

VERSORGUNGS FORSCHUNG

10
JAHRE

monitor

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Harry Glawe,
Minister für Wirtschaft, Arbeit
und Gesundheit des Landes
Mecklenburg-Vorpommern:
„Wichtiger Partner regionaler
Gesundheitspolitik“

„Mehr Wissenschaft und Unabhängigkeit“ (Hoffmann/Meusch)
„Wirtschaftliche Erstattungsbeträge sind verhandelbar“ (König)
„Weitgehende Erscheinungsfreiheit wäre möglich“ (Augustin)

Editorial

Die Basis für Gesundheitspolitik 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Wichtiger Partner regionaler Gesundheitspolitik“ 6

Titelinterview mit Harry Glawe, Gesundheitsminister von Mecklenburg-Vorpommern

Neugebauer: „RCT negieren den Kontext“ 12

Forum Pro & Contra auf dem DKVF und TMF-Workhop

Weitgehende Erscheinungsfreiheit wäre möglich 18

Status der Psoriasis-Versorgung in Deutschland

Hohe Verbesserungspotenziale für den M-RSA 20

Erstes Sondergutachten zu den Wirkungen des M-RSA des BVA-Beirats

Mehr Gehör für Patienten 22

Serie (Teil 9): AG „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ der Uni Bielefeld

Mehr Wissenschaft und Unabhängigkeit 26

Pro-Contra-Interview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Dr. Andreas Meusch

Die digitale Zukunft hat schon begonnen 30

AOK startet Gesundheitsnetzwerk mit digitaler Akte in zwei Regionen

Zwischen Paternalismus und Selbstbestimmtheit 34

Bönig: Um wen dreht sich der Mikrokosmos Gesundheitswesens?

Synthese aus Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle 38

Freiberg/Möhlmann: Ein Modell zur ambulanten Akut- und Notfallversorgung

Wirtschaftliche Erstattungsbeträge sind verhandelbar 40

König/Penske: Nutzen und Wert

Zahlen - Daten - Fakten

Mehr Behandlungsmöglichkeiten durch Biologika 10

Standards

Impressum 2

News 14, 16, 25

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 47-53

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Naegler/ Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-H. Wehkamp 54

Zwischen Patientenwohl und Gewinnerzielungsabsicht

Mit der von den Autoren dieses Beitrags durchgeführten Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ wird nach möglichen betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf patientenbezogene medizinische Entscheidungen gefragt. Sofern diese Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, fragt es sich, welches die Ursachen dafür sind, welche die Folgen für Patienten, die Medizin, die Versorgungspraxis und das Krankenhaus. Auf der Grundlage der vorliegenden Befunde werden Empfehlungen erarbeitet, deren Befolgen Ärzte befähigen sollen, angesichts knapper werdender Ressourcen – demografisch bedingt zeichnet sich ein deutlicher Mangel an Ärzten und Krankenpflegekräften ab – patientenbezogene Entscheidungen zu fällen, die medizinisch vertretbar sind und der Begrenztheit der Ressourcen Rechnung tragen.

Dr. med. Stefan Siegel / Heinrich Rau / Simone Dors / Dr. med. Loni Brants / Michaela Börner / Sandra Wetzel / Prof. Dr. med. Andreas Ströhle / PD Dr. med. Peter L. Zimmermann / Dr. med. Gerd Willmund 62

Expertenmeinungen zum psychosozialen Versorgungsbedarf ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

Mit 55 Psychotrauma-Experten wurde zum geschätzten Versorgungsbedarf ehemaliger Soldaten eine Delphi-Befragung bzw. mit 20 eine Gruppendiskussion durchgeführt. Übergeordnete Themen waren 1. bestehende Versorgungslücken und Verbesserungsmöglichkeiten, 2. Ausbau der Selbsthilfe und Veteranenarbeit, 3. fehlende Angebote für Familien und Angehörige sowie 4. eine mögliche Überversorgung und falsche Anreize. Einig waren sich die Experten, dass der Ausbau eines Selbsthilfe- und Veteranennetzwerkes notwendig wäre.

Dipl.-Volksw. Joachim Heuer 67

Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulantem Sektor

Medizinischer Fortschritt und Veränderungen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen ziehen eine veränderte Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und akutstationären Krankenhäusern nach sich. Es soll analysiert werden, ob mit zunehmendem Volumen stationärsersetzender ambulanter Leistungen auch eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist.

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 74-75

In eigener Sache: Bitte beteiligen Sie sich online an der Leserumfrage auf Seite 21 und erhalten dafür ein eBook „60 Titelinterviews aus 10 Jahren Monitor Versorgungsforschung“

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

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

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

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

Abonnement

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

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

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







Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft
zur Feststellung der Verbreitung von
Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin.
Verbreitete Auflage: 6.836 (IVW 3.
Quartal 2017)











Universitäten/Hochschulen

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

	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	
	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Prof. Dr. Stephanie Stock	

Institute

	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	Dr. Andreas Meusch	

	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

Akteure

	Hedwig François-Kettner	
	Dr. Christopher Hermann	
	Franz Knieps	
	Andreas Storm	
	Dr.med. Hans-Joachim Helming	
	Roland Lederer	
	MUDr./CS Peter Noack	
	Prof. Dr. Stephan Burger	
	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Ralf Lägel MBA	
	Prof. Dr. W. Dieter Paar	
	Markus Bönig	

	Harald Möhlmann	
	Dr. Martin Danner	
	Dr. Marco Penske	
	Prof. Dr. Christian Franken	
	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	Dr. Andreas Kress	
	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	Dr. Jens Härtel	
	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.

Die Basis für Gesundheitspolitik

MVF-Titelinterview mit Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern > 6 ff.

Es tut sich was in Mecklenburg-Vorpommern. Dort sind die Probleme der Gesundheitsversorgung (demografischer Wandel, Alter der Ärzte usw.) schon heute größer. Deshalb arbeitet der zuständige **Minister Harry Glawe** eng mit der Versorgungsforschung zusammen, um praxisnahe, innovative Lösungen einzuführen wie das AgnES-Konzept, den Dementia Care Manager, viele telemedizinische Lösungen, die Innovationsfonds-Projekte „LandRetung“, „HerzEffekt MV“ und die „Portalpraxisklinik in Wolgast“. „Die Versorgungsforschung kann sehr früh Verbesserungsbedarfe in der Gesundheitsversorgung sehen und dafür innovative, regionale und patientenorientierte Versorgungsmodelle entwickeln. Doch dann braucht es den Willen insbesondere der Krankenkassen, der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker – und natürlich der Landespolitik, diese Versorgungsmodelle in der Praxis zu erproben.“ Da hat Minister Glawe recht.

10 Jahre „Monitor Versorgungsforschung“: Leserumfrage und 10-Jahres-Buch > S. 21 ff.

Wir vollenden mit dieser Ausgabe den 10. Jahrgang von „Monitor Versorgungsforschung“. Aus diesem Anlass möchten wir gern von Ihnen wissen, wie Sie die Zeitschrift nutzen und was wir besser machen sollten. Das neu erschienene Buch mit den 60 Titelinterviews aus den ersten 10 Jahren erhalten Sie als eBook als Dank, wenn Sie teilnehmen.

Neu im Herausgeber-Beirat:

Wir begrüßen **Ralph Lägél** für Pfizer Innovative Health wieder und **Markus Bönig**, den Gründer von vitabook, neu im Herausgeber-Beirat von „Monitor Versorgungsforschung“. Wir freuen uns über ihr Mitwirken. In dieser Ausgabe fragt Bönig: „Um wen dreht sich der Mikrokosmos Gesundheitswesen?“ > S. 34 ff.

Pro & Contra

Sehr spannend war das Forum Pro & Contra am zweiten Tag des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung über Vor- und Nachteile sowie Einsatzgebiete von Randomized Controlled Trials (RCT) und Register. > S. 12 ff.

Ebenso pointiert liest sich das gemeinsame Interview von **Prof. Wolfgang Hoffmann** und **Dr. Andreas Meusch** über Wissenschaft und Unabhängigkeit in Innovationsfonds und Innovationsausschuss. > S. 26 ff.

MVF-Serie „Versorgungsforschung made in ...“ > S. 22 ff.

Im neunten Teil unserer MVF-Serie stellen wir die Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld vor.

Wissenschaftliche Beiträge

Naegler und **Wehkamp** präsentieren eine Befragung zu möglichen betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf patientenbezogene medizinische Entscheidungen und erarbeiten Empfehlungen, wie Ärzte Entscheidungen treffen können, die medizinethisch vertretbar sind und der Begrenztheit der Ressourcen Rechnung tragen. > S. 54 ff.

Siegel u.a. präsentieren erstmalig methodisch-strukturiert erhobene Daten zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr. > S. 62 ff.

Heuer analysiert kritisch, ob mit zunehmendem Volumen stationersetzender ambulanter Leistungen auch, wie eigentlich zu erwarten, eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist. > S. 67 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder interessante Lektüre, frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr 2018.

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

www.insight-health.de

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



Interview mit Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern

„Wichtiger Partner regionaler Gesundheitspolitik“

Harry Glawe kennt wie sonst kein anderer derzeit amtierender Gesundheitsminister das, von dem er redet, aus eigener Anschauung: Er ist ein an der Universitätsmedizin Greifswald ausgebildeter Fachkrankenschwäger, der durch ein Fernstudium mit Abschluss Diplomkrankenschwäger das vorwegnahm, was heute angesagt ist: die Akademisierung der Pflege. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit des Landes Mecklenburg-Vorpommern über die anstehenden Probleme, Herausforderungen, aber auch Chancen sowie die generelle Bedeutung der Versorgungsforschung für die regionale Gesundheitspolitik.

>> Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern hat in diesem Jahr die erste Länderpartnerschaft für den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung übernommen ...

... was Ausdruck der Bedeutung ist, die wir als Land der Versorgungsforschung beimessen. Der Kongress ist eine ideale Plattform zum Austausch mit Vertretern der Gesundheitspolitik, den Pflege- und Krankenkassen und natürlich den führenden Versorgungsforschern und all den engagierten Nachwuchskräften.

Nun könnte man kritisch hinterfragen, warum ausgerechnet ein bevölkerungsseitig so kleines Bundesland wie Mecklenburg-Vorpommern eine derart prominente Rolle spielt.

Dafür kann ich gleich drei Gründe anführen. Erstens wollen wir damit unser Bundesland als Standort innovativer Lösungen bekannter machen. Zweitens erhoffen wir uns auch aus der Unterstützung des Kongresses ganz konkret Hinweise für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Mecklenburg-Vorpommern. Und zum Dritten wollen wir damit unsere Wertschätzung gegenüber der Versorgungsforschung zum Ausdruck bringen, die uns immer wieder wichtige Beiträge zu praxisrelevanten Lösungen liefert. Das gilt natürlich insbesondere im Hinblick auf unsere Zusammenarbeit mit dem in Greifswald angesiedelten Institut für Community Medicine, dessen Leiter – Professor Dr. Wolfgang Hoffmann – Präsident dieses Kongresses war und wir auch darum gern die Rolle der Patenschaft übernommen haben. Auf dass dies ein Zeichen sei, das in den kommenden Jahre von anderen Bundesländern aufgenommen werde.

Was übrigens der Fall ist, so hat Hamburg bereits angekündigt, die nächste Patenschaft des 2018er Kongresses zu übernehmen. Aber warum spielt für Ihr Bundesland die Versorgungsforschung eine derart prominente Rolle?

Mecklenburg-Vorpommern ist vielleicht etwas mehr als andere Bundesländer vom demografischen Wandel betroffen. Damit kommen auf uns – später natürlich auch auf alle anderen Flächenländer Deutschlands – Herausforderungen zu, die wir jedoch nicht erst prognostizieren müssen, sondern die bei uns in der gesundheitlichen Versorgung bereits heute absehbar sind. Das belegen die Zahlen sehr deutlich: Jetzt – Status 2015 – beträgt bei uns der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung rund 23 Prozent. Laut Prognose werden es im Jahr 2030, also in nicht viel mehr als etwa ein Dutzend Jahren, rund 32 Prozent sein. Dazu kommt, dass derzeit etwa zwei Drittel der ambulant tätigen Ärzte 52 bis 53 Jahre und älter sind. Im Jahr 2030 sind damit die meisten derzeit in unserem Land praktizierenden Ärzte im Ruhestand. Da jeder weiß, wie lange

die anspruchsvolle Ausbildung eines Arztes dauert, wollen wir rechtzeitig gegensteuern.

Was tun Sie denn ganz konkret?

Wir müssen nicht erst morgen, sondern jetzt – heute – bereit sein, neue Wege zu gehen, um die medizinische Versorgung in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern bestmöglich zu gestalten. Dabei haben wir schon einige innovative Lösungsansätze auf den Weg gebracht, wie das AGnES-Konzept – in Greifswald entwickelt und inzwischen für ganz Deutschland als Grundansatz im Sozialgesetzbuch verankert und damit in die Regelversorgung übernommen. Weitere innovative Lösungen aus unserem Lande sind neben AGnES und dem Dementia Care Manager auch telemedizinische Lösungen. Dazu gehören auch das Innovationsfonds-Projekt „LandRettung“,

das eine zukunftssteife Notfallmedizinische Neuausrichtung eines Landkreises gewährleisten soll, sowie das ebenfalls vom Innovationsfonds geförderte Projekt „HerzEffekt MV“ – mit dem Ziel, bereits mittelfristig allen chronisch herzkranken Patienten mit

leichten bis schweren Symptomen einen wohnortnahen Zugang zu spezialisierter Medizin in Mecklenburg-Vorpommern zu gewährleisten. Ein weiterer neuer Ansatz ist die „Portalpraxisklinik in Wolgast“. Mit den Beteiligten für die Region ist dort ein Konzept erstellt worden, das die Vorteile einer ambulanten Notfallversorgung mit denen der Anbindung an eine stationäre Versorgung verbindet. Dieses Projekt hat zum Ziel, die starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden.

Und was tut denn nun das Land als solches?

In der Telemedizin unterstützen wir eine Vielzahl von Projekten – von der Einrichtung einer Prüf- und Beratungsstelle für Gesundheitsapps bis zum grenzüberschreitenden deutsch-polnischen Netzwerk Pomerania. Als Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz haben wir bereits im Jahr 2016 einen entsprechenden Beschluss der Gesundheitsminister herbeigeführt, der eine Stärkung und teilweise Neuausrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorsieht – mit dem erklärten Ziel, nachhaltige Verbesserungen in der regionalen Versorgung sicherzustellen. Wenn wir es schaffen, in den meisten der eben genannten Bereiche ein Stück weit voranzukommen, bin ich überzeugt, dass es uns gelingen wird, nicht nur die Versorgung an sich zu verbessern, sondern auch die Attraktivität der ländlichen Räume für medizinisches und nicht medizinisches Fachpersonal der Gesundheitsversorgung zu erhöhen.

Wozu auch Ihr Stipendienprogramm gehört.

Natürlich. Jedes Bundesland muss aktiv werden, um den absehbaren Ärztemangel im ländlichen Raum entgegen zu wirken. So soll noch in diesem Jahr ein Stipendium – vorerst angelegt auf sechs Jahre – in Höhe von einer Million Euro aufgelegt werden, aus dem Zuschüsse für Medizinstudierende gezahlt werden können, die bereit sind, bei uns im ländlichen Raum oder im öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten. Die Höhe der Zuwendung beträgt 300 Euro monatlich und kann bis zum Ende des Medizinstudiums, jedoch längstens für vier Jahre und drei Monate, gewährt werden – dies erst nach bestandem Physikum, was der Unterschied zu den Förderprogrammen anderer Bundesländer ist. Dafür ist das aber eine Förderung des Landes, die nicht zurückgezahlt werden muss.

Was alles wenig nützt, wenn es kein zukunftsfähiges, langfristiges Konzept zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung gibt.

Genau. Aus diesem Grund wird ein solches Konzept in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald entwickelt. Da das aber kein ganz einfaches Unterfangen ist, ist das Projekt auf fünf Jahre angelegt, um Lösungen für konkrete Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen zu entwickeln und dann in Modellregionen erproben zu können. In der ersten Phase werden zunächst Modelle für bestimmte Fokusregionen entworfen und umgesetzt. Am Ende soll jeweils geprüft werden, inwieweit die Lösungen auf andere Regionen übertragbar sind. Das Projekt beschäftigt sich zudem schwerpunktmäßig mit den Themen Pädiatrie, Geriatrie und Palliativversorgung einschließlich der Implementierung innovativer Versorgungskonzepte. Aber es werden auch übergreifende Themen wie die Einbindung aller Sektoren und Professionen, der Fachkräftebedarf, die Fachkräftesicherung und die telemedizinische Unterstützung in die Überlegungen mit einbezogen. Damit wird klar: In Mecklenburg-Vorpommern bewegt sich einiges.

„Für uns ist die Versorgungsforschung ein wichtiger Partner der regionalen Gesundheitspolitik.“

Welche Rolle hat dabei die Versorgungsforschung?

Eine enorm wichtige! Für uns ist die Versorgungsforschung ein wichtiger Partner der regionalen Gesundheitspolitik.

Ist diese doch noch recht junge Lebenswissenschaft damit nicht ein Stück weit überfordert?

Die Versorgungsforschung kann sehr früh Verbesserungsbedarfe in der Gesundheitsversorgung sehen und dafür innovative, regionale und patientenorientierte Versorgungsmodelle entwickeln. Doch dann braucht es den Willen insbesondere der Krankenkassen, der Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker – und natürlich der Landespolitik – diese Versorgungsmodelle in der Praxis zu erproben.

Dennoch gibt es bei allen Innovationen eine Fülle von Widerständen, vor allen Dingen gesetzlicher und abrechnungstechnischer Art.

Es ist unsere Aufgabe, da moderierend zu unterstützen. Dazu braucht es bei allen Beteiligten ein gegenseitiges Verständnis und eine Ebene, auf der nicht nur eine faire Zusammenarbeit, sondern auch eine sachorientierte Kommunikation möglich ist. Genau das gelingt bei uns im Land sehr gut, weil wir sehr früh gelernt haben, miteinander zu reden und gemeinsam im Sinne einer besseren Versorgung zu handeln. Darum ist es für Mecklenburg-Vorpommern – natürlich immer nur nach positiver Evaluation – das erklärte Ziel,



Versorgungsmodelle in die Praxis zu überführen.

Ein wahrhaft hehres Ziel.

Je breiter die Partner des Projektes aufgestellt sind, desto größer ist nachher die Akzeptanz der Ergebnisse und im Erfolgsfall die dauerhafte Übertragung in die Praxis – gegebenenfalls auch in die Regelversorgung.

Gelingt das immer?

Das ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Das liegt schon alleine daran, dass für regionale Versorgungs-Herausforderungen erprobte Lösungen gefunden werden müssen, die nur im Idealfall auch in anderen Regionen und damit überregional einsetzbar sind. Oft fehlt aber die Kenntnis darüber, welche Projekte in den Regionen erfolgreich waren oder sind. Darum wünsche ich mir, dass die auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellten innovativen Versorgungsansätze über Fachmedien deutschlandweit bekannt werden. So kann der Kongress wichtige Impulse für die Diskussionen zur dauerhaften Sicherung der Versorgung in hoher Qualität in unserem Land geben.

Eine derartige Versorgung muss vor allem interprofessionell und intrasektional ausgestellt sein.

Dazu braucht man die entsprechenden innovativen Modelle, an die ich vor allem eine Forderung habe: Am Patienten orientiert! Wir haben immer mehr Patienten, die nicht nur eine, sondern gleich mehrere Krankheiten haben und die nur dann gut versorgt sind, wenn sie optimal medizinisch versorgt werden – und zwar langfristig. Das heißt auch, dass wir nicht nur über neue sektorübergreifende Versorgungspfade nachdenken müssen, sondern auch über neue Kompetenzen für Gesundheitsberufe – Stichwort Substitution und auch Delegation – sowie über alte und neue Berufsgruppen und

deren Akademisierung. Auch das verfolgen wir sehr eng: Derzeit erfolgen die Vorbereitungen zur Umsetzung des Pflegeberufe-Reform-Gesetzes. So müssen u. a. ein Rahmen-Curriculum, eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowie eine Finanzordnung entwickelt werden. Dies wird für die gesamte Bundesrepublik ein Kraftakt werden.

Sie sind pro Akademisierung?

Ich halte den im Gesetz erstmalig beschriebenen Ausbau der hochschulischen Pflegeausbildung für den richtigen Weg. Mit dem sich derzeit wandelnden Aufgabenspektrum der Pflege werden Pflegefachpersonen künftig komplexere als auch neue Versorgungsaufgaben übernehmen. Diese erfordern eine hochschulische Ausbildung. Ziel muss es dabei sein, die Absolventen insbesondere für eine unmittelbare Tätigkeit mit dem Patienten und das verbesserte Arbeiten im multiprofessionellen Team vorzubereiten. Daher sollten meines Erachtens künftige Studiengangskonzepte einen primärqualifizierenden Bachelorstudiengang und konsekutive Masterangebote für eine Spezialisierung in einem Arbeitsfeld der Pflege beziehungsweise der Wissenschaft, dem Management oder der Pädagogik beinhalten. Dabei ist auf vertikale Durchlässigkeit und die Entwicklung von Anerkennungsverfahren für Pflegefachpersonen mit einer dreijährigen Berufsausbildung ohne formale Hochschulzugangsberechtigung zu achten.

Wie sieht es damit in Ihrem Bundesland aus?

In Mecklenburg-Vorpommern stehen wir schon in den Startlöchern: Im Mai dieses Jahres erfolgte auf Initiative des Bildungsministeriums sowie unter Beteiligung des Wirtschafts- und Sozialministeriums die Einrichtung einer landesweiten Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Mecklenburg-Vorpommern“. Derzeit wird unter Beteiligung der Universitätsmedizin Greifswald und der Universitätsmedizin Rostock sowie der Hochschule Neubrandenburg ein gemeinsames hochschulisches Pflegebildungskonzept für unser Bundesland entwickelt. Jede Einrichtung bringt dazu ihre wissenschaftlichen Vorarbeiten und Erfahrungen in der Pflegeausbildung ein. Der Erfolg dieses Konzeptes erfordert zwei maßgebliche Aspekte: Zum einen die schnellstmögliche Definition von Arbeits- und Tätigkeitsfeldern von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen einschließlich der Entwicklung entsprechender Stellenbeschreibungen. Das sind die wichtigsten Voraussetzungen, um in einem zweiten Schritt darauf aufbauend eine angemessene Entlohnung zu definieren und letztlich realisieren zu können.

Das kostet Geld ...

... und aus diesem Grunde wird das Land Mecklenburg-Vorpommern am Standort Greifswald einen an die medizinische Fakultät angeschlossenen Hochschullehrstuhl für die Pflege ausloben, den das Land mit rund einer Million Euro fördern wird.

Rennen Sie damit offene Türen ein?

Es kommt immer darauf an, durch welche Tür man will. Darum möchte ich alle Gesprächspartner auffordern, mit uns zu reden und mitzumachen. Es geht doch nicht um die Gesundheitspolitik, um die Ärzteschaft, um die Pflege oder die Krankenkassen, sondern um die Versorgung der Menschen, für die wir gemeinsam Verantwortung tragen.

„Wir alle müssen kreativer und offener werden und lernen, deutlich besser zu kooperieren.“

Zu guter Letzt darf natürlich das zur Zeit vielleicht etwas überstrapazierte Stichwort Telemedizin nicht fehlen.

Gerade in einem Flächenland wie Mecklenburg-Vorpommern können nur durch die Möglichkeiten der Digitalisierung die Leistungen von „Professionals im Gesundheitssystem“ an die Stelle gebracht werden, an denen sie gebraucht werden. Dazu benötigt man jedoch nicht nur eine gute IT, sondern auch eine sichere Rechtslage und als Basis des Ganzen eine elektronische Patientenakte, auf deren Datenbasis man innerhalb der Sektoren mit verschiedenen Akteuren und über die Sektoren hinweg zusammenarbeiten kann. Auch daran wird bei uns im Projekt „HaffNet“ gearbeitet, bei dem eine neue Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf Basis einer elektronischen Patientenakte erprobt wird.

Muss denn der Wohnort als solcher Schicksal bleiben? Man hat entweder das Glück, gut versorgt zu werden oder schlecht?

Die medizinische Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern ist durch eine Vielzahl von Einrichtungen und engagierten Fachkräften sichergestellt. Um die Versorgung auf Dauer in allen Teilen des Landes zu sichern, müssen Ansätze genutzt werden, die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen. Da sind wir dran, denn langfristig müssen wir die Versorgung stärker an den regionalen Gegebenheiten ausrichten.

Ein Blick in die Zukunft: Wie soll es in Mecklenburg-Vorpommern weitergehen?

Ich möchte einen Appell richten an alle Akteure des Gesundheitswesens: Bleiben Sie neugierig, gehen Sie voran, bringen Sie tolle Projekte auf den Weg und lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, in Mecklenburg-Vorpommern ein modernes Gesundheitswesen für die nächsten Jahre zu entwickeln. Viele heute schon existierende Projekte – und nicht nur jene, die durch den Innovationsfonds gefördert werden – sind es wert, dass sie weiter verfolgt werden. Was auch heißt: Wir alle müssen kreativer und offener werden und lernen, deutlich besser zu kooperieren. Inhaltliche Auseinandersetzungen gehören natürlich auch dazu, das weiß wohl niemand besser als ein Politiker. Aber: Wir sollten davon abgehen, immer gleich alles zu zerreden, was wir nicht gleich verstehen oder aus Berufs- und Standeskalkül nicht als opportun erscheint.

Herr Glawe, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wichtiger Partner regionaler Gesundheitspolitik“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 6-8; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2042

Harry Glawe

ist seit 1994 Mitglied des Landtages von Mecklenburg-Vorpommern und seit Oktober 2011 Minister für Wirtschaft, Bau und Tourismus, seit November 2016 für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit. Er machte von 1970 bis 1973 eine Ausbildung zum Krankenpfleger an der Medizinischen Fachschule in Greifswald. Ab 1973 arbeitete er an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. Von 1978 bis 1980 machte er an der Medizinischen Fachschule Greifswald eine Fortbildung zum Fachkrankenpfleger und arbeitete darauf bis 1991 als Stationsleiter in der Uniklinik. Im Jahr 1985 begann er ein Fernstudium an der Humboldt-Universität Berlin, das er 1989 als Diplomkrankenpfleger beendete.

**NEU AB 2018:
BIOSIMILARS VON AMGEN**

**ALLES
ANDERE
ALS ANDERS.**

Patienten wollen Verlässlichkeit. Deshalb entwickeln wir Biosimilars mit derselben Präzision wie unsere eigenen innovativen Biologika. Das Ergebnis: Qualitativ hochwertige Arzneimittel, die in Bezug auf Reinheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit keine klinisch relevanten Unterschiede zu ihren Vorbildern aufzeigen.

Vom Pionier für Biotechnologie.



INSIGHT Health zur Arzneimitteltherapie bei Schuppenflechte

Psoriasis – Mehr Möglichkeiten durch Biologika

Zur medikamentösen Therapie der verschiedenen Psoriasis-Formen können Ärzte mittlerweile auf deutlich mehr Behandlungsmöglichkeiten zurückgreifen. Gerade durch das Erschließen des biopharmazeutischen Marktes stehen neue Arzneimittel für die patientenindividuell anzupassende Therapie zur Verfügung. Dieser Beitrag widmet sich daher neben den systemischen klassischen Wirkstoffen besonders den derzeit auf dem Markt befindlichen Biologika und wirft die Frage auf, ob die neue Klasse der Interleukin-17-Hemmer einen weiteren Therapiefortschritt bringt.

>> Psoriasis, auch als Schuppenflechte bezeichnet, ist eine der häufigsten chronischen entzündlichen Hauterkrankungen. Einzelne epidemiologische Erhebungen weisen auf eine Prävalenzrate von ca. 2-3% der Gesamtbevölkerung in Deutschland hin (vgl. Gesundheitswesen, 2011). Psoriasis kann jederzeit auftreten, dennoch gibt es im Alter von ca. 20 sowie zwischen 40 und 50 Jahren zwei markante Zeitpunkte bezüglich des Ausbrechens der Erkrankung. Typisch ist ein schubförmiger Verlauf, wobei Schweregrad und Ausprägung interindividuell variieren. Eine genetische Veranlagung sowie verschiedene Faktoren, wie z.B. infektiöse Erkrankungen, Arzneimittel, Verletzungen oder Noxen, können zum Ausbruch der Erkrankung führen. Pathogenetisch sorgt vermutlich eine (T-Zell-vermittelte) Autoimmunreaktion dafür, dass das Immunsystem Hautzellen mit Fremdmolekülen verwechselt. Es kommt zu einer entzündlichen Reizung, dem beschleunigten Wachstum und Absterben der oberflächlichen Hautzellen und somit zum charakteristischen Hautbild der Schuppenflechte. Die rötlich erhabenen Hautläsionen mit silbrig-weißer Schuppung werden Plaques genannt, daher auch die Bezeichnung Plaque-Psoriasis bzw. Psoriasis vulgaris. Bei etwa 5-10% aller Betroffenen verursacht die Psoriasis eine entzündliche Gelenkerkrankung, Psoriasis Arthritis genannt (vgl. RKI, 2002).

Topische Therapie mit Calcipotriol und Betamethason

Zur Behandlung der Psoriasis stehen neben der Lichttherapie mit UV-Strahlen und homöopathischen Alternativen, Arzneimittel mit klassischen und biologischen Wirkstoffen zur Verfügung. Bei der topischen Therapie, die bei leichter bis mittelschwerer Psoriasis eingesetzt wird bzw. bei schweren Formen die Behandlung ergänzt, kommen Salben, Cremes und Ähnliches zum Einsatz. Zur Lokaltherapie sind derzeit ca. 20 Substanzen und Kombinationen auf dem deutschen Markt erhältlich. In diesem Segment mit der ATC-Klasse D05A (nach EphMRA) entfallen knapp 90 Prozent der GKV-Verordnungen im aktuellen Jahr auf die Substanz Calcipotriol

sowie deren Kombination mit Betamethason (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Die Fixkombination aus dem Vitamin D3-Derivat und dem Glucocorticoid wirkt entzündungshemmend und immunsuppressiv. Laut Charité benötigen ca. 20% der Patienten mit Psoriasis eine Lichttherapie oder systemische Therapie. An dieser Stelle lässt sich zwischen der klassischen systemischen und der Therapie mit Biologika unterscheiden. Die systemische Arzneimittelgabe erfolgt in der Regel bei mittelschwerer bis schwerer Psoriasis in Form von Tabletten (oral), Spritzen oder Infusionen (parenteral).

