung 26

Translations-Agreement zum Diabetischen Fußsyndrom (DFS)

2 Institute in enger Kooperation 30

Serie (Teil 7): Versorgungsforschung made in Düsseldorf

Abhängig, langsam und schlecht organisiert 34

PwC-Studie zur Kosteneffizienz im öffentlichen Krankensektor

Projekt „Asylakte“ nach Halbzeit erfolgreich 35

Status der Elektronischen Patientenakte für Geflüchtete

„Digitalisierung ersetzt keine Strukturdebatte“ 36

Interview mit Max Müller, Chief Strategy Officer von DocMorris

Nutzen und Wirksamkeit digitaler Anwendungen 42

TK zur Digitalisierung von Versorgungsprozessen

Zahlen - Daten - Fakten

Antibiotikaversorgung: Realität und Zielsetzung 14

Standards

Impressum 2 News 21, 25, 33

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 44-48

Bitte beachten Sie die Beilage der Xcenda GmbH Hannover (www.xcenda.de)

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 Gilberts
gilberts@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.erelection.org
mail@erelection.org

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

den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

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

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

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

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

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbreitete Auflage: 6.567 (IVW 2. Quartal 2017)



WISSENSCHAFT

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe /
Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

49

Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen

In den letzten Jahren sind in Deutschland die Erwartungen an die Versorgungsforschung, vor allem von gesundheitspolitischer Seite, enorm gestiegen. Ursächlich stehen nicht nur allgemeine gesellschaftlichen Entwicklungen, sondern auch die Notwendigkeit durchgreifender Verbesserungsanstrengungen und die Notwendigkeit wirkungsvoller struktureller Innovationen im Vordergrund. Die Versorgungsforschung muss daher ihre konzeptionellen Grundlagen kontinuierlich und nachvollziehbar weiterentwickeln.

Dr. Dirk Hochlenert

54

Wirksamkeit von Netzwerken Diabetischer Fuß

Netzwerke zur Behandlung von Menschen mit DFS sind mit dem Ziel implementiert worden, die Versorgungsqualität der Betroffenen in einer Region zu verbessern. 2016 wurden wesentliche Forschungsergebnisse zu ihrem Nutzen veröffentlicht. Um einen Überblick zu ermöglichen, werden hier alle verfügbaren Ergebnisse der letzten 15 Jahre zusammengetragen.

Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting / Dipl.-Psych. Simon Krupka / Thorsten Tisch, MSc / Hanna Sydow, MSc / Dipl.-Volksw. Eva Walzik

59

Effekte einer optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung auf die Adipositas-Prävalenz

Die DAK-Gesundheit hat gemeinsam mit einer medizinischen Expertengruppe ein Konzept für eine optimierte Adipositas-Versorgung entwickelt. Im Rahmen einer umfangreichen Modellierungsstudie gemäß dem Konzept der „Generalized Cost-Effectiveness Analysis“ (GCEA) wurden die Effekte auf die Adipositasprävalenz, die durch Adipositas verursachte Krankheitslast (disability adjusted life years, DALY) sowie die Kosten-Effektivität der Versorgung untersucht. Der vorliegende Beitrag stellt die Ergebnisse einer Umstellung der Versorgung auf dieses optimierte Konzept auf die Adipositasprävalenz dar.

Sandra Schröder / Dr. rer. pol. Julia Fleckenstein /
Dr. rer. medic. Max Wunderlich

65







Effektivität eines telefonbasierten Coaching-Programms für Patienten mit einer depressiven Erkrankung

Kann es im Umgang mit der Krankheit Depression helfen, regelmäßig mit einem persönlichen Coach zu sprechen? Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel zu zeigen, inwieweit ein zwölfmonatiges telefonbasiertes Coaching-Programm effektiv sein kann, die depressive Symptomatik von betroffenen Kunden der Central Krankenversicherung AG zu reduzieren und deren Lebensqualität zu erhöhen. Hierfür wurde untersucht, ob sich diese subjektiven Outcome-Parameter der Programmteilnehmer (Interventionsgruppe, n = 277) innerhalb eines Jahres anders entwickelten als die der prä-randomisierten Kontrollgruppe (n = 179). Es konnte nachgewiesen werden, dass die Programmteilnehmer in Bezug auf ihre Krankheitsschwere und Lebensqualität im Lauf eines Jahres signifikant bessere Fortschritte machten als die Betroffenen der Kontrollgruppe.





Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 70-71





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 Eugen-Richter 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

	AKTIONS BÜNDNIS 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	

	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	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Vor allem eines: praxisrelevant!

MVF-Titelinterview mit Professor Wolfgang Hoffmann, Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung 2017 > 6 ff.

„Versorgungsforschung braucht immer die enge Verbindung zu den Akteuren in der Versorgung, von denen viele keine Wissenschaftler sind – die aber trotzdem eng mit uns, der Wissenschaft, zusammenarbeiten. Denn gemeinsam wollen wir die Versorgungsqualität erhöhen.“ So Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, diesjähriger Kongresspräsident des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, im Titelinterview. Der Kongress bringt alle Systempartner der Versorgung zusammen und präsentiert auch die Projekte des Innovationsfonds, für die sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung als Partner versteht, der Hilfe und Unterstützung anbietet, „weil Versorgungsforschung vor allem eines sein muss: praxisrelevant!“

Translations-Agreement zum Diabetischen Fußsyndrom > 26 ff.

Als Ergebnis der Translations-Konferenz zum Diabetischen Fußsyndrom im April präsentieren wir den Entwurf eines Agreements zur Verbesserung der Versorgung von diabetischen Fußproblemen, wie sie u.a. im Versorgungsvertrag der AOK Nordost und dem Kölner Fußnetz, erprobt und positiv evaluiert sind. Evidenz liegt ausreichend vor. Jetzt sollen sich diese Verbesserungen im gesamten deutschen Gesundheitssystem verbreiten. Dazu wollen wir mit diesem Agreement und den darin formulierten Forderungen beitragen. Wir würden uns sehr freuen, wenn zu diesen Fragen eine intensive Diskussion entsteht. Vgl. dazu auch den Beitrag von Hochlenert, S. 54-58.

Wissenschaftliche Beiträge

Schrappe und Pfaff präsentieren in ihrem grundlegenden Beitrag, in dem sie das einleitende Kapitel der Neuauflage des „Lehrbuchs Versorgungsforschung“ zusammenfassen, eine Weiterentwicklung von Definition und konzeptionellen Grundlagen der Versorgungsforschung, mit der sich das Fach den neuen Herausforderungen und Erwartungen stellt. Die Definition von Versorgungsforschung wird angepasst, der Begriff Intervention erweitert und als Zielorientierung die Perspektiven der Angemessenheit und Verbesserung aufgenommen. Zudem wird das Throughput-Modell angepasst sowie die Forschungsrichtungen Improvement Science und Implementation Research auf Organisations-, System- und Politikebene betont. > S. 49 ff.

Hochlenert trägt als Hintergrund zum Translations-Agreement zum Diabetischen Fußsyndrom (S. 26-29) die verfügbaren Ergebnisse aller in Deutschland öffentlich gewordenen Analysen aus den letzten 15 Jahren zusammen, die die Effekte der spezialisierten Betreuung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom untersucht haben. > S. 54 ff.

Nolting u.a. präsentieren die Effekte einer besseren Adipositas-spezifischen Versorgung auf die Prävalenz von Adipositas, an der inzwischen fast ein Viertel der erwachsenen deutschen Bevölkerung leidet. Die Autoren nutzen eine Modellierungsstudie nach dem Konzept der „Generalized Cost-Effectiveness Analysis“ und untersuchen die durch Adipositas verursachte Krankheitslast sowie die Kosten-Effektivität der Versorgung. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass durch eine verbesserte Adipositas-Versorgung die Zahl der Menschen mit Adipositas in den ersten zehn Jahren um etwa 2 Millionen sinken würde. Darum kommen sie zu dem Schluss, dass in der GKV-Regelversorgung die Voraussetzungen für eine verbesserte Adipositas-Versorgung geschaffen werden müssen. > S. 59 ff.

Schröder, Fleckenstein und Wunderlich untersuchen die Wirkung eines zwölfmonatigen, telefonbasierten Coaching-Programms der Central Krankenversicherung für Menschen mit depressiven Symptomen. Sie fanden einen nachweisbaren positiven Effekt auf Krankheitschwere und Lebensqualität. > S. 65 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und freue mich, Sie auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2017 zu sehen.

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



Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Kongresspräsident des DKVF 2017

„Versorgungsforscher sind Translations-Enthusiasten“

Wenn es neben dem vom Saarland in Würdigung dessen Verdienste um Wissenschaft und Forschung zum Professor gekürten Josef Hecken im deutschen Gesundheitswesen überhaupt einen zweiten Redner und Vortragenden geben kann, der diese Aufgabe mit ebenso erlesener inhaltlicher wie humoristischer Expertise übernehmen kann, ist das Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, obendrein ordentlicher W3-Professor und in diesem Jahr auch noch Präsident des Deutschen Kongress Versorgungsforschung (DKVF). „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit ihm über die Ziele und den Aufbau des nun schon zum 16. Mal stattfindenden Zentralkongresses der deutschen Versorgungsforschung, der – wie Hoffmann sagt – erneut, aber noch etwas stärker als die Jahre davor die Brücke von „Wissenschaftlichkeit zu Versorgungsrelevanz“ schlagen will.

>> Herr Prof. Hoffmann, was kann man sich denn unter einem Abstracts-Kongress vorstellen?

Dieses Format hat sich bei anderen Wissenschafts-Kongressen bewährt, weil man damit die teilnehmenden Wissenschaftler motiviert, ihren eigenen Beitrag konkret zu formulieren, und einer Begutachtung zugänglich zu machen. Aber das ist nicht die einzige Änderung, die sich gesamthaft auf den Kongress auswirkt. Zum ersten Mal haben wir auch die Einreichungssystematik geändert. In allen bisherigen Versorgungsforschungs-Kongressen mussten immer ganze Sessions eingereicht werden, in diesem Jahr konnten auch einzelne Vorträge eingereicht werden. Das hat den positiven Effekt, dass man nicht länger eine Session mit vier oder fünf Vorträgen voll bekommen muss, die manchmal nur deswegen dabei waren, weil eben nur die ganze Session angenommen oder abgelehnt werden konnte. Da hat nicht immer alles thematisch ganz so gut zusammengepasst.

Wie bisher hat das Programmkomitee aber genau darauf geachtet, dass für die Annahme von Vorträgen neben dem Kriterium der Wissenschaftlichkeit auch die Versorgungsrelevanz mit ausschlaggebend war. An diesem Punkt bleiben wir ganz in der Tradition der Versorgungsforschungskongresse.

Kritiker werden nun sicher sagen, dass dieses Vorgehen die reine Forschung verwässert.

Aber denen antworten wir, dass wir eben nicht „reine“ Wissenschaft – möglichst noch im Elfenbeinturm – machen wollen, weil Versorgungsforschung vor allem eines sein muss: praxisrelevant! Für diese Priorität haben wir einen sehr großen Konsens im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung; einen Konsens, der der Realität entspricht: Denn Versorgungsforschung braucht immer die ganz enge Verbindung zu den Akteuren in der Versorgung, von denen viele keine Wissenschaftler sind – die aber trotzdem intensiv mit uns, der Wissenschaft, zusammenarbeiten. Denn gemeinsam wollen wir die Versorgungsqualität erhöhen.

Ist das nach vielen Jahren sicher nötiger Methodenarbeit auch ein Stück weit Realorientierung?

Natürlich. Das Ziel der Versorgungsforschung ist es nicht, akademisch abgehobene Kreise zu bespielen, sondern letztlich, die Versorgung für unsere Patienten zu verbessern. Wir alle engagieren uns für diese Wissenschaft, um das Gesundheitssystem im Sinne eines lernenden Systems weiterzuentwickeln. Genau das erfordert aber nun einmal einen engen Kontakt mit den Praktikern, ob nun in der Politik,

den Kassen, den Organen der Selbstverwaltung, den Verbänden und natürlich auch in der Pharmaindustrie und Medizintechnik.

Kann man sagen, dass die Versorgungsforschung in der Translation angekommen ist?

Wir waren schon immer Translations-Enthusiasten. Aber eines stimmt: Die Zahl der positiven Beispiele steigt!

Dennoch: So richtig rüber gekommen ist bislang doch ein bisschen zu wenig.

Wir nehmen natürlich kritische Bemerkungen – vor allen Dingen von Menschen, die die Szene gut kennen – gerne an. Doch generell gilt, dass das Gesundheitssystem aus sich heraus – sagen wir es einmal vorsichtig – nicht gerade darauf gewartet hat, verändert zu werden. Das liegt daran, dass es im Grunde ein inhärent-konservatives System ist, das Veränderungen gegenüber skeptisch reagiert. Das ändert sich aber mit der Zeit, wenn man es denn schafft, die veränderungswürdigen Dinge genauer zu identifizieren und Alternativen gut zu begründen. Als Versorgungsforscher muss man Geduld haben. Viel Geduld.

20 Jahre oder so ...

Schnell war das deutsche Gesundheitssystem mit seiner Selbstverwaltung sicherlich noch nie. Was aber durchaus nicht nur Nachteile, sondern auch manche Vorteile hat. Denn die Wissenschaft als solche ist natürlich immer ungeduldig. Das ist auch wichtig, weil sich nur so etwas verändern kann. Andererseits aber darf das System auch nicht jedem Trend hinterherlaufen und diesen – bevor eine belastbare Evidenz vorliegt – schon umsetzen, womöglich auch noch gleich bundesweit.

Damit bringen Sie einen wichtigen Stichpunkt: bundesweite Umsetzung gleich bundesweite Pilotversuche anstatt sinnvoller Weise zuerst Politikfolgenforschung zu betreiben.

Letzteres würden Versorgungsforscher natürlich immer gerne machen, was aber sehr oft an die Grenze des politisch Mach- und Umsetzbaren stößt. Darum ist es angeraten, möglichst in der Versorgungsrealität oder zumindest realitätsnah zu zeigen, welche Erfolgs- und Misserfolgskriterien vorhanden sind und welche Schritte zum nachhaltigen Erfolg nötig sind. Erst wenn man das alles genügend genau analysiert hat, kann man abschätzen, ob es überhaupt Sinn macht, ein kleineres Projekt höher zu skalieren. Auch das kann

man durchaus in mehreren Detailschritten machen – zum Beispiel von einer Stadt zu einem größeren Gebiet, von einem Selektiv- zu einem größeren IV-Vertrag oder zu einem regionalen Modellprojekt – bevor man letztlich in die Regelversorgung gehen muss. Die Translation ist das erklärte Ziel des Innovationsfonds, der vorsieht, dass gut evaluierte Projekte in die Regelversorgung übernommen werden sollen.

Nur wie ist die große Frage.

Wie dieser Prozess aussehen soll, ist noch nicht ganz klar. Übrigens auch nicht, was genau unter Regelversorgung zu verstehen ist und wer bestimmt, was bereits „Regel“ ist und was nicht – heißt denn Regelversorgung, dass alle Patienten einen Anspruch darauf haben? Das ist beispielsweise bei Selektivverträgen ja nicht der Fall.

Bringt sich das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung da ein?

Das tun wir ganz intensiv. Wir arbeiten daran mit, die Kriterien für eine „positive Evaluation“ zu definieren. Aber auch daran, wie der vom Innovationsfonds vorgesehene Übergang von positiv evaluierten Projekten operationalisiert werden soll. Ich bin optimistisch, dass wir das gemeinsam mit der Politik und der Selbstverwaltung schaffen – denn dort gibt es im Moment eine große Bereitschaft – und auch, dass die Entwicklungsgeschwindigkeit im deutschen Versorgungssystem weiter zunehmen wird. Man sieht das übrigens ein wenig auch am Deutschen Ärztetag in Freiburg, der sich in diesem Jahr erstmalig in seiner Geschichte mit großer Mehrheit für die Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgesprochen hat.

KBV-Chef Gassen! Man denkt, man träumt!

Das sind sehr positive Entwicklungen in der Selbstverwaltung, die eben nicht mehr nur politisch verbohrst ist. Wenn eine der Bänke im Gemeinsamen Bundesausschuss merkt, dass sich der Wind gedreht hat, kann sie auf einmal sehr flexibel werden. Das hat man gesehen bei der Delegation medizinischer Tätigkeiten an andere Gesundheitsberufe, aber auch bei vielen Strukturgesetzen der vergangenen Jahre, wo der sonst so übliche Widerstand der Selbstverwaltung wirklich nur verhalten war – manchmal sogar schon früh ein sehr breiter Konsens bestand. Was auch ein bisschen an dem guten Gespür und der Dynamik unseres aktuellen Gesundheitsministers liegen mag – aber eben auch an der sensibler gewordenen Wahrnehmung des Zeitgeistes durch die Organe der Selbstverwaltung – da sind ja durchaus viele nachdenkliche KollegInnen dabei. So ist das System im Kern zwar konservativ, aber dennoch wollen Viele heute nicht mehr die „Ewiggestrigen“ sein, was sich besonders an der größeren Offenheit gegenüber der Digitalisierung zeigt. Oder wie es der zum Deutschen Ärztetag 2017 eingeladene Blogger Sascha Lobo formulierte: „Digitalisierung lässt sich nicht klein hoffen.“ Will heißen: Die kommt sowieso, ob man nun selbst mitmacht oder nicht. Genau das hat die verfasste Ärzteschaft jetzt endlich verstanden: Die Digitalisierung findet, wenn sie sich weiterhin verweigern, eben ohne sie statt.

Jetzt brauchen wir noch die Apotheker.

Die kriegen wir auch noch mit ins Boot. Die Apothekerschaft als solche hat sich ja traditionell nicht unbedingt durch revolutionäre Ideen oder gar Umsturzbestrebungen im Gesundheitssystem ausgezeichnet. Fairerweise muss man aber auch sagen, dass den Apothekern in den letzten Jahren gehörig zu Leibe gerückt wurde – Privilegien gingen verloren und durch die Gesundheitsstrukturgesetze der Vergangenheit haben Apotheker viele Verdienstmöglichkeiten



eingebüßt. Das ist ein Grund, warum sie sich aktuell so vehement gegen Versandapotheken wehren – für die Offizin-Apotheke gibt es allerdings auch gute Argumente aus Sicht der Versorgung.

Anstatt dass die Apothekerschaft einmal ihren Platz im Versorgungssystem evident begründen würde.

Das liegt aber nicht nur an den Apothekern, sondern am System und häufig auch an Ärzten, die noch eine gewisse Skepsis und Zurückhaltung gegenüber den Apothekern als Partner im Gesundheitswesen haben. Dabei sind Apotheker ganz wichtige Player in der Versorgung, denn wenn man sich ansieht, wo die großen Probleme im Gesundheitswesen liegen – Unter-, Über- und Fehlversorgung –, ist man ganz schnell bei den Medikamenten. Und von denen verstehen die Apotheker nun einmal am meisten.

Wenn man alleine eine Multimedikation nimmt, wer will die Folgen denn sonst abschätzen können?

Die Wissenschaft geht davon aus, dass die vermeidbaren Krankenhausaufnahmen nur durch arzneimittelbezogene Probleme im siebenstelligen Bereich angesiedelt sind. Darum wäre eine natürliche Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern absolut sinnvoll, die übrigens vor Ort auch vielfach stattfindet: Die meisten Hausärzte telefonieren mindestens einmal am Tag mit „ihrem“ Apotheker über ganz konkrete Probleme.

Bei der verfassten Apotheker- und Ärzteschaft ist das anscheinend noch nicht so richtig angekommen.

Das ist auch ein Problem der Selbstverwaltungen – auf der verordnenden und auf der versorgenden Ebene funktioniert die Kooperation an vielen Stellen, darauf kommt es an und das zählt für den einzelnen Patienten. Womit wir wieder in der Versorgungsrealität angekommen

sind – hier genau liegt die Domäne der Versorgungsforschung, und hier ist sie unverzichtbar.

Spiegelt sich das im Versorgungsforschungskongress 2017 wider?

Das tut es und muss es auch, ganz unbedingt. Genau darum binden wir alle Systempartner in den Kongress aktiv ein. Auch wenn man hinter manchen erst einmal hinterherlaufen muss, um sie zu motivieren. Aber das machen wir gerne, weil wir glauben, dass mit dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung ein Forum besteht, auf dem sich alle relevanten Akteure austauschen können – und das muss in jedem Jahr immer weiter ausgebaut werden. Dazu gehören natürlich schon immer die Ärzte, Psychotherapeuten und Apotheker, aber auch die Pflege, die Physiotherapie, Ergo- und Logotherapie, die Hebammen und viele andere Berufsgruppen mehr. Alle diese Berufsgruppen sind im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung vertreten.

Ein wirklich multiprofessioneller Ansatz, der im Kongress abgebildet wird.

Nur so funktioniert Versorgung, wie Gesundheitsminister Gröhe jüngst sagte: „ein Teamspiel“. Dabei darf man natürlich nicht die Patienten vergessen, darum werden in einigen Sessions auch Patientenvertreter sprechen.

Ist das ein Stück weit Erdung?

Wir dürfen als Forscher nicht abheben von den Akteuren der Versorgung, und uns schon gar nicht von den Patienten entfernen, für deren gute Versorgung das Gesundheitssystem verantwortlich ist. Der Megatrend in der Versorgung – die Patientenzentrierung – heißt doch auch, dass die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen in Zukunft über Kriterien bemessen wird, die sehr viel näher an den Patienten dran sind als die meisten der bisher existenten Erfolgsparameter. Diese grundsätzliche Einsicht ist zwar inzwischen Mainstream, aber noch fast nirgendwo tatsächlich umgesetzt. Hier sind wir als Versorgungsforscher natürlich gefragt, denn wer sonst soll erklären, wie man Erfolg und wie man Qualität misst?

Besonders, wenn Qualität zunehmend wichtiger auch für Allokationsentscheidungen wird ...

... dann muss man zuallererst definieren, was mit Qualität genau gemeint ist. Die Erreichung dessen, was der Patient und der Arzt im Gespräch als Therapieziel gemeinsam vereinbart haben – das ist für mich die Qualität, auf die es ankommt. Das Ganze ist leider sehr komplex, ist aber mit den neuen Möglichkeiten, die wir insbesondere durch die Digitalisierung, aber auch durch die bessere Vernetzung zwischen den medizinischen Berufsgruppen in die Hände bekommen, ein heute erreichbares Ziel.

Wenn man das alt bekannte Throughput-Modell betrachtet, fehlt da nicht ganz hinten der Patientenwert, der Value?

Das Modell ist ein Schema, das die Abfolge von Versorgungsprozessen verdeutlicht. Aber natürlich müssen wir an all diesen Punkten arbeiten, wobei das heutige Throughput schon lange nicht mehr das Throughput ist, das es war, als das Schema einmal erfunden wurde. Es gibt inzwischen allerlei Interaktionsschleifen zwischen Patienten und ihren Behandlern, und zwischen den verschiedenen Behandlern in einer Region, weil ja alle an der Versorgung beteiligt sind. In

der aktuellen Neuauflage des Lehrbuches Versorgungsforschung wird das traditionelle Input-Throughput-Output-Schema erweitert und in seiner doppelten Komplexität sehr detailliert diskutiert – lesenswert!

Und selbst die Ärzte haben inzwischen gelernt, dass sie so etwas wie Delegation zulassen müssen.

Die Ärzte in den Regionen lieben die Delegation. Es gibt inzwischen viele Evaluationen aus verschiedenen Bundesländern, die enthusiastische Zustimmungsraten zeigen. Wenn man sich noch erinnert, wie das vor acht oder neun Jahren war ... damals hatten wir mit der AGnES, der Arztentlastenden gemeindenahen systemischen Intervention, das erste dieser Modelle entwickelt und erproben es in großen Implementierungsstudien in mehreren Bundesländern. Wir wurden heftig, und nicht immer sachlich, kritisiert, teilweise regelrecht beschimpft und rundheraus verdächtigt, die Ärzteschaft abschaffen zu wollen. Was natürlich ganz verrückt ist, weil es genau umgekehrt ist: Die Rolle des Arztes wird durch die Delegation gestärkt, weil er sein Team optimal einsetzen kann und mehr Zeit für seine eigentlichen Aufgaben gewinnt.

Also sich auf das Wesentliche seiner diagnostischen und therapeutischen Arbeit fokussieren kann.

Warten Sie ab, wir kriegen genau darum zusätzlich zur Delegation auch noch die Substitution ins System, was auch so ein böses Kampfwort aus der Vergangenheit ist. Dabei bedeutet Substitution nichts anderes als eine neue, rationale und evidenzbasierte Arbeitsteilung im Gesundheitssystem. Wobei alle diejenigen, die Aufgaben in der Versorgung in eigener Verantwortung übernehmen sollen, dafür angemessen und ausreichend qualifiziert werden müssen. Das tun wir noch nicht gut genug, was man gerade an der Reform der Pflegeausbildung sieht, die zwar große Fortschritte gemacht hat, aber leider immer noch nicht konsequent vereinheitlicht ist.

Die Probleme der Generalisierung und Akademisierung.

Beides sind wichtige Schritte. Natürlich gibt es hier noch offene Fragen. Die wurden aber auch von Einigen hoffnungslos aufgebauscht, wenn beispielsweise gleich von einer drohenden Total-Akademisierung der Pflege gesprochen wird – als würden am Kranken- oder Altenbett nur noch Pflege-Doktoren und -Professoren stehen und auf besondere akademische Weise die Bettpfannen wechseln. Das ist völliger Humbug. Tatsächlich sollen etwa 10 bis 20 Prozent der Krankenpflegerinnen akademisiert werden. Dieser Anteil wird dringend gebraucht, weil viele hochkomplexe Management-Aufgaben, die diese Menschen stemmen müssen, einfach nicht mehr auf Basis einer Ausbildung in einer Berufsfachschule gemeistert werden können. Diese Jobs erfordern eine hohe Problemlösekompetenz: also Analyse, Planung, Strategie, Management und interprofessionelle Kooperationen. Das heißt Professionalisierung, die man eben nur auf einer Universität und am besten an einer medizinischen Fakultät lernt.

Wird auch das im Kongress angesprochen werden?

Wir werden eine große Zahl ganz unterschiedlicher Projekte sehen, die zwischen Ärzten und Pflege, teilweise auch weiteren Gesundheitsberufen, eine Arbeitsteilung entwickeln und forcieren. Viele zeigen, dass eine flexiblere Arbeitsteilung im Sinne des Patienten absolut vernünftig ist.



10 Billionen Rechenoperationen pro Sekunde.

Dein Gehirn.

Weil die beste Technik menschlich ist.

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

dietechniker.de

Also kann man sagen, dass der Versorgungsforschungs-Kongress 2017 die Versorgungsrealität abbildet, indem er verstärkt Wissenschaft und Praxis zusammenbringt.

Das ist das Ziel! Und auch, indem er ein bisschen über den Tellerand hinausschaut, sowohl international als auch zeitlich. Der DKVF 2017 hat sich durchaus vorgenommen, die Tendenzen und Trends der Zeit aufzunehmen und ein bisschen auch darauf einzuwirken. Darüber hinaus will er Module und Lösungen aufzeigen, die in den nächsten Jahren gebraucht werden. Das kann das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung schon lange recht gut, und es wird inzwischen zunehmend – auch durch das BMG – in perspektivisch wichtige Prozesse eingebunden.

Ist das DNVF bereit dazu?

Aber ganz sicher! Wir sind immer sehr gerne dazu bereit, zu diskutieren, unsere eigenen Vorstellungen weiter zu entwickeln, Vorschläge zu machen, Papiere mitzuschreiben und auch Vorlagen zu kommentieren. Diese Arbeit hilft, so manche Rückwärtsschleife zu vermeiden, die wir im Versorgungssystem in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder mal durchlaufen haben. Im Sinne eines wirklich langfristig strategischen Planes müssen wir allerdings genauer wissen, wo wir eigentlich hin wollen.

Gibt es denn konsenterte Versorgungsziele?

Nur in Ansätzen. Darum müssen wir endlich die schon länger entwickelten Gesundheitsziele in Versorgungsziele umsetzen. Aber auch da sind wir als Netzwerk aktiv dran und stehen gerade in ganz enger Abstimmung mit den Patienten, mit den anderen Akteuren und mit den Kassen. Konsenterte Versorgungsziele werden eine große Rolle spielen, weil sie gerade in der regionalen Versorgung – der sich der kommende DKVF ja in einem Schwerpunkt widmen wird – ganz entscheidend sind. Was aber auch logisch ist, denn man kann eine sinnvolle Zusammenarbeit letztendlich nur dann vertragsrelevant und abrechnungstechnisch tragfähig organisieren, wenn die Ziele klar formuliert sind und von allen Beteiligten mitgetragen werden.

Das ist ungefähr so, als wenn man ein RCT aufsetzt, ohne vorher den primären Endpunkt zu kennen.

Stimmt. Allerdings muss auch die Versorgungsforschung selbstkritisch sagen, dass in der Vergangenheit mitunter die wissenschaftlichen Fragestellungen nicht immer ausreichend präzise formuliert worden sind. Was mit daran lag, dass hauptsächlich deskriptive Forschung gemacht wurde. Das ist wichtig, um sich der Versorgungsrealität zu nähern, führt aber nicht automatisch zu neuen Erkenntnissen, wenn nicht vorher ganz klar definiert wurde, was genau man eigentlich wissen wollte.

Weil man es nicht besser wusste oder konnte?

In unserer Wissenschaft unterscheiden wir in deskriptive und analytische Forschung, und wir haben halt zu wenig analytische Forschung gemacht. Anstatt Hypothesen zu testen, haben wir meist nur hypothesengenerierende Forschung betrieben. Darum hat uns die DFG schon vor Jahren und auch ganz zu Recht aufgefordert, theoriebasierter zu arbeiten und mehr kontrollierte Interventionsstudien aufzulegen.

Also ganz konkret vorher festzulegen, wie die konkrete For-

schungsfrage lautet, weil man nur diese anschließend auch evident beantworten kann.

Genau. Aber dann geht es weiter: Wenn ich keine klare Frage stelle, bekomme ich keine klare Antwort, und in vielen Fällen weiß man dann gar nicht so richtig, was man mit einem Ergebnis eigentlich anfangen soll. Das hat dann Geld gekostet, Frust erzeugt und Zeit und Mühe nicht optimal genutzt.

Darum muss sich die Versorgungsforschung darauf konzentrieren, hauptsächlich – und natürlich auf Basis angemessener Fragestellung, Studiendesigns, Instrumente und Methoden – zu erforschen, was am besten in der Lage ist, das System zu verbessern.

Das wäre das Optimum. Forschung wird umso relevanter, je mehr man weiß, was genau man adressieren will. Das war ein wichtiges Motiv für die Umstellung des Kongresses auf Abstracts, weil dieses Format neben der darzustellenden Methodik immer eine beantwortbare Fragestellung beinhaltet.

Man könnte aber auch befürchten, dass alles noch mehr verkürzt wird.

Nein, gar nicht. In einem Abstractkongress wird der Forscher dazu aufgerufen, das eigene Projekt zu durchdenken und zu strukturieren, und das Ganze in einer einfachen, knappen und verdichteten Form darzustellen.

Also quasi eine Art „Aufzug-Challenge“: Ein Forscher ist dann so richtig gut, wenn er in der Dauer eines Aufzugsfahrt erklären kann, wie die Frage lautet und was bei der Studie rauskommt.

Einverstanden. Aber das Hochhaus muss dafür hoch genug sein. Für mich geht es nämlich gar nicht so sehr um die Zeit, sondern darum, dass dadurch ein höchst strukturiertes Denken gefördert wird. Was wir in der Versorgungsforschung bisher eben nicht überall hatten.

Was aber durchaus auch wichtig war.

Aus dem rein deskriptiven Stadium ist die deutsche Versorgungsforschung schon lange herausgewachsen. Was aber auch notwendig ist, denn mit Deskription alleine ändern sich Dinge nicht, das tun sie nur mit und durch analytische Forschung.

Ist die deutsche Versorgungsforschung so weit?

Das zeigt alleine die Anzahl der zum Kongress eingereichten Abstracts: 426 an der Zahl, was viel mehr ist als in den vergangenen Jahren. Man sieht daran, dass man unsere Forschergemeinschaft motivieren kann, wenn man sie ein bisschen fordert.

Wie steht es denn um die Qualität dieser 426 Einreichungen?

Die meisten sind wirklich gut. Wir hatten natürlich auch welche dabei, die aus Sicht der Gutachter – sagen wir – grenzwertig waren. Die Begründung der Forschungsfrage, die Wahl des Studiendesigns, verwendete Methoden und Instrumente sollten schon nachvollziehbar beschrieben werden. Andererseits gibt es ein breites Spektrum unter den Versorgungsforschern, nicht alle kommen mit einer klaren Richtung und einem fundierten Methodenarsenal. Auch das ist eben Realität.

Zum Beispiel?

Wir hatten einige Einreichungen, die sehr stark in Richtung kli-

DNVF-Vorstand (V) und Geschäftsführung (v.l.): Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer (V-Mitglied), Dr. Gisela Nellessen-Martens (Geschäftsführerin nach §30 BGB), PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellvertretende Vorsitzende), Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (V-Mitglied), Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH (Hauptgeschäftsführer), Dr. Felix Hoffmann (V-Mitglied) und Prof. Dr. Matthias Schrappe (V-Mitglied). Nicht auf dem Bild: Prof. Dr. Holger Pfaff (V-Mitglied), Prof. Dr. Nicole Ernstmann (V-Mitglied) und Prof. Dr. Peter G. Falkai (Kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF).



nische Forschung orientiert waren. Es waren sogar Tierversuche dabei. Dann wird man langsam schon etwas skeptisch, ob das wirklich noch Versorgungsforschung ist. Obwohl wir uns natürlich freuen, dass sich auch klinische Forscher der Versorgungsforschung zuwenden, weil es ja nicht unser Ziel sein kann, andere Forschungsrichtungen auszugrenzen. Im Gegenteil: Wir wollen alle anregen, mit uns Versorgungsforschern zu diskutieren und zusammenzuarbeiten.

Wäre es nicht sinnvoll, ein Qualitäts-Unterlevel einzuziehen?

Das wird perspektivisch sicher auch gemacht werden. Wenn jemand gar nicht beschreibt, was er gemacht hat, dann bekam er aber auch schon früher das Abstract retour und kann es, wenn er denn will, verbessert im nächsten Jahr noch einmal einreichen. Aber bei allem wissenschaftlichen Anspruch waren wir bisher mit Ablehnungen eher noch ein bisschen zurückhaltend.

Welche neuen Formate sollen denn jüngere Versorgungsforscher ansprechen? Ist die deutsche Versorgungsforschung nicht eigentlich auch schon so ziemlich jung?

Zum großen Glück ist sie das. Aufgrund der verschiedenen Studienangebote haben wir inzwischen eine wirklich solide Nachwuchsbildung.

Auch eine ausreichende?

Noch nicht. Das muss noch mehr werden, weil wir ja zunehmend auch mehr Aufgaben bekommen und die Förderung steigt. Dabei ist die Qualität noch lange nicht auf einem Stand, auf dem wir uns ausruhen könnten. Wir müssen ganz stark daran arbeiten, angefangen bei den Theorien, den Methoden, und ebenso bei der Feldarbeitskompetenz und der Vernetzung.

Kommt die nicht von alleine?

Sicher, weil eine Forschergeneration nachwächst, die sowieso vernetzt ist und darum später gemeinsam eine hoffentlich noch bessere Versorgungsforschung machen kann. Das war doch bei uns Älteren völlig anders: Die meisten von uns waren Quereinsteiger und hatten damit unsere manchmal hindernden Herkunftsbezüge und auch Finanzierungsprobleme in dem neuen Fach.

Aus welcher Wissenschaftsrichtung stammen denn Sie?

In der Epidemiologie, aus der ich stamme, wurden die ersten Versuche der Versorgungsforschung durchaus kritisch beäugt und teilweise auch belächelt, vor allem natürlich, weil anfangs die Studienqualität in der Versorgungsforschung im Vergleich mit den Standards der Epidemiologie noch recht ausbaufähig war. Inzwischen aber hat sich die enge Verbindung zwischen Epidemiologie und Versorgungsforschung sehr kollegial entwickelt und die beiden Fächer

sich durchaus gegenseitig befruchtet.

Die Epidemiologie ist doch zum Teil in Gebiete abgedriftet, die zwar super methodisch, aber von der Relevanz her eher übersichtlich waren.

Da gibt es tatsächlich Beispiele. Genau das Problem hat die Versorgungsforschung nie! Alles, was wir untersuchen, ist relevant und darum wichtig. Auch wenn die Forschungsqualität an vielen Punkten noch besser werden muss.

Nun könnte man sagen, dass der forschergetriebene Ansatz zwar wichtig ist, aber wo bitte bleibt der konzeptionelle Ansatz?

Beides ist wichtig, da gibt es kein Entweder-Oder. Obwohl Sie schon recht haben: Bei der Konzeption, beim Agenda-Setting ist die Versorgungsforschung noch in der Bringschuld. Das müssen, können wir aber auch noch besser als bisher hinbekommen. Beispielsweise dadurch, dass wir auf dem DKVF intensiv mit Akteuren, Playern und Payern sowie der Politik reden. Und auch mit den Rezipienten, also den engagierten Patienten. Unsere Aufgabe ist es dann immer wieder, das, was die Patienten brauchen und wollen, in messbare Instrumente und ebenso messbare Endpunkte zu verwandeln.

Man darf sich eben nicht damit begnügen, rein subjektive Zufriedenheitsskalen zu verwenden.

Die sind wichtig, aber sollten nicht alleine und ausschließlich verwendet werden. Über diesen Status müssen wir hinaus, was aber auch ganz verständlich ist, weil Politik wie Krankenkassen mit Recht nach objektivierbaren Maßstäben fragen. Auch hier sind wir als Versorgungsforscher in der Pflicht. Unser sportlicher Herausforderer ist hier oft das IQWiG. Dessen Leiter, Prof. Windeler, vertritt die Position, dass Versorgungsforschung für die Nutzenbewertung nicht relevant ist. Das sehen wir völlig anders. Einfach ist es aber nicht, hier überzeugende Belege zu finden. Genau darum dürfen wir die methodische Arbeit – zum Beispiel mit den Registern – niemals vernachlässigen.

Was nützt das, wenn das IQWiG in der Nutzenbewertung Register einfach nicht zulassen will?

Das wird Professor Windeler nicht verhindern können. Andererseits hat er natürlich recht, wenn er sagt, dass bisher so manche Register noch nicht die nötige Qualität haben, die man für eine belastbare Nutzenbewertung einfach braucht. Das ist aber vor allem ein Ansporn für uns. Wir nehmen die Herausforderung, die nötige Qualität zu schaffen, gern an. Und mit immer besserer Qualität werden ganz selbstverständlich auch Register nutzenrelevant werden.

Stichwort: Externe Relevanz, für die Register unter anderem stehen.

Aus Sicht der Versorgungsforschung ist die externe Evidenz genauso wichtig wie die interne, das ist auch seit vielen Jahren die

Position des Netzwerks. Um diesen Ansatz zu stärken, muss man aber in der Versorgungsforschung mehr kontrollierte Interventionsstudien als bisher durchführen, mit – natürlich so weit und so gut es geht – auch randomisierten Designs, weil das die Validität der Ergebnisse verbessert. Doch darf man vor lauter RCT nicht vergessen, dass es viele andere Designs, Forschungsformate und -methoden gibt, die ebenfalls relevante Aussagen für die Versorgung liefern können. Diesen Spannungsbogen müssen wir noch viel genauer beschreiben.

Mit dem Innovationsfonds kann doch die Versorgungsforschung in die Ära der Interventionsstudien eintreten.

Es gab vorher auch schon kontrollierte Interventionsstudien in der Versorgungsforschung. Wobei man leider sagen muss, dass aus strukturellen Gründen gegenwärtig nur einige wenige Institute Interventionsstudien machen können. Dazu braucht man schon eine gewisse Ausstattung, Personal, Ressourcen und ein gehöriges Maß an Expertise, Erfahrung und Feldzugang. Die dafür nötige Größe können bisher nur recht wenige Versorgungsforschungsinstitute in Deutschland vorhalten. Bei deren Aufbau unterstützen jetzt aber große BMBF-Programme und seit 2015 auch der Innovationsfonds.

Zumindest mit dem kleineren Budgetanteil von 75 Millionen Euro pro Jahr für die Versorgungsforschung.

Der Part wird von Vielen vollkommen unterschätzt! Für mich ist dieser Teil der entscheidende Teil des Innovationsfonds. Im anderen, größeren und oft publikumswirksameren Teil mag es möglicherweise große Durchbrüche geben, aber auch einige Projekte, die scheitern werden, weil sie einfach nicht das erbringen, was sie erbringen wollen. Zwar wird auch damit viel Wissen generiert, und schon deshalb ist das Geld gut angelegt. Doch im Part Versorgungsforschung gilt: Da entsteht Wissen pur!

Wird das auch ein Teil des kommenden Kongresses?

Aber sicher. Das nennen wir Data-Café, in dem Innovationsfondsprojekte aus beiden Förderschienen vorgestellt werden. Immerhin hat deutlich mehr als die Hälfte zugesagt, was den Kongressteilnehmern einen einzigartigen Überblick über die bisher positiv beschiedenen Projekte verschafft. Aber auch hier gilt: Es gibt insbesondere im Bereich neuer Versorgungsformen Konsortien, die eher forschungsfremd sind und die oft keine klaren Forschungsfragen formuliert und nicht deutlich definiert haben, wie sie ihren Erfolg wirklich messen wollen. Aber auch das ist ein lernendes System – und wir Versorgungsforscher im Deutschen Netzwerk stehen als Dialogpartner bereit und gerne zur Verfügung.

Da wundert es eigentlich, wie es da überhaupt zu einem Projektzuschlag gekommen ist.

Der Innovationsfonds ist kein klassisches wissenschaftliches Förderprogramm, das per se eine streng wissenschaftliche Evaluation involviert, wie das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft oder auch vom BMBF, geleistet wird. Es ist doch ein offenes Geheimnis, dass der Innovationsausschuss längst nicht in allen Fällen dem Rat des Expertenbeirats gefolgt ist, und manche Förderentscheidungen eher die Folge einer Mixtur aus politischem Willen und Forderungen der Bänke gewesen sind. Doch wie auch immer: Das Ziel der Versorgungsforschung muss es sein, dass möglichst viele der geförderten Projekte gelingen. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung möchte aktiv dazu beitragen, möglichst viele relevante Versorgungsforschungsaspekte in möglichst hoher metho-

discher Qualität zu verwirklichen, weil wir glauben, dass nur so die Nachhaltigkeit dieser Förderung garantiert werden kann.

Hat der Innovationsfonds eine Zukunft nach 2019?

Wir setzen alles daran, dass der Innovationsfonds weitergeht. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat immer gesagt, dass ein Promille aus dem gesetzlichen Krankenversicherungsbudget ausreicht, um einen Riesenschub in der Versorgungsforschung auszulösen – und gleichzeitig eine Planungssicherheit herzustellen, die beispielsweise für unsere Nachwuchswissenschaftler ganz entscheidend ist. Als DNVF-Vorstandsmitglied und auch als Kongresspräsident sage ich: Die zur Verfügung gestellte Summe sparen wir durch klügere Versorgung wieder ein! Der Innovationsfonds ist eine Investition, die sich auch unter wirtschaftlichen Aspekten wirklich lohnen wird.

Würden Sie darauf eine Wette eingehen wollen?

Würde ich machen, wenn der Topf herausgelöst wird aus dem direkten Zugriff der Kassen und des G-BA. Obwohl es – das muss man fairerweise einräumen – ohne G-BA-Chef Prof. Hecken den Innovationsfonds sicher nicht gegeben hätte! Sein großes Engagement war extrem mutig und muss ihm wirklich verdienstvoll angerechnet werden. Dennoch muss nun nach Welle 2 und 3 mehr Wissenschaft und mehr Transparenz in den Fonds.

Damit sich diese Förderart noch mehr der hoch qualitativen Förderung aus anderen Bereichen annähern kann.

Richtig. Doch sind die bisher entscheidenden Gremien einfach nicht diejenigen, die ein formales Begutachtungsverfahren und damit auch ein Mehr an Wissenschaftlichkeit zulassen würden.

Das sind wir wieder beim Thema: Ein Projekt ohne klare Fragestellung wird nicht gelingen.

Solche Projekte sind schon aufgrund ihres Designs begrenzt in ihrer Aussagekraft und damit auch ihrer translationalen Wirksamkeit. In Förderentscheidungen, mit diesem Budget aus der GKV und dem daraus resultierenden Erfolgsdruck, sollte man unabhängige Experten stärker einbeziehen. Auch daran müssen wir weiter arbeiten – das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung versteht sich auch hier als Partner, der jederzeit seine Hilfe und Unterstützung anbietet. Auch dafür ist ein Kongress wie der DKVF 2017 da: in Kommunikation und Austausch zu treten, Vertrauen zu stärken und Kooperationsbeziehungen zu vertiefen.

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

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Versorgungsforscher sind Translations-Enthusiasten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 06-12; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2030

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH

hat seit 01/2012 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald inne. Seit 02/2012: Leiter der Zentralstelle der Krebsregistrierung des Klinischen Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern. Seit 12/2009: Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE). Seit 07/2007: Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine. 12/2004-12/2011: Ordentliche C3-Professur „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 11/2002-11/2004: C3-Stiftungsprofessur des BMBF für „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 10/2000: Venia legendi für Epidemiologie und Public Health am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) der Uni Bremen.



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

INSIGHT Health zu Verordnungen bei Infektionskrankheiten

Antibiotikaversorgung: Realität und Zielsetzung

Antibiotika zur Behandlung von bakteriell verursachten Infektionskrankheiten zählen zu den bedeutendsten Fortschritten in der Medizin. Allerdings machen unterschiedliche Angriffspunkte dieser Arzneimittel sowie ein nach Schwere der Infektion sinnvoller Einsatz die Auswahl des richtigen Wirkstoffes zu einer Herausforderung. Eine grundsätzlich sorgsame Nutzenabwägung sowie die richtige Einnahme haben aber einen wesentlichen Einfluss auf den Therapieerfolg und damit letztlich auch auf die Vermeidung von Resistenzen. Diese Thematik wird zunehmend durch multiresistente Bakterienstämme und eine geringe Anzahl neu zugelassener Antibiotika verschärft. Wie sich der Einsatz von Antibiotika in den letzten Jahren entwickelt hat und welche Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Versorgung ergriffen werden, beleuchtet der vorliegende Beitrag.

>> Wie aus dem aktuellen Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse hervorgeht, verordnen Ärzte mittlerweile sorgsamer Antibiotika, zumindest bei Erkältungskrankheiten. „Diese Trendwende geht in die richtige Richtung“, sagt Tim Steimle, Fachbereichsleiter Arzneimittel bei der TK. Dennoch zählen systemische Antibiotika im J01-Markt nach wie vor mit im Durchschnitt 4,9 DDD pro GKV-Versicherten in 2016 zu den häufig verordneten Arzneimitteln. Bestätigen lässt sich aber der sinkende Gesamtverbrauch im ambulanten GKV-Markt: Lag dieser in 2013 noch bei insgesamt 382 Mio. DDD, sinkt er in 2016 auf 355 Mio. DDD. Auffällig ist auch, dass im 7-Jahreszeitraum von 2010-2016 das Jahr 2013 die höchsten Verbrauchsmengen an systemischen Antibiotika aufweist, danach fallen die Zahlen stetig (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Ein möglicher Grund für den hohen Wert in 2013 könnte die geringere Influenza-Impfquote in 2012 sein. Wie Daten von INSIGHT Health zeigen, nahmen die Impfungen im Vergleich zu 2011 um 12 Prozent ab, gleichzeitig war die Saison 2012/2013 von einer schweren Grippewelle und einer moderaten Wirksamkeit der Influenza-Impfung geprägt (vgl. RKI, 2013). In Folge dessen könnten viele Patienten mit Grippe-symptomen Antibiotika-Verordnungen erhalten haben. Einerseits könnte es sich dabei um ein Phänomen der Fehlnutzung handeln und zwar dahingehend, dass Ärzte bei viralen Infekten ohne Überprüfung einer bakteriellen Beteiligung aus eigener Entscheidung bzw. auf Druck des Patienten Antibiotika verordnen. Oder ob die Antibiotika andererseits zur adäquaten Therapie sekundärer Superinfektionen zielführend eingesetzt worden sind, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Makrolide werden seltener eingesetzt

Bei einer Betrachtung der einzelnen Substanzklassen im Markt der systemischen Antibiotika erzielen die Breitspektrum-Penicilline mit 32,6 Prozent den größten DDD-Anteil in der GKV – darunter auch das seit 1981 zugelassene Antibiotikum Amoxicillin mit allein

28,3 Prozent im 1. Quartal 2017. Damit wird, wie in Abbildung 1 gezeigt, diese oft als Standardtherapeutika bezeichnete Klasse neben den Cephalosporinen, den Fluorchinolonen und den Makrolid-Antibiotika am häufigsten verordnet. Entfielen allerdings auf Letztere in 2010 noch mit 24,7 Prozent die meisten Verordnungen, reihen sich die Makrolide sieben Jahre später hinter den oralen Breitspektrum-Penicillinen ein (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Möglicherweise bedingen zunehmende Resistenzraten, die vor allem in Südeuropa deutlich höher ausfallen und insbesondere Pneumokokken betreffen, diesen Trend (vgl. Paul-Ehrlich-Gesellschaft, 2013). Im Vergleich zu den Makroliden steigern die oralen Breitspektrum-Penicilline ihren Verordnungsanteil innerhalb des Betrachtungszeitraums um 4,1 Prozent.

Wie ebenfalls aus Abbildung 1 hervorgeht, sind die Verordnungsanteile der oralen Cephalosporine konstant hoch. Erst in 2016 fällt diese Substanzklasse mit 20,8 Prozent unter die Verordnungsanteile der oralen Breitspektrum-Penicilline und Makrolide mit je 21,5 Prozent (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Ebenso wie viele Vertreter der Cephalosporine als Mittel der 2. Wahl in der antibiotischen Therapie gelten, sollen auch Fluorchinolone möglichst nur bei schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Infektionen eingesetzt werden. Gepaart mit dem

Umstand, dass diese Substanzklasse seit Jahresbeginn wegen starker Nebenwirkungen eine neue Risikobewertung durch die Europäische Zulassungsbehörde für Arzneimittel durchläuft, wird es spannend sein, zu beobachten, wie sich die Verordnungsanteile der einzelnen Klassen weiter entwickeln werden (vgl. WiDo, 2017).