Weniger Fumarsäureester in der klassischen Therapie

Zur klassischen systemischen Therapie stehen im Wesentlichen vier immunsuppressiv wirkende Substanzen zur Verfügung. Ciclosporin, Methotrexat, Fumarsäureester und Retinoide (Vitamin A-Derivate) werden in der S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris (vgl. Update 2017/Entwurf zur externen Begutachtung) zwar hinsichtlich verschiedener Kriterien wie Wirksamkeit, Sicherheit und Praktikabilität beurteilt, jedoch ist eine kumulative Bewertung nicht möglich. Die Auswahl der klassischen Antipsoriatika erfolgt demnach individuell nach Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Ciclosporin unter anderem nach Organtransplantationen

angewandt wird und Methotrexat ein Basistherapeutikum bei Rheumatoider Arthritis ist, stehen Fumarsäureester, vergleichbar mit den Vorjahren, mit 82 Tausend Verordnungen in den ersten drei Quartalen 2017 (Year-to-Date) bei den systemischen Therapien an dritter Stelle. Die Verordnungen für diesen Wirkstoff haben im YTD-Vergleich September 2014 zu September 2017 um knapp 17 Prozent abgenommen (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Möglicherweise wurden Patienten auf andere klassische systemische Therapien umgestellt oder erhalten vermehrt Biologika.

Neue Biologika-Therapien

Die zweite Gruppe der systemischen Therapien bilden Biologika, die spezifisch Zytokine des Immunsystems modulieren und das Behandlungsspektrum der Schuppenflechte deutlich erweitert haben. Nach der S3-Patientenleitlinie zur Psoriasis der Haut von 2013 sind Biologika dann vorgesehen, wenn andere systemische Behandlungen nicht zur Verbesserung der Symptomatik geführt haben oder aus medizinischen Gründen nicht infrage kommen. Da die immunmodulierenden Eigenschaften der Biopharmazeutika auch zur Therapie weiterer Erkrankungen wie der Rheumatoiden Arthritis eingesetzt werden, weisen nahezu alle Vertreter dieser Gruppe Zulassungen in anderen Indikationen auf. Neben den TNF-alpha-Inhibitoren stehen als weitere

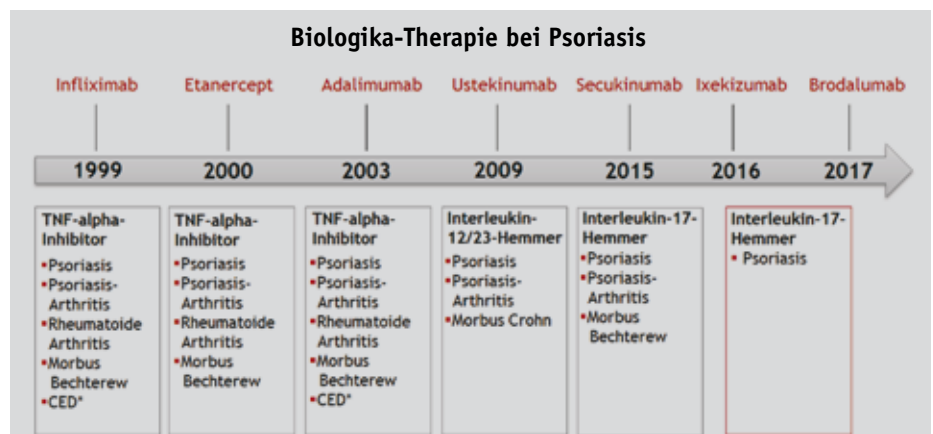


Abb. 1: TNF-alpha-Inhibitoren und Interleukin-Hemmer mit Jahr des Markteintritts und zugelassenen Indikationen bei Erwachsenen in Deutschland, *chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn und Colitis ulcerosa); eigene Darstellung nach INSIGHT Health.

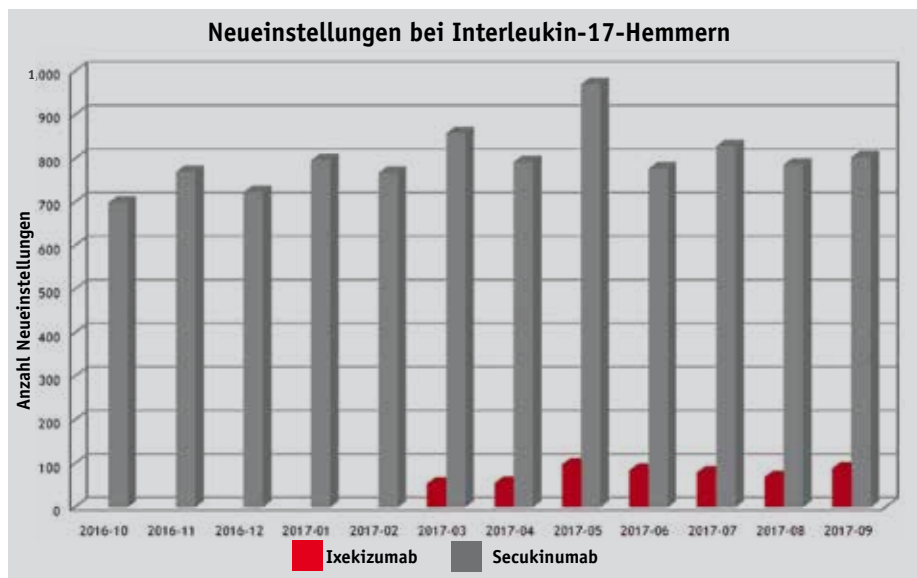


Abb. 2: Anzahl monatlich neu eingestellter Patienten mit einer Erstverordnung von Secukinumab oder Ixekizumab; Quelle: Patient INSIGHTS (INSIGHT Health).

Optionen Interleukin-Hemmer zur Verfügung – Ixekizumab und Brodalumab sind mit der ausschließlichen Zulassung für die Indikation Psoriasis neu auf dem Markt (vgl. Abbildung 1). Bei einer Gesamtbetrachtung der sieben dort aufgeführten Wirkstoffe sind die Verordnungen im Year-to-Date-Vergleich von 2014 bis 2017 um 19 Prozent gestiegen. Die drei TNF-alpha-Inhibitoren Etanercept, Infliximab und Adalimumab sind die Biologika gegen Psoriasis, die am längsten auf dem deutschen Markt verfügbar sind und für die teilweise bereits ein oder mehrere Biosimilars eingeführt wurden. In der Einzelbetrachtung sind die Verordnungen bei Adalimumab und Etanercept zwischen 16 und 18 Prozent gestiegen. Infliximab hingegen kann im Vier-Jahresvergleich 29 Prozent mehr Verordnungen erzielen (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Ob nun Psoriasis-Patienten vermehrt eine Biologika-Therapie erhalten oder der Einsatz auf die Therapie anderer Autoimmunerkrankungen wie den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder der Rheumatoiden Arthritis beruht, ist hier nicht bewertbar. Bei den neueren Biologika der letzten drei Jahre steigen die Verordnungen ebenfalls. Hier wurde beispielsweise Secukinumab in den ersten drei Quartalen 2017 ca. 20-mal so oft verordnet als in 2015. Als erster Wirkstoff, der Interleukin-17 hemmt und zur First-Line-Therapie bei Psoriasis zugelassen ist, lässt sich die Verordnungssteigerung möglicherweise darauf zurückführen. Bereits seit 2009 ist der Interleukin-12/23-Hemmer Ustekinumab gegen Psoriasis, Psoriasis-Arthritis und mit höherer Wirkstärke seit 2016 für Morbus Crohn auf dem Markt. Ein Vergleich der beiden Biologika in der CLEAR Studie ergab zum einen ein besseres Ergebnis bezüglich der Symptombefreiheit der Haut, zum anderen ein schnelleres Ansprechen für Secukinumab (vgl. Berufsverband der Deutschen Dermatologen, 2015). Im Vergleich mit dem TNF-

alpha-Inhibitor Etanercept zeigen Secukinumab sowie beide neuen Interleukin-17-Hemmer, die bereits als First-Line-Therapie eingesetzt werden, schnellere Ansprechraten. Es kann daher nach derzeitigem Kenntnisstand von einer überlegenen Wirksamkeit der IL-17-Hemmstoffe ausgegangen werden (vgl. Wick-Urban, 2017). Grundsätzlich gilt natürlich auch beim Einsatz der Biologika zur Psoriasis-Therapie, die für den Patienten optimale Medikation nach Kriterien der Wirksamkeit, Verträglichkeit, Compliance und Vortherapien abzuwägen.

Mehr Interleukin-Hemmer?

Wie sich die Arzneimitteltherapie der Psoriasis entwickelt, bleibt auch aufgrund der Neuzulassungen weiter spannend. Patienten in der GKV bekommen zunehmend den Interleukin-17-Hemmer Secukinumab verordnet. Die Neueinstellungen steigen trotz monatlicher Schwankungen kontinuierlich an und liegen im Mittel bei rund 800 Patienten. Patienten mit einer Verordnung von Secukinumab erhalten ihr Arzneimittel zu 38 Prozent von Dermatologen und zu 32 Prozent von Rheumatologen (Quelle: Patient INSIGHTS – INSIGHT Health). Andere Fachärzte spielen eine untergeordnete Rolle, so dass in der Biologika-Therapie von einer Behandlung durch Spezialisten ausgegangen werden kann. Möglicherweise werden hier auch die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung das Verordnungsverhalten weiter beeinflussen. Für den Interleukin-17-Hemmer Ixekizumab, der im Jahr 2016 als First-Line-Therapeutikum zugelassen wurde, liegt nach dem im September abgeschlossenen Bewertungsverfahren ein beträchtlicher Zusatznutzen vor. Dieser gilt für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie geeignet sind. Im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren hat Ixekizumab einen geringen

Zitationshinweis

Pieloth, K., Moos, M.: „Psoriasis - Mehr Möglichkeiten durch Biologika“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 10-11; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2043

Zusatznutzen für Patienten, die unzureichend auf eine klassische Therapie angesprochen haben oder bei denen diese kontraindiziert ist. Seit der Markteinführung steigt auch für diesen Interleukin-17-Hemmer die Zahl neu eingestellter Patienten kontinuierlich, zuletzt im September auf knapp 90. Patienten mit einer Verordnung für den neuen Antikörper erhalten diese zu 61 Prozent von einem Dermatologen. Für Brodalumab, das erst im September 2017 vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur frühen Nutzenbewertung aufgerufen wurde, liegt noch kein Ergebnis vor. Aktuell wurde Dimethylfumarat, das bereits zur Behandlung der Multiplen Sklerose eingesetzt wird, im neuen Anwendungsgebiet Psoriasis zur Bewertung aufgerufen. Zugelassen bei mittelschwerer bis schwerer Schuppenflechte wird das Verfahren Mitte März abgeschlossen sein und die Therapie der Psoriasis voraussichtlich um eine weitere First-Line-Option ergänzen.

Ausblick

Die Psoriasis in allen klinischen Bildern beeinflusst die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig und bringt teils erhebliche Einschränkungen mit sich. Schmerzen und entstellende Hautareale beeinträchtigen auch die psychische Gesundheit der Patienten, die zudem häufig einer sozialen Stigmatisierung ausgesetzt sind (vgl. WHO Global Report, 2016). Als eine nicht heilbare Erkrankung, ist sie dennoch gut behandelbar, wobei Biologika das Spektrum deutlich erweitert haben. Maßgeblich für die adäquate Behandlung ist der Zugang zu Versorgungsstrukturen und damit auch zu spezialisierten Dermatologen. Über das Portal PsoNet können Patienten entsprechende Praxen und Zentren, organisiert in regionalen Netzwerken, finden. Sie sollen die Versorgungsqualität bei dieser komplexen Erkrankung verbessern und basieren letztlich auf den Nationalen Versorgungszielen 2010-2015 der dermatologischen Fachgesellschaften. In den kommenden Versorgungszielen werden beeinflussbare Risikofaktoren bei Patienten im Fokus stehen. Ein Projektantrag zur Entstigmatisierung für 2018-2020 liegt bereits beim BMG. Nicht zuletzt befindet sich die S3-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis vulgaris als Update 2017 in der externen Begutachtung. Damit scheint sich die Versorgung der Patienten sowohl auf Seiten der Arzneimitteltherapie als auch auf der Strukturebene sowie im gesamtgesellschaftlichen Kontext stetig zu verbessern. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth und
Marie Moos*

Forum Pro & Contra auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2017 (DKVF) und TMF-Workshop

Neugebauer: „RCT negieren den Kontext“

Eine geeignete Plattform für rege Diskussionen zum Thema „Register“* sollte das Forum Pro & Contra sein, das am zweiten Tag des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung stattfand. Unter Vorsitz von Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer (Medizinische Hochschule Brandenburg) und Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e.V.) kamen viele Akteure aus Wissenschaft, Politik und Versorgungspraxis zusammen, um über Vor- und Nachteile sowie Einsatzgebiete von RCT und Register zu sprechen. Harte Gegenworte kamen von dem einzigen Contra-Teilnehmer: Prof. Dr. Jürgen Windeler, dem Leiter des Kölner IQWiG.

>> Als Neugebauer sein Eingangs-Statement „Pro“ hielt, war die Welt der Versorgungsforscher noch so ziemlich in Ordnung. Der Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und Dekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg sprach darüber, was das DNVF mit dem Memoranden geleistet habe, in denen unter anderem eine Checkliste zur Registerqualität konsentiert worden sei. Erst wenn Systematik und Angemessenheit, Standardisierung, Validierung der Stichprobengewinnung, Datenerhebung und statistischen Analysen stimmig seien, spreche man von guten Registern. Doch, wozu gibt es diese Register, fragte Neugebauer rhetorisch und gab sich gleich die Antwort: „Zunächst geht es um die Beschreibung von Zusammenhängen epidemiologischer Art.“ Dazu nannte er Prävalenz, Inzidenz und Verlauf. Wo es jedoch schwierig werde, sei die Evaluation von Wirksamkeit und Nutzen im Versorgungsalltag. Da Register Daten und Fakten vom Eintritt in die Versorgungseinrichtung bis hin zur Rekonvaleszenz erfassen könnten, sei das Kernmerkmal von Registern eine extern hohe Validität – im Gegensatz zu RCT mit hoher interner Validität. Neugebauer: „Der wesentliche Unterschied ist eben, dass wir mit Registern den sogenannten Versorgungsalltag abbilden.“

Damit sei nichts gegen RCT als solche gesagt, was Neugebauer als bekennender Vertreter der EBM-Szene auch fern liegt. RCT seien nun einmal Goldstandard, doch geben auch bei diesem Studientyp gute und schlechte. Und man müsse die schon sehr genau lesen, um zu erkennen, ob deren Information so wertvoll sind, um sie beispielsweise in Leitlinien oder eine Handlungsentscheidung einzubeziehen. Denn Patientenselektion, geringe Komorbidität, geringe Komedikation werde getaylort, dazu komme der Versorgungsbias, der Beobachtungseffekt sowie der Hawthorn-Effekt, der zu weiteren Verzerrungen führen kann. Um bei Registern das Kriterium Versorgungsalltag in Abgrenzung zu klinischen Studien zu erfüllen, zählt für Neugebauer zum einen das Setting – beispielsweise normaler Krankenhausbetrieb bei Registern versus künstliches Setting bei RCT durch separate Studienzentren oder Speziallabors.

Als zweiten Punkt nannte Neugebauer nicht kontrollierte Bedingungen bei RCT versus kontrollierter Bedingungen bei RCT – wie zum Beispiel die Überwachung der Medikamenteneinnahme bei letzterem.

„Der wesentliche Unterschied, der beide Instrumente auszeichnet, ist jener zwischen Efficiency und Effectiveness“, gab Neugebauer zu Protokoll. Eine Innovation als Ergebnis einer reinen klinischen Studie könne sich insgesamt verändern, wenn sie auf die Realität der Kranken- und Gesundheitsversorgung trifft. Wie, weiß eigentlich ohne Register niemand so genau, denn der Effekt könne sich entweder additiv oder negativ darstellen. Seine Schlussfolgerung: „RCT negieren den Kontext einer Gesundheitsleistung.“ Dieser Kontext bestehe aus der Darreichung der Gesundheitstechnik, den Patientenmerkmalen, den Arztmerkmalen, der Arzt-Patienten-Interaktion, die alles erheblich beeinflussen könne, und schließlich noch den Merkmalen des Settings – ob die Versorgung nun in Ambulanz, Krankenhaus oder Reha-Einrichtung erbracht werde: „Der Kontext einer Gesundheitsleistung kann wie die Gesundheitsleistung selbst erhebliche Gesundheitseffekte zeitigen, denn eine komplexe Intervention trifft auf ein komplexes Umfeld.“ Was wie funktioniert und tatsächlich einen Nutzen für den Patienten bringt oder nicht, können – so Neugebauers Meinung – nur Register und Versorgungsforschung darstellen, auch wenn die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten sicherlich bei RCT besser gegeben sei.

Die heile Welt der Versorgungsforschung trübte sich schlagartig ein, als Windeler ans



Mikrofon trat. Der gab zwar eingangs kund, dass er kein Contra-Statement zu Register abgeben wolle, denn es „wäre völlig albern“ sich gegen Register auszusprechen, die durchaus sinnvolle Fragen beantworten können – das bestreite weder das IQWiG noch er selbst.

Doch gebe es beim Thema Patientenregister im Rahmen der Nutzenbewertung einen ganz anderen Punkt. Dieser Punkt, der die Diskussion relativ schwierig mache, seien – so Windeler im O-Ton: „permanent wiederholte Behauptungen, die einfach falsch sind“. Dass RCT eine geringe externe Validität hätten, sei einfach nicht richtig, stellt Windeler eine Aussage in den Raum, die er gleich noch mal wiederholte: „Wir haben gerade gelesen, was mich überrascht hat und was ich noch nie gelesen habe: RCT negieren den Kontext. Das ist nicht richtig.“ Genau darum sei es relativ schwierig, eine Pro- und Contra-Diskussion zu führen, wenn „einfach immer wieder bestimmte Behauptungen wiederholt werden, die einfach nicht stimmen.“ Nun täte man so, als ob man, weil man nun einmal in Deutschland das AMNOG hätte, auf Register umsteigen müsste. Ginge ja gar nicht, meinte Windeler, „weil wir die Register ja gar nicht haben“, zumindest nicht „Register guter Qualität in irgendwie einer halbwegs kritischen Masse.“

Wenn er sich da nicht irrt: Bei einem Auftaktworkshop, der im November auf Einladung der Technologie- und Methodenplattform für



„Register oder RCT ist eine Grundsatzfrage. Ich glaube, dass die in den Registern erfassten indikationen- und interventionsbezogenen Informationen durchaus sinnvoll sein können. Es wäre aber ein Trugschluss zu meinen, dass man aus diesen Daten dann auch den Nutzen einer Intervention für den Patienten ableiten könnte. Doch ob man das durch RCT sagen könne? Das zu entscheiden, da tue ich mich schwer und halte es dann doch eher mit Mark Twain, der sagte: Wenn das einzige Werkzeug, das man hat, ein Hammer ist, dann erscheint eigentlich jedes Problem als Nagel.“

Dr. Andreas Gassen, KBV, Berlin

„Wir müssen uns sehr gut überlegen, wann wir randomisierte Studien einsetzen und wann wir Daten aus Registern brauchen. Register, die die Patienten, die an einer Erkrankung leiden, begleiten, sind eine sehr gute Basis, um bevölkerungsbezogenen Daten auswerten zu können.“

PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Regensburg



„Register können klinische Forschung und RCT nicht ersetzen. Das ist gar keine Frage. Aber Register sind eine wichtige Ergänzung zur klinischen Forschung, denn sie geben eben Aufschluss über die Wirksamkeit eines Wirkstoffes oder eines Produktes in der Versorgung.“

Dr. Roland Leuschner, BKK-BV, Berlin



„Ich eine leidenschaftliche Befürworterin von Registern. Aus meiner Perspektive – der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung für die Patienten habe ich über 20 Jahre Berliner Herzinfarktregister erlebt, durch die konkret die Qualität der Versorgung in dieser Stadt verbessert wurde.“

Dr. Birga Maier, MPH, Berlin



„Register und klinische Studien stehen vor nicht nur ähnlichen, sondern vor den identischen Herausforderungen an die Methodik und auch vor denselben Anforderungen, denn in Bezug auf die Nutzenbewertung müssen beide Methodologien eine Antwort finden. Auf der einen Seite gibt es eine Zunahme an Vielfalt und Komplexität in den Interventionen und in den Populationen, bei gleichzeitiger Zunahme der Komplexität des Gesundheitssystems. Auf der anderen Seite sehen wir eine zunehmende Individualisierung der Therapie, bis hin zu jener für den einzelnen Patienten. Darauf müssen Register genauso wie klinische Studien methodisch eine neue Antwort finden.“

Prof. Dr. Jürgen Stausberg, Duisburg-Essen



die vernetzte medizinische Forschung e.V. (TMF) in Berlin stattfand, zeigte sich, dass die kritische Masse sicher längst erreicht ist: 51 Wissenschaftler diskutieren hier Konzepte für den Aufbau modellhafter Register für die Versorgungsforschung, deren Konzeptentwicklung das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit September 2017 fördert.

„16 verschiedene neue und ganz unterschiedliche Register, die ein einheitliches Registerprotokoll verwenden – das ist eine große Chance für die Versorgungsforschung“, erklärte dazu Prof. Dr. Jürgen Stausberg (Universität Duisburg-Essen). Und Neugebauer, Vorsitzender des DNVF, das dem in Partnerschaft mit dem TMF den Aufbau der Register unterstützt, setzte dazu: „Für die Versorgungsforschung sind qualitativ hochwertige Register von zentraler Bedeutung und ein wichtiger Baustein für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.“

Mit der Förderung durch das BMBF könne nun das DNVF seine Expertise in die Entwicklung von neuen Registerprojekten einbringen und so konkret zur Qualitätssteigerung beitragen. Aber auch das TMF, die in den vergangenen Jahren verschiedene Projekte zum Aufbau und Betrieb von Registern gefördert und durchgeführt hat. So ist zu Registern längst nicht nur ein Memorandum des DNVF, sondern auch in der TMF-Schriftenreihe bereits in zweiter Auflage (2014) eine Leitlinie zum Thema „Datenqualität in der medizinischen Forschung“ erschienen. „Wir freuen uns, dass wir den Auftrag erhalten haben, die Registerprojekte zu unterstützen“, meinte darum Sebastian C. Semler, Geschäftsführer der TMF. „Wir bringen hier unsere Expertise im Aufbau und Betrieb von Forschungsdateninfrastrukturen ein“. Die Aufgabe der TMS sei es außerdem, die Register untereinander sowie mit bereits etablierten Registern zu vernetzen.“

Das ist im Endeffekt auch genau das, was Windeler – wenn auch mit unnötig harten Worten – fordert. <<

von:
MVF-Chef-
redakteur Peter
Stegmaier

Artikelangaben

Windeler et al., „Kein Ersatz für randomisierte Studien“, in Dtsch Arztebl 2017; 114 (16): A 783-6.

Interview

mit Prof. Windeler zu RCT- und Registerforschung lesen sie eFirst auf www.m-vf.de und in der kommenden Ausgabe MVF 01/18.

Anmerkung

* Den Report zur zweiten Pro- & Contra-Diskussion zum Thema „Substitution ärztlicher Tätigkeiten“ lesen Sie in der Dezember-Ausgabe von „Monitor Pflege“.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Neugebauer: „RCT negieren den Kontext“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 12-13; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2044

AOK gegen vorzeitige Verlängerung des Innovationsfonds

>> Der AOK-Bundesverband spricht sich gegen eine vorzeitige Verlängerung des Innovationsfonds aus. „Erst müssen die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des Förderkonzepts vorliegen, dann kann auch verantwortungsvoll über eine Fortsetzung entschieden werden“, fordert der Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Der Innovationsfonds ist zunächst auf vier Jahre bis Ende 2019 befristet. Ein erster Zwischenbericht soll dem Bundestag bis zum 31. März 2019 präsentiert werden, der Abschlussbericht bis zum 31. März 2021 fertiggestellt sein. Damit wendet sich die AOK gegen Überlegungen, unter anderem des Bundesgesundheitsministeriums, den Innovationsfonds vorzeitig zu entfristen und damit zum dauerhaften Instrument zu machen. „Bevor aus dem Innovationsfonds eine Dauer-einrichtung wird, sind noch viele Fragen zu beantworten. Zum Beispiel gibt es noch keinerlei Erkenntnisse darüber, wie effektiv der Fonds echte Innovationen im Gesundheitswesen fördert. Allein die Tatsache, dass die dafür bereit gestellten Mittel von jährlich rund 300 Millionen Euro in den ersten beiden Jahren vollständig abgerufen worden sind, ist noch kein Erfolgsnachweis.“

Bis 2019 sei mit rund 400 geförderten Projekten zu rechnen, die es erst einmal zu bewerten gelte, so der Verbandschef. Aus Sicht der AOK stellten sich zudem noch grundsätzlichere Fragen, zum Beispiel, ob es überhaupt sinnvoll und möglich sei, regional erfolgreiche Projekte in die bundesweite Versorgung

zu übertragen. Ebenso fragwürdig sei, die Versorgungsforschung von Universitäten und wissenschaftlichen Instituten statt durch die Gesetzlichen Krankenkassen doch besser aus Steuermitteln zu finanzieren. Vollkommen offen erscheine es schließlich, ob die dauerhafte Verlagerung von Innovationsentscheidungen auf ein zentrales Gremium wie den Gemeinsamen Bundesausschuss tatsächlich das Innovationsklima im deutschen Gesundheitswesen verbessere.

„Der Innovationsfonds verursacht hohe administrative Kosten, fördert eine grassierende ‚Projektitis‘ und weist erhebliche ordnungspolitische Schwächen auf“, sagt Litsch. Die Entscheider seien vor allem Vertreter der Sektoren, die man mit der Förderung von neuen Versorgungsformen doch gerade aufheben wolle. Der Fonds konterkariere damit dezentrale, wettbewerbliche Versorgungsmodelle, die praxisnäher, kosteneffektiver und nachhaltiger seien. „Deshalb sollten wir auch über weniger bürokratische und bundeseinheitliche Fördermodelle ab 2020 nachdenken und diese spätestens mit Vorlage der Evaluation als ernsthafte Alternative erwägen.“ Entscheide sich die Politik am Ende aber doch für die Fortsetzung des Innovationsfonds, müsse unbedingt über die Absenkung der Fördersumme gesprochen werden. „Angesichts der ausgelasteten Kapazitäten bei den Instituten und Antragstellern leidet zunehmend die Qualität der eingereichten Projekte, außerdem ist mit Mitnahmeeffekten zu rechnen“, so Litsch. <<

BMG fördert Cochrane Deutschland Stiftung

>> Ab sofort fördert das Bundesministerium für Gesundheit die deutsche Vertretung der Cochrane Collaboration in Freiburg, die Cochrane Deutschland Stiftung, mit jährlich bis zu einer Million Euro. Am 9. November verschickte das Bundesverwaltungsamt den offiziellen Förderbescheid an die Stiftung. „Wir brauchen unabhängige Forschung, die den Stand der Erkenntnisse immer wieder wissenschaftlich auf den Prüfstand stellt und uns so verlässliche Informationen über die besten Behandlungsmethoden liefert. Deshalb habe ich mich dafür eingesetzt, dass der Bund die Arbeit von Cochrane in Deutschland mit der Cochrane Deutschland Stiftung endlich nachhaltig fördern kann“, so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Die Cochrane Collaboration ist ein globales unabhängiges Netzwerk von klinischen Forschern, Ärzten, weiteren Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie von Patienten. Cochrane erar-

beitet nach Angaben des BMG unabhängige, verlässliche und öffentlich zugängliche Gesundheitsinformationen. Für Ärztinnen und Ärzte sei die Cochrane-Arbeiten eine wichtige Informationsquelle. Außerdem leisten die in Freiburg durchgeführten Schulungen und Workshops bedeutsame Beiträge zur Verbreitung der Kenntnisse über Inhalte und Methodik der evidenzbasierten Medizin. Ziel der evidenzbasierten Medizin ist es, dass in erster Linie solche Therapien eingesetzt werden, deren Wirksamkeit und Nutzen durch hochwertige wissenschaftliche Studien belegt wurden. So kann die Qualität der medizinischen Versorgung weiter verbessert werden. Um eine dauerhafte Sicherung der wichtigen Arbeiten von Cochrane zu gewährleisten, so das BMG, wurde am 26. Oktober 2017 die unabhängige und gemeinnützige Cochrane Deutschland Stiftung in Freiburg gegründet. Wissenschaftlicher Leiter der Stiftung ist derzeit Professor Gerd Antes. <<

Schmerzmedizinisch unterversorgt

>> Menschen mit Tumorerkrankungen sind schmerzmedizinisch zu einem beträchtlichen Teil unter- und fehlversorgt. Das belegen Ergebnisse einer Online-Befragung der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. und der Deutschen Schmerzliga (DSL) e.V. (www.Praxisumfrage-Tumorschmerz.de) unter mehreren tausend Betroffenen. „Die Auswertung der Befragung deckt ernstzunehmende schmerzmedizinische Versorgungslücken auf, die alle Beteiligten zum Umdenken motivieren sollte“, erläuterte PD Dr. med. Michael A. Überall, Präsident der DSL, Vizepräsident der DGS und Leiter der Patientenumfrage am Rande des Schmerzkongresses in Mannheim.

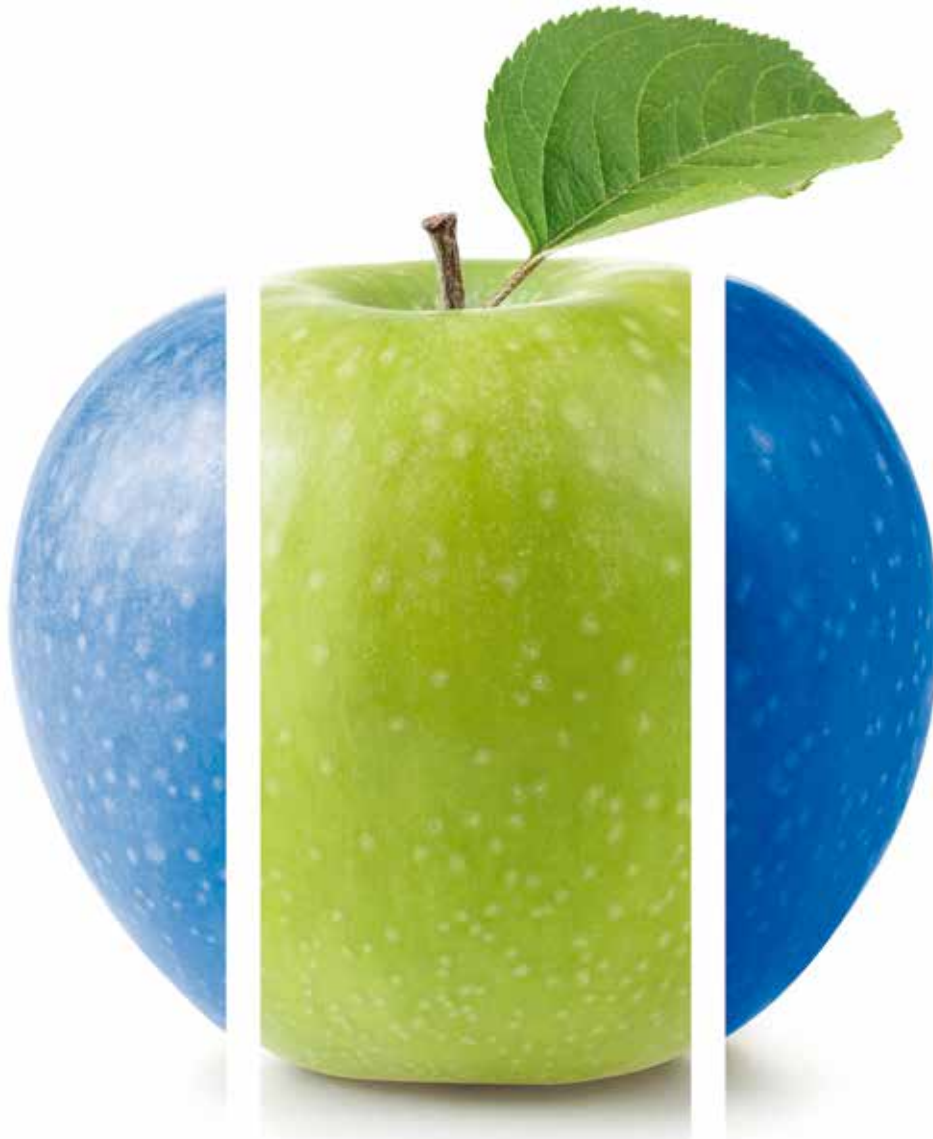
Bisher lagen von Patienten mit einer Tumorerkrankung zu wenige Daten über Häufigkeit, Charakteristik, Intensität und Ausmaß tumorschmerzbedingter Beeinträchtigungen sowie die medikamentöse Behandlung vor, um die Versorgungssituation richtig einschätzen zu können. Um Informationen über die schmerzmedizinische Versorgung und das Ausmaß schmerzbedingter Beeinträchtigungen auf Lebensqualität und Alltag der Betroffenen standardisiert erfassen zu können, startete die DGS gemeinsam mit der DSL Anfang des Jahres die „Praxisumfrage Tumorschmerz“ (www.Praxisumfrage-Tumorschmerz.de). Bundesweit wurden Betroffene dazu aufgerufen, unter Verwendung eines standardisierten Online-Fragebogens Auskunft über ihre Schmerzen zu geben.

Die Analyse der Daten zeigt, dass ein Großteil der Befragten (n=3.707) neben Dauerschmerzen zusätzlich unter akuten Schmerzattacken leidet. Laut Überall könnten bei einem Drittel dieser Patienten (n=1.064) allein durch eine Optimierung der Dauerschmerztherapie die akuten Schmerzattacken vermieden werden. Bei den übrigen Patienten (n=2.643) wäre aus Sicht der Schmerzmediziner eine spezifische Notfall- / Rescuetherapie sinnvoll – diese erhält aber weniger als ein Drittel der dafür eigentlich infrage kommenden Betroffenen.

Die Schlussfolgerung des Schmerzexperten: „Wir müssen die schmerzmedizinische Ausbildung in den beteiligten Disziplinen stärker fokussieren und die Bedeutung einer suffizienten, individualisierten schmerzmedizinischen Versorgung von Tumorpatienten mit Dauer- und Durchbruchschmerzen in Bezug auf Alltagsfunktionalität und Lebensqualität noch stärker verdeutlichen.“ Das gelinge z. B. durch spezifische Fortbildungsveranstaltungen sowie die Implementierung versorgungsrelevanter Leitlinien, wie der DGS-PraxisLeitlinie zu Tumorschmerzen und tumorbedingten Durchbruchschmerzen. <<

Drei Wege, ein Ziel

Besser und effizienter versorgen



Versorgungsforschung

Wir analysieren Versorgungs- und Gesundheitsdaten, messen den Outcome von Interventionen und geben Lernimpulse – für unsere Gesundheitsnetzwerke genauso wie für Universitäten, Krankenkassen, Ärztenetze, Krankenhäuser oder Kommunen.

Integrierte Versorgung

In unseren Gesundheitsnetzwerken arbeiten Ärzte, Krankenhäuser und andere Partner zusammen und überwinden die bisherigen Grenzen. Ihr gemeinsames Ziel: Menschen durch Gesundheitsförderung, Aktivierung und Versorgungsmanagement gesünder zu machen.

Innovationsförderung

In unserem Digital & Health Innovation Centre testen wir Innovationen wie Health Apps, Online-Interventionen oder krankheitsspezifische Programme auf Nutzen und Akzeptanz in der Versorgungsrealität und entwickeln Modelle für ihre Implementierung.

26 Projekte werden gefördert

>> Der Innovationsausschuss hat über weitere zu fördernde Projekte zu neuen Versorgungsformen entschieden und somit erneut die Voraussetzungen für den Start innovativer Projek-

te zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung in der GKV geschaffen. Zu der am 20. Februar dieses Jahres veröffentlichten themenoffenen Förderbekanntmachung zu neuen

Versorgungsformen sind innerhalb der gesetzlichen Fristen 69 Anträge mit einem beantragten Fördervolumen von insgesamt rund 249 Millionen Euro begutachtet und bewertet worden. <<

Akronym	Titel	Antragsteller	Konsortialpartner
KID-PROTEKT	Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im amb. Sektor	Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift	-
CARE-FAM-NET	Kinder mit seltenen Erkrankungen, deren Geschwister und Eltern	Univ.-klinikum Hamburg-Eppendorf	Techniker Krankenkasse , BARMER, DAK-Gesundheit , Kaufmännische Krankenkasse, AOK Niedersachsen, Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, diverse Kliniken, AQUA
RubiN	Regional ununterbrochen betreut im Netz	BARMER	Gerinet, pleXxon, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg, Gesundheitsregion Siegerland, Ärztenetz Lippe, Genial, MuM - Medizin und Mehr, Gesundheitsnetz Köln-Süd, Leipziger Gesundheitsnetz, Claudia Schrewe, Rechtsanwaltsgesellschaft Dr. Ruppel, AOK NORDWEST, TK, Kaufmännische Krankenkasse, Univ.-Medizin Greifswald, Univ. Frankfurt am Main, Univ.-klinikum Schleswig-Holstein, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung
GerNe	E-Health-basierte, sektorenübergreifende geriatrische Versorgung	Univ.-medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz	Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe, Marienkrankenhaus Nassau, St. Marien- und St. Anna-Stiftskrankenhaus Ludwigshafen, BARMER Rheinland-Pfalz/Saarland
ZSE-DUO	Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen	Univ.-klinikum Würzburg	Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen, IKK gesund plus, Techniker Krankenkasse, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Univ.-klinikum Hamburg-Eppendorf, diverse Kliniken
SANO	Strukturierte ambulante Nachsorge nach Schlaganfall	Klinikum der Stadt Ludwigshafen	Univ.-klinikum Würzburg, Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Westfälische Hochschule
TeLIPro	Telemedizinisches Lebensstil-Interventions-Programm für Typ 2 Diabetiker	AOK Rheinland/Hamburg	DTG, Privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, DDZ
Mind: Pregnancy	Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt	Univ.-klinikum Heidelberg	Institut für Frauengesundheit Baden-Württemberg, Ludwig-Maximilians-Universität München, Uniklinikum Tübingen, Univ. Bielefeld, Techniker Krankenkasse , GWQ ServicePlus AG, mhplus Betriebskrankenkasse
OPTINOVA	Optimierung der Notfallversorgung durch strukturierte Ersteinschätzung mittels intelligenter Assistenzdienste	Univ.-medizin Göttingen	Univ.-klinikum Magdeburg, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiD0), Hochschule Heilbronn, AOK Niedersachsen, DAK-Gesundheit , Techniker Krankenkasse
Cardio-lotse	Entwicklung eines Versorgungsmodells zur Verbesserung der poststationären Weiterbehandlung am Beispiel kardiologischer Erkrankungen	AOK Nordost	Vivantes , Ludwig-Maximilians-Universität München
	Blended Therapy - Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken in der Hausarztpraxis	Techniker Krankenkasse	Kassenärztliche Vereinigung Hessen, TelePsy Deutschland, Univ.-klinikum München, Goethe-Universität Frankfurt, Univ.-klinikum Hamburg-Eppendorf
SMARTGEM	Smartphone-gestützte Migränetherapie - SMARTGEM	Charité - Univ.-medizin Berlin	AOK Nordost , BKK VBU, IKK gesund plus, Univ.-medizin Rostock, Univ.-klinikum Halle, Newsenselab
IKK IVP	IKK IVP-Innovation, Versorgungspartner, Patient	IKK gesund plus	-
SCHMERZ-NETZ	Kinderschmerztherapie vernetzt: Sozialmedizinische Nachsorge für schwer chronifizierte pädiatrische Schmerzpatienten	Vestische Caritas Kliniken	Klinikum Stuttgart, Klinikum Augsburg, BARMER
AOKTrio	Das Transitionsprogramm für mehr Gesundheitskompetenz von Teenagern	AOK Niedersachsen	Medizinische Hochschule Hannover
STAUfrei	Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von Staphylococcus Aureus Komplikationen bei elektiven Patienten	Kliniken Landkreis Heidenheim	Landratsamt Heidenheim, BKK Landesverband Süd, Univ.-klinikum Tübingen, AOK Baden-Württemberg , Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Steinbeis-Hochschule Berlin, Pathways Public Health
Familien-SCOUT	Sektoren- und phasenübergreifende Unterstützung für Familien mit kreberkranktem Elternteil	Univ.-klinikum Aachen	Univ.-klinikum Bonn, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, AOK Rheinland/Hamburg, Techniker Krankenkasse
Child* M*FIRST	Entwicklungsbezogene, multimodale, interdisziplinäre Frühintervention im Rahmen eines strukturierten Therapiekonzeptes für Kinder mit Migräne	Ludwig-Maximilians-Universität München	Univ.-klinikum München, Helmholtz Zentrum München - Deutsches Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, BARMER
PETRA	Personalisierte Therapie bei Rheumatoider Arthritis (RA) basierend auf dem Modell der Psychoneuroimmunologie	Universität Witten/Herdecke	Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Universität Innsbruck, St. Leonhards Akademie gGmbH, Univ. der Bundeswehr München, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, Landes-Psychotherapeutenkammer Bayern, Kassenärztliche Vereinigung Bayern , BKK Landesverband Bayern, Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V., Berufsverband der Bayerischen Rheumatologen, Institut für angewandte Statistik
PROMPt	Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern	Technische Universität Dresden	Univ.-klinikum Dresden, AOK PLUS - Sachsen und Thüringen
Handin-Hand	Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region	Marienhaus Holding	Rechenzentrum Volmarstein GmbH, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Universität zu Lübeck, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
VeMa-WuRLP	VersorgungsManagement Wunde in Rheinland-Pfalz	mamedicon	Techniker Krankenkasse , GWQ ServicePlus AG, Hochschule Ludwigshafen
PAIN 2020	Schmerz: Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk	Deutsche Schmerzgesellschaft	BARMER, Universitätsmedizin Greifswald
STEP.De	Sporttherapie bei Depression	BKK - VBU	BAHN-BKK, BMW BKK, BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER, CONVEMA Versorgungsmanagement, Freie Universität Berlin, Sport-Gesundheitspark Berlin
i2 Trans-Health	Interdisziplinäre, internetbasierte Trans Gesundheitsversorgung	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	AVONIS
DiaTT	Dialyse Trainings-Therapie	Technische Universität München	Univ.-klinikum Köln, AOK PLUS, BARMER, Techniker Krankenkasse , Univ.-klinikum Freiburg

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.



Status der Psoriasis-Versorgung in Deutschland

Weitgehende Erscheinungsfreiheit wäre möglich

Anlässlich des Welt-Psoriasistag 2017 unter dem Motto „Haut bekennen!“ wurden nicht nur aktuelle Daten und Fakten zur Versorgung der Psoriasis in Deutschland präsentiert, sondern auch Unter- und Fehlversorgung sowie auf Gesellschaft wie Politik zukommende Aufgaben angesprochen. Eingeladen hatten PsoNet Deutschland – ein bundesweiter Zusammenschluss von regionalen Psoriasis-Netzwerken und Plattform zum Austausch und zur Fortbildung von Hautärzten – sowie der Deutsche Psoriasis Bund und das Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen in die Hafenkuppel des Hafen-Klubs Hamburg, einem ehrwürdigen Kuppelraum an den Landungsbrücken, in dem früher der Sturmflutwarndienst tätig war.

>> Von einer Sturmflut wie erst letztes durch den Orkan „Herwart“ ist bei der Psoriasis zwar nicht zu reden, doch gehört diese Krankheit, unter den 12.000 bei der WHO gelisteten, immerhin zu jenen 3 mit „Major WHO demands“ – einhergehend mit der Hauptanforderung des Stopps der Stigmatisierung und eines Zugangs zu einer ausreichenden Behandlung. In Deutschland zeigt sich nach epidemiologischen Zahlen, die Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin, der Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), präsentierte, jedoch eine 2,5-prozentige Jahresprävalenz. Damit leiden immerhin circa 2 Millionen Betroffene an Psoriasis (Pso), vulgo Schuppenflechte – darunter rund 400.000 mit mittelschwerer bis schwerer Pso, circa 120.000 betroffene Kinder und Jugendliche und etwa 200.000 Personen mit Psoriasis-Arthritis.

Bei der Versorgung der Psoriasis in Deutschland hat sich seit Jahren wenig geändert. So zeigt ein aktuelles Update aus diesem Jahr in etwa die gleiche Verteilung wie sie bereits 2012 beschrieben wurde (1). Demnach werden 65 % der Pso- und 59 % der Pso-Arthritis-Patienten durch Dermatologen versorgt, der Rest von 29 % (18) durch Hausärzte, weitere 3 % (18) von



Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP).

Rheumatologen und noch mal 3 % (4) von sonstigen Heilberuflern. Diese Versorgungsstruktur hat Auswirkungen auf die Güte der Behandlung, speziell auf die der Medikation. So stellt Augustin eine „anhaltende Spezialisierung unter den Dermatologen“ fest, wobei 30 % dieser Fachgruppe 100 % der innovativen Medikamente verordneten. Gerade in dieser Indikation gibt es – anders als in vielen anderen – eine ganze Menge davon: Angefangen bei der systemischen „konventionellen“ Erstlinientherapie mit Fumarsäureester, Methotrexat, Ciclosporin und Acitretin und weiter zur Systemischen „biologischen“ Erstlinientherapie mit Adalimumab, Brodalumab, Ixekizumab, Secuki-

numab und das im Dezember 2017 eingeführte Guselkumab. Dazu gibt es noch die Systemische Zweitlinientherapie (Apremilast (kein Biologikum), Etanercept+ Biosimilars, Infliximab + Biosimilars sowie Ustekinumab) (3).

Doch was verordnet der Rest? Nicht das, was möglich und sinnvoll wäre! So sinkt die Häufigkeit der Verschreibung in der Systemischen „konventionellen“ Erstlinientherapie drastisch von den häufig verschriebenen, günstigen Fumarsäureestern zum eher selten angewandten Acitretin.

Dabei zeigen beispielsweise Daten aus dem spanischen Register „BioCAPTURE“, dass das so genannte „drug survival“ ebenso drastisch

PASI

Der PASI-Score (Psoriasis Area and Severity Index) ist ein Index zur Ermittlung des Schweregrades von Psoriasis-Erkrankungen. Dieser Index beschreibt anhand der Rötung sowie der Dicke der Plaques und Schuppung die Ausdehnung der Erkrankung und damit den Schweregrad. Bei der Nutzenbewertung von Secukinumab („Cosentyx“ von Novartis) forderte das IQWiG gar einen PASI 100, was einer gänzlich symptomfreien Haut gleichkommt.

DLQI

Der bereits 1994 entwickelte Dermatology Life Quality Index (DLQI) war das erste dermatologiespezifische Instrument für Lebensqualität. Dabei handelt es sich um einen einfachen Fragebogen mit nur 10 Fragen, der in mehr als 80 Ländern in mehr als 40 verschiedenen Hautzuständen verwendet wird und in über 90 Sprachen erhältlich ist. Der DLQI ist zudem das am häufigsten verwendete Instrument in Studien von randomisierten kontrollierten Studien in der Dermatologie.

Literatur

- 1: Augustin M, Glaeske G, Schaefer I, Rustenbach SJ, Hoer A, Radtke MA: Processes of Psoriasis Health Care in Germany - Long-Term Analysis of Data from the Statutory Health Insurances] J Dtsch Dermatol Ges 2012; 10 (9): 648-655
- 2: DAK-Datenanalyse; CVderm2017; Datenbestand 2010-2016; Daten Apotheken.-Netzwerk 2014; IMS-Daten 2017; Betriebliche Untersuchungen (n=204.360)
- 3: Vortrag auf der Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag 2017 in Hamburg: „Versorgung der Psoriasis in Deutschland – Neue Daten und Erkenntnisse“ von Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz, Psoriasis-Zentrum, Abt. Dermatologie, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein auf dem Campus Kiel.
- 4: Zweegerset al., BrJ Dermatol 175:340-347, 2016
- 5: Gordon et al., N Eng J Med 375:345-356, 2016
- 6: Vortrag auf der Pressekonferenz zum Welt-Psoriasistag 2017 in Hamburg von Univ.-Prof. Dr. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP).

abnimmt, je weniger innovativ Medikamente sind. Der Vergleich von Ustekinumab, das im Schnitt 6,5 Jahre angewandt wird, über Adalimumab (7,3 Jahre) zu Etanercept (4), das bis zu 10,3 Jahre durch den Patienten eingenommen wird, führt Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz vom Psoriasis-Zentrum, Abt. Dermatologie, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein auf dem Campus Kiel, zu der Schlussfolgerung: „Lange erfolgreich behandeln!“ Und: „Besonders effektiv behandeln“.

So zeigte eine Studie zum Interleukin 17A-Antagonisten am Beispiel von Ixekizumab, dass schon nach rund 24 Wochen bei 83 % der untersuchten Patienten ein PASI 75 und immerhin noch bei 75 % ein PASI 90 (5) festgestellt werden konnte.

Gute Medikation zahlt sich aus. Ein Vergleich der Studien „PsoHealth1“ aus dem Jahr 2005 über „PsoHealth2“ (2008), „PsoHealth3“ (2011) und der aktuellen „PsoHealth4“ aus dem vergangenen Jahr 2016 zeigt in diesem Zusammenhang, dass sowohl der Mittelwert des PASI als auch jener des DLQI* sank: von 11,4 (8,6) in 2005 auf 7,2 (5,6) im Jahr 2016; ebenso die Hospitalisationsrate im gleichen Zeitraum von 26,9 auf 14,2. Augustins Fazit hierzu: „Damit haben Betroffene, die eine leitliniengerechte Arzneimittel-Therapie erhalten, eine signifikant höhere Chance auf Abheilung an der Haut.“

Wenn sie denn alle Betroffenen gleichermaßen erhielten. Die Versorgungsrealität sieht nämlich anders aus: Laut Augustin gelten nur circa 45 % der schweren Psoriasis in Deutschland als „hinreichend versorgt“, aber rund 55 % unzureichend oder falsch versorgt (2). Und das, obwohl im Vergleich der Jahre 2015 zu 2016 der Arzneimittel-Verbrauch um 218 % angestiegen ist. Doch im bundesweiten Vergleich auch recht unterschiedlich. Ein neuer Datenvergleich auf Basis 2015-2016 (Stand: 3/2017) listet zum Beispiel die Per capita-Ausgaben für vertragsärztlich verordnete Biologika bei Psoriasis in Deutschland auf. Demnach werden im Bereich der KV Brandenburg die meisten Biologika verordnet: für 4,50 Euro (2015) stieg auf 6,00 Euro (2016). Das Schlusslicht hingegen ist die KV Baden-Württemberg, zwar auch mit einer Steigerung, doch auf ganz anderem Niveau – von 0,60 Euro (2011) auf 0,85 Euro (2016). Dabei könne nach Augustins Meinung bei der Biologika-Therapie bei Psoriasis durchaus da-

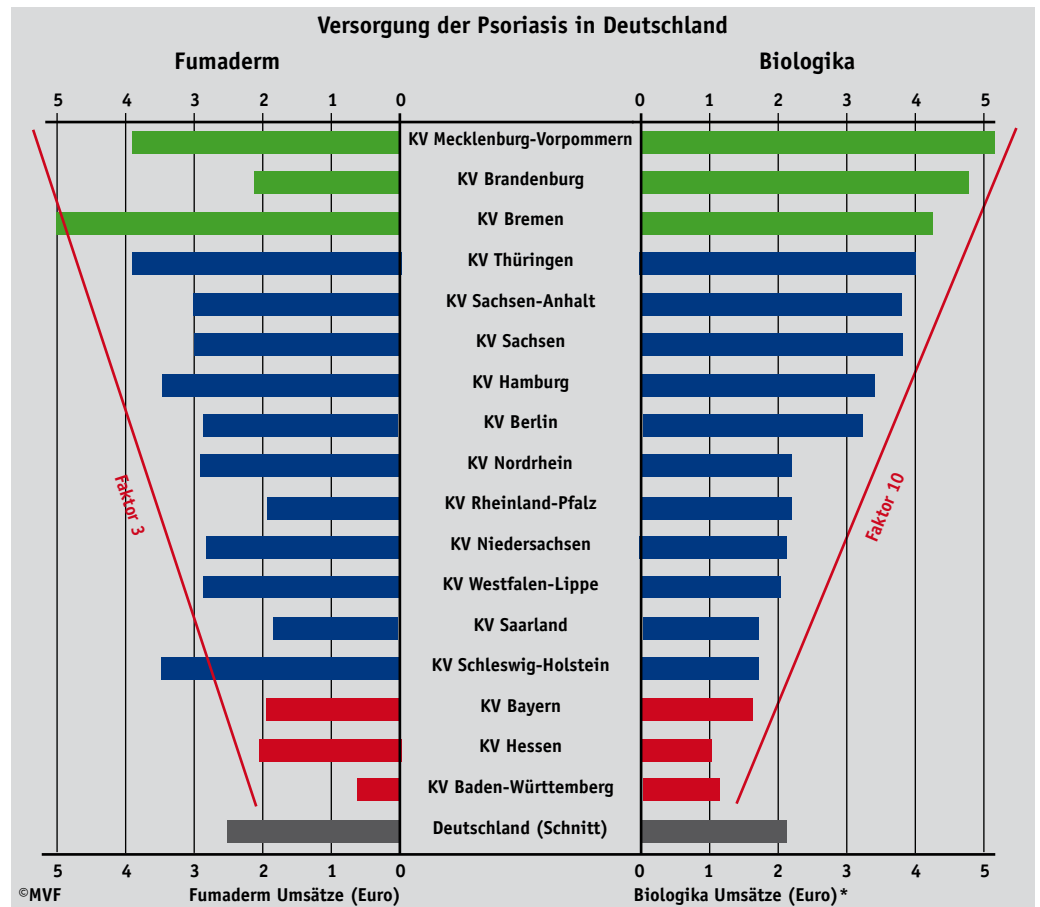
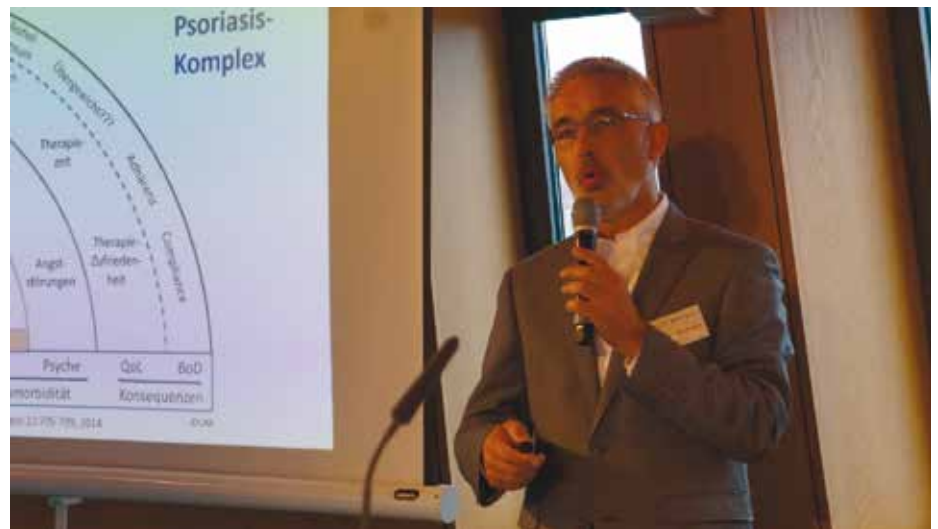


Abb. 1: Versorgung der Psoriasis in Deutschland mit Biologika sowie Fumaderm pro Einwohner bei Dermatologen (YTD 08/2017) (6)



Prof. Dr. med. Ulrich Mrowietz, Psoriasis-Zentrum, Abt. Dermatologie, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein auf dem Campus Kiel.

von gesprochen werden, dass „weitgehende Erscheinungsfreiheit heute das realistische Therapieziel“ ist.

Wenn denn die zur Verfügung stehende Medikation auch eingesetzt würde – der Wohnort eines Patienten ist eben doch Schicksal; anscheinend gerade in Baden-Württemberg, wo die Biologika-Verordnungen um den Faktor 10 und die Fumaderm-Verordnungen immer noch

um den Faktor 3 niedriger sind als in vielen anderen Bundesländern, gerade denen im Osten Deutschlands. <<

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Weitgehende Erscheinungsfreiheit wäre möglich“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 18-19; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2046

Erstes Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten RSA des Wissenschaftlichen BVA-Beirats

Hohe Verbesserungspotenziale für den M-RSA

Das erste von zwei Sondergutachten, das der ehrenamtlich tätige Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA) als Grundlage einer möglichen Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) erarbeitet hat, wurde auf einer Pressekonferenz beim BVA in Bonn vorgestellt.

>> Das erste Sondergutachten mit seinen inkludierten Anhängen und Literatur mehr als 700 Seiten wird nun in den kommenden drei Wochen finali-

siert. Anlässlich der Vorstellung der Ergebnisse bedankte sich der Präsident des BVA, Frank Plate, bei den Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates und erklärte: „Ich bin dankbar, dass sich der Wissenschaftliche Beirat als fachkundiges und unabhängiges Gremium so intensiv mit der Evaluation des RSA und den Folgen möglicher Veränderungen im RSA beschäftigt hat. Nun gilt es auf Basis der Ergebnisse des Sondergutachtens den als ein lernendes System konstruierten RSA, sorgsam und vernünftig weiterzuentwickeln. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die meisten Anpassungen des Verteilungsmechanismus nur auf Grundlage rechtlicher Änderungen vorgenommen werden können.“ Doch schon jetzt arbeiten die Mitarbeiter des BVA als auch die im Beirat tätigen Wissenschaftler am zweiten Gutachten, das bis zum 30. April 2018 vorliegen und das die regionalen Verteilungswirkungen des Risikostrukturausgleichs zu untersuchen hat.

Erst wenn dieses Gutachten vorliegt, ergibt sich ein Gesamtbild, wie eine mögliche Weiterentwicklung des M-RSA aussehen könnte. Denn die bereits im eben vorgestellten Sondergutachten (das der BVA-Beirat übrigens im Rahmen seiner ehrenamtlichen Tätigkeit ohne Extravergütung erstellt hat) diskutierten, bisher im M-RSA nicht berücksichtigten, qualitativen Instrumente wie eine Regionalkomponente oder aber regional differenzierte Zusatzbeiträge können nach Meinung von Prof. Dr. Jürgen Wasem, dem Vorsitzenden des BVA-Beirats, durchaus in der Lage sein, einige der im ersten Gutachten aufgenommenen Empfehlungen - wie beispielsweise eine veränderte Berücksichtigung des EMG-Merkmals (Erwerbsminderungsgruppen) zu beeinflussen. Nicht aber die Kern-Aussagen des Gutachtens, die hohe Verbesserungspotenziale für den schon jetzt „leistungsfähigen“ (Wasem) M-RSA hätten.