Neue Substanzen und Reserveantibiotika

Im ambulanten GKV-Markt der systemischen Antibiotika sind im 1. Quartal dieses Jahres 61 unterschiedliche Substanzen verordnet worden. Mit einem Großteil dieser Wirkstoffe lassen sich die häufigsten bakteriellen Infektionen meist zielgerichtet und erfolgreich therapieren. Jedoch zeigen immer mehr Bakterienstämme Resistenzen, zur deren Bekämpfung Ärzte dann auf Reserve- oder neuere Antibiotika zurückgreifen müssen. Neu zugelassene Antibiotika der letzten Dekade waren ausdrücklich zur Resistenzüberwindung entwickelt worden und auch die Neueinführungen seit 2011 sind gegen Problemkeime wie beispielsweise multiresistente oder gram-negative Bakterien gerichtet. In 2016 waren dies die Li-poglycopeptide Oritavancin und Dalbavancin sowie in diesem Jahr die Kombination aus Cephalosporin und Betalactamase-Inhibitor (Ceftazidim + Avibactam). Mit Stand

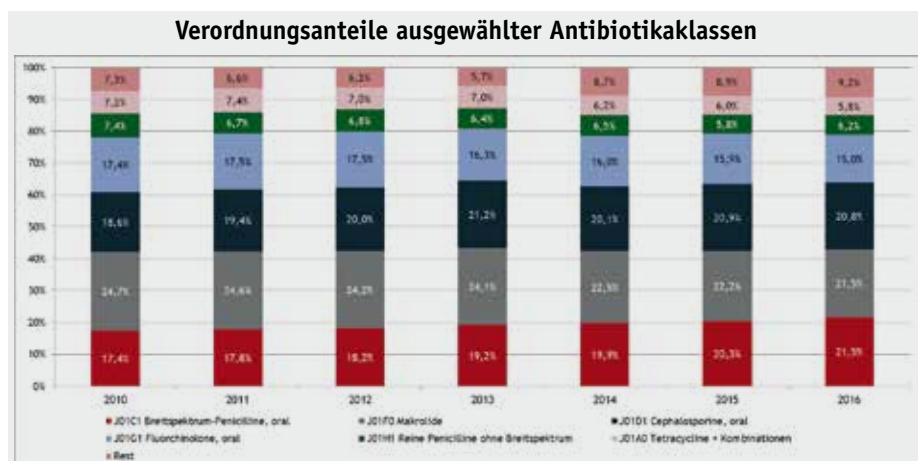


Abb. 1: GKV-Verordnungsanteile ausgewählter Antibiotikaklassen im Markt der systemischen Antibiotika in den Jahren 2010 bis 2016 (Quelle: regioMA, INSIGHT Health).

vom 07. Juli 2017 listet der vfa 15 Breitspektrum-Antibiotika sowie 10 Antibiotika bzw. Antiinfektiva gegen bestimmte Bakterienstämme in Phase III-Studien. Diese Zahlen machen deutlich, dass das Bestreben von Wissenschaft, pharmazeutischen Unternehmen und der Politik, die Antibiotika-Entwicklung voranzutreiben, etwas bewirkt. Dennoch kamen seit der Jahrtausendwende gerade einmal 19 neue Präparate auf den deutschen Markt. Von 1981 bis 1999 waren es hingegen 42 (vgl. vfa, 2017). Neben neuen Substanzen sind Reserveantibiotika die Behandlungsoption, wenn das Standardantibiotikum versagt bzw. als nicht geeignet erscheint. Die Zuordnung unterscheidet sich allerdings je nach

Quelle, wobei die im Folgenden vorgenommene Einteilung sich an der 20. WHO-Liste für essenzielle Arzneimittel von März 2017 orientiert.

Legt man die WHO-Einteilung in Reserve und Watch Group zugrunde zeigt sich, dass die DDD-Anteile dieser Antibiotika im ambulanten GKV-Markt nicht zunehmen. Vielmehr pendeln sie sich in den letzten drei Jahren bei ca. 25 Prozent ein. Je nach angewandter Kategorisierung der Antibiotika und dem betrachteten Sektor, kann die Menge an Reserveantibiotika jedoch erheblich höher liegen. In einem Bericht der Arbeitsgruppe GERMAP zum Antibiotikaverbrauch und der Verbreitung von Antibiotikaresistenzen aus 2015 liegen die DDD-Anteile für Reserveantibiotika bei ca. 41 Prozent. Ungeachtet der unterschiedlichen Zahlen wird der Verbrauch von Reserveantibiotika als zu hoch eingeschätzt.

Wenig Antibiotika in Brandenburg

Verglichen mit anderen Ländern Europas liegt Deutschland beim Antibiotika-Verbrauch in DDD pro 1.000 Einwohner im unteren Drittel und damit deutlich unter dem EU-Schnitt (vgl. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe, 2012). Aber auch innerhalb Deutschlands lassen sich deutliche Unterschiede im Antibiotikaverbrauch erkennen. Wie Abbildung 2 zeigt, werden im Jahr 2016 mit 3,0 DDD pro Versicherten in Brandenburg die wenigsten Tagesdosen verordnet. Generell lässt sich erkennen, dass auch im Jahr 2016 der Verbrauch von Antibiotika im Westen höher ist, als im Osten (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Die Ursachen für diesen Ost-West-Gradienten sind nicht

Systemische Antibiotika: regionale Unterschiede

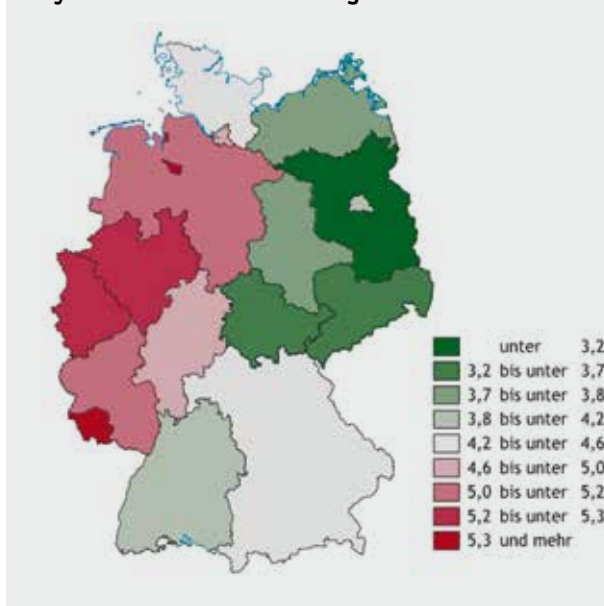


Abb. 2: DDD je GKV-Versicherten in 17 KV-Regionen im J01-Markt (Antibiotika, systemisch) im Jahr 2016 (Quelle: regioMA, INSIGHT Health).

bekannt. Es wird unter anderem vermutet, dass Ärzte der neuen Bundesländer die Bemühungen der damaligen DDR zur Verordnungseingrenzung und der strengeren Indikationsstellung weiterführen (vgl. ZI, 2010). Ob sich diese Effekte mit dem Generationenwechsel der Ärzteschaft und dem starken demografischen Wandel nivellieren, bleibt abzuwarten. Handlungsbedarf scheint es aktuell vorwiegend in den alten Bundesländern zu geben. Einen solchen haben beispielsweise die Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen in Nordrhein erkannt. Um eine Überversorgung mit systemischen Antibiotika abzubauen, erhalten Ärzte mit überdurchschnittlich vielen Antibiotikaverordnungen Informationsschreiben. Zusätzlich hat die KV mit dem BKK-Landesverband Nordwest einen Vertrag zum gezielten Einsatz von Antibiotika und Vermeidung von Resistenzen geschlossen. Teilnehmende Praxen sollen vor einer Antibiotika-Gabe Schnelltests bei Verdacht auf eine Rachenentzündung durchführen, bei Harnwegs- und Wundinfektionen sollen Antibiogramme vor der Antibiotika-Gabe stehen (vgl. KVNO aktuell, 2016).

Resistenzvermeidung: Zielsetzungen und Maßnahmen

Als Ursachen für Resistenzen werden ein hoher Verbrauch, eine zu kurze Einnahmezeit durch den Patienten und die nicht zielgerichtete Anwendung diskutiert. Auch der verbreitete Einsatz von Antibiotika in der Tiermast wird für die Entstehung zahlreicher humanpathogener, multiresistenter Keime verantwortlich gemacht. An den Ursachen setzt die 2015 von der Bun-

Zitationshinweis

Pieloth, K., Moos, M.: „Antibiotikaversorgung: Realität und Zielsetzung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 14-15; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2029

desregierung verabschiedete neue Antibiotika-Resistenzstrategie „DART 2020“ an. Neben der Verbesserung von Therapieoptionen soll Bewusstsein und Kompetenz im Umgang mit Antibiotika gefördert aber auch Forschung und Entwicklung unterstützt werden. Unter anderem konnte die 2014 am Robert-Koch-Institut eingerichtete Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance kontinuierlich weiter ausgebaut werden (vgl. BMG, 2016 und RKI, 2015). Für die Förderung von Projekten mit einem Transfer in den Versorgungsalltag steht der Innovationsfonds. Hier setzt beispielsweise das bundesweite Projekt RESIST (Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz) des vdek und weiteren Partnern an. Maßnahmen wie Feedback-Berichte zum Verordnungsverhalten sowie Schulungen zur besseren Arzt-Patienten-Kommunikation sollen zur Verringerung der allgemeinen Antibiotika-verordnungsrate bei akuten Atemwegsinfektionen beitragen und einen leitliniengerechteren Einsatz von Breitbandantibiotika fördern (vgl. vdek, 2017).

Ein weiteres, innovationsfonds-gefördertes Projekt ist ARENA (Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden). Ziel ist es, unterschiedliche Interventionen – wie IT-gestützte Entscheidungshilfen, Qualitätszirkel und datenbasierte, individuelle Feedbacks – in den deutschen Versorgungsalltag zu implementieren und damit den indikationsgerechten Antibiotika-Einsatz sowie die sektorenübergreifende Versorgung bei Infektionen zu optimieren (vgl. MVF 01/2017). Von Seiten des Gesetzgebers wurden im neuen Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz vom Mai 2017 Regelungen für Antibiotika verabschiedet. So sollen bis Ende 2017 Diagnostika zur Antibiotikatherapie in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen werden. Des Weiteren wird künftig die Resistenzsituation bei der Bildung von Festbetragsgruppen und der Bewertung des Zusatznutzens berücksichtigt. Auch die EU bekräftigte im Juni 2017 im Rahmen ihres aktualisierten „Action Plan against Antimicrobial Resistance“ die Bedeutung von Anreizsystemen für die Entwicklung neuer Antibiotika (vgl. vfa, 2017). So haben gemeinsame Anstrengungen für eine bedarfsgerechte Versorgung und gegen die Ausbreitung resistenter Keime nicht nur national an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen, sondern sind auch längst zu einer drängenden internationalen Verantwortung geworden. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth und Marie Moos*

Studie zur Veränderung der Krankheitslast von 1993 bis 2013

Die Krankheitslast hat sich verringert

Wie sehr hat sich die Lebensdauer verlängert und wie sehr haben sich gesundheitliche Einschränkungen während des längeren Lebens verringert? Dieser Frage geht die Studie mit dem Titel „Entwicklung des Gesundheitsnutzens“ im Auftrag des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V. nach. Durchgeführt wurde sie vom IGES Institut, der WifOR GmbH und der Universität Bielefeld. Betrachtet wird der Zeitraum von 1993 bis 2013 für fünf ausgewählte Krankheitsbilder.

>> Beispielhaft werden im Studienbericht fünf Krankheitsbilder mit unterschiedlichem Verlauf (akut oder chronisch) und mit unterschiedlich großen Fortschritten im Betrachtungszeitraum untersucht: Brustkrebs, Prostatakrebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes mellitus Typ II. Methodisch greift die Studie auf das Konzept der „Disability Adjusted Life Years“ (DALY) zurück. „Diese messen, wie viele Lebensjahre durch Krankheit vorzeitig verloren gehen oder mit gesundheitlichen Einschränkungen verbracht werden. Eine Verlängerung der Lebenszeit und eine Verringerung gesundheitlicher Einschränkungen drückt sich also in einem Rückgang der DALY aus“, erklären

Quellenangaben

„Entwicklung des Gesundheitsnutzens – Veränderung der Krankheitslast von 1993 bis 2013 für ausgewählte Krankheitsbilder“. Studienbericht, vorgelegt von IGES/WifOR/Universität Bielefeld, im Auftrag des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V. Berlin, 04/17.

die Autoren. Bei vorzeitigem Tod werde jedes gegenüber der normalen Lebenserwartung verlorene Lebensjahr mit dem Wert „1“ gezählt. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, die nicht zum Tode führen, hätten einen Wert zwischen 0 und 1. Diese Zahlen, die sogenannten „Disability Weights“, werden durch Befragungen von Patienten und Ärzten ermittelt. Das Konzept ermögliche so die gewünschte Differenzierung: Es messe, ob das Leben nur länger oder auch besser geworden ist.

Das Gesamtergebnis der Studie: Auf der Bevölkerungsebene hat sich die Krankheitslast in Summe der betrachteten Krankheitsbilder über den Betrachtungszeitraum verringert.

Die Gesamtbelastung durch DALY in den fünf Krankheitsbildern hat von 8,54 Millionen im Jahr 1993 auf 7,62 Millionen im Jahr 2013 abge-

nommen. Das bedeutet, dass die Krankheitslast in diesen Krankheitsbildern in den 20 Jahren auf einen jährlichen Wert zurückgegangen ist, der 0,92 Millionen DALY oder 10,8 Prozent unter dem Ausgangsjahr liegt. Für die einzelnen Krankheiten stellen die Autoren aber deutliche Unterschiede in den Verläufen fest: Der Rückgang sei besonders bei den Herz-Kreislaufkrankungen zu beobachten und sehr konstant. Die jährlichen DALY in beiden Krankheitsbildern sind um 1,15 Millionen zurückgegangen.

Bei den Krebserkrankungen hat sich eine moderate Entwicklung gezeigt, da die Belastung jedes Erkrankten zwar zurückgeht, jedoch noch eine stetige Zunahme der Inzidenz zu beobachten ist, die unter anderem durch verstärkte Maßnahmen zur Früherkennung erzeugt wurde. Dies führe zunächst zu einem Anstieg der Gesamtbelastung und ab circa 2007/2008 zu einer Trendumkehr mit sinkender Krankheitslast. Seit diesem Punkt haben sich die jährlichen DALY um gut 0,1 Millionen verringert.

Im Fall von Diabetes sei die Zunahme der Inzidenz so stark, dass Fortschritte in der Behandlung nicht kompensiert werden können und die jährliche Krankheitslast über den Betrachtungszeitraum um 0,08 Millionen DALY pro Jahr zugenommen hat, so die Autoren.

Die Belastung durch Herzinfarkt geht bei Männern und Frauen kontinuierlich zurück. Beim Schlaganfall wird erst ein Anstieg, dann aber ein starker Abfall festgestellt und zuletzt eine annähernd konstante Entwicklung. Brustkrebs nehme bis 2008 leicht zu und danach leicht ab, Prostatakrebs und Diabetes erzeugten hingegen eine steigende Belastung. Dies wird vor allem auf die Inzidenz zurückgeführt.

Brustkrebs

Die Krankheitslast des Brustkrebses ist je neuerkrankter Frau kontinuierlich gesunken: Von 1993 bis 2013 um fast ein Drittel. Verursachte Brustkrebs im Jahr 1993 noch durchschnittlich 9,0 DALY je neuerkrankter Frau, sind es im Jahr 2013 nur noch 6,4 DALY.

Für diese Reduzierung der YLL nennen die Studienautoren zwei Ursachen: Die Über-

lebensraten steigen kontinuierlich an. Die 10-Jahre Überlebensrate stieg beispielsweise von 76 Prozent im Jahr 2002 auf 83 Prozent im Jahr 2013. „Diese positive Entwicklung ist komplett der Verringerung der YLL zuzuschreiben, die sich von 6,1 auf 3,4 verlorene Jahre fast halbiert haben“, erklären die Studienverfasser. Zum anderen breche die Erkrankung später aus. Das Durchschnittsalter bei Neuerkrankungen stieg von 62,8 auf 63,6 Jahre. Schon dadurch würden 0,8 Lebensjahre gewonnen.

Die Krankheitslast durch das Leben mit den Einschränkungen (Years Lived with Disability) ist mit rund 3 YLD über den gesamten Betrachtungszeitraum relativ konstant. Dieser konstante Verlauf komme durch zwei gegenläufige Entwicklungen zustande: Zum einen sinken die YLD der Krankheitsstadien „Metastasierung“ und „terminale Phase“ über den gesamten Beobachtungszeitraum. Zum anderen steigen die YLD des Stadiums „Diagnose und Behandlung“. Dies sei eine direkte Folge der gestiegenen Überlebenswahrscheinlichkeit.

Diejenigen Patientinnen, die nicht versterben, leben mehr Jahre mit der Krankheit und der entsprechenden Beeinträchtigung. Das Fazit zu Brustkrebs: Die gemessene Inzidenz von Brustkrebs ist – durch Screeningmaßnahmen, wie die Autoren vermuten – im Betrachtungszeitraum angestiegen, gleichzeitig tritt die Ersterkrankung geringfügig später auf. Die Überlebenschancen jeder einzelnen Patientin haben sich deutlich erhöht. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität während der Zeit der Erkrankung ist leicht zurückgegangen. Insgesamt sei daher ein deutlicher Rückgang der DALY zu verzeichnen, der insbesondere auf die höheren Überlebensraten zurückgeht.

Prostatakrebs

In der Kohorte aus dem Jahr 1993 ist eine Neuerkrankung bei Prostatakrebs mit durchschnittlich 7,0 DALY je Neuerkranktem assoziiert. Aufgrund der im Zeitverlauf stark gesunkenen Letalität reduziert sich die Krankheitslast um 37 Prozent auf nur noch 4,4 DALY je Neuerkranktem. Noch eindrucksvoller sei der Rückgang der verlorenen Lebensjahre, so die Autoren: 1993 musste ein Neuerkrankter damit

Legende

DALY: Disability Adjusted Life Years – Maß der durch Krankheit verlorenen oder mit gesundheitlichen Einschränkungen verbrachten Lebensjahre.

YLL: Years of Life Lost – Verlorene Lebensjahre.

YLD: Years Lived with Disability – Krankheitslast durch das Leben mit den Einschränkungen.

Nähere Erklärungen: Seite 18



HOPFUNG IST, WAS WIR BEI SANOFI JEDEN TAG GEBEN, INDEM WIR IMMER NEUE HERAUSFORDERUNGEN ÜBERWINDEN, UM DAS LEBEN VON SIEBEN MILLIARDEN MENSCHEN ZU SCHÜTZEN.

Als eines der weltweit führenden Gesundheitsunternehmen erforscht, entwickelt, produziert und vertreibt Sanofi innovative medizinische Lösungen, die Krankheiten vorbeugen, heilen und die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessern.

www.sanofi.com

© Pierre-Olivier/Capa Pictures - BABEL

1601_XXK_A

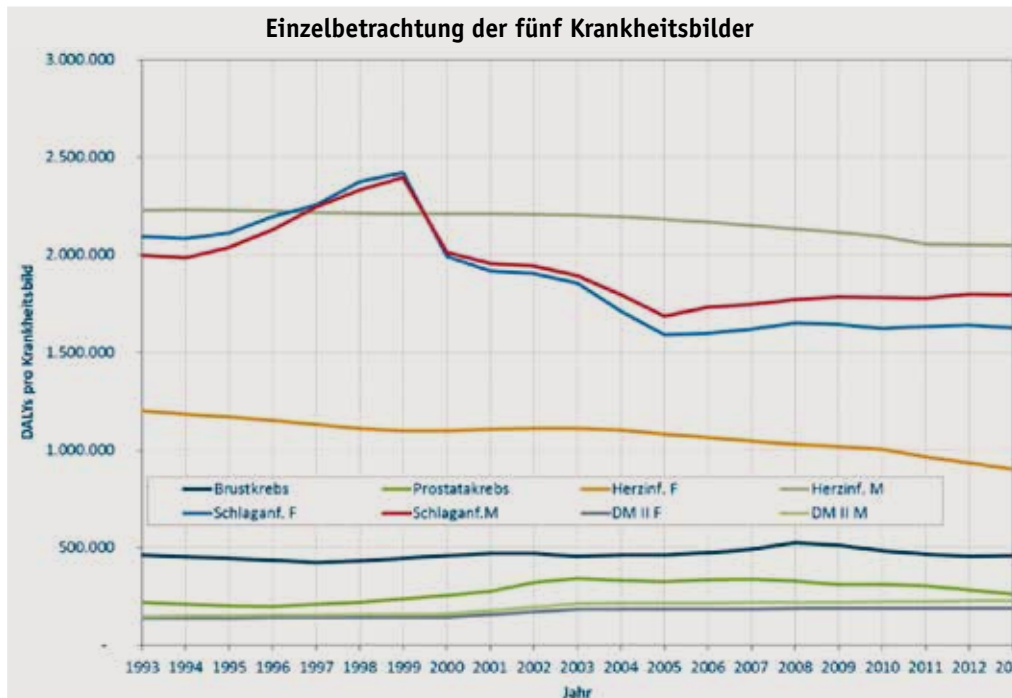


Abb. 1: Einzelbetrachtung der fünf Krankheitsbilder. Aus: „Entwicklung des Gesundheitsnutzens – Veränderung der Krankheitslast von 1993 bis 2013 für ausgewählte Krankheitsbilder“ (Studienbericht im Auftrag des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V., vorgelegt von: Karsten Neumann, Holger Stibbe, Dennis Alexander Ostwald, Sebastian Himmler, Malina Müller, Oliver Damm, Stefan Scholz und Wolfgang Greiner – IGES Institut GmbH / WifOR GmbH / Universität Bielefeld).

Vorgehen zur Berechnung

Die Berechnung der konkreten Ergebnisse erforderte zum einen die Beschaffung der Input-Daten, zum anderen den Aufbau eines Rechenmodells. Das Rechenmodell zur Berechnung der DALYs wurde in Microsoft Excel erstellt. Es betrachtet separat die Entwicklung der 21 Kohorten von Neuerkrankten, die durch das Jahr der Neuerkrankung definiert sind (1993 bis 2013). Die Zeitspanne von 1993 bis 2013 ergab sich aus der in der Machbarkeitsstudie festgestellten Datenverfügbarkeit.

Alterskohorten:

In einem zweiten Schritt wurde für jede Kohorte die Anzahl der Überlebenden in den 10 Folgejahren ermittelt. Hierzu wurden die relativen Überlebenswahrscheinlichkeiten für die 10 Folgejahre herangezogen. Daten liegen meist für die Überlebenswahrscheinlichkeit nach 1, 3, 5 und 10 Jahren vor, so dass die Werte dazwischen interpoliert wurden. Auch die Überlebenswahrscheinlichkeiten hängen vom Alter ab. Im Ergebnis ist für jede Kohorte und jedes Altersjahr bekannt, wie viele Überlebende es in jedem der 10 Folgejahre gibt.

Zahl der Überlebenden:

In einem dritten Schritt wurden die Todesfälle in den Kohorten und Altersjahren als Differenz der Überlebenden zwischen zwei aufeinander folgenden Jahren ($N_{x+1} - N_x$) gebildet. Durch Multiplikation mit der ferneren Lebenserwartung aus der Sterbetafel des Jahres 2013 wurden die Years of Life Lost (YLL) berechnet.

Verlorene Lebensjahre/YLL:

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

Jahre mit eingeschränkter Gesundheit/YLD:

Für die Berechnung der Years Lived with Disability (YLD) wurden die Jahre zwischen Erkrankung und Tod betrachtet. Die Jahre dazwischen wurden mit dem jeweiligen Disability Weight multipliziert. Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Komplikationen wurde aus der Literatur entnommen und ebenfalls in das Modell integriert.

DALY

Die DALY ergeben sich personenspezifisch aus der durchschnittlichen Summe von YLL und YLD je Person. Für die Wirkung auf die Bevölkerung wurde die Summe der YLLs und YLDs für alle Erkrankungen verwendet. In die Betrachtung der Bevölkerung von 1993 bis 2013 spielt also nicht nur die möglicherweise positive Entwicklung des Krankheitsverlaufs im Einzelfall eine Rolle, sondern auch die Anzahl der insgesamt Erkrankten, die sich in den meisten der hier betrachteten Krankheitsbilder deutlich verändert hat, wie wir sehen werden.

rechnen, durchschnittlich 3,9 Lebensjahre seiner ferneren Lebenserwartung zu verlieren. Im Jahr 2013 war dieser Wert auf 1,2 Jahre gesunken. Die Krankheitslast durch die gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen (YLD) bleiben hingegen auf einem Niveau von rund 3,2 YLD. Auch hier profitieren von 1993 bis 2013 alle Altersklassen, die Erfolge in den Altersklassen zwischen 65 und 75 Jahren sind besonders deutlich.

Wie bei Brustkrebs bleiben die YLD auch beim Prostatakrebs im Zeitverlauf konstant, weil die abnehmenden YLD in den Krankheitszuständen „Metastasierung“ und „Terminale Phase“ durch eine Zunahme beim Krankheitszustand „Diagnose und Behandlung“ ausgeglichen werden. Die Krankheitslast durch Prostatektomien und deren Komplikationen bleibt über den gesamten Betrachtungszeitraum auf einem konstant niedrigen Niveau von 0,1 YLD je neuerkranktem Mann.

Den Grund hierfür sehen die Studienautoren nicht in einer geringen Häufigkeit des Auftretens, vielmehr seien die Disability weights für Impotenz und Inkontinenz sehr niedrig. Die Häufigkeit der Operationen sei zudem nur für die Jahre von 2005 bis 2013 bekannt. Für den Zeitraum vor 2005 wurde der Anteil der Operationen je Neuerkranktem aus dem Jahr 2005 verwendet (43 Prozent). Dieses Vorgehen resultiert aus der Beobachtung in den USA, in der die Zahl der Operationen vom Jahr 2000 bis 2009 stark gestiegen ist. Ab dem Jahr 2010 sinkt der Anteil der Operierten.

Das Fazit der Studienverfasser zur Indikation Prostatakrebs lautet: „Die gemessene Inzidenz von Prostatakrebs ist – vermutlich durch Screeningmaßnahmen – im Betrachtungszeitraum zunächst angestiegen, nimmt seit vier bis fünf Jahren aber wieder ab. Gleichzeitig tritt die Ersterkrankung geringfügig später auf.“ Wie beim Brustkrebs gelte hier: Die Überlebenschancen der Patienten haben sich deutlich erhöht, während die Beeinträchtigung der Lebensqualität im Laufe der Erkrankung praktisch konstant ist. Insgesamt sei daher ein deutlicher Rückgang der DALY zu verzeichnen, der insbesondere auf die höheren Überlebensraten zurückgeht.

Herzinfarkt

Weitere Krankheitsbilder werden nach Geschlechtern getrennt vorgestellt. Wegen der

insgesamt deutlich höheren Krankheitslast beginnen die Autoren beim Herzinfarkt mit den Männern. Auch hier gebe es eine konstant positive Tendenz: War ein Herzinfarkt im Jahr 1993 bei einem Mann noch mit 16,5 DALY verbunden, sind es zwanzig Jahre später 14,5 DALY. Die Reduktion um 2 DALY liege absolut in einer ähnlichen Größenordnung wie bei den Krebserkrankungen. Prozentual sei der Rückgang mit 12 Prozent weniger eindrucksvoll. Er gehe auf die weiterhin hohe Letalität zurück, die mit einem Herzinfarkt assoziiert ist.

Da im Zeitverlauf mehr Menschen einen Herzinfarkt überleben, steigt die Krankheitslast für Folgekomplikationen des Herzinfarkts geringfügig. So steigen beispielsweise die YLD aufgrund von Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen. Das Ausgangsniveau der Krankheitslast ist allerdings relativ niedrig. Von der Entwicklung haben vor allem die höheren Altersgruppen profitiert. Während in den ersten 10 Jahren des Betrachtungszeitraums die Herzinfarktpatienten zwischen 55 und 60 Jahren profitierten, sind es in den letzten 10 Jahren die Personen zwischen 65 und 75 Jahren.

Bei den Frauen gab es dagegen keine Verbesserung bei der Mortalität. Die Überlebensraten steigen zwar ebenfalls an, die Altersverteilung entwickelt sich aber ungünstig: der starke Rückgang der Inzidenz konzentrierte sich auf höhere Altersgruppen, während die absoluten Fallzahlen in den Altersgruppen von 40 bis 59 Jahren konstant blieben oder sogar anstiegen. Der Einfluss dieser Gruppen – die im Todesfall besonders viele YLL haben – auf den Durchschnitt der DALY ist dadurch besonders stark. Die Entwicklung der YLD verläuft ähnlich wie bei den Männern. Auch hier darf der Maßstab nicht täuschen, die absolute Belastung ist vergleichsweise gering.

Das Fazit der Autoren zur Indikation Herzinfarkt: Die YLL sind bei Männern eindeutig zurückgegangen. Bei den Frauen ergibt sich durch eine Verschiebung der Altersverteilung ein konstanter Verlauf der YLL, obwohl diese sich innerhalb der gleichen Alterskohorten ebenfalls reduzieren. YLD sind beim Herzinfarkt wenig relevant und bleiben auf niedrigem Niveau nahezu konstant. Entsprechend gehen auch die DALY bei Männern zurück, bei den Frauen dagegen nicht. Der stärkste Effekt ergibt sich auf der Bevölkerungsebene, da die Häufigkeit der Neuerkrankungen sehr deutlich zurückgeht.

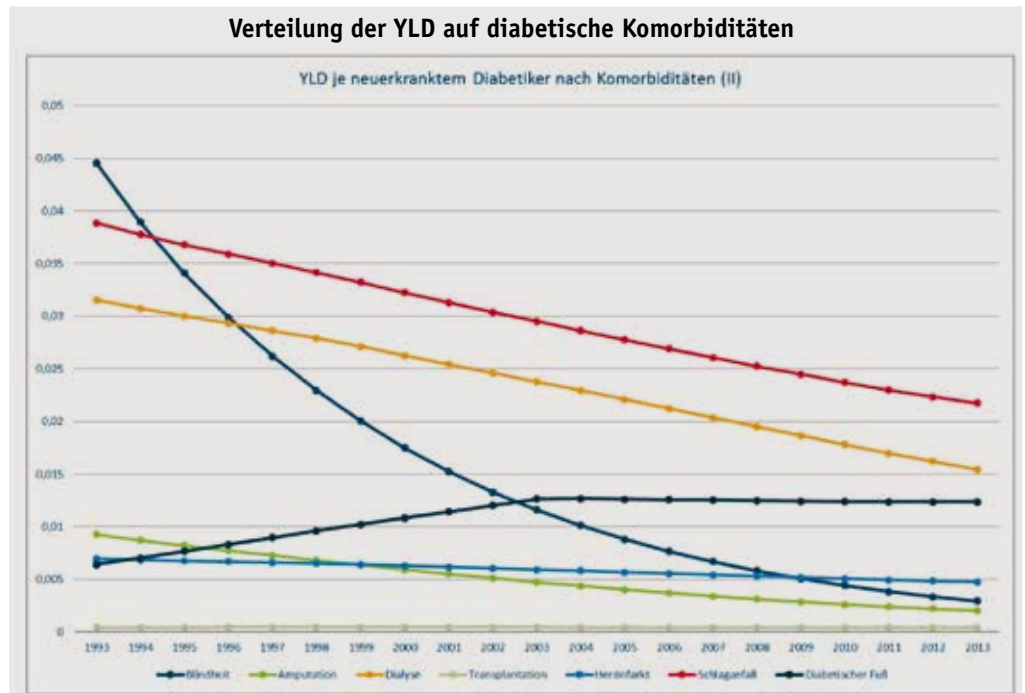


Abb. 2: Verteilung der YLD auf diabetische Komorbiditäten (Diabetes mellitus Typ II, beide Geschlechter). Aus: „Entwicklung des Gesundheitsnutzens – Veränderung der Krankheitslast von 1993 bis 2013 für ausgewählte Krankheitsbilder“ / Quelle: WifOR, eigene Darstellung. Erklärung: Die DALY bei Diabetes nehmen in beiden Geschlechtern konstant ab. Der Effekt wird vor allem durch die YLD – die Reduzierung von Folgeerkrankungen erzielt. Die YLL spielen bei Diabetes eine vergleichsweise geringe Rolle, gehen aber ebenfalls leicht zurück.

Schlaganfall

Im Betrachtungszeitraum von 20 Jahren sinken die DALY je neuerkranktem Mann mit Schlaganfall von 11,4 auf 9,7. Da ein größerer Anteil der Menschen einen Schlaganfall überlebt, steigt die Krankheitslast der Komplikationen eines Schlaganfalls sehr leicht an. Die Verringerung geht vor allem auf die gesunkene Sterblichkeit zurück, von der im Zeitverlauf alle Altersklassen gleichermaßen profitiert haben.

Bei den Frauen zeigt sich hingegen kaum ein nennenswerter Rückgang der DALY, bei der Entwicklung der YLD nach Krankheitszuständen allerdings ein ähnliches Bild wie bei den Männern. Fazit: Wie beim Herzinfarkt gehen auch beim Schlaganfall die YLL bei Männern deutlicher zurück als bei Frauen. Die YLD, also die Krankheitsfolgen, bleiben auf niedrigem Niveau nahezu konstant. Die DALYs nehmen bei Männern deutlich, bei Frauen leicht ab.

Diabetes mellitus II

Die Krankheitslast von Diabetes erlebte in den letzten zwei Jahrzehnten eine leichte Reduktion ausgehend von einem bereits niedrigen Niveau auf individuellem Level. Durch die hohe Prävalenz ist Diabetes dennoch eine der relevantesten Indikationen in der deutschen Bevölkerung. Zu beachten ist laut den Studienautoren, dass sich die Berechnungen auch hier

auf die ersten 10 Folgejahre der Erkrankung beziehen. Ging eine Neuerkrankung im Jahr 1993 noch mit 0,9 DALY je erkranktem Mann einher, waren es im Jahr 2013 noch 0,67 DALY. Bei den Frauen zeigte sich ein Rückgang von 0,8 auf 0,62 DALY. Die verlorenen Lebensjahre setzen sich aus einer Vielzahl von Komorbiditäten zusammen. Zu den wichtigsten Komplikationen gehören geschlechterübergreifend Neuropathie, Nephropathie und Retinopathie. Bei der Retinopathie sowie bei schwerwiegenden Folgekomplikationen (zum Beispiel Erblindung, Dialyse, Amputation) ist ein klar negativer Trend zu beobachten.

Fazit: Die DALY bei Diabetes nehmen in beiden Geschlechtern konstant ab. Der Effekt wird vor allem durch die YLD – die Reduzierung von Folgeerkrankungen erzielt. Die YLL spielen bei Diabetes eine vergleichsweise geringe Rolle, gehen aber ebenfalls leicht zurück.

Zusammenfassend stellen die Studienautoren fest, dass in allen Indikationen die Summe der YLL sinkt. Dabei bleiben die YLD je Erkranktem im Zeitverlauf zwar relativ konstant, aber sie treten später auf. In den Kohorten findet zudem eine Verschiebung von schweren Krankheitsstadien zu den basalen Krankheitszuständen statt. Das Fazit der Studie lautet: „Wir leben länger, wir erkranken später und wir gewinnen kontinuierlich gesunde Lebensjahre dazu.“ <<

von: Olga Gilbers

Post-Publication-Review: Umgang mit Fehlern beim wissenschaftlichen Publizieren

Robuste Wissenschaft braucht robuste Korrekturen

Als „eine der Juwelen in der Krone der Menschheit“ hat kürzlich die niederländische Wissenschaftsministerin Jet Bussemaker die Fähigkeit zur Selbstkorrektur in der Wissenschaft bezeichnet. Die Selbstkorrektur ist ein wichtiger Grundsatz und auch Pflicht für jeden Wissenschaftler: Werden Fehler in einer Forschungsarbeit entdeckt, müssen diese schnellstmöglich korrigiert und gegebenenfalls Ergebnisse erneut überprüft werden. Soweit die Theorie, die Praxis im wissenschaftlichen Publizieren ist aber eine andere. Vor einem Jahr hat ein Forscherteam aus den USA in mehreren Arbeiten gravierende statistische Fehler gefunden und diese den Autoren beziehungsweise den Zeitschriften mitgeteilt. Was seitdem passiert ist? In vielen Fällen gar nichts.

>> Wer sind diese vier Forscher, die in der Zeitschrift „nature“ (Ausgabe 02/2016) Kritik an der eigenen Zunft üben? Es handelt sich um David B. Allison, Professor im Department Biostatistics an der University of Alabama at Birmingham, und drei Wissenschaftler im Office of Energetics an der gleichen Universität – Andrew W. Brown, Brandon J. George und Kathryn A. Kaiser. Begonnen hat alles damit, dass Allison ein Forschungspaper in einer angesehenen Fachzeitschrift las, das zu bewerten suchte, wie eine Veränderung im Fastfood-Konsum das Gewicht von Kindern beeinflusst. Dabei fiel ihm auf, dass die Ana-

lyse auf einem mathematischen Modell beruhte, das die Effekte um mehr als das Zehnfache überbewertete. Allison schrieb den Autor an, worauf-

hin das Paper wenige Monate später von den Autoren zurückgezogen wurde.

Gemeinsam mit den anderen Forschern begann Allison daraufhin, besonders auf gravierende Fehler in den Forschungsarbeiten zu achten. Traten solche Fehler auf, kontaktierte sein Team den Verlag oder die Autoren. Dabei stießen die Forscher auf viele Hürden, so dass Peer Reviews nach der erstmaligen Veröffentlichung nicht konsistent durchgeführt werden konnten. Die wissenschaftliche Community müsse sich in dieser Hinsicht verbessern, schreiben die Forscher im „nature“-Kommentar. Zu selbstgefällig verlasse sich die Wissenschaft auf das Prinzip der Selbstkorrektur. Gleichzeitig würde aber in der Praxis des wissenschaftlichen Publizierens großer Widerstand gegen eine solche Korrektur geleistet und starke Abschreckungsmittel angewendet, die im Folgenden zusammengefasst werden.

1. Die Herausgeber reagieren zu langsam und ergreifen keine angemessenen Maßnahmen.

Nach der Entdeckung eines Fehlers in einer Publikation bekam das Forscherteam Originaldaten, die online hinterlegt wurden. Zudem

erhielt es die institutionelle Erlaubnis, die Daten zu reanalysieren. Daraufhin ließ man dem Herausgeber der Publikation eine Mitteilung über das Einreichungssystem für Manuskripte zukommen, in dem die Notwendigkeit beschrieben wurde, eine Korrektur innerhalb von zwei Wochen vorzunehmen. Die Zeitschrift entschied 11 Monate später, die Bedenkenmitteilung des Forscherteams zu akzeptieren und den Artikel zurückzuziehen. Allerdings hat die Zeitschrift bis zum damaligen Zeitpunkt weder die Bedenkenmitteilung veröffentlicht, noch die Rücknahme des Artikels bekannt gegeben.

2. Es werden keine Ansprechpartner für die Übermittlung von Bedenken definiert.

Das Forscherteam musste selbst überlegen, ob es das Bedenkens Schreiben einem Teammitarbeiter der Fachzeitschrift oder dem Herausgeber schicken, das Schreiben formell als Manuskript einreichen, oder den Autor des Papers direkt kontaktieren sollte. In einigen Fällen habe man entschieden, die Autoren zu kontaktieren, wenn ein Fehler eventuell nur in einer mehrdeutigen Beschreibung bestand. In unzweideutigen Fällen habe man die Zeitschrift kontaktiert. Oftmals hätten die Zeitschriften allerdings keine Möglichkeit zur Verfügung gestellt, die Herausgeber direkt zu erreichen. Zeitschriftenmitarbeiter hätten oftmals korrespondiert, ohne sich selbst oder die Herausgeber zu identifizieren.

3. Die Zeitschriften sind nicht bereit, die Zurücknahme der Artikel bekanntzugeben.

Als das Forscherteam feststellte, dass es in einem Paper fälschlicherweise hieß, eine statistische Anpassung würde das Ergebnis verzerren, reichte es über das Manuskripteinreichungssystem eine Mitteilung an den Herausgeber ein. Externe statistische und von der Zeitschrift beauftragte Gutachter bestätigten den Fehler. Die Autoren wurden gebeten, ihre Artikel zurückzuziehen, doch sie weigerten sich. Schließlich veröffentlichte die Zeitschrift die Antwort der Autoren auf die Mitteilung des Allison-Teams und eine Zusammenfassung der Kritik der beauftragten Gutachter. Ein von der Zeitschrift veröffentlichtes Editorial distanzier-



Prof. David B. Allison, PhD

is Distinguished Professor at Department of Biostatistics of the UAB Comprehensive Diabetes Center (UCDC), University of Alabama. He is also Quetelet Endowed Professor of Public Health, Associate Dean for Science and Director of the Nutrition Obesity Research Center Education:
Vassar College, Poughkeepsie, New York, BA, Psychology, 1985
Hofstra University, Hempstead, New York, MA, Clinical and School Psychology, 1987
Hofstra University, Hempstead, New York, PhD, Clinical and School Psychology, 1990
Post-Graduate Training:
Johns Hopkins University School of Medicine & The Kennedy Institute
Post-Doctoral Fellow, Departments of Pediatrics and Behavioral Psychology, 1990-91
Columbia University College of Physicians and Surgeons & Saint Luke's/Roosevelt Hospital
Postdoctoral Fellow, Department of Medicine & Obesity Research Center, 1991-94
Contact: dallison@uab.edu

te sich allerdings von der Verantwortung, mit der Begründung, es liege in der Verantwortung jedes einzelnen Autors sicherzustellen, dass statistische Verfahren korrekt angewendet werden und gültig sind.

4. Die Zeitschriften verlangen eine Gebühr für die Veröffentlichung des Bedenkenschreibens.

Bild: <https://www.uab.edu>

Eine Zeitschrift bot dem Forscherteam nach der Entdeckung eines Fehlers folgende Optionen an: entweder einen Online-Kommentar zu posten, oder aber eine „rabattierte“ Gebühr von 1.716 Pfund für die Publikation der Bedenken zu bezahlen. Bei einer anderen Zeitschrift des gleichen Verlags lag die Höhe der Gebühr bei 1.470 Pfund. Dass Forschungsgelder für die Korrektur von Fehlern Anderer aufgewendet werden sollen, hat das Allison-Team empört.

5. Es gibt keinen Standard-Weg für die Anfrage von Rohdaten.

In mindestens zwei Fällen hat das Allison-Team Daten bei den Autoren angefragt, statt dessen aber nur die Zusammenfassungen der Berechnungen erhalten oder gar keine Daten. Eine Zeitschrift hat ein Paper zurückgezogen, als dessen Autoren sich weigerten, ihre Daten zu zeigen oder die Diskrepanzen zu erklären, die das Forscherteam identifiziert und in einer Mitteilung an die Zeitschrift beschrieben hatte. Die direkte Zusammenarbeit mit den Autoren erwies sich als Hemmschuh bei der Korrektur der Fehler, weil die Autoren zur Reaktion nicht bereit waren.

6. Informelle Mitteilungen von Bedenken werden übersehen.

Das Forscherteam um Allison kritisiert, dass obwohl Online-Plattformen wie PubMed Commons eine Möglichkeit anbieten, publizierte Paper zu kommentieren, Zeitschriftenherausgeber als Vermittler nicht eingebunden werden. Darüber hinaus würden die Kommentare nicht in der Literatur aufgenommen. Die geposteten Bedenken befänden sich selten an prominenten Stellen auf der Website von Zeitschriften und würden auch nicht querverwiesen. Das führe dazu, so die Autoren, dass die Leser ein fehlerhaftes Paper für korrekt halten und auf dessen Basis falsche Entscheidungen auf ihrem Fachgebiet treffen.

Was empfehlen die Forscher angesichts ihrer Erfahrungen und dieser Unwilligkeit der Wissenschaft zur Selbstkorrektur? Die wissenschaftlichen Zeitschriften hätten zwar Leitlinien für die Einreichung von wissenschaftlichen Arbeiten und Peer Reviews definiert, stellen sie fest. Und auch das „Committee on Publication Ethics“ habe entsprechende Empfehlungen für Zeitschriften bereits zusammengefasst. Was aber noch fehle, seien „offizielle Leitfäden“ von anerkannten unabhängigen Institutionen für die Korrekturen von Fehlern. Zeitschriften, Verlage und wissenschaftliche Gesellschaften sollten ihrer Ansicht nach diesen Prozess standardisieren, rationalisieren und bekanntmachen. Sowohl Autoren als auch Zeitschriften sollten außerdem Daten und Codes schnell zur Verfügung stellen, wenn Fragen aufkommen. Die Forscher könnten diesen Prozess außerdem unterstützen, indem sie die Expertise anderer Wissenschaftler zur statistischen Analyse und experimentellem Design in Anspruch nehmen. Geht es nach den Autoren des Kommentars, sollte sich jeder, der ein potenzielles Problem in einer Studie entdeckt, sich engagieren – entweder indem er den Autor oder den Herausgeber kontaktiert, oder indem er einen Online-Kommentar postet. Darüber hinaus sollte das Engagement der Wissenschaftler in Post-Publication-Reviews anerkannt und mit Anreizen gefördert werden. „Eine offizielle Studie würde darüber hinaus helfen festzustellen, ob unsere Erfahrungen die Wissenschaft im Ganzen reflektieren und ob unsere Empfehlungen machbar und effektiv sind“, schreiben die Forscher zum Schluss. Eine robuste Wissenschaft brauche robuste Korrekturen. „Es ist an der Zeit, diesen Prozess weniger mühsam zu gestalten.“ <<

aus dem Englischen von Olga Gilberts

Zitationshinweis

Gilberts, O. (Übersetzung aus dem Englischen und Zusammenfassung): „Robuste Wissenschaft braucht robuste Korrekturen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 20-21; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2028

Mut für erforderlichen Strukturwandel gefordert

>> „Die nächste Bundesregierung muss die heute eingefahrenen Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll nutzen, um die ambulante Versorgung in der Zukunft zu stärken“, forderte Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), angesichts aktueller Berichte über Rekordwerte in den Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen. Er verwies darauf, dass ab Mitte der nächsten Legislaturperiode die Ruhestandswelle der Baby-Boom Generationen beginnt und bis ca. 2030 andauern wird. Hierdurch wird sich das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Patienten nachhaltig verändern.

Bereits vor fünf Jahren hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen darauf hingewiesen, dass die finanziellen Belastungen durch die demografische Entwicklung geringer ausfallen, wenn vermeidbare Krankenhausaufnahmen konsequent verhindert würden. „Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass eine verbesserte ambulante Versorgungsstruktur Krankenhausbehandlungen nachhaltig reduzieren kann – und das bei mindestens gleichbleibender Versorgungsqualität für die Patienten. Die Politik muss jedoch den Mut finden, den erforderlichen Strukturwandel einzuleiten“, sagte von Stillfried.

Das Zentralinstitut hat hierzu zahlreiche Gutachten vorgelegt und wissenschaftliche Fachtagungen durchgeführt. Am 26. April 2017 stellte das Institut etwa gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Maßnahmenkatalog zur Stärkung der ambulanten Versorgung vor. Am 31. Mai 2017 wurde ein Gutachten aus medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Perspektive zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens vorgelegt. „Es ist an der Zeit, diese Vorschläge jetzt aufzugreifen und in effizientere Versorgungsstrukturen zu investieren. Am Geld kann es nicht scheitern“, stellte von Stillfried fest. <<

„Potenzial der Apotheken in der Vorsorge stärker nutzen“

>> Seit 2008 hat sich das Gesundheitsbewusstsein der Menschen in Rheinland-Pfalz kaum verändert“, stellten Theo Hasse, Vorsitzender des Apothekerverbandes Rheinland-Pfalz – LAV und Dr. Andreas Kiefer, Präsident der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz fest. Damit fassten sie die Ergebnisse einer repräsentativen Meinungsumfrage im Auftrag der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände zusammen. Das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft hat dafür telefonisch 3.415 Bundesbürger ab 16 Jahren befragt. Die Ergebnisse wurden mit einer weitgehend identischen Umfrage aus dem Jahr 2008 verglichen. Beide Studien fassen die Bundesländer Rheinland-Pfalz und das Saarland statistisch zusammen. Die wichtigsten Aspekte der Prävention sind für die Menschen in Rheinland-Pfalz weitgehend unverändert geblieben. Kiefer: „Insgesamt haben die Rheinland-Pfälzer ein großes Gesundheitsbewusstsein. Aber wir verzeichnen keine dynamischen Verbesserungen. Ich glaube, wir könnten das ändern, wenn wir das Potenzial der Apotheken in der Vorsorge stärker nutzen würden.“ <<

Infos

„Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen“ (<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-vertragsaerztliche-Versorgung-Bayern-zukunftssicher.pdf>)
 „Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland“ (http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Zi-Forum/2017-05-31/Gutachten_ambulante_vorstation%C3%A4r_final.pdf)

Ist die Nutzenbewertung von NUB mit Medizinprodukten hoher Klassen patientennah und innovationsfreundlich?

Mühlbacher: „RCT alleine reichen nicht aus“

Die Neuordnung der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit Medizinprodukten hoher Risikoklassen, invasivem Charakter und neuem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept ist seit gut einem Jahr in Kraft, erste Verfahren nach Paragraph 137h SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereits abgeschlossen. Nach wie vor sind Fragen offen, u. a. ob der Patient oder die Expertise des Anwenders ausreichend ausgebildet sind und für Innovationen genügend Transparenz und Vorhersagbarkeit besteht. Kürzlich kamen in Berlin Vertreter aus Wissenschaft, Klinik, Industrie, Ministerium, des G-BA, IQWiG und IQTIG zum Plenum der B. Braun-Stiftung und der Hochschule Neubrandenburg mit dem Titel „Transparent, patientennah, zeitkritisch – Die Nutzenbewertung von Medizinprodukten“ zusammen.

>> Die Experten legten ihre Sicht zum aktuellen Stand der Medizinproduktebewertung und zu zukünftigen Entwicklungen dar. Weitestgehend einig waren sie sich darin, dass innovative Methoden sicher und wirtschaftlich sein, vor allem aber möglichst rasch den Patienten zur Verfügung stehen sollen. Vor allem zu Methoden der Nutzenbewertung und der Evidenzgewinnung wurden unterschiedliche Standpunkte vertreten. Eine Herangehensweise, den Anforderungen von Medizinprodukten möglicherweise besser entsprechen zu können, wurde von Prof. Dr. Axel Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg vertreten: die adaptive Nutzenbewertung. Hierbei wird über die Zeit in einem adaptiven Prozess die notwendige klinische Evidenz aufgebaut. Eine bedingte Zulassung ermöglicht den schnellen Zugang für kleine Patientengruppen mit hohem Handlungsdruck. Mit zunehmender Evidenzgenerierung kann schließlich eine Vollzulassung erreicht werden.

Eine der wesentlichen, noch nicht abschließend geklärten Fragen lautet: Wie kann die systematische Nutzenbewertung von Medizintechnik erfolgen und welche Parameter und Zielkriterien sollen darin einfließen? Bei der Berücksichtigung von mehreren patientenrelevanten Endpunkten handelt es sich um multikriterielle Entscheidungsprobleme mit unterschiedlichen Zielkriterien. Mühlbacher argumentierte, dass die alleinige Berücksichtigung traditioneller klinischer Studiendesigns mit dem Referenzstandard der randomisierten kontrollierten Studien (RCT) nicht ausreichen, die Komplexität heutiger Versorgungsentscheidungen mit mehreren klinischen Endpunkten abzubilden. Zwar seien Messungen klinischer und nichtklinischer Effekte notwendig für die Entscheidung über den Einsatz und die Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten, aber nicht hinreichend, erklärte der Gesundheitsökonom. Im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung stellt sich die Frage, wie Patienteninteressen in die Nutzen-Risiko-Abwägung integriert werden. Werturteile im Rahmen der Nutzenbewertung sollten auf der Grundlage von Patientenpräferenzen formuliert werden. Eine adaptive Nutzenbewertung böte die Möglichkeit, auf dringende klinische Handlungsbedarfe

schnell zu reagieren, dabei aber die kontinuierliche Reduktion der Unsicherheit zu garantieren. Dies kann auch unterstützt werden, indem NUB in spezialisierten Zentren und flexiblen Stufen erprobt werden können.

Auch Prof. Dr. Dirk Stengel vom Unfallkrankenhaus Berlin beobachtet in der internationalen Biostatistik ein allmähliches Abrücken vom „Mantra“ der RCT. „Wir haben mittlerweile ein großes Methodenportfolio, was komplementär und synergistisch zu RCT ist“, berichtete der Leiter des Zentrums für klinische Studien. So ginge es beispielsweise der FDA nicht primär um das Studiendesign, sondern um die Datenqualität und die Festlegung im Vorhinein, welche Daten



Dr. Ulrich Orlowski (BMG)

Hintergrund

Ob eine medizinische oder medizinisch-technische Untersuchungs- und Behandlungsmethode Patienten als GKV-Leistung angeboten werden kann, ist in Deutschland für den ambulanten und stationären Bereich bisher unterschiedlich geregelt. Grundsätzlich haben die Krankenhäuser einen barrierefreien Zugang zu Innovationen. Es gilt die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, das heißt zugelassene Produkte können bisher ohne Genehmigung des G-BA im Krankenhaus eingesetzt werden; in der vertragsärztlichen Versorgung stehen neue Methoden unter einem Erlaubnisvorbehalt. Hier entscheidet der G-BA, ob Produkte in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden. Allerdings werden im Krankenhaus Innovationen häufig nicht adäquat vergütet, weil sie im DRG-System nicht abgebildet werden. Durch die retrospektive Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems dauert es bis zu vier Jahre bis eine sachgerechte Eingruppierung in die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte einläuft. Alternativ können Krankenhäuser eine Anfrage für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) stellen. Der Bewertungsprozess wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgenommen.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-VSG den Paragraphen 137h SGB V eingeführt. Erstmals erfolgt damit ein systematisches und obligatorisches Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse. Dieses Verfahren hat unmittelbaren Einfluss auf die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Verfahren). Vor diesem Hintergrund hat die B. Braun-Stiftung mit ihrem Forschungsprojekt zur Nutzenbewertung in der Medizintechnik eine Diskussionsgrundlage erarbeitet, v.a. um Kriterien und Verwendungslogik der Nutzenbewertung zu klären. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes einschließlich der Diskussionen aus den Veranstaltungen werden zurzeit in einer Publikation zusammengefasst.

Entwicklung und Zulassung eines Medizinproduktes ist im Medizinprodukterecht geregelt. Jedes Produkt wird einer Risikobewertung unterzogen zum Nachweis der Sicherheit. Dazu gehören auch die klinische Bewertung bzw. Prüfung zum Nachweis der Leistungsfähigkeiten und Wirksamkeit sowie ein Qualitätsmanagementsystem. Damit hat ein Medizinprodukt hoher Risikoklasse schon eine Reihe von Hürden erfolgreich genommen, wenn es die europäische Zulassung / CE-Kennzeichnung erhält. In diesem Zusammenhang werden Verbesserungen an den vorgesehenen Regelungen zur Nutzenbewertung gefordert. Dazu gehören ein zeitlich abgestufter Verfahrensvorschlag, eine bessere Beteiligung der betroffenen Hersteller sowie die Möglichkeit zur Aussetzung von Bewertungsverfahren bei Studien, die kurz vor dem Abschluss stehen.



v.l.n.r.: Prof. Dr. Dirk Stengel, Prof. Dr. Jürgen Windeler und Prof. Dr. Reinhard Busse.

generiert und wie sie statistisch analysiert werden sollen. Hierbei rückt die Propensity Score Matching-Methode in den Fokus, mit der Verzerrungen von Studienergebnissen reduzierbar und Quasi-Randomisierungen möglich sind. Für ihn besteht da ein Defizit in Deutschland bzw. Europa, wo das methodische Beratungsangebot seitens der zuständigen Institutionen eingeschränkt sei. Das führe bei Herstellern häufig zu Unklarheit darüber, welche klinischen Daten mittels welcher Designs erhoben werden sollten oder müssen, um die Leistungsfähigkeit, die Effektivität und in der Endstrecke den Nutzen eines Medizinproduktes zu definieren, wie Stengel ausführte.

Unterschiedliche Sicht, was evident ist und was nicht

Das sieht der G-BA anders. „Nur bei seltenen Erkrankungen oder Versorgungslücken kann der G-BA vom Standard der höchsten Evidenz (RCT oder systematische Übersichtsarbeit von RCT) abweichen“, erklärte Dr. Edith Pfenning, im G-BA für Methodenbewertung und veranlasste Leistungen zuständig. Methoden, über die der G-BA im Rahmen der Nutzenbewertung entscheidet, sollen mindestens der existierenden Standardbehandlung nicht unterlegen sein. Im Hinblick auf Invasivität, Nebenwirkungen und Behandlungsoptimierung werden von den Methoden Verbesserungen erwartet. „Und natürlich soll die Methode sicher sein“, betonte Pfenning. Für eine positive Entscheidung sei es erforderlich, den mehr als marginalen Nutzen einer Methode anhand patientenrelevanter Endpunkte nachzuweisen. Bei positiver Bewertung haben Krankenhäuser Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung in drei Monaten, rückwirkend zum Zeitpunkt der Antragstellung. Ist das Ergebnis

negativ, besteht aber „das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“, folgt eine Erprobung, an der das Krankenhaus teilnehmen muss. In diesem Zusammenhang wies Pfenning auf das Beratungsverfahren für Krankenhäuser und Medizinproduktehersteller als wichtigen Verfahrensschritt hin, der Planungssicherheit für die Beteiligten bedeute.

Für Dr. Ulrich Orłowski, Leiter Gesundheitsversorgung – Krankenversicherung beim Bundesministerium für Gesundheit, stehen zwei Aspekte in Vordergrund: Jeder Versicherte bzw. Patient hat Anspruch auf eine qualitativ hochwertige und gleichermaßen wirtschaftliche Versorgung. „Damit besteht ein Anspruch auf Teilhabe an medizinischen Innovationen“, erklärte Orłowski. Der Anspruch des Versicherten auf eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung beinhalte nach dem neuen NUB-Verfahren aber nur stationäre Methoden mit nachgewiesenem Nutzen bzw. Potenzial. Von den vom G-BA nach Paragraph 137h SGB V bisher beurteilten acht Methoden hätten nur zwei das Potenzial einer „erforderlichen Behandlungsalternative“, bei sechs konnten weder ein Nutzen noch ein Potenzial festgestellt werden. „Steht die jetzige Risikoabwägung – das ‚Besorgnispotenzial‘ – dem Innovationspotenzial entgegen und wird dadurch dem Patienten die Teilhabe an Innovation verwehrt?“, fragte deshalb Orłowski provokant. Denn mit dem Verfahren nach Paragraph 137 h sollte ein Weg zur Schaffung von Evidenz eröffnet werden: Gibt es aufgrund von Studien, die der höchsten Evidenzstufe entsprechen und Ergebnisse zu Mortalität, Morbidität und Lebensqualität liefern, keinen Nutzen, hat die Methode aber das Potenzial bestehende Untersuchungen oder Therapien zu verbessern, soll sie erprobt werden – um dadurch mehr Erkenntnisse für die weitere Bewertung zu

gewinnen. Nach dem nun nur für zwei von acht Verfahren ein Potenzial erkannt wurde, stellte Orłowski in Frage, ob der Paragraph 137h bzw. der Potenzialbegriff und die Verfahrensordnung die Grundlage für eine ausreichende Evidenzgewinnung biete.

Auch der BVMed fordert aufgrund der Vielfalt der Medizintechnologien variable Studiendesigns. Dr. Manfred W. Elff, Mitglied des BVMed-Vorstands, berichtete, dass elf Prozent der Medizinprodukte den Risikoklassen IIb und III entsprechen, bei denen das NUB-Verfahren greift. Elff hob hervor, dass bei der Nutzenbewertung die pauschale Übertragung der bei Arzneimitteln etablierten Methoden auf Medizinprodukte nicht möglich ist. Darüberhinaus müsse berücksichtigt werden, dass die Wirkungsweise eines Medizinproduktes nicht isoliert, sondern stets in Zusammenhang mit der spezifischen Anwendung durch den Arzt zu betrachten sei.

Ein spezielles Problem bei der Bewertung von Methoden z.B. der Diagnostik, von bildgebenden Verfahren oder von Gefäßstützen besteht für Prof. Dr. Windeler, Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), darin, dass solchen Methoden eine hohe eigene Plausibilität zuzukommen scheine, wodurch die kritische Betrachtung leide. Hinzu kämen dann oft die besonderen Bedingungen von Medizintechnik, „die im Vergleich zu Arzneimitteln vor Markteintritt nur eine begrenzte technikorientierte Prüfung durchlaufen“, wie Windeler erklärte. In Bezug auf das Verfahren der CE-Kennzeichnung kritisierte Windeler, dass Unterlagen nicht eingesehen werden können. Außerdem sei die Evidenz für die Methodenbewertung seiner Ansicht nach oft unzureichend.

Die Evidenzbasis, die Institutionen des Health Technology Assessments (HTA) für die Evaluation

Infos

Weitere Informationen sind auf der Webseite der B.Braun-Stiftung zu finden. Die B. Braun-Stiftung ist gemeinnützig und unabhängig. Zweck der Stiftung ist die Förderung des Nachwuchses in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Forschung. In diesem Zusammenhang fördert die Stiftung auch den Bereich Medizintechnologie.

von Medizinprodukten hoher Risikoklassen nutzen können, beleuchtete Prof. Dr. Reinhard Busse vom Lehrstuhl Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin. Von insgesamt 1237 HTA-Berichten 33 europäischer Insti-

tutionen aus 17 Ländern der Jahre 2004 bis 2015 würden 93 den Kriterien des Paragraphen 137h entsprechen. „Diese Berichte referieren knapp 900 Studien. Von diesen Studien erfüllen rund die Hälfte nur die geringste Evidenzstufe und etwa 30 Prozent die Evidenzstufe eins, also RCT. Weniger als fünf Prozent der Studien entsprechen einem hohen Evidenzniveau und guter Qualität“, erklärte Busse. Um diese Situation zu verbessern, wird u.a. im Rahmen eines kanadischen Programms gefordert, die nötige Evidenz z.B. durch „Real-World“-Studien vor der Zulassung zu gewinnen.

„Nutzen ist immer etwas Individuelles und Studien liefern Gruppenergebnisse“, betonte Dr. Christof Veith. Für den Geschäftsführer des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) gibt es kein objektives Behandlungsziel, sondern das Ziel des Patienten. Im Dialog werde versucht herauszufinden, was für den jeweiligen Patienten Nutzen bedeute. „Das ist nicht unbedingt eine bestimmte Gehstrecke, sondern können Tätigkeiten sein, die die Teilhabe am Leben ermöglichen“, erklärte Veith. Damit Qualitätssicherung Innovationen nicht hemmen, soll am IQTiG eine begleitende Qualitätssicherung für Innovationen versucht werden, mit der relativ schnell entsprechende Ergebnisse gewonnen werden können.

Die dritte Plenumsveranstaltung mit über 130 Teilnehmern bildet den Abschluss einer Veranstaltungsreihe und eines zweijährigen Forschungsprojektes der B.Braun-Stiftung in Kooperation mit der Hochschule Neubrandenburg zum Wert von Medizinprodukten. Damit entstanden die inhaltliche Basis und ein Forum für wichtige Diskussionen. „Ich bin dankbar, dass wir dieses Projekt unterstützen konnte, und dass es so einen nachhaltigen Anklang fand. Es ist gelungen, die wesentlichen Akteure zusammenzubringen. Das Thema Nutzenbewertung wird uns weiter beschäftigen“, sagte Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B.Braun-Stiftung, und stellte mögliche weitere Projekte zu diesem Thema in Aussicht. <<

von: Matthias Manych



Prof. Dr. Axel Mühlbacher von der Hochschule Neubrandenburg (li.) und Prof. Dr. Alexander Schachtrupp, Geschäftsführer der B.Braun-Stiftung.

Schachtrupp: „Ein wichtiges Element, aber nicht das Einzige“

>> Herr Prof. Mühlbacher, Sie argumentierten, dass die alleinige Berücksichtigung traditioneller klinischer Studiendesigns, also RCT, nicht ausreichen, die Komplexität heutiger Versorgungsentscheidungen mit mehreren klinischen Endpunkten abzubilden. Ist das wirklich eine neue Erkenntnis? Oder ist das vielleicht eine, die unter dem Dogma RCT einfach vergessen wurde?

Die Forderung bezieht sich auf die Gewichtung von patientenrelevanten Endpunkten. Im Rahmen der Nutzenbewertung sollten die Patientenpräferenzen berücksichtigt werden. Der Unterschied zwischen Messen und Bewerten ist für die Nutzenbewertung wesentlich: Gegenstand der Messung können klinische und nichtklinische Effekte sein. Zuvor sollte jedoch geklärt werden, welche klinischen Zielgrößen zur Beurteilung des klinischen Nutzens herangezogen werden. Bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien müssen nicht mehr nur „objektive“ klinische Effektparameter einbezogen werden, vielmehr geht es hier auch um die Abwägung von Nutzen und Schaden. Diese Abwägung der Regulierungsbehörden sollte eben durch die Patientenperspektive informiert werden. Erwünschte oder unerwünschte Effekte bestimmen den Wert einer Maßnahme für den Patienten. Wissenschaftliche Studien zu den Präferenzen können diese Wertermittlung bzw. die Abwägung von Nutzen und Schaden

auf solide Beide stellen. Neu ist diese Forderung aber wirklich nicht. Es war David Sackett von der McMaster University, der Vater der evidenzbasierten Medizin, der die Bedeutung der Patientenpräferenzen herausgearbeitet hatte. Umso schlimmer, dass bis heute keine systematische, wissenschaftliche und transparente Erhebung der Patientenpräferenzen bei der frühen Nutzenbewertung stattfindet.

Herr Prof. Schachtrupp, was war denn Ihr Ansporn als Geschäftsführer der B.Braun-Stiftung, ein immerhin zweijähriges Projekt zu starten und zu finanzieren, um den „Wert von Medizinprodukten“ zu diskutieren? Ein Schelm, der dabei an Eigeninteressen des Stiftunggebers denkt?

Zu den Förderschwerpunkten unserer unabhängigen Stiftung gehört auch die Medizintechnologie. Dieser Stiftungszweck ist auf die Stiftungsfamilie Braun zurückzuführen, die ein erfolgreiches Medizintechnikunternehmen leitet. Damit die Medizintechnik für den Nachwuchs weiter attraktiv bleibt und gefördert wird, unterstützt die B.Braun-Stiftung aktiv Seminare und Innovationsprozesse der Medizintechnologie. Sie engagiert sich auch im High-Tech-Gründerfonds, der Startup-Unternehmen z.B. bei der Vermarktung innovativer Medizintechnologien unterstützt. In Prof. Mühlbachers Forschungsprojekt werden Entscheidungskriterien entwickelt, mit deren Hilfe der Nutzen eines Medizinproduktes be-

wertet werden kann. Diese Grundlage brauchen wir, damit innovative Produkte auch zukünftig in einem transparenten Prozess entwickelt und ihre Vergütung in der Gesundheitsversorgung erhalten können.

Und auch an Sie die Frage, Herr Prof. Schachtrupp: Was können RCT und was nicht?

RCT können einen kausalen Zusammenhang belegen und gelten von daher zu Recht als Standard. Allerdings gibt es interessante Ansätze, auch über andere Studienformen Ursache und Wirkung einer Therapie zu belegen. Dazu kommt, dass die Durchführung von RCT im Bereich von Therapien mit Medizinprodukten komplexeren Anforderungen genügen müssen als bei pharmazeutischen Untersuchungen. Dann sind sie auch sehr kostenintensiv, insbesondere wenn es um längere Nachbeobachtungszeiten geht. Bezogen auf eine Nutzenbewertung gehen derzeit Sterblichkeit, Komplikationsrate und Lebensqualität ein, aber wie bringt man diese Dimensionen zusammen, so dass Nutzen für den Patienten erfass- und vergleichbar wird? Insgesamt sind RCT ein wichtiges Element, können aber nicht der einzige Bestandteil einer Nutzenbewertung sein.

Herr Prof. Mühlbacher, aber was nützt das Ganze, wenn G-BA und IQWiG, wohl auch aus der berechtigten Angst heraus, mindere Studienqualität bewerten zu müssen, einfach nicht vom hehren RCT abweichen wollen?

Studien zu Patientenpräferenzen haben erst einmal mit der Qualität der klinischen Studien nichts zu tun. Kritiker der rigiden IQWiG-Politik stellen oft die Frage, wie viele der Therapiemöglichkeiten, die heute Leben retten oder die Lebensqualität von Patienten verbessern, den heutigen Anforderungen des IQWiG standgehalten hätten. Die Befürchtung, dass wir immer weniger Innovation sehen werden, hat Institutionen wie die EMA oder die FDA veranlasst, neue Zulassung- bzw. Entscheidungsprozesse zu erproben. Als problematisch wird jedoch die „Alles-oder-Nichts-Entscheidung“ gesehen. So wird derzeit das Konzept der adaptiven Lizenzierung (accelerated assessment, adaptive pathways) erprobt. Wir haben 2015 ein Gutachten für den BVmed erstellt und dabei den Vorschlag eingebracht, im Rahmen der Nutzenbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Klassen die grundlegende Idee der adaptiven Lizenzierung aufzunehmen. Konzepte der adaptiven Nutzenbewertung stellen eine zeitlich flexible Abwägung von Evidenz und Nutzen- respektive Schadenspotenzial in den

Mittelpunkt. Modelle der adaptiven Nutzenbewertung und bedingten Erstattungsentscheidung könnten so zur Balance eines schnellen Zugangs, der Sicherheit und Wirtschaftlichkeit eingesetzt werden.

Nachgehakt und eingedenk dessen, was auf der Veranstaltung Prof. Busse gesagt hat: Wie gut sind RCT denn wirklich?

Herr Professor Busse hat sehr gut den internationalen Sachstand zur Nutzung von RCT herausgearbeitet. Zudem ist es unbestreitbar, dass der Nachweis kausaler Effekte einer Intervention (wenn überhaupt) auf Basis eines RCT nachgewiesen werden kann. Dahinter steht aber die Frage, ob wir in bestimmten Situationen nicht eine bedingte Vergütung zusagen, auch wenn nur ein Potenzial und kein Nutzen erkennbar ist. In seinen Grundzügen ist diese Idee bereits vom Gesetzgeber initiiert. In der Medizintechnik sind klinische Daten nur in begrenztem Umfang verfügbar, insbesondere zum Zeitpunkt der Produkteinführung. Um den Problemen und Besonderheiten bei der Durchführung eines RCT mit Medizinprodukten zu begegnen, könnten adaptive Ansätze zum Einsatz kommen. Dabei sind drei Implementierungsstrategien vorstellbar.

1. Die Implementierung über die Population mit einem hohen ungedeckten medizinischen Handlungsbedarf und die schrittweise Ausweitung der Zielpopulation über die Zeit.
2. Die Erprobung in spezialisierten Zentren, um das Risiko der Anwendung bzw. Inanspruchnahme reduzieren zu können. Nach dem Nachweis positiver Effekte aus klinischen Studien würde die Entscheidung adaptiv schrittweise auf alle Leistungserbringer ausgeweitet.
- 3: Die Implementierung über eine zeitlich gestaffelte Evidenzgenerierung hinsichtlich des klinischen Nutzens und Schadens. In diesem Fall würde eine frühe bedingte Erstattung auf Basis von Surrogatendpunkten bzw. eines geringeren Evidenzgrades geplant. Im weiteren Verlauf könnte eine schrittweise Verringerung der Unsicherheit durch die Durchführung von Studien höheren Evidenzgrades zur Erfassung der klinischen Effekte und Patientenpräferenzen erfolgen.

Die Herren Prof. Schachtrupp und Prof. Mühlbacher, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

250.000 Euro Zi-Förderinitiative

>> Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (zi) startet die mit 250.000 Euro dotierte Förderinitiative Versorgungsforschung 2017. Noch bis zum 15. September 2017 nimmt das Zi Förderanträge für ausgewählte Themenbereiche entgegen, wobei die Themen im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung stehen sollen. Für das Jahr 2017 werden Anträge aus den folgenden fünf Themenbereichen entgegengenommen:

1. Versorgungsanalysen zum Belegarztwesen und zur Versorgung durch Belegärzte sowie Studien zu weiteren Versorgungsaspekten am Übergang zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor.
2. Verknüpfung von Routinedaten mit anderen Routinedaten und mit weiteren Daten, bspw. Primärdaten.
3. Kommunikation von Forschungsergebnissen an politische Entscheidungsträger – wie müssen Daten/Ergebnisse aufbereitet werden, so dass Entscheidungsträger den maximalen Informationsgewinn und Nutzen davon haben?
4. Abbildung von Effekten der Versorgungssteuerung bzw. der Umsetzung von Steuerungsschritten auf das Versorgungsverhalten mittels Routinedaten.
5. Empirische Analyse von Patienten und Versorgungspfaden. <<

Link

http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/Ausschreibungen/F%C3%B6rderinitiative_Zi_2017.pdf

AOK-Patientenakte am Start

>> Gesundheitsinformationen selbstbestimmt immer und überall dort zur Verfügung zu haben, wo Patienten es möchten – um dieses Ziel für ihre 25 Millionen Versicherten zu realisieren, entwickelt die AOK derzeit ein digitales Gesundheitsnetzwerk, das Anfang 2017 unter Federführung der AOK Nordost unter Beteiligung der AOKs PLUS, Bayern und Baden-Württemberg sowie des AOK-Bundesverbandes gestartet wurde. Im ersten Schritt wird es eine digitale Patientenakte geben, wie nun die AOK Nordost mitteilte. Das Besondere ist, dass die Gesundheitsinformationen nicht zentral gespeichert werden, sondern bei demjenigen bleiben, der sie erhoben hat. „Mit dem Gesundheitsnetzwerk der AOK bleibt jeder Patient zu jeder Zeit Herr über seine Daten. Außerdem bietet unsere Plattform durch ihre dezentrale Struktur weniger Angriffsfläche für Datendiebstahl“, sagt dazu Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-BV. <<

Translations-Agreement zum Diabetischen Fußsyndrom (DFS)

6 Forderungen für eine bessere DFS-Versorgung

Kurz-Einführung ins Thema DFS:

In der Bundesrepublik haben derzeit schätzungsweise 250.000 Menschen mit Diabetes eine Fußläsion und etwa 1 Million Diabetiker ein erhöhtes Risiko, eine Fußverletzung zu erleiden. Damit ist das Diabetische Fußsyndrom (DFS) eine der Hauptkomplikationen von Patienten mit Diabetes mellitus, wobei die bedeutendsten Konsequenzen diabetischer Fußprobleme Ulzerationen (tiefliegende Substanzdefekte, d.h. Geschwüre – oft in Form chronischer Wunden) sowie körperfernere (Minor-) und hohe (Major-) Amputationen sind. Immerhin 70 % der Amputationen, die in Deutschland jedes Jahr vorgenommen werden – das sind rund 40.000 – betreffen Patienten mit Diabetes mellitus.

Obwohl es seit 2003 das DMP Diabetes mellitus Typ 2 und seit 2005 das DMP Diabetes mellitus Typ 1 gibt, an denen mittlerweile über vier Millionen Diabetiker teilnehmen und sich damit die ambulante Versorgung für Diabetiker insgesamt verbessert hat, werden anscheinend die Komplikationsraten durch den Diabetischen Fuß nicht ausreichend gebessert.

Der AOK Nordost fiel bei der Kontrolle der Zielerreichungsgrade des kasseneigenen DMP Diabetes auf, dass die darin festgelegte, einmal jährliche Fußuntersuchung nicht lückenlos bei allen Diabetikern durchgeführt wurde, bei der Feststellung eines auffälligen Fußstatus nicht immer eine Überweisung zu einem Spezialisten oder aber eine zu späte Überweisung erfolgte. Dadurch wurde die Mit- und Weiterbehandlung des auffälligen Fußes erst stark zeitverzögert eingeleitet; auch kam es zu schwer erklärbaren Amputationsraten, weil entweder Patienten bei dokumentiertem Wagner-Stadium 0 amputiert werden mussten, hingegen bei hohen Wagner-Stadien wie 4 keine Amputationen erfolgten.

Dies nahm die AOK Nordost bereits 2011 zum Anlass, mit besonders zur Versorgung von DFS-Patienten qualifizierten Ärzten einen Vertrag nach § 73c SGB V zu schließen, der die diabetologisch qualifizierte ambulante Versorgung der Versicherten mit DFS verbessern soll. Die ersten Auswertungen des DFS-Vertrags zeigen, dass die AOK Nordost das selbstgesetzte Ziel, bei ihren Versicherten mit einem Diabetischen Fußsyndrom Amputationen zu reduzieren, erfüllen konnte.

Evidenzgrundlage

Anhand einer eigenen Analyse konnte die AOK Nordost zeigen, dass im Beobachtungszeitraum

die Amputationen in der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) um 16 % vermindert werden konnten, was für die betroffenen Patienten einen erheblichen Lebensqualitätsgewinn darstellt. Durch die Verringerung der Amputationsrate entwickelten sich auch die Kosten für Krankenhausaufenthalte mit Amputationen in der IG deutlich günstiger als in der KG. Alleine durch die vermiedenen Amputationen mussten kassenseitig in der IG 507.521,36 Euro weniger für Amputationen ausgegeben werden als in der KG, was die extrabudgetäre Vergütung für die behandelnden Ärzte (426.775,00 Euro) aufwog. Siehe dazu Beitrag Hochlenert: S. 54 ff.

Hypothese

Aus diesen ersten Evaluationsergebnissen kann die Hypothese abgeleitet werden, dass anfängliche Mehrausgaben für Leistungen bei der Behandlung des diabetischen Fußes (extrabudgetäre Vergütung, Schuhversorgung, KH-Aufenthalte wegen Diabetes mit vielen Prozeduren zur Gefäßdiagnostik und Fußpflege) zu einer nachhaltig besseren Entwicklung des Krankheitsbildes beitragen. Deutlich weniger Amputationen und damit die Erfüllung eines wichtigen Detailziels der Saint-Vincent-Deklaration sind mit Hilfe eines solchen Vertrags möglich.

Vorschlag eines ersten „Translations-Agreements“ zum DFS

Während mit der Einführung des Innovationsfonds die Translation der durch den Fonds geförderten Projekte durch die Politik vorgegeben wurde, fehlte dieser „Zwang“ zur Translation in den Jahren davor. Ein Modellprojekt im Rahmen der Integrierten oder Selektiv-Verträge kann qualitativ wie ökonomisch noch so gut sein, es besteht keinerlei Verpflichtung, eine derartige Innovation – auch bei positiver Evaluation – aus dem Projektstatus in die Fläche zu übertragen.

Nun wäre es sicher falsch, aus wenigen erfolgreichen Projekten gleich die Schlussfolgerung zu ziehen, dass man die Systematik eines solchen Projekts, meist aufgesetzt mit regionalen Partnern, flächendeckend ausrollen kann und sollte.

In der Regel sind solche Projekte zu klein, um mit ausreichender Evidenz auf Effekte in größeren Populationen schließen zu können. Sinnreicher wäre es daher, statt eines flächendeckenden Rollouts – wie beispielsweise bei den DMP geschehen – zu skalieren: von einer Stadt auf eine Region, von einer Kasse zur nächsten, dann von

einem Bundesland auf das nächste, dann erst auf alle. Damit existieren genügend Kontrollgruppen, um die tatsächlichen Effekte genau vergleichen zu können.

Die vorhandene Evidenz

Wenn man den Vertrag der AOK Nordost prüft, konnten im Vertrags-Startjahr 2011 und im Folgejahr 2012 insgesamt 572 amputationsgefährdete Versicherte in den Vertrag eingeschrieben werden (IG). Diese Versicherten wurden in der vorliegenden Evaluation deshalb als amputationsgefährdet klassifiziert, weil sie mindestens einmal im Dokumentationsverlauf eine Dokumentation über einen Wagner-Grad ≥ 1 aufwiesen und vom Beginn der ersten Dokumentation an über Wagner-Grad ≥ 1 beobachtet werden konnten. In der Kontrollgruppe befanden sich 1.485 amputationsgefährdete Versicherte, die die gleichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wie die Versicherten der IG. Die Ergebnisse zeigten, dass

- die Inzidenzrate für die Erstamputation im Beobachtungszeitraum 7,69 Amputationen in der IG und 13,32 Amputationen in der KG betrug, gerechnet jeweils in 100 Personenjahren. Damit lag sie in der IG deutlich niedriger als in der KG.
- Bei differenzierter Auswertung der Inzidenzraten nach Major- und Minor-Amputationen wurde zudem deutlich, dass es im Beobachtungszeitraum zu einer starken Abnahme von Major-, jedoch zu einer leichten Zunahme von Minor-Amputationen gekommen ist.

Das Risiko amputiert zu werden, ist – so die vorliegende Studie der AOK Nordost – im Beobachtungszeitraum in der IG um 16 % niedriger als in der KG (adjustiertes Hazard Ratio = 0,84; 95 % KI = 0,63 – 1,12). Auch die DAK hat 2015 eine Untersuchung mit Matched Pairs über das „Propensity Score Matching“ durchgeführt, die als Vortrag und Abstract (Hochlenert, D. and T. Kerres, Effectiveness of Treatment in Networks practicing Shared Care for People with DFS. 13th Meeting of the Diabetic Foot Study Group Stuttgart 2016) veröffentlicht wurde. Das Ergebnis: Die Zahl der Majoramputationen konnte um 65% gesenkt werden (NNT 41, $p = 0,0004$).

Nach vorliegender und ausreichender Evidenz ist nun über eine Skalierung des Projektmodells zu entscheiden; zumal es laut SGB V auch bei individuellen Vertragsformen keine Benachteiligung der anderen GKV-Versicherten – auch anderer Kassen – geben darf.

Transla tions-Ko nferenz

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

htw

DGIV

Markthalle 47a, Wehrh

Gesetzeslage

Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz sind die bisher an unterschiedlichen Stellen im SGB V geregelten selektive Vertragsformen als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V strukturiert worden. Mit den hier zusammengefassten Regelungen sollen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und bürokratische Hemmnisse für Selektivverträge beseitigt werden. Zudem sollen in Zukunft auch Verträge über innovative Leistungen ermöglicht werden, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Dazu können die Krankenkassen Verträge zur Besonderen Versorgung mit verschiedenen Vertragspartnern abschließen: Neben Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften sind dies Träger von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch berechnete Leistungserbringer anbieten, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten und Kassenärztliche Vereinigungen. Die Teilnahme an Verträgen zur Besonderen Versorgung ist für Versicherte freiwillig.

Forderung 1:

Der Spitzenverband Bund wird gebeten, ein Verfahren zu erarbeiten, nach dem Kassen, die evidente Versorgungsverbesserungen entwickelt haben, diese auf einer Translationsplattform zur Verfügung stellen und die Entwicklungskosten vergütet bekommen.

Wessen Aufgabe ist die Translation?

Patienten können sich zwar von ihrer Krankenkasse über Verträge, Vertragsinhalte und Vertragspartner informieren lassen, doch tun sie das meist nicht. Wer hat dann die Aufgabe, dafür zu sorgen, das beispielsweise ein Diabetiker mit DFS bei Kasse B genauso gut versorgt wird wie bei Kasse A? Oder: Zumindest wissen kann, wo er besser versorgt wird! Bisher: niemand!

Eine Aufgabe des Bundesversicherungsamts?

Das BVA ist eine Bundesbehörde, bei der unter anderem integrierte Versorgungsverträge sowie DMP-Verträge genehmigt werden müssen. Doch eine offen zugängliche Auswertung, geschweige denn einen evaluatorischen Vergleich, der ein transparentes Benchmarking erlauben würde, gibt es weder bei IV-Verträgen noch bei DMP.

Forderung 2:

Alle Daten zu IV-, Modell- und DMP-Verträgen sowie HzV sollten in einem öffentlichen Register, verbunden mit einer Meldepflicht (ähnlich der

früheren BQS-Meldung) der Krankenkassen verfügbar sein.

Eine Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)?

Der G-BA ist das oberste normgebende Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, der festlegt, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Der Leistungskatalog ist zwar im SGB V vorgegeben, doch nur als Rahmen: Im Gesetz steht lediglich, dass der Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, wozu die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zählen. Diese Leistungen müssen nach § 12 SGB V dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Im Zusammenhang mit dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“ wird darum von gesetzlichen Krankenkassen die Meinung vertreten, dass es keinen Anspruch auf die bestmögliche Versorgung, sondern eben nur auf eine angemessene Standardversorgung gibt. Nun verstößt laut Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Az. B 3 KR 5/12 R) die bestmögliche Versorgung nur in dem Fall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn die Kosten im Vergleich zum Versorgungsstandard als zu hoch einzuschätzen sind. Doch geht es in dieser Rechtsprechung bisher nur um Hilfsmittel, nicht aber um die Versorgung an sich. Einfach deshalb, weil bisher noch kein Patient die bestmögliche Versorgung eingeklagt hat.

Dieser Maximalanspruch muss es jedoch noch nicht einmal sein, denn: Da die Kosten laut AOK Nordost (und ebenso laut allen anderen beteiligten Kassen in Nordrhein, die das bisher ausgewertet haben) nicht höher oder zumindest nicht wesentlich höher sind, muss diese (neue) Versorgung den bisherigen (alten) Standard ablösen. Der Grund: Mit dem Augenblick der Erkenntnis einer besseren und nicht teureren Versorgung ist der bisherige Standard nicht mehr „ausreichend“.

Forderung 3:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gebeten, bei der zeitnahen Weiterentwicklung der DMP Diabetes Typ 2 darauf zu achten,

dass nicht nur die Feststellung eines auffälligen Fußstatus genauer dokumentiert werden muss, sondern das Modell einer diabetologisch qualifizierten ambulanten Versorgung um ein sektorübergreifendes Modell (wie das des Fußnetzes Köln) ergänzt wird.

Eine Aufgabe der KBV?

Laut Auskunft der Konferenzteilnehmerin Dr. Susanne Armbruster hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) bereits auf Basis der Erkenntnisse des Kölner Fußnetzes systematisch einen Mustervertrag für das Diabetische Fußsyndrom entwickelt.

Forderung 4:

Dieser Mustervertrag muss allen KVen und Kassen sowie den Landesministerien und Patientenorganisationen zur Kenntnis gebracht werden.

Eine Aufgabe der Politik?

Auch die Gesundheitspolitik muss gemäß der Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (Art. 1 Satz 1) berücksichtigen, dass „alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ sind. Und der allgemeine Gleichheitssatz gemäß Artikel 3 unseres Grundgesetzes gilt auch für die Gesundheitspolitik. Zudem ist die öffentliche Gewalt verpflichtet, vergleichbare Fälle gleich zu behandeln. Das heißt laut Bundesverfassungsgericht (2 BvR 1188/05) allerdings auch, dass „wesentlich Gleiches rechtlich gleich und wesentlich Ungleiches seiner Eigenart entsprechend rechtlich ungleich zu behandeln“ ist. Ungleichheit, die objektive Gründe hat oder alleine durch die Grenzen des Machbaren determiniert wird, muss hingenommen werden. Ungleichheit, die einzig und alleine von der Bereitschaft der Kassen abhängt, Verträge abzuschließen, jedoch nicht.

Damit stellt sich die Frage, ob die Behandlung eines Diabetikers mit Diabetischem Fußsyndrom, der bei Kasse A versichert ist und beispielsweise in Brandenburg wohnt, „wesentlich gleich“ sein muss, hat mit der Behandlung eines Diabetikers mit Diabetischem Fußsyndrom, der bei Kasse B versichert ist und beispielsweise in Hessen wohnt.

Die Antwort kann lauten: Nein, sie ist nicht „wesentlich gleich“, da die regionalen Unterschiede (Wegezeiten, Zugang zur Versorgung, Zahl der diabetologischen Schwerpunktpraxen etc.) ungleich sind.

Die Antwort kann aber auch lauten: Ja, sie muss gleich sein, denn es gilt der Grundsatz „gleiche Versorgung für alle“. So stellte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“

(01/16) klar, dass es „unser Anspruch ist, dass alle Menschen Zugang zur bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung haben.“

Weiter erklärte Gröhe bereits im Dezember 2014 anlässlich des Beschlusses des Bundeskabinetts zum „Versorgungsstärkungsgesetz“, dass „gute medizinische Versorgung auch in Zukunft keine Frage des Wohnorts sein“ dürfe. Gleichzeitig gehe es darum, die Versorgung „klug weiterzuentwickeln“; mit dem Innovationsfonds sollten „gezielt Projekte gefördert werden, die neue Wege in der Versorgung beschreiten“.

Fazit

Im Rahmen des SGB V besteht bisher kein Grundsatz, der statt einer „ausreichenden“ (demnach Schulnote 4) die bestmögliche Versorgung (Schulnote 1) legitimieren würde. Ist ein solcher Grundsatz aber nicht ethisch notwendig?

Daher werden folgende Hauptforderungen an die Politik, genauer an das Bundesministerium für Gesundheit, gestellt:

Forderung 5

Der § 12 SGB V „Wirtschaftlichkeitsgebot“ ist zu ergänzen: Nach dem Satz „müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ ist einzufügen: „Wenn ein Versorgungsangebot mit ausreichender Evidenz gezeigt hat, dass es qualitativ besser als die Standardversorgung ist, muss es allen Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Was als ausreichend evident anzusehen ist, legt der G-BA in einem Konsensusverfahren im Zeitraum von 6 Monaten fest.“

Forderung 6

Im § 140a SGB V ist in Artikel 1 der Satz

„Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen“ zu ändern in: „Die Krankenkassen müssen Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen, wenn ein Versorgungsangebot der „Besonderen Versorgung“ mit ausreichender Evidenz gezeigt hat, dass es qualitativ besser als die Standardversorgung ist.“

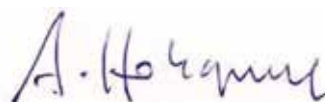
Zitationshinweis

Holzgreve et al.: „6 Forderungen für eine bessere DFS-Versorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 04/17, S. 26-29, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2027

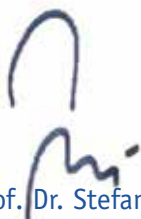
Berlin, 05.07.2017



Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF, HTW)



Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes)



Prof. Dr. Stefan G. Spitzer (DGIV Vorstands-Vorsitzender)



Dr. Albrecht Kloepfer (Leiter des DGIV-Hauptstadtbüros)



Dr. Werner Wyrwich (AOK Nordost)



Dr. Ralf Uwe Häußler (Arzt, Berlin)



Dr. Dirk Hochlenert (Arzt, Köln)



Dr. Christian Klepzig (Arzt, Offenbach)

Konsentiert von

Status

den Vortragenden der Translations-Konferenz am 24.4. in Berlin

konsentiert am 06.06.2017

den Teilnehmern der Translations-Konferenz am 24.4. in Berlin

konsentiert am 30.06.2017

dem Vorstand der DGIV

konsentiert am 05.07.2017



Serie (Teil 7): Das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie der Universität Düsseldorf

2 Institute in enger Kooperation

Da ist zum einen das 2015 gegründete Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU), eingebunden in das Centre for Health and Society der Medizinischen Fakultät der HHU. Zum anderen das 2017 eingerichtete gleichnamige Institut am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Institut für Diabetesforschung, einem An-Institut der HHU. Beide leitet Andrea Icks als W3-Professorin. Im Mittelpunkt der Forschung stehen der Diabetes mellitus, aber auch die Traumatologie sowie eine Reihe weiterer Erkrankungen, für die patientenorientierte Forschung und gesundheitsökonomische Evaluationen erstellt werden. Basierend auf Patientenbefragungen, prospektiven Studien, populationsbasierten Surveys und Routinedaten der Sozialversicherungsträger werden aber auch patientenrelevante Outcomes der Versorgung erhoben und analysiert.

>> Um die Arbeits- und Interessenfelder der Universitäts-Professorin, zweifachen Doktorin und obendrein Master of Business-Administration Andrea Icks zu verstehen, muss man einen Blick in ihre Vita werfen. Nach ihrem Studium der Humanmedizin und der Gesundheitswissenschaften war sie zuerst als AiP im Institut für Medizinische Pharmakologie und im Institut für Statistik in der Medizin tätig. Und arbeitete nach ihrer ersten Promotion in Medizin am Hygieneinstitut als Ärztin mit Qualifikation Ernährungsmedizin an der Klinik für Stoffwechsel und Diabetes der Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität. Leiter der Klinik zu dieser Zeit war der 2002

verstorbene Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. Michael Berger. Seit jener Zeit stand für sie das, was Berger vorlebte, im Fokus: der Patient in seiner ganzen Individualität. Das begann bei strukturellen Patienten-Edukationsprogrammen, ging über patienteninformierte Entscheidungsprozesse, die in das reguläre Arzt-Patientenverhältnis eingeführt wurden, bis hin zur Bildung von interdisziplinären Teams und natürlich anschließend der Evaluation all dieser Maßnahmen und meist hochkomplexen Interventionen. Dies bewirkte die über die reine Medizin hinausgehende berufliche Sozialisation von Andrea Icks, führte zu patientenorientierter Forschung,



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks, MBA ist seit 2015 Direktorin des Instituts für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Centre for Health and Society der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität (W3-Professur) und seit 2017 Leiterin des gleichnamigen Instituts des Deutschen Diabetes-Zentrums, Düsseldorf. Davor war sie von 2010-2015 Leiterin des Funktionsbereichs Public Health, Centre for Health and Society, Heinrich-Heine-Universität (W2-Professur) sowie von 2009-2015 Leiterin der Arbeitsgruppe für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie des Deutschen Diabetes-Zentrums, Düsseldorf. Von 2009-2011 machte sie ihren MBA an der University of Wales, ihre Habilitation 2003 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld sowie 2000 ihre Promotion in Gesundheitswissenschaften (Dr. Public Health), ebenfalls an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld. Bereits 1992 promotivierte sie in Medizin am Hygieneinstitut der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf.

Link

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



Dr. PH Nadezda Chernyak
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie)

>> Warum arbeiten Sie im „Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie“?

Ich arbeite im Institut, weil ich durch meine akademische Ausbildung interdisziplinär ausgerichtet bin und hier Ideen aufgegriffen und Konzepte entwickelt und evaluiert werden, die Synergien induzieren und ich daher einerseits mit meinen Kompetenzen zu der Umsetzung der Projekte aktiv beitragen kann, und mich andererseits in einem spannendem Forschungsumfeld permanent weiterentwickeln kann.

Was zeichnet in Ihren Augen das „Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie“ aus?

Das Institut zeichnet sich durch eine dynamische Entwicklung aus, die nicht nur durch den mittlerweile allseits identifizierten Bedarf an reliabler Versorgungsforschung zu erklären ist, sondern auch durch die sehr motivierende Leitung sowie Motivation und Einsatz aller Kollegen getrieben wird. Für mich persönlich ist es auch sehr wichtig, dass uns im Institut ermöglicht wird, eigene Wege in der Forschung zu gehen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Speziell in meinem Bereich sind es Themen zur Leistungsanspruchnahme sowie zum gesundheitsbezogenem Zeitaufwand von Patienten und Patientinnen mit Diabetes auf Basis von Primär- und Sekundärdaten bis hin zu gesundheitsökonomischen Evaluationen komplexer Interventionen und Erhebung von Patientenpräferenzen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

zu Epidemiologie, evidenzbasierter Medizin, Versorgungsforschung und Public Health. Nach Studium, Promotion und Habilitation in Public Health, letzteres an der Universität Bielefeld, kam sie im Institut für Klinische Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Universität zu Köln mit der Gesundheitsökonomie in Berührung und absolvierte an der University of Wales ihren Master of Business Administration. Beste Voraussetzungen also für eine W2-Professur für Public Health. Und anschließend die W3-Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Der Public Health ist Andrea Icks nach wie vor eng verbunden, unter anderem als stellvertretende Sprecherin des Weiterbildungsstudiengangs Master of Science Public Health der HHU.

Wenn man die Tagesarbeit der Düsseldorfer Versorgungsforschungs-Institute betrachtet, erkennt man zum einen ein sehr breites Methodenspektrum, das von der qualitativen Forschung über interventionelle Studien, Sekundärdatenanalysen vor allem auf Basis von Krankenkassendaten, bis zur gesundheitsökonomischen Evaluation und Erkrankungsmodellierung reicht. Zum anderen sieht man ein fächerbezogenes Vorgehen, das in einer sehr engen Verbindung mit den klinischen Einrichtungen der HHU und dem DDZ steht. Traditionell aus Andrea Icks' Vita heraus natürlich vor allem mit der Diabetologie, aber auch zur Traumatologie, vor allem im Bereich der Altersfrakturen. Diese ist aus versorgungsforschender Sicht ein Feld mit vielen offenen Fragen, die sehr interdisziplinär angegangen werden müssen. Ein Stück Arbeit aber wird schon erledigt, denn es ist gemeinsam mit den Traumatologen und Pflegewissenschaftlern gelungen, ein immerhin mit 1,3 Millionen Euro ausgestattetes Innovationsfondsprojekt (s. S. 32) einzuwerben; ein schöner Erfolg für den Düsseldorfer Standort. Andrea Icks: „Schon heute erforschen wir die Versorgung nach Altersfrakturen, die Sturzprävention, aber auch das Schmerzmanagement in Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen.“ Weitere Themen sind die Psychosomatik, die Kardiologie und pflegewissenschaftliche Fragestellungen, vor allem für die Erforschung patientenberichteter Outcomes und die gesundheitsökonomische Evaluation. „Wir arbeiten sehr eng und konstruktiv mit den klinischen Kolleginnen und Kollegen zusammen, sie sind die ExpertInnen, denen die Fragestellungen der Versorgungsforschung in ihrer Tagesarbeit begegnen. Und wir beziehen intensiv die Patientinnen und Patienten

ein – um sie geht es und sie sind ExpertInnen ihrer Erkrankungen“, sagt Andrea Icks.

Bei allem sind die Düsseldorfer Institute für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie eng in den breit gefächerten Institutskanon der HHU eingebunden. Besonders eng kooperiert wird natürlich mit den Einrichtungen des Centre for Health and Society, der Allgemeinmedizin, der Medizinsoziologie sowie der Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin und deren Arbeitsgruppe Umweltepidemiologie sowie der Biometrie und Epidemiologie des DDZ. Auch mit den anderen Instituten des DDZ ist die Kooperation intensiv, vor allem mit dem Institut für Klinische Diabetologie. Es gibt aber auch gemeinsame Forschungsarbeiten mit eher ‚weiter entfernten‘ Disziplinen, zum Beispiel dem Institut für Pathobiochemie des DDZ oder dem Institut für Informatik der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der HHU. „Solche Kooperationen sind besonders spannend.“ Wichtig ist nach Andrea Icks: „Für komplexe Fragen braucht es eine transdisziplinäre Zusammenarbeit.“

Was ist in den Instituten besonders wichtig? „Natürlich eine qualitativ hochwertige, international kompetitive Forschung. Die Interdisziplinarität. Und die nationale ebenso wie die internationale Zusammenarbeit“. Das Team von Andrea Icks ist gut vernetzt. Gerade gründet die Gruppe zum Beispiel eine Study Group der Europäischen Diabetes-Gesellschaft, die sich mit Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie des Diabetes auseinandersetzen wird. Und das Institut wird 2018 das renommierte Mount Hood Meeting der international größten Diabetesmodelle, traditionell in den USA stattfindend, in Düsseldorf ausrichten. „Zentral ist auch eine sehr gute Nachwuchsförderung. Wir freuen uns besonders, dass wir in diesem Jahr in Kooperation mit den Universitäten Köln, Bonn, Witten und Marburg die DFG Nachwuchsakademie Versorgungsforschung in Düsseldorf durchführen werden“, ergänzt Andrea Icks.

Verliert man da nicht den Überblick? „Keineswegs“, sagt Andrea Icks, „denn unsere Abstimmung ist durch regelmäßige Jour fixe-Termine sehr eng, und wir sind gut organisiert, ich habe das Glück, ein sehr gutes, motiviertes und engagiertes Team zu haben.“ Die Zusammenarbeit wird demnächst noch viel enger, wenn alle Institute des Centre for Health and Society mit insgesamt rund 70 Mitarbeitern unter einem Dach sitzen – wenn der Neubau auf dem Gelände der HHU fertig ist, was für das Frühjahr 2019 geplant ist. <<

Da unsere Forschung anwendungsorientiert ausgerichtet ist, ermöglicht sie einen, wenn auch theoriegeleiteten, direkten Bezug zur gesundheitlichen Versorgung und ihrem primären Erkenntnisobjekt, den Patienten und Patientinnen. Mir persönlich ist es ganz wichtig, dass die Patientenperspektive erforscht und in der Versorgung auch tatsächlich berücksichtigt wird. Darum bin ich an der Entwicklung und Validierung verschiedener Erhebungsinstrumente, die darauf abzielen, die krankheitsbezogenen Bedürfnisse von Patienten zu verstehen, federführend beteiligt. Ich würde mich sehr freuen, wenn durch unsere Arbeit ein Beitrag zur Optimierung der Behandlung von unterschiedlichen Patientenpopulationen geleistet wird. <<



Dr. rer. medic. Silke Andrich, M.A.
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

>> Warum arbeiten Sie am „Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie“?