Das ist zum einen die grundlegende Empfehlung, das von der bisherigen Begrenzung auf 80 Auswahlkrankheiten (Krankheiten) auf ein Vollmodell umgeschwenkt werden sollte, weil dann deutliche Potenziale zur Verbesserung der Zielgenauigkeit auf allen drei im M-RSA-wichtigen Ebenen (Individuen, Versichertengruppen, Krankenkassen) möglich wären. Ein Vollmodell wäre auch deshalb sinnvoll, weil dann auch die Verwendung von Pharmakostengruppen (ähnlich des holländischen RSA) sinnhaft wäre. Desweiteren sollten die ambulanten Diagnosen beibehalten

werden, weil deren Wegfall nicht nur zu einer deutlichen Verschlechterung der statistischen Gütemaße des Regressionsmodells führen, sondern auch unerwünschte Anreize zur Risikoselektion (Überdeckung Gesunder, Unterdeckung Kranker) zunehmen würden. Ebenso regt der Rat ein einheitliches Aufsichtshandeln in Bund und Ländern an, zudem solle der M-RSA künftig keine Behandlungsform mehr bevorzugen oder benachteiligen: Aus diesem Grund schlägt der Rat die Streichung der DMP-Pauschale vor, da dies eine unsystematische Förderung eines speziellen Formats sei.

Während der AOK Bundesverband in dem Sondergutachten zum Morbi-RSA eine „gute Basis zur Weiterentwicklung“ sieht. Den Grund für die positive Meinung ist die Beschreibung eines Reformpfads, wie der Morbi-RSA noch zielgenauer gemacht und Anreize zur Benachteiligung bestimmter Versichertengruppen weiter abgebaut werden können. „Diesen Weg sollten die künftigen politischen Entscheidungsträger nun konsequent weitergehen“, betont der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch.

Kritik kommt hingegen von Peter Kaetsch, dem Vorstandsvorsitzenden der BIG direkt gesund und Sprecher der RSA Allianz. Aus seiner Sicht ist die rein wissenschaftliche Betrachtung des RSA wichtig, bedürfe aber mit Blick auf die anstehende Reform „zwingend der Berücksichtigung der ordnungspolitischen Dimension“. So würden unterschiedliche Deckungsquoten den Wettbewerb verzerren, auch bleibe die Manipulationsanfälligkeit die Achillesferse des Morbi-RSA, ebenso müssten regionale Unterschiede der Versorgungsausgaben beachtet werden. Das Fazit von Kaetsch: „Das vorgestellte Gutachten, das erst nach vollständiger Vorlage unter wissenschaftlichen, aber auch unter Praxisgesichtspunkten bewertet werden kann, bietet erste Ansätze, wie die Politik eine Reform des Morbi-RSA gestalten könnte.“

Gleich eine Generalkritik kommt vom Verband der Ersatzkassen, für den das Sondergutachten keine Lösungen enthält, wie die finanzielle Benachteiligung der Ersatzkassen und ihrer Versicherten im Morbi-RSA kurzfristig beseitigt werden könne. „Stattdessen wird ein Krankheitsvollmodell vorgeschlagen, das bereits überdeckte Kassen und Kassenarten weiter bevorteilt“, betont Ulrike Elsner, Vorsitzende des vdek. <<

Der ehrenamtlich tätige BVA-Beirat

Prof. Dr. Saskia Drösler (stv. Vorsitzende), Hochschule Niederrhein, Krefeld
 Prof. Dr. Edeltraut Garbe, Leibniz-Institut an der Universität Bremen
 Prof. Dr. Joerg Hasford, Ludwig-Maximilian-Universität München
 Dr. Ingrid Schubert, PMV Forschungsgruppe an der Universität Köln
 Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth
 Prof. Dr. Wynand van de Ven, Erasmus University Rotterdam
 Prof. Dr. Achim Wambach, Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung, Mannheim
 Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender), Universität Duisburg-Essen
 Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim

Historie

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung es Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (BVA) mit Erlass vom 13.12.2016 beauftragt, in einem Sondergutachten die Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Jahresausgleiche zu überprüfen, die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen und mögliche Interdependenzen verschiedener Ansätze zu analysieren. Dazu wurde der Wissenschaftliche Beirat im Rahmen der Auftragserteilung für dieses Sondergutachten für das Ausgleichsjahr 2018 von seiner Verpflichtung zur jährlichen Überprüfung der Krankheiten, die im Morbi-RSA zu berücksichtigen sind, entbunden.

Das BMG hat angeregt, folgende Themen im Sondergutachten zu untersuchen:

- Prävalenzgewichtung bzw. Wegfall der Krankheitsauswahl
- Ausgleich von Morbiditätsrisiken im RSA (u.a. Auswirkungen einer Streichung des Risikomerkmals
- Erwerbsminderungsrentner und der DMP-Pauschale
- Unterschiedliche Ausgabenstrukturen
- Unterschiedliche Varianten zur Einführung eines Risikopools
- Manipulationsresistenz des RSA
- Präventionsanreize im RSA
- Berücksichtigung der Verwaltungsausgaben im RSA.

Der Wissenschaftliche Beirat hat im Januar 2017 den GKV-Spitzenverband über die vom BMG angeregten Themen unterrichtet und ihn gebeten, Vorschläge der Krankenkassen für weitere Fragestellungen, die im Sondergutachten untersucht werden sollten, zu übermitteln sowie relevante Materialien, insbesondere wissenschaftliche Expertisen, vorzulegen. Von dieser Möglichkeit haben zahlreiche Krankenkassen und Krankenkassenverbände Gebrauch gemacht.

Leserumfrage

Mit der Ausgabe 01 startete „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) am 7. April 2008 mit seinem seit Beginn an kombinierten redaktionellen und wissenschaftlichen Ansatz. Markenzeichen des einzigen deutschsprachigen Fachmediums, das sich explizit dem Themenfeld der Versorgungsforschung widmet, sind die Titelinterviews mit denjenigen Personen, die einerseits die Fachrichtung, andererseits die Versorgungsrealität prägen – inzwischen 60 an der Zahl.

In diesen fünf Dutzend ausführlichen Interviews, die zum 10-jährigen Erscheinen in einer Sonderedition erscheinen, spiegeln sich neben der immer festeren Etablierung der Versorgungsforschung auch die großen Themen der letzten Dekade wider. Den Interviewreigen (siehe auch <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/inhalt>) eröffnete der leider viel zu früh verstorbene Staatssekretär im BMG Dr. Klaus Theo Schröder, der in der ersten Ausgabe von MVF (01/08) über den „strategisch konzeptionellen Ansatz der Versorgungsforschung“ sprach. Danach folgten viele Landes- und Bundesminister wie die Minister Dr. Markus Söder, Dr. Philip Rösler, Barbara Steffens, Dr. Johanna Wanka und Hermann Gröhe und in dieser Ausgabe Harry Glawe, führende Fachleute und Entscheider der Krankenkassen wie Dr. Rolf Ulrich Schlenker, Prof. Dr. Herbert Rebscher, Gerhard Stein und Harald Möhlmann sowie viele Professoren, Wissenschaftler und Repräsentanten von versorgungsprägenden Institutionen und Organisationen. Diese Interviews zeichnen den zunehmenden Einfluss der Versorgungsforschung nach, die „Monitor Versorgungsforschung“ positiv begleitet hat, und die selbst die starke mediale Präsenz von MVF genutzt haben, um mit ihrer Botschaft Wirkung im System zu erzielen.

Fragen

Das führt uns zu einer zentralen Frage: Wie wichtig ist „Monitor Versorgungsforschung“ für Sie?

1) Würden Sie das Fachmedium „Monitor Versorgungsforschung“ vermissen, wenn es mit der folgenden Ausgabe 01/18 eingestellt würde?

Ebenso gerne möchten wir von Ihnen erfahren:

2) Im Jahr 2017, also den letzten 12 Monaten, sind 6 MVF-Ausgaben erschienen. In wie vielen von diesen 6 Ausgaben haben Sie innerhalb dieser Zeit – Ihrer eigenen Schätzung nach – gelesen oder geblättert?

3) Wie viele Ihrer Kollegen lesen Ihre Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ mit (Umlauf)?

4) Welche Themenfelder würden Sie gerne stärker in MVF behandelt wissen?

5) Welche Botschaft möchten Sie ganz persönlich MVF mitgeben?

Als Dank für Ihre Mühe erhalten Sie fürs Mitmachen bei dieser Umfrage die PDF-Sonderausgabe „60 Titelinterviews“.

Diese Fragen können Sie hier ganz schnell online oder auch per Fax beantworten, wobei uns online lieber wäre. Fragen 4 und 5 bitte ausschließlich online beantworten: <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/inhalt/leserumfrage>

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mühe.

Ihr



MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski



MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Bitte per Fax an 0228/ 76 38 280 - 1

Leserumfrage

Frage 1: MVF würde ich: sehr stark vermissen stark vermissen vermissen weniger vermissen überhaupt nicht vermissen

Frage 2: Anzahl gelesener Ausgaben: 1 2 3 4 5 6

Frage 3: Leser pro Ausgabe: 0 1 2 3-5 6-10 mehr als 10

Frage 6: Ich möchte als Dank für meine Mühe die Sonderausgabe „60 Titelinterviews“ als eBook/PDF an meine eMail-Adresse erhalten: Ja Nein

Gesellschaft/Institution/Organisation _____

Name/Vorname _____

Adresse _____

E-Mail _____

**VERSORGUNGS
FORSCHUNG**

monitor
c/o eRelation AG
Kölnstraße 119
53111 Bonn
Tel. 0228 76 38 280 - 0
Fax 0228 76 38 280 - 1
eMail: stegmaier@m-vf.de



Serie (Teil 9): Die Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Mehr Gehör für Patienten

Die Stadt Bielefeld gebe es nicht, ihre Existenz werde lediglich überzeugend vorgetäuscht, ist Gegenstand der satirischen „Bielefeld Verschwörung“, die ihren Ursprung um 1993 hat. Das hielt aber Doris Schaeffer nicht ab, nur vier Jahre später – 1997 – die Leitung des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) sowie den Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft an der bereits 1994 gegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften zu übernehmen. Diese Fakultät ist etwas ganz besonderes: Sie ist bis heute die einzige voll ausgebildete School of Public Health in Deutschland, besteht aus diversen Abteilungen oder Lehrstuhleinheiten, die interdisziplinär zusammengesetzt sind und eng miteinander kooperieren – und zudem fast alle unter einem Dach vereint sind, was den Bielefeldern den bezeichnenden Beinamen „Universität der kurzen Wege“ eintrug.

>> Die Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurde nach dem Muster unabhängiger „Schools of Public Health“ gegründet, die einer interdisziplinären und problemorientierten Arbeitsweise folgt und dabei alle für Public Health relevanten wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen einbindet. In acht Arbeitsgruppen (AG) organisiert, die jeweils spezifische Aufgaben in der Lehre übernehmen und Forschungsprojekte akquirieren und durchführen, werden die wichtigsten Public Health Bereiche abgedeckt: von der AG 1 „Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie“ bis hin zur AG 8 „Demografie und Gesundheit“ und natürlich der AG 6

„Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“, seit nun mehr 20 Jahren unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer.

Im Mittelpunkt ihrer Forschung stehen die Bewältigung chronischer Krankheit und von Pflegebedürftigkeit sowie der Gesundheitsprobleme im Alter und die damit einhergehenden Herausforderungen für die Gesundheitserhaltung und die Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Versorgung.

Die Arbeitsgruppe konzentriert sich dabei auf die Konsequenzen, die aus dem epidemiologischen und demografischen Wandel für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung erwachsen: besonders auf die Herausforderungen, die die Bewältigung



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

ist seit April 1997 Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft; und ebenso seit diesem Datum Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Von 1996 bis 1997 hatte sie die Professur für Pflegemanagement an der Alice Salomon Fachhochschule inne, davor war Schaeffer Gastprofessorin für Pflege- und Gesundheitswissenschaften an der Universität Wien (1994 bis 1995). Wissenschaftliche Assistenzen absolvierte sie am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Arbeitsgruppe „Public Health“ (1980 bis 1990), am Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin (1977 bis 1980) und arbeitete als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentralinstitut für Soziale Fragen e.V. in Berlin (1976 bis 1977). 1989 promovierte sie nach ihrem Studium der Soziologie und der Erziehungswissenschaften (1971 bis 1976) an der Ruhr-Universität Bochum und der Freien Universität Berlin.

Link

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

chronischer Krankheit und von Pflegebedürftigkeit auf subjektiver Ebene aufwerfen und die Probleme, die mit Gesundheitseinbußen im Alter verbunden sind. Themen wie bedarfsgerechte und patienten- bzw. nutzerorientierte Versorgungsgestaltung, Einbeziehung der Nutzer (user involvement), Gesundheitskompetenz/Health Literacy, Patienteninformation und -beratung, Selbstmanagementunterstützung, Gesundheitsförderung bei bedingter Gesundheit, neue Versorgungsmodelle in der Primärversorgung und in der Langzeitversorgung, Versorgungsintegration und -kontinuität, regional differenzierte Versorgung und erweiterte Aufgaben in der Pflege (ANP – Advanced Nursing Practice) stehen im Mittelpunkt der bearbeiteten Projekte.

Zum Lehrstuhl – auch das ist eine Besonderheit in Bielefeld – gehört das Institut für Pflegewissenschaft (IPW), das zu den ersten Instituten dieser Art in Deutschland zählt. Das IPW wurde bereits 1995 gegründet, um den Ausbau von Pflegewissenschaft und -forschung auf universitärer Ebene voranzutreiben. Und eben weil es an einer School of Public Health angesiedelt ist, stehen dort Fragen der pflegerischen Versorgungsforschung (Health Services Research in Nursing) im Vordergrund, am Lehrstuhl hingegen Fragen der patientenorientierten Versorgungsforschung. Dazu Doris Schaeffer: „Für uns ist es wichtig, immer beide Perspektiven im Blick zu haben: sowohl die der Patienten und Nutzer wie auch die System- oder Akteursperspektive. Dies ist aus unserer Sicht eine Voraussetzung, um zur Herstellung einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen zu können.“ Zudem lebe der Lehrstuhl von den Erfahrungen und der Zusammenarbeit verschiedenster Disziplinen und auch Methodentraditionen wobei qualitativen Methoden hohe Bedeutung zukomme.

All das hat durchaus mit der Sozialisation von Doris Schaeffer zu tun, die sich bereits in den frühen 1980er- und 90er Jahren für die Versorgungsforschung – die damals noch unter Public Health verortet war – zu interessieren begann. Und in diesem Themenfeld ganz besonders für die damals wie heute aktuelle Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Versorgung speziell bei chronischen Krankheiten. Dazu gehörte von 1985 bis 1989 unter anderem eine DFG-geförderte europäische Vergleichsstudie über Barrieren bei der Versorgung älterer chronisch kranker Menschen, die von Raymond Illsley von der University of Aberdeen initiiert und konzipiert worden war und bei der

sie am deutschen Part, durchgeführt an der Freien Universität Berlin, beteiligt war.

1985, also mehr als 20 Jahre, bevor im Mai 2006 der Verein „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung“ (DNVF) gegründet wurde, war Versorgungsforschung in Großbritannien schon existent, wodurch die Studie „Age Care Research Europe“ stark durch die dort geführte Diskussion und angelsächsische Einflüsse geprägt. Sie verfolgte schon zu dieser Zeit ein höchst aktuelles Thema, da im Zuge des bei uns erst seit 1. Oktober 2017 geltenden Entlassmanagements die Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus die Verantwortungen klar geregelt ist. Die Studie war als Entry-Exit-Untersuchung angelegt, das forschersche Interesse galt dabei den Wegen älterer Menschen mit chronischer Krankheit durch das Versorgungssystem und ganz speziell der Frage, wie sich die Übergänge bei dem Wechsel von einer Versorgungseinrichtung zur nächsten – beispielsweise bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus – darstellen und ob eine lückenlose (Weiter-)Versorgung gelingt oder aber, welche Hürden dies verhindern.

Erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang auch die mit Kollegen am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) durchgeführten Studien über die Versorgung von HIV- und Aids-Patienten oder Menschen mit chronischem Schmerz. Auch hier wurden die Versorgungsverläufe analysiert und hinterfragt, welche Hindernisse einer bedarfsgerechten Versorgung ohne Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen entgegenstehen. Hintergrund dieser und anderer Studien bildete die Tatsache, dass das Versorgungssystem damals (wie zum Teil auch heute noch) stark auf Akutkrankheiten ausgerichtet war und chronischen, lang andauernden Krankheiten nicht gerecht wurde und wird.

Eine Frage mangelnder Translation? Mit Sicherheit. Doch muss man dazu wissen, dass die Ergebnisse dieser Studien zwar mit Interesse aufgenommen wurden, aber nicht ohne weiteres anschlussfähig waren. Der Grund: Zu jener Zeit war Versorgungsforschung noch gar nicht als eigenständige nutzwertige Forschungstradition in Deutschland existent! „Die Etablierung dieser Lebenswissenschaft erfolgte erst einige Zeit später“, sagt dazu Schaeffer, die neben vielen anderen prominenten Versorgungsforschern daran mitgearbeitet hat, dass die Versorgungsforschung inzwischen weit größere Aufmerksamkeit und Diskussion als damals erfährt. Das ist etwas, was sie durchaus von sich behaupten

ten kann, wenn sie selbstbewusst sagt: „Wir haben hoffentlich dazu beigetragen, die Versorgungsforschung und besonders die pflegerische Versorgungsforschung in Deutschland voranzubringen.“ So können zu den Erfolgen ihres Teams auf gesundheitspolitischer Ebene – aber sicher auch zu ihrer ganz persönlichen – die Arbeiten zur Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Pflegeverständnisses, ebenso zur Qualitätsentwicklung in der Pflege gezählt werden.

Doris Schaeffer möchte aber durchaus auch dabei mithelfen, hierzulande zu einem patienten- bzw. nutzerorientierten Gesundheitssystem zu gelangen, in dem besonders Menschen mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit die Versorgung zuteil wird, die ihrer individuellen Problem- und Bedarfssituation gerecht wird und auch ihren Präferenzen entspricht. Schaeffer: „Damit gehen aber ganz unterschiedliche Aufgaben einher, so ist unter anderem die Pflege so auszubauen und zu stärken, dass sie den dabei erforderlichen Part auch wirklich übernehmen kann, wovon wir in Deutschland noch weit entfernt sind.“ Und das trotz der ihrer Meinung nach ebenso richtigen wie wichtigen Reformen in der letzten Legislaturperiode.

Dennoch, so die anerkannte Pflegewissenschaftlerin – seit 2012 Sprecherin der Forschungskoooperation „User-oriented care for people with chronic illness“ des Bundesministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW, seit 2016 Mitglied der 3-Länder-Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz“ und Mitglied des Expertenbeirats „Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ des Bundesgesundheitsministeriums – sind politischer Wille das eine, die Realität nun einmal das andere. Um diese Kluft zu schließen, muss ihrer Überzeugung nach „eine multiprofessionelle beziehungsweise kooperative Versorgung“ ermöglicht werden, die über die Grenzen von Sektoren, Institutionen und Professionen hinwegreicht und gut koordiniert ist. Und dazu gehöre nicht zuletzt: „Patienten und Nutzern mehr Gehör zu schenken und ihre Wünsche und Präferenzen zu beachten, um so zu einer bedarfs-, aber eben auch bedürfnisgerechten Versorgung zu gelangen, die zugleich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beiträgt.“ Eine Forderung, die – wie aktuelle Studien zeigen würden – eine in ihrer Wichtigkeit vollkommen unterschätzte Aufgabe ist. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Dr. Klaus Wingenfeld,
wissenschaftlicher Geschäftsführer
des Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

>> Was zeichnet in Ihren Augen die „Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld“ aus?

Die Arbeiten hier an der Bielefelder Fakultät weisen häufig Bezüge zu den aktuell diskutierten Strukturreformen der Versorgung auf und sind zum Teil auch direkt in diese Reformen eingeflossen. So beruht beispielsweise die jüngste Reform der Pflegeversicherung auf Konzepten, die hier an der Fakultät entwickelt wurden.

Abgesehen von aktuellen Entwicklungen: Mit ihrer interdisziplinären Ausrichtung bietet die Fakultät einen Rahmen, in dem verschiedene Forschungstraditionen weitergeführt werden und sich auch verhältnismäßig neue wissenschaftliche Disziplinen entfalten können. Sozialwissenschaftlich orientierte Forschung beispielsweise hat es seit den 1990er Jahren sehr schwer, ihre Rolle in der Versorgungsforschung zu behaupten. Die Bielefelder Fakultät weist in dieser Hinsicht noch immer gute Voraussetzungen auf, die notwendige Vielfalt in der Versorgungsforschung zu erhalten. Das gilt auch für die pflegewissenschaftlich ausgerichtete Forschung, die ja seit Mitte der 1990er Jahre in Form des Instituts für Pflegewissenschaft fest in der Fakultät verankert ist.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Gegenwärtig liegen meine Arbeitsschwerpunkte zum Teil in Entwicklungsprojekten. Wir erarbeiten hier am IPW gerade ein neues Verfahren für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen sowie ein neues Kon-

zept für die öffentliche Qualitätsberichterstattung, das die umstrittenen „Pflegenoten“ ablösen soll. Beides soll spätestens 2019 bundesweit umgesetzt werden. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt dreht sich um Fragen der Neuausrichtung ambulanter Pflege, einschließlich Fragen der Leistungsfähigkeit von Quartierskonzepten.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Mir liegt – wie vielen anderen Gesundheitswissenschaftlern – sehr daran, die Ergebnisse der Versorgungsforschung nutzbar zu machen, um Impulse für eine wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu setzen. Dazu brauchen wir verschiedene Formen der Versorgungsforschung, auch solche, die das Potenzial haben, komplexe Strukturen und soziale Wirkungszusammenhänge aufzuarbeiten. Ich würde gerne mehr daran arbeiten, einen solchen Typus der Versorgungsforschung zu befördern. <<



Dr. Eva-Maria Berens,
wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Was zeichnet in Ihren Augen die „Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld“ aus?

Hier möchte ich drei Dinge nennen: An der Fakultät ist Interdisziplinarität gelebter Alltag. Es gibt einen lebendigen, wertschätzenden und anerkennenden Austausch zwischen den einzelnen Disziplinen und Themenschwerpunkten.

Zudem haben die Forschungsschwerpunkte praktische, gesellschaftliche Relevanz. Die Ergebnisse finden oftmals Resonanz in der Politik und oder Versorgungspraxis. Hervorzuheben ist außerdem die kollegiale Zusammenarbeit zwischen einzelnen Abteilungen der Fakultät. Exper-

tisen, Themenschwerpunkte und Methoden werden gebündelt und somit Fragestellungen aus verschiedenen Blickwinkeln bearbeitet.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Ich bearbeite Fragestellungen rund um das Thema Gesundheitskompetenz, ein – wie internationale Studien zeigen – sehr wichtiges Thema für die Versorgungsforschung. Beispielsweise untersuche ich, ob und wie Gesundheitskompetenz die Nutzung von verschiedenen Versorgungsangeboten beeinflusst. Hierzu gehört auch eine Betrachtung möglicher Folgen geringer Gesundheitskompetenz für die (informierte) Entscheidungsfindung, die Navigation durch das System und die Qualität der Versorgung.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Als Gesundheitswissenschaftlerin fühle ich mich in erster Linie den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens verpflichtet. Mir ist es daher wichtig, zu einer nutzerorientierten, also bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung beizutragen. Mit meinen Arbeiten möchte ich den Nutzerinnen und Nutzern eine Stimme geben, so dass Aspekte wie persönliche Kompetenzen, Zufriedenheit, Selbstbestimmung und Informierte Entscheidung mehr Gewicht in der Versorgung(-forschung) bekommen, auch wenn oder gerade weil sie manchmal mit harten Zahlen und Finanzierungsaspekten konkurrieren. <<

Laufende Forschungsprojekte

- „Health Literacy in Deutschland – Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplans“, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, Laufzeit 2016-2019.
- „Nutzerorientierte Versorgung: Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ (gefördert vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW, Laufzeit seit 2013).
- „Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis (PriKon)“, gefördert von der Robert Bosch Stiftung, Laufzeit 2015-2017
- „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege, Laufzeit 2016-2018.

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz

>> In Deutschland haben etwa 54 % der Bevölkerung eine eingeschränkte Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Gesundheitskompetenz ist somit kein Problem einer Minderheit, sondern der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland. Das sind einige Ergebnisse der ersten repräsentativen Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, durchgeführt von Prof. Dr. Doris Schaeffer sowie als Projektmitarbeiterinnen Eva-Maria Berens und Dominique Vogt.

Ziel des Studienprojekts, gefördert vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV), war es zum einen, Daten über die Gesundheitskompetenz, die Lebens- und Gesundheitssituation und den Informations- und Beratungsbedarf von Menschen, die in Deutschland leben, zu erheben. Zum anderen stand die Entwicklung einer Material- und Methodensammlung im Mittelpunkt, die die Nutzerorientierung in der Beratung erhöht und damit dazu beiträgt, die Beratung von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz zu verbessern. Zunächst wurde eine für Deutschland repräsentative Befragung zur Gesundheitskompetenz sowie zur Lebens- und Gesundheitssituation durchgeführt. Das Sample setzte sich aus 2.000 befragten Personen im Alter ab 15 Jahren zusammen. Mittels dieses bundesweiten Surveys wurden Daten über Health Literacy der Bevölkerung in Deutschland gewonnen.

Zudem erfolgte in einem zweiten Teilprojekt eine systematische Erhebung von Problemen und Lösungsansätzen in der Gesundheitsberatung mit Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz. Auf Basis der Ergebnisse des repräsentativen Surveys und der Gruppendiskussionen mit Gesundheitsberatern wurde eine Material- und Methodensammlung zur Unterstützung von Beratern entwickelt und erprobt.

Die Ergebnisse der Studie flossen in ein Nachfolgeprojekt ein, in dem von einer internationalen Expertengruppe ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland erarbeitet werden soll. Der Grund dafür: Zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird ein ganzes Maßnahmenbündel und eine aufeinander abgestimmte Strategie benötigt, weshalb ein Nationaler Aktionsplan – ähnlich wie in den USA, Kanada, Australien, Schottland und auch Österreich – erforderlich ist, mit dem eine Gesamtstrategie entwickelt werden kann. Dieses Vorhaben, das im Rahmen eines Projekts der Universität Bielefeld und der Hertie School of Governance Berlin unter Führung von Prof. Dr. Doris Schaeffer durchgeführt wird, steht unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Der Nationale Aktionsplan wird aktuell konsentiert und am 19. Februar 2018 der Öffentlichkeit vorgestellt. <<

DMP-Daten nicht optimal genutzt

>> „15 Jahre Strukturierte Behandlungsprogramme – zugleich Erfolgsgeschichte und Herausforderung für die Zukunft.“ Diese Bilanz hat Frank Plate, der Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA), anlässlich des 15. Jahrestages der Einführung der DMP bei einer Veranstaltung der Betriebskrankenkassen (BKK) in Frankfurt gezogen.

DMP wurden durch Regelungen des Gesetzgebers 2002 eingeführt. Derzeit werden von allen Krankenkassen rund 10.000 vom BVA zugelassene DMP angeboten womit praktisch alle Krankenkassen DMP anbieten. Mehr als 76.000 Ärzte sind Teil des DMP-Versorgungsnetzes. Ebenso würden die DMP von den Patienten gut angenommen: Derzeit liegen über 7,9 Millionen DMP-Einschreibungen vor. Dennoch gibt es nach Auffassung des BVA-Präsidenten auch noch Herausforderungen: „Die bisher im Rahmen der DMP-Evaluation erhobenen Daten der chronisch Kranken werden nicht optimal für die Versorgungsforschung genutzt. Dabei kann man es sich nicht leisten, diesen einmaligen „Datenschatz“ ungenutzt zu lassen. Auch die Ausgestaltung der Schulungsprogramme für die DMP-Teilnehmer und die Quote der Teilnahme sei noch verbesserungswürdig. Zudem werde es für alle „eine ganz besondere Herausforderung“ sein, wenn der G-BA – derzeit werden fünf neue Indikationen beraten – weitere zusätzliche DMP-Indikationen einführen wird. <<

RCT-Studie: Fokus auf Bedürfnisse der Gebärenden

>> „Wenn wir mit Hilfe der Ergebnisse dieser Studie daran mitwirken können, die Zahl der Gebärenden zu erhöhen, die eine natürliche Geburt erleben, dann wäre dies wunderbar“, erklärte Dr. Rainhild Schäfers, Professorin für Hebammenwissenschaft an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum, in Bezug auf eine im Oktober 2017 startende klinische Studie.

Die Studie mit dem Kurztitel ‚BE-UP‘ wird von Dr. Gertrud Ayerle im Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) geleitet. Stellvertretend übernehmen Prof. Dr. Rainhild Schäfers (hsg) und Dr. Gregor Seliger (Universitätsklinikum Halle) diese Funktion. Gefördert wird die Studie mit dem Titel ‚Effekt der Geburtsumgebung auf den Geburtsmodus und das Wohlbefinden von Frauen am Geburtstermin: eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT)‘ bis zum Herbst 2020 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Die Förder-

summe beträgt 1,1 Millionen Euro.

Die Kaiserschnittrate in Deutschland liegt über der von der WHO empfohlenen Rate. In der Studie soll erforscht werden, inwiefern ein alternativ gestalteter Gebärraum Auswirkungen auf eine natürliche Geburt hat. Hierfür werden Geburten in zwölf geburtshilflichen Abteilungen in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Sachsen, Berlin und Nordrhein-Westfalen einbezogen.

Evaluiert werden soll, welche Auswirkungen die Gestaltung des Gebärraumes auf die gebärende Frau hat. Dazu wird in einem Studienarm ein alternativ gestalteter Gebärraum genutzt, wobei das Kreißbett hier nicht zentral in der Mitte des Raumes steht und der Raum zudem so ausgestattet ist, dass der Frau möglichst viel Raum für Bewegung während der Geburt bleibt. In dem zweiten Studienarm ist die räumliche Gestaltung des Kreißsaals so wie sie für das jeweilige Krankenhaus üblich ist. Ergebnisse der Studie werden im Jahr 2020 erwartet. <<

In eigener Sache

>> Sehr geehrte Abonnenten, liebe Leser, nach zehn Jahren werden wir zum 1. Januar 2018 unsere Abopreise erstmalig anheben.

Ein Jahresabonnement von „Monitor Versorgungsforschung“ wird dann Euro 120,- zzgl. 7% MwSt. und Versandkosten in Höhe von Euro 9,99 kosten.