Ich habe Sozialwissenschaften (Soziologie und Politik) studiert und danach einige Jahre in der Medizinsoziologie und der Epidemiologie gearbeitet. Mir gefällt vor allem die interdisziplinäre Ausrichtung des Institutes für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Hier kann ich meine erworbenen Kenntnisse einbringen und mich in dem multidisziplinären Team weiterentwickeln.

Was zeichnet in Ihren Augen das „Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie“ aus?

Das Institut befasst sich mit wichtigen fachübergreifenden Forschungsprojekten. Wir bearbeiten viele spannende Fragestellungen und die Arbeitsatmosphäre ist sehr

gut. Darüber hinaus wird die wissenschaftliche Qualifikation des Teams – Mitarbeiter und Doktoranden – maßgeblich unterstützt. Kurz gesagt, das Institut bietet ein optimales Forschungsumfeld für lebhaften Austausch und interessante Kooperationen.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Vorwiegend beschäftige ich mit dem Forschungsbereich der Alterstraumatologie. Geriatrische Frakturen, insbesondere Hüft- und Beckenfrakturen, spielen in der gesundheitlichen Versorgung der älteren Bevölkerung eine große Rolle. Kenntnisse über Inzidenzen und Trends dieser Frakturen sowie damit verbundener Kosten und Inanspruchnahmen von gesundheitlichen Leistungen sind bei einer immer älter werdenden Bevölkerung und den aktuell geringen Ressourcen des Gesundheitssystems hoch relevant. Zudem ist sowohl die Nachverfolgung patientenberichteter als auch patientenrelevanter Outcomes, wie z.B. Lebensqualität, soziale Teilhabe, aber auch Einweisungen ins Pflegeheim oder Mortalität nach Fraktur, zentral für die Versorgungsforschung. Zu diesen Fragestellungen führen wir verschiedene Forschungsprojekte durch.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mir liegt viel daran, dazu beizutragen, die epidemiologische Datenlage zu verbessern und dadurch eine gute Basis für die Planung und populationsbezogene Beobachtung von präventiven Maßnahmen zu schaffen sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung abzuleiten. <<

Mt Hood Diabetes Challenge Network

The Mount Hood Diabetes Challenge Network is dedicated to promoting an exchange of ideas and information between those developing and using health economic diabetes simulation models. The Mount Hood Diabetes Challenge Network has run a diabetes computer simulation modeling conference bi-annually since 1999. A major focal point of the conferences are comparisons of health economic diabetes models both in terms of their structure and performance. The next conference will be held after the Berlin EASD meeting in Oct 2018 in Dusseldorf Germany. The Network has also recently developed a extensive set of diabetes simulation modeling resources for those developing or using simulation models.

Info of the past conference: Value Health. 2013 Jun;16(4):670-85. doi: 10.1016/j.jval.2013.01.002. Epub 2013 Apr 18. Computer modeling of diabetes and its complications: a report on the Fifth Mount Hood challenge meeting.

ProFem*

***Innovationsfondsprojekt: Versorgung, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach proximaler Femurfraktur**

Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Klinik für Hand- und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Düsseldorf

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

AOK Rheinland/Hamburg

Stürze führen bei älteren Menschen häufig zu einer Hüftfraktur, auch Oberschenkelhalsbruch genannt. Experten sprechen dabei von proximalen Femurfrakturen. Die größte Sorge der Betroffenen ist es, nach einem solchen Unfall nicht wieder „auf die Beine zu kommen“ und womöglich pflegebedürftig zu werden. Spezielle Nachsorge-Programme müssen darauf ausgerichtet sein, älteren Menschen nach Hüftfraktur wieder zur bestmöglichen Selbstständigkeit zu verhelfen. Relevante Basisdaten fehlen. Ziel des Projektes ist zum einen die Bestandsaufnahme der Versorgungssituation (Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen und deren Kosten) sowie die Darstellung klinischer Ereignisse wie Krankenhausaufnahmen oder Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Zum anderen werden die von den Betroffenen berichteten Angaben zu Lebensqualität, Funktionsfähigkeit sowie sozialer Teilhabe im Verlauf analysiert. Ziel ist es, Menschen zu identifizieren, die potenziell eine intensivere Versorgung benötigen. Dafür werden von betroffenen Patienten vorliegende Krankenkassendaten, die im Rahmen der Versorgung üblicherweise bei den gesetzlichen Krankenkassenversicherungen entstehen (Sekundärdaten), aus dem Jahr vor und nach der Hüftfraktur mit den im Projekt von Patienten oder einer pflegenden Person berichteten Angaben (Primärdaten) verknüpft. Dies geschieht zum einen direkt nach Entlassung sowie drei, sechs und zwölf Monate später. Die Projektergebnisse sollen dazu beitragen, mögliche Versorgungsdefizite bei Menschen mit Hüftfraktur zu erkennen und Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf zu identifizieren. Im Anschluss sollen Maßnahmen formuliert werden, die helfen, zielgruppenspezifische Angebote für die Nachsorge von betagten Menschen mit Hüftfraktur weiterzuentwickeln.

1,3 Millionen Euro für 3 Jahre

Titel

Antragsteller

Konsortialpartner

Kurzbeschreibung

Förderung

„Innovationslabor Saarland“ vom Innovationsfonds unterstützt

>> „Innovationslabor Saarland“ hieß der Titel eines Satellitensymposiums, das auf Einladung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, anlässlich des Fachkongresses „SALUT! DaSein gestalten“ in Saarbrücken stattfand. „Unser Anspruch ist es, die Gesundheitswirtschaft, als Markt mit Zukunftspotenzial, voranzubringen“, sagte der zuständige Staatssekretär Stephan Kolling. „Getreu dem Motto ‚Großes entsteht immer im Kleinen‘ können wir stolz auf zahlreiche Leuchtturmprojekte ‚made in Saarland‘ sein.“

Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstütze das Land finanziell bei der Realisierung vieler dieser zukunftsweisenden Vorhaben. „Dies beweist“, so Kolling, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“ Die fünf Projekte, die bei dem Symposium vorgestellt wurden:

1. PIKKO (Patienteninformation – Kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie)

Die IKK Südwest hat zusammen mit dem Gesundheitsministerium und darüber hinaus mit dem Krebsregister Saarland, der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes, dem Saarländischen Hausärzterverband, der Landesvereinigung Selbsthilfe sowie zehn Kliniken im Saarland das Projekt „PIKKO“ aufgebaut. Das Modellprojekt schließt Informations- und Unterstützungslücken bei Krebspatienten, unter anderem mit Hilfe eines „Onkolotsen“, der Patienten im Zusammenspiel mit den behandelnden Ärzten zur Seite steht. „Eine Krebsdiagnose ist nicht nur aus medizinischer Sicht einschneidend, sondern verändert die gesamten Lebensumstände eines Erkrankten häufig plötzlich, grundlegend und über einen langen Zeitraum“, sagte Dr. Lutz Hager, Geschäftsführer der IKK Südwest.

2. PRÄZIS (Prävention des Zervixkarzinoms und dessen Vorstufen bei Frauen im Saarland)

Das Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) hat mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums das Projekt „PRÄZIS“ auf den Weg gebracht. Damit schaffe man erstmalig in der Modellregion Saarland eine solide Grundlage zur Erfassung von Daten, die Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme von Früherkennung bei Gebärmutterhalskrebs beziehungsweise das Impfverhalten schließen lassen und wie sich diese Kriterien auf die Entstehung von Krebs auswirken. Hauptziel ist

die Reduktion von Neuerkrankungen. Hintergrund: Seit fast zehn Jahren wird für Mädchen und junge Frauen eine Impfung gegen eine Infektion mit Hochrisiko-Papillomviren angeboten, da diese Gebärmutterhalskrebs auslösen können. Schon viel länger gibt es Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen ab dem 20. Lebensjahr. Dennoch erkranken im Saarland jährlich über 13 von 100.000 Frauen neu an dieser Krebsform, mehr als im Bundesdurchschnitt. „Gebärmutterhalskrebs ist eine Krebsart, bei der wir wissen, dass sie durch eine Virusinfektion ausgelöst wird. Die HPV-Impfung ist daher die beste Vorsorgemaßnahme, leider wird sie bislang nicht so umfassend wahrgenommen wie andere Impfungen im Kindesalter“, erläuterte Prof. Dr. Sigrun Smola, die das Institut für Virologie am Universitätsklinikum des Saarlandes leitet.

3. Überregional zertifizierte Herzinsuffizienznetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

„Auch in der Versorgung von Herzinsuffizienz haben wir uns das Ziel gesetzt, die Zukunft aus unserem Bundesland mit den Herzinsuffizienznetzwerken innovativ mit zu steuern“, erklärte Staatssekretär Stephan Kolling. „Das UKS beteiligt sich mit uns an der Optimierung verschiedener Versorgungsebenen, die die Behandlung, Therapie und Betreuung entsprechender Patienten maßgeblich verbessert.“ Laut Deutscher Gesellschaft für Kardiologie (DGK) wurden im Jahr 2015 insgesamt 444.632 Patienten in deutschen Krankenhäusern stationär mit der Diagnose Herzinsuffizienz behandelt. Es erkrankten beinahe doppelt so viele Menschen wie 1995 an der Herzschwäche. „Paradoxiere Weise zeigt diese Zunahme, welche Fortschritte wir in den anderen Bereichen der Herz-Medizin erzielen konnten“, so DGK-Präsident. „Durch die verbesserte Behandlung chronischer und akuter Herzerkrankungen und die weiterhin älter werdende Bevölkerung entwickeln immer mehr Menschen eine Herzinsuffizienz.“ Gleichzeitig führten aber die Verbesserungen in der Therapie der Herzschwäche dazu, dass inzwischen immer weniger Patienten an dieser Erkrankung sterben müssen. Um die komplizierte und interdisziplinäre Behandlung der Betroffenen noch erfolgreicher zu gestalten, hat die DGK sogenannte Herzinsuffizienz-Netzwerke empfohlen.

4. Myokardinfarktregister Saarland (MIR-SL) Gemeinsam mit dem Gesundheitsministe-

rium fördert die Stiftung Institut für Herzinfarktforschung (Ludwigshafen) das Projekt MIR-SL. Unter Beteiligung aller Krankenhäuser sowie der Notärzte soll versucht werden, die Versorgung des akuten Herzinfarktes weiter zu optimieren. Dazu wird in einer 6-monatigen Phase zunächst die derzeitige Versorgung von Patienten mit einem akuten Herzinfarkt in einer wissenschaftlichen Datenbank erfasst.

Anschließend werden von allen Beteiligten die Daten analysiert und geprüft, ob es noch Verbesserungspotenziale gibt. Nach Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen erfolgt wiederum über 6 Monate eine Dokumentation aller Infarktpatienten in der wissenschaftlichen Datenbank, um mögliche positive Effekte herauszuarbeiten. Das besondere an MIR-SL ist, dass alle Patienten bis zu fünf Jahre nachverfolgt werden sollen. „Auf Basis dieser Kooperationsstudie, die derzeit läuft, soll es uns gelingen, die Versorgung von Herzinfarktpatienten zu optimieren“, so Kolling. „Die Studie bezieht sich sowohl auf klinische als auch auf außerklinische Bereiche der Herzinfarktversorgung und ist dadurch, im Vergleich zu bisher in Deutschland durchgeführten Herzinfarktregistern, einmalig“, erklärte Dr. Anselm Gitt, Mitglied des Vorstands der Stiftung Institut für Herzinfarktforschung.

5. „Vom Saarland lernen: Allianzen für Demenz im Saarland“

„Unter diesem Motto sind wir in unserem Bundesland in der Versorgung Demenzerkrankter mehr als zukunfts fest aufgestellt“, meinte der Staatssekretär. „Die Landesfachstelle Demenz hat Pionierarbeit im Aufbau von geeigneten Betreuungs- und Versorgungsstrukturen geleistet, die wir, auch finanziell, unterstützend begleiten.“ Derzeit leben rund 21.000 Menschen mit Demenz im Saarland, Tendenz steigend. Deshalb wurde im Rahmen einer Landesinitiative mit dem Demenz-Verein Saarlouis e.V. und unter Beteiligung der sozialen und privaten Pflegeversicherung eine Landesfachstelle Demenz eingerichtet, die eng mit den lokalen Allianzen als Regionale Netzwerke zusammenarbeitet. „Die Landesfachstelle ist ein Signal, dem demografischen Wandel insbesondere im Bereich Demenz im Saarland zu begegnen und die Qualität der Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen im Saarland zu erhöhen“, sagte Fachstellenleiter Andreas Sauder. <<

Kosteneffizienz im öffentlichen Krankensektor

Abhängig, langsam und schlecht organisiert

Die öffentlichen Krankenhäuser haben im Vergleich zum privaten Sektor ein Problem. Ihre Kosten liegen deutlich über denen privater Kliniken, das zeigt eine aktuelle PwC-Analyse. Laut dieser arbeiten auch die kirchlichen Häuser wesentlich effizienter. Eines der größten Probleme besteht offenbar darin, dass Rechnungen nicht zeitnah erstellt und versendet werden. Dadurch verzichten deutsche Krankenhäuser jährlich auf 5,3 Milliarden Euro Liquidität. Regelmäßige Liquiditätsprobleme sind die Folge. Eine Lösung könnte laut PwC-Experte Michael Burkhart darin liegen, zunächst einmal in effizientere Prozesse zu investieren.

>> Haben es die öffentlichen Kliniken versäumt, ihre Prozesse so effizient zu organisieren, um dem Kostendruck in der Branche entgegenzusteueren? Geht es nach den Autoren der aktuellen PwC-Studie, so muss diese Frage eindeutig bejaht werden. Zu diesem

Infos

„Krankenhäuser im Vergleich – Finanz- und Leistungskennzahlen“, PwC im Mai 2017. Link: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhausbenchmark-kennzahlen-170601.pdf>

Ergebnis kommt nämlich eine Analyse der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die auf Kennzahlen von über 100 deutschen Krankenhäusern beruht.

Demnach lagen in öffentlichen Kliniken die Ausgaben für Personal und Material 2015 bei durchschnittlich 95 Prozent des Umsatzes. Nicht nur die privaten, sondern auch die kirchlichen Krankenhäuser arbeiteten hier deutlich effizienter. Bei ihnen betrug der Aufwand für Personal und Material nur 88 beziehungsweise 89 Prozent. Die Studienautoren stellen in diesem Zusammenhang folgende Rechnung auf: Von 1.000 Euro für die Behandlung von Patienten verblieben öffentlichen Häusern 50 Euro, um beispielsweise Instandhaltungen vorzunehmen. Bei nicht-öffentlichen Häusern waren dies im Schnitt mehr als 100 Euro.

Eine große Abhängigkeit von externen Geldgebern bestehe darüber hinaus im öffentlichen Krankensektor. Da die staatliche Investitionsfinanzierung schon lange nicht mehr den tatsächlichen Investitionsbedarf deckt, müssen die Krankenhäuser einen großen Anteil der notwendigen Investitionen selbst finanzieren. Dazu reichen die eigenen Mittel bei weitem nicht aus, und die Abhängigkeit von außenstehenden Geldgebern ist groß, so die Studie. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass die öffentlichen Krankenhäuser rund 43 Prozent ihres Geschäfts mit Fremdkapital (Bank- oder Gesellschafterdarlehen) finanzierten. Zum Vergleich: Die privaten Kliniken kamen mit 32,6 Prozent, die kirchlichen mit 31,2 Prozent aus. „Bei dieser hohen Abhängigkeit von finanziellen Mitteln ist es umso erstaunlicher, dass die Krankenhäuser das eigene Cash-Management bei anstehenden Managementaufgaben nicht an die Spitze ihrer

Prioritätenliste stellen“, stellen die PwC-Experten fest. Kennzahlen, die über diesen Missstand Auskunft geben, würden aber kaum analysiert oder seitens der Geschäftsführung nicht strategisch angegangen.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Krankenhäuser zu lange auf ihr Geld warten. PwC-Experte Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Gesundheitswesen & Pharma arbeitet in diesem Kontext mit der Kennziffer „Days Sales Outstanding“ (DSO), die beschreibt, wie lange die Krankenhausverwaltungen benötigen, um ihre Forderungen gegenüber den Krankenkassen zu Geld zu machen.

Krankenhäuser geben den Kassen ein zinsloses Darlehen

Während bei deutschen Unternehmen der durchschnittliche Wert aktuell bei rund 33 Tagen liegt, fällt die DSO im Krankenhausbereich mit rund 48 Tagen deutlich höher aus. Bei öffentlichen Krankenhäusern liegt diese Kennzahl sogar bei knapp 60 Tagen. „Auf den ersten Blick mag

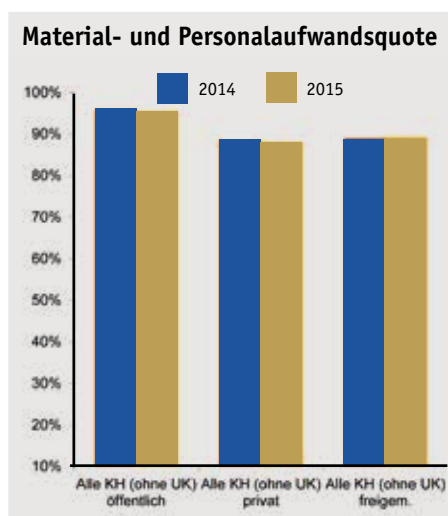


Abb. 1: Um Effekte wie Outsourcing (z. B. Reinigungsleistung) einzubeziehen, werden die Aufwandsquoten oftmals addiert. In öffentlichen Kliniken lagen die summierten Kosten bei durchschnittlich 95% – von jedem erhaltenen Euro der Krankenkassen blieben also gerade mal 5 Cent übrig. Bei privaten und kirchlichen Kliniken lag die Quote bei 88% bzw. 89%. Quelle: Krankenhäuser im Vergleich – Finanz- und Leistungskennzahlen. PwC, Mai 2017.

das undramatisch aussehen. Tatsächlich verbirgt sich hinter dieser Kennzahl eine wesentliche Erklärung, warum viele öffentliche Krankenhäuser immer wieder in Liquiditätsschwierigkeiten geraten und auf Darlehen von Banken oder vom Gesellschafter angewiesen sind“, erklärt Burkhart.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland wiesen die Krankenhäuser Ende 2015 in ihren Bilanzen insgesamt Außenstände aus Zahlungsverzögerungen in Höhe von rund 5,3 Milliarden Euro aus. Betrachtet man das einzelne Krankenhaus, verzichtet dieses aufgrund eigener Defizite im Abrechnungsablauf auf eine jahresdurchschnittliche Liquidität von circa 2,7 Millionen Euro. Damit geben die Krankenhäuser den Kassen ein zinsloses Darlehen, wobei sie sich zinstragend bei Banken oder Gesellschaftern refinanzieren.

Ein weiteres großes Problem sehen die PwC-Experten darin, dass die manuellen Prozesse in den öffentlichen Kliniken die Rechnungsstellung verzögern. Soweit die DSO bei Krankenhäusern über dem bundesdurchschnitt aller Unternehmen liegt, kann dies insoweit in einer späteren Zahlung durch die Krankenkassen begründet sein, heißt es in der Studie. Die unterschiedlichen Zeiträume bei verschiedenen Trägern zeigen aber ein hausgemachtes Problem. „Tatsächlich sind die dahinter stehenden Prozesse noch immer so manuell und langsam, dass die Rechnungen regelmäßig zu spät erstellt werden“, sagt Burkhart. Problematisch dabei ist, dass die erbrachten Umsätze zutreffenderweise bereits buchhalterisch erfasst sind, die Rechnungen aber mangels vielfältiger Umstände noch gar nicht erstellt sind und damit den Krankenkassen auch noch nicht vorliegen. Das Fazit von Burkhart lautet: „Unser Eindruck ist, dass häufig der zweite Schritt vor dem ersten gemacht wird. Überall wird gebaut oder renoviert und vielerorts schließen sich kommunale Träger zu größeren Verbänden zusammen. Dabei ist es zwar grundsätzlich sinnvoll, über größere Einheiten nachzudenken. Allerdings wird zu wenig Augenmerk darauf gelegt, die internen Abläufe in der Verwaltung zu optimieren und ein Kennzahlensystem in der Verwaltung zu implementieren.“ <<

von: Olga Gilbers

Elektronische Patientenakte für Geflüchtete

Projekt „Asylakte“ nach Halbzeit erfolgreich

Leuchtturm-Projekte zur elektronischen Patientenakte gibt es noch wenige. Eines davon ist bemerkenswert, ist es doch innerhalb kurzer Zeit und aufgrund eines unerwarteten Bedarfs aufgesetzt worden: Seit Oktober 2016 ist bereits in vier Flüchtlingseinrichtungen in Ingolstadt eine elektronische Patientenakte im Einsatz, um Asylbewerber medizinisch zu versorgen. Nach der Hälfte der Projektlaufzeit liegen nun die ersten Erfahrungsberichte vor. Die Bilanz: ein hoher Nutzen für Patienten und Ärzte.

>> Die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen stellt eine besondere Herausforderung dar. Das größte Problem besteht dabei laut den Projektverantwortlichen darin, dass Untersuchungen nicht zentral dokumentiert werden und die weiterbehandelnden Ärzte keine Vorinformationen zu den bereits erhobenen Gesundheitsdaten erhalten. Doch gerade diese Vorinformationen sind für eine erfolgreiche medizinische Folgebehandlung der Geflüchteten unabdingbar.

Seit Oktober 2016 wird in vier Ankunfts- und Rückführungseinrichtungen in Ingolstadt und Umgebung die elektronische Patientenakte für eine adäquate medizinische Versorgung von Asylbewerbern eingesetzt. Um die Ärzteschaft bei der Flüchtlingsversorgung zu unterstützen, hat die Bayerische TelemedAllianz zusammen mit CompuGroup Medical Deutschland AG (CGM) dafür ein Konzept zum Austausch von medizinischen Informationen entwickelt und eingeführt. Unterstützt wird diese Arbeit auch vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Nun ist, nach gut sechs Monaten, die Halbzeit des Projektes erreicht.

Und was ist das Ergebnis? Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik, Geschäftsführer der Bayerischen Telemedallianz, berichtet: „Das Projekt zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden unter Zuhilfenahme einer integrierten elektronischen Patientenakte in Ingolstadt ist ein voller Erfolg und basiert vor allem auf einer guten Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.“ Der digitale Zugriff auf die Patientenakten erleichtert nicht nur den Ärzten erheblich die Arbeit und sichert den Informationsfluss zwischen den betreuenden Ärzten, sondern ermöglichte auch die bestmögliche Behandlung der Asylbewerber.

Bislang wurden im Rahmen des Projekts über 1.000 Asylakten im Arztinformationssystem „CGM Albis“ erstellt. Davon wurden mehrere hundert Akten in der webbasierten persönlichen Asylakte auf Basis von „CGM Life“ hochgeladen, um damit weiterbehandelnden Ärzten und den Flüchtlingen selbst den Zugriff auf die medizinischen Informationen zu ermöglichen. Über diesen Zugriff liegen allerdings noch keine Daten vor.

Jedamzik erklärt, dass jeder Asylbewerber, der sich in einer der Asylunterkünfte medizinisch behandeln lässt, grundsätzlich an dem

Projekt teilnimmt. Er betont, dass das Projekt alle datenschutzrechtlichen Anforderungen an geltende gesetzliche Bestimmungen erfüllt. „Demnach ist die Unterzeichnung einer Einwilligung- und Datenschutzerklärung Voraussetzung für die Teilnahme an der Nutzung der Asylakte“, so der Geschäftsführer. Aktuell erfahren die Asylbewerber über die behandelnden Ärzte und bei der Aufnahme in die Asylunterkunft von der Akte.



Prof. Dr. med. Siegfried Jedamzik: „ein voller Erfolg“.

Die Ärzte haben schnell gelernt

Während der Laufzeit des Projekts konnten die Initiatoren auch wertvolle Erfahrungen sammeln, denn es gab auch einige Hürden zu überwinden. Einige der behandelnden Ärzte in den vier erprobenden Flüchtlingsunterkünften arbeiteten zum ersten Mal mit einer elektronischen Patientenakte oder auch mit einem Arztinformationssystem. Im Vorfeld mussten sie daher umfangreiche Schulungen absolvieren. Wie Jedamzik erläutert, befinden sich viele der Ärzte, die in Flüchtlingsunterkünften praktizieren, „eigentlich schon in ihrem wohlverdienten Ruhestand und sind somit bereits seit Jahren aus dem Praxisgeschehen raus“. Seiner Erfahrung nach würden den teilnehmenden Ärzten die Vorteile der elektronischen Patientenakte, insbesondere die Effizienzsteigerung des Behandlungsprozesses, jedoch sehr schnell deutlich.

Um die Sprachbarriere bei der Vermittlung von Informationen zur elektronischen Patientenakte zu überwinden, wurde ein so genanntes „Partner-System“ etabliert. Jeder Asylsuchende sucht sich dabei selbstverantwortlich eine Person vor Ort, die als Dolmetscher agiert und das Anliegen des Patienten ins Englische oder ins Deutsche übersetzt, erklärt Jedamzik. Die Erfahrungen mit diesem System seien in Ingolstadt ausschließlich positiv. Auf diese Weise werde ein reibungsloser und zügiger Ablauf der Sprechstunden gewährleistet. Nicht nur die Asylsuchenden, sondern auch die Ärzte unterstützen dieses Partner-System.

Derzeit erfolgt das Anlegen der Asylakte von den Ärzten in deutscher Sprache. Zukünftig soll der Anamnesebogen aber auch in Landessprache

ausgefüllt und in beliebiger Sprache angezeigt werden können, berichtet der TelemedAllianz-Geschäftsführer. Er stellt außerdem fest, dass der Digitalisierungsgrad unter den Asylbewerbern sehr hoch ist, wodurch der Umgang mit der Asylakte bislang problemlos verlaufen sei. Fast jeder Asylbewerber besitze ein Smartphone. Viel wichtiger ist aus der Sicht von Jedamzik jedoch der Austausch über

die bereits durchgeführten Untersuchungen zwischen den verschiedenen Asyleinrichtungen und den weiterbehandelnden Ärzten. „Insbesondere erhofft man sich hierdurch Einsparpotenziale durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen.“

Als nächster Schritt in dem Projekt ist laut Jedamzik ein mehrsprachiger, digitalisierter Anamnese- und Therapiebogen mit Vorlesefunktion geplant, der das Verständigungsproblem zwischen Patienten und Behandler reduzieren soll. Dieser befindet sich derzeit kurz vor der Fertigstellung und soll digital zum Beispiel über ein Tablet oder ein Smartphone an die „Asylakte“ angebunden werden. Die Fragen des Anamnesebogens sollen in verschiedenen Sprachen vorgelesen und mit einem Kopfnicken oder -schütteln beantwortet werden können. Schließlich werden dann Anamnese und Therapie übersichtlich in einer Datei zusammengefasst und können dem weiterbehandelnden Arzt in einer beliebigen Sprache zur Verfügung gestellt werden. Bei Bedarf kann außerdem ein Dolmetscher via Telefon oder Video hinzugezogen werden.

Zudem sei eine Vernetzung des Gesundheitsamts Ingolstadt mit dem Gesundheitsamt München geplant. Hierbei soll der Befundaustausch zwischen München und Ingolstadt digitalisiert werden, das heißt, anstatt Befunde zu faxen oder per Post zu versenden, könnten diese über eine datengesicherte Leitung mit dem PC verschickt werden. Jedamzik wünscht sich außerdem für die Zukunft eine länderübergreifende Zusammenarbeit, „um somit Ärzten in Deutschland die Möglichkeit zu geben, medizinische Daten wie zum Beispiel das Vorhandensein von meldepflichtigen Krankheiten oder Impfstatus auf elektronischem Wege abzurufen“. <<

von: Olga Gilbers

Interview mit Max Müller, Chief Strategy Officer von DocMorris

„Digitalisierung ersetzt keine Strukturdebatte“

Nachdem die Gründer (der Apotheker Jacques Waterval und der Informatiker Ralf Däinghaus) DocMorris an Celesio (seit 2012 in Besitz der schweizerischen Zur Rose-Gruppe) verkauft haben, brauchte die Versandapotheke ein neues Gesicht, an dem sich die Apothekerschaft abarbeiten kann: Das ist seit 2013 Max Müller, der als Chief Strategy Officer DocMorris die bekannteste Apothekenmarke in Deutschland und zugleich Europas größte Versandapotheke mit einem Umsatz von über 331 Millionen Euro im Jahr 2016 nach außen vertritt. Und immer wieder für neue Ideen gut ist, die die verfassten Apotheker nahezu zur Weißglut treiben; die aber – wie er im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ sagt – doch nur deshalb erfolgreich sein können, „weil sie eine Lücke füllen, die die stationäre Versorgung irgendwann einmal hinterlassen hat“.

>> Herr Müller, welchen Wert hat Versorgungsforschung für Sie als Strategie-Vorstand einer Versandapotheke?

Dazu muss man nur einen ganz kleinen Schritt zurücktreten und den Status Quo der Versorgungsforschung betrachten: Diese junge Wissenschaft hat es geschafft, zu einem, wenn nicht dem zentralen Bestandteil des Innovationsfonds zu werden. Das heißt nichts anderes, als dass diese Wissenschaft – endlich ausreichend finanziert – nun die Früchte ernten kann, die sie über viele Jahre gepflanzt hat. Chapeau für diesen Erfolg. Doch nun kommen mehr und mehr Symbolbegriffe und Metatrends auf, die sich Digitalisierung und Big Data nennen und die von der Versorgungsforschung fordern, ihr Instrumentarium zu erweitern. Das ist dringend notwendig, um so auch für diese gesellschaftlich hoch relevanten Trends Antworten zu finden, wie diese die Gesundheitsversorgung beeinflussen und – im besten Falle, wovon auszugehen ist – verbessern. Stemmt die Versorgungsforschung diese Herausforderung, dann zeigt sie damit automatisch auch ihren Wert nicht nur für die Gesellschaft, sondern auch für jeden einzelnen Patienten sowie alle Akteure im Gesundheitsmarkt, zu denen seit mehr als 15 Jahren auch Versandapotheken zählen. Als Pfaff und Schrappe in den 90er Jahren den Begriff der „letzten Meile“ geprägt haben, bewiesen sie damit eine gehörige Portion Weitblick, auch wenn mir ihre Umschreibung etwas zu technokratisch anmutet, weil sie eigentlich nichts anderes als die Patientensicht und -dimension umschreibt, die einzig und alleine durch und mit Versorgungsforschung analysier- und beschreibbar ist. Dieser Wert wird meines Erachtens in der nächsten Legislaturperiode politisch eine noch viel größere Rolle als bisher spielen.

Prinzip Hoffnung?

Aber nein. Das ist ganz pragmatisch gedacht, weil die Akzeptanz und die absolute Notwendigkeit, unsere Versorgungssysteme vernünftiger zu gestalten, weiter zunehmen wird.

Sie sprechen damit eigentlich nicht nur von Versorgungsforschung an sich, sondern auch vom Wert von Daten.

Daten bieten für sich isoliert nicht wirklich einen Mehrwert. Nun aber hat die Versorgungsforschung ein hochwertiges Instrumentarium, das in den letzten Jahren und Jahrzehnten entwickelt worden ist, zur Verfügung, um die Daten von Kassen, Vor-Ort- und Versandapotheken sowie Arzt-Abrechnungszentren nach allen Richtlinien des Datenschutzes nutzbar zu machen. Wir stehen jedoch erst am Anfang einer Entwicklung, in der langsam aus der fast symbiotischen Verbindung aus Versorgungsforschung und Daten eine Neuentwicklung der gesamten Gesundheitsversorgung entsteht. Je besser die Datenqualität wird, umso größer und weitreichender werden die möglichen Ableitungen und der individuelle Nutzen für den Patienten daraus. Letztlich ermöglicht die Digitalisierung eine Steuerungsfunktion, um das System ganz neu zu denken und zu vernetzen.

Das aber muss man wohl in den Köpfen vieler Akteure erst einmal verankern.

Sicher, aber es bewegt sich doch einiges. Nehmen wir zum Beispiel den Start-up-Gipfel zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Dieser fand im Wirtschaftsministerium statt. Also nicht im BMG oder dem BMBF, was ja schon für sich genommen ein Zeichen ist. Bemerkenswert aber war, dass während einer Diskussion um den Telemedizinendienst DrEd, der KBV-Chef Dr. Gassen diese Online-Arztpraxis zwar nicht gerade begrüßte, aber auch nicht verteufelte, sondern die Ansicht vertrat, dass man heutzutage mithilfe von Algorithmen einen guten Anamnesebogen zu Stande bringt, ohne dass der Arzt vorher den Patienten gesehen haben muss.

Für einen Ärztefunktionär doch recht erstaunlich.

Absolut. Natürlich bleibt er bei dem Standpunkt, dass der Arzt den Patienten nach wie vor sehen muss, aber solche Algorithmen durchaus hilfreich sein können. Sie vermeiden unnötige bürokratische Arbeit und ermöglichen es, die qualitative Zeit viel effizienter zu gestalten, weil der Arzt wirklich kurativ tätig werden kann. Wenn wir es schaffen, die Digitalisierung als Hilfsmittel einzusetzen, um die wichtige und auch teure Zeit des Mediziners als auch des Pharmazeuten effektiver zu verwenden, wären wir ein großes Stück weiter. Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass Politik und Gesellschaft proaktiver als bisher das Gesundheitssystem gestalten – denn verändern tut es sich in jedem Fall.

Überall sonst ist Digitalisierung wohl das absolut Normalste der Welt: Stichwort Industrie 4.0.

Warum soll denn die Digitalisierung ausgerechnet um die Gesundheitsversorgung einen Bogen machen? Wir müssen die Debatte rund um dieses wichtige Thema im Gesundheitswesen konsequent führen, um mit der Entwicklung Schritt halten zu können.

Was nicht ganz einfach ist ...

... aber nur deshalb, weil es um viel Geld geht, das in über Jahrzehnte gefestigten Strukturen verteilt wird. Darum braucht eine solche Debatte eben so viel Zeit. Die sich daraus entwickelnden Änderungen sind darum auch nie disruptiv, sondern langsam und evolutionär. Das ist nun einmal realistischere so, auch wenn das vor allem für die Patienten, aber auch für viele neuere Anbieter in diesem System recht unbefriedigend ist.

Solange das Thema Digitalisierung als nebulöser Angstfaktor missbraucht wird, wird das Positive, was Digitalisierung ermöglichen kann, immer nur sehr stark gebremst umgesetzt.

Das Thema Angst wird immer nur dann als Kommunikationsmittel eingesetzt, wenn man selbst keine Lösung hat oder sich selbst keine Alternativen

vorstellen und entwickeln kann. Genau das fand im Gesundheitssystem über Jahre und Jahrzehnte hinweg statt. Dabei war und ist allen handelnden Akteuren und Politikern ebenso lange bekannt, das alleine die demografische Entwicklung in der Patientenpopulation, aber auch in allen beteiligten Berufsgruppen der Heilberufler unbarmerzig zuschlagen wird. Was nichts anderes heißt, als dass immer mehr und älter werdende Menschen von immer weniger Ärzten, Apothekern, PTAs etc. versorgt werden müssen. Gleiches gilt natürlich in allen anderen Berufen und Bereichen auch, nur hat der demografische Wandel im Gesundheitssystem eine viel höhere und vor allem direktere Auswirkung auf den Patienten.

Tja, alles kommt immer so arg plötzlich.

Das erinnert doch irgendwie ganz frappant an die Mobilfunkbranche. Als 1999 das erste BlackBerry für Geschäftsleute eingeführt wurde, dachten alle, dies sei nun aber wirklich der Gipfel des technologisch Möglichen. Bis vor genau zehn Jahren Apple das erste iPhone auf den Markt brachte und quasi über Nacht eine ganze Branche revolutionierte; einer Branche, von der man eigentlich angenommen hatte, sie würde sich nur evolutionär in kleinen Schritten entwickeln.

Es kommt immer anders als man denkt.

Ja, und so ähnlich ist das heute im Gesundheitswesen. Die Chancen der Digitalisierung für die qualitative Erneuerung des Gesundheitswesens wurden zwar erkannt, doch erfolgt die politische Umsetzung nur in kleinen Schritten. Wir müssen beispielsweise feststellen und damit umgehen, dass sich viele Menschen immer schwerer damit tun, sich im ländlichen Raum anzusiedeln. Gleichzeitig nimmt aber die Debatte um den ländlichen Raum – zumindest gefühlt – in der Öffentlichkeit immer mehr zu, obwohl es einen deutlichen Trend zur Urbanisierung gibt – zumindest was die Bevölkerungszahlen angeht. In manchen Bundesländern wird aktuell nun sogar ernsthaft darüber diskutiert, Zwangsansiedlungen in Zusammenhang mit dem Medizinstudium durchzuführen. Andererseits gibt es digitale Lösungen seitens der Politik nur als Modellvorhaben. Verbraucher und Anbieter, die vielleicht bisher nicht mal im Gesundheitsmarkt vertreten waren, werden daher schnell selbst nach Lösungen suchen bzw. diese anbieten.

Zeitgleich aber werden immer noch Ängste geschürt, weil von etablierten Stakeholdern nur zu oft propagiert wird, dass die Digitalisierung Versorgungsstrukturen gefährden würde.

Dabei ist es doch genau umgekehrt! Die erfolgreichen Digitalisierungsoptionen im Gesundheitsbereich sind doch nur deshalb erfolgreich, weil sie eine Lücke füllen, die die stationäre Versorgung irgendwann einmal hinterlassen hat. Von ganz alleine, ohne Zutun anderer. Wenn es im ländlichen Raum immer weniger oder auch nur immer schwerer zugängliche Versorgungsstrukturen gibt, suchen die Menschen nach einer Alternative.

Das ist wohl Ihr Stichwort ...

... worauf ich ja auch die ganze Zeit gewartet habe. Denn die Versandapotheke ist nun einmal genau die Alternative, die zu einem nach Hause kommt, statt selbst irgendwohin gehen zu müssen. In diesem Zusammenhang ärgert es mich, wie unredlich und polemisch teilweise die Diskussion geführt wird. Wenn ich mir nur einmal anschau, über welche Regionen da gesprochen wird, in denen die zumindest prognostizierte Zunahme der Versandapotheken die Versorgungsstruktur gefährden soll, dann lohnt sich ein Blick in den Bundesverkehrswegeplan. Dort hat die politische Führung in diesem Land definiert, wo in Infrastruktur in den nächsten anderthalb Jahrzehnten investiert wird und wo nicht. Interessanterweise meist nicht in den Regionen, in denen bereits heute Versorgungsengpässe und Nachwuchsprobleme existieren.



Sie fordern mehr Ehrlichkeit ein?

So viel möchte ich gar nicht fordern. Mir würde es schon reichen, wenn Ängste genommen, statt Ängste geschürt würden.

Digitalisierung ist aber nun einmal auch nicht die Lösung all unserer Probleme.

Kann sie auch nicht sein, aber Digitalisierung führt dazu, dass manche Probleme zumindest gemildert werden können. Ein Geschäftsmodell wie unseres kann nur unter einer einzigen Prämisse erfolgreich sein: der Zufriedenheit unserer Kunden, der Patienten. Das ist unser oberstes Credo, denn unzufriedene Kunden bestellen nie wieder bei uns. Doch die etablierten Stakeholder negieren das einfach und argumentieren damit, dass Versandapotheken der Versorgungsstruktur irgendetwas wegnehmen würden. Wie denn, frage ich, solange jeder in diesem Land die freie Wahl hat, und sich für Option A oder Option B entscheiden kann. Da findet doch keine Verdrängung statt, sondern es geht um Qualität und Vertrauen. Ob wir es wollen oder nicht, wir können uns von dieser gesellschaftlichen Entwicklung weder entkoppeln noch entschleunigen, weil wir sie ohnehin nicht aufhalten können. Und, einmal Hand aufs Herz, doch auch nicht aufhalten wollen.

Stopp. In dem Gutachten „Wettbewerbsökonomische und gesundheitspolitische Begründetheit eines Versandverbots verschreibungspflichtiger Arzneimittel“, im Auftrag der Noweda, vorgelegt von Professor Dr. Uwe May, Cosima Bauer und Rechtsanwalt Dr. Heinz-Uwe Dettling, steht, dass alleine – durch die durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom

19.10.2016 möglichen – Rx-Boni in der nächsten Zukunft rund 1.000 Apotheken im ländlichen Raum wegfallen könnten.

Dem EuGH konnten im vergangenen Jahr diesbezüglich keine Belege vorgelegt werden und Boni gab es bereits bis zum Jahr 2012. Wer sich allerdings die Altersstatistik der Apothekerschaft anschaut, sieht doch auf einen Blick, wie viele Apotheker in absehbarer Zeit ins Rentenalter kommen. Zählt man die zusammen, wird man wahrscheinlich auch auf die Zahl von 1.000 kommen. Selbst ABDA-Präsident Schmidt empfiehlt Studenten, in eine große Apotheke in guter Lage und mit guter Frequenz zu investieren, da in den kommenden Jahren weitere kleinere Betriebsstätten schließen müssten.

Was aber nun nichts mit Rx-Boni oder Versandapotheken zu tun hat.

Eine Annahme übrigens, für die es keinerlei Evidenz gibt. Einfach darum, weil es keinen Zusammenhang zwischen dem apostrophierten Apothekensterben und dem Wachstum von Versandapotheken gibt. Der Evidenzzusammenhang ist Null Komma Null.

Welchen gibt es dann?

Viele ins Rentenalter kommende Apotheker in strukturschwachen Gebieten finden einfach keinen Nachfolger. Hauptgrund hierfür ist, dass der in dem betreffenden Ort angesiedelte niedergelassene Arzt entweder inzwischen seine Praxis geschlossen oder diese in die nächst größere Gemeinde oder in ein Mittelzentrum verlegt hat. Somit fehlt der Apotheke vor Ort eine große, wenn nicht gar die größte Umsatzmöglichkeit: Ohne Arzt kein Rezept, ohne Rezept kein Umsatz und ohne Umsatz macht die Apotheke eben zu. Das liegt alleine darin begründet, dass nun einmal die Menge an Rezepten den Umsatz determiniert – das ist ein politisch gewollter, zumindest hingenuommener und auch nie korrigierter Fehlanreiz. Gleiches gilt in ähnlicher Weise aber auch für übertersorgte Regionen. Allerdings gibt es Stadtteile mit bis zu elf Apotheken auf sieben- oder achthundert Metern. Eine solche Anzahl wird sicher nicht für die Versorgung benötigt, aber die dort angesiedelten Ärzte garantieren den Apothekern offenkundig einen ausreichenden Umsatz.

Jetzt könnte man sagen: Nicht der Umsatz ist relevant, sondern die Rendite.

Richtig, wenn wir das Modell der Höchstpreise in Deutschland hätten. Ginge ein Apotheker nach der Rendite, müsste er in diesem System ein höheres Interesse haben, in den ländlichen Raum zu gehen, wo keine Wettbewerbssituation vorliegt und er dem Kunden geringere Boni bieten müsste. Dann wird der Landapotheker vielleicht einen geringeren Umsatz, aber eine deutlich höhere Rendite erzielen. Doch genau das findet nicht statt, da wir ein Festpreissystem haben. Die aktuelle Entwicklung ist also weder die Schuld der Digitalisierung, noch der Versandapotheken.

Dann sind es die zertifizierten Versandapotheken, die den Menschen in diesen Regionen als recht bequeme und schnelle Einkaufsmöglichkeit verbleiben?

Was ist denn daran so schlimm, wenn Menschen, dort, wo es keine anderen oder schwerer zugänglichen Einkaufsmöglichkeiten gibt, ihre Bücher bei einem Unternehmen A aus Seattle, ihre Schuhe und Kleidung von einem Unternehmen Z aus Berlin und ihre Medikamente eben bei einem Unternehmen D aus Heerlen bestellen? Einfach, weil sie keine Lust, Zeit oder auch keine Möglichkeit haben, 20 oder auch nur 15 Kilometer durch den ländlichen Raum mit dem öffentlichen Nahverkehr zu fahren, der sowieso nicht in der Taktung fährt wie in den Metropolen.

Was uns zur Frage der flächendeckenden Versorgung führt.

Dieser Begriff ist überhaupt nicht klar definiert, sondern wird genauso wie die Digitalisierung als politisches Kampfwort missbraucht. Nehmen wir mal die Ärzteschaft, für die es doch eine recht klare Bedarfsplanung gibt. Nach dieser Bedarfsplanung müsste es eigentlich überall genug Ärzte geben, sodass es im Umkehrschluss, eigentlich auch genug Apotheken geben müsste. Die Realität sieht allerdings anders aus. Wir sehen einen Zuwachs bei den Neuansiedelungen von Apothekern in den Innenstädten, weil sie dort beispielsweise eine höhere Lebensqualität für sich vorfinden. Es gibt mehr Arbeitsmöglichkeiten für die Partner sowie Schulen und Kitas für die Kinder. Was ja auch ganz verständlich und nachvollziehbar ist.

Das ist im Prinzip doch nur die ganz normale Auswirkung einer seit Jahren in Kauf genommenen Fehlsteuerung.

Leider, denn vor elf Jahren waren wir schon weiter. Damals wurde diese Fehlsteuerung erkannt und sollte auch korrigiert werden. So wollte der Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler die Beratung in der Apotheke steigern, verpflichtende Beratungsräume einführen und die Freiwahlfläche reduzieren.

In einem nächsten Schritt sollte dann die Therapie noch stärker unterstützende Beratung gesondert vergütet werden.

Was passierte? Der Aufschrei der Heilberufler war riesengroß, die dieses Ansinnen der Politik als einen Eingriff in ihre kaufmännische Tätigkeit begriffen. Das Problem ist, dass die Apotheker sich einmal als Heilberufler, das andere Mal als Kaufleute verstehen, immer so wie es am besten passt. Ihnen fehlt eine eindeutige Positionierung ihres Berufsstandes.

Warum waren Sie denn gegen Beratung?

Beratung hat doch nur dann einen Effekt, wenn sie auf einer Evidenzgrundlage basiert. Was nicht so einfach ist, wenn es keine Vergleichsmöglichkeit und Transparenz gibt, zum Beispiel über eine elektronische Patientenakte, die bei uns übrigens schon vor zehn Jahren eingeführt wurde.

Ist denn die Vor-Ort-Beratung in einer Apotheke besser als per Video?

In der aktuellen politischen Diskussion wird argumentiert, dass der Apotheker den Patienten besser „therapieren“ kann, wenn er vor ihm steht. Das aber ist völliger Nonsense, weil kein Apotheker einem vor ihm stehenden Patienten ansehen kann, ob er krank ist oder wird. Das ist nicht die Aufgabe des Apothekers, sondern die des Arztes! Der Apotheker muss sich auf das Arzneimittelmanagement konzentrieren, was er – da heißt sich die Katze in den Schwanz – aber nur dann kann, wenn er das nötige Instrumentarium hat. Dies besitzt der Vor-Ort-Apotheker jedoch oft nicht. DocMorris hingegen schon.

Was bedeutet denn die Erlaubnis der Rx-Boni durch das EuGH aus dem Oktober letzten Jahres für DocMorris?

Im Bereich der rezeptpflichtigen Medikamente konnte seit dem Urteil erstmals seit dem Bonusverbot 2012 eine positive Neukundenentwicklung herbeigeführt werden. Im ersten Quartal 2017 wuchs das Rx-Geschäft mit dem Markt, der Umsatz konnte um 6 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gesteigert werden. Im OTC-Segment erhöhte sich der Umsatz zwischen Januar und Ende März um 45 Prozent. Insgesamt wuchs der Umsatz von DocMorris im ersten Quartal 2017 um 17 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum.

May, Bauer und Dettling schreiben aber nun in ihrem Gutachten, dass

schon heute etwa 25 Prozent der Rezepte erst zwei Tage nach der Verschreibung durch den Arzt in Apotheken vor Ort eingelöst würden und „mindestens die Versorgung mit diesem Nicht-Akutbedarf aufgrund von Preisanreizen zu Versandapotheken abwandern“ könnte.

25 Prozent bei Rezepten für die Versandapotheken, ist bei den Strukturen, die wir heute haben, auf lange Zeit sehr unrealistisch und wir sollten daher die Realität betrachten. Seit dem EuGH-Urteil hat DocMorris im Rx-Umsatz um 6 Prozent zugelegt. Das klingt auf den ersten Blick ganz ordentlich, was sich aber relativiert, wenn man weiß, dass im gleichen Zeitraum der Markt der verschreibungspflichtigen Arzneimittel auch um rund 6 Prozent gewachsen ist. Das Wachstum generiert sich aus demografischen Gründen, denn unsere älter werdende Gesellschaft braucht nun einmal mehr Medikamente. Das ist aber auch schon alles.

Und weit entfernt von einer Umsatzexplosion.

Genau. Der Rx-Umsatz auf dem deutschen Apothekenmarkt im Jahre 2003, das heißt vor der Zulassung des Arzneimittelversandhandels durch die deutsche Bundesregierung, betrug 24 Milliarden Euro. Bis zum letzten „Boni-Jahr“ 2012 ist der Rx-Versandhandelsumsatz von EU-ausländischen Versandapotheken auf maximal 400 Millionen Euro gestiegen. In demselben Jahr betrug der Rx-Umsatz auf dem deutschen Apothekenmarkt 34 Milliarden Euro – der Anteil der EU-Versandapotheken daran: rund 1 Prozent. In acht Jahren ist es diesen Versandapotheken trotz Boni nicht gelungen, einen höheren Marktanteil zu erzielen. Auch nach dem EuGH explodieren die Umsätze nicht, sondern wir wachsen mit dem Markt.

Was würde das denn das für die einzelne Apotheke bedeuten?

Für die deutsche Vor-Ort-Apotheke bedeutet dies, dass sie keinen bestehenden Rx-Umsatz an Versandapotheken verliert. Nur das zukünftige Wachstumspotenzial wird unter Umständen minimal begrenzt. Keine deutsche Vor-Ort-Apotheke, auch keine noch so kleine, muss wegen eines derart marginalen Betrages den Markt verlassen. Der Vollständigkeit halber sollten wir auch die Zahlen der ABDA betrachten, die in ihren Berichten darlegt, dass der Umsatz und das Betriebsergebnis der sogenannten Durchschnittsapotheke in den letzten vier Jahren um 12,7 Prozent von 126.000 auf 143.000 Euro gestiegen ist. Gleichzeitig ist der Durchschnittsumsatz von 1,8 auf 2,2 Millionen gewachsen. Allein in dieser Legislaturperiode wurde über eine Milliarde Euro an neuer Vergütung an Vor-Ort- und Versandapotheken ausgeschüttet.

Wie stark wird denn DocMorris wachsen?

Natürlich gibt es ein weiteres Wachstumspotenzial, aber eben keine Verdoppelung oder Verdreifachung. Das war, ist und bleibt völlig illusorisch, weil wir bei unserem Geschäftsmodell über gelerntes Verhalten reden, das sich nach 17 Jahren Versandhandel und Onlineapotheke entwickelt hat. Die Kunden haben sich an den Prozess gewöhnt und ihn auch verstanden. Geholfen hat uns sicher auch die große öffentliche Aufmerksamkeit nach dem EuGH-Urteil, denn so haben viele erst erfahren, dass es eine Alternative zu den Vor-Ort-Apotheken gibt, die man mal ausprobieren kann. Und natürlich bestellen diese Kunden in Teilen auch wegen des Bonus bei uns. Ich sage aber ganz bewusst „in Teilen“, weil sie nur dann DocMorris-Kunden bleiben, wenn Qualität, Service und Beratung stimmen.

Stichwort: Elektronische Patientenakte.

Gibt es bei DocMorris seit 2009 und erlaubt uns einen nahezu 360-Grad-Blick auf den Kunden. Dank der Patientenakte können wir unsere Kunden noch individueller und besser beraten. Auch die Sicherheit für den einzel-

nen Patienten wird dadurch erhöht, da wir so zum Beispiel täglich viele Doppelverordnungen aufdecken können. Häufig erhalten wir völlig korrekte Rezepte, die wir jedoch nicht bedienen, weil wir aufgrund der vorliegenden Medikationshistorie sehen können, dass der Patient dieses Arzneimittel schon von einem anderen Arzt verordnet bekommen hat. Selbstverständlich informieren wir dann den Patienten und mit seinem Einverständnis auch die behandelnden Ärzte.

Rein formal hätten Sie das Rezept natürlich bedienen und damit Umsatz machen können.

Ja, aber das verstößt gegen unsere pharmazeutischen Leitlinien und das würde auch keine Vor-Ort-Apotheke tun, wenn sie davon Kenntnis erlangt.

Wollen Sie eine Diskussion um Qualität, Service, Beratung und Versorgungsstrukturen führen?

Immer. Wir müssen sie aber auch ehrlich und an Fakten orientiert führen! Digitalisierung ist ein Handwerkszeug, ein Tool, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Sie ist aber vor allem kein Zauberwort oder gar ein Ersatz für eine dringend notwendige Strukturdebatte. Und: Sie ist kein Ersatz für den Menschen. Digitalisierung unterstützt den Menschen und unterstützt ebenso den Heilberufler, der sich dann wieder mehr seiner kurativen Tätigkeit widmen kann.

Was ist denn mit Ihrer Videoberatung mit Arzneimittelabgabe im Odenwälder Ort Hüffenhardt, dessen einzige Apotheke seit 2015 geschlossen ist?

Alle reden über die Förderung und Attraktivität im ländlichen Raum, aber wenn neue digitale Lösungen zur Versorgung der Bevölkerung umgesetzt werden, dann sind die Apotheker dagegen. In Hüffenhardt haben wir nach Abstimmung mit dem Bürgermeister und der Gemeinde ein alternatives und digitales Versorgungskonzept in Form einer Videoberatung mit Arzneimittelabgabe für die Hüffenhardter umgesetzt, ohne Steuergelder. Erst als wir unsere Pläne angekündigt haben, wurde die Rezeptsammelstelle von den Apothekern im Ort installiert und wir zum Zeitpunkt der Eröffnung des Services umgehend verklagt.

Von wem?

Vom Landesapothekerverband Baden-Württemberg, von einer in Nordrhein-Westfalen ansässigen Versandapotheke sowie mehreren Apotheken, im Zusammenspiel mit der Noweda, einem apothekeneigenen pharmazeutischen Großhändler.

Der sich damit rühmt, dass er zu 100 Prozent Apotheken gehört.

Und der auch im Ausland Apotheken gekauft hat, und die Dividende, die er aus Europa und dem Binnenmarkt bekommt, an die an ihm beteiligten deutschen Apotheker ausschüttet. Das ist eigentlich das Verrückteste an dieser ganzen Debatte.

Ist denn die Videoberatung mit Arzneimittelabgabe nun verboten?

Aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung mussten wir vorläufig schließen. Allerdings haben wir beim Verwaltungsgericht in Karlsruhe Klage erhoben. Dieses Verfahren läuft noch. Dort möchten wir elementare Rechtsfragen zu alternativen und digitalen Versorgungskonzepten klären lassen, die für die künftige Arzneimittelversorgung speziell in ländlichen Regionen von großer Bedeutung sind.

Was kommt in der Zukunft?



Das kann ich Ihnen auch nicht sagen. Sicher ist jedoch, dass wir Experimentierräume brauchen, um neue Modelle und alternative Versorgungskonzepte zum Wohl der Bevölkerung auszuprobieren.

Wie viel potenzielle Stellen für solche „Alternativen“ gibt es denn in Deutschland?

Man kann, je nachdem wie man Versorgungsnähe definiert, von zahlreichen Kommunen – deutschlandweit verteilt – ausgehen, in denen es schon heute Versorgungsschwierigkeiten gibt oder bald geben wird. Im Apothekenmarkt bieten aktuell über 1.200 Rezeptsammelstellen einen Anhaltspunkt. Die Erlaubnis zum zeitlich befristeten Betrieb einer Rezeptsammelstelle wird durch die zuständige Behörde erteilt, wenn zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von abgelegenen Orten/Ortsteilen ohne Apotheken eine Rezeptsammelstelle erforderlich ist.

Bieten Sie auch Adhärenz- und Compliance-Programme an?

Ja. Diese entwickeln und realisieren wir in Zusammenarbeit mit pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen. Namen kann ich leider noch nicht nennen, da die Evaluationen noch laufen.

Funktionieren sie denn?

Sie funktionieren nachweislich. Das zeigen unsere eigenen Auswertungen. Teilnehmer haben im Schnitt eine 16 Prozent höhere Therapietreue als Nicht-Teilnehmer.

Eigentlich müsste doch die Apothekerschaft dankbar sein, wenn endlich jemand den Zusammenhang zwischen Adhärenz und Compliance und Apothekenversorgung beweist.

Das sehen die Vor-Ort-Apotheker nicht so.

Aber wer hätte das denn sonst erforschen können?

Das ist doch genau unsere These: Anstatt sich länger gegenseitig argumentativ das Leben schwer zu machen, sollte man gemeinsam nach vorne denken. Der Arzneimittelmarkt wird aufgrund der demografischen Effekte so oder so wachsen und die meisten Kunden der niedergelassenen Kunden bleiben doch auch der Apotheke vor Ort treu. Aber man könnte doch gemeinsam unsere Erfahrung und unsere größere Einheit nutzen, um davon zu profitieren – im Sinne des Kunden und im Sinne einer besseren

Versorgungsqualität. Aber in der aufgeheizten Atmosphäre von gestern und auch noch heute sind wir noch weit davon entfernt. Eigentlich schade – hauptsächlich für den Patienten.

Wie viele Apotheken repräsentiert DocMorris eigentlich, wenn man einmal die ABDA-Normalapotheke nimmt?

Würde man diesen Durchschnittswert nehmen, dann wäre DocMorris so groß wie 150 bis 160 Apotheken, was eine große Menge an Patientenhistorien und Daten ausmacht, die wir, mit dem Einverständnis unserer Kunden, für Versorgungsforschung nutzen.

Wie nutzen Sie die Daten?

Die vorliegenden Routinedaten nutzen wir für Erhebungen im Rahmen der qualitativen Marktforschung, Anwendungsbeobachtungen sowie Patient Reported Outcomes.

Herr Müller, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Digitalisierung ersetzt keine Strukturdebatte“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 36-40; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2026

Max Müller

Der gebürtige Hannoveraner Max Müller bildet seit dem 1. Februar 2013 gemeinsam mit Olaf Heinrich (Chief Executive Officer), Michael Veigel (Chief Financial Officer) und Prof. Dr. Christian Franken (Chief Pharmaceutical Officer) den Vorstand von DocMorris. In der 2013 neu geschaffenen Position des Chief Strategy Officers soll er die Weiterentwicklung des Geschäftsmodells und die Positionierung der Marke bei den Stakeholdern vorantreiben. Müller ist seit über zehn Jahren in der Gesundheitsbranche tätig. Zu Beginn seiner beruflichen Laufbahn hat er Gesundheitsunternehmen zu Fragen der politischen Kommunikation und Regulierung beraten. 2002 begann die Zusammenarbeit mit DocMorris, in einer Phase, als es darum ging, den Arzneiversand auch in Deutschland zu legalisieren. Nachdem das Ziel erreicht war, zog es ihn 2008 zur im MDax notierten Celesio AG. Als Head of External Affairs und Prokurist der Celesio AG war er unter dem damaligen CEO Dr. Fritz Oesterle national und international für den Dialog mit Politik, Gesellschaft und Wirtschaft verantwortlich. Nach der Änderung der strategischen Ausrichtung des Celesio-Konzerns wechselte Müller zu der ebenfalls im MDax gelisteten Rhön-Klinikum AG. Dort war er für die Bereiche Unternehmenskommunikation, Politik und CSR zuständig.

Die Techniker Krankenkasse zur Digitalisierung von Versorgungsprozessen

Nutzen und Wirksamkeit digitaler Anwendungen

Digitale Anwendungen sind mittlerweile ein integraler Bestandteil alltäglicher Kommunikation und werden in vielen Lebens- und Geschäftsbereichen verwendet, um Abläufe zu optimieren und Angebote zu verbessern. Das Smartphone beispielsweise ist mittlerweile zum zentralen Kommunikationsmittel avanciert (Messenger-Dienste, Bankgeschäfte, Routenplanung). Dieser Trend macht sich zunehmend auch im Gesundheitswesen, insbesondere in der Gesundheitsversorgung bemerkbar. Es gibt mittlerweile mehr als 400.000 mobile Health-Care-Apps, dazu unzählige Webseiten und Portale, die u.a. dazu beitragen, Prozesse effizienter und zeitgemäßer zu gestalten. Dabei geht es zunehmend nicht nur um Fitness, sondern auch um digitale Gesundheitsinformationen und -services zu nutzen und sogar die eigene Krankheit zu managen. Verstärkt wird dieser Trend durch einen Wandel der Patientenrolle vom passiven Rezipienten hin zum informierten und mündigen Patienten und Nachfrager, der für sich oder Angehörige relevante Gesundheitsinformationen unter Nutzung moderner Techniken recherchiert. Aber auch Ärzten bieten sich große Chancen in der Digitalisierung der Strukturen im Gesundheitswesen insbesondere hinsichtlich Vernetzung, computergestützter Therapie und Assistenzsystemen. Von der Digitalisierung der Terminvereinbarung über eine Internettherapie bis hin zu einem Online-Coaching werden nachfolgend drei ausgewählte Praxisbeispiele der Techniker Krankenkasse (TK) näher vorgestellt, in denen Versorgungsprozesse bereits erfolgreich digitalisiert wurden.

>> Der klassische Weg, einen Arzttermin zu vereinbaren ist der Telefonanruf in der Praxis. Die damit verbundenen Limitationen hat jeder Patient schon erlebt. Die Terminvereinbarung kann nur während der Öffnungszeiten erfolgen und bedingt eine freie Telefonleitung sowie eine Person in der Praxis, die den Anruf entgegennehmen kann. Eine Digitalisierung des Terminvereinbarungsprozesses kann diese Limitationen aufheben. Möglich machen dies browserbasierte Online-Terminbuchungssysteme, in denen die Praxis festlegt, wann welche Termine für eine Online-Buchung freigegeben werden, und von Patienten über einen öffentlich zugänglichen Online-Kalender mit wenigen Klicks gebucht werden können. Eine Online-Terminbuchung hat für Patienten und Praxis mehrere Vorteile: Die Praxis ist für eine Terminvereinbarung rund um die Uhr erreichbar, ohne dass dafür Personal vor Ort sein muss. Jeder online gebuchte Termin ist ein Anruf weniger, den das Praxispersonal entgegennehmen muss. Das entlastet den Anrufbeantworter und erspart den Aufwand für manuelle Terminanfragen, die per E-Mail ankommen. So bleibt mehr Zeit für andere wichtige Dinge. Und für den Patienten wird der Zugang zu einem Arzttermin deutlich vereinfacht.

2011 startete die TK 2011 zunächst ein einjähriges Pilotprojekt. Daran haben sich 92 Ärzte aus vier Fachrichtungen in Berlin beteiligt, die ihren Patienten eine Online-

Terminbuchung angeboten haben. Eine anschließende Befragung von Ärzten und Patienten hat ergeben: Für 85 Prozent der Patienten ist die Online-Terminbuchung eine dauerhafte Alternative zum Telefonanruf. 85 Prozent der Ärzte haben bestätigt, dass die Online-Terminbuchung eine Arbeitserleichterung für ihr Personal darstellt. Deshalb wurde das Projekt als festes Angebot „TK-ArztterminOnline“ etabliert und dabei erweitert auf alle Fachrichtungen im gesamten Bundesgebiet und unabhängig von der Nutzung eines bestimmten Online-Terminbuchungssystems. Das TK-Portal verlinkt in die jeweiligen Buchungssysteme der Ärzte. Mit einigen Anbietern wurden Webschnittstellen eingerichtet, die eine Terminvorschau ermöglichen. Bereits auf der Suchergebnisseite im TK-Portal werden die nächsten freien Termine der Ärzte angezeigt, die eines der vorgenannten Systeme verwenden. Für den Nutzer entsteht somit eine Transparenz über die noch freien Termine in seiner Stadt oder Region und erleichtert das Finden eines passenden Termins, da Nutzer nicht erst die einzelnen Kalender der Ärzte durchklicken müssen.

Die TK unterstützt Ärzte aktiv beim Einstieg in die Online-Terminbuchung im Rahmen einer Förderstudie. Wer sich verpflichtet, ein Jahr lang zusammen mit seinen Patienten eine Online-Terminvergabe zu testen und sich an einer Befragung zu seinen Erfahrungen beteiligt, erhält von der TK eine Förderung in Höhe von 120 EUR. Mit dieser Summe können je nach System und Tarif die Kosten für eine Online-Terminbuchung teilweise oder vollständig gegenfinanziert werden. Von 517 Ärzten, die in 2013 und 2014 teilgenommen haben, liegen auswertbare Fragebögen vor (Rücklaufquote von 85 Prozent bei 607 Stu-

dienteilnehmern insgesamt). Den benötigten Zeitaufwand zur Einrichtung und Konfiguration des Buchungssystems empfanden 49 Prozent als „gering“ oder „eher gering“. Weitere 40 Prozent empfanden den Zeitaufwand als „angemessen“. Zwei Drittel (67 Prozent) bestätigten, dass die Online-Terminbuchung von ihren Patienten gut angenommen worden sei. 80 Prozent der Ärzte würden die Online-Terminbuchung ihren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen. Eine interne Auswertung der TK hat zudem gezeigt, dass 80 Prozent der ehemaligen Studienteilnehmer auch ein Jahr nach dem Ende der TK-Förderung weiterhin eine Online-Terminbuchung anbieten. Verschiedene Berufsverbände fungieren als Kooperationspartner der TK als Multiplikatoren und werben unter ihren Mitgliedern für die Idee der Online-Terminvergabe. Anfang 2016 waren gut 3.000 Ärzte bei „TK-ArztterminOnline“ verzeichnet. Das entspricht rund zwei Prozent der niedergelassenen Ärzte in Deutschland. Trotz aller bislang erzielten Erfolge ist es also noch ein langer Weg, bis die Online-Terminbuchung zu einem Standard in der ambulanten Versorgung wird. Die repräsentative Bevölkerungsumfrage in der SmartHealth-Studie 2016 der TK zeigt, die Patienten darüber denken. Bereits jetzt regelt einer von zehn Befragten Dinge wie Terminvereinbarungen oder Rezeptwünsche online mit ihrer Arztpraxis, 39 Prozent können sich schon jetzt gut vorstellen. Und 83 Prozent glauben, dass Onlinekommunikation mit der Arztpraxis in zehn Jahren selbstverständlich sein wird.

Interessierte Ärzte finden auf tk.de einen FAQ-Katalog zur Online-Terminbuchung und einen kurzen Informationsfilm. Gemeinsam mit ihren Partnern wird sich die TK weiterhin

Literatur

1. Wohlers, K: #SmartHealth – Wie smart ist Deutschland? www.tk.de, Webcode 915488
2. Zagorscak, P, Heinrich, M, Sommer, D, Haug, R, Knaevelsrud, C: Abschlussbericht zum TK-DepressionsCoach. www.tk.de. Webcode 945750

dafür einsetzen, dass möglichst viele Versicherte auf zeitgemäße Art und Weise über das Internet mit ihren Arztpraxen kommunizieren und Termine vereinbaren können.

Stotternde profitieren auch von Teletherapie

Das Institut der Kasseler Stottertherapie und die TK haben im Herbst 2014 ein telemedizinisches Versorgungsprojekt im sprachtherapeutischen Bereich gestartet. Mittels Teletherapie können Stotternde erstmals in ihrem häuslichen Umfeld therapiert werden. Dafür agieren Patient und Therapeut über eine Audio-Video-Anbindung synchron in einem „virtuellen Therapieraum“ über eine Online-Plattform miteinander, die speziell an die sprachtherapeutischen Anforderungen angepasst wurde und eine Durchführung effektiver, virtueller Meetings und Trainings – als Einzel- oder Gruppensitzung – unter realitätsnahen Bedingungen ermöglicht. In der Teletherapie werden nahezu alle Therapieinhalte vermittelt, wie in der Präsenztherapie auch. Die onlinegerechte Modifikation der einzelnen Elemente und Phasen der Therapie geschieht unter dem Einsatz adäquater technischer Hilfsmittel (wie Headset, Computer mit Webcam) sowie einer speziell entwickelten Online-Therapie-Plattform „freach“. Während sich die Teletherapie in den Einzelsitzungen durch fokussiertes, stringentes Arbeiten am Störungsbild auszeichnet, können sich die Patienten in den Gruppensitzungen mit anderen Betroffenen austauschen. Die erarbeiteten Sprechflüssigkeiten sowie Therapieerfolge werden gleichzeitig durch die ergänzende Lernsoftware gefestigt.

Diese Art der Therapie ist für den Betroffenen hochwirksam und nachhaltig. Hieraus resultieren zahlreiche monetär nicht bewertbare, sogenannte intangible Effekte. Dazu zählen einerseits verminderte psychosoziale Belastungen und eine geringere Morbidität und andererseits eine gesteigerte Lebensqualität. Dabei hat die Therapie im häuslichen Umfeld weitere Vorteile für den Patienten. Dem Patienten gelingt es besser, das Erlernte mit dem Alltagsleben zu verbinden. Hierbei spielt besonders der hohe Selbstmanagementanteil der ausgelagerten Übungsanteile mit der Übungssoftware eine Rolle. Das gesamte Therapiekonzept der Teletherapie setzt auf strukturierte Nachsorge und nachhaltiger Sicherung von Therapieerfolgen.

Die Teletherapie nimmt Einfluss auf die Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen und besitzt damit ein großes Poten-

zial, substanzielle Kosteneinsparungen bei gleichbleibender Qualität zu generieren. Sie ist eine Alternative zur präsenztherapeutischen Behandlung, d.h. es entstehen keine zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen und bedient damit den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Ein bedeutender Vorteil telemedizinischer Anwendungen ist dessen Skalierbarkeit. Durch den Therapieablauf in Form der Telepräsenz können auch sog. Skaleneffekte (Größenvorteile) entstehen. Diese werden ausgelöst durch eine Fixkostendegression, d.h. der Ressourcenverbrauch pro Patient sinkt, da sich Fixkosten auf mehr Patienten verteilen. Zudem kann die Teletherapie Distanzen überbrücken und damit die Versorgung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen sicherstellen und damit regionale Unterschiede in der Behandlungsqualität aufheben. Individuelle Vorteile für Patienten ist die maximale zeitliche und räumliche Flexibilität – die Online-Therapie lässt sich gut in den Alltag des Betroffenen integrieren: Mittels Online-Therapie können also Patienten erreicht werden, die aus zeitlichen, psychologischen oder organisatorischen Gründen nicht teilnehmen können.

Zur Sicherstellung der Qualität und Evidenz der „Teletherapie Stottern“ wurde im Rahmen einer prospektiven, kontrollierten Interventionsstudie ein Wirksamkeitsvergleich von reiner Teletherapie und Präsenztherapie nach dem „Blended Learning“-Konzept unter der Hypothese der Nicht-Unterlegenheit durchgeführt. Als Studienendpunkte für den Wirksamkeitsvergleich wurden die objektiven Sprechunflüssigkeit (Anteil gestotterter Silben) und die subjektive Einschätzung der Patienten anhand eines validierten Fragebogens zur psychosozialen Belastung (OASES) definiert. Die Interventionsstudie zeigt, dass die Teletherapie ein adäquater Ersatz – also gleich wirksam – für die Präsenztherapie ist. Die Auswertung der Daten vor und nach der teletherapeutischen Intensivphase zeigen bereits, dass die Patienten von der Teletherapie profitieren. Im Mittel konnten sie ihre Sprechunflüssigkeiten sehr stark reduzieren. Auch die psychosoziale Belastung durch das Stottern, gemessen anhand des OASES, konnte in der Gruppe deutlich vermindert werden.

Online-Programme mit individueller Betreuung sind bei Depressionen wirksamer als reine Mensch-Maschine-Kommunikation

Onlinebasierte Programme für Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden in den

letzten Jahren immer bekannter. Es wird international und inzwischen auch in Deutschland viel zum Thema geforscht; zudem haben kommerzielle Anbieter den Markt betreten. Der Tenor der zahlreichen wissenschaftlichen Studien ist: Die Programme können erstaunliche Effekte erzielen, insbesondere bei Depressionen und Angsterkrankungen. In den Niederlanden oder in Schweden gehört Online-Psychotherapie bereits zum regulären Versorgungsangebot. Der Ansatz wirkt innovativ und vielversprechend. Aber: Funktioniert ein solches Programm in der deutschen Versorgungsrealität? Lassen sich die Effekte der Studien replizieren? Wie kann die Datensicherheit gewährleistet werden? Und nicht zuletzt: Sich zunächst via Internet mit seiner Erkrankung auseinanderzusetzen anstatt im persönlichen Kontakt zu einem Therapeuten, wollen Betroffene das überhaupt? Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, startete die TK im Jahr 2013 eine Kooperation mit der Freien Universität Berlin. Unter Leitung von Prof. Christine Knaevelsrud, die bereits seit vielen Jahren zum Thema Online-Therapie forscht, entstand der TK-DepressionsCoach. Seit 2014 befindet sich das Programm in der Pilotierung, die von der FU wissenschaftlich begleitet und evaluiert wird.

Ziel des TK-DepressionsCoach ist die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen bei Menschen mit leicht- bis mittelgradigen Depressionen. Die inhaltliche Basis bildet das klassische kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept, das sich durch die Möglichkeiten von Internet und neuen Medien optimal umsetzen lässt. Das Coaching beginnt mit einem umfangreichen Online-Assessment, bei dem festgestellt wird, ob das Programm grundsätzlich geeignet ist. Die so gewonnenen Informationen werden durch ein telefonisches Interview mit einem speziell geschulten Psychologen der Freien Universität Berlin validiert. Stellt sich im Telefonat heraus, dass das Coaching für den Betroffenen in der aktuellen Lebenssituation nicht geeignet ist, erfolgt eine Beratung zu alternativen Unterstützungsangeboten vor Ort. Für alle anderen startet das Coaching: Innerhalb von ca. sechs Wochen durchlaufen die Teilnehmer ein strukturiertes Aufgabenprogramm, erledigen Schreibaufgaben und absolvieren multimediale Audio- und Videotrainings. Eine zentrale Frage der Pilotphase lautete: Ist eine individuell begleitete Intervention durch einen entsprechend geschulten Psychologen „am anderen Ende“ erfolgreicher als die reine Mensch-Maschine-Kommunikation? Beide Varianten gibt es auf dem Markt. Aus diesem

Grund wurden die gut 1.000 teilnehmenden TK-Versicherten auf zwei Studienarme randomisiert. Im „automatisierten“ Arm gab es individuelle Rückmeldungen nur auf Anforderung; im anderen Studienarm erhielten die Teilnehmer wöchentlich ein ausführliches schriftliches Feedback. Psychologen und Teilnehmer kommunizierten dabei verschlüsselt über ein passwortgeschütztes Online-Portal auf einem speziell gesicherten Server außerhalb der TK. Um maximale Datensicherheit zu gewährleisten, wurde das aus dem Online-Banking bekannte mTAN-Verfahren verwendet. Für die Therapeuten bedeutete das: Vor jedem Login mussten sie zunächst eine TAN-Nummer anfordern. Dieses aufwendige Verfahren hat sich bewährt; denn viele Menschen fanden das Angebot interessant und wollten gerne teilnehmen, hatten aber Bedenken in Sachen Datensicherheit. So gehörte dieses Thema zu den häufigsten Anliegen, mit denen sich Interessierte vor Beginn des Coachings an die Berater wandten. Nach Erläuterung des zugrundeliegenden Datenschutzkonzepts waren fast alle Interessierten zur Teilnahme bereit.

Die Evaluationsergebnisse der FU Berlin zeigen eindrucksvoll: Das Coaching wirkt. In beiden Gruppen kommt es zu einer signifikanten Reduktion der depressiven Symptomatik. In der betreuten Variante fällt der Effekt jedoch deutlich größer aus, die Abbruchquote ist niedriger, Zufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft sind höher. Neben der quantitativen Evaluation waren die zahlreichen individuellen Rückmeldungen der Versicherten aufschlussreich, die am Ende des Coachings via Freitextfeld gegeben werden konnten. Die Teilnehmenden bewerteten das Angebot sehr positiv. Sie schätzten vor allem den leichten und unkomplizierten Zugang ohne Terminvereinbarung und Wartezeiten. Vielen sind verhaltenstherapeutische Übungen bekannt. Die Möglichkeit, sie online ohne Papierkram durchführen, sie speichern und immer wieder ansehen zu können, empfinden viele als praktisch und motivierend. Bemängelt wurde eine zu starke Standardisierung bzw. fehlende Individualisierung und Flexibilität des Programms. Erwartungsgemäß wurde dieser Kritikpunkt in der automatisierten Variante häufiger geäußert. Unser Fazit: Was durch Forschung bereits vielfach belegt ist, zeigt sich auch in unserem Pilotprojekt: Online-Beratung bei Depressionen wirkt. Bleibt die Frage: Wie muss sie beschaffen sein, damit Menschen sie auch nutzen? Die Ergebnisse des Projekts legen Folgendes nahe:

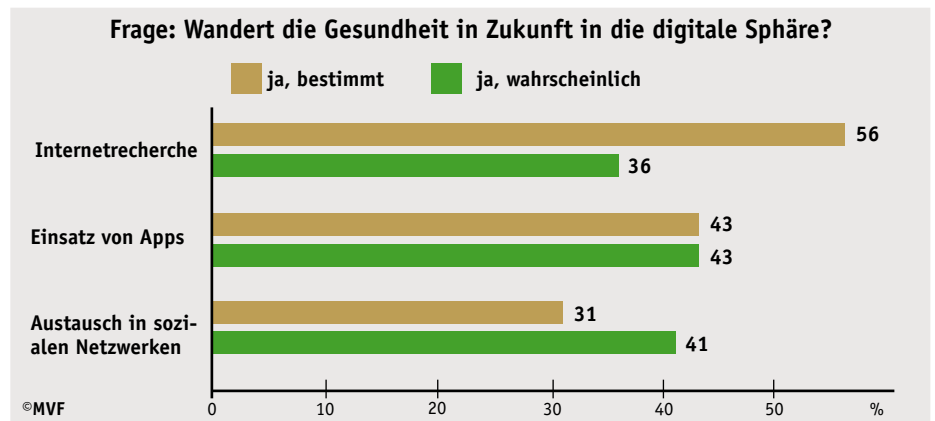


Abb. 1: Gesundheit in digitalen Sphären? In zehn Jahren wird dies ganz alltäglich sein. Die Mehrheit geht davon aus, dass die Information und der Austausch über Gesundheitsthemen im Netz sowie der Einsatz von Gesundheits-Apps in zehn Jahren fest zu ihrem Alltag gehören.
Quelle: #SmartHealth-Studie der Techniker Krankenkasse, 2016

- Online-Programme müssen benutzerfreundlich und intuitiv bedienbar sein. Und (auch wenn es um ein ernstes Thema geht): Sie müssen Spaß machen.
- Der Nutzer muss nachvollziehen können, dass seine Daten zu jeder Zeit sicher sind und dass das Programm seriös und fundiert ist, d.h. dass es bestimmte (noch zu definierende) Qualitätsstandards erfüllt. Letzteres betrifft sowohl die inhaltliche und technische Gestaltung als auch die Qualifikation der Berater.
- Der Faktor Mensch ist entscheidend. Programme mit individueller Betreuung sind wirksamer als solche, die auf reiner Mensch-Maschine-Kommunikation basieren.

Die Teilnehmer wünschen sich ein Programm, das möglichst flexibel auf ihre individuellen Bedürfnisse eingeht. Die meisten Online-Angebote – so auch der TK-DepressionsCoach – bieten bisher nur „One-Fits-All-Lösungen“, d.h. es gibt ein standardisiertes Programm, das für alle Teilnehmer exakt gleich abläuft. Zukünftige Forschung sollte flexible, modular aufgebaute und idealerweise lernende Systeme fokussieren, die jedem Teilnehmer ein personalisierbares Programm zur Verfügung stellen können. Die Flexibilisierung bedeutet aber auch, dass bei Bedarf eine Überführung in eine persönliche Therapie vor Ort möglich ist. Online-Programme sollten daher im Sinne eines Stepped-Care-Ansatzes Teil eines Gesamtbehandlungsangebotes sein, das auf den individuellen Bedarf des Nutzers abgestimmt werden kann.

Fazit und Ausblick

Die dargestellten Beispiele zeigen: Es geht

nicht um das „Ob“, sondern vielmehr um das „Wie“ digitale Versorgung gestaltet wird. Und um das „Wer“. Die TK wird die aktuellen und zukünftigen Entwicklungen aktiv mitgestalten und baut, auch im Rahmen des Innovationsfonds, digitale Versorgungsangebote aus. Die TK setzt sich dafür ein, wie die Einführung telemedizinischer Anwendungen erleichtert werden kann und erarbeitet Vorschläge für die für die Zulassung und Bewertung von Gesundheits-Apps. Kontinuierlich werden auch die eigenen Geschäftsprozesse digitalisiert, wie beispielsweise das Hochladen von AU-Bescheinigungen. Und die TK entwickelt schon jetzt für ihre Versicherten das Angebot einer elektronischen Gesundheitsakte (eGA). Mit der eGA verbindet laut SmartHealth-Studie eine große Mehrheit von 91 Prozent vor allem die Hoffnung auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und Therapeuten. Denn damit Abläufe im Gesundheitswesen effizienter und transparenter gestaltet werden können, bedarf es einer digitalen Vernetzung aller relevanten Akteure.

von:
Mandy Kettlitz,
Dr. Anne Moschner,
Dr. Thomas Ruprecht,
Dr. Thomas Nebling,
Dr. Beate Bestmann*

* alle Autoren sind Mitarbeiter der Techniker Krankenkasse (TK)

Zitationshinweis

Kettlitz et al.: „Nutzen und Wirksamkeit digitaler Gesundheitsanwendungen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17), S. 41-43; doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2031



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Deutscher Kongress Versorgungsforschung (DKVF) 2017

DKVF: Die Programm-Highlights

Die Auswirkungen einer älter werdenden Gesellschaft, gekennzeichnet durch die Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, der drohende Ärztemangel auf dem Land, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, Digitalisierung im Gesundheitswesen – längst schon gehören diese Themen zum Alltag gesundheitspolitischer Entscheider. Gefragt sind flexible Lösungen, die die regionalen Besonderheiten berücksichtigen und sich am Bedarf der Patienten orientieren. „Zukunft regionale Versorgung“ – so lautet das Motto des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) vom 4. bis 6. Oktober 2017 in Berlin. Im Mittelpunkt stehen unter anderem innovative Versorgungskonzepte, neue Formen der Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie Ansätze aus e-Health und Telemedizin. Zu den Prioritäten beim DKVF 2017 zählt außerdem die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

>> Mit einem jährlichen Fördervolumen von 300 Millionen Euro bis 2019 stellt der Innovationsfonds einen Meilenstein in der öffentlichen Finanzierung neuer Versorgungskonzepte dar. Im Förderzeitraum stehen jährlich 225 Millionen Euro zur Förderung neuer Versorgungsformen zur Verfügung, weitere 75 Millionen Euro werden für wissenschaftliche Vorhaben aus der Versorgungsforschung ausgeschüttet. Dazu kommen Fördermittel des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum Aufbau von Kompetenznetzen in der Versorgungsforschung und für die Medizininformatik an Universitätskliniken. Am zweiten Kongresstag stellen die erfolgreichen AntragstellerInnen ihre Projektideen im Rahmen verschiedener Sitzungen vor. Bei anschließenden Netzwerktreffen im World Café besteht die Möglichkeit zur Diskussion inhaltlicher und methodischer Fragen untereinander und mit ausgewählten ExpertInnen.

Innovative Versorgungskonzepte stehen im Fokus zweier weiterer Vortragssessions und einer Postersitzung. Gefragt sind dabei Machbarkeit, die Bedeutung regionaler Konzepte für die Versorgung und Möglichkeiten zur Überwindung von Barrieren bei der Umsetzung dieser Konzepte, vor allem an der Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Einige Modelle, zum Beispiel bei der Versorgung Demenzkranker, sind bereits gut untersucht. Wer sich dafür interessiert, sollte Session und Poster zum Thema „Neurodegenerative Erkrankungen“ auf keinen Fall verpassen.

Zukunft e-Health in der regionalen Versorgung

Für die Gesundheitsversorgung der Zukunft, gerade in ländlichen Räumen, ist der Einsatz digitaler Technologien ein wichtiger Lösungsansatz. Die Lösungen sind vielfältig: Sie umfassen die elektronische Patientenakte ebenso wie Telemedizin, Telekonsultation, Telediagnostik, Telemonitoring, Telecoaching und internetbasierte Tools zum Selbstmanagement der Patienten. Alle diese Bereiche werden erforscht; einige der entwickelten Modelle stehen unmittelbar vor der Praxistauglichkeit. Davon kann man sich auf dem DKVF 2017 in zwei wissenschaftlichen Sessions und einer Postersession überzeugen.

Neue Formen der Arbeitsteilung

Um die Krankenversorgung flächendeckend und dauerhaft zu sichern, müssen vorhandene Ressourcen noch besser genutzt werden. Arzt oder Ärztin können zum Beispiel zahlreiche Aufgaben an dafür qualifiziertes Personal delegieren; denkbar ist auch, dass sie künftig Aufgaben an eine andere Berufsgruppe abgeben, die ohne ärztliche Oberaufsicht tätig wird und selbst abrechnet. Diese Arbeitsteilung ist international erprobt und gut etabliert, in Deutschland aber bislang nur in Modellprojekten möglich. Einer interprofessionellen Kooperation und Arbeitsteilung gehört aber die Zukunft. Die rechtlichen As-

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, anlässlich der Bundestagswahl hat der Vorstand ein Positionspapier unter dem Titel „Versorgungsforschung - Potential nutzen & Qualität sichern“ mit 11 Maßnahmen erarbeitet und mit dem BMG diskutiert.* Viele Mitglieder des DNVF haben sich an Publikationen und Stellungnahmen beteiligt. Herzlichen Dank dafür.



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

Doch nun zum Wichtigsten: Das Programm des Deutschen Versorgungsforschungskongresses (DKVF) 2017 steht. In dieser Ausgabe können Sie sich informieren, was derzeit „in“ ist.

Das Motto „Zukunft regionale Versorgung“ wird in vielen Facetten in unterschiedlichen Formaten beleuchtet. Auch der Innovationsfonds wird bei diesem Kongress eine wichtige Rolle spielen, zumal weitere Ausschreibungen erwartet werden. Ein weiteres Highlight des Kongresses wird das Satellitensymposium des DNVF und des VDI TZ sein. Das Symposium behandelt das Thema: „Nutzenbewertung von Medizinprodukten – aktueller Stand und Perspektiven“ und dient dazu, Theorie und Praxis zusammenzuführen.

Doch ebenso wichtig ist auch der Blick über den Zaun: Wir freuen uns auf viele internationale Gäste und ihre Erfahrungen.

Im Namen des Vorstandes bedanke ich mich an dieser Stelle schon jetzt beim Kongressteam aus Greifswald für sein großes und außergewöhnliches Engagement.

Wir sehen uns!

Ihr

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

pekte der Zusammenarbeit, Anforderungen an moderne Qualifikationen, die Auswertung internationaler Erfahrungen und das interprofessionale Lernen sind die Themen mehrerer Vortragssitzungen aus diesem Bereich.

Trends und Herausforderungen

Wer eine gute Versorgung will, muss wissen, wo die Qualitätsdefizite liegen und welche Verbesserungsmaßnahmen Erfolg versprechen könnten. Der Qual-

itäts- und Patientensicherheitsforschung widmet der Kongress zwei Vortragssessions und eine Postersitzung. Grundlage jeder qualitätsgesicherten, integrierten Krankenversorgung ist eine strukturierte Dokumentation der Behandlung, zum Beispiel in Registern; auch dieses Thema greift der Kongress in zwei Vortragssessions, einer Postersession sowie einem Treffen der deutschen Herzinfarktregister auf.

Neben der Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung stellen gute Information, Transparenz und die Mitentscheidung der Patientinnen und Patienten eigene Versorgungsziele dar. Gerade die Gesundheitskompetenz lässt einer erst kürzlich publizierten Untersuchung zufolge in Deutschland zu wünschen übrig. Der Kongress beleuchtet das Thema in zwei Sitzungen.

Wer sich für die ökonomische Evaluation der Versorgung, z.B. in der Krebsbehandlung oder beim Einsatz von Biologika interessiert, sollte die Vorträge zur Gesundheitsökonomie auf keinen Fall verpassen. Unter dem Titel „Neue Herausforderungen“ greift der DKVF außerdem die Versorgung von Flüchtlingen und Menschen mit Migrationshintergrund auf und präsentiert dazu Zahlen und Ansätze. Für kontrovers diskutierte Versorgungsthemen, etwa der Einrichtung von Registern zum Wirksamkeits-

nachweis oder Substitutionsmodelle, wird es ein Pro- und Contra-Format geben.

Podiumsdiskussionen und Preise

Der DKVF 2017 ist nicht nur die perfekte Plattform für den wissenschaftlichen Austausch, sondern auch für Diskussionen mit gesundheitspolitischen Entscheidern. Gelegenheit dazu bietet sich zum Beispiel am Ende des ersten Kongresstages im Anschluss an Formate des gesundheitspolitischen Satellitensymposiums sowie einer Podiumsdiskussion zur „Patientensicherheit“, die vom Bundesministerium für Gesundheit veranstaltet wird. Beim Gesellschaftsabend des DZNE erfolgen am Ende des zweiten Kongresstages die Verleihungen des Hufeland-Preises sowie des Hans und Ilse Breuer-Forschungspreises durch den Moderatoren Dr. Eckart von Hirschhausen. Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2017 des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung wird bereits am ersten Kongresstag verliehen.

Priorität: Nachwuchs

Durch die verbesserten Fördermöglichkeiten ist die Nachfrage nach gut ausgebildeten VersorgungsforscherInnen in den letzten

Jahren enorm angestiegen. Doch gerade hier besteht Nachholbedarf. Auf dem Kongress treffen sich die in der Versorgungsforschung tätigen Hochschullehrer, um über die bestehenden Angebote in der Aus- und Weiterbildung zu diskutieren.

Das Kongressprogramm hält gleich mehrere Formate speziell für den Nachwuchs bereit. Interessierte können sich in zielgruppenspezifischen Pre-Conference-Seminaren über Karrierewege informieren oder lernen, worauf man bei der Planung des eigenen Projekts achten sollte. Meet-the-Expert/Meet-the-Editor-Sessions lassen Raum für Themen, die sonst oft zu kurz kommen: das Verfassen eines Förderantrags oder die vielen Dinge, die bei der Einreichung einer Publikation zu bedenken sind. Außerdem besteht die Möglichkeit, sich über die nächste Runde der DFG-Nachwuchs-Akademie Versorgungsforschung zu informieren, die jungen WissenschaftlerInnen wieder die Entwicklung eigener Projektideen ermöglicht. Junge Versorgungsforscher können sich mit ihrem eingereichten Abstract um ein Kongressstipendium bewerben, die besten Poster werden mit einem Preis prämiert. Wer seine Abschlussarbeit beim Science Slam vorstellt, hat auch eine Chance auf einen Preis. Mitmachen lohnt sich! <<

Programm DKVF 2017																																																	
Mittwoch, 04.10.2017																																																	
Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00				18:00				19:00				
	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45	00	15	30	45					
Humboldt																																																	
Kleist																	11:45-13:15	Messung von Nutzen und Kosteneffektivität																															
Einstein					08:00-11:30	Pre-Conference PCS 1: Peer Support Workshop „Projektmanagement und Fallstricke in Versorgungsforschungsstudien“								11:45-13:15	Register – Relevant für die Klinische Versorgungsforschung?					13:30-15:00	Deutsche Herzinfarktregister und ihr Nutzen																												
Kepler					08:00-11:30	Pre-Conference PCS 2: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (DNVF-Memorandum)								11:45-13:15	Patientenzentrierte Versorgung – Teil 1					13:30-15:00	Science Slam																												
Newton					08:00-11:30	Pre-Conference PCS 3: Datenschutz in der Versorgungsforschung – Grundlagen und Praxistipps								11:45-13:15	eHealth in der regionalen Versorgung – Entwicklung und Erwartung																																		
Edison					08:30-11:30	Satellitensymposium: Nutzenbewertung von Medizinprodukten – aktueller Stand und Perspektiven								11:45-13:15	Regional Healthcare - Strengthening the Role of General Practitioners (engl.)																																		
Data Café																					13:30-14:30	Data-Café (DC)																											
Austen																	12:00 - 13:00	Pressekonferenz																															
Pasteur					08:00-11:30	Pre-Conference PCS 4: Mixed-Methods-Studien – Grundgedanken, Varianten, Potenziale und Herausforderungen der Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden für die Versorgungsforschung								11:45-13:15	Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung – Teil 1																																		
Curie													11:45-13:15	Neue Diagnostik: Nur teurer oder auch effizienter?																																			
Poster																					13:30-15:00	Posterpräsentationen in Posterbereichen 1-9																											

■ Plenarsession ■ Pre-Conference Seminare ■ Sitzungen ■ Data-Café (DC) ■ Postersessions ■ Pressekonferenz

Am Donnerstag Morgen von 06:00-07:00 Uhr:
Bewegung für den Kopf – DZNE Guten Morgen
Lauf für alle Versorgungsforscher. Treffpunkt um
6:00 Uhr: Urania Haupteingang

Programm DKVF 2017

Donnerstag, 05.10.2017

Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00				15:00				16:00				17:00				18:00				19:00				20:00							
	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15								
Humboldt																																																								
Kleist																																																								
Einstein																																																								
Kepler																																																								
Newton																																																								
Edison																																																								
Data-Café																																																								
Ansten																																																								
Pasteur																																																								
Curie																																																								
Poster																																																								
Voltaire																																																								

Hinweise

- Das ausführliche Programm finden Sie unter: <http://dkvf2017.de/programm/>
- Die Teilnehmerregistrierung ist online: <https://events.mcon-mannheim.de/frontend/index.php?sub=54>
- Bahn-Spezial: ab 49,50 Euro (einfache Fahrt) mit dem Veranstaltungsticket.
- Flug-Special: <http://www.lufthansa.com/event-buchung>
Bitte geben Sie den Zugangscode (DEZJIPJ) in das Feld „Zugang zu Ihrem Lufthansa Angebot“ ein. Von dort aus werden Sie direkt auf die Online-Buchungs-Plattform geleitet. Automatisch wird der ermäßigte Flugpreis angezeigt. Sollten günstigere Aktionstarife verfügbar sein, werden auch diese automatisch angezeigt.
- Hotel: www.hrs.de oder www.hotel.de. Falls noch verfügbar: www.motel-one.de an der Urania (genau gegenüber der Urania)



Freitag, 06.10.2017

Raum	8:00				9:00				10:00				11:00				12:00				13:00				14:00																							
	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15	00	05	10	15																
Humboldt																																																
Kleist																																																
Einstein																																																
Kepler																																																
Newton																																																
Edison																																																
Data-Café																																																
Pasteur																																																
Curie																																																

- Plenarsession
- Forum Pro Contra
- Sitzungen
- Hufeland
- Postersession
- Industriesymposium
- Data-Café (DC)
- Postersessions
- DNVF-Mitgliederversammlung
- Meet the Experts/Editors

Die Leitungsfunktionen der DKVF-Seminare, -Symposien, -Sitzungen und -Tracks*

Titel	Art	Raum	Datum und Zeit	pers. Interesse (Ankreuzen)	Leitung	Zusage*** (Stand: 27.07.17)	Stadt
PCS 1: Peer Support Workshop „Projektmanagement und Fallstricke in Versorgungsforschungsstudien“	PCS	Einstein	Mi., 04. Okt: 08:00 bis 11:30	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Nicole Ernstmann Jun.-Prof. Lena Ansmann	x x	Bonn Köln
PCS 2: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung (DNVF-Memorandum)	PCS	Kepler	Mi., 04. Okt: 08:00 bis 11:30	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Saskia Drösler, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Silke Kuske, Prof. Dr. Matthias Schrappe, Prof. Dr. Jürgen Stausberg		
PCS 3: Datenschutz in der Versorgungsforschung – Grundlagen und Praxistipps	PCS	Newton	Mi., 04. Okt: 08:00 bis 11:30	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Falk Hoffmann	x	Oldenburg
PCS 4: Mixed-Methods-Studien	PCS	Pasteur	Mi., 04. Okt: 08:00 bis 11:30	Kleiner Saal**	Dr. Saskia Jünger, Dr. Nadine Pohontsch, Prof. Dr. Thorsten Meyer		
Nutzenbewertung von Medizinprodukten – aktueller Stand und Perspektiven	SA	Edison	Mi., 04. Okt: 08:30 bis 11:30		Ludwig Kunkel Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer		Berlin Neuruppin
Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung – Teil 1	S	Pasteur	Mi., 04. Okt: 08:30 bis 11:30	Kleiner Saal**	Dr. Silke Kuske Prof. Dr. med. Max Geraedts	x x	Heinsberg Marburg
Patientenzentrierte Versorgung – Teil 1	S	Kepler	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Stephanie Stock Prof. Dr. med. Martin Heinze	x	Köln Berlin
eHealth in der regionalen Versorgung – Entwicklung und Erwartung	S	Newton	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann Dr. René Buck	x	Greifswald
Neue Diagnostik: Nur teurer oder auch effizienter?	S	Curie	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Jonas Schreyögg Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg		Hamburg Landshut
Messung von Nutzen und Kosteneffektivität	S	Kleist	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15		Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks Dr. Sylvia Brathuhn	x	Düsseldorf Koblenz
Regional Healthcare – Strengthening the Role of General Practitioners	ET	Edison	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15		Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi Prof. Dr. Thomas Zahn		Heidelberg Berlin
Register – Relevant für die Klinische Versorgungsforschung?	S	Einstein	Mi., 04. Okt: 11:45 bis 13:15	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg Prof. Dr. Rolf Lefering	x	Essen Köln
Patient-reported Outcomes: Instruments and Methods	ET	Edison	Mi., 04. Okt: 17:30 bis 19:00		PD Dr. Christine Blome Prof. Dr. Katrin Hertrampf	x	Hamburg Kiel
Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung – Teil 2	S	Pasteur	Mi., 04. Okt: 17:30 bis 19:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Saskia E. Drösler Hardy Müller		Krefeld Hamburg
Krankheitskosten und gesundheitsökonomische Evaluation	S	Curie	Mi., 04. Okt: 17:30 bis 19:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Jonas Schreyögg Univ.-Prof. Dr. med. Dr. PH. Andrea Icks		Hamburg Düsseldorf
Gesundheitskompetenz – Ressource für den Einzelnen und das System	S	Kepler	Mi., 04. Okt: 17:30 bis 19:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Stephanie Stock Prof. Dr. Anke Steckelberg	x	Köln Halle (Saale)
Arbeitsteilung und Kooperation in den Gesundheitsberufen – rechtliche Aspekte, internationale Modelle, interprofessionales Lernen	S	Einstein	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Anita Hausen PD Dr. med. habil. Anne Barzel	x x	München Hamburg
Innovative Versorgungskonzepte – Machbar in der realen Versorgung?	S	Pasteur	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00	Kleiner Saal**	Dr. Christoph Kowalski Prof. Dr. Peter Falkai	x x	Berlin Berlin
Patientenzentrierte Versorgung – Teil 2	S	Kepler	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Norbert Schmacke Oliver Scholle		Bremen Bremen
Effects of Prevention!?	ET	Curie	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00	Kleiner Saal**	Dr. Roland Leuschner Dr. med. Bernhard Gibis		Berlin Berlin
Methoden und Modelle für Versorgungsbedarf und Patientenorientierung	S	Newton	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00	Kleiner Saal**	Dr. Ursula Marschall Prof. Dr. Thomas Zahn		Berlin Berlin
Versorgungsforschung bei neurodegenerativen Erkrankungen: Innovative Theorien, Methoden und Konzepte	S	Kleist	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00		Prof. Dr. med. Stefan J. Teipel Dr. Ingo Kilimann	x x	Rostock Rostock
Versorgungsforschung an deutschen Hochschulen	S	Edison	Do., 05. Okt: 10:30 bis 12:00		Prof. Dr. Nicole Ernstmann Prof. Dr. Holger Pfaff Prof. Dr. Silke Kuske		Bonn Köln Köln
Konzepte, Methoden und Beispiele der organisationsbezogenen Versorgungsforschung	S	Newton	Do., 05. Okt: 17:15 bis 18:45	Kleiner Saal**	Jun.-Prof. Lena Ansmann Lars Rölker-Denker	x x	Köln Oldenburg
Konzepte und Anwendungen der Registerforschung	S	Edison	Do., 05. Okt: 17:15 bis 18:45		Dr. Birga Maier Alexander Katalinic	x	Berlin Lübeck
Ist Screening immer sinnvoll?	S	Curie	Do., 05. Okt: 17:15 bis 18:45	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Monika A. Rieger Dr. Lutz Altenhofen		Tübingen Köln
Patient-reported Outcomes – Forschungsergebnisse	S	Pasteur	Do., 05. Okt: 17:15 bis 18:45	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker Prof. Dr. Nicole Ernstmann Dieter Wieck	x	Freiburg Bonn
Healthcare Research in Neurodegenerative Diseases: Innovative Theories, Methods and Concepts	ET	Kleist	Do., 05. Okt: 17:15 bis 18:45		Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann	x x	Leipzig Greifswald
Versorgung im letzten Lebensjahr – Teil 1	S	Kepler	Fr., 06. Okt: 08:00 bis 09:30	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Claudia Bausewein Dr. Kerstin Kreimeike		München Köln
Arbeitsteilung in den Gesundheitsberufen	S	Einstein	Fr., 06. Okt: 08:00 bis 09:30	Kleiner Saal**	PD Dr. Neeltje van den Berg PD Dr. med. habil. Anne Barzel	x x	Greifswald Hamburg
Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitsversorgung – Fokus: Notfall und Flüchtlinge	S	Kleist	Fr., 06. Okt: 08:00 bis 09:30		Martina Schmiedhofer Dr. Andreas Meusch	x	Berlin Hamburg
Innovative Versorgungskonzepte – Bedeutung und Umsetzung	S	Edison	Fr., 06. Okt: 08:00 bis 09:30		PD Dr. med. habil. Monika Klinkhammer-Schalke Dr. Thomas Kopetsch	x	Regensburg Berlin
Organizational Healthcare Research	ET	Newton	Fr., 06. Okt: 08:00 bis 09:30	Kleiner Saal**	Dr. Stefan Nöst Marina Nowak	x x	Heidelberg Köln
Entscheidungshilfen zur Verbesserung der Patientensicherheit	S	Pasteur	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Petra Thürmann Prof. Dr. Gerd Glaeske		Wuppertal Bremen
Kooperation in den Gesundheitsberufen	S	Einstein	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. Anita Hausen Dr. Adina Dreier-Wolfgramm	x	München Greifswald
Versorgung im letzten Lebensjahr – Teil 2	S	Kepler	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00	Kleiner Saal**	Prof. Dr. med. Raymond Voltz Dr. med. Christina Gerlach	x	Köln Mainz
eHealth in Regional Healthcare – Experiences and Acceptance	ET	Kleist	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00		Prof. Dr. med. Horst Christian Vollmar Dr. Ursula Kramer		Jena Freiburg
Datenmanagement, Planung und Surveillance	S	Newton	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00	Kleiner Saal**	Dr. Enno Swart Dr. Andreas Meusch	x x	Magdeburg Hamburg
Evaluation – Daten und Modelle	S	Edison	Fr., 06. Okt: 13:30 bis 15:00		Prof. Dr. Michel Wensing Dr. Dominik Graf von Stillfried		Heidelberg Berlin

Legende: Pre-Conference-Seminar (PCS), **Englischer Track (ET)**, Seminar (S), Satellitensymposium (SA) * Aus Platzgründen ohne Poster/Meet the Experts/Editors u. Industriesymposien
****** Die kleinen Säle sind für 50-70 Personen ausgelegt, frühes Kommen schadet nicht ******* Stand der Zusagen bis 27.07.2017, andere haben den Status „angefragt“ **IV**

ZI-Tagung 13. und 14. September in Berlin: Programm und Anmeldung online

Regio-Unterschiede in der Gesundheitsversorgung

Das Programm der zweitägigen Tagung, zu der das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) in Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V. im September nach Berlin einlädt, steht. Ziel dieser Konferenz ist es, insbesondere die Medizinischen Fachgesellschaften und die ärztlichen Berufsverbände in die Frage einzubeziehen, wie mit Erkenntnissen über regionale Unterschiede der Versorgung weiter umgegangen werden soll.