Ein Probeabonnement Euro 55,- zzgl. 7% MwSt. und Versandkosten in Höhe von Euro 4,95. Ein Einzelheft Euro 20,- zzgl. 7% MwSt. und Versandkosten in Höhe von Euro 1,45. Das e-Paper kostet Euro 108,- zzgl. 7% MwSt. plus Euro 12,- Handlingfee zzgl. 19% MwSt. Diese Preise werden Sie auf Ihrer nächsten Abonnementrechnung finden. <<



Anke Heiser,
Leiterin
Leserservice
und Anzeigen-
management

Pro-Contra-Interview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Dr. Andreas Meusch

Mehr Wissenschaft und Unabhängigkeit

„Der Innovationsfonds ist eine Investition, die sich auch unter wirtschaftlichen Aspekten wirklich lohnen wird“, erklärte der Greifswalder Versorgungsforscher Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann – Kongresspräsident des DKVF 2017 – im Titelinterview in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/17). Doch setzte er hinzu, gefragt, ob er darauf eine Wette eingehen wolle: „Würde ich machen, wenn der Topf herausgelöst wird aus dem direkten Zugriff der Kassen und des G-BA.“ Eine Aussage, die Dr. Andreas Meusch, Direktor des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), sowie Beauftragter des Vorstands für strategische Fragen des Gesundheitswesens der Techniker Krankenkasse, nicht unwidersprochen lassen will. „Monitor Versorgungsforschung“ bat beide, ihre Positionen zu begründen.

>> Was sagen Sie denn mit Ihrer langen Krankenkassen-Sozialisation zu dieser Aussage, Herr Dr. Meusch?

Meusch: Zu meiner Sozialisation gehört auch, dass ich promovierter Politikwissenschaftler bin und in der praktischen Politik Erfahrung habe, in der Parteipolitik wie in meiner fünfjährigen Tätigkeit in zwei Bundesministerien. Auch deshalb ist mir eines wichtig: Kassen und G-BA sind nicht dasselbe.

Hoffmann: Natürlich sind G-BA und Kassen nicht dasselbe. Doch wenn man sich die Stimmenverteilung im G-BA und im Innovationsausschuss betrachtet, erkennt man durchaus eine deutliche Machtverteilung.

Meusch: Die aber nicht die Kassenlandschaft, sondern die Politik so gewollt hat, als sie im Jahr 2003 den G-BA im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes als gemeinsames Gremium der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der damals sieben Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen gegründet hat. Bis dahin gab es vier parallel arbeitende Ausschüsse, die jeweils paritätisch mit Leistungserbringern und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen besetzt waren. So viel hat sich also mit der Gründung des G-BA in Sachen Machtverteilung nicht geändert.

Hoffmann: Nur, dass aus den ehemals sieben, nun ein einziger großer Spitzenverband der Krankenkassen geworden ist ...

Meusch: ... mit mächtigen Gegenspielern wie der KBV oder der DKG. Das ist auch gut so: Das ist ein Teil unserer pluralistischen Gesellschaft. Wenn denn die Politik – was wir alle hoffen – ab 2019 über eine Verlängerung der Innovationsförderung nachdenken wird, kann sie das ja ändern. Ich rate allerdings ab. Wogegen ich mich allerdings auf jeden Fall sperre, ist die Aussage, nur die Kassen aus Entscheidungen über Fördergelder für Innovationen in der Gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen.

Herr Prof. Hoffmann, was hat Sie denn zu der Aussage bewegt?

Hoffmann: Ich plädiere für mehr Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit bei den Förderentscheidungen des Innovationsfonds. Dafür ist der Innovationsausschuss aktuell nicht aufgestellt. Herr Meusch hat vollkommen recht – das betrifft nicht allein die Kassen, sondern genauso die übrigen Vertreter der Selbstverwaltung. Hier entscheiden die Akteure der Gegenwart mit oftmals Prägungen aus der Vergangenheit über Innovationen der Zukunft.

Meusch: Aus meiner Sicht ist es für die von der Politik mitgedachte und explizit gewollte Translation in die Regelversorgung wichtig, einen kritischen Diskurs zu denen aufrecht zu erhalten, die in erster Linie für die Versorgung Verantwortung tragen. Das sind nun einmal die üblichen Verdächtigen, nämlich der Spitzenverband der Krankenkassen, aber auch die einzelnen Krankenkassen. Das ist aber auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die KBV und die KZBV, die die Politik richtigerweise mit der Bildung des G-BA beauftragt hat. Im Zuge des Innovationsfonds hat der Ansatz, versorgungsnahe Forschung zu stimulieren, einen Impuls bekommen, was ohne Kassen gar nicht funktionieren würde.

Hoffmann: Es geht doch gar nicht darum, ohne die Kassen agieren zu wollen – deren Erfahrungen und Kompetenzen im Gesundheitssystem müssen vielmehr unbedingt einbezogen werden. In der Versorgungsforschung setzen wir konsequent auf Dialog mit allen Akteuren im Gesundheitswesen. Ziel ist es aber, die Mittel des Innovationsfonds aus dem direkten Zugriff der Kassen und der weiteren Vertreter der Selbstverwaltung herauszulösen. Dies würde helfen, Interessenkonflikte zu vermeiden und sowohl einer Klientelorientierung als auch einem Proporzdenken bei der Verteilung der Mittel entgegenzuwirken.

Die TK ist aber nur über den Spitzenverband Teil des G-BA.

Meusch: Das ist richtig. Und es stimmt, dass Verbände per se sicherlich nicht die dynamischste Form in Sachen Innovationsförderung sind, was aber für alle Querschnittsorganisationen dieser Art gleichermaßen gilt. Die ersten Erfahrungen zeigen ja auch, dass es dieser Form der Förderung schwerfällt, den Innovationsstau nachhaltig aufzulösen.

Lassen Sie uns doch einmal gemeinsam ein Gedankenexperiment durchspielen: Was wäre, wenn man den Innovationsfonds tatsächlich aus dem direkten Zugriff der Bänke, die den G-BA bilden, herauslöste?

Hoffmann: ... dann wäre Raum für eine Begutachtung der Anträge durch den Expertenbeirat ohne Ansehen der Person, unterstützt durch unabhängige externe Gutachter. Förderentscheidungen würden die wissenschaftliche Qualität, die Priorität und Relevanz des Themas und – ganz wichtig – die tatsächliche Machbarkeit der beantragten Vorhaben höher gewichten. Und allenfalls in zweiter Linie die Interessen der beteiligten Akteure. Ich kann mir gut vorstellen, dass das auch einigen Mitgliedern im Innovationsausschuss eine große Last von den Schultern nehmen würde.

Meusch: Dann bekommt man sofort ein großes Problem, das da

heißt: Wie kommt dann die Forschung in die Versorgungsrealität und wie wird sie umgesetzt? Entscheidend ist doch, dass die Erkenntnisse der Forschung bei den Patienten in Form von besserer Versorgung ankommen, sonst nützen ja die schönsten Forschungsergebnisse nichts. Hält man an einem Fonds fest, ist so etwas wie der Innovationsausschuss eine durchaus sinnvolle Sache.



Dr. Andreas Meusch (WINEG) widerspricht Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Greifswald (re.): „Wie kommt dann die Forschung in die Versorgungsrealität und wie wird sie umgesetzt?“



Warum das?

Meusch: Weil in diesem Ausschuss Leute sitzen, die ganz genau sagen können, welches Projekt überhaupt eine Chance hat, bei positiver Evaluation die Hürde der Translation zu nehmen, die der Gesetzgeber vorgegeben hat – sprich via G-BA in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Solange diese Hürden so sind, wie sie sind – und ich sehe niemanden, der sie grundsätzlich abschaffen will – ist die Verknüpfung zwischen denen, die über zu fördernde Versorgungsprojekte entscheiden, und denjenigen, die sie später umsetzen sollen, durchaus sinnvoll.

Wenn man sich die aktuelle Zusammensetzung des G-BA und jene des Innovationsausschusses ansieht, ist der einzige Unterschied jener, dass beim Ausschuss das BMG und das BMBF eine Stimme haben. Damit hat sich die Politik doch ganz aktiv selbst an den Tisch gesetzt, was durchaus auch ein Wunsch des unparteiischen Vorsitzenden, Professor Hecken, gewesen ist. Was stünde denn dagegen, dass auf Betreiben der Politik ein ganz neues Gremium geschaffen wird, das ganz explizit Innovationsförderung und -forschung betreiben soll, und sich darum viel weiter von den Gestaltern entfernen muss, um sich die nötige Freiheit und Unabhängigkeit zu erhalten. Wobei natürlich die Umsetzung der positiv evaluierten Projekte immer über die Kassen auf Länderebene gewollt und von der Politik gewünscht sein muss. Warum muss in einem solchen Konstrukt ein Spitzenverband Bund eine starke Rolle spielen?

Hoffmann: Das sehe ich auch so. Anstelle der Entscheidung über wissenschaftliche und methodische Fragen sollte sich der Innovationsausschuss auf Fragen des Praxistransfers und vor allem der Überführung erfolgreicher Ansätze in die GKV-Versorgung konzentrieren. Da sitzen G-BA und Selbstverwaltung im driver-seat!

Meusch: Das ist nun eine ganz andere Logik als jene, explizit und nur die Kassen aus dem Innovationsausschuss entfernen zu wollen. Wenn in diesem Szenario im Prinzip alle Topentscheider der gemeinsamen Selbstverwaltung außen vorgehalten werden, ist das aus der Perspektive der Wissenschaft überlegenswert. Als Politikwissenschaftler gebe ich aber zu bedenken, dass die Komplexität der Entscheidungen mit jedem neuen Mitspieler erhöht wird. Weil wir oben gemeinsam festgehalten haben, dass die Gremienstruktur sich schon schwertut, den Innovationsstau abzarbeiten, warne ich davor, die Komplexität weiter zu erhöhen und zusätzliche Mitspieler mitentscheiden zu las-

„Anstelle der Entscheidung über wissenschaftliche und methodische Fragen sollte sich der Innovationsausschuss viel mehr auf Fragen des Praxistransfers und vor allem der Überführung erfolgreicher Ansätze in die GKV-Versorgung konzentrieren.“

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

sen. Praktisch ausgedrückt: Bewahren wir den Innovationsfonds davor, das Schicksal der Gematik zu nehmen. Außerdem: Seit Platons gescheitertem Versuch, seine klugen Gedanken in reale Politik zu übersetzen, wissen wir doch, dass Theorie und Praxis unterschiedlichen Rationalitäten folgen. Ich verneige mich hier auch vor Niklas Luhmann, dessen sehr abstrakte Systemtheorie, die Wissenschaft und Politik unterschiedlichen Systemen mit

unterschiedlichen Rationalitäten zuordnet, mehr praktische Relevanz hat als Träumereien davon, dass Wissenschaftler die bessere Politik machen würden.

Und was heißt das jetzt für die Frage, wer das Sagen haben soll für die

Entscheidung, wie Innovationen im deutschen Gesundheitswesen gefördert werden sollen?

Meusch: Eine Antwort aus zwei Teilen: Erstens lehne ich ein staatliches Gesundheitssystem ab und damit auch die Fokussierung auf staatliche Entscheidungen. Der Staat sollte sich darauf konzentrieren, eine Rahmenordnung vorzugeben, die nicht alles vorgibt, sondern ausfüllungswürdig und -bedürftig ist. Das gilt auch für die Versorgungsforschung und die Innovationsförderung. Zum Zweiten leben wir in einer pluralen Gesellschaft mit einer Vielzahl von Institutionen und Personen, die mit unterschiedlicher Perspektive an Entscheidungen mitwirken. Ich finde es gut, dass es nicht nur Institute des G-BA gibt, die forschen, sondern dass Institute der Leistungserbringer wie das ZI oder auch der PKV oder der GKV ihre Rolle dabei spielen. Der Himmel bewahre uns davor, dass das WINEG das Sagen hat, welche Innovationen gefördert werden sollen. Die Kollegen vom WIDo, dem INGEF oder von der PKV oder anderen relevanten Playern sind wie wir das Salz in der Suppe einer pluralen Forschungslandschaft. Die Fraunhofer-, Leibniz- oder Helmholtz-Gesellschaften sind unverzichtbar. Wollen sie IGES, AQUA oder WIG2 keine relevante Rolle zubilligen, Ideen für die Verbesserung der Versorgung zu artikulieren, weil wir auf zentrale Forschungsförderung setzen? Wir alle sind Think-Tanks, die die Diskussion bereichern wollen. Ich möchte kein Zentralinstitut für Forschungsförderung, weder beim G-BA, noch sonst irgendwo. Zentrale Thinktanks sind Teile von staatlichen Gesundheitssystemen, was ich für Deutschland ablehne.

Hoffmann: Ein zentralistisch geführtes, planwirtschaftliches Gesundheitssystem wird nicht dadurch vermieden, dass die Selbstverwaltung hinter verschlossenen Türen und auf der Basis nicht kommunizierter Kriterien über Innovationsprojekte entscheidet! Aber im Ernst: Ich kenne niemanden, der sich bei den Förderentscheidungen im Innovationsfonds staatlichen Dirigismus wünscht. In anderen Ländern – mit und ohne staatliches Gesundheitssystem – gibt es aber durchaus Institutionen, die weitgehend unabhängig von den unmittelbaren Akteuren Innovationen in der Versorgung entwickeln, genau im Sinne der Think-

Tanks, die Herr Meusch anspricht. Das gilt für die Vertreter im G-BA aber allenfalls eingeschränkt. Deren Aufgabe ist die Moderation von Konflikten, der Ausgleich widerstrebender Interessen der Akteure und die Aushandlung von Kompromissen in der Versorgung der Gegenwart.

Was halten Sie von einer Clearingstelle Versorgungsforschung, wie sie das DNVF fordert?

Meusch: Ich bedaure, dass Ansätze zur Fokussierung der Forschungsförderung wie gesundheitsziele.de so wenig Wirkung entfaltet haben und begrüße deshalb, dass das DNVF sich dafür einsetzt, Versorgungsziele zu formulieren. In einer pluralistischen Gesellschaft wie der deutschen und insbesondere im deutschen Gesundheitssystem mit seinen vielen Playern ist es allerdings extrem schwierig, sich auf eine Fokussierung zu einigen. Trotzdem glaube ich nicht, dass uns hier staatlicher Dirigismus – dass zum Beispiel der Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschließt, was wo geforscht werden soll – weiterbringen wird. Der Diskurs über Versorgungsziele ist zwar schwierig, staatlichen Dirigismus zu Versorgungszielen lehne ich aber ab.

Hoffmann: Der Deutsche Bundestag ist jetzt auch nicht mein Wunschgremium zur Begutachtung der Projektanträge im Innovationsfonds! Was allerdings die Identifikation der prioritären Forschungsfragen angeht, kann das nicht dem freien Spiel der Interessen der Akteure im Gesundheitswesen überlassen bleiben. Dann kommen Kompromisse auf oft niedrigem Niveau heraus, die möglichst wenig verändern und keinem wehtun. Ein solcher Prozeß würde sowohl die Interessen der Patienten als auch die Evidenz aus der Versorgungsforschung nicht genügend berücksichtigen. Deshalb mußte die Politik gerade in den letzten Jahren immer wieder die Richtung vorgeben – weil die Selbstverwaltung als solche eben nicht innovativ ist und oft auch nicht die Gesellschaft als Ganzes repräsentiert.

Was wäre denn so etwas wie ein optimaler Weg?

Meusch: In einer pluralistischen Gesellschaft gibt es kein Optimum, sondern nur die Suche nach der besseren Lösung. Wir müssen im Blick behalten, was in der Gesellschaft durchsetzbar ist – piecemeal engineering um es mit Popper zu sagen. Darum kann ich in der jetzigen Situation mit der bisherigen Konstruktion des G-BA und Fonds eigentlich auch ganz gut leben. Präferieren würde die TK ein Innovationsbudget: Das Konzept sieht einen Mindestausgabenwert von 2,50 Euro je Versicherten vor. Nicht verausgabte Mittel werden über den GKV-Spitzenverband auf die Krankenkassen umgelegt, die mehr als 2,50 Euro ausgeben. Die Mittel sollen über Selektivverträge der Krankenkassen – konkret über Verträge nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) und Modellvorhaben nach § 63 SGB V – Eingang in die Versorgung finden. Das wäre ein wirksames Wettbewerbsinstrument.

Hoffmann: Nach unserem Konzept ist der Innovationsfonds kein Instrument im Kassenwettbewerb. Der Innovationsfonds soll primär

dazu dienen, objektiv und unabhängig die Entwicklung und Umsetzung innovativer Lösungen für real existierende Versorgungsprobleme zu unterstützen. Der Fonds muss deshalb tatsächlich ein Fonds werden, der außerhalb der Selbstverwaltung transparent und unabhängig geführt wird. Das passt sehr gut zum Investitionsbudget, das die TK vorschlägt. Denn die Mittel müssen natürlich nach einem transparenten und für alle Kassen fairen Schlüssel eingesammelt werden. Und dann können sich die Krankenkassen und Versorgungsforscher wie alle anderen Akteure gleichermaßen um die Mittel des Fonds bewerben und es gewinnen die besten Konzept.

Meusch: Unser gemeinsames Interesse ist, dass die Förderung der Versorgungsforschung verstetigt wird. Die Impulse aus dem Innovationsfonds verpuffen zu lassen, das will niemand. Hier haben wir absolut ein gemeinsames Interesse. Dazu hat Thomas Ballast, der stellvertretende Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, ja bereits Vorschläge zu dem oben erwähnten, gesetzlich verankerten Innovationsbudget gemacht. Das wäre der Weg, auf den wir uns in den kommenden Monaten und Jahren konzentrieren sollten, anstatt über die Governance-Struktur des G-BA und des Innovationsausschusses zu lamentieren. Das ist mein Petition.

Hoffmann: Die Idee, ein gesetzlich verankertes dauerhaftes Innovationsbudget aus den Mitteln der GKV zu schaffen, halte ich für außerordentlich sinnvoll und unterstützenswert. Ich bin auch sicher, dass gute Versorgungsforschung diese eingesetzten Mittel rasch wieder einspielt und sich die Investition in innovative Projekte bereits nach kurzem Vorlauf volkswirtschaftlich, vermutlich auch betriebswirtschaftlich auszahlen wird. Aber dazu sollten wir die Governance des Innovationsfonds ändern. Denn dessen positive Wirkung wird gesteigert durch eine unabhängige Begutachtung nach transparenten Kriterien – wissenschaftliche und methodische Qualität, Patienten- und Versorgungsrelevanz, Machbarkeit. Das Verfahren sollte sich an dem der Deutschen Forschungsgemeinschaft, DFG, oder des BMBF orientieren. Frei von Interessen und Proporz – und natürlich auch von äußeren Einflüssen aller Art. Dann kommen wir gemeinsam weiter!

Herr Prof. Hoffmann und Herr Dr. Meusch, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Mehr Wissenschaft und Unabhängigkeit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 26-28; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2047

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

hat seit 01/2012 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald. Seit 2009 ist er zudem Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des DZNE und seit 2007 Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine. Vita: 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.

Dr. Andreas Meusch

wurde mit einer Arbeit über „Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung“ promoviert. Sein Studium absolvierte er in Politikwissenschaften, Publizistik, Geschichte und öffentlichem Recht an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz sowie in Dijon und Krakau. Seit 1986 ist Dr. Meusch in verschiedenen Funktionen im Bereich der akademischen Lehre engagiert. Unter anderem war er für diverse deutsche Universitäten und Fachhochschulen als Lehrbeauftragter für die Fachbereiche Politikwissenschaft (Mainz, Stuttgart und Hohenheim), Pflegewissenschaften (Zwickau), Wirtschaftswissenschaften (Bayreuth) tätig.



... **jetzt**
kostenlosen
Probezugang
anfordern!

Sie suchen Kontakte? Wir haben die Adressen!

Vertrauen Sie der OECKL-Adress-Datenbank – Ihr Kontaktportal zu Akteuren in Politik, Wirtschaft, Verbänden und Gesellschaft.

OECKL  **de**

DIE GUTE ADRESSE



Mit einem Klick zum Ziel

AOK startet Gesundheitsnetzwerk mit digitaler Akte in zwei Regionen

Die digitale Zukunft hat schon begonnen

„Die Nutzung der Chancen der Digitalisierung im Gesundheitssystem.“ Lediglich diese acht Wörter fanden sich Ende August im Sondierungsstatus des Arbeitskreises Arbeit, Rente, Gesundheit, Pflege, Soziales im Vorfeld der aktuellen Regierungsbildung zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Etwas wenig, wenn man die traurige Geschichte der Telematik-Infrastruktur in Deutschland bedenkt und das aktuelle 20-seitige Positionspapier der AOK Nordost betrachtet, das von der kommenden Regierungskoalition – wie immer diese aussehen mag – eine klare Strategie zum Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen fordert. Dazu gehört nach Meinung von AOK-Nordost-Vorstand Frank Michalak neben vielen anderen wichtigen Punkten nicht nur eine stärkere Souveränität der Patienten, sondern auch eine einheitliche Kommunikationsgrundlage für digitale Lösungen – sprich: eine elektronische Gesundheitsakte.

>> Bei diesem Langzeit-Thema (s. MVF 05/17) gehört die AOK Nordost zu den wenigen Vorreitern, die nicht nur auf einer Metaebene darüber reden, sondern nach 16 Monaten Vorbereitung bereits ein eigenes digitales Gesundheitsnetzwerk zum Datenaustausch zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken erproben. Dies geschieht mit einem ersten, laufenden Pilotprojekt in Mecklenburg-Vorpommern (HaffNet) und ab Anfang nächsten Jahres mit einem zweiten, größeren Piloten

nahezu Stillstand: Heraus kam bisher lediglich eine, seit dem 1. Januar 2015 sukzessive eingeführte „elektronische“ Gesundheitskarte, die als Berechtigungsnachweis dient, damit ein Patient GKV-Leistungen in Anspruch nehmen kann. Doch unterscheidet sich diese Karte von den bis dahin genutzten Krankenversichertenkarten alleine durch ein farbiges Bild des Patienten und einen golden glänzenden Chip, wie er auch auf allen EC-Karten zu finden ist. Doch auf diesem Chipchen ist nur

– und entsprechend des Versorgungsauftrags der Allgemeinen Ortskrankenkassen, dort wo es Sinn macht, immer um partnerschaftliche Lösungen mit Partnern vor Ort – ob Ärzten, Psychotherapeuten, Apothekern und natürlich auch der Selbstverwaltung und der Reginalpolitik.

So startete das Pilotprojekt in Mecklenburg-Vorpommern mit zwei Kliniken der AMEOS-Gruppe und dem Ärztenetz „HaffNet“ sowie der KV Mecklenburg-Vorpommern. Prinzipiell (da rein freiwillig) stehen den hier versorgten 8.000 AOK-Versicherten zunächst vier Anwendungen zur Verfügung: das Aufnahme- und Entlassmanagement in den beteiligten Kliniken, der Austausch von Dokumenten zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten und, die Möglichkeit zum Hochladen eigener medizinischer Dokumente wie etwa Organspendeausweis oder Mutterpass. Ergänzend besteht die Möglichkeit, selbst erhobene Vitaldaten aus Fitness-Trackern oder Wearables einfließen zu lassen.

Zum Jahresanfang geht es dann in einer zweiten, weit größeren Region los: Dann startet gemeinsam mit Vivantes und den Sana Kliniken das AOK-Gesundheitsnetzwerk in Berlin. Bei diesem Piloten wird eine ganze Reihe von weiteren Anwendungsszenarien zum Einsatz kommen, wie Christian Klose verdeutlichte, der als Chief Digital Officer (CDO) der AOK Nordost als Projektleiter des „AOK-Gesundheitsnetzwerks“ verantwortlich ist und betonte: „die wir gemeinsam mit unseren Partnern entwickelt haben“. Dazu gehören neben einem digitalen Medikationsplan und der Bereitstellung von Labordaten des Patienten auch die Möglichkeit, dass der Patient mit den beteiligten Kliniken und Ärzten Termine vereinbaren kann.

Die Datenhoheit soll dabei alleine beim Patienten liegen. Dazu wurde auf Basis des geltenden Rechtes ein eigenes Datenschutz-Konzept wissenschaftlich entwickelt. Ganz wichtig ist nach Klose in diesem Zusammenhang auch, dass die AOK keinen Zugriff auf die Daten der Versicherten hat, die am Gesundheitsnetzwerk teilnehmen, zudem die Kasse nur die Information zur Verfügung stelle, wer bei ihr versichert ist. „Bei Gesundheitsdaten geht es um Sicherheit und Vertrauen“, führte Klose

„Aus unserer Sicht sind die Entscheidungsstrukturen in der gematik gescheitert. Die Vorteile, die eine Vernetzung im Gesundheitswesen bringen kann, werden durch diese nicht funktionierenden Strukturen immer wieder konterkariert. Um die Blockaden aufzulösen, müssen wir weg von der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gematik. Wir brauchen eine unabhängige Institution, die man als eine Art Bundesnetzagentur bezeichnen könnte. Diese Institution sollte die Leitplanken für die Entwicklung festlegen. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen sollen die einzelnen Akteure ihre dezentralen Lösungen entwickeln können – so wie wir mit dem AOK-Gesundheitsnetzwerk.“

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



in Berlin, an dem dann auch die Sana Kliniken AG und Deutschlands größter kommunaler Krankenhauskonzern, Vivantes, beteiligt sind. „Unser Ziel ist ein bundesweites Angebot für die AOK-Versicherten, das regional verschieden ausgestaltet wird“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes, bei der Projektvorstellung in Berlin, für den die AOK Nordost nahezu ein Glücksfall sein muss: Basis für das allem zu Grunde liegende AOK-Gesundheitsnetzwerk – ein Portal zum digitalen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken – ist nun einmal eine elektronische Patientenakte, kurz ePA.

Diese hat eine ebenso lange wie leidenschaftliche Geschichte, die bis ins Jahr 2003 zurückreicht, als protego.net als Vorläufer der gematik das Mammut-Projekt übernahm, alle Beteiligten im Gesundheitswesen auf einer hochsicheren Online-Plattform miteinander zu vernetzen. Mit recht wenig Erfolg: Jahrelange Blockaden innerhalb der Selbstverwaltung – vor allem seitens der Ärzte und auch der Apotheker – sorgten für

der jeweilige Name, das Geburtsdatum, die Adresse sowie die Versichertennummer samt Versichertenstatus gespeichert. Ansonsten: nichts.

„Für die versicherten Menschen zählt der erfahrbare Mehrwert bei der Wahl eines digitalen Produkts“, steht dazu im recht ausführlichen Positionspapier der AOK Nordost und spricht damit einen Mehrwert an, der mit der bisherigen „elektronischen“ Gesundheitskarte (noch) überhaupt nicht erfahrbar ist.

Aus diesem Grund hat sich die AOK Nordost entschieden, selbst Verantwortung zu übernehmen und als Vorreiter für ein digitales deutsches Gesundheitswesen einzutreten, zukunftsweisende Projekte zu starten und alle dazu einzuladen, dies gemeinsam mit der in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin aktiven Kasse zu tun. „Gemeinsam“ ist ein wichtiges Stichwort. Die im Nordosten Deutschlands beheimatete AOK könnte absolut eigenständig prioritäre Telemedizin-Programme, Online-Videosprechstunden und – wie aktuell geschehen – auch eine ePA initiieren. Das tut sie auch, aber bemüht sich im besten Tradition



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



„Den Patientinnen und Patienten, die selbst entscheiden, wer ihre Daten wie nutzen darf, kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Mit der Digitalisierung erhalten die Patienten einen besseren Einblick in ihre Gesundheitsdaten und werden damit auch in die Lage versetzt, noch stärker als bisher über Behandlungsoptionen mit zu entscheiden.“

Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

„Vom AOK-Gesundheitsnetzwerk und der Zusammenarbeit mit den Partnern erwartet sich Sana natürlich einen entscheidenden Mehrwert für die Patienten, aber auch wichtige Erfahrungen im Hinblick auf eine sukzessive Erweiterung des Netzwerks in andere Regionen. Denn auch dort wollen wir als deutschlandweiter Partner unsere Erfahrung zur Verfügung stellen.“

Dr. Jens Schick, Vorstand der Sana Kliniken AG



weiter aus. Versicherte müssten darum selbst entscheiden können, wer im Versorgungsprozess welche Informationen einsehen kann. Darum werden im digitalen Gesundheitsnetzwerk der AOK die zur Behandlung notwendige Dokumentation – wie bisher auch – durch den teilnehmenden Arzt in seiner Praxissoftware erfasst, wodurch die so erzeugten Daten beim teilnehmenden Arzt bzw. bei der teilnehmenden Klinik verbleiben. Ob diese Daten dann anderen Ärzten oder Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden – zum Beispiel bei einer notwendigen Weiterbehandlung durch einen Facharzt – entscheidet der Versicherte allein und eigenständig. Nur er soll diese Rechte individuell managen und gegebenenfalls wieder entziehen. Auf diese Art und Weise werde es ermöglicht, wichtige Informationen genau dort zur Verfügung zu stellen, wo diese gerade für die bestmögliche Behandlung benötigt werden, was – so Klose – nicht nur die Bürokratie reduziere, sondern durch die so ausgeübte Datenhoheit gleichzeitig auch die Autonomie der Patienten stärke.

Wichtig ist zudem, dass die AOK mit ihrem Gesundheitsnetzwerk keine „Insellösung“ entwickelt, wie Litsch bei der Projektvorstellung betonte. „Wir haben bei der Entwicklung von Anfang an auf Anschlussfähigkeit gesetzt – auch zur Telematik-Infrastruktur der gematik.“ Das Gesundheitsnetzwerk sei darum so konzipiert, dass es Teil der gesamten digitalen Vernetzung und der Telematik-Infrastruktur sein kann, was möglich sei, da bei der Entwicklung auf technische Standards gesetzt wurde, die auch bei der Telematik-Infrastruktur zum Einsatz kommt. Damit das mit der AOK Nordost erprobte Modell kein Einzelfall bleibt, sollen nach den Piloten in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin weitere Umsetzungsschritte in den anderen Bundesländern folgen. Doch auch hier würde nach Worten von Litsch kein zentraler Ansatz wie bei der gematik verfolgt, sondern im Rahmen des AOK-Gesundheitsnetzwerkes je nach regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Anwendungen und Services für die Versicherten mit verschiedenen Partnern umgesetzt.

Doch zuerst startet nach dem HaffNet das Berliner Groß-Pilotprojekt, an dem neben der Sana Kliniken AG auch Vivantes, Deutschlands

größter kommunaler Klinikbetreiber mit rund 15.000 Mitarbeitern und einem Umsatz von rund 1,2 Milliarden Euro im Jahr, teilnehmen wird. Das Vivantes Netzwerk ist eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Berlin – mit dem erklärten Anspruch, auch in der Digitalisierung und der digitalen Transformation der Gesundheitsbranche eine Vorreiterrolle einzunehmen. „Wir haben deshalb schon vor mehr als drei Jahren begonnen, unsere IT-Architektur auf die Zukunft auszurichten und Themen wie die digitale Patientenakte und die digitale Interoperabilität mit Dritten in die Umsetzung zu bringen“, erklärte dazu Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH. Ein Basisbaustein dafür ist der Einsatz international standardisierter Technologien, die in den Vivantes Krankenhäusern und in Teilen der dazugehörenden MVZ bereits etabliert sei, um die Vernetzung zwischen den Sektoren zu verbessern und allen Patienten durch einen leichteren Austausch und Zugriff von Daten und Informationen einen besseren Zugriff sowie durch eine zeitnahe, zielgerichtete Terminvergabe eine bessere Versorgungsqualität zu ermöglichen. Und: Diese Plattform dient darüber hinaus auch als Basis für den Austausch im Gesundheitsnetzwerk der AOK, das gemeinsam mit Vivantes seit September 2016 vorbereitet worden sei.

Doch weder steht die IT-Architektur von Vivantes noch das AOK-Gesundheitsnetzwerk in Konkurrenz zur Telematik-Infrastruktur, denn beide sind „anschlussfähig“ konzipiert. Beider Ziel ist es – trotz Kritik an der gematik v durchaus Teil der gesamten digitalen Vernetzung des Gesundheitswesens und damit auch der von der gematik gebildeten Telematik-Infrastruktur zu sein. Darum wurden bei der Entwicklung Interoperabilität ermöglichende Standards – wie die sogenannte IHE-Methodik – verwandt. Der „Integrating the Healthcare Enterprise“-Standard ist eine international anerkannte Methodik für die Vernetzung von Behandlungsinformationen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren an der Behandlung Beteiligten und bildet somit die Basis für den sektorenübergreifenden Austausch medizinischer Informationen – eben auch für die Anbindung an die zentrale Telematik-Infrastruktur. <<

Die Region



Fakten

Einwohner: im Landkreis Uecker-Randow ca. 72.000, in Anklam ca. 13.000

Ambulante Versorgungsstruktur:
Ostvorpommern: 96 Hausärzte; 72 Fachärzte /
Uecker-Randow: 56 Hausärzte, 55 Fachärzte

Stationäre Versorgungsstruktur:

Kliniken: AMEOS Kliniken in Anklam, Pasewalk (Tagespflege Psych), Ueckermünde, Asklepios-Klinik Pasewalk, Regelversorgung; Kreiskrankenhaus Wolgast, Grund- und Regelversorgung, Neubrandenburg (mit Standorten in Altentreptow und Malchin), Klinikum Karlsburg, Schwerpunktambulanz Kardiologie und Diabetes, Kreiskrankenhaus Demmin, Grund- und Regelversorgung, Uniklinik Greifswald.

Pflegeheime: diverse

HaffNet:

Ärztenez mit 45 niedergelassenen Ärzten – 24 Hausärzte, 22 Fachärzte (Chirurgie, Innere, Pneumologie, Urologie, Neurologie, Radiologie, Gynäkologie, Kardiologie), 1 Zahnarzt.

Standorte:

Ducherow, Eggesin, Pasewalk, Torgelow, Ueckermünde, Ahlbeck, Anklam

Kooperationspartner für sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Digitalisierung:

AOK Nordost, KV Mecklenburg-Vorpommern, AMEOS und HaffNet

Verträge:

Mein AOK-Gesundheitsnetz (AOK Nordost und KV Mecklenburg-Vorpommern), PflegeheimPlus-Vertrag, SAPV (gemeinsam mit Kassen), Ambulant geriatrische Komplexbehandlung (Vertrag Praxis Dr. Meinhold, KVMV, AOK)

Das HaffNet: Wo das Morgen schon heute stattfindet

>> Das HaffNet ist ein freiwilliger Zusammenschluss niedergelassener Ärzte – bestehend aus der HaffNet GbR und der HaffNet Management GmbH, beide gegründet mit dem Gesellschaftszweck der „Sicherung der wirtschaftlichen Existenzfähigkeit der ambulanten und medizinischen Betreuung durch ein abgestimmtes Agieren im Gesundheitswesen in der Region des ehemaligen Landkreises Uecker-Randow“ im Landkreis Vorpommern-Greifswald.

Bereits im November 2001 in Heringsdorf initiiert, übernimmt das Ärztenetz heute – inzwischen gebildet aus 24 Haus-, 22 Fachärzten, einem Zahnarzt und drei nichtärztlichen Mitgliedern – eine führende Rolle in der Vernetzung von Versorgungsstrukturen in dieser Region, und sorgt durch – so die Aussagen des HaffNet-Portals – „höchste medizinische Qualitätsstandards mit wohnortnahen und patientenorientierten Konzepten für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung“. Dazu wurden auch mit diversen Kassen, vor allem mit der AOK Nordost, Kooperationen geschlossen, wie seit 2013 etwa:

- einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V über die Behandlung von Versicherten mit chronischen Wunden in einer spezialisierten Wundpraxis
- AOK Gesundheitsnetz: Vertrag auf der Grundlage der §§ 140a ff. SGB V über die hausärztlich basierte sowie interdisziplinär- fachübergreifende und verschiedene Leistungssektoren übergreifende integrierte Versorgung von Versicherten
- die Vereinbarung zur integrierten Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 140a-d SGB V i.V. §92 b SGB XI „Pflegeheim Plus“
- der Regionalvertrag über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß §37 b.i.V.m. §132 d SGB V



Zusätzlich zu diesen Verträgen und Vereinbarungen existiert ein Geriatrie-Projekt, zu dem eine Demenzberatung und eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung zählt, sowie das erste Pilotprojekt zum Start des AOK-Gesundheitsnetzwerks, das gemeinsam von HaffNet, AOK Nordost und der KV Mecklenburg-Vorpommern und Aneos gestartet wird. Bei diesem Piloten wird zum ersten Mal eine elektronische Patientenakte live im intersektorellen Versorgungsgeschehen getestet. Dazu gehört zum Beispiel das Aufnahme- und Entlassmanagement in den beteiligten Kliniken – und damit auch der Austausch von Dokumenten zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten – sowie ein Medikationsplan.

Zwar werden zum Start auch weitere Anwendungen wie die Möglichkeit zum Hochladen patienteneigener medizinischer Dokumente (wie Organspendeausweis, Mutterpass, eigene ältere Befunde sowie patientenseitig erhobene Daten aus Wearables) möglich sein, doch Kern des Piloten ist aus IT-Sicht der intersektorale Datenaustausch aus den jeweiligen Primärsystemen der beiden beteiligten Sektoren heraus.

„Wir wollen damit kein neues System neben den bestehenden Systemen erschaffen“, erklärt Christian Klose, Chief Digital Officer der AOK Nordost und Projektleiter des „AOK-Gesundheitsnetzwerks“. Das neue AOK-Portal versteht sich mehr – um Analogien aus dem Fußballsport zu bemühen – als Betreiber eines Fußballstadions, in dem möglichst viele Daten zusammenkommen und miteinander vernetzt werden können.

Doch der einzige Goalkeeper ist der Patient. Er entscheidet – im Startscenario noch analog per Unterschrift beim Arzt – später im patientenseitigen Frontend dann digital, welcher behandelnde Healthprofessional auf welches Dokument Zugriff haben darf: Das kann er selbst (oder ein damit betrauter Angehöriger, Pfleger oder auch der Hausarzt) generell oder aber für jedes einzelne Dokument gesondert erlauben oder eben auch nicht gestatten.

Der Charme des Ganzen ist nicht nur die gewollt schlanke Struktur des Pilotprojekts, son-

dern auch das absolut pragmatische Vorgehen. Nach und nach soll der Pilot Anwendung um Anwendung ganz langsam wachsen und nach und nach zeigen, was funktioniert und was nicht. Wenn aber etwas funktioniert, kann es auf weitere Pilotprojekte übertragen werden, die dann auch anderen Bundesländern und sogar anderen Krankenkassen (explizit auch Nicht-AOKen) offen stehen.

All das scheint nicht nur Dr. med. Sabine Meinhold, sondern auch ihre Kollegen im HaffNet überzeugt zu haben. Für Sabine Meinhold, die als hausärztlich tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin in Ueckermünde praktiziert und gemeinsam mit Horst-Erich Rapraeger (Vorsitzender), Dr. Degenhard Friszewsky, Dr. Anneliese Rentz und Dr. Sabine Westphal im Vorstand der HaffNet GbR tätig ist, stehen vor allem zwei Funktionalitäten im Fokus: Das ist zum einen die bisher noch per Fax und Post funktionierende Kommunikation zwischen den Sektoren, die nun endlich in den digitalen Bereich überführt wird. Hierin sieht die Ärztin einen ganz hohen Nutzen vor allem für die Patienten, da Befunde zeitnah übergeben werden können, damit unter anderem die Einweisungs- und Weiterbehandlungssystematik optimiert wird, was letzten Endes nicht nur unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden hilft, sondern auch die Arbeit aller Beteiligten erleichtern wird.

Zum zweiten ist das der Medikationsplan samt eines Notfalldatensatzes. Bei diesem sei es wichtig, dass alle behandelnden Ärzte auf ihn zugreifen und diesen auch aktualisieren können müssen. Dies komme besonders dann zum Tragen, wenn Patienten stationär aufgenommen werden müssen, weil die behandelnden Krankenhausärzte dann genau wissen, mit welcher Medikation bisher therapiert worden ist. Dazu gehören aber auch Daten über verwandte Hilfs- und Heilmittel oder gar, welcher ambulante Pflegedienst vor Ort eingeschaltet ist oder ob eine Patientenverfügung vorliegt. <<

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Die digitale Zukunft hat schon begonnen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 30-33; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2048

„Wir haben bereits seit 2001 eine enge Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor entwickelt und daher gute Voraussetzungen, ein solches Projekt der intersektoralen Versorgung zu begleiten.“

Dr. Sabine Meinhold, Vorstandsmitglied HaffNet GbR

Kopernikanisches vs. geozentrisches Weltbild: Um wen dreht sich der Mikrokosmos Gesundheitswesen?

Zwischen Paternalismus und Selbstbestimmtheit

„Jetzt gehört endlich der Patient ... in den Mittelpunkt.“¹ (Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, 2015). Der Patient ist salonfähig geworden: Ob Bundesregierung², Krankenkassen oder Deutsche Ärztekammer³ – sämtliche Akteure des Gesundheitssystems beteuern, der Mikrokosmos Versorgungssystem solle sich künftig um ihn drehen. Bleibt die Frage, ob tatsächlich eine Revolution angestrebt wird. Denn mit marginalen Schein- oder Minireformen wäre es nicht getan. Zu lange schon dient das deutsche Gesundheitssystem statt dem ominösen „He who must not be named“ nur einem Zweck: der Selbsterhaltung. Den Patienten ins Zentrum zu stellen, hieße eine komplette Umwälzung und Neuordnung des bestehenden Systems. Vor allem in den Köpfen.

>> Als Nikolaus Kopernikus mit seiner Veröffentlichung des „De revolutionibus orbium coelestium libri VI“ 1543 die Sonne als Zentralgestirn in den Mittelpunkt der Welt rückte und so das geozentrische durch das heliozentrische System ersetzte, räumte er nicht nur mit der veralteten Vorstellung über die Planetenpositionen auf. Er verwarf ein komplettes Weltbild, widersprach den Glaubenssätzen über die Stellung der Erde und des Menschen im Kosmos und damit auch den Auffassungen der Kirche. Durch die Anfechtung des zur Doktrin erhobenen geozentrischen Weltbilds sah sie sich in ihren Grundfesten erschüttert. Jeder, der andere Vorstellungen postulierte, lief Gefahr, als Ketzer verurteilt zu werden. In der Weigerung der Kirchenoberen, das neue Wissen anzuerkennen, manifestierte sich vor allem eines: der Selbsterhaltungstrieb.

Struktureller Selbsterhaltungstrieb von Organisationen

Daniel Defert, Soziologe und Mitbegründer der französischen Aidshilfe „Aides“, sagte angesichts der bevorstehenden Massenentlassungen bei der Organisation:

„C'était ma crainte. Je me suis toujours demandé si, à un moment, il ne fallait pas arrêter Aides. En grossissant, en devenant une entreprise avec beaucoup de salariés, les associations de malades perdent souvent leurs objectifs initiaux et après, leur seul objectif est le maintien ... de l'emploi.“⁴

„Genau das war meine Befürchtung. Ich habe mich immer gefragt, ob man nicht eines Tages ‚Aides‘ beenden muss. Während sie wachsen, ein Unternehmen mit vielen Beschäftigten werden, verlieren Gesundheits-Organisationen oftmals ihre ursprünglichen Ziele aus den Augen, und ihr einziges Ziel ist ... der Arbeits-Erhalt.“

Niklas Luhmann, ebenfalls Soziologe, hat den Begriff Autopoiesis auf soziale Systeme übertragen⁵. D. h., dass sich Systeme in einem ständigen, nicht zielgerichteten autokatalytischen Prozess selbst produzieren und reproduzieren. Dabei operieren sie so, dass sich

weitere Operationen anschließen können – die Anschlussfähigkeit des Systems. Diese existiert auch beim sozialen System Massenmedien: „Jede Sendung verspricht eine weitere Sendung. Nie geht es dabei um die Repräsentation der Welt, wie sie im Augenblick ist.“⁶ Soziale Systeme sind also nicht offen – im direkten Austausch mit der Umwelt – sondern operativ geschlossen. Sie können ihre selektive Wahrnehmungsweise der Umwelt nicht ändern, ohne ihre spezifische Identität zu verlieren.

Dieser systemtheoretische Ansatz Luhmanns kann eine Erklärung liefern für die absurde Situation, in der sich das deutsche Versorgungssystem befindet: Es dreht sich unaufhörlich nur noch um sich selbst. Dabei ist seine eigentliche Legitimation, das Wohl des Patienten, nebensächlich geworden. Oder, um es mit den Worten Deferts auszudrücken: Das zu einem gigantischen Organisations-Moloch herangewachsene Gesundheitswesen, für jeden Akteur unüberschaubar mit all seinen Regelwerken, Gesetzen und Bestimmungen, hat sein ursprüngliches Ziel, bzw. Zentrum aus den Augen verloren: den Patienten.

Der Patient: Vom passiven Kranken zum beteiligten Experten!?

Bis in die 60er Jahre dominierte das von Paternalismus (vormundschaftliche Beziehung) und einem großen Autoritätsgefälle geprägte Verhältnis zwischen Professionellen im Gesundheitswesen, insbesondere Ärzten, und Patienten das gesellschaftliche Bild. Der paternalistische Arzt entschied allein über medizinische Vorgehensweisen im Interesse des Patienten, ohne auf dessen Zustimmung Rücksicht nehmen zu müssen.⁷ Vom Patienten wiederum wurde blindes Vertrauen in die Kompetenzen des Arztes erwartet. Eine gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung war angesichts des gesellschaftlichen Status' und des schon im 19. Jahrhundert entstandenen hohen Standesbewusstseins der Ärzte unvorstellbar. Der Arzt verfügte über das Wissensmonopol und die ausschließliche Entscheidungsmacht, der Patient hatte sich als

passiver Kranker zu fügen.

Erst im Rahmen der Demokratisierungsdebatten in den 70ern wurde das paternalistische von einem partnerschaftlichen Leitbild abgelöst. In den letzten vier Jahrzehnten hat sich auf allen gesellschaftlichen Ebenen ein Wertewandel vollzogen, weg vom Paternalismus hin zu individueller Autonomie. Auch im Gesundheitssystem fordern die Menschen Selbstbestimmung und Mitwirkungsmöglichkeiten. Und die Fülle diagnostischer, bzw. therapeutischer Möglichkeiten, die zahlreichen damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen, der jeweils enge Zusammenhang mit der Lebenseinstellung, den Ressourcen und Vorlieben der Patienten, machen es heute schlicht unmöglich, in einem paternalistischen Modell stellvertretend für den Patienten zu entscheiden, was gut und richtig ist.

Die ärztliche Behandlung ist lediglich ein Wirkungsfaktor auf den Gesundheitszustand des Menschen, neben biologischen Kriterien, äußeren Lebensbedingungen und der subjektiven Einstellung. „Spielt“ der Patient nicht mit, sind alle ärztlichen Maßnahmen schwierig bis aussichtslos. Dem früher und teils noch immer verwendeten Begriff dafür, „Compliance“, ist ein bestimmtes Verständnis vom Arzt-Patienten-Verhältnis immanent: Der Patient trägt einseitig die Verantwortung für das Einhalten der Therapie, für seine Bereitschaft, ärztliche Verordnungen und Empfehlungen zu befolgen. Demgegenüber steht das Konzept der „Adhärenz“ – die Einhaltung der gemeinsam vom Patienten und medizinischen Fachpersonal (Ärzte, Pflegekräfte) gesetzten Therapieziele. Das Adhärenz-Prinzip basiert auf der Erkenntnis, dass Therapietreue in der gemeinsamen Verantwortung des Fachpersonals und des Patienten liegt, die darum gleichberechtigt zusammenarbeiten sollten.

Auf das medizinische Fachpersonal bezogen beinhaltet Adhärenz, den Patienten umfassend über die Ziele der Behandlung und die verordneten Arzneimittel aufzuklären und die Therapie an die individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Gefragt sind

also angemessene Beratung, Information und Schulung des Patienten. Im Umkehrschluss bedeutet mangelnde Adhärenz u.a., dass es dem Fachpersonal nicht gelungen ist, den Patienten aktiv einzubeziehen und verständlich über seine Krankheit und die Therapiemaßnahmen informiert zu haben⁸.

Zahlreiche Studien belegen: Übernimmt der Patient als beteiligter Experte durch seine Mitwirkung am Prozess selbst aktiv Leistungen, trägt das wesentlich zum Behandlungserfolg bei. Non-Adhärenz hingegen ist weltweit ein ernstes Problem. In Deutschland betragen die Kosten der Non-Adhärenz für das Gesundheitssystem ca. 10 Mrd. Euro pro Jahr⁹. Booz & Company und die Bertelsmann Stiftung haben den volkswirtschaftlichen Schaden anhand von fünf weit verbreiteten chronischen Erkrankungen analysiert: Non-Adhärenz führt jährlich zu Produktivitätsverlusten zwischen 38 und 75 Mrd. Euro. Durch eine bessere Adhärenz wären wahrscheinlich Produktivitätssteigerungen von 10 bis 20 Mrd. Euro realisierbar¹⁰. Non-Adhärenz verursacht aber nicht nur immense Kosten, sie hat auch weitreichende Folgen für die Gesundheit des Patienten. So haben etwa Nierentransplantierte mit mangelnder Adhärenz ein 7-fach höheres Risiko für einen Transplantatverlust als therapietreue Patienten und 36 % der Transplantatverluste sind auf Non-Adhärenz zurückzuführen.¹¹

Aus ökonomischer Sicht und aus Patientensicht gibt es zu dem Modell vom Patienten als aktiv im Prozess Involvierten, dem Partizipationsmodell also, keine Alternative. Trotzdem sieht die Realität anders aus.

Die Realität – Paternalismus in neuem Gewand?

Denn faktisch scheint sich der überwunden geglaubte Paternalismus lediglich in ein neues Gewand gehüllt zu haben. Der Arzt besitzt nach wie vor das Wissensmonopol und es liegt maßgeblich in seiner Hand, welche Informationen dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Entscheidungen des Patienten hängen jedoch von ebendiesen Informationen ab. Wie selbstbestimmt können sie also tatsächlich sein?

Im Folgenden einige ernüchternde Ergebnisse verschiedener Studien: Die Einschätzung der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird von Arzt und Patient sehr unterschiedlich bewertet. 66 % der befragten Ärzte geben an, ihre Patienten in den Behandlungsprozess stark einzubeziehen. Aber nur etwa 36 % der Patienten sehen die eigenen Vorstellungen in den Behandlungsvorschlägen ihres Arztes berücksichtigt. ⁷ von 10 Ärzten geben nach eigener Vorstellung

in ihrer Sprechstunde den nötigen Raum für Fragen der Patienten. Lediglich die Hälfte der Patienten meint, Fragen im Behandlungsgespräch äußern zu können. Etwa ein bis zwei von zehn Ärzten geben Hinweise auf Fremdinformationen, andere Informationsquellen oder schriftliches Informationsmaterial.¹²

Während 80 % der Ärzte die Selbstbestimmung des Patienten befürworten, befürchten 46 %, die Beteiligung könne eine zusätzliche Belastung sein. Ältere Menschen und Hausärzte sehen im Shared Decision Making (kompetente, partnerschaftliche und umfangreiche Kommunikation) vor allem eine Belastung für den Patienten. Das Kommunikationsverhalten des Arztes beim letzten Arztbesuch: Die Ärzte erklärten mehrheitlich alles verständlich, aber nur jeder fünfte Patient wurde aufgefordert, Fragen zu stellen.¹³

Knapp 50 % der Bevölkerung hat bislang noch keine Erfahrung mit einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung gemacht. Vielen Patienten ist die Entscheidungssituation im Kontext einer Krankheit gar nicht bewusst. Etwa zwei Drittel meinen, dass es eher selten Behandlungsalternativen für eine Erkrankung gibt und glauben an den einen Königsweg der Therapie. 50 % mit chronischen Erkrankungen berichten, noch nie eine Situation des Shared Decision Making erlebt zu haben.¹⁴

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) stellte im „Monitor Patientenberatung 2016“ fest, dass zahlreiche Ärzte das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen pauschal verweigern, einschränken, hinauszögern oder sogar hohe Kosten ankündigen. Dazu der ehemalige Patientenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Lauman: „Mit dem Patientenrechtegesetz ist das Einsichtsrecht glasklar geregelt worden. Und die Ärzte müssen dem ohne Wenn und Aber nachkommen.“¹⁵

Lösungsansätze

Die Studien belegen, dass die seit Februar 2013 im Gesetz verankerten Patientenrechte bis dato noch lange nicht in allen Köpfen angekommen sind. Hier heißt es: „Unter Patientenrechten werden die Rechte von Bürgerinnen und Bürgern verstanden, die ihnen in einem Behandlungsverhältnis zum Beispiel gegenüber der Ärztin oder dem Arzt zur Seite stehen. Dazu gehören unter anderem: das Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen, das Recht auf Information und Aufklärung, das Recht auf Selbstbestimmung, das bedeutet, dass eine medizinische Maßnahme nur nach erfolgter Einwilligung erfolgen darf.“

Zwar hat sich das Selbstverständnis der Patienten in den letzten Jahrzehnten gewandelt und es sind zahlreiche neue Konzepte zur Definition des Patienten entwickelt worden, die „neuen“ und „alten“ Rollenbilder existieren aber in der Realität des deutschen Gesundheitswesens auf allen Ebenen noch parallel. Im Jahr 2017 ist es keinesfalls gelungen, den Patienten in den Mikrokosmos Versorgungssystem auch nur einzubeziehen. Wie soll dann die Forderung u.a. des Bundesgesundheitsministers Gröhe, den Patienten sogar in den Mittelpunkt zu stellen, umgesetzt werden?

Einige Lösungsansätze

Partizipative Entscheidungsfindung

Die oben genannten Ergebnisse der Befragungen machen deutlich, wie wichtig Änderungen im Bereich der ärztlichen Gesprächsführung und noch grundsätzlicher hinsichtlich des ärztlichen Rollenverständnisses sind. Hier könnte in Instrumente zur konkreten Umsetzung von partizipativer Entscheidungsfindung in der Sprechstunde investiert werden, beziehungsweise in Konzepte zur Überprüfung und Verbesserung der ärztlichen Selbstwahrnehmung. Auch könnte über Anreize nachgedacht werden, um die Akzeptanz solcher Projekte in der niedergelassenen Ärzteschaft zu stärken. Nach wie vor wird auf medizinischen Kongressen kontrovers darüber diskutiert, ob ein Patient sich, für eine vom behandelnden Arzt nicht empfohlene Therapie, entscheiden darf.¹⁶

Die Autoren der Studie „Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung“¹⁷ empfehlen die Institutionalisierung der Werkzeuge zur partizipativen Entscheidungsfindung auf den verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens z. B. in Form einer Implementierung von Shared Decision Making in Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Empowerment-Konzept

Vor allem aus der Strategie der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung bekannt ist das Empowerment-Konzept. Im Fokus steht hier die Befähigung des Menschen zur Teilhabe an allen gesellschaftlichen Entwicklungen: Indem allen ein höheres Maß an Selbstbestimmung bezüglich ihrer Lebensumstände und Umwelt ermöglicht wird, werden sie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Gesundheit entsteht durch die Fürsorge für sich selbst und andere, die Möglichkeit selbst Entscheidungen zu fällen, Kontrolle über die Lebensumstände zu haben und das Leben in einer Gesellschaft, welche diese Bedingungen schafft. Eine der unabdingbaren Voraussetzungen sind Infor-

mation und Bildung. Dafür müssen qualitativ hochwertige Informationen großen Gruppen der Bevölkerung leicht zugänglich gemacht werden. Dieses Informationsangebot sollte sich an dem evidenz-basierten „State of the Art“ der jeweiligen Interventionsoptionen orientieren und damit klinisch relevant, aktuell und sachlich korrekt sein, die wesentlichen Pro- und Contra-Argumente einer Therapie auflisten, über Behandlungsalternativen informieren, Risiken einer Behandlung aufzeigen, einfach und kostengünstig erreichbar sein.

Unabhängige Patientenvertreter

Auch unabhängige Beratungseinrichtungen, Patientenorganisationen und der Verbraucherschutz sind ein wichtiger Baustein im Konzept des mündigen Bürgers. Institutionen also, die außerhalb der im Gesundheitswesen Tätigen, wie Versorgungseinrichtungen und Kostenträgern, mit zusätzlichen Informationen unterstützen und in Konfliktsituationen mit medizinischen Einrichtungen oder den Krankenkassen zur Verfügung stehen. Zurzeit existiert in Deutschland kein flächendeckendes Beratungs- und Unterstützungsangebot. Und die Existenten basieren meist auf ehrenamtlicher Tätigkeit, besitzen wenig Macht und keine wirkliche Lobby. Demgegenüber stehen durchsetzungsfähige Institutionen wie Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Wünschenswert wäre hier ein Konzept wie in Österreich. In sieben der neun Bundesländer gibt es unabhängige Patientenvertretungen zur Wahrung der Patienteninteressen und zur Prüfung von Beschwerden. Diese – bei Inanspruchnahme kostenlosen – Patientenanwaltschaften sind un-

abhängige, weisungsungebundene gesetzliche Einrichtungen zur Sicherung der Patientenrechte und -interessen in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Darüber hinaus wurde im Februar 2000 ein Gesundheits-Informations-Zentrum in Salzburg errichtet, das Patienten durch unabhängige und umfassende Informationen aufklärt und unterstützt.

Open Notes: Transparenz in der Arzt-Patienten-Kommunikation

Bereits vielfach bewährt hat sich in den USA das Open-Notes-Projekt¹⁸, das zur Optimierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Patientenaufklärung ins Leben gerufen wurde. Ähnlich wie in Deutschland besaßen die Patienten durch das Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) zwar seit 1996 das Recht auf freien Zugriff auf ihre klinischen Informationen und medizinischen Aufzeichnungen – in der Praxis gestaltete es sich jedoch schwierig, tatsächlich an die Daten zu gelangen. Durch Open Notes konnten Ärzte ihren Patienten ab 2010 erstmals digital Einblick auf die Dokumentation ihres Arztbesuches gewähren. Dafür registrierten sich die Patienten zuvor auf einem sicheren Patientenportal. Ursprünglich war Open Notes als Demonstrations- und Evaluationsstudie gedacht. Doch die ersten bemerkenswerten Ergebnisse nach einem Jahr führten zur Fortsetzung des Modells: Vier von fünf der Befragten hatten ihre Einträge gelesen, zwei Drittel berichteten über potenziell klinisch relevante Vorteile, 99 % wollten die Praxis nach Ende der Studie fortsetzen. Auch keiner der am Projekt beteiligten Ärzte entschied sich nach Ablauf des Studi-

enzeitraums dafür, die Open-Notes-Praxis zu beenden. Eine weitere Analyse nach ein paar Jahren ergab vielfältige positive Erfahrungen: besseres Verständnis der Gesundheitsinformationen, verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung, bessere Qualität der Versorgung, bessere Selbstfürsorge. Die Patientenaktivierung und -einbeziehung hatte sich substantiell verbessert. Hinzu kamen optimierte Adhärenz und Selbstmanagement. Die Open-Notes-Bewegung hat sich in den USA sowohl in der Primär- als auch in der ambulanten fachärztlichen Versorgung etabliert.

Der Patient als Dreh- und Angelpunkt

Noch konsequenter als die vorgenannten Konzepte ist das Modell „Gesundheitskonto“ des Unternehmens vitabook. Hier geht es nicht mehr nur um Patientenpartizipation, hier geht es um kompromisslose Patientenzentrierung.