>> Seitens des DNVF wird Prof. Schrappe die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am 13. September im Langenbeck-Virchow-Haus begrüßen. Am Nachmittag wird Schrappe zum Thema „Regionalität der Gesundheitsversorgung – Ansätze zur Qualitätsentwicklung“ referieren und die anschließende Sitzung des DNVF zum Thema „Qualität in der regionalen Versorgung: Fokus der Versorgungsforschung“ moderieren. In dieser Sitzung referieren aus den Reihen der DNVF-AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung PD Dr. Eberlein-Gonska (Dresden), Prof. Drösler (Krefeld) und Prof. Geraedts (Marburg).

Alle Informationen zur Veranstaltung, dem Rahmenprogramm sowie auf der Kongresswebseite eingestellt, hier ist auch die Online-Anmeldung (100 Euro Tagungsticket, 60 Euro Tagesticket) möglich. <<

Termine

05.-08.09.2017

Lübeck: 12. Jahrestagung der DGEPi
>> <http://dgepi.de/jahrestagungen.html>

13.-16.09.2017

Berlin: 46. Jahrestagung der DGA
>> <http://www.angiologie2017.de/>

17.-21.09.2017

Oldenburg: 62. Jahrestagung der GMDS
>> <https://gmds.de/aktuelles-terminer/tagungen-2017/>

20.-23.09.2017

Köln: 113. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
>> <http://dgkj2017.de>

04.10.2017

8.30 – 11.30 Uhr

Berlin: DKVF in der Urania
Satelliten-Symposium „Nutzenbewertung von Medizintechnologien – aktueller Stand und Perspektiven“
Referenten: Sauerland (IQWiG, Köln), Mühlbacher (BMC, Neubrandenburg), Wegscheider (UKE, Hamburg), Klar (AWMF, Rostock)
Moderatoren: Kunkel (VDI TZ, Berlin), Neugebauer (DNVF, Neuruppin)

News

>> **Neue Mitglieder:** Im Juni hat das DNVF das Universitäre Zentrum für Versorgungsforschung (UZVF) der Universität Leipzig in die Sektion 2 (Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände) aufgenommen. Weiterhin wurden vier neue persönliche Mitglieder aufgenommen, und die Anzahl der Mitglieder in der Sektion 4 (Natürliche Mitglieder) stieg auf 150.

>> **Stellungnahmen:** Das DNVF hat zu dem von IQTIG vorgelegten Zwischenbericht „Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ im Juni Stellung bezogen. Die Stellungnahme des DNVF wurde unter Federführung des Vorstandsmitglieds Prof. Falkai erstellt. Auf Wunsch des IQTIG wird die Stellungnahme nicht veröffentlicht.

>> **Publikation 1:** Die AG Qualitative Methoden des DNVF hat einen Artikel zum Thema „Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung“ in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ veröffentlicht (Pohontsch, Müller, Brandner et. al., 2017) >> <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-104379>

>> **Publikation 2:** Die AG Gesundheitsökonomie des DNVF hat einen Artikel zum Thema „Checkliste zur Erstellung und Bewertung von Krankheitskostenstudien“ in der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ veröffentlicht (s. Müller et. al. Gesundheitswesen. 2017 May 18. DOI: 10.1055/s-0042-124664). >> <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-124664?update=true>

>> **Publikation 3:** Im Deutschen Ärzteblatt (DÄB) ist in Reaktion auf den Artikel von Prof. Jürgen Windeler zum Thema „Kein Ersatz für randomisierte Studien“ (Dtsch Arztebl 2017; 114 (16): A 783–6) eine Leserbrief von Prof. Edmund A.M. Neugebauer (Neuruppin) und Prof. Dr. Jürgen Stausberg (Essen) aus der DNVF-Arbeitsgruppe Register veröffentlicht worden, in dem der Beitrag von Registern für die Nutzenbewertung von Interventionen im Alltag herausgestellt wird. >> <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=190704&s=Ersatz&s=Kein&s=Studien&s=f%FCr&s=randomisierte%20>

>> **4. DFG-Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung“:** Laut Mitteilung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) vom 2. Juni 2017 startet im November 2017 die nunmehr vierte Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung“. Diese findet in Düsseldorf statt und wird von Frau Prof. Dr. Dr. Andrea Icks geleitet. Alle Informationen zu den Terminen und Teilnahmevoraussetzungen finden Sie auf der DFG-Webseite >> http://www.dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/2017/info_wissenschaft_17_28/

>> **Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2017:** Der/die Preisträger/Innen des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises 2017 wurden von der 21-köpfigen Jury ausgewählt. Die Bekanntgabe und Preisverleihung erfolgt am 4. Oktober in der Eröffnungsveranstaltung des 16. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung.

DNVF

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

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen

Konsequenzen für Definition und Konzept

In den letzten Jahren sind in Deutschland die Erwartungen an die Versorgungsforschung, vor allem von gesundheitspolitischer Seite, enorm gestiegen [4, 5]. Ursächlich stehen nicht nur allgemeine gesellschaftlichen Entwicklungen, sondern auch die Notwendigkeit durchgreifender Verbesserungsanstrengungen und die Notwendigkeit wirkungsvoller struktureller Innovationen im Vordergrund. Die Versorgungsforschung muss daher ihre konzeptionellen Grundlagen kontinuierlich und nachvollziehbar weiterentwickeln, so wie es in den Memoranden des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und in der vollständig neugefassten 2. Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] angestrebt wird.

>> Begriff und Konzept von Versorgungsforschung beziehen sich einerseits auf die Umsetzungsfrage (Wirksamkeit im Alltag, effectiveness) und sprechen die sogenannte „letzte Meile“ an (outcome) [6]. Auf dieser Basis wurde bereits 1988 der Begriff „Outcomes-Research“ geprägt [7, 8]. Die Versorgungsforschung leitet sich in dieser Bezugnahme auf den sog. effectiveness gap [9] von der Klinischen Epidemiologie ab, die sie als zentrales Instrument mit der Evidenz-basierten Medizin gemeinsam hat. Der zweite Ursprung widmet sich der sozialwissenschaftlichen Beschreibung und Analyse der Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie ihrer Rahmenbedingungen [10] und steht in der Tradition z.B. von Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Public Health. Es resultiert ein kontinuierlicher konzeptioneller Weiterentwicklungsbedarf der Versorgungsforschung, der besonders auf folgende Einflussfaktoren Bezug nehmen muss:

► Outcome: Neben der individuellen Behandlungsperspektive rückt die Populationsperspektive in den Vordergrund

Sowohl Einzelprobleme (Antibiotika-Resistenz) als auch übergreifende Themen (z.B. demografische Situation) sind ohne adäquate Einbeziehung der Populationsperspektive nicht lösbar. Besonders die regionale Perspektive der Versorgungsplanung, die Weiterentwicklung der Vergütungssystematik und die Annäherung von Versicherungs- und Versorgungsfunktion stellen ja nicht nur neue Anforderungen an die Versorgungsgestaltung, sondern müssen die Aufmerksamkeit auf Qualitätseffekte solcher Strukturformen richten [11].

► Interventionen sind komplex, Interventionen auf Organisations- und Systemebene nehmen an Bedeutung zu

Durch die zunehmende Komplexität und das hohe Innovations-tempo der Gesundheitsversorgung ändert sich die Sichtweise auf Interventionen, das lineare Verständnis („Maschinenlogik“) wird durch ein auf Komplexität beruhendes Verständnis abgelöst. Beim

Zusammenfassung

Anfang 2017 ist die zweite Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] erschienen, mit der das umfangreiche Herausgeber- und Autorenteam auf den raschen und eindrucksvollen Entwicklungsprozess reagiert, dem die Versorgungsforschung derzeit unterworfen ist. In dem hier kurz zusammenfassend dargestellten einleitenden Kapitel 1 [3] wird die Definition von Versorgungsforschung angepasst, indem der Interventionsbegriff über die individuelle Behandlung hinaus erweitert und das Begriffspaar Patienten/Populationen sowie als Zielorientierung die Perspektive der Angemessenheit und Verbesserung aufgenommen wurden. Parallel wird eine Aktualisierung des sog. Throughput-Modells vorgeschlagen, die sich auf vier Aspekte bezieht: (1) Ergänzung der Input-Faktoren 1. Ordnung (Ressourcenausstattung der Akteure) um komplexe Interventionen sowie den aktiven Kontext (Input-Faktoren 2. Ordnung), die (2) beide in der Throughput-Phase moduliert werden, (3) die Erweiterung des Outcome um die Perspektive der Populationen und (4) eine Rückkopplung von Output und Outcome auf die Input- und Throughputebene. Die „doppelte Komplexität“ von Intervention und Kontext mit ihrer Wechselwirkung im Rahmen des Throughput steht im Zentrum dieser Anpassung, denn einerseits sind die Interventionen hochgradig Kontext-sensibel, und andererseits ist der komplexe Kontext wirkungsstark und in seiner Ausprägung schlecht zu antizipieren. Improvement Science und Implementation Research stellen Forschungsrichtungen dar, die zum einen die Verbesserungsperspektive, zum anderen die Umsetzungsperspektive auf Organisations- und Systemebene betreffen und daher für die Versorgungsforschung von großer Wichtigkeit sind. Soweit sich die Versorgungsforschung mit Verbesserung und Umsetzung von komplexen Interventionen befasst, stellt die politische Ebene einen sehr wichtigen Kontextfaktor dar. Die Tatsache, dass in der gegenwärtigen Situation die Politik gleichzeitig auch als potenter Nachfrager von Versorgungsforschungsergebnissen auftritt und Finanzmittel zur Verfügung stellt, macht eine weitere Stabilisierung der methodischen Standards und einen Ausbau der wissenschaftlichen Strukturen der Versorgungsforschung notwendig.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Definition, Throughput-Modell, Improvement Science, Implementation Science, Politik als Transferfaktor

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2025>

Einsatz gezielter Verbesserungsmaßnahmen wurden die sog. complex multicomponent interventions (CMCI's) zum Standard [12, 13]) die Beobachtung im wissenschaftlichen Experiment gilt dabei selbst als Intervention [14]). Edukative Maßnahmen wie Kommunikations- oder Teamtrainings und das sog. human factors-Training mit Vermittlung von Führungskompetenz weisen eine weitgehende Integration in den jeweiligen Kontext auf (s.u.) und verstehen sich letztlich als soziale Konstrukte [15].

► Aktiver Kontext

Wurden Kontextfaktoren in linearen Modellen noch als konstante, kontrollierbare Größe angesehen, erhält der Kontext selbst eine aktive Rolle beim Zustandekommen der Wirkung (sog. aktiver Kontext). Der Kontext einer Gesundheitsleistung (z.B. Präferenzen und Einstellungen der Patienten, das organisatorische Versorgungssetting, Systemfaktoren [16,17]) kann erhebliche Gesundheitseffekte zeigen, die u.U. größer sind als die der Gesund-

Autorenanmerkung

Dieser Artikel stellt eine überarbeitete Kurzfassung einer Publikation (Die Genehmigung des Verlags Thieme liegt vor) von M. Schrappe und H. Pfaff dar [1], die sich wiederum auf das Einführungskapitel der kürzlich erschienenen zweiten Auflage des „Lehrbuch Versorgungsforschung“ [2] bezieht.

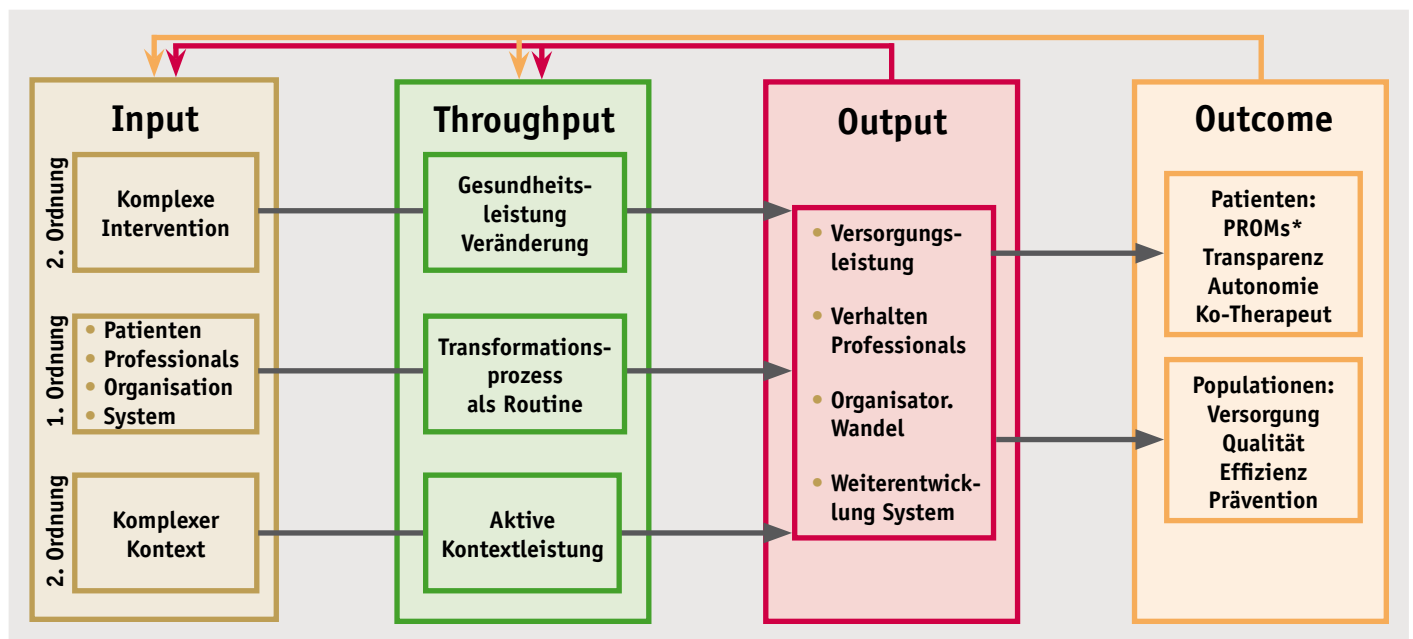


Abb. 1: Aktualisierte Form des Throughput-Modells (s. Text). *PROM's Patient Reported Outcome Measures (aus [1, 3 S. 13]) (geänderte Fassung aus „Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik – Methodik – Anwendung“, Verlag: Schattauer, 2017)

heitsleistung selbst. Diese sog. Kontextleistung ist in Ausprägung und zeitlichem Ablauf nur schwer vorherzusagen und kann sich im Verlauf einer Evaluation verändern.

► Patientenbezug

Die Patientenorientierung bzw. -zentrierung hat sich für die Entwicklung der Versorgungsforschung als ganz entscheidendes Thema etabliert [18], gerade in Abgrenzung zur Effizienz- und Anbieterorientierung [19, 20]. Nicht nur die gesetzlichen Regelungen z.B. im Patientenrechtegesetz, in der Beauftragung des Institutes für Transparenz und Qualität in der Gesundheitsversorgung (IQTiG), im Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (FQWG) und im Krankenhausstrukturgesetz, sondern auch die Diskussion der Patient Reported Outcome Measures (PROM) ist heute aus der Versorgungsforschung (und insofern auch aus der Qualitätsforschung) nicht mehr wegzudenken [21].

► Verbesserungsperspektive

Nicht allein durch den Terminus Improvement Science [12], sondern auch durch den Imperativ weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (z.B. Zielvorgaben des Innovationsfonds) und die Beauftragung des DNVF als beratende Institution des IQTiG (§137a Abs. 7 SGB V) ist die Verbesserung als tragendes Element der Versorgungsforschung implementiert.

► Nutzen und Angemessenheit

Es besteht ein enormer Bedarf an validen Informationen, die die Nutzenbestandteile, die über die efficacy hinausgehen und als Angemessenheit der Behandlungsmethode bezeichnet werden [22], nachvollziehbar beschreiben.

► Validität der Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung in Deutschland hat daher sehr früh mit der Erarbeitung von methodischen Standards begonnen [23]. Dabei konnte einerseits auf das Instrumentarium von Health

Technology Assessment (HTA) Bezug genommen werden, andererseits konnte man sich auf Evidence Based Health Care (EBHC) beziehen [24], die sozusagen die EBM der Versorgungsforschung darstellt [25]. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die externe Information nur die Basis für entsprechende Entscheidungen darstellt, diese Entscheidungen selbst jedoch nicht ersetzen kann [26].

Konsequenzen für Definitionsansätze und Konzept

Die geschilderten Einflussfaktoren haben zu einer deutlichen Akzentuierung der international und national eingesetzten Definitionsansätze [10] geführt: komplexen Interventionen und dem aktiven Kontext werden eine größere Bedeutung zugewiesen, das Verständnis von Outcome wird auf Populationen ausgedehnt, und Angemessenheit (Nutzen) und Verbesserung werden als Ziele in den Vordergrund gerückt. In Anlehnung an die Definition von Pfaff [6, S. 13] wird daher folgende aktualisierte Definition von Versorgungsforschung vorgeschlagen [1, 3 S. 11]:

Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das unter besonderer Beachtung der Patienten- und Populationsperspektive die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht und dabei die Angemessenheit der Behandlung und die Verbesserung der Versorgung sowie die Komplexität von Kontext und Intervention in den Mittelpunkt stellt.

Mit der Aktualisierung der Definition geht eine Ergänzung des sog. Throughput-Modells einher [10], das die Transformation der Input-Faktoren zum Output (der unmittelbaren Leistung) und resultierenden Outcome (das beim Patienten ankommende Behandlungsergebnis) beschreibt [3, S. 15]. Die hier zur Diskussion gestellte Erweiterung umfasst vier Punkte (s. Abb. 1):

1. Der **Input** wird nicht nur auf die Ressourcenausstattung der

- Patienten bzw. Leistungserbringer (Input-Faktoren 1. Ordnung) bezogen, sondern versteht auch komplexe Interventionen auf Organisations- oder Systemebene und die aktiven Kontextfaktoren als Inputfaktoren (2. Ordnung).
2. In der Konsequenz betrifft das **Throughput** nicht nur die Modulation der Inputfaktoren 1. Ordnung, sondern auch ganz besonders die Intervention und die Kontextleistung. So wird eine Intervention wie z.B. die Einführung einer OP-Checkliste oder einer Strukturreform auf Systemebene durch den Kontext deutlich beeinflusst und verändert, nicht ohne dass der Kontext seinerseits durch die Intervention geformt wird.
 3. Als **Outcome** gelten nicht nur Patienten-bezogene Endpunkte, sondern auch Populations-bezogene Effekte (z.B. bei Impfungen).
 4. Des Weiteren ist das Konzept nicht unidirektional, sondern sieht in der überarbeiteten Fassung zwei Rückkopplungsschleifen jeweils von der **Output- und der Outcomeebene** vor.

Weiterführende Aspekte

Die konzeptionelle Aktualisierung der Versorgungsforschung hat deutliche Auswirkungen auf die wissenschaftliche Ausgestaltung, die Validität ihrer Aussagen und für das Verhältnis zu den Kooperationspartnern z.B. auf der politischen Ebene:

► Improvement Science und Konzepte der Verhaltensänderung

Der Verbesserungsgedanke [27] bei der Entwicklung und Evaluation von Interventionen hat zu dem Begriff „Improvement Science“ geführt [12]. Dieser noch nicht abschließend definierte Begriff [28] kann als übergreifende Bezeichnung für Konzepte zur Verhaltensänderung auf professioneller und organisatorischer Ebene gelten und steht in der Tradition einer langjährigen Diskussion um die Verbesserungspotenziale von Interventionen wie Leitlinienentwicklung und Evidence-based Medicine. Die Bedeutung solcher Konzepte für die Versorgungsforschung ist gerade im

Literatur

- [1] Schrappe M, Pfaff H. Health Services Research Faces New Challenges: Consequences for Definition and Concept. *Geswesen* 2016; 78: 689-94
- [2] Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017
- [3] Schrappe M, Pfaff H. Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, G. Glaeske, E. Neugebauer, M. Schrappe (eds.): *Lehrbuch Versorgungsforschung*, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, 1-68
- [4] Raspe H, Pfaff H, Härter M, Hart D, Koch-Gromus U, Schwartz FW, Siegrist J, Wittchen HU, Wissing F. *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand, Perspektiven, Förderung: Stellungnahme; Standpunkte*. Weinheim: Wiley-VCH 2010
- [5] „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, Bundestag 17. Legislaturperiode. S. 81, und „Deutschlands Zukunft gestalten“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Bundestag 18. Legislaturperiode, S. 32
- [6] Pfaff H. Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U. & Halber M. (Hrsg.). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Verlag Hans Huber 2003; 13-23.
- [7] Clancy CM, Eisenberg JM. Outcomes Research: Measuring the End Results of Health Care. *Science* 1998; 282: 245-246
- [8] Sox H. The Patient-Centered Outcomes Research Institute Should Focus on High-Impact Problems That Can Be Solved Quickly. *Health Aff.* 2012; 31: 2176-82
- [9] Schrappe M, Scriba PC. Versorgungsforschung: Innovationstransfer in der Klinischen Forschung. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh wes* 100; 2006: 571-80.
- [10] Pfaff H, Schrappe M. Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer Verlag, Stuttgart 2011; 2-57
- [11] Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, www.svr-gesundheit.de, Nr. 988ff
- [12] Berwick DM. The Science of Improvement. *JAMA* 2008; 299: 1182-84
- [13] Jain R, Kralovic SM, Evans ME, Ambrose M Simbartl LA, Obrosky DS., Render ML, Freyberg RW, Jernigan JA, Muder RR, Miller LJ, Roselle GA. Veterans Affairs Initiative to Prevent Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections. *N Engl J Med* 2011; 364: 1419-30
- [14] Haessler S. The Hawthorne Effect in Measurements of Hand Hygiene Compliance: A Definite Problem, But Also An Opportunity. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 965-7
- [15] Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf, Zugriff 29.10.2015
- [16] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762.
- [17] Paterson C, Dieppe P: Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. *BMJ* 2005; 330: 1202-1205.
- [18] Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrated Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE* 9(9):e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828
- [19] Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the Debate over Medicare Reform. *Health Aff.* 2002; 21: w96-114
- [20] Ellwood PM. Shattuck Lecture - Outcome Management: A Technology of Patient Experience. *N. Engl. J. Med.* 1988; 318: 1549-56
- [21] Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res.* 2008; 17: 1125-35.
- [22] Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II, Nomos, Baden-Baden 2008, Nr. 579ff
- [23] Schrappe M, Glaeske G, Gottwik M, Kilian R, Papadimitriou K, Scheidt-Nave C, Schulz KD, Ziegenhagen D, Pfaff H für der Ständige Kongresskommission Versorgungsforschung. Konzeptionelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen der Versorgungsforschung. *Dtsch. Med. Wschr.* 2005; 130: 2918-22
- [24] Cochrane Collaboration (2008), <http://www.cochrane.org/docs/ebm.htm>, (access 04.01.2016)
- [25] Hicks N. Evidence Based healthcare. *Bandolier* 1997; 39: 9
- [26] Gray M. Evidence-Based Healthcare and Public Health. How to Make Decisions About Health Services and Public Health. Elsevier, Edinburgh, 3. Auflage 2009
- [27] AcademyHealth. <http://www.academyhealth.org/about/whatishsr.htm> 2005, [23.11.2009].
- [28] Marshall MN, Pronovost P, Dixon-Woods M. Promotion of Improvement as a Science. *Lancet* 2013; 381: 419-21
- [29] Grol R, Grimshaw J. From Best Evidence to Best practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30
- [30] Shojania KG, Grimshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. *Health Affairs* 2005; 24: 138-150
- [31] Schrappe M. *Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014; 252
- [32] Freidson E. *Professionalism. The Third Logic*. The University of Chicago Press, Chicago 2001
- [33] Timmermans S, Mauck A. The Promises and Pitfalls of Evidence-based Medicine. *Health Aff.* 2005; 24: 18-28.
- [34] Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand Hygiene among Physicians: Performance, Beliefs, and Perceptions. *Ann Intern Med.* 2004; 141: 1-8
- [35] Cook DJ, Montori VM, McMullin JP, Finfer SR, Rocker GM. Improving patients' safety locally: changing clinician behaviour. *Lancet* 2004; 363: 1224-30.
- [36] Wensing M. Implementation Science in Healthcare: an Introduction and Perspective. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen* 2015; 109: 97-102

Zusammenhang mit qualitativen Forschungsansätzen sind Hypothesen zur Gestaltung von Veränderung im Gesundheitswesen unabdingbar. Grundsätzlich kann man fünf Gruppen von Modellen zur Verhaltensänderung unterscheiden [29,30,31]:

- lerntheoretische Konzepte
- Konzepte der sozialen Wahrnehmung
- Konzepte des organisatorischen Wandels
- behavioral engineering
- Kontext-bezogene Konzepte.

Neben lerntheoretischen Konzepten, die Lernmechanismen wie das Modelllernen in den Mittelpunkt stellen, existieren Konzepte wie das behavioral engineering, die die aktive Gestaltung der Rahmen- und Anreizbedingungen als Ansatzpunkt für die Verhaltensänderung in das Zentrum rücken. Die Konzepte der sozialen Wahrnehmung (z.B. bei der Leitlinienentwicklung und -implementierung) sind eng mit dem Professionalismus-Konzept verbunden [32]. In der zukünftigen Entwicklung wird es eine große Rolle spielen, inwieweit Konzepte des organisatorischen Wandels (Organisationsentwicklung und Organisationslernen) oder Kontext-bezogene Konzepte (z.B. social marketing) einbezogen werden können.

► Implementation Research

Vor dem Hintergrund der seit Jahrzehnten anhaltenden wissenschaftlichen Diskussion z.B. um die Implementierung von Leitlinien [29], zur Umsetzung von Evidence-based Medicine [33], zu Verbesserungen im Bereich Infection Control [34] und zur Patientensicherheit [35] hat sich der Begriff der Implementierungsforschung (implementation research) herausgebildet und beschäftigt sich speziell mit der Problematik, aus welchem Grund solche Prozess- und Strukturinnovationen – im Gegensatz zu biologisch-technischen Innovationen – so langsam und schwerfällig umgesetzt werden [36]. Überschneidungen mit dem Begriff der Improvement Science (s.o.) sind unübersehbar, jedoch ist der Fokus der Implementation Research insofern breiter, als dass der gesamte Implementierungsprozess einschließlich der Evaluation einbezogen ist.

► Politik als Kontextfaktor

Die Wechselbeziehung zwischen Versorgungsforschung und Politik ist wegen der hohen gegenseitigen Erwartungen besonders relevant. Einerseits erwartet die politische Seite Antworten, die ihr Handeln legitimieren, andererseits erwarten sich die Wissenschaftler politische Resonanz. Der politische Kontext von Interventionen aller Art gehört zu den wichtigsten Kontext-Faktoren, die die Versorgungsforschung hinsichtlich der Gestaltung des Outcomes untersucht. Der politische Kontext (z.B. „Schuldenbremse“) ist dabei nicht in vollem Umfang mit dem gesundheitspolitischen Kontext (z.B. Primärprävention) identisch. Gleichzeitig wirkt die politische Ebene aber auch auf die Versorgungsforschung zurück, indem sie z.B. dessen Themenspektrum beeinflusst, also Fragestellungen bereithält und Entscheidungshilfen einfordert.

► Validität der Aussagen

Insbesondere die genannte Wechselbeziehung mit der politischen Ebene ist mit der Erwartung an die Versorgungsforschung verbunden, ihre Entscheidungsgrundlagen und methodischen Instrumente transparent und nachvollziehbar darzustellen. Die

Memoranden des DNVF und das Instrumentarium der EBHC [24] sollen es ermöglichen, die zur Verfügung stehende externe Information, die die Versorgungsforschung erarbeitet, nicht nur für die Behandlung individueller Patienten, sondern auch für politische und allokativen Entscheidungen transparent und nachvollziehbar heranzuziehen.

Ausblick

Die Überprüfung und Weiterentwicklung der konzeptionellen Grundannahmen der Versorgungsforschung, die Arbeit an den Methoden und die Positionierung im wissenschaftlichen Umfeld muss als kontinuierlich fortschreitender Prozess angesehen werden. Die eingangs genannten Einflussfaktoren werden in unterschiedlicher Konfiguration und Ausprägung weiter bestehen bleiben, neue Faktoren werden hinzutreten. Ganz entscheidend für das weitere Wirken der Versorgungsforschung wird das Aufrechterhalten ihrer unabhängigen wissenschaftlichen Perspektive sein. Das gegenwärtige, positive Zusammenspiel mit der politischen Ebene muss sich auch dann als stabil erweisen, wenn die wissenschaftliche Aussage der Versorgungsforschung einmal nicht mit den Vorstellungen der unterschiedlichen Nachfrager harmonieren. <<

Health Services Research faces new challenges: Consequences for definition and concept

In Germany, Health Services Research (HSR) is in rapid and impressive development. Starting from the efficacy-effectiveness gap and the description as well as analysis of health care structures and processes, now it is the implementation of complex interventions on the organizational and system level which is the center point of interest. This development is mainly triggered by the establishment of the so called innovation funds by means of legislation in 2015, which has the task to evaluate structural changes and reforms in outpatient and integrated health care. Moreover, benefit and improvement on patient and population level gets attention. Against this background, this paper is adjusting the current definition of HSR. The term "intervention" is extended to include organizational and system interventions, the population focus is added to the patient perspective, and the orientation to appropriateness of care and improvement is integrated. Parallel to this, the theoretical throughput model as established by Pfaff in 2003 is updated, including four aspects: (1) the input factors of first order (resources of stakeholders) are expanded by complex interventions and active context as input factors of second order, (2) both undergoing modulation during the following throughput, (3) the final outcome is expanded by the population perspective, and (4) feedback loops from output and outcome to input and throughput are established. The "double complexity" of intervention and context as well as their interaction during throughput is the central and most important issue, because the interventions are highly context-sensitive and the complex context is most potent and poorly anticipated at the same time. Improvement science and implementation research are representing fields of research, both concerning translation von knowledge and change of attitude, which are of great importance for HSR. Insofar as HSR is dealing with improvement and translation of complex interventions, the health care politics constitute an important transfer factor itself. Considering that in the present situation the political level represents both the main sponsor and the main demander of HSR results, an ongoing strengthening of methodological standards and the further expansion of research structures of HSR are urgently requested.

Lesehinweis

Pfaff, Neugebauer, Glaeske, Schrappe; „Lehrbuch Versorgungsforschung – Systematik - Methodik - Anwendung“
Verlag: Schattauer, 2017
462 Seiten
2., vollständig überarb. Aufl.
ISBN Print: 978-3-7945-3236-0
ISBN eBook: 978-3-7945-9068-1
Preis: 79,99 Euro



Zitationshinweis

Schrappe, M., Pfaff, H.: „Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 04/17, S. 49-53, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2025

Keywords

Health Services Research, Outcomes Research, Definition, Throughput-Model, Improvement Science, Implementation Science, health care politics as transfer factor

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

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



Univ.-Prof. Dr. phil. Holger Pfaff

ist seit 2009 Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Uni Köln, eines Brückeninstituts und gemeinsamer Einrichtung der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät. Seit 2009 ist er zudem Inhaber der Brückenprofessur „Qualitätsentwicklung und Evaluation in der Rehabilitation“, die für die Lehrgebiete „Medizinische Soziologie“ (Medizinische Fakultät) und „Qualitätsentwicklung in der Rehabilitation“ (Humanwissenschaftliche Fakultät) verantwortlich ist.
Kontakt: holger.pfaff@uk-koeln.de



Dr. Dirk Hochlenert

Wirksamkeit von Netzwerken Diabetischer Fuß

Netzwerke zur Behandlung von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) in Nordrhein, Hamburg und Berlin haben eine gemeinsame Dokumentation hinterlegt. Diese firmiert als DFS-Register [1] und dient der Qualitätssicherung sowie der Ermittlung neuer Erkenntnisse zur besseren Versorgung von Menschen mit DFS [2, 3]. Die Netzwerke haben weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen, darunter die Zertifizierung durch die AG Fuß der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG), jährliche Hospitationen, Ausbildungen für Ärzte und Assistenz, Kommunikationswerkzeuge und Qualitätszirkel. Insbesondere haben sie ein lernendes System mit Hospitationen und völlig transparentem Vergleich aller Behandlungszahlen sowie eine Diskussion darüber eingerichtet. Sie haben seit 2002 eine steigende Zahl von Menschen mit DFS betreut, ca. 60.000 Menschen waren es Ende 2016 insgesamt. Folgende Krankenkassen unterstützen diese Bemühungen durch Selektivverträge: AOK Nordost, AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, Bundesknappschaft, mhplus BKK, DAK Gesundheit, IKK classic, KKH, pronova BKK und SVLFG. Ähnliche Modelle wurden in anderen Regionen realisiert. Diese Übersicht stellt die Ergebnisse aller in Deutschland öffentlich gewordenen Analysen zusammen, die die Effekte der spezialisierten Betreuung von Menschen mit DFS in Netzwerken untersucht haben. Die Auswertungen erstrecken sich von Erhebungen im DFS-Register bis zu bevölkerungsbezogenen Erhebungen unabhängiger Wissenschaftler.

>> Die Erhebungen sind methodisch aus Gründen schwierig, die in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland besonders ausgeprägt sind. Die vergleichende Betrachtung der Netzwerkversorgung gegenüber der Regelversorgung muss aus Routinedaten erfolgen, da zur Regelversorgung nur diese Daten vorliegen. Wesentliche Informationen fehlen dabei. So lässt sich nur ungenau und mit Verzerrung bestimmen, ob Versicherte a) ein DFS haben oder nicht und b) ob das DFS aktiv ist (Wunden oder Charcotfuß) oder aber in Prophylaxe betreut wird. Zudem lässt sich c) keiner der wesentlichen Schweregradfaktoren wie Durchblutungsstörung oder Wundtiefe abbilden. Da in der spezialisierten Versorgung richtigerweise die besonders schwer Erkrankten überproportional versorgt werden, entstehen dort mehr ungünstige Ereignisse. Jede Unschärfe vereitelt die Chance, diese Verzerrung auf statistischem Weg zu korrigieren. d) Zudem verändert die Einführung einer spezialisierten Versorgung auch die Regelversorgung in der Versorgungsregion, so dass Vergleiche gegenüber nicht eingeschriebenen Menschen aus der gleichen Region nach wenigen Jahren schwierig sind. Beim Vergleich zwischen verschiedenen Regionen spielen aber möglicherweise regionale Besonderheiten eine Rolle. e) Basis der Evaluation sind die GKV-Routinedaten, welche zu Abrechnungszwecken dokumentiert werden. Abrechnungssysteme haben sich geändert. Das erschwert historische Vergleiche zu Amputationen/Menschen mit Diabetes insbesondere gegenüber Zeiten vor Einführung der

Zusammenfassung

Netzwerke zur Behandlung von Menschen mit DFS sind mit dem Ziel implementiert worden, die Versorgungsqualität der Betroffenen in einer Region zu verbessern. 2016 wurden wesentliche Forschungsergebnisse zu ihrem Nutzen veröffentlicht. Um einen Überblick zu ermöglichen, werden hier alle verfügbaren Ergebnisse der letzten 15 Jahre zusammengetragen.

Schlüsselwörter

Diabetischer Fuß, Diabetes mellitus, Folgeerkrankungen, Amputationen, Chronische Wunden

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2024

DRG. Ganz gravierend ist die, seit etwa 2014 zunehmend intensiv kommunizierte Vorstellung, dass bei Menschen mit Diabetes und Neuropathie bereits automatisch ein Diabetischer Fuß im Stadium der Prophylaxe vorliege und Podologie zu verordnen sei [4]. Das ist nicht richtig, da die Polyneuropathie zwar eine Voraussetzung für die Erkrankung darstellt, aber alleine für die Diagnose nicht hinreichend ist. Etwa 40% der Menschen mit Diabetes haben eine Neuropathie, aber nur 10% einen Diabetischen Fuß. Seit 2016 wird die Kostenübernahme der Podologie großenteils abgelehnt, wenn das DFS nicht verschlüsselt wird. Dies wird zukünftige Auswertungen mutmaßlich weiter erschweren.

Es wurden verschiedene Möglichkeiten gefunden, diese Schwierigkeiten zu umgehen. So wurden

- 1.) mit der Abrechnungsziffer 02311 im EBM Menschen in der Regelversorgung mit einem aktiven DFS identifiziert. Perfekt ist das nicht, da diese Ziffer beantragt werden muss und dafür Kriterien hinterlegt sind, so dass die ganz unverfälschte Regelversorgung ausgeblendet bleibt.

Des Weiteren wurden

- 2.) Angaben im DMP oder
- 3.) vorangegangene Krankenhausaufenthalte wegen DFS
- 4.) vorangegangene Amputationen bei Diabetes als Kriterien genommen, um Menschen mit DFS in der Regelversorgung zu finden. Auch dabei bestehen methodentypische Schwierigkeiten. Die Diagnose markiert kostenintensive Erkrankungsfälle, da das DFS eine fortgeschrittene Diabeteserkrankung mit schwerwiegenden Komplikationen bei überwiegend aktiven Menschen darstellt, die ihre Füße Belastungen aussetzen. In der Netzwerkversorgung hat jeder der dokumentierten Betroffenen sicher diese Erkrankung. Wenn in der Kontrollgruppe der Regelversorgung Menschen mit erfasst werden, die kein DFS haben, so wirkt sich das zum Nachteil der Netzversorgung aus.

Netzwerkeigene Ergebnisse 2009

Die Zahlen aus der Dokumentation des Netzwerks in Köln und Umgebung, wurden in Artikeln [5-10] und Qualitätsberichten [11, 12] veröffentlicht.

Vermeidung von Majoramputationen

In der Integrierten Versorgung im Netzwerk wurde von 2005 bis 2008 bei 82 von 3.277 Behandlungen eine Amputation oberhalb des Knöchels durchgeführt. Das entspricht einer Majoramputationsrate von 2,5%. In der Integrierten Versorgung im Netzwerk wurden bei 290 von 3.277 Fällen (8,8%) Minoramputationen vorgenommen. In 367 Fällen wurden überhaupt Amputationen vorgenommen (in 5

Fällen wurden Minoramputationen an einem Bein und Majoramputationen am anderen vorgenommen). Das Verhältnis von Minor- zu Majoramputation im Netzwerk war 3,5:1. Im Bundesdurchschnitt 2007 hingegen wurden bei einem Verhältnis von 1,7:1 deutlich mehr Majoramputationen durchgeführt. Dies ist ein weiterer Hinweis dafür, dass die Indikation einer hohen Amputation innerhalb der Integrierten Versorgung sehr selten gestellt wurde.

Keine Majoramputation ohne Gefäßdarstellung

Von den 82 Majoramputationen ist in 77 Fällen eine Gefäßdarstellung zuvor erfolgt. In 5 Fällen wurden die Patienten wegen zwischenzeitlich aufgetretener Akuterkrankungen in Krankenhäuser eingewiesen, die nicht dem Netz angehörten und in denen die Amputationen ohne Gefäßdarstellung vorgenommen wurden.

Vermeidung schwerer Stadien

Bei den Patienten im Netz, die ihren Wohnort im Kölner Stadtgebiet haben, ging der Anteil der Behandlungen mit Knochenbeteiligung beim Erstkontakt von 23% 2004 auf 16% 2008 zurück. Das wird als Zeichen dafür gewertet, dass die Netzstruktur gut angenommen wurde und Patienten früher in spezialisierte Behandlung kommen. Damit ist das Krankheitsbild für viele Betroffene deutlich weniger schwerwiegend.

Früherer Behandlungsbeginn bei Rezidiven

Als erstdokumentierte Fälle wurden alle Wundbehandlungen gewertet, die zwischen dem 15.4.2005 und dem 31.12.2009 den ersten Kontakt mit dem Netz hatten. Fälle mit Knochen- oder Gelenkbeteiligung sind unter den Rezidiven deutlich seltener (24% unter den Erstdokumentierten, 9,5% unter den Rezidiven).

Vermeidung von Krankenhausaufenthalten

Stationäre Aufenthalte gelten bei tiefen Wunden mit Infektion als Einweisungsindikation, besonders wenn eine Knochenbeteiligung vorliegt. 50,5% dieser Patienten benötigten in der Netzwerkversorgung keine stationären Aufenthalte. Stationäre Aufenthalte gehören zu dem, was sich diese, oft multimorbiden Patienten am wenigsten wünschen.

Wenige Rezidive

Ein Jahr nach Abheilung sind 63% der Patienten läsionsfrei. Erneute Läsionen treten bei 33% auf. 3% sind verstorben, zu 1% der Patienten konnten keine Informationen nach einem Jahr ermittelt werden („lost to follow up“). Das Ergebnis bewegt sich somit im Bereich internationaler Zentren [13].

Ergebnisse aus Evaluationen von Krankenkassen

Ergebnisse von Evaluationen von Krankenkassen sind oft nicht öffentlich und unterliegen Publikationsvorbehalt. Insgesamt drei Auswertungen wurden veröffentlicht.

Evaluation vor der Ausrollung 2007

2007 wurden vor der Ausrollung aus der Pilotregion Köln auf ganz Nordrhein Auswertungen von Kostenträgerseite (AOK Rheinland/Hamburg, IKK classic, Bundesknappschaft) durchgeführt. Diese waren zunächst nur zum internen Gebrauch bestimmt und wurden 2011 im Rahmen der Ausschreibung für den Gesundheitspreis NRW veröffentlicht [14]. Hier eine Auswahl:

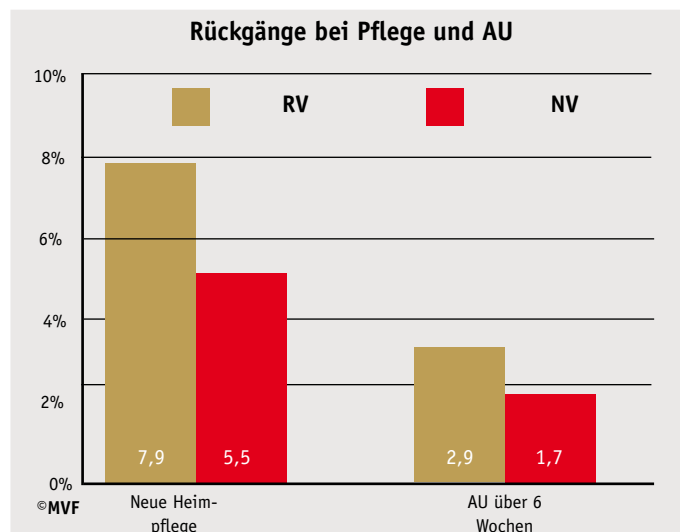


Abb. 1: Rückgänge bei Pflege und AU.

Amputationen

Majoramputationen wurden bei 1,96% der Betroffenen durchgeführt. Außerhalb des Netzes wurden 7,78% errechnet. Im bundesweiten Durchschnitt wurde 2006 von einer Rate von 5-10% ausgegangen [7]. Bei sämtlichen Majoramputationen betreffend Patienten in der Netzwerkversorgung (NV) wurden zuvor Untersuchungen zur Abklärung durchblutungsverbessernder Möglichkeiten kodiert, wie dies in den Leitlinien gefordert wird. In der Regelversorgung (RV) wurde dies nur bei 55% der Fälle geprüft.

Diesen Gefäßdarstellungen folgten auch häufiger Maßnahmen: Vor Majoramputationen erfolgte in 80% eine Revaskularisation, in der Regelversorgung in 35%. Vor Minoramputationen erfolgte in der Regelversorgung nur in 23% eine Ballondilatation, in der NV in 50%.

Senkung der Inzidenz vollstationärer Pflege

In allen Auswertungen kommt es zu einem Rückgang der Inzidenz vollstationärer Pflege, so im Jahr nach einem operativen Eingriff, der auf das Vorliegen eines DFS hinweist, in der Netzwerkversorgung in 5,5%, außerhalb in 7,9%.

Nach stationären Aufenthalten mit DFS sinkt die Zahl der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege alters- und geschlechtsstandardisiert von 18,2% in der RV auf 9,91% in der NV (-46%).

Senkung der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsdauer über 6 Wochen

Die Inanspruchnahme der Arbeitsunfähigkeit (AU) nach Amputation sank von 2,6% in der Regelversorgung auf 1,06% in der Netzwerkversorgung (-59%). Die mittleren AU-Tage sanken dabei von 194 auf 74 Tage (-62%). Die Zahl der Menschen, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig waren, ließ sich von 3,4% in der Regelversorgung auf 2,1% in der Netzwerkversorgung senken (-38%), die mittleren Krankengeldtage sanken dabei von 165 auf 80 Tage (-52%).

Nach stationären Aufenthalten mit DFS sinkt die Zahl der AU-Inanspruchnahme von 2,07% auf 0,86% (entsprechend -57%) und die dabei ausgelösten Arbeitsunfähigkeitstage (von 199 auf 74 im Mittel, d.h. um -61%). Die Zahl der Menschen, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, sinkt von 2,9% auf 1,72% (um -40%), die dabei durchschnittlich anfallenden Tage von 184,5 auf 74 (um -59%).

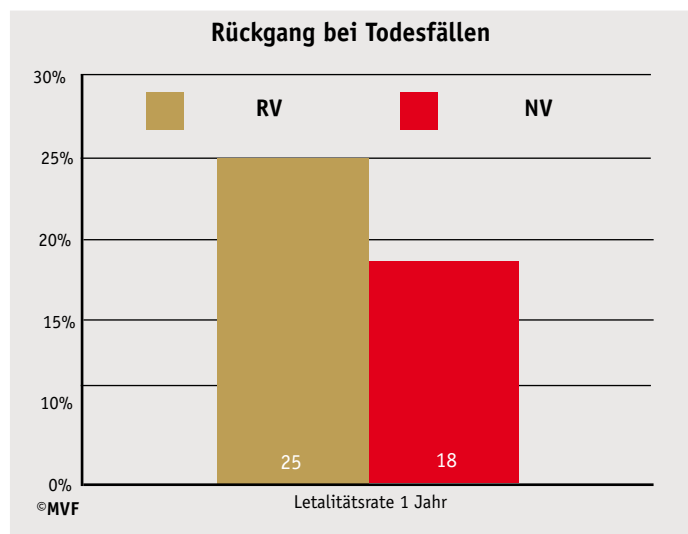


Abb. 2: Rückgang bei Todesfällen. Eigene Darstellung.

Die Zeit zum Wundschluss ist in der Regelversorgung nicht zu ermitteln. Die selteneren Arbeitsunfähigkeiten über 6 Wochen sprechen aber für kürzere Wundbehandlungszeiten in der Netzwerkversorgung.

Senkung der Todesfälle

In allen Analysen kommt es in der Netzwerkversorgung zu weniger Todesfällen. Die Letalität 1 Jahr nach Amputation sank von 25% in der Regelversorgung auf 18% pro Jahr in der Netzwerkversorgung. Der Abfall ist statistisch signifikant entsprechend einer Number Needed to Treat (NNT) von 10 für diese Patientengruppe. Nach stationären Aufenthalten mit DFS verstarben 20,33% statt 24,46% (-17%), eine signifikante Reduktion mit einer NNT von 16,3.