Das Gesundheitskonto ist eine Online-Anwendung zur Erstellung, Ansicht und Pflege einer persönlichen Akte über jeden (gesundheitlichen) Aspekt des Nutzers. Alle gesundheitsbezogenen Daten eines Menschen können auf dem Konto zusammengefasst und omnipräsent, unabhängig von Ort und Zeit, jedem am Behandlungsprozess Beteiligten bedarfsgerecht präsentiert werden. Der Nutzer kann sich auf einfachem Wege – digital – sämtliche medizinischen Daten wie Arztbriefe, Laborberichte, Röntgenbilder auf das Konto überweisen lassen und anderen zur Verfügung stellen. Dabei besitzt er – und das ist der grundlegende Unterschied zu den anderen Konzepten – alleinige Verfügungsgewalt über sein Konto und damit

Literatur

- 1: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2015/2015-2-quartal/e-health-gesetzentwurf-im-kabinett.html>
- 2: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/02/2015-02-17-patient.html>
- 3: <https://www.aekno.de/page.asp?pageID=7517&noedit=True>
- 4: TZ Liberation, 02.04.2014
- 5: Klaus Bendel (1993): Selbstreferenz, Koordination und gesellschaftliche Steuerung. Zur Theorie der Autopoiesis sozialer Systeme bei Niklas Luhmann, Pfaufenweiler: Centaurus
- 6: Niklas Luhmann (2009): Die Realität der Massenmedien. Vs Verlag für Sozialwissenschaften; 3. Auflage.
- 7: Vgl. Richter, G., Autonomie und Paternalismus, 27 ff.
- 8: Rosenberg et al. 1998, Macdowell, Nitz-Weiss & Short 2000
- 9: ABDA, 2007
- 10: Bertelsmann Stiftung, 2012
- 11: Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC: Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review.
- 12: <http://gesundheitsmonitor.de/schwerpunkte/zukunftserwartungen/detail/studien/zeige/die-entwicklung-der-partizipativen-entscheidungsfindung-die-sicht-der-versicherten-und-der-aerzte/>
- 13: <http://gesundheitsmonitor.de/schwerpunkte/zukunftserwartungen/detail/studien/zeige/partnerschaftliche-beteiligung-an-therapieentscheidungen/>
- 14: <http://gesundheitsmonitor.de/schwerpunkte/zukunftserwartungen/detail/studien/zeige/partizipative-entscheidungsfindung-beim-arzt-anspruch-und-wirklichkeit/>
- 15: <https://www.patientenbeauftragter.de/10-pressemitteilungen/patientenrechte/170-monitor-patientenberatung-2016-zeigt-aktuelle-herausforderungen-des-gesundheitssystems-aus-sicht-der-patienten-auf>
- 16: <http://gesundheitsmonitor.de/schwerpunkte/zukunftserwartungen/detail/studien/zeige/die-entwicklung-der-partizipativen-entscheidungsfindung-die-sicht-der-versicherten-und-der-aerzte/>
- 17: s.o.
- 18: <https://www.opennotes.org>
- 19: Bitzer EM, Dierks ML. Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? – Erhebungsverfahren und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1999. 125-184.

Zitationshinweis

Bönig, M.: „Zwischen Paternalismus und Selbstbestimmtheit“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 34-37; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2049

seine Daten. D. h., ausschließlich der Nutzer entscheidet, wer welche Daten in seiner Akte speichern, ändern und wer die Informationen einsehen und nutzen darf.

Dementsprechend ist das Gesundheitskonto des Patienten die zentrale Schalt- und Sammelstelle medizinischer Daten für Ärzte und für Patienten, ausgerichtet auf die Selbstbestimmung und Teilnahme der Patienten. Durch das Gesundheitskonto erhält der Patient einen ganzheitlichen Einblick in das Behandlungsgeschehen und wird zum eigenen Koordinator seiner Daten. Gleichzeitig kann er aktiv an der Therapie mitwirken, auch indem er z. B. eigene Beiträge leistet (Beobachtungen, Messwerte). Das vitabook-Gesundheitslexikon mit evidenzbasierten Artikeln bietet ihm eine Möglichkeit, sich unabhängig zu informieren.

vitabook gibt seinen Nutzern Werkzeuge an die Hand, um die Behandlung verfolgen und kritisch hinterfragen zu können. Das Gesundheitskonto erlaubt nicht nur, sondern fordert sogar die aktive Information und Mitarbeit des Patienten. Das stärkt seine Rolle in nie dagewesener Form und ändert das Arzt-Patienten-Verhältnis massiv und unwiderruflich, indem die Asymmetrie aufgehoben, dem Paternalismus ein ganz neues Patienten-Selbstverständnis entgegengesetzt wird. Vorbei die Zeiten, in denen eigenverantwortliche Menschen auf das Wohlwollen des Arztes angewiesen waren, wenn es darum ging, ihre eigenen Dokumente einsehen zu können und das auch nur im Beisein des Arztes. Auch vorbei die Zeiten, in denen Patienten in Ermangelung anderer Informationsquellen allein auf die Beurteilung eines Arztes angewiesen waren.

„Es kann einfach nicht sein, dass ein mündiger Bürger, sobald er die Schwelle zur Klinik oder Praxis übertritt, zum bevormundeten Untertan degradiert wird“, so vitabook-Gründer Markus Bönig. In jeder der zahlreichen Funktionen des Gesundheitskontos manifestiert sich die Patientenzentriertheit: in den Lösungen etwa, viele unnötig zeitverschwendende administrative Vorgänge schnell und einfach online zu erledigen (Arzttermine vereinbaren, Folge-rezepte anfordern, Rechnungen bei PKV und Beihilfestelle einreichen).

Während Leistungserbringer nach wie vor über die mögliche Ausgestaltung und Speicherorte der elektronischen Gesundheitsakte diskutieren, nehmen schon heute knapp 200.000 Nutzer mit dem vitabook-Konto ihre Gesundheit selbst in die Hand und treiben so die Leistungserbringer technologisch vor sich her. Denn kaum ein Arzt wird sinnvolle Argumente finden, sich dem Anspruch seiner Patienten zu entziehen, deren Konten zu bedienen und zu nutzen. Ge-



rade bei internetbasierten Systemen wächst die normative Kraft des Faktischen bekanntermaßen rasant schnell. Kurz: Das zögerliche Umsetzen der Patientenrechte wird gerade von der Realität überholt.

„Utopien sind oft nur vorzeitige Wahrheiten“

Soll sich der Mikrokosmos Gesundheitssystem künftig um den Patienten als Zentralgestirn drehen, ist noch eine Frage zu beantworten: Wie sähe aus Perspektive des Patienten denn das ideale Versorgungssystem aus? Auf Basis der Ergebnisse der Studie „Patientenerwartungen an die Struktur- und Prozessqualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung“¹⁹ hier ein idealtypischer Arztbesuch. (Das Spektrum der Qualitätsdimensionen aus Patientensicht ist unabhängig von der Versorgungsstruktur. Analoge Erwartungen werden auch an andere Versorgungssettings formuliert.)

Bereits bei der Terminvergabe wird klar: Ich bin nicht einer von zahlreichen anderen Bittstellern, die ergeben darauf warten müssen, irgendwie „dazwischen geschoben“ zu werden, sondern ein ebenbürtiger Mensch, dessen Zeit genauso kostbar ist, wie die des medizinischen Personals: keine Endlostelefonenschleife, schneller Termin. Ich betrete die Praxis und weiß: Hier geht es um mich. Das Ambiente ist freundlich, hell, sauber, mit liebevollen Details. Eine höfliche, nicht herablassende Dame bittet mich, noch kurz im Wartezimmer Platz nehmen. Dort das gleiche Bild: schönes Interieur, interessante Zeitschriften, ein Wasserspender, bequeme Stühle. Ich komme nicht dazu, einen Artikel zu Ende zu lesen, werde nach fünf Minuten aufgerufen.

Ein netter Arzt begrüßt mich auf Augenhöhe. Er wirkt nicht gehetzt, dafür ehrlich, geduldig

und empathisch. Er ermuntert mich, in Ruhe von meinem Belang zu erzählen und hört aufmerksam zu. Ich habe das Gefühl, als Mensch, statt als Nummer wahr- und ernstgenommen zu werden, ich fühle mich wohl. Ich werde zu keiner Zeit von ihm oder Telefonanrufen unterbrochen. Ich merke schnell, dass der Arzt mich als Experten meiner eigenen Gesundheit anerkennt und gemeinsam mit mir eine Lösung erarbeiten möchte. Auch psychische und soziale Komponenten in meinem Leben werden einbezogen.

Der Arzt geht sehr sorgfältig vor, bezieht alle möglichen Ursachen mit ein. Er kennt das komplette therapeutische Spektrum, ist auch offen für Naturheilverfahren. Er verschreibt nur wirklich notwendige, gute und kostengünstige Medikamente mit geringen Nebenwirkungen. Die Behandlung ist individuell auf mich zugeschnitten und angemessen, es wird nicht mehr als nötig gemacht, schon gar keine Doppeluntersuchungen.

In seiner Selbsteinschätzung ist der Arzt realistisch. Er kennt seine Grenzen, überweist rechtzeitig zu einem Facharzt, arbeitet auch mit anderen Ärzten zusammen. Er kann zugeben, wenn er einen Fehler gemacht hat.

In der Beratung gibt mir der Arzt verständliche Informationen über die Krankheit, ihre Ursachen und ihren Verlauf, über die Medikamente und deren Nebenwirkungen. Er verweist auch auf externe Quellen, informiert mich über Selbsthilfegruppen. Er erklärt mir, was ich selbst beitragen kann, empfiehlt mir z. B. Patientenschulungen.

Ein utopisches Szenario? Darauf die Antwort des französischen Schriftstellers und Politikers Alphonse de Lamartine (1790 – 1869): „Utopien sind oft nur vorzeitige Wahrheiten“.

von:
Markus Bönig*

* Geschäftsführer von vitabook

IGiB-Bereitschaftspraxis: Ein Modell zur ambulanten Akut- und Notfallversorgung

Synthese aus Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle

In der Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode wird die Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung eines der zentralen Themen sein, eine These, für die drei Fakten sprechen. Zum einen werden schon länger verschiedene Ansätze und bestehende Lösungen vorgestellt und diskutiert. Zweitens fördert der Innovationsfonds im Bereich Versorgungsforschung die Auseinandersetzung mit dieser Frage. Und zum Dritten stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen seine Expertise zur „Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“ vor, die bereits in einem „Werkstattgespräch“ angerissen wurde. Damit werden die Forderungen nach schnellen und tragfähigen Lösungen lauter. Zudem erhöhen Bund und Länder – aber auch die aktuelle Mediendebatte zur Thematik – den Handlungsdruck für die kommende Legislaturperiode massiv. Damit haben die politischen Weichenstellungen für die Neuausrichtung der Akut- und Notfallversorgung begonnen, aber auch die realen, wie die „IGiB-Bereitschaftspraxis“, ein Modell zur ambulanten Akut- und Notfallversorgung als Synthese aus ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle, zeigt.

>> Wenn man nach den Gründen für den entstandenen Handlungsdruck sucht, gehören die steigenden Zahlen stationärer Aufnahmen nach Aufsuchen von Rettungsstellen, die der Höhe nach mit Demografie- und Morbiditätsentwicklung nicht hinreichend genug erklärbar sind, sicherlich dazu¹. Aus dem Vergleich der unterschiedlichen Vergütung im ambulanten und stationären Sektor (EBM/DRG) für die gleiche Leistung erkennt man beispielsweise bei einer Diagnostischen Linksherzkatheteruntersuchung (Fallkosten stationär: 1.800 Euro / ambulant: 630 Euro) die damit verbundene enorme Kostenbelastung der GKV – entstanden in Folge eines ungenutzten ambulanten Umsteuerungspotenzials².

Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2015 auf die steigende Direktinanspruchnahme der Rettungsstellen – insbesondere in Ballungsräumen – mit einer vergleichsweise hohen Versorgungsdichte, mit Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Kooperationspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen mit zugelassenen Krankenhäusern im Bereitschaftsdienst zu stundentfreien Zeiten reagiert³. Im Jahr 2016 griff der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz erneut regulierend ein, und konkretisierte seine gesetzlichen Vorgaben mit der Forderung, dass Bereitschaftspraxen (auch Notdienstpraxen oder Portalpraxen genannt) in oder an Krankenhäusern einzurichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Bereitschaftsdienst einzubinden sind⁴. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) gab zu diesem Thema 2016 ein Gutachten beim Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in Auftrag, das Reformansätze beschreibt und Handlungsempfehlungen gibt, wie eine bessere Verzahnung von stationärem und ambulanten Bereich in der Akut- und Notfallversorgung gelingen kann. Die bis zu 25 Millionen Menschen, die gemäß dieses Gutachtens jährlich und mit steigender Ten-

denz in den Rettungsstellen der Krankenhäuser deutschlandweit behandelt werden, wurden von AQUA nach allgemeinärztlichen, chirurgischen und Fällen der erweiterten internistischen Diagnostik gruppiert. Im Ergebnis zeigte sich, dass ein Drittel der Rettungsstellenfälle Akutfälle sind, für die der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst vorgehalten wird und die demnach ambulant versorgt werden müssten⁵.

Aktuell ist Anfang April 2017 mit der Einführung der „Abklärungspauschale“ im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) den Erkenntnissen folgend ein weiteres normatives Instrument zum Einsatz gekommen: Diese Pauschale kann für Patienten abgerechnet werden, die ohne medizinisch begründeten Notfall in den Rettungsstellen der Krankenhäuser vorstellig werden und richtigerweise an die ambulanten Praxen verwiesen werden.

In diesem Zusammenhang ist von den Beteiligten auch die Frage zu klären, wie die bedarfsadäquate Versorgung von Akut- und Notfallpatienten verwirklicht werden kann, ohne dabei einfach nur die Verantwortung für die Fehl-Allokation den jeweils anderen der drei Säulen in der Akut- und Notfallversorgung (ambulant, stationär, Rettungsdienst) zuzuschreiben oder eine „Verhaltensänderungsdiskussion“ auf Seiten der Patienten in Gang zu setzen und damit dann auch zu enden. Vertreter der Krankenhausseite klagen, dass ambulante Akutfälle zu Lasten „echter“ Notfälle in den Rettungsstellen teure Klinikressourcen binden. Hierfür fehle es schließlich auch an einer adäquaten Honorierung der Leistungen in den Krankenhaus-Rettungsstellen.

Tatsache ist auch, dass die steigenden Zahlen von „Krankenhaus-Selbsteinweisungen“ erst durch die breite Inanspruchnahme der Rettungsstellen überhaupt möglich wurden. Beobachter gesellschaftlicher Entwicklungen weisen in diesem Zusammenhang auf die sich verändernde Anspruchshaltung von Patienten hin, die zu-

nehmend eine 24/7-„quick & easy“-Versorgung – auch bei Schnupfen am Wochenende – wünschen und so die Rettungsstellen als einfachsten und bekanntesten Zugang zur medizinischen Versorgung auch jenseits des Notfalls wählen.

IGiB-Bereitschaftspraxis seit 2012

Mit der Herausforderung der Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen für eine bedarfsadäquate Versorgung von Akut- und Notfallpatienten hat sich die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GbR, kurz IGiB*, bereits im Jahr 2011 befasst, in dem sie das Konzept einer Bereitschaftspraxis entwickelt hat. Diese Bereitschaftspraxis kann die Grundlage für eine Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung bilden und in seiner Weiterentwicklung sogar eine Blaupause für bundesweite Lösungsansätze in der nächsten Legislaturperiode sein.

Das im Jahr 2011 von der IGiB erstmals für Brandenburg konzipierte Modell zur Errichtung und Etablierung einer Bereitschaftspraxis in Form einer Anlaufpraxis am Krankenhaus als vorgeschaltete Stelle zur Rettungsstelle wurde unter realen Bedingungen im Echtbetrieb zunächst im Ballungsraum Potsdam in Kooperation mit dem St. Josefs Krankenhaus getestet. Bereits am 1. Januar 2012 ging die erste Bereitschaftspraxis als „KV RegioMed Bereitschaftspraxis“ für einen Pilotzeitraum von insgesamt neun Monaten an den Start.

Das Modell basierte einerseits auf der Verknüpfung der zu etablierenden KV RegioMed

*: Die IGiB ist eine deutschlandweit einmalige Partnerschaft von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen, der KV Brandenburg, der AOK Nordost und der Barmer. Sie hat mit erfolgreichen Versorgungslösungen, wie der agneszwei (ambulantes Case Management) oder dem Innovationsfondsprojekt StimMT (Strukturmigration im Mittelbereich Templin), sowie den IGiB-Konferenzen bereits mehrfach bundesweit auf sich aufmerksam gemacht

Zitationshinweis

Freiberg, L., Möhlmann, H.: „Synthese aus Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle“, in „Monitor Versorgungsforschung (06/17)“, S. 38-39; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2050

Bereitschaftspraxis mit einer bestehenden Hausarztpraxis des Medizinischen Versorgungszentrums am Krankenhausstandort, andererseits mit der infrastrukturellen Verzahnung mit der Rettungsstelle des Krankenhauses. Die Praxis wurde vor dem Start der Pilotphase räumlich unmittelbar neben der Rettungsstelle angesiedelt, jedoch der direkte Zugang von fußläufig an den Standort kommenden Patienten in die Rettungsstelle aufgehoben. In einer Kombination aus ambulanter Hausarzt- und Bereitschaftspraxis konnten Akutpatienten zu Sprechstundenzeiten und auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten im medizinisch erforderlichen Maße an einem zentralen Ort behandelt sowie die Rettungsstelle von ambulanten Akutfällen entlastet werden, wie im Rahmen der Evaluation nachgewiesen wurde⁶.

Zur Nachhaltigkeit solcher Strukturen gehören auch Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit und Effizienz mittels gemeinsam zu nutzenden und bestehenden räumlichen, technischen und personellen Ressourcen. Die Ansiedlung der Bereitschaftspraxis wurde im Modellvorhaben als zentraler Anlaufpunkt für fußläufige Patienten im Einzugsbereich und als vorangestellte Struktur zur Rettungsstelle etabliert. Kernelement im Konzept ist die gemeinsame, durchgängig besetzte Anmeldung sowie der gemeinsame Wartebereich von Praxis und Rettungsstelle.

Mittels vereinbarter Entscheidungskriterien erfolgt die zielgerichtete Steuerung der Patienten nach dem Gesundheitszustand zu dem jeweils bedarfsadäquaten Versorgungsangebot am Standort. Die Standortidentität ist für den Patienten auch deshalb so wichtig, weil diese ihre gesundheitlichen Probleme tendenziell fehleinschätzen und ihnen die genauen Zuständigkeiten der Säulen der Akut- und Notfallversorgung nicht oder nur unzureichend bekannt beziehungsweise verständlich sind. Überlässt man es dem Patienten zu entscheiden, durch welche „Tür“ er geht, entscheidet er sich erfahrungsgemäß für die „Tür“ der Rettungsstelle, selbst wenn die „Tür“ der Bereitschaftspraxis nur wenige Meter entfernt liegt.

„Plug and Play“-Ansatz

Das gesamte Bereitschaftspraxismodell wurde als „Plug and Play“-Ansatz konzipiert, um bei erfolgreicher Pilotierung ein landesweites Rollout in Brandenburg vornehmen zu können. Die Maßgaben des Projektes, die erste KV RegioMed Bereitschaftspraxis am St. Josefs Krankenhaus in Potsdam bis zum Ende der Pilotphase des IGiB-Projektes zu etablieren, wirtschaftlich eigenständig zu führen und in die Regelversorgung überführen zu können, wur-

den erreicht. Darüber hinaus ist es dem Projektinitiator IGiB gelungen, einheitliche vertragliche Grundlagen, Regelungsinhalte zur Leistungsfinanzierung und zur Evaluation des Projektes sowie adaptierbare Regelungen zur Zusammenarbeit mit einem jeweils beteiligten Krankenhaus zu treffen, um den Grundstein für ein Rollout zu legen. Nicht bewährt hatte sich hingegen die Kombination mit der Hausarztpraxis am Standort zu Sprechstundenzeiten, da diese nicht der Nachfragestruktur entsprach. Aufgrund dieser Erfahrung erscheint es besser, Akutpatienten zu Sprechstundenzeiten an umliegende Arztpraxen zu verweisen, als hierfür zusätzliche Ressourcen vorzuhalten.

Mittlerweile ist das Modell der KV RegioMed Bereitschaftspraxis in Brandenburg fest etabliert und wurde seitens der KV Brandenburg regionalspezifisch weiterentwickelt. Ziel ist es, eine flächendeckende Versorgung mittels derartiger Standorte in gemeinsamer Verantwortung mit den Ärzten sowie in Kooperation mit den Krankenhäusern vor Ort und aktiver Beteiligung seitens der GKV umzusetzen.

Beginnend in Königs Wusterhausen übernimmt die KV Brandenburg seit April 2017 auch die zentrale Patientensteuerung zur Akut- und Notfallversorgung über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 in enger Kooperation mit der Regionalleitstelle Lausitz. Im Rahmen dieser Weiterentwicklung bleibt darüber hinaus die Bereitschaftspraxis in Königs Wusterhausen auch zu Nachtzeiten geöffnet und wird ressourcenschonend und nachfrageadäquat ab 22 Uhr durch einen Arzt des Krankenhauses besetzt.

Die Erfahrungen, die anhand der Umsetzung des in der IGiB konzipierten Modells seit dem Jahr 2012 gemacht werden konnten und die zwischenzeitlich in der weiteren Umsetzung zu verschiedenen regionalen Ausprägungen und Weiterentwicklungen geführt haben, können



jetzt helfen, einen auch über die Landesgrenzen hinaus nutzbaren sektorenübergreifenden Lösungsansatz in der 24/7-Akut- und Notfallversorgung zu finden und die erforderlichen Veränderungen praktikabel, wirtschaftlich und möglichst reibungsfrei umzusetzen.

Damit hat die IGiB einmal mehr bewiesen, dass in gemeinsamer Verantwortung von Körperschaft und Krankenkassen neue Wege beschritten und bedarfsadäquate Strukturen nicht nur in der Konzeptionierung, sondern auch in der Realisierung mittels einer gemeinsam geschulterten Anschubfinanzierung erfolgreich umgesetzt werden können. Damit dies regelhaft der Fall sein kann, ergibt sich eine klare Forderung an die Gesetzgebung: Für die Erprobung und Etablierung neuer Strukturen ist es zwingend, jetzt den gesetzlichen Rahmen zu schaffen. Nötig ist es, „Fenster“ für übergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in die Sozialgesetzbücher V, X und XI einzubauen, die es Krankenkassen, aber auch Bund und Ländern ermöglichen, sich an notwendigen Investitionen und Aufwendungen zu beteiligen⁷.

Von der Versorgungsforschung wird erwartet, dass in Bezug auf das Thema der ambulant-sensitiven Leistungen – also die Krankenhausfälle, die durch eine vorausschauende ambulante Behandlung grundsätzlich vermeidbar wären oder aber in einer niedergelassenen Arztpraxis hätten versorgt werden können – der Nachweis erbracht wird, dass neuartige übergreifende Strukturen, wie die von der IGiB konzipierte Bereitschaftspraxis, als Anlaufpraxis am Krankenhaus nicht nur besser für die Patientenversorgung, sondern auch wirtschaftlicher als die bisherige Versorgung in den Rettungsstellen und somit Investitionen in derart neue Strukturen gut angelegt sind. <<

von: Lutz O. Freiberg, IGiB GbR
Harald Möhlmann, AOK-Nordost

Literatur

- 1: Statistisches Bundesamt (2016), Notfall als Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung in % aller Anlässe
- 2: BARMER Versorgungs- und Forschungskongress (2017) Vortrag von Prof. Dr. Christoph Straub, S.13 - <https://www.barmer.de/blob/70074/04ef54351138ef921646b46cc18e9c87/data/dr-christoph-straub-versorgungssteuerung.pdf> (letzter Aufruf 19.09.2017)
- 3: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015), gem. § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V
- 4: Krankenhausstrukturgesetz (2016)
- 5: AQUA-Institut: Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen (06.09.2016), Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, S. 15;
- 6: Interne Evaluation IGiB, 2012
- 7: AOK Forum (2/2017) Ambulant-stationäre Revolution in der Uckermark, S. 8; Schoppmeyer, M. (04.01.2017), Fachbeitrag VERSORGUNG, Die Notfallversorgung auf dem Prüfstand, Steigende Patientenzahlen in Notaufnahmen der Kliniken, <http://www.iww.de/cb/management/versorgung-die-notfallversorgung-auf-dem-pruefstand-f100774> (letzter Aufruf 05.09.2017); Straub, Ch. et al. (2016) Handlungsfelder für eine sektorübergreifende Versorgung in Gesundheitswesen Aktuell, S.14-35

Nutzen und Wert

Wirtschaftliche Erstattungsbeträge sind verhandelbar

Grundidee des AMNOG war es im Jahr 2010, die Preisbildung am Nutzen eines Arzneimittels zu orientieren. Der Gesetzgeber verband damit die Erwartung, aber nicht die Konsequenz, dass ein auf Grundlage dieser Nutzenbewertung zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und einem pharmazeutischen Unternehmen verhandelter Preis wirtschaftlich sei [1]. Spätestens seit einem Beschluss und folgendem Urteil des LSG Berlin-Brandenburg [2] zu einer Entscheidung der Schiedsstelle wird die Diskussion um die Wirtschaftlichkeit von Erstattungsbeträgen und deren Zustandekommen aber wieder intensiv geführt. Es wird deutlich, dass zwischen den Beteiligten auf allen Ebenen kein Konsens darüber herrscht, wann ein Erstattungsbetrag als wirtschaftlich anzusehen ist. Bedenklich ist daran vor allem, dass in der Folge Ärzte und Patienten verunsichert sind, wann ein Arzneimittel mit Erstattungsbetrag eingesetzt werden kann. Die Versorgung von Patienten mit innovativen Therapien sicherzustellen, war aber einer der wesentlichen Beweggründe für das AMNOG.

>> In dieser Situation ist der Bedarf an einer weiteren Überarbeitung des AMNOG-Prozesses und an neuen Weichenstellungen offensichtlich. Die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V zwischen GKV-Spitzenverband und den pharmazeutischen Unternehmen können dabei eine tragende Rolle übernehmen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss stuft auf Grundlage der von einem pharmazeutischen Unternehmen in einem Nutzendossier zum Zeitpunkt der Markteinführung vorgelegten Daten (z.B. Zulassungsstudien) das Ausmaß des Zusatznutzens eines Arzneimittels gegenüber der ebenfalls vom Gemeinsamen

Bundesausschuss bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie ein. Er bildet die Kategorien „erheblich“, „beträchtlich“, „gering“, „nicht belegt“ und „geringerer Nutzen“ (mit abnehmendem Zusatznutzen in dieser Reihenfolge). Außerdem kann der Gemeinsame Bundesausschuss den Zusatznutzen noch als „nicht quantifizierbar“ einschätzen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet auch die Aussagesicherheit der vorgelegten Daten mit den Prädikaten „Beleg“, „Hinweis“ oder „Anhaltspunkt“ (mit abnehmender Aussagesicherheit in dieser Reihenfolge). Grundlage für die Entscheidung des Gemeinsamen Bundes-

ausschusses, aber nicht bindend für diese, ist ein Gutachten des IQWiG. Das IQWiG legt sein Gutachten drei Monate nach Markteinführung bzw. Zulassung eines neuen Anwendungsgebietes vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet nach weiteren drei Monaten.

Die Rolle der Erstattungsbetragsverhandlungen

Das AMNOG geht konzeptionell den Weg, einer formalisierten Bewertung des Nutzens eines Arzneimittels auf Grundlage klinischer Evidenz eine deliberative Verhandlung des von der GKV erstatteten Preises für dieses Arzneimittel folgen zu lassen. Dem entspricht, dass der formale Rahmen für die Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erheblich umfangreicher ist als für die Erstattungsbetragsverhandlungen. Die Nutzenbewertung wird geregelt u.a.

- durch § 35a SGB V,
- durch die Arzneimittelnutzenbewertungsverordnung,
- durch die Verfahrensordnung des G-BA,
- durch das Methodenpapier des IQWiG.

Der Rahmen für die Erstattungsbetragsverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmen ist wesentlich schmäler. Er ist bestimmt durch

- § 130b SGB V und
- die Rahmenvereinbarung nach dessen § 9.

Auch sind die Verhandlungen grundsätzlich vertraulich. Der Gesetzgeber hat auf diese Weise den Verhandlungsparteien die Möglichkeit gegeben, flexibler zu agieren und – so formuliert es die Rahmenvereinbarung – die Umstände des Einzelfalls und die Besonderheiten des Therapiegebietes beim Ausgleich der Interessen der GKV-Versichertengemeinschaft und des pharmazeutischen Unternehmers stärker einzubeziehen.

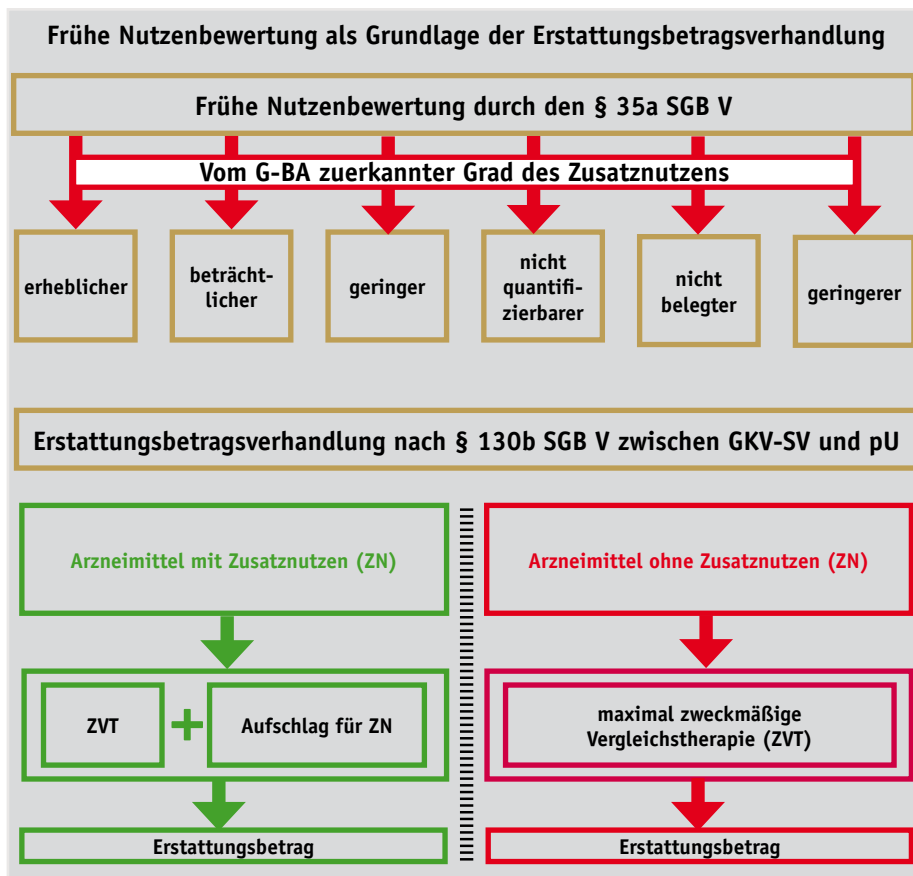


Abb. 1: Nutzenbewertung als Grundlage der Erstattungsbetragsverhandlung. Quelle: eigene Darstellung.