Evaluation der AOK Nordost 2016

Die AOK Nordost hat die Tätigkeit ihres Berliner Netzes evaluiert und in einem Kongressposter 2015 [15] sowie zwei Artikeln 2016 [16, 17] veröffentlicht. Grundlage für die Untersuchung war eine retrospektive Kohortenstudie, in welcher die Interventionsgruppe mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde. Die Interventionsgruppe bildete sich aus Teilnehmern des Versorgungsvertrages der AOK Nordost, die Kontrollgruppe aus Versicherten der Krankenkasse mit einem dokumentierten auffälligen Fußstatus bzw. Diagnose DFS, welche in einem DMP Diabetes eingeschrieben waren und keine Intervention aus dem Netz erhielten. Die Gruppen wurden hinsichtlich ihres Alters, des Geschlechts, der Länge der Beobachtungszeit und anderer Merkmale adjustiert. Unter Berücksichtigung der Beobachtungsdauer (Inzidenzrate) betrug die Reduktion von Amputationen 43%, überwiegend zurückzuführen auf reduzierte Majoramputationen. Die Zahl der Majoramputationen ohne Bezug zur Beobachtungsdauer sank um 16% im Vergleich zur Regelversorgung.

Evaluation der DAK 2016

Die DAK hat eine Untersuchung mit Matched Pairs über Propensity Score-Matching durchgeführt, die auf einem Kongress 2016 [18] als Vortrag und Abstract veröffentlicht wurde. Die Vergleichsgruppe wurde aus Versicherten der DAK mit Wohnorten in anderen Regionen ermittelt. 1.052 Paare wurden untersucht. Die Zahl der Betroffenen mit Majoramputationen konnte um 65% gesenkt werden (NNT 41, p=0,0004). Das Propensity Score-Matching hat dabei viele Faktoren berücksichtigt:

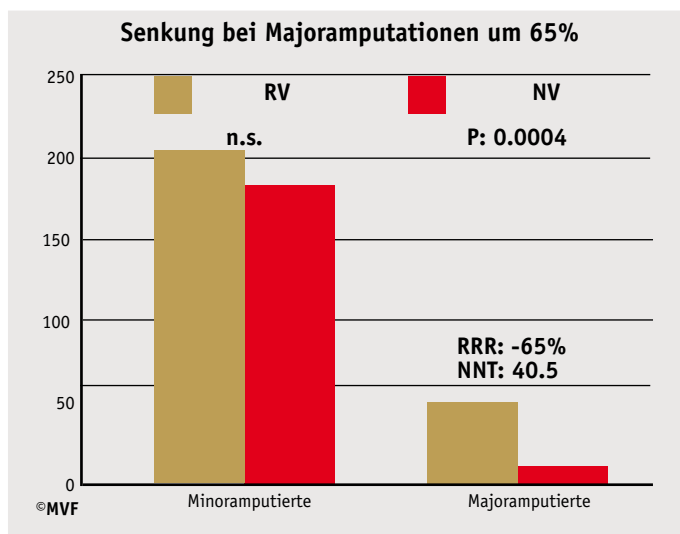


Abb. 3: Senkung bei Majoramputationen um 65%. Eigene Darstellung.

- Alter, Geschlecht
- DMP Diabetes Teilnahme
- Sozioökonomische Faktoren
- Region (basiert auf Krankenhausedichte)
- Pflegestufe
- Krankenhausaufenthalt und Kosten
- Kosten für Arzneimittel, Ambulante ärztliche Behandlung, Heil-/ Hilfsmittel, Transporte, Pflegedienste, Arbeitsunfähigkeiten, AU-Tage

Untersuchungen auf Bevölkerungsebene

Leverkusen Amputation Reduction Study (LARS) 2005

Bei einer Untersuchung der Amputationshäufigkeit in Leverkusen aus den OP-Büchern der Leverkusener Krankenhäuser fand sich 1991-1998 keine Veränderung der Amputationshäufigkeit [19], bis 2005 eine Reduktion um 39%. Die Autoren führten das auch auf die Einführung des Netzwerkes Diabetischer Fuß in diesem zweiten Zeitraum zurück [20].

Reduktion der Amputationen in Nordrhein 2015

Die AOK Rheinland/Hamburg konnte aus ihren 2,9 Millionen Versicherten die Häufigkeit von Amputationen berechnen. Dabei zeigen sich im Patientenbezug deutliche Rückgänge (Major -41,7 %, Minor -2,1%, irgendeine Amputation -17%) im Zeitraum 2007-2013 [21]. Die Häufigkeiten von Amputationen in Deutschland wurden ebenfalls

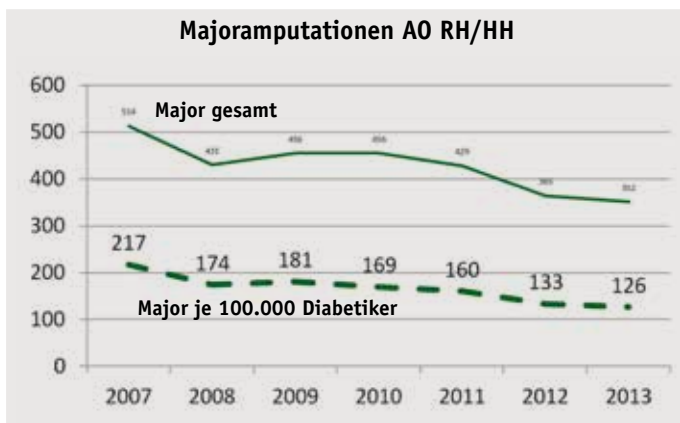


Abb. 4: Majoramputationen AO RH/HH. Abgewandelt aus May, M., et al.

Übersicht der Behandlungsergebnisse		
Aussage	Ausmaß	Auswerter, Jahr und Zustandekommen
Reduktion Letalitätsrate gegenüber Regelversorgung (RV)	17%, NNT 10	KK vor Ausrollung 2007, später nicht mehr untersucht [14]
Reduktion der Betroffenen mit Majoramputation gegenüber Regelversorgung	65%, NNT 40	DAK 2016, Netzwerk gegen Regelversorgung, Ermittlung der Vergleichsgruppe u.a. mit Hilfe EBM-Ziffer 02311, Propensity Score Matching (PSI) [18]
Reduktion der Betroffenen mit Majoramputation bevölkerungsbezogen	42%	AOK Rheinland/Hamburg 2016, Netzwerkregion über 7 Jahre 2007-2013 [21]
Reduktion der Betroffenen mit Amputationen (alle) gegen Regelversorgung (RV)	43%	AOK Nordost 2015 [15-17]
Reduktion Betroffene mit Amputationen (alle) bevölkerungsbezogen	17%	AOK Rheinland/Hamburg 2016, Netzwerkregion über 7 Jahre 2007-2013 [21]
Reduktion Betroffene mit Amputationen (alle) bevölkerungsbezogen in Leverkusen	39%	LARS 2005, Netzwerkregion über 14 Jahre 1991-2005 [20]
Veränderung des Verhältnisses Minor- zu Majoramputationen	1,7 zu 1 -> 3,5/1	Netzwerkdokumentation und publizierte Amputationszahlen 2007 [14]
Majoramputationen ohne Gefäßdarstellung	45% -> 0%	KK vor Ausrollung 2007 [14]
Reduktion der Inzidenz vollstationärer Pflege	Bis zu 46%	KK vor Ausrollung 2007 (verschiedene Vergleichsgruppen) [14]
Reduktion AU	40-61%	KK vor Ausrollung 2007 (verschiedene Vergleichsgruppen) [14]

Tab. 1: Übersicht der Behandlungsergebnisse. Quelle: Eigene Darstellung

veröffentlicht [22]. Dabei war die Zählweise anders, weil bei faktisch anonymisierten Daten die Amputationen nicht auf einzelne Menschen bezogen werden konnten. Zudem haben die Autoren Fälle mit gleichzeitigem Tumor und anderen schweren Erkrankungen als Hauptdiagnose ausgeschlossen, aber nicht auf die Diabetesdiagnose abgehoben. Ein direkter Vergleich der methodisch unterschiedlichen Erhebungen ist nicht möglich. Insgesamt ist erfreulich, dass die Zahl der hohen Amputationen inzwischen auch außerhalb der Netze abnimmt.

Kosten

Die Evaluationen der Kosten durch Krankenkassen sind in der Regel vertraulich.

Evaluation der Schuhversorgung durch die DAK 2011

Bei einer Evaluation der Schuhverordnung durch die DAK [23] wurde eine differenziertere Verordnungsweise der Fußnetze gegenüber der Schuhversorgung insgesamt festgestellt. So haben Netzwerke 65% der Betroffenen mit konfektionierten Schutzschuhen versorgt, während „alle Versorger“ 59,3% der Betroffenen mit Maß-

schuhen versorgten. Damit verbunden war eine deutliche Reduktion der Kosten.

Kosten während der Behandlung eines aktiven DFS

Die DAK hat im Zusammenhang mit der oben angeführten Analyse mittels Propensity Score-Matching auch die Differenz der Gesamtkosten pro Quartal berechnet. Demnach kommt es in den ersten beiden Quartalen zu leichten Mehrausgaben, danach zu niedrigeren Ausgaben. Insgesamt kam es nicht zu Mehrkosten, aber auch nicht zu statistisch signifikanten Einsparungen.

Die AOK Nordost hat differenzierte Betrachtungen der Kosten veröffentlicht [17]. In grün sind die Einsparungen angegeben, in rot die Mehrausgaben in der Netzwerkversorgung. Die Verschiebungen ergeben sich aus den eingesparten Amputationen weitestgehend selbsterklärend. Daraus sticht die Einsparung bei Verbandmitteln heraus. Das zeigt, dass mit richtig eingesetzten günstigen Verbandstoffen sogar bessere Ergebnisse erreicht werden können.

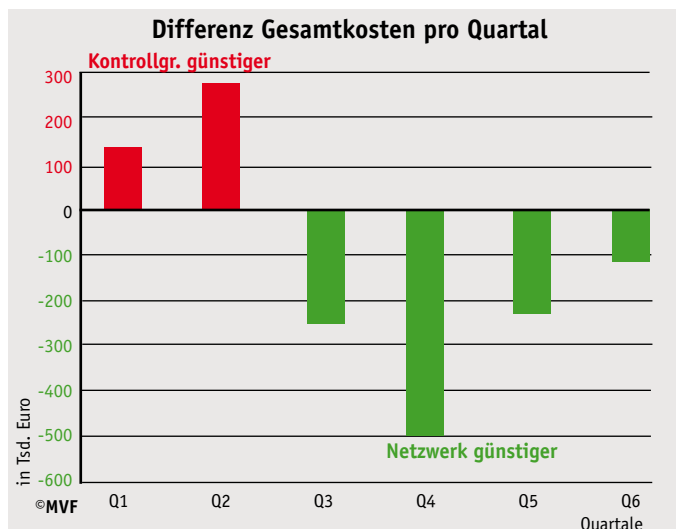


Abb. 5: Differenz Gesamtkosten pro Quartal. Quelle: Eigene Darstellung

Leistungsausgaben und Programmkosten		
KH-Aufenthalte mit Diabetes		
• KH-Aufenthalte mit Amputationen	507.521,36	
• KH-Aufenthalte ohne Amputationen		-79.261,93
Diabetes-assoziierte Leistungen		
• Verbandstoffe	92.158,42	
• Insuline		-6.664,51
• Orale Antidiabetika	5.392,06	
• DFS-assoziierte Heilmittel (Fußpflege)		-9.692,72
• DFS-assoziierte Hilfsmittel (Schuhe)		-46.277,85
• DFS-assoziierte Hilfsmittel (Prothesen)	27.049,56	
Extrabudgetäre Vergütung		-426.775,00
Gesamt	63.449,39	

Tab. 2: Leistungsausgaben und Programmkosten in Euro. Quelle: Feldt, S., P. Riesner, L. Grabley, „Qualifizierte ambulante Versorgung bei Diabetischem Fußsyndrom im Rahmen eines IV-Vertrags“, in „Monitor Versorgungsforschung“, 2016. 16(3).

Zusammenfassung

2015 und 2016 wurden wesentliche neue Erkenntnisse zur Versorgungsqualität in Netzwerken veröffentlicht. Die Netzwerke senken Majoramputationen signifikant um 65% mit einer NNT von 41. Damit schaffen sie die Voraussetzung für eine länger bestehende Mobilität und Selbständigkeit der Betroffenen.

In Regionen, in denen sie die Versorgung übernommen haben, sank die Zahl hoch amputierter Menschen mit Diabetes um 42% in 6 Jahren.

In den Netzwerken sinken auch die Gesamtzahl der Menschen, die von Amputationen egal welcher Art betroffen sind sowie die Arbeitsunfähigkeiten, die Inzidenz vollstationärer Pflege und die Letalitätsrate. Netzwerke versorgen unter allen Gesichtspunkten besser als die Regelversorgung.

Die Gesamtkosten für die Behandlung eines Menschen mit aktiven DFS sind trotz der Qualitätssteigerung in der Netzwerkversorgung nicht höher als in der Regelversorgung. Es ergeben sich sogar Hinweise für mögliche Einsparungen.

Der Zugang zu einer Versorgung in Netzwerken von Spezialisten sollte ein Recht für alle Betroffenen sein. <<

Autorenerklärung

Es liegen keine Konkurrenzkonflikte vor.

Effectiveness of Networks for People with Diabetic Foot Syndrome

In 2015 and 2016 important new data regarding the quality of care in networks for the diabetic foot (DFS) was published. Major amputations were reduced significantly by 65% with a NNT of 41. In this way the networks established the basis for continued mobility, independence and quality of life for the people affected. In regions where networks have taken over a large part of the care for people with DFS, the reduction in the number of major amputations has been 2.3-fold that of the median reduction in Germany. The number of people who suffer any kind of amputation also decreased as well as incapacity to work, nursing home admissions and death rates. From any aspect, network care for people with DFS is better than standard care. Overall cost for the treatment of people with active DFS is not higher than in usual care despite the better outcome. There are even indications for possible savings. Access to care in a network of specialists should be a right for people with DFS and should not depend on random affiliation to an insurance company.

Keywords

Diabetic Foot, Diabetes mellitus, Complications, Amputations, Chronic Wounds

Zitationshinweis

Hochlenert, D.: „Wirksamkeit von Netzwerken Diabetischer Fuß“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 04/17, S. 54-58, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2024

Literatur

1. Risse, A., et al., Aufbau und Methoden des DFS-Registers. *Der Diabetologe*, 2015. 2: p. 114-122.
2. Jecht, M., et al., Charakteristika von Menschen mit einem diabetischen Fußsyndrom. *Der Diabetologe*, 2015. 2: p. 138-143.
3. Hochlenert, D., G. Engels, and S. Morbach, Das Entitätenkonzept des DFS. *Der Diabetologe*, 2015. 2: p. 2015 · 11:130-137.
4. Sauer, K., H. Rothgang, and G. Glaeske. BARMER GEK HEIL- UND HILFSMITTELREPORT 2014. 2014 [cited 2017 8.5.2017].
5. Hochlenert, D. and G. Engels, Low Major Amputation rate and low Recurrence in Networks for Treatment of the DFS, in Abstract Book, X. Diabetic Foot Study Group Meeting Seminaris See Hotel, Berlin-Potsdam, Germany 28. – 30. September 2012. 2012.
6. Hochlenert, D., W. Klüwer, and H. Rubbert, Frühe Entdeckung diabetischer Fußschäden - Kooperation Hausarzt Fußnetz bringt Durchbruch beim Diabetischen Fußsyndrom. *KVNO Aktuell*, 2007. 12.09.2007.
7. Hochlenert, D., G. Engels, and L. Altenhofen, Integrierte Versorgung: Ergebnisse des Netzwerks Diabetischer Fuß Köln und Umgebung. *Dtsch Arztebl*, 2006. 103(24): p. A 1680-3.
8. Hochlenert, D. and G. Engels, Netzwerk Diabetischer Fuß - Fußspezialisten, Hausärzte und Krankenkassen ziehen an einem Strang. *CardioVasc*, 2009. 3/2009: p. 53-55.
9. Hochlenert, D. and G. Engels, Integrierte Versorgung beim diabetischen Fußsyndrom - Im Kölner Netzwerk wurde die Amputationsrate halbiert. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 2007. 17/2007.
10. Hochlenert, D. and G. Engels, Netzwerk Diabetischer Fuß organisiert die DFS-Versorgung grundlegend neu. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, 2007.
11. Hochlenert, D., Qualitätsbericht des Netzwerkes Diabetischer Fuß Köln und Umgebung 2009. 2010: http://www.fussnetz-koeln.de/webroot/upload/files/Qualitaetsbericht_2009.pdf.
12. Hochlenert, D., Qualitätsbericht des Netzwerkes Diabetischer Fuß Köln und Umgebung 2006. 2007: http://www.fussnetz-koeln.de/Start/Dokus/Qualitaetsbericht_2006.pdf.
13. Bus, S.A., et al., IWGDF guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 2016. 32 Suppl 1: p. 16-24.
14. Hochlenert, D., Gesundheitspreis NRW 2012: Netzwerk Diabetischer Fuß Nordrhein (ID-Nr.: 236671). 2012: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheitspreis_2012/Sonderpreis_Netzwerk_Diabetischer_Fu_Nordrhein.pdf.
15. Feldt, S. and P. Riesner, Evaluation der Entwicklung von Amputationshäufigkeiten im Rahmen eines Versorgungsprogramms für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (DFS), in 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung. 2015.
16. Feldt, S., P. Riesner, and L. Grabley, Wenn DMP alleine nicht ausreicht. *Monitor Versorgungsforschung*, 2016. 16(2): p. 22-23.
17. Feldt, S., P. Riesner, and L. Grabley, Qualified ambulatory care of patients with Diabetic Foot Syndrome in a selective contract, „Monitor Versorgungsforschung“, 2016. 16(3): p. 33-36.
18. Hochlenert, D. and T. Kerres, Effectiveness of Treatment in Networks practicing Shared Care for People with DFS. 13th Meeting of the Diabetic Foot Study Group Stuttgart 2016, 2016.
19. Trautner, C., et al., Unchanged incidence of lower-limb amputations in a German City, 1990-1998. *Diabetes Care*, 2001. 24(5): p. 855-9.
20. Trautner, C., et al., Reduced Incidence of Lower-Limb Amputations in the Diabetic Population of a German City, 1990-2005. *Diabetes Care*, 2007.
21. May, M., et al., Decrease in (Major) Amputations in Diabetics: A Secondary Data Analysis by AOK Rheinland/Hamburg. *Journal of Diabetes Research*, 2016. 2016: p. 6.
22. Kroger, K., et al., Lower Limb Amputation in Germany. *Dtsch Arztebl Int*, 2017. 114(7): p. 130-136.
23. Vassiliadis, S., Behandlung des Diabetischen Fußes - Was sagt die GKV dazu? *MOT*, 2011. 2011(4): p. 72-4.

Dr. Dirk Hochlenert

ist niedergelassener Internist und Diabetologe im Kölner Norden. Zuvor hat er diabetologische Abteilungen in Krankenhäusern geleitet. Zudem ist er Geschäftsführer einer GmbH, die den im Artikel angesprochenen Vertrag managt. Für die Errungenschaften dieser Netzwerke hat er mehrere Auszeichnungen erhalten, unter anderem den Gesundheitspreis des Landes Nordrhein-Westfalen 2012. Kontakt: dirk.hochlenert@web.de



Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting
 Dipl.-Psych. Simon Krupka
 Thorsten Tisch, MSc
 Hanna Sydow, MSc
 Dipl.-Volksw. Eva Walzik

Effekte einer optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung auf die Adipositas-Prävalenz

Die Zahl der Menschen in Deutschland, die unter Adipositas leiden – also einen Body-Mass-Index (BMI) von über 30 kg/m² aufweisen – nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Inzwischen leidet fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung unter Adipositas (Mensink et al. 2013). Die Adipositas wird definiert als eine übermäßige Vermehrung des Körperfetts. Zur Beurteilung, ob eine Adipositas vorliegt, wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Von Adipositas spricht man, wenn ein BMI von mindestens 30 kg/m² vorliegt. Die wachsende Zahl von Menschen mit – teilweise beträchtlichem – Übergewicht ist allenthalben als eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der Industriestaaten anerkannt. In Bezug auf Deutschland haben Konnopka und Mitarbeiter (2009) die direkten und indirekten Folgekosten von Übergewicht und Adipositas im Jahr 2002 auf insgesamt 9,87 Mrd. Euro geschätzt. In einer jüngst publizierten Aktualisierung dieser Studie auf das Jahr 2008 wurden Krankheitskosten von 16,80 Mrd. Euro (davon 12,24 Mrd. nur für die Adipositas) geschätzt (Lehnert et al. 2015).

>> Die Krankheitslast sowie die Ausgaben des Sozialsystems sind hauptsächlich auf die mit der Adipositas assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen zurückzuführen. So weisen Menschen mit Adipositas mit zunehmenden Schweregrad stark erhöhte Risiken für Herz-Kreislauferkrankungen, Typ-2-Diabetes, bestimmte Krebserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats auf (Deutsche Adipositas Gesellschaft 2014). Im Vergleich zu Normalgewichtigen ist die Mortalität bei Menschen mit Adipositas um etwa 20 bis 25 Prozent erhöht (Lenz et al. 2009). Das erhöhte Mortalitätsrisiko für adipöse Menschen ergibt sich nicht aus ihrem starken Übergewicht per se, sondern aus den Folgeerkrankungen.

Wie die aktuelle S3-Leitlinie zur „Prävention und Therapie der Adipositas“ zeigt, existieren wirksame Therapieoptionen (Deutsche Adipositas Gesellschaft 2014): Bei Erwachsenen gilt die multimodale Therapie als Basistherapie, bestehend aus einer Kombination von Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie. Sind diese konservativen Therapien ausgeschöpft, sieht die Leitlinie eine Adipositas-chirurgische Behandlung vor, die die Kapazität des Verdauungsapparats zur Nahrungsaufnahme bzw. zur Resorption von Nährstoffen reduziert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der Menschen in Deutschland, die unter Adipositas leiden, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Inzwischen leidet fast ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung unter Adipositas. Die DAK-Gesundheit hat gemeinsam mit einer medizinischen Expertengruppe ein Konzept für eine optimierte Adipositas-Versorgung entwickelt. Das Ziel der Studie ist die Untersuchung der Effekte dieser optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung auf die Adipositas-Prävalenz.

Methoden: Im Rahmen einer umfangreichen Modellierungsstudie gemäß dem Konzept der „Generalized Cost-Effectiveness Analysis“ (GCEA) wurden die Effekte auf die Adipositasprävalenz, die durch Adipositas verursachte Krankheitslast (disability adjusted life years, DALY) sowie die Kosten-Effektivität der Versorgung untersucht.

Ergebnisse: Bei Aufnahme einer optimierten Ernährungstherapie sowie von multimodalen Gewichtsreduktionsprogrammen in die GKV-Regelversorgung sowie einem moderat erleichterten Zugang zu chirurgischen Therapien für Betroffenen mit einem Adipositas-Grad III geht das Optimierungsszenario von einer durchschnittlichen jährlichen Inanspruchnahmequote von Adipositas-spezifischen Behandlungen von 15% aus. Ein solcherart optimiertes Versorgungssystem würde langfristig zu einer gegenüber dem Status quo um 24,3 % niedrigeren Adipositas-Prävalenz (Abnahme um 3,9 Mio. Menschen mit Adipositas) führen. Diese niedrigere Adipositasprävalenz würde sich nach Umstellung auf eine optimierte Versorgung gestreckt über einen längeren Zeitraum einstellen. Innerhalb der ersten 10 Jahre säne die Zahl der Menschen mit Adipositas um etwa 2 Mio.

Schlussfolgerung: Die Studie kommt zu dem Schluss, dass in der GKV-Regelversorgung die Voraussetzungen für eine bessere Adipositas-spezifische Versorgung geschaffen werden müssen.

Schlüsselwörter

Adipositas, Multimorbidität, Generalized Cost-Effectiveness Analysis (GCEA)

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2023

Trotz der prinzipiellen Verfügbarkeit leitlinienkonformer Therapieansätze, findet die Umsetzung einer leitliniengerechten Adipositasbehandlung in der Versorgungsrealität de facto kaum statt. Neben einer mangelnden Anerkennung und Würdigung der Adipositas als Krankheit erschweren leistungsrechtliche Hürden eine adäquate Versorgung der Betroffenen. So können die Kosten Adipositas-spezifischer Therapiemaßnahmen bisher entweder gar nicht oder nur einzelfallabhängig bzw. anteilig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet oder übernommen werden. Damit ist eine durchgehende, strukturierte Versorgung von Menschen mit Adipositas bislang nicht sichergestellt.

Vor diesem Hintergrund hat die DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit medizinischen Experten den Ansatz eines neuen, optimierten Versorgungskonzepts entwickelt, das Gesundheitsleistungen und Steuerungsmechanismen beinhaltet, die in dieser Form in Deutschland bislang nicht existieren (eine vollständige Darstellung des Versorgungskonzepts findet sich in Nolting et al. 2016). Ein Kernelement besteht darin, dass auf Grundlage einer fundierten medizinischen Differentialdiagnostik in einer auf Adipositas spezialisierten Schwerpunktpraxis die Patienten zielgerichtet in für sie passende Therapien eingesteuert werden. Der Patient wird – je nach individueller Situation – hinsichtlich der drei in diesem Versorgungskonzept vorgesehenen Behandlungsoptionen beraten:

1. Optimierte Ernährungstherapie
2. Multimodales Gewichtsreduktionsprogramm
3. Chirurgische Therapie

Wesentliche Elemente dieses Konzepts einer optimierten Adipositas-Versorgung wurden von IGES im Auftrag der DAK-Gesundheit

im Rahmen des zweiten DAK-Versorgungsreports Adipositas (Nolting et al. 2016) daraufhin untersucht, welche Auswirkungen eine Umstellung der Adipositas-Versorgung in Deutschland auf die Zahl der Menschen mit Adipositas sowie die resultierende Krankheitslast aufgrund von Folgeerkrankungen hätte.

Der vorliegende Beitrag berichtet über einen Teilaspekt dieser Studie, nämlich die Frage, welche Adipositas-Prävalenz resultierte, wenn das optimierte Versorgungskonzept in Deutschland verfügbar wäre und mit einer realistischen Häufigkeit von den Betroffenen in Anspruch genommen würde.

Material und Methoden

Die Methodik des DAK-Versorgungsreports Adipositas folgt dem Paradigma der „Generalized Cost-Effectiveness Analysis“ (GCEA). Dabei handelt es sich um einen von der WHO für die Planung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen entwickelten Ansatz (Hutubessy et al. 2003), der bereits im ersten DAK-Versorgungsreport zum Thema „Schlaganfall“ zum Einsatz kam (Nolting et al. 2015). Die GCEA-Methodik erlaubt es, sowohl die Kosten-Effektivität der Versorgung im Status quo, als auch die einer modifizierten Versorgung zu schätzen und zu beurteilen, ob durch die Modifikation eine Verbesserung der Kosteneffektivität zu erwarten ist. Die Effektivität der Versorgung wird dabei über die Verminderung der Krankheitslast (Disability Adjusted Life Years, DALY) gemessen. Wichtigste Kenngröße sind die Kosten pro verhindertes DALY. Die Untersuchung betrachtet die auf die Adipositas zurückzuführende Krankheitslast in Bezug auf sieben Folgeerkrankungen (Brustkrebs, Darmkrebs, Arthrose, Ischämische Herzerkrankungen, Hypertensive Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2). Die Analysen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik im Alter ab 20 Jahren, Bezugsjahr ist 2014. Die Analyse der Kosten erfolgt – wie die der Effekte – für die Gesamtbevölkerung ohne Trennung nach Kostenträgern (GKV, PKV, Beihilfe).

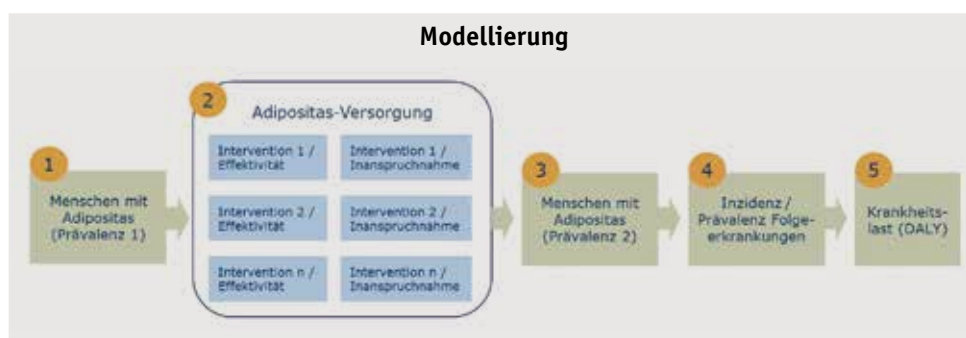


Abb. 1: Grundaufbau der Modellierung

Da sich der vorliegende Beitrag auf ein Teilergebnis der Studie – die durch die Modellierung geschätzten Effekte einer optimierten Versorgung auf die Adipositas-Prävalenz – beschränkt, gehen wir im Folgenden nur auf die diesbezüglich relevanten methodischen Details ein. Abbildung 1 zeigt den Grundaufbau der Modellierung.

Ausgangspunkt ist die Bevölkerung der Bundesrepublik mit der im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) des Robert Koch-Instituts in Bezug auf den Zeitraum 2008 bis 2011 festgestellten Verteilung nach den fünf BMI-Klassen „Normalgewicht (BMI < 25), „Übergewicht“ (BMI 25 – <30), „Adipositas Grad I“ (BMI 30 – <35), „Adipositas Grad II“ (BMI 35 – <40), „Adi-

positas Grad III“ (BMI \geq 40) (Mensink et al. 2013).

Die von DEGS1 festgestellte Adipositas-Prävalenz lässt sich vereinfachend als das Ergebnis der epidemiologischen „Treiberkräfte“ (Inzidenz der Adipositas) und der aktuellen Versorgungssituation („Heilung“ der Adipositas) auffassen. In Abb. 1 entspricht die beobachtete Adipositas-Prävalenz somit dem Feld Nr. 3. Wenn man die im Status quo bestehende Adipositas-Versorgung hinsichtlich Art, Effektivität und Inanspruchnahmehäufigkeit der relevanten Interventionen (Nr. 2 in Abb. 1) beschreiben kann, ist es möglich, die fiktive Adipositas-Prävalenz rechnerisch abzuleiten, die sich ergäbe, wenn es gar keine Adipositas-Versorgung gäbe (Nr. 1 in Abb. 1). In der GCEA-Terminologie nennt man diese fiktive Situation das „Null-Szenario“. Für Status-quo- und Null-Szenario lassen sich ferner die resultierenden Krankheitshäufigkeiten (Nr. 4 in Abb. 1) bzw. DALY (Nr. 5 in Abb. 1) sowie die Versorgungskosten (im Null-Szenario definitionsgemäß Null) ableiten. Aus dem Vergleich dieser Größen errechnet sich die Kosteneffektivität der Status-quo-Versorgung (Kosten pro gegenüber dem Null-Szenario verhinderten DALY).

Für die Untersuchung einer optimierten Adipositas-Versorgung verändert man die Parameter in Feld 2 von Abb. 1, d.h. führt andere bzw. zusätzliche Interventionen mit abweichenden Effektivitäten ein und/oder unterstellt andere Inanspruchnahmehäufigkeiten. Entsprechend der Einstellung dieser Parameter resultiert dann eine veränderte Adipositasprävalenz, andere Inzidenzen von Folgeerkrankungen usw.. Ferner ändern sich bei einem veränderten Interventionsmix bzw. Versorgungskonzept i.d.R. auch die Versorgungskosten.

Für den DAK-Versorgungsreport wurden diese Zusammenhänge über mehrere Markow-Modelle abgebildet (vgl. Nolting et al. 2016). Zentral für das Ergebnis sind die Parameter zur Adipositas-Versorgung im Status quo bzw. im optimierten Versorgungskonzept (Feld 2 in Abb. 1).

Bei der Modellierung der gegenwärtigen Versorgung werden drei Therapieoptionen berücksichtigt: Chirurgische Therapien (bariatrische Operationen) sowie Ernährungsberatung/-therapie und multimodale Gewichtsreduktionsprogramme. Die Inanspruchnahme

der beiden konservativen Maßnahmen wurde aus den Daten der DEGS1-Studie des Robert-Koch-Instituts geschätzt. Dort wurde erhoben, ob jemand in dem Referenzjahr „an einem Gewichtsreduktionsprogramm oder an einer Maßnahme/Kurs zu gesunder Ernährung teilgenommen“ hat, und ob diese Maßnahme selbst oder durch Dritte finanziert wurde. Für die vorliegende Studie wurde unterstellt, dass es sich bei den Angaben in DEGS1 zu den selbst finanzierten Maßnahmen um die Teilnahme an multimodalen Gewichtsreduktionsprogrammen handelt, die kaum von Krankenkassen finanziert werden. Die durch Dritte finanzierten Maßnahmen werden dagegen dem Typus einer ambulanten Ernährungsberatung/-therapie zugerechnet, die von vielen Kassen über den Umweg des § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) bzw. als Maßnahme der Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) finanziert wird. Die Inanspruchnahme von chirurgischen Therapien (bariatrische Operationen) im Jahr 2014 wurde aus den Daten des Statistischen Bundesamtes zur stationären Versorgung ermittelt (Statistisches Bundesamt 2015).

Auf Basis dieser Datenquellen ergeben sich für die gegenwärtige Versorgung bezogen auf die Bevölkerung mit Adipositas (BMI

>= 30) Inanspruchnahmequoten von 2,2 % für die Intervention „Ernährungsberatung/-therapie“, 3,3 % für „Multimodale Gewichtsreduktionsprogramme“ und von 0,75 % für die Teilgruppe mit einem BMI von über 40 für chirurgische Therapien. Insgesamt nehmen im Status quo 5,6 % der Bevölkerung mit Adipositas eine Adipositas-spezifische Therapie in Anspruch.

Für das Optimierungs-Szenario wurden folgende Veränderungen vorgenommen: Anstelle der bisherigen „Ernährungsberatung/-therapie“ wird eine optimierte Form einer multiprofessionellen, individualisierten Ernährungstherapie angeboten, die sich an modernen ernährungsmedizinischen Vorgehensweisen orientiert (vgl. dazu das Adipositas-Versorgungskonzept der DAK-Gesundheit in Nolting et al. 2016). Für die „Optimierte Ernährungstherapie“ wurde eine etwas höhere Effektivität angesetzt, als sie für die bestehenden Konzepte der Ernährungsberatung durch Studien nachgewiesen ist. Darüber hinaus wurde für das Optimierungs-Szenario unterstellt, dass die Inanspruchnahme der konservativen Adipositas-spezifischen Interventionen steigt, wenn sie als GKV-Regelleistungen angeboten werden. Die an der Entwicklung des Adipositas-Versorgungskonzepts der DAK-Gesundheit beteiligten ernährungsmedizinischen Experten schätzen, dass bis zu einem Drittel der Menschen mit Adipositas bereit wären, an einer Behandlung entsprechend dem hier dargelegten Versorgungskonzept teilzunehmen. In der Modellierung wurde eine Gesamt-Inanspruchnahme entsprechend der Hälfte dieser Expertenschätzung (15 %) angenommen. Durch die optimierte Versorgung sollte die Zahl der Menschen mit einer hochgradigen Adipositas sinken. In dem Optimierungs-Szenario wurde ferner eine Erleichterung des Zugangs zu chirurgischen Therapien – mit einer Inanspruchnahmequote von 3% der Menschen mit Adipositas Grad III – sowie eine Ergänzung um eine bessere postchirurgische Nachsorge und Langzeitbetreuung modelliert. Die in der Modellierung verwendeten Parameter zur Inanspruchnahme und zur durchschnittlichen Effektivität jeder Maßnahme – gemessen als durchschnittliche Gewichtsreduktion in BMI-Einheiten – zeigt Tabelle 1. Die Effektivitäten wurden den dort angegebenen Studien entnommen. Für die „Optimierte

Ernährungstherapie“ sind noch keine Studienergebnisse verfügbar, der Effekt wurde in der Mitte zwischen bisheriger „Ernährungsberatung“ und den „Multimodalen Programmen“ angesetzt.

Die Modellierung erfolgt mit Hilfe von Markow-Modellen, d.h. für die Ermittlung der durch Adipositas verursachten Krankheitslast (DALY) wurden für jede Folgeerkrankung zwei Markow-Modelle (je eins für jedes Geschlecht) spezifiziert. Diese Modelle beruhen auf dem Bevölkerungsaufbau und der Sterbetafel der deutschen Bevölkerung im Referenzjahr (2013/14). Unter Verwendung der alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Verteilung (aus DEGS1), Daten zur Mortalität, zur Prävalenz, Inzidenz und Letalität der Folgeerkrankungen sowie in Abhängigkeit von dem jeweiligen Versorgungsszenario (Status quo oder Optimierte Adipositas-Versorgung) wird simuliert, wie sich die Bevölkerung auf die fünf BMI-Klassen verteilt, wie viele insgesamt sowie wegen der Adipositas unter den sieben Folgeerkrankungen leiden und wie viele insgesamt bzw. Adipositas-bedingt daran sterben. Die Ergebnisse zur Veränderung der Prävalenz der Folgeerkrankungen bzw. der Adipositas-bedingten vorzeitigen Sterblichkeit hängen unmittelbar ab von den Effekten der optimierten Versorgung auf die Verteilung der Bevölkerung auf die BMI-Klassen, die im Folgenden berichtet werden.

Die Simulation des Optimierungs-Szenarios zeigt eine Situation, die bestünde, wenn statt der aktuellen Adipositas-Versorgung das optimierte Versorgungssystem existierte. Bei einem Umstieg würden sich die Ergebnisse der optimierten Versorgung natürlich nicht „von heute auf morgen“, sondern erst sukzessive über einen längeren Zeitraum einstellen. In einem weiteren Schritt wurde daher untersucht, wie sich die Zahl der Menschen mit Adipositas ab der Umstellung auf die optimierte Versorgung im Zeitverlauf entwickeln bzw. wie lange es dauern würde, bis die Ergebnisse des Optimierungs-Szenarios komplett erreicht sind.

Ergebnisse

Im Jahr 2014 lebten in Deutschland etwa 66,5 Millionen Menschen im Alter von 20 Jahren oder älter. Ausweislich der epidemiologischen Daten der „Studie zur Gesundheit Erwachsener“ (DEGS1) wiesen davon 16,1 Millionen (24,3 %) einen BMI größer als 30 auf und waren damit gemäß Definition der WHO von Adipositas betroffen (8,5 Mio. Frauen, 7,6 Mio. Männer).

Ohne die gegenwärtige Adipositas-Versorgung (Null-Szenario, entsprechendes Feld Nr. 1 in Abb. 1) würden etwa 19,98 Millionen Menschen (30,1%) einen BMI größer als 30 aufweisen (10,7 Mio. Frauen, 9,3 Mio. Männer). Wenn also keinerlei Adipositas-spezifische Behandlung in Deutschland stattfinden würde, wäre die Adipositasprävalenz fast 6 Prozentpunkte höher als unter der gegenwärtigen Versorgung zu beobachten ist. Die aktuell durchgeführten Behandlungsmaßnahmen tragen demnach dazu bei, die Anzahl der von Adipositas betroffenen Menschen um 3,84 Millionen (minus 19,3% im Vergleich zu keinerlei Adipositas-Versorgung) zu verringern. Das optimierte Versorgungssystem würde gemäß den Modellberechnungen zu einer ausgeprägten Verminderung der Adipositasprävalenz führen: Die Zahl der Menschen mit Adipositas (ab 20 Jahren) sinkt auf 12,22 Millionen gegenüber 16,14 Millionen heute (7,2 Mio.

Inanspruchnahmequoten und Therapieeffekte				
Therapie	Inanspruchnahme (Anteil an Bevölkerung mit BMI>=30 bzw. BMI >=40 für chirurg. Therapie)	Durchschnittliche Gewichtsreduktion in BMI-Einheiten	Standardabweichung	Quelle
Status-quo-Szenario				
Ernährungsberatung/-therapie	2,2 %	1,0	1,6	Ash et al. 2006
Multimodale Gewichtsreduktionsprogramme	3,3 %	2,1	2,4	Berg et al. 2010
Chirurgische Therapien	0,75 %	16,3	5,9	Søvik et al. 2010
Optimierungs-Szenario				
Optimierte Ernährungstherapie	12,5 %	1,6	1,6	(v g l . Text)
Multimodale Gewichtsreduktionsprogramme	2,5 %	2,1	2,4	Berg et al. 2010
Chirurgische Therapien	3,0 %	16,3	5,9	Søvik et al. 2010

Tab. 1: Inanspruchnahmequoten, Therapieeffekte und Quellen. Quelle: DAK-Versorgungsreport Adipositas (Nolting et al. 2016)

Anzahl und Anteil der von Adipositas Betroffenen				
	Keine Adipositas-Versorgung (Null-Szenario)	Gegenwärtige Adipositas-Versorgung (Status-quo-Szenario)	Optimierte Adipositas-Versorgung (Optimierungs-Szenario)	Veränderung optimierte zu gegenwärtige Versorgung
Anzahl Menschen mit Adipositas (> 19 J.)	19,98 Mio.	16,14 Mio.	12,22 Mio.	- 24,3%
Anteil mit Adipositas	30,1%	24,3%	18,4%	- 24,3%

Tab. 2: Anzahl und Anteil der von Adipositas betroffenen Menschen unter der gegenwärtigen Versorgung (Status-quo-Szenario), in einem fiktiven Null-Szenario (Ohne Adipositas-spezifische Versorgung) und unter einer optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung (Optimierungs-Szenario). Quelle: DAK-Versorgungsreport Adipositas (Nolting et al. 2016)

Frauen, 5,0 Mio. Männer). Der Anteil der Menschen mit Adipositas läge nur bei 18,4 Prozent (statt bei 24,3 Prozent heute), was einem absoluten Rückgang um 3,9 Millionen Personen (-24,3% im Vergleich zur gegenwärtigen Versorgung) entspräche (Tab. 2).

In Tabelle 3 ist die BMI-Verteilung der Bevölkerung ab dem Alter von 20 Jahren im Status quo sowie als Ergebnis des Optimierungs-Szenarios dargestellt. Dabei wird erkennbar, dass der Prävalenz-Rückgang in den höheren Adipositasgraden relativ am stärksten ist (Grad III minus 50%, Grad II minus 37,5%, Grad I minus 17,7%).

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Zahl der Menschen mit Adipositas ab dem Zeitpunkt einer Umstellung auf die optimierte Versorgung. Nach Umstellung beginnt die Zahl der Menschen mit einem BMI über 30 deutlich zu sinken. Bereits nach fünf Jahren hat sich die Anzahl der von Adipositas Betroffenen um mehr als eine Million Menschen reduziert, innerhalb von 10 Jahren sinkt die Zahl um etwa 2 Mio. Nach etwa 20 Jahren beträgt die Anzahl der von Adipositas Betroffenen nur noch 13 Millionen. In der Folgezeit sinkt die Anzahl adipöser Menschen – wenn auch mit verlangsamter Geschwindigkeit – weiter ab und erreicht schließlich, etwa 40 Jahre nach Umstellung, ein Niveau von 12,3 Millionen Adipösen, was

Anzahl und Anteil der von Adipositas Betroffenen						
	Status-quo-Szenario (*)			Optimierungs-Szenario		
BMI	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
BMI < 25	43,7%	31,7%	37,9%	43,9%	31,9%	38,1%
BMI 25 bis 30	31,4%	44,6%	37,8%	35,0%	52,6%	43,5%
BMI 30 bis 35	16,5%	18,7%	17,5%	15,4%	13,2%	14,4%
BMI 35 bis 40	5,8%	3,8%	4,8%	4,2%	1,8%	3,0%
BMI > 40	2,7%	1,2%	2,0%	1,5%	0,5%	1,0%

Tab. 3: BMI-Verteilung der erwachsenen Bevölkerung im Alter ab 20 Jahren unter der gegenwärtigen Versorgung (Status quo-Szenario) und unter einer optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung (Optimierungs-Szenario). Quelle: IGES. (*) Die BMI-Verteilung im Status-quo-Szenario wurde aus den Ergebnissen der DEGS1-Studie (Mensink et al. 2013) abgeleitet. Da die DEGS-Studie nur die Bevölkerung bis 79 Jahren untersucht hat, wurde die Adipositas-Prävalenz ab einem Alter von 80 Jahren bis zu einem Alter von 99 Jahren extrapoliert, indem den Altersgruppen ab 80 Jahren konstant die Prävalenz der höchsten in DEGS1 untersuchten Altersgruppe unterstellt wurde.

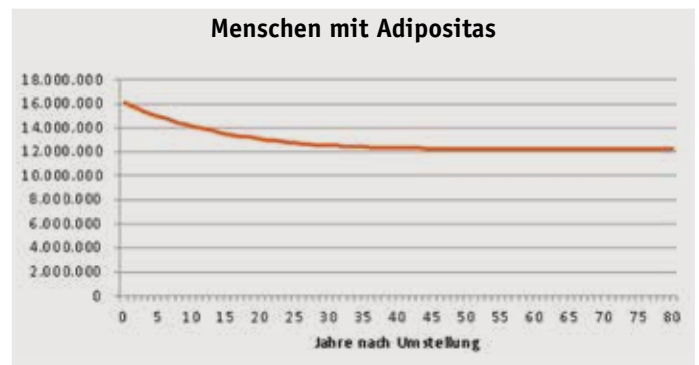


Abb. 2: Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Adipositas nach Umstellung auf die optimierte Versorgung. Quelle: DAK-Versorgungsreport Adipositas (Nolting et al. 2016).

knapp oberhalb des langfristigen Gleichgewichts in Höhe von 12,2 Millionen liegt.

Diskussion

Trotz eines vermeintlich hohen Problembewusstseins angesichts einer vom Robert Koch-Institut ermittelten Prävalenz der Adipositas von fast 25 Prozent in der Bevölkerung, beschränkt sich unser Gesundheitssystem bisher fast vollständig auf die Behandlung der Folgen der Adipositas. Die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Behandlung des Problems selbst – der Fettleibigkeit – ist zu Lasten der GKV nur nach Überwindung hoher Zugangshürden möglich. Dies trifft nicht nur auf die chirurgischen Maßnahmen zu, sondern auch auf konservative Programme zur Gewichtsreduktion und auf Ernährungstherapien. Lediglich im Rahmen der von den Krankenkassen finanzierten Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) gibt es einen niedrighwelligen Zugang zu Angeboten zur Gewichtsreduktion – die sich aber ausdrücklich nur an Personen mit einem BMI unter 35 richten.

Die heute faktisch bestehende Versorgungssituation steht damit in offensichtlichem Widerspruch zu den beiden Kernaussagen der 2014 publizierten Leitlinie der drei Fachgesellschaften DAG, DDG und DGEM (Deutsche Adipositas Gesellschaft et al. 2014), die feststellt, dass Adipositas eine chronische Krankheit ist und dass es für wirksame Maßnahmen zur Prävention und Therapie eine gute wissenschaftliche Evidenz gibt (Wirth et al. 2014).

Die DAK-Gesundheit setzt sich für eine Verbesserung dieser Situation ein und hat daher gemeinsam mit medizinischen Experten ein Konzept für eine leitliniengerechte Adipositas-Versorgung im Rahmen der GKV-Regelversorgung entwickelt. Die Untersuchungen des DAK-Versorgungsreports Adipositas (Nolting et al. 2016) ergänzen diesen Vorschlag durch eine umfassende Analyse der Frage, welcher gesundheitliche Nutzen durch eine stärkere Investition in die Adipositas-Behandlung zu erreichen wäre.

Der Vorschlag für eine optimierte Adipositas-Versorgung stützt sich auf aktuell bereits existierende therapeutische Optionen. Lediglich für die „optimierte

Ernährungstherapie“ wurde eine geringfügig höhere Effektivität angenommen, als sie für die älteren Konzepte der Ernährungsberatung durch Studien nachgewiesen wurde. Die wichtigste Modifikation gegenüber dem Status quo besteht darin, dass unterstellt wird, dass die konservativen Therapien (optimierte Ernährungstherapie, multimodale Programme) als GKV-Regelleistungen verordnet werden können und auch der Zugang zu chirurgischen Therapien moderat erleichtert wurde. In dem optimierten Szenario werden die konservativen Therapien allen Patienten mit einem BMI über 30 angeboten – und zwar kontinuierlich, d.h. ein Patient kann immer wieder diese Behandlungen in Anspruch nehmen, solange die Schwelle zur Adipositas überschritten ist. In der Modellierung wird angenommen, dass pro Jahr im Durchschnitt 15 % der Menschen mit Adipositas davon Gebrauch machen. Die an der Entwicklung des DAK-Versorgungskonzepts beteiligten medizinischen Experten schätzen, dass bis zu 30 % der Menschen mit Adipositas bereit sind, an einer Intervention teilzunehmen, eine Inanspruchnahme die aktuell nicht erreicht wird, weil die betreffenden Maßnahmen nicht zur GKV-Regelversorgung gehören.

Die Modellierung des Optimierungs-Szenarios zeigt, dass unter diesen Bedingungen die Zahl der Menschen mit Adipositas in Deutschland um fast ein Viertel niedriger liegen könnte. Die Gründe für diese deutlichen Verbesserungen durch das Optimierungs-Szenario sind vor allem in der bereits ab Überschreiten der Schwelle zur Adipositas (BMI > 30) deutlich erhöhten Inanspruchnahme von wirksamen Behandlungen zu finden. Die höhere und bereits am Beginn einer „Adipositas-Karriere“ einsetzende Behandlungsfrequenz führt ferner dazu, dass deutlich weniger Menschen in die höheren Adipositas-Grade gelangen.

Wie die hier nicht im Detail dargestellten Ergebnisse der Gesamtstudie zeigen, würde die Zahl der Menschen, die unter Adipositasbedingten Folgeerkrankungen leiden bzw. daran vorzeitig sterben, noch stärker sinken als die Adipositas-Prävalenz (weil die Menschen mit höheren Adipositas-Graden überproportional abnehmen). Trotz absolut höherer Kosten für die optimierte Versorgung, würde sich die Kosten-Effektivität – also die Kosten pro durch die Adipositas-Versorgung vermiedenes DALY – stark verbessern, weil der Rückgang der Krankheitslast relativ größer wäre als die Zunahme der Kosten.

Der DAK-Versorgungsreport empfiehlt daher, die Rahmenbedingungen in der GKV so zu verändern, dass die Patienten ein regelhaftes Adipositas-spezifisches-Behandlungsangebot entsprechend den Leitlinien erhalten. Dazu gehört auch die Berücksichtigung der Adipositas im Risikostrukturausgleich. In der Debatte über die

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wurde die Berücksichtigung der Adipositas (sowie weiterer Krankheiten) teilweise mit dem Argument kritisiert, dass es sich hierbei um eine durch Prävention verhinderbare Krankheit handle und den Krankenkassen damit der Anreiz genommen werde, in Präventionsmaßnahmen zu investieren. Dieser Einwand lässt das anhand des zeitlichen Verlaufs der Effekte einer Umstellung auf die optimierte Versorgung erkennbare Problem des zeitlichen Auseinanderfallens von Kosten und Nutzen außer Acht, das dazu führt, dass für Krankenkassen i.d.R. kein nennenswerter wirtschaftlicher Anreiz zur Investition in Prävention besteht. Ohne Aussicht auf eine Refinanzierung aus dem Risikostrukturausgleich würde eine gesetzliche Krankenkasse, die in nennenswertem Umfang zusätzliche Ausgaben für eine verbesserte Adipositas-Versorgung tätigt, das Risiko einer Verschlechterung ihrer Wettbewerbsposition eingehen. <<

Literatur

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V. (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Version 2.0 (April 2014), 050/001.
- Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT (2003). Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation*, 1(1), 1.
- Konnopka A, Bödemann M, König H-H (2011). Health burden and costs of obesity and overweight in Germany. *Eur J Health Econ*, 12:345-352.
- Lehnert T, Streltchenia P, Konnopka A, Riedel-Heller SG, König H-H (2015). Health burden and costs of obesity and overweight in Germany: an update. *Eur J Health Econ*, 16:957-967.
- Lenz M, Richter T & Muhlhauser I (2009). The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Deutsches Ärzteblatt International*, 106(40), 641-648. DOI: 10.3238/arztebl.2009.0641.
- Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, & Scheidt-Nave C (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 786-794.
- Nolting H-D, Deckenbach B, Zich (2015). *Versorgungsreport Schlaganfall*. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. ISBN: 978-3-86216-191-1.
- Nolting H-D, Krupka S, Sydow H, Tisch T (2016). *Versorgungsreport Adipositas*. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. ISBN: 978-3-86216-315-1.
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2015). *Datenbankabfrage vom 19. Februar 2016: Adipositas-chirurgische Verfahren in Deutschland im Jahr 2014*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Wirth A, Wabitsch M, Hauner H (2014): *Prävention und Therapie der Adipositas*. *Deutsches Ärzteblatt* 111(42), 705-713.

Zitationshinweis

Nolting, H.-D. et al.: „Effekte einer optimierten Adipositas-spezifischen Versorgung auf die Adipositas-Prävalenz“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 04/17, S. 59-64, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2023

Autorenerklärung

Hans-Dieter Nolting ist Geschäftsführer der IGES Institut GmbH in Berlin. Simon Krupka und Thorsten Tisch sind wissenschaftliche Mitarbeiter, Hanna Sydow war von 2014 bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin der IGES Institut GmbH. Eva Walzik ist Mitarbeiterin der DAK-Gesundheit in Hamburg, einer gesetzlichen Krankenkasse (Körperschaft des öffentlichen Rechts). Die Analyse erfolgte im Auftrag der DAK-Gesundheit und wurde von der IGES GmbH durchgeführt.

Effects of an optimized obesity-specific care on obesity prevalence

Background: The number of people in Germany suffering from obesity has been increasing steadily for years. By now, almost a quarter of the adult population is considered obese. The statutory health insurance DAK-Gesundheit, together with a group of medical experts, has developed a concept for an optimized obesity care. The aim of the study is to analyze the effects of this optimized obesity-specific care on obesity prevalence.

Methods: The effects on the obesity prevalence, the disability adjusted life years (DALY) caused by obesity as well as the cost-effectiveness of the care were analyzed in the context of a comprehensive modeling study based on the Generalized Cost Effectiveness Analysis (GCEA).

Results: When optimized dietic treatments as well as multimodal weight loss programs are added to the standard care and grade III obesity patients are given a moderately easier access to surgical therapies, the scenario results in an average yearly claim of obesity specific treatments of 15%. Such an optimized care system would lead to a 24.3% lower obesity prevalence in contrast to the status quo (reduction of 3.9 million obese people). This lower obesity prevalence would come into effect over a longer period of time after the optimized care is adapted. Within the first 10 years the number of people suffering from obesity would be reduced to approx. 2 million.

Conclusion: The study concludes that the requirements for better obesity-specific care need to be established in standard care.

Keywords

Obesity, Multimorbidity, Generalized Cost-Effectiveness Analysis (GCEA)

Dipl.-Psych. Hans-Dieter Nolting

ist geschäftsführender Gesellschafter und seit 1991 für das IGES Institut tätig. Vor seiner Tätigkeit beim IGES war er von 1986 bis 1991 wissenschaftlicher Angestellter am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (heute: Robert Koch Institut). Er verfügt über einen breiten Erfahrungshintergrund in Systemfragen des Gesundheitswesens sowie in der Evaluation und Versorgungsforschung. Kontakt: Hans-Dieter.Nolting@iges.com



Dipl.-Psych. Simon Krupka

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am IGES Institut. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit liegt in der Analyse und Beschreibung von Versorgungsstrukturen sowie in der Auswertung von Primär- und Sekundärdaten.

Kontakt: Simon.Krupka@iges.com



Hanna Sydow, MSc

war von 2014 bis 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin am IGES Institut. Den Schwerpunkt ihrer Arbeit bildeten Projekte zu Vergütungssystemen und Versorgungsstrukturen sowie gesundheitsökonomische Analysen. Seit 2017 ist Sydow beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) beschäftigt.

Kontakt: hanna.sydow@wido.bv.aok.de



Thorsten Tisch, MSc

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am IGES Institut. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit liegt in der Analyse und Beschreibung von Vergütungssystemen und Versorgungsstrukturen sowie in der statistischen Analyse von Sekundär- und Befragungsdaten.

Kontakt: Thorsten.Tisch@iges.com



Dipl.-Volksw. Eva Walzik

ist seit 2008 Leiterin des politischen Büros der DAK-Gesundheit in Berlin. Die Diplom-Volkswirtin startete ihre berufliche Tätigkeit beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dessen Geschäftsstelle sie führte. Später wechselte sie zu den Verbänden der Ersatzkassen (VdAK/AEV) und leitete von 1999 bis 2008 deren Außenstelle in Berlin.

Kontakt: eva.walzik@dak.de



Sandra Schröder
Dr. rer. pol. Julia Fleckenstein
Dr. rer. medic. Max Wunderlich

Effektivität eines telefonbasierten Coaching-Programms für Patienten mit einer depressiven Erkrankung

Das leitlinienbasierte Therapieschemata umfasst neben der Betreuung in der akuten Phase, die Erhaltungstherapie nach dem Abklingen der depressiven Episode und die Prophylaxe zukünftiger Episoden. Mit Psychotherapie und Pharmakotherapie stehen nachweislich wirksame Behandlungsverfahren zur Verfügung. Von der großen Zahl der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Depression erhält aber nur eine Minderheit von geschätzt unter 10 Prozent eine suffiziente Behandlung (DGPPN et al. 2015). Die möglichen Gründe hierfür sind vielfältig: fehlende Hoffnung und reduzierter Antrieb der Betroffenen, sich Hilfe zu holen, verzögerte Diagnosestellung, Abweichen von der therapeutischen Leitlinie im Hausarztalltag sowie ein nicht ausreichendes Angebot an Psychotherapieplätzen und damit verbundene lange Wartezeiten. Hinzu kommen häufig irrationale Vorbehalte der Betroffenen oder Angehörigen gegenüber Antidepressiva, Scham und Stigmatisierung der Erkrankung im sozialen Umfeld etc. Somit ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf – auch für die private Versicherungswirtschaft –, die Versorgungsdefizite infolge unzureichender medizinischer Angebotsstrukturen und infolge der erkrankungs- und gesellschaftsbedingt hohen Zugangsschwelle der Inanspruchnahme für den einzelnen Patienten abzumildern.

>> Angesichts dieses enormen Versorgungsdefizits führte die Central Krankenversicherung AG bereits 2013 ein zielorientiertes Coaching-Programm für ihre betroffenen Kunden in der Krankenvollversicherung ein. Das Programmziel, die Schwere der Depression abzumildern und die Lebensqualität der Erkrankten zu erhöhen, sollte vorrangig durch die Motivation zur Aufnahme und Adhärenz zu einer leitliniengerechten Therapie erreicht werden. Folglich wurde das Programm nicht entwickelt, um eine ärztliche, medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung zu ersetzen, sondern um die vorhandenen Versorgungsstrukturen zu ergänzen und den Zugang zu diesen zu erleichtern. Dieser Ansatz geht auf die Annahme zurück, dass sich wirtschaftliche Vorteile langfristig zeigen, wenn die möglichst frühzeitige Stabilisierung der psychischen Gesundheit mithilfe einer umfassenden Versorgung nachhaltig gelingt.

Vorbehalte und Hindernisse gegenüber der Inanspruchnahme bestehender Therapiemöglichkeiten wurden im Rahmen regelmäßiger Telefonate mit einer medizinischen Fachkraft (Coach) aufgelöst und praktische Selbsthilfe-Maßnahmen zur Unterstützung der Behandlung gemeinsam trainiert. Diese strukturierte, klar organisierte Be-

Zusammenfassung

Kann es im Umgang mit der Krankheit Depression helfen, regelmäßig mit einem persönlichen Coach zu sprechen? Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel zu zeigen, inwieweit ein zwölfmonatiges telefonbasiertes Coaching-Programm effektiv sein kann, die depressive Symptomatik von betroffenen Kunden der Central Krankenversicherung AG zu reduzieren und deren Lebensqualität zu erhöhen. Hierfür wurde untersucht, ob sich diese subjektiven Outcome-Parameter der Programmteilnehmer (Interventionsgruppe, n = 277) innerhalb eines Jahres anders entwickelten als die der prä-randomisierten Kontrollgruppe (n = 179). Außerdem war es von Interesse herauszufinden, ob eine Veränderung der individuellen Versorgungslage hierauf einen statistisch nachweisbaren Effekt hat. Trotz des hohen methodischen Standards stellte sich die hohe Abbruchquote der Interventionsgruppe als relevante Einschränkung heraus. Es konnte aber nachgewiesen werden, dass die Programmteilnehmer in Bezug auf ihre Krankheitsschwere und Lebensqualität im Lauf eines Jahres signifikant bessere Fortschritte machten als die Betroffenen der Kontrollgruppe. Allerdings wurde nur die Versorgungsvariable „Existenz eines Therapieplanes“ als Moderator für die physische Lebensqualität identifiziert, so dass die Frage nach dem Wirkungszusammenhang nicht abschließend beantwortet werden konnte.

Schlüsselwörter

GKV-Routinedaten, externe Validität, Datenqualität, Arzneimittel, Sekundärdaten, Primärdaten

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2020

treuung per Telefon ist besonders vorteilhaft für depressiv Erkrankte mit Antriebs- und Motivationsdefiziten, da sie die Beratung semi-anonym und zeitlich flexibel von zu Hause – also in einem geschützten Bereich – wahrnehmen können und außerdem proaktiv kontaktiert werden. Das Coaching war angelegt auf bis zu zwölf Monate, in denen mit den Methoden des motivational interviewing sowie psychoedukativen Elementen an individuellen gesundheitsförderlichen Zielen gearbeitet wurde. Die Telefongespräche wurden ergänzt um schriftliche Informationen, Arbeitsunterlagen und SMS-Erinnerungen.

Ehrgeiziges Evaluationsdesign

Um die Erreichung der Programmziele valide evaluieren zu können, wurde ein prä-randomisierter Interventions-/Kontrollgruppen-Vergleich gewählt. Hierfür wurden ca. 10% der volljährigen Versicherten, denen anhand der eingereichten Rechnungen der vorangegangenen zwölf Monate eine gesicherte Depressionsdiagnose (F32 – F33.9, F34.1, F38.1) zugeordnet werden konnte und die kein weiteres Aus-

Volkskrankheit Depression

Depression ist eine der großen Volkskrankheiten in Deutschland. Depressive Störungen gehören zu den häufigsten und hinsichtlich ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen. Im Zeitraum von einem Jahr leiden 11% der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (das entspricht fast sechs Millionen Menschen) unter depressiven Störungen (12-Monats-Prävalenz). Fast jeder fünfte Bundesbürger erkrankt einmal im Leben an einer Depression (Wittchen et al. 2010). Neben der gedrückten Grundstimmung treten bei depressiven Menschen in der Regel Antriebsstörungen auf. Die Betroffenen sind oft nicht in der Lage, kleinste Entscheidungen zu treffen und haben die Fähigkeit verloren, Freude zu empfinden. Es bestehen Konzentrationsstörungen, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, meist auch eine alles begleitende Angst und Beklemmung. Nicht nur in Bezug auf das subjektive Erleben der Betroffenen, sondern auch objektiv gesehen ist die Depression eine schwere und oft lebensbedrohliche Erkrankung. Die bei depressiv Erkrankten deutlich erhöhte Mortalität resultiert aus einem erhöhten Suizidrisiko und durch – in den letzten Jahrzehnten nachgewiesenen – negativen Einflüssen auf andere Erkrankungen, wie Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus. Bei unzureichender Behandlung drohen Rezidive und die Chronifizierung der psychischen Erkrankung.

schlusskriterium erfüllten (z.B. das Vorliegen von Psychosen, bipolaren affektiven Störungen oder Substanzmissbrauch, schwere/lebensbedrohliche somatische Komorbidität), zufällig ausgewählt. Ihnen wurde schriftlich die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie unter Leitung der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Leipzig angeboten (Kontrollgruppe KG).

Eine Bewilligung der Studie durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät lag vor. Die restlichen 90% erhielten eine schriftliche Einladung zur kostenfreien Teilnahme an dem Coaching-Programm (Interventionsgruppe IG). Die jeweilige Einwilligung zur Teilnahme und Datennutzung musste nach entsprechender Aufklärung schriftlich erklärt werden. Insgesamt konnten so für die Erstbefragung (Zeitpunkt t0) 179 Teilnehmer für die Kontrollgruppe und 277 Teilnehmer für die Interventionsgruppe gewonnen werden. Die Befragungen der Kontrollgruppe erfolgten im Abstand von einem Jahr online, die Selbstauskünfte der Interventionsgruppe wurden anhand eines identischen Fragebogens im Rahmen des Aufnahmegesprächs (t0) bzw. des Abschlussgesprächs (t1) telefonisch von den Coaches erhoben und analog elektronisch dokumentiert.

Die für die vorliegende Untersuchung relevanten Fragen beinhalteten zum einen den Fragebogen PHQ-9. Dieser entspricht dem Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patienten (PHQ-D) und umfasst neun Fragen zur Depressivität. Er wurde als Screening-Instrument zur Diagnostik von Depressivität für den routinemäßigen Einsatz im somatisch-medizinischen Bereich entwickelt und wird international als Instrument zur Messung des Schweregrades der Major Depression empfohlen (Kroenke et al. 2001). Die Punktwertskala bewegt sich zwischen 0 (keine depressive Symptomatik) und maximal 27 (schwerst depressiv). Zum anderen wurde der Short Form Gesundheitsfragebogen in der Kurzversion mit 12 Einzelfragen (SF-12) eingesetzt. Dieser Gesundheitsfragebogen ist ein krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und wird häufig zur Therapiekontrolle oder Verlaufsmessung eingesetzt (Ware et al. 1996). Er berechnet einen mentalen und einen physischen Summenscore. Ergänzt wurde das Fragenset um das Thema „aktuelle Versorgungssituation“: Haben Sie in den vergangenen 3 Monaten eine neue oder angepasste Therapieempfehlung zur Behandlung Ihrer Depression durch Ihren Arzt oder Psychotherapeuten erhalten? Sind Sie derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Nehmen Sie zur Behandlung der Depression derzeit Medikamente ein?

Anhand der Selbstauskünfte der Versicherten sollte untersucht werden, ob durch die Teilnahme an dem Coaching-Programm der PHQ-9-Wert innerhalb eines Jahres stärker abgesenkt werden konnte als bei vergleichbaren Nicht-Teilnehmern bzw. ob sich die SF-12-Summenwerte der Teilnehmer positiver als die der Nicht-Teilnehmer entwickelten (two-way mixed design ANOVAs). Grenzwerte waren gesetzt bei $\eta^2 = .01$ für kleine Effekte, $\eta^2 = .06$ für mittlere Effekte, and $\eta^2 = .14$ für große Effekte (Cohen 1988). Darüber hinaus war es Ziel der Moderatorenanalyse herauszufinden, ob eine Veränderung der Versorgungssituation eine statistisch nachweisbare Auswirkung auf die zeit- und gruppenabhängige Entwicklung der depressiven Symptomatik und Lebensqualität hat. Alle Effekte

Soziodemografische Variablen der Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t0			
Untersuchungskollektiv	Gesamt (n = 456)	IG (n = 277)	KG (n = 179)
Weibliches Geschlecht, n (%)	196 (43,0)	111 (40,1)	85 (47,5)
Alter in Jahren, m (SD)	51,9 (10,3)	52,0 (10,0)	51,8 (10,8)
Alter bei Erstdiagnose, m (SD)	45,3 (10,9)	45,8 (10,4)	44,6 (11,5)

Tab. 1: zeigt, dass sich Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer Variablen nicht relevant unterscheiden. Quelle: Eigene Auswertungen.

wurden auf dem $p < .05$ Signifikanzniveau (zweiseitig) getestet. Die Analysen wurden mit SPSS v. 21.0 durchgeführt.

Überzeugende Ergebnisse: Coaching wirkt

Bei der Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen zum Zeitpunkt t0 zeigten sich

in Bezug auf das gewählte Signifikanzniveau keine relevanten Unterschiede zwischen der ursprünglichen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie des Alters bei Erstdiagnose (siehe Tabelle 1). Auch die vom Gesundheits- und Versorgungszustand abhängige Zielgruppenverteilung innerhalb der beiden Gruppen zeigte keine signifikanten Auffälligkeiten. Die grobe Zielgruppenklassifikation erfolgte hierbei datengestützt nach im Vorjahr in Anspruch genommenen pharmazeutischen, psychotherapeutischen oder stationären Leistungen im Zusammenhang mit einer spezifischen Depressionsdiagnose.

Die auswertbaren Angaben der Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich bezüglich des Durchschnitts und der Verteilung ihrer PHQ-9-Werte sowie ihrer mentalen SF-12-Summenwerte nicht. Der durchschnittliche physische SF-12-Summenscore war jedoch in der Kontrollgruppe signifikant höher als in der Interventionsgruppe. Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungslage gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie und Antidepressiva, sehr wohl jedoch bei der Existenz eines aktuellen Therapieplans (siehe Tab. 2).

Leider war im zeitlichen Verlauf insbesondere bei der Interventionsgruppe eine hohe Abbruchrate zu verzeichnen. Von den ursprünglich 456 Versicherten zu Programm- bzw. Studienbeginn

Gesundheitsvariablen der Untersuchungsgruppen zum Zeitpunkt t0				
Krankheitsschwere und Lebensqualität		Gesamt	IG	KG
		(n = 430)	(n = 251)	(n = 179)
PHQ-9-Wert, m(SD)		9,2 (5,4)	9,4 (5,3)	9,0 (5,6)
Verteilung	minimal 0-4, n(%)	93 (21,6)	53 (21,1)	40 (20,4)
	mild 5-9, n(%)	146 (34,0)	79 (31,5)	67 (37,4)
	mittelgrad. 10-14, n(%)	118 (27,4)	74 (29,5)	44 (24,6)
	schwer 15-27, n(%)	73 (17,0)	45 (17,9)	28 (15,6)
SF-12 mental		40,0 (12,4)	40,8 (12,6)	38,9 (11,9)
SF-12 physisch		48,4 (9,3)	46,2 (9,9)	51,4 (7,4)
Versorgungssituation				
Therapieplan		(n = 432)	(n = 254)	(n = 178)
ja, n (%)		61 (14,1)	13 (5,1)	48 (27,0)
Psychotherapie		(n = 387)	(n = 247)	(n = 140)
ja, n (%)		179 (46,3)	107 (43,3)	72 (51,4)
Antidepressiva		(n = 439)	(n = 260)	(n = 179)
ja, n (%)		237 (54,0)	138 (49,8)	99 (55,3)

Tab. 2: zeigt signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lediglich in Bezug auf die physische Lebensqualität sowie in Bezug auf die Existenz eines Therapieplanes. Quelle: Eigene Auswertungen.

verblieben aufgrund des per-protocol-Designs in der zeitübergreifenden PHQ-9-Analyse insgesamt nur noch 216 (Interventionsgruppe: 56, Kontrollgruppe: 160) in der SF-12-Analyse 351 auswertbare Teilnehmer (Interventionsgruppe: 186, Kontrollgruppe: 165).

Es wurde daraufhin untersucht, ob sich durch das Abbruchverhalten systematische Verzerrungen in der Gruppenzusammensetzung ergaben: Im Hinblick auf die Zielgruppenverteilung beantworteten Erkrankte mit einer umfangreicheren Therapiehistorie sowie mit einem rezidivierenden/chronischen Verlauf den PHQ-9-Fragebogen bedeutend seltener ein zweites Mal als die Zielgruppe derer ohne vorherige Behandlung sowie mit einer unspezifischen Diagnosestellung. Ein unabhängiger t-Test zeigte zudem, dass die Versicherten, die den SF-12-Fragebogen zu beiden Zeitpunkten beantworteten, einen signifikant höheren mentalen Summenscore zum Zeitpunkt t0 aufwiesen als die Befragungsabbrecher. Alle anderen Variablen zur Soziodemografie, Krankheitsschwere, Lebensqualität und Versorgungssituation wiesen keine signifikanten Unterschiede in den Ausgangswerten auf.

Beim Vergleich der Veränderungsdifferenz der PHQ-9-Werte innerhalb eines Jahres zeigten Interventions- und Kontrollgruppe bei einem vergleichbaren Ausgangsniveau gleichermaßen eine deutliche Reduzierung der Krankheitsschwere. Bei den Programmteilnehmern war dieser Effekt jedoch signifikant stärker ausgeprägt (vgl. Tab. 3).

Bei einem genaueren Blick auf die Entwicklung der Depressionssymptomatik der Interventionsgruppe zeigten sich erhebliche individuelle Bewegungen: Teilnehmer mit einer mittelgradigen Depression (PHQ-9-Wert 10-14) zu Programmbeginn wiesen bei Pro-

Ergebnisse der PHQ-9-Analyse im Ein-Jahres-Verlauf für IG und KG			
	Gesamt	IG	KG
	(n = 216)	(n = 56)	(n = 160)
PHQ-9-Wert			
t0, m (SD)	9,0 (5,4)	8,9 (5,0)	9,0 (5,6)
t1, m (SD)	6,5 (5,0)	4,9 (4,4)	7,1 (5,1)
Differenz	-2,5	-4,0	-1,9

Tab. 3: zeigt den bei der Interventionsgruppe stärker ausgeprägten Rückgang der Depressionssymptomatik. Quelle: Eigene Auswertungen.

grammabschluss in fast 54% der Fälle eine Verbesserung auf eine als klinisch mild zu bezeichnende Depression (PHQ-9-Wert 5-9) auf, knapp 39% verbesserten sich sogar auf eine minimale Ausprägung der depressiven Symptome (PHQ-9-Wert 0-4). Besonders die ursprünglich schwer Depressiven (PHQ-9-Wert 15-27) profitierten: Ein Viertel dieser Patienten konnte ihre Krankheitsschwere um drei Kategorien auf eine Minimal-Ausprägung reduzieren.

Der mentale SF-12-Summenscore entwickelte sich im Jahresverlauf bei den Programmteilnehmern – ausgehend von einem deutlich höheren Niveau – ebenfalls signifikant positiver als in der Kontrollgruppe. Während sich der durchschnittliche physische SF-12-Summenwert der Kontrollgruppenteilnehmer nachweisbar verschlechterte, wies die Interventionsgruppe diesbezüglich eine deutliche Verbesserung auf. Somit war der zum Zeitpunkt t0 bestehende signifikante Unterschied in der physischen Lebensqualität zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nach einem Jahr statistisch nicht mehr auffällig (vgl. Tab. 4).

Anhand der vorliegenden Daten wurde die Hypothese bestätigt, dass ein telefonisches Coaching-Programm für Menschen mit einer Depression unabhängig von ihrer ursprünglichen Krankheitsschwere innerhalb eines Jahres die depressive Symptomatik reduzieren und

Ergebnisse der SF-12-Analyse im Ein-Jahres-Verlauf für IG und KG			
	Gesamt	IG	KG
	(n=351)	(n=186)	(n=165)
SF-12 mental			
t0, m (SD)	40,5 (12,3)	42,2 (12,4)	38,7 (11,9)
t1, m (SD)	49,4 (12,7)	54,7 (10,6)	43,5 (12,2)
Differenz	9,1	12,7	4,9
SF-12 physisch			
t0, m (SD)	48,7 (9,0)	46,2 (9,4)	51,4 (7,6)
t1, m (SD)	49,5 (8,1)	48,9 (8,0)	50,3 (8,2)
Differenz	0,8	2,6	-1,2

Tab. 4: zeigt deutlich stärkere Verbesserungen der Lebensqualität in der Interventionsgruppe. Quelle: Eigene Auswertungen.

die Lebensqualität erhöhen kann – und zwar deutlich stärker als über den „normalen“ Behandlungs- und Genesungsverlauf hinaus. Als methodische Schwäche sind hier jedoch die unterschiedlichen Medien bei der Erhebung der Selbstauskünfte (KG online vs. IG telefonisch) anzuführen, die im Hinblick auf das Phänomen von „sozial erwünschten Antworten“ zu systematischen Verzerrungen geführt haben könnten.

Frage nach dem Wirkungszusammenhang bleibt

Signifikante Unterschiede bei der Veränderung der Versorgungslage zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich nur in Bezug auf die Existenz eines Therapieplanes: 63,5% (IG) bzw. 6,7% (KG) verfügten zum Zeitpunkt t1 über einen aktuellen Therapieplan, den sie zum Zeitpunkt t0 noch nicht hatten vorweisen können. Der umgekehrte schlechte Fall – Existenz eines Therapieplanes zum Zeitpunkt t0 aber nicht zu t1 – trat nur bei der Kontrollgruppe auf (19,3%). Folglich konnte auch nur diese Variable für die Moderatorenanalyse verwendet werden. Hier zeigte sich lediglich in Bezug auf die Veränderung der physischen Lebensqualität ein statistisch relevanter Effekt.

Folglich konnte die Frage, wie das Coaching wirkt, anhand der vorliegenden Studie und ihres gewählten Befragungsdesigns nicht geklärt werden. So wurden die Teilnehmer zwar nach ihrer aktuellen Versorgungssituation in Bezug auf Antidepressiva und Psychotherapie gefragt, es erfolgte jedoch keine systematische Verknüpfung dieser Angabe mit dem tatsächlichen – bestenfalls ärztlich festgestellten – Behandlungsbedarf zu dem jeweiligen Zeitpunkt. „Echte“ Versorgungsdefizite konnten so datentechnisch von nicht-behandlungsbedürftigen Phasen nicht klar getrennt werden. Zudem wurde weder die Qualität der begleitenden Behandlung noch die entsprechende Compliance-Problematik untersucht. Es bleibt daher offen, ob und bei welcher Zielgruppe die positive Wirkung eher über die empathische und motivierende Zuwendung der Coaches erzielt wird oder vielleicht doch eher die verbindliche Versorgungssteuerung in eine leitliniengerechte Therapie wirksam ist. Zweifelsfrei bestehen beide Wirkungsketten nicht unabhängig voneinander.

Abgestuftes Interventionsschema für mehr Patientenorientierung

Was kann man aus diesen Ergebnissen für eine weitere Entwicklung des Gesundheitsangebotes lernen? Fachlich fundierte und empathische Betreuung als Ergänzung und „Motor“ zur Behandlung

von Depression wirkt. Allerdings müssen unter Berücksichtigung des gesamten Versorgungszusammenhangs die Unterstützungsleistungen reibungslos ineinander greifen, um individuell auf das heterogene Krankheitsgeschehen und persönliche Präferenzen eingehen zu können. Eine Zielgruppendifferenzierung muss daher sehr konsequent in eine Interventionsdifferenzierung münden. Seit Beginn des letzten Jahres greift daher ein überarbeitetes Konzept für die Kunden der Central Krankenversicherung AG: Kernbestandteil dieser umfassenden Versorgungsinitiative ist ein ausführliches telefonisches Beratungsgespräch durch einen psychiatrischen Facharzt, in dem individuelle Versorgungsdefizite identifiziert werden. Im Sinne des shared decision makings erfolgt daraus die Entscheidung für eine oder mehrere Folgeinterventionen aus einem breiten, nach Intensität abgestuften Interventionspektrum – von der 24/7-Inbound-Möglichkeit für ein ärztliches Beratungsgespräch, über ein psychologisch begleitetes Online-Training oder eine verbindliche Terminvermittlung zu Fachärzten oder Psychotherapeuten bis hin zu einem mehrmonatigen ärztlichen Telefon-Coaching mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie.

Bei der operativen Umsetzung der Versorgungssteuerung erfolgt eine enge Verzahnung mit dem Leistungsservice in ambulanten, stationären und Krankentagegeldbezogenen Erstattungsfragen. Das aktuelle Gesundheitsangebot stellt sich damit der Herausforderung, sich nahtlos in das gesamte Versorgungsgeschehen zu integrieren. <<

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorhanden sind.

Effectiveness of telephone-based coaching to support depressive patients

This study investigated whether a telephone-based coaching program for depressive private-sector policyholders was effective in alleviating depressive symptoms and enhancing quality of life. First of all, it was assessed whether there was a change in these outcomes from baseline to post-treatment in the intervention group (n = 277). Afterwards, it was examined whether this change was larger than change in a no-treatment control group (n = 179). Therefore, a survey was administered at baseline and 12-month follow up. Second, it was examined to which extent health care use variables moderated the effect of intervention. Despite high methodical standard, especially the high drop-out rate considerably limits the study's reliability. However, results revealed that patients in the intervention group experienced stronger improvements in depressive symptoms and quality of life over 12 months than did the control group. Furthermore only the presence of therapy plan moderated the positive effect of intervention on physical quality of life. Hence interdependency of outcome results, coaching intervention and health care use could not be finally resolved.

Keywords

major depressive disorder, telephone-based coaching program, quality of life, health care use, guideline-based therapy plan, mental health

Zitationshinweis

Schröder, S., Fleckenstein, J., Wunderlich, M.: „Effektivität eines telefonbasierten Coaching-Programms für Patienten mit einer depressiven Erkrankung“, in: „Monitor Versorgungsforschung 04/17, S. 65-68, doi: 10.24945/MVF.04.17.1866-0533.2022

Literatur

- Cohen J. (1988): Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. New York, NY: Routledge Academic
- DGPPN / BÄK / KBV / AWMF / AkdÄ / BpTK / BApK / DAGSHG / DEGAM / DGPM / DGPs / DGRW (2015): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2. Auflage, Version 1. In: <http://www.leitlinien.de/mbd/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-lang.pdf> (abgerufen am 14.12.2015)
- Kroenke, K. / Spitzer, R. L. / Williams, J. B. (2001): The PHQ-9. In: Journal of general internal medicine, 16(9), 606-613
- Ware Jr., J. E. / Kosinski, M. / Keller, S. D. (1996): A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. In: Medical care, 34(3), 220-233
- Wittchen, H. / Jacobi, F. / Klose, M. / Ryl, L. (2010): Depressive Erkrankungen – Themenheft aus der Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=13165&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=28699301&hlp_nr=2&p_janein=J (abgerufen am 14.12.2015)

Sandra Schröder

hat an der Maastricht University den Masterstudiengang „Health and Social Psychology“ absolviert. Die vorliegende Publikation ist im Rahmen ihrer Masterarbeit während eines Praktikums im Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung AG entstanden.

Kontakt: schroeders@medical-contact.de



Dr. rer. pol. Julia Fleckenstein

hat an der Universität Bayreuth Gesundheitsökonomie studiert. Sie ist Mitarbeiterin in der Gruppe Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung AG und dort Projektleiterin für „initiative. seele“ – ein Gesundheitsangebot für Kunden mit einer psychischen Erkrankung.

Kontakt: julia.fleckenstein@central.de



Dr. rer. medic. Max Wunderlich

hat an der Deutschen Sporthochschule Köln Sportwissenschaften studiert. Er leitet die Gruppe Gesundheitsmanagement der Central Krankenversicherung und ist verantwortlich für die strategische Ausrichtung im Bereich Gesundheitsprogramme und Kooperation.

Kontakt: max.wunderlich@central.de



AGG 65 PLUS Leitungsteam: Karsten Köhler (Luckau/Görlsdorf), Rudolf Bals (Wustermark/OT Elstal).

Postanschrift: Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS c/o Rudolf Bals, Heideweg 12, 14641 Wustermark/OT Elstal, E-Mail: bals@gesundheit-65plus.de Website: www.gesundheit-65plus.de

Kommentar

Liebe Leser,
mit dem demografischen Wandel steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Welche Anforderungen dies an die ärztliche Betreuung stellt, wird im jüngsten Thesenpapier der Arbeitsgemeinschaft dargelegt.



Rudolf Bals
AGG 65 PLUS

Ihr Rudolf Bals

Thesen der AGG 65+ zur medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen

13 Thesen und Handlungsfelder

>> Sieht man von dem generellen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Festlegungen im Berliner Modell ab, unterliegt die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen zurzeit keinen besonderen Regelungen.

Im IT-Bereich liegen inzwischen Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation vor, die aber bislang nicht umgesetzt wurden, z.B.

- Eine erweiterte elektronische Gesundheitskarte, die Diagnosen und Therapieverläufe abbilden kann, wobei die Datenhoheit des Patienten gewährleistet ist und alle Behandler mit Erlaubnis des Patienten Zugriff haben.
- Die Möglichkeit, Daten der elektronischen Gesundheitskarte zusätzlich in einer elektronischen Patientenakte abzulegen, um einen Zugang auch dann zu gewährleisten, wenn der Patient seine Zustimmung nicht mehr selbst geben kann.

Pflegebedürftige haben grundsätzlich den gleichen Anspruch an eine effektive medizinische Behandlung wie jüngere Patienten. Im Folgenden werden wichtige Handlungsfelder angesprochen und Vorschläge für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen unterbreitet.

Präventionsansätze zur Verzögerung der Pflegebedürftigkeit

Für jüngere Senioren sollten vorsorglich Präventionsprogramme noch nachdrücklicher angeboten werden und ihre Teilnahme in geeigneter Form honoriert werden, wie dies einige Krankenkassen schon praktizieren.

Stärkung der Selbstverantwortung und des Eigenengagements

Generell sind die Selbstverantwortung und das Eigenengagement von Senioren durch gezielte und relevante Informationen zu stärken, ihren Anteil dazu zu leisten, Pflegebedürftigkeit im Alter zu vermeiden oder zumindest zu verzögern.

Ehrenamtliches Engagement

Ehrenamtliches Engagement wie es z.B. durch die Ausbildung zu Sterbebegleitern bereits gefördert wird, sollte auch für eine Begleitung bei Arztbesuchen oder Präventionstrainings genutzt werden.

Notwendige Differenzierung bei der Versorgung von Pflegebedürftigen

Für alle Pflegebedürftigen, egal ob in häuslicher Pflege oder in Pflegeeinrichtungen, sollte die Zuständigkeit und Erreichbarkeit von Therapeuten geklärt sein. Das gilt vor allem für neuere, insbe-

sondere IT-gestützte Gesundheitsdienstleistungen, die sonst Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen möglicherweise vorenthalten bleiben.

Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Schwerpunkte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen ergeben sich in erster Linie aus den bekannten altersbedingten Erkrankungen, die nach den geltenden Leitlinien und Standards diagnostiziert und behandelt werden müssen. Gleichzeitig muss der Arzt ein ausreichendes Einfühlungsvermögen für ihre individuelle Lebenssituation, mögliche Ängste und Hoffnungen aufbringen.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Für Pflegebedürftige ist die Erreichbarkeit von Ärzten besonders wichtig. Bei der Pflege im häuslichen Bereich wird dies in der Regel durch den Hausarzt gewährleistet. Für die Pflegeheime kann das Berliner Modell diesem Anspruch am besten genügen, sollte aber noch weiter präzisiert werden, z.B. durch die Empfehlung eines ärztlichen Versorgungsschlüssels.

Versorgungsverträge der Krankenkassen zur ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Versorgungsverträge von Krankenkassen mit Pflegeeinrichtungen oder Pflegediensten wie etwa das careplus Programm der AOK Nordost sind eine wirksame und unverzichtbare Ergänzung bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. Nach Möglichkeit sollten zukünftig aber alle Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit von solchen Programmen profitieren können.

Umsetzung eines effektiven Medikationsmanagements

Ein systematisches Medikationsmanagement, inklusive Entlassmanagement aus dem Krankenhaus sollte allen Pflegebedürftigen zu Gute kommen, die auf Grund der meist vorliegenden Multimorbidität und daraus resultierender Polymedikation ein besonders hohes Risiko für das Auftreten vermeidbarer arzneimittelbezogener Probleme aufweisen.

Kommunikation und Kooperation bei der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen muss mit Einfühlungsvermögen und unter Nutzung organisatorischer Hilfsmittel wie der elektronischen Patientenakte erfolgen. Dis-

sonanzen bei der Informationsvermittlung sollten zwischen den beteiligten Heilberuflern unbedingt vermieden werden. Wo immer möglich, sollte zusätzlich eine schriftliche Übermittlung wichtiger Informationen erfolgen.

Geriatrische Fort- und Weiterbildung von Ärzten für die Versorgung von Pflegebedürftigen

Für die Betreuung von älteren Pflegebedürftigen sind geriatrische Fachkenntnisse erforderlich, die entweder durch ein Weiterbildungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie erlangt oder durch das kooperative Zusammenwirken von Hausärzten und Geriatern umgesetzt werden können.

Rechte von Pflegebedürftigen / Ethische Ansprüche am Lebensende

Auch Pflegebedürftige haben ein Recht auf angemessenen und immer respektvollen Umgang, der auch juristisch einklagbar ist. Zudem sollten sich Pflegebedürftige und ihre Angehörige mit dem Thema eines „guten Sterbens“ auseinandersetzen können, um diesen letzten Schritt zu erleichtern.

Strukturelle und funktionelle Veränderungen in bestehenden Pflegeheimen

Bezüglich der ärztlichen Versorgung kooperieren ambulante Pflegedienste in der Regel mit den in der Region niedergelassenen Ärzten und vermitteln auch notwendige Facharzttermine. Für stationäre Pflegeheime sollte ab einer bestimmten Bettengröße zumindest ein Arzt angestellt oder für eine feste Zusammenarbeit nach dem Berliner Modell angestrebt werden. Dies ist allerdings für Pflegeheime in ländlichen Regionen oft problematisch, weil hier meist ohnehin Ärztemangel herrscht. Hier wäre zu prüfen, inwieweit über telemedizinische Konsiliardienste eine Unterstützung erfolgen könnte.

Für beide Pflegedienstformen ist dafür zu sorgen, dass der Dokumentationsaufwand nicht noch weiter ansteigt, ohne dass für die Pflegebedürftigen ein nachweisbarer Effekt resultiert.

Betriebswirtschaftliche Aspekte der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

Die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen sollten durch die Versorgungsforschung stärker aufgegriffen bzw. aus dem Innovationsfonds gefördert werden.

Nach Möglichkeit sollten dabei die in der Routine ohnehin erfassten Daten genutzt werden, was aber die Anwendung einheitlicher „IT-Standards im Gesundheitswesen“ voraussetzt. <<

von: Prof. Dr. Marion Schaefer



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Akkreditierung von Weiterbildungsverbänden innerhalb der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus}

Um eine sichere und effiziente Patientenversorgung in der Primärversorgung zu gewährleisten, ist es essentiell, Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zum Facharzt für Allgemeinmedizin qualitativ hochwertig weiterzubilden. Auch ist es vor dem Hintergrund des zunehmenden (Haus-)Ärztlemangels von großer Bedeutung, die Weiterbildung attraktiv zu gestalten und an die Bedürfnisse von ÄiW und Weiterbildnern anzupassen.

Innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde 2013 von der Sektion Weiterbildung eine Arbeitsgruppe (AG) Akkreditierung mit Projektleitung an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg gegründet. Die AG Akkreditierung hat zum Ziel, Qualitätsindikatoren für eine zukünftige Akkreditierung von Weiterbildungsverbänden der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} zu entwickeln und in ihrer praktischen Umsetzbarkeit zu testen.

Ihr
Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Hintergrund

International ist eine Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen und -stätten vor allen in angloamerikanischen Ländern wie Australien, Großbritannien, Kanada, Neuseeland oder USA Standard [1,2]. In Deutschland sind von der Bundesärztekammer formale Kriterien für die Weiterbildung definiert. Darüber hinaus existieren keine spezifischen inhaltlichen Standards oder Qualitätsindikatoren für die (allgemeinmedizinische) Weiterbildung [3,4].

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) von 2015 soll in Deutschland auch zukünftig eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherstellen. Dabei soll insbesondere der ambulante Sektor gestärkt und die Qualität der Weiterbildung unter anderem durch die bundesweite Etablierung von sogenannten „Kompetenzzentren Weiterbildung“ gefördert werden [5].

Eine bereits bekannte Maßnahme zur Steigerung der Weiterbildungsqualität in der Allgemeinmedizin stellen Weiterbildungsverbände dar [6]. Ein Weiterbildungsverbund ist dabei ein (in)formeller Zusammenschluss von Krankenhäusern und Praxen mit dem Ziel, nahtlose Wechsel und strukturierte Rotationen durch stationäre und ambulante Weiterbildungsabschnitte innerhalb der Region des Weiterbildungsverbundes zu ermöglichen.

Konzept der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus}

Das Konzept der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} [7] von 2013 beschreibt – zusätzlich zu dem strukturellen Element der Verbundweiterbildung – inhaltliche Kriterien für eine hochwertige Weiterbildung und basiert auf Vorarbeiten der Kompetenzzentren Baden-Württemberg (Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg) und Hessen (Weiterbildungskolleg) [8,9]. Das „plus“ steht für weitere qualitätsfördernde Elemente in der Weiterbildung wie das die Weiterbildung longitudinal begleitende Seminarprogramm zur Sicherstellung der Vermittlung spezifischer allgemeinmedizinischer Inhalte von Anfang an [10]. Ein weiteres Element stellt das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin dar, einer Orientierungshilfe über die zu erwerbenden Basiskompetenzen in der Allgemeinmedizin und didaktisches Instrument zur Selbst- und Fremdeinschätzung für ÄiW und Weiterbilder [11]. Darüber hinaus soll das Angebot von Einzel- und Gruppen-Mentoring die ÄiW in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung unterstützen [12,13]. Ein weiteres Element stellt die zusätzliche Qualifizierung der Weiterbilder in sogenannten Train-the-Trainer-Kursen dar, in denen organisatorische und rechtliche Aspekte der Weiterbildung sowie didaktische Fähigkeiten wie Feedbackgabe vermittelt werden [14].

Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus}

Aufbauend auf den Kriterien des Konzeptes der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} [7] war es das Ziel, bundesweit einheitliche Qualitätsindikatoren für die DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} zu entwickeln. Die Qualitätsindikatoren sollen die Qualität der Weiterbildung in einem Verbund abbilden und somit zielgerecht Verbesserungsmöglichkeiten aufweisen. Darüber hinaus sollte ein Vergleich der Weiterbildungsverbände ermöglicht werden. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche, Recherche in Indikatoren Datenbanken, Expertenbefragung und Handsuche in grauer Literatur wurden die identifizierten Indikatoren durch ein Expertenpanel nach RAND/UCLA in zwei Bewertungsrunden strukturiert, unter anderem hinsichtlich Relevanz und Praktikabilität bewertet und kulturell adaptiert [15,16].

In diesem Projekt wurde für Deutschland erstmalig ein Set von 19 Qualitätsindikatoren für die Akkreditierung von allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbänden entwickelt, wovon sechs Indikatoren Struktur- und 13 Indikatoren Prozessqualität abdecken. Die Indikatoren beziehen sich dabei auf alle Abschnitte der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, wie die Rotation durch die verschiedenen Weiterbildungsabschnitte sowie die zusätzlichen, weiter oben beschriebenen Elemente der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus}. Darüber hinaus fragen sie detailliert die Qualität und Durchführung der fachlichen Betreuung der ÄiW durch die Weiterbilder ab, wobei ein Schwerpunkt auf die Eigenverantwortlichkeit und –initiative der ÄiW gelegt wird. Die nachstehende Abbildung verdeutlicht die Verteilung der Qualitätsindikatoren innerhalb des Weiterbildungsablaufs:



Abb. 1: Modulübersicht der DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} [16]

Machbarkeitsstudie

Seit 2015 wird von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg und dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck die praktische Umsetzbarkeit der Indikatoren getestet. Bisher wurden insgesamt sieben Weiterbildungsverbände deutschlandweit (Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Schleswig-Holstein) visitiert, eine weitere Visitation ist für 2017 noch geplant. Vorab wurde eine Online-Befragung der Verbundleitung, ÄiW und Weiterbilder eines Verbundes durchgeführt. Anschließend fand vor Ort eine Visitation statt, in der Verbundleitung, ÄiW und Weiterbilder getrennt voneinander in Gruppeninterviews befragt wurden. In einer Abschlussbesprechung wurde allen Beteiligten von der Visitorin eine Rückmeldung zum aktuellen Stand der Weiterbildung vor Ort gegeben sowie situationsspezifische Verbesserungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen aufgezeigt.

Begriffliche Unklarheiten

Im Rahmen des Projektes wurde deutlich, dass für die allgemeinärztliche Weiterbildung relevante Begriffe regional heterogen verwendet werden. Dadurch wurde vor allem die Verständlichkeit der Online-Befragung erschwert. In der Visitation vor Ort war eine Klärung von begrifflichen Unklarheiten leichter möglich. Um eine einheitliche Verwendung der Begriffe sicherzustellen, wurden von der AG Akkreditierung relevante Begriffe wie „Rotationsplan“, „Feedbackgabe“ oder „Supervision“ definiert, um damit die homogene Umsetzung der Standards und eine Vergleichbarkeit der Weiterbildungsverbände zu erleichtern [17].

Ausblick

Erstmalig liegen Qualitätsindikatoren für die Akkreditierung von allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbänden in Deutschland vor. Erste Ergebnisse der aktuell noch laufenden Machbarkeitsstudie zeigen, dass die Indikatoren das Potenzial haben, die Qualität in einem Weiterbildungsverbund bedarfs- und situationsgerecht zu verbessern. Vor dem Hintergrund der sich aktuell bundesweit entwickelnden Kompetenzzentren Weiterbildung stellt das Set der Qualitätsindikatoren ein wichtiges Instrument zur Förderung und zum Vergleich der Qualität von Weiterbildungsverbänden dar.

Ansprechpartner und weitere Informationen

Frau Dr. med. Elisabeth Flum (E-Mail: elisabeth.flum@med.uni-heidelberg.de) und Herr Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser (jost.steinhaeuser@uksh.de). URL: www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

1. The College of Family Physicians of Canada. General guidelines for the accreditation of postgraduate training. www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/General%20Guidelines%20for%20the%20Accreditation%20of%20Postgraduate%20Training.pdf (letzter Zugriff 21.04.2017).
2. NHS – East Midlands Healthcare Workforce Deanery Quality Management Team. Quality management & quality control of postgraduate medical education: guidance for specialty schools. www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Quality%20Management%20Guidance%20for%20Schools.pdf (letzter Zugriff 21.04.2017).
3. Miani C, Pitchforth E, Bienkowska-Gibbs T, Hinrichs S, Disbeschl S, Roland M, Nolte E. Medical graduate and postgraduate education from an international perspective [Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive] 2015. http://www.kbv.de/media/sp/RAND_Studie_Dr-Nolte.pdf (letzter Zugriff 21.04.2017).
4. Flum E, Maagaard R, Godycki-Cwirko M, Scarborough N, Scherpier N, Ledig T, Roos M, Steinhäuser J. Assessing family medicine trainees—what can we learn from the European neighbours? *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2015; 32(2):1–15.
5. Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V. www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=180695&s=Allgemeinmedizin&s=F%F6rderung# (letzter Zugriff 21.04.2017).
6. Kochen MM. Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2007; 83: 427–30.
7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). DEGAM-Konzept Verbundweiterbildungplus. <http://www.degam.de/weiterbildung.html> (letzter Zugriff 21.04.2017).
8. Steinhäuser J, Roos M, Haberer K, Ledig T, Peters-Klimm F, Szecsenyi J, Joos S. Das Programm Verbundweiterbildungplus des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Baden-Württemberg – Entwicklung, Umsetzung und Perspektiven. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2011; 105: 105–9.
9. Broermann M, Wunder A, Sommer S, Baum E, Gerlach FM, Sennekamp M. Hessenweites Weiterbildungskolleg für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2015; 91: 18–22.
10. Flum E, Magez J, Aluttis F, Hoffmann M, Joos S, Ledig T, Oeljeklaus L, Simon M, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildungplus Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikationen für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.03.012>.
11. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin. Stand Juli 2015. http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Curriculum_01-10-15_neu.pdf (letzter Zugriff 21.04.2017).
12. Broermann M, Gerlach FM, Sennekamp M. Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht: Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2014; 90: 502–7.
13. Hoffmann M, Flum E, Steinhäuser J. Mentoring in der Allgemeinmedizin: Beratungsbedarf von Ärzten in Weiterbildung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016; 112: 61–5.
14. Ledig T, Flum E, Magez J, Eicher C, Engeser P, Joos S, Schwill S, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte- qualitativ-quantitative Analyse der Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.10.001>.
15. Flum E, Berger S, Szecsenyi J, Marquard S, Steinhäuser J. Training standards statements of family medicine postgraduate training – a review of existing documents worldwide. *PLoS One* 2016; 11: e0159906
16. Flum E, Steinhäuser J, Marquard S, Magez J, Bechtel U, Bruni C, Burt-scher K, Chenot JF, Freitag M, Fuchs S, Roos M, Schnabel O, Schneider D, Sommer S, Weltermann B, Szecsenyi J. Akkreditierung von Weiterbildungsverbänden: Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die DEGAM-Verbundweiterbildungplus. *Z Allg Med* 2017; 93(3): 113-121.
17. Flum E, Marx I, Schwill S, Schneider D, Szecsenyi J, Steinhäuser J. DEGAM-Verbundweiterbildung plus: Etablierung einer gemeinsamen Sprache. *Z Allg Med* 2017; 93(2): 79-83.



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