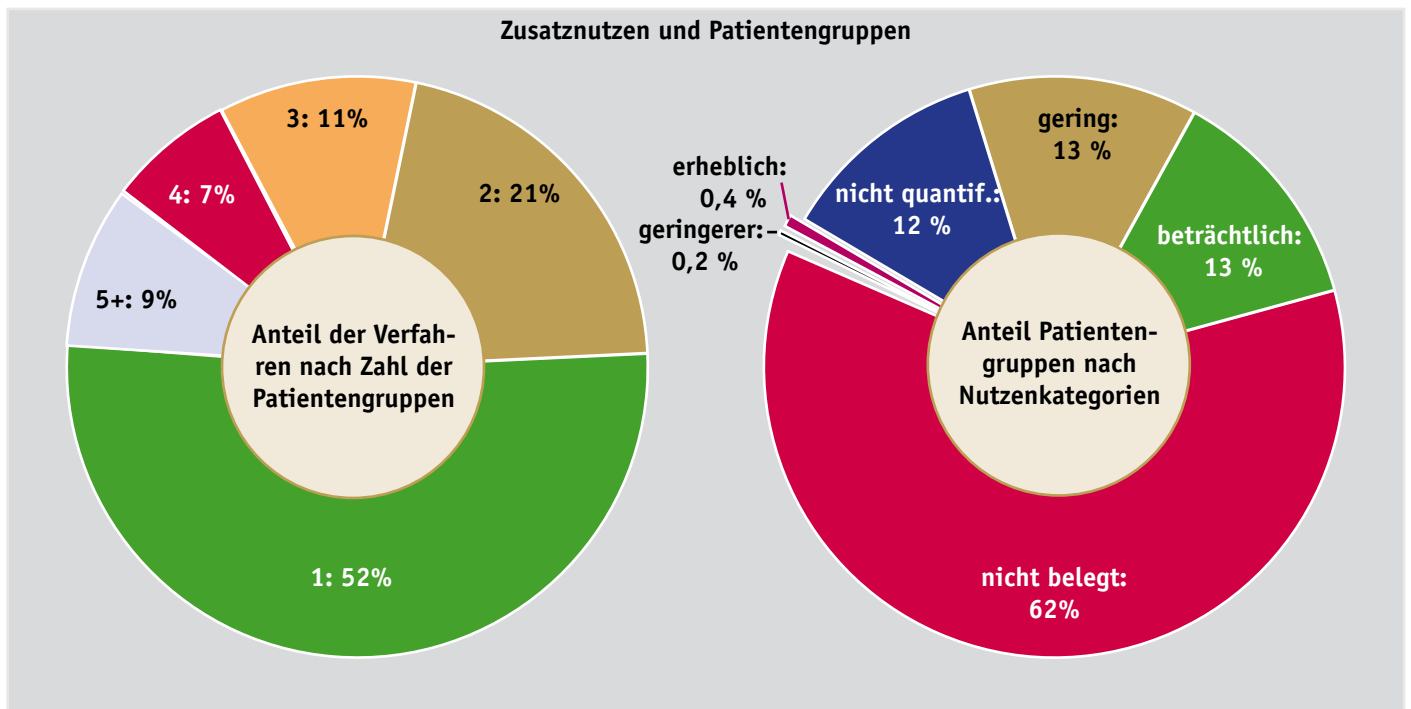


Abb. 2: Anteil der Verfahren mit ein bis vier sowie mehr als vier Patientengruppen an allen 223 Nutzenbewertungsverfahren, sowie Anteil der Patientengruppen mit den verschiedenen Zusatznutzenkategorien an allen 472 bewerteten Patientengruppen (Quelle: vfa, Stand Juni 2017).

Nutzenbewertung in Patientengruppen

Regelmäßig differenziert der Gemeinsame Bundesausschuss seine Nutzenbewertung nach verschiedenen Patientengruppen. Dies kann notwendig sein, wenn ein Wirkstoff oder Arzneimittel für verschiedene Anwendungsgebiete eingesetzt wird. Auch darüber hinaus findet in vielen Nutzenbeschlüssen eine Binnendifferenzierung nach Therapiesituationen statt, dies können Co-Morbiditäten oder auch Co-Medikationen sein. Für die einzelnen Patientengruppen werden dann gesonderte Nutzenbewertungen vorgenommen und gesonderte zweckmäßige Vergleichstherapien definiert. Derzeit wurde in 223 Bewertungsverfahren ein Zusatznutzenurteil für 472 Patientengruppen gefällt (Stand: 19. Juni 2017, Quelle: vfa). In seinen Beschlüssen hat der Gemeinsame Bundesausschuss bisher bis zu 16 Patientengruppen unterschieden. Bemerkenswert ist auch, dass es in 46 Verfahren gleichzeitig sowohl Patientengruppen mit Zusatznutzen als auch Patientengruppen ohne Zusatznutzen gab.

Ablauf der Verhandlungen

Der GKV-Spitzenverband und das pharmazeutische Unternehmen haben nach § 130b Abs. 1 SGB V im Anschluss an die Nutzenbe-

wertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe, in einem Zeitraum von sechs Monaten auf Grundlage des festgestellten Zusatznutzens einen Erstattungsbetrag zu verhandeln (Abbildung 2), der den zuvor (maximal 12 Monate) gültigen Abgabepreis ersetzt. Einigen sich die Verhandlungsparteien nicht, wird der Erstattungsbetrag von der Schiedsstelle nach § 130b Abs. 4 SGB V festgesetzt. Die Schiedsstelle muss dann in weiteren drei Monaten ihr Schiedsurteil fällen.

Die Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V bestimmt für Arzneimittel mit Zusatznutzen, dass der Erstattungsbetrag durch einen Zuschlag auf die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie bestimmt werden soll. Die Zuschlagsbestimmung soll unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Therapiegebietes erfolgen und sich nach dem Ausmaß des Zusatznutzen richten. Eine weitergehende Vorschrift gibt es dazu nicht. [3]

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie fest, sollen die Kosten für die neue Therapie nicht höher sein als die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie (§ 130b Abs. 3b SGB V). Mit dem Arzneimittelversorgungstärkungsgesetz (AM-VSG) vom 01.04.2017 ist die ursprüngliche „Muss“-Vorschrift hier in eine „Soll“-Vorschrift überführt worden. [4]

Zusammenhang von Nutzenbewertung und Erstattungsbetrag

Mittlerweile liegen die Ergebnisse von über 200 Erstattungsbetragsverhandlungen vor. Auf dieser Grundlage haben sich in letzter Zeit eine ganze Reihe von Untersuchungen mit der Frage beschäftigt, ob und wie das Zusatznutzenurteil des G-BA und der Erstattungsbetrag korrelieren. Auch zu den Entscheidungen der Schiedsstelle liegen mittlerweile empirische Analysen vor.

Grundsätzlich sind die Erstattungsbetragsverhandlungen allerdings vertraulich. Bekannt wird in der Regel nur der in dem öffentlichen Preisverzeichnis (der „Lauertaxe“) verzeichnete Erstattungsbetrag. Augenfällig ist darum zunächst der durch den Erstattungsbetrag erzielte Rabatt auf den ursprünglichen Abgabepreis. Greiner et al. [5] geben einen durchschnittlichen Rabatt von 20,7 % an. Sie stellen für die sechs meistverhandelten therapeutischen Anwendungsgebiete auch einzelne Rabattniveaus von ca. 12 % für Infektionskrankheiten bis 41 % für neurologische Erkrankungen dar. Die Operationalisierung der Durchschnittsbildung dokumentieren sie allerdings nicht.

Ohnehin ist der Rabatt zur Einordnung eines Erstattungsbetrages nur bedingt geeignet, da er wesentlich auch vom ursprünglichen Abgabepreis eines Arzneimittels abhängt. Er entspricht damit nicht dem Aufschlagsvor-

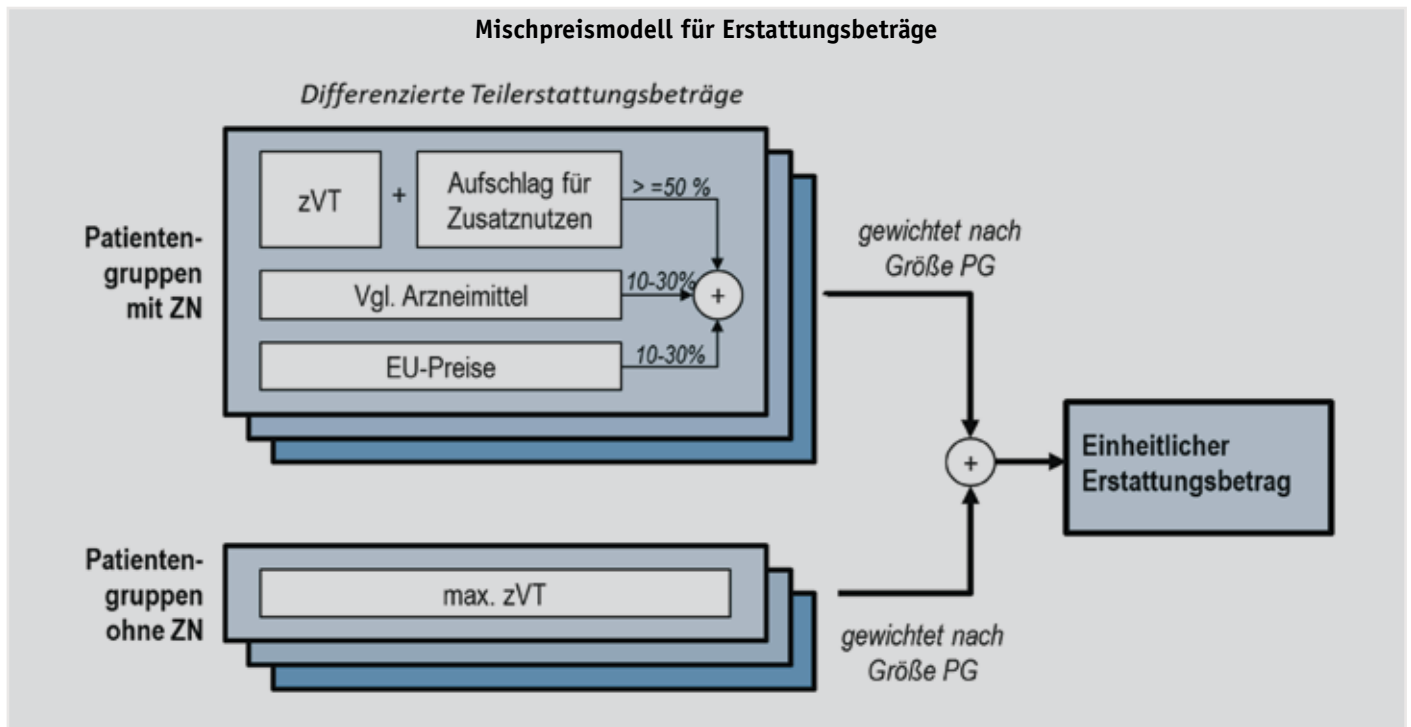


Abb. 3: Mischpreismodell für Erstattungsbeträge. Legende: ZN = Zusatznutzen, PG = Patientengruppen.

hen, auf dem der zusatznutzenorientierte Erstattungsbetrag der Grundidee nach basiert. Paradoxerweise fokussiert sich die öffentliche und politische Diskussion aber immer wieder auf den Betrag der durch die Rabatte erzielten Einsparungen [6] und nimmt damit die insbesondere von den pharmazeutischen Unternehmen vorgeschlagene Perspektive ein, die von den Krankenkassen und schließlich auch vom Gesetzgeber aber ansonsten abgelehnt wird.

Welche Überlegungen und welche konkreten Parameter dem einzelnen konkreten Erstattungsbetrag zugrunde liegen, wird nicht bekannt. Mögliche Analysen der Zusammenhänge zwischen Ausgangsparametern und Erstattungsbetrag müssen also statistische Modellierungen zu Hilfe nehmen. Dazu gibt es unterschiedliche Ansätze. Hofmann et al. beschritten 2015 den Weg, die Korrelation zwischen Aufschlagsfaktor auf die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie und dem Ausmaß des Zusatznutzens statistisch zu untersuchen [7]. Sie konstatieren einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines Zusatznutzens und dem (relativen) Aufschlag. Radic et al. sehen den gleichen Zusammenhang [8].

Hofmann et al. sehen dadurch bestätigt, dass die Verhandlungen tatsächlich einem Aufschlagmodell folgen. Sie betonen allerdings, dass die Zahl der betrachteten Verfahren zum betrachteten Stand Mitte 2015 nicht ausreichend sei, um einen möglichen Algorithmus also eine mögliche Korrelation

zwischen Grad des Zusatznutzens und Aufschlag (oder umgekehrt auch Rabatthöhe) zu finden [7]. Interessanterweise kommen spätere nachfolgende Studien (z.B. Theidel et al. [9] Ende 2015 und sogar Greiner et al. Anfang 2017, dort zur Rabatthöhe [5]) aber jeweils zu ähnlichen Schlussfolgerungen: Der relative Aufschlag (oder die umgekehrte Rabatthöhe) ist deutlich (also statistisch signifikant) abhängig davon, ob überhaupt ein Zusatznutzen festgestellt wurde.

Eine erkennbare (also signifikante) statistische Korrelation zwischen Ausmaß und Höhe des Erstattungsbetrages lässt sich aber in keiner Untersuchung angeben. Dies bedeutet zunächst, dass der festgestellte Zusatznutzen und (durch die Umrechnung eines relativen Aufschlags in einen absoluten) die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen fundamentalen Einfluss auf den Erstattungsbetrag haben. Die Preisverhandlung folgt also nachgewiesenermaßen der Nutzenbewertung. Es lässt sich allerdings keine Vorhersagbarkeit eines konkreten Erstattungsbetrags auf Grundlage des Zusatznutzenurteils nachweisen.

Ludwig et al. haben diese Fragestellung auch für die Schiedsstelle untersucht [10]. Sie stellten eine empirische Analyse über Schiedsstellenentscheidungen aus fünf Jahren an. Sie fanden Hinweise für einen näherungsweise algorithmischen Ansatz. Gleichzeitig konstatieren sie aber auch, dass die geforderte Abwägung der Interessen durch die Schieds-

stelle nur innerhalb einer sehr begrenzten Bandbreite stattfindet.

Mischpreis

Es überrascht wenig, dass es schwierig ist, einen kalkulatorischen Zusammenhang zwischen Nutzenbeurteilung und Erstattungsbetrag nachzuvollziehen, wenn man sich verdeutlicht, dass in der realen Verhandlung die Zahl der zu berücksichtigenden Parameter sehr umfangreich werden kann. Neben dem Nutzenurteil und den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie sind laut Rahmenvereinbarung für Arzneimittel mit Zusatznutzen auch die Preise vergleichbarer Arzneimittel und die Preise im europäischen Ausland als Kriterien in die Ermittlung eines Erstattungsbetrages einzubeziehen. In der Praxis macht hier der zusatznutzenorientierte Anteil des Erstattungsbetrags, also die Addition von Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie und Zuschlag, meist mindestens 50 % des Erstattungsbetrages aus. Die durchschnittlichen Kosten in anderen europäischen Ländern und die Kosten vergleichbarer Arzneimittel gehen typischerweise mit einem Gewicht von 10-30 % in den Erstattungsbetrag ein. Nach Lesart des GKV-Spitzenverbandes werden diese Kriterien nur auf die Patientengruppen mit Zusatznutzen bezogen.

Gleichzeitig gilt es im Fall mehrerer Patientengruppen, die differenzierten Nutzenbeschlüsse und die nach den einzelnen

Patientengruppen durchaus verschiedenen weiteren Kriterien zu einem einheitlichen Erstattungsbetrag zusammenzufassen, um einen einheitlichen Abgabepreis zu gewährleisten (§ 78 Abs. 3 AMG). Obwohl das SGB V und die Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V den Begriff der Patientengruppe und das Konzept eines nach verschiedenen Patientengruppen differenzierten Nutzenbeschlusses gar nicht kennen, hat sich vorangetrieben vom GKV-Spitzenverband als Standardvorgehen die Ermittlung eines Mischpreises herausgebildet (s. dazu auch [11]).

Dabei wird zunächst eine Einzelbetrachtung der Erstattungsbeträge je Patientengruppe angestellt. Für Patientengruppen mit Zusatznutzen wird ein Erstattungsbetrag jeweils anteilig aus den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie zuzüglich Zuschlag auf Basis des Zusatznutzens, aus den Kosten vergleichbarer Arzneimittel und aus den europäischen Preisen gebildet. Für Patientengruppen ohne Zusatznutzen ergibt sich der differenzierte Erstattungsbetrag maximal aus den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in der jeweiligen Patientengruppe. Anschließend wird das Mittel der einzelnen differenzierten Erstattungsbeträge als gesamthafter Erstattungsbetrag bestimmt. Bei der Mittelwertbildung werden die einzelnen Patientengruppen nach ihrer Größe, also der Zahl der betrachteten Patienten, gewichtet. (Abb. 3). Das sich ergebende Modell kann, insbesondere wenn viele Patientengruppen zu betrachten sind, sehr komplex werden. Allein dies macht es für Außenstehende sehr schwierig, die resultierenden Erstattungsbeträge rechnerisch nachzuvollziehen.

Parameter des Mischpreismodells

Es ist nicht nur zu berücksichtigen, dass die mögliche Komplexität des Mischpreismodells eine Nachvollziehbarkeit des Erstattungsbetrags erschweren kann. Es ist auch einzubeziehen, dass obwohl es sich um ein kalkulatorisches Modell handelt, dessen Parameter nur bedingt deterministisch sind. Dies gilt nicht nur für den am Zusatznutzen orientierten Zuschlag zu den Kosten der Vergleichstherapie, sondern auch für die einzubeziehenden europäischen Vergleichspreise, die vergleichbaren Arzneimittel und ebenso für die Patientenzahlen in den einzelnen Patientengruppen. Alle diese Parameter sind nach übereinstimmender Einschätzung vieler Verhandlungsbeteiligter immer wieder Gegenstand kontroverser Diskussionen in den Verhandlungen.

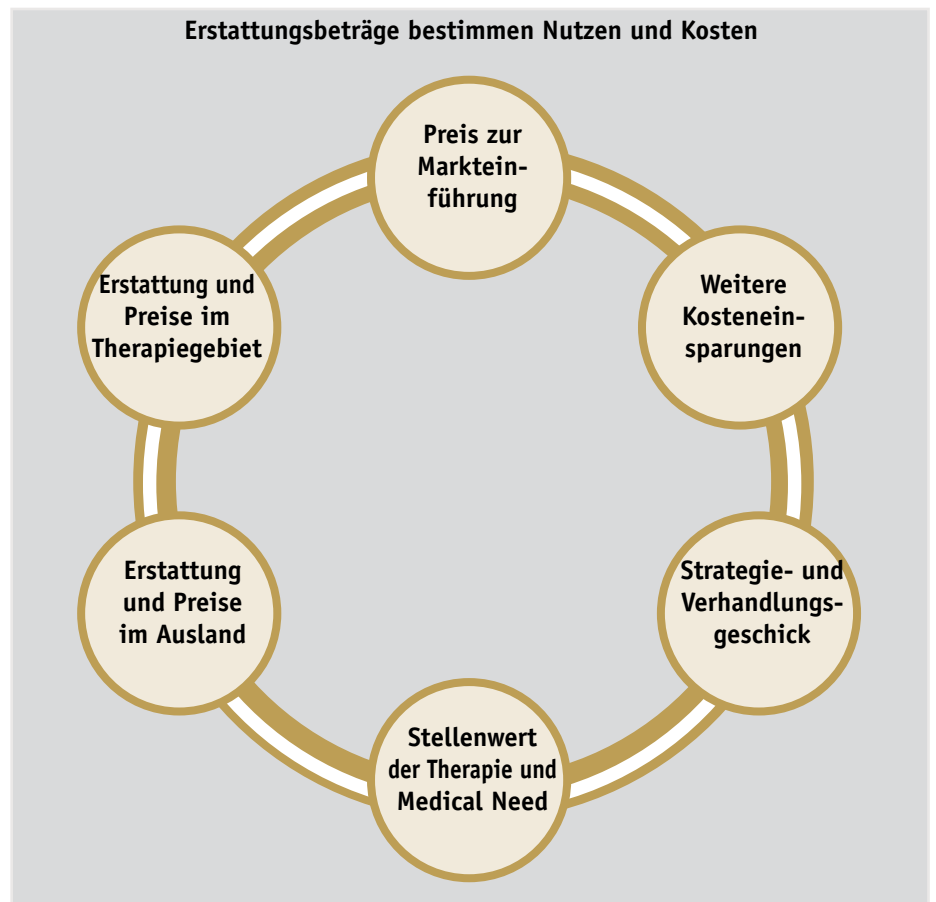


Abb. 4: Erstattungsbeträge bestimmen Faktoren über Nutzenbewertung und Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie hinaus.

Bei den Preisen in anderen europäischen Ländern ist zwar die Liste der Referenzländer fest definiert und auch die Durchschnittsbildung in der Rahmenvereinbarung festgelegt, das Gesetz und die Rahmenvereinbarung formulieren hier aber den Term „tatsächliche Abgabepreise“, ohne diesen Begriff näher zu definieren, was regelmäßig zu unterschiedlichen Auffassungen der Verhandlungsparteien führt. Zu den vergleichbaren Arzneimitteln legt die Rahmenvereinbarung als Voraussetzung eine Zulassung für das gleiche Anwendungsgebiet fest und bestimmt darüber hinaus, dass vergleichbare Aussagen über den zu erwartenden Erfolg der Behandlung vorliegen müssen. Auch hier gibt es immer wieder intensive Auseinandersetzungen zur Operationalisierung und sehr unterschiedliche Positionen. Diese Parameter unterliegen damit ebenfalls einer Verhandlungseinigung.

In den Verhandlungen, in denen mehrere Patientengruppen zu berücksichtigen sind, spielt die Zahl der Patienten in den einzelnen Patientengruppen eine wesentliche Rolle im Mischpreismodell. Als Gewichtungsfaktor bestimmt die Größe einer Patientengruppe direkt linear den Anteil des Teilerstattungsbetrages für die Gruppe am Gesamterstattungsbetrag.

Dahinter steht die Frage, welchen wirtschaftlichen Anteil die Anwendung eines Arzneimittels in einer bestimmten Patientengruppe an den Gesamtaufwänden für dieses Arzneimittel hat.

Die Zahl der betroffenen Patienten gibt der Gemeinsame Bundesausschuss in den einzelnen Patientengruppen im Rahmen seines Nutzenbeschlusses an. Der Gemeinsame Bundesausschuss ermittelt die angegebenen Patientenzahlen aufgrund epidemiologischer Überlegungen. Die Beantwortung dieser Fragestellung ist nicht trivial. Sogar für den Bereich der antidiabetischen Therapien, also für weitverbreitete chronische Erkrankungen, gibt es dazu keine verlässliche und konsenterte Vorgehensweise [12]. Und insbesondere für moderne onkologische Wirkstoffe, deren Anwendungsgebiete mitunter durch histologische Befunde, Mutationsstatus und Behandlungsstadium definiert ist, liegen selbst in den Daten nach § 217f Abs. 7 oftmals keine ausreichenden Informationen zu Patientenzahlen vor, die eine zuverlässige Quantifizierung der Patientengruppen erlauben. Typischerweise ist es dann Aufgabe der Verhandlung, eine Einigung dazu zu finden, ob und welche weiteren Daten einbezogen werden oder ob es

weitere zu berücksichtigende Umstände gibt. Der rechtliche Rahmen dafür ist zur Zeit allerdings sehr eng definiert.

Insgesamt ist mit Blick auf die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag also immer davon auszugehen, dass auch die quantitativen Parameter des Mischpreismodells und damit die Verhandlungsergebnisse an sich weniger einer algorithmischen oder kalkulatorischen Rationale folgen, als vielmehr Kompromisse widerspiegeln, die – so benennt es die Rahmenvereinbarung – einen Interessenausgleich zwischen der (GKV-)Versichertengemeinschaft und dem pharmazeutischen Unternehmen darstellen.

Weitere Faktoren

Originäre Aufgabe der Verhandlung ist der Brückenschlag zwischen der medizinisch-wissenschaftlichen Perspektive auf den Nutzen von Arzneimitteln im Rahmen der Nutzenbewertung und der wirtschaftlichen Sicht auf Erstattungsbeträge bei den Verhandlungspartnern und in der GKV. Jeder Verhandlungspartner muss in einer Verhandlung für sich die Frage beantworten, was ihm das betrachtete Arzneimittel wert ist. Die notwendige Monetarisierung des Nutzens eines Arzneimittels unterliegt damit zusätzlichen außerhalb der Nutzenbewertung liegenden Werturteilen. Ganz offensichtlich gilt dies für den am Zusatz-

nutzen orientierten Aufschlag auf die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie für Arzneimittel in Patientengruppen mit Zusatznutzen. Es gilt aber auch für viele weitere Aspekte. In der Diskussion zu den Erstattungsbetragsverhandlungen werden neben den wenigen formalisierten Kriterien und den quantitativen Parametern des Mischpreismodells deshalb immer wieder zusätzliche komplexe Faktoren deutlich (Abb. 4), die Bewertungsgegenstand sind und das Verhandlungsergebnis wesentlich beeinflussen (s. z.B. [5] oder [13]).

Dies sind u.a. der ursprüngliche Preis zur Markteinführung und auch Überlegungen zur internationalen Preisreferenzierung. Erstattung und Preise im Ausland sowie im Therapieumfeld der verhandelten Arzneimitteltherapie spielen ebenfalls immer wieder eine Rolle. Und auch wenn es bisher keine offizielle Kosten-Nutzenbewertung nach § 35b SGB V gab, so können immer auch mögliche weitere Kosteneinsparungen durch eine Arzneimitteltherapie einen Verhandlungsgegenstand und Einflussfaktor darstellen.

Im Rahmen der Verhandlung und auch in der öffentlichen Wahrnehmung spielen häufig auch der Stellenwert einer Therapie und die Frage eine Rolle, ob es neben dieser Therapie noch Alternativen gibt. Insbesondere dann wenn der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Beleg für einen Zusatznutzen sieht, Ärzte und Patienten dagegen aber einen besonderen the-

rapeutischen Bedarf sehen. Als Beispiel seien die Diskussionen zur Nutzenbewertung bei neuro-degenerativen Erkrankungen genannt [14]. Auch im Fall von Orphan Drugs gibt es häufig wenig Vergleichsparameter oder diese fehlen, wie etwa die Kosten der vergleichbaren Arzneimittel. Dafür ist hier der Medical Need besonders hoch. Es muss davon ausgegangen werden, dass dies einen u.U. nicht unbedeutenden Einfluss auf die Verhandlungen und den Erstattungsbetrag hat.

Inwieweit es einer Verhandlungspartei gelingt, solche „weichen“ Einflussfaktoren und Argumente erfolgreich in die Verhandlung einzuführen, ist sicher eine Frage der Strategie und des Verhandlungsgeschicks und damit auch der Verhandlungserfahrung. Dabei kann der GKV-Spitzenverband durch einen Überblick über die verschiedenen Verhandlungen auch in Therapiebereichen, in denen die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen in Wettbewerb zueinander stehen, möglicherweise nicht nur einen Wissensvorsprung gewinnen, sondern durch die Vielzahl der durchgeführten Verhandlungen auch sehr viel mehr praktische Verhandlungserfahrung aufbauen. Der konkrete Einfluss der Verhandlungsstrategie und der Verhandlungskompetenz auch auf der Seite des pharmazeutischen Unternehmens auf das Verhandlungsergebnis wird deshalb, wenn auch prinzipiell kaum zu konkretisieren oder zu quantifizieren, ganz erheblich sein.

Literatur

- [1] Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG). Drucksache 17/2413. 07.07.2010
- [2] Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 28.06.2017, Aktenzeichen L 9 KR 213/16 KL
- [3] Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V, Fassung vom 30.06.2016
- [4] Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVStG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/AMVStG_Kabinettdvorschlag.pdf, abgerufen am 15.06.2017
- [5] Greiner, W. und Witte, J. „AMNOG-Report 2017 - Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Deutschland.“ In: „Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung“ (Band 17), Bielefeld, 2017
- [6] Bundesministerium für Gesundheit. „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/arzneimittelmarkt-neuordnungsgesetz-amnog.html>, abgerufen am 15.06.2017
- [7] Hofmann, J. und Schnorrpfeil, W. „Einfluss Zusatznutzen auf Preisverhandlung“. In: market access & health policy 05 (2015): 24- 27
- [8] Radic, D., Haugk, S. und Radic, M. „Nutzenbewertung und Preisverhandlung unter AMNOG: Berechenbares Verfahren oder unfaire Pokerpartie?“ In: Das Gesundheitswesen, 2016, DOI: 10.1055/s-0042-113600
- [9] Theidel, U. und von der Schulenburg, J.-M. „Benefit assessment in Germany: implications for price discounts“. In: Health Econ Rev. 2016; 6: 33. DOI 10.1186/s13561-016-0109-3
- [10] Ludwig, S. und Dinstios, C.-M. „Arbitration Board Setting Reimbursement Amounts for Pharmaceutical Innovations in Germany When Price Negotiations between Payers and Manufacturers Fail: An Empirical Analysis of 5 Years' Experience“. In: Value in Health 19 (2016), DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.05>.
- [11] König, M. und Penske, M. „Eine Frage der Mischung – wie lassen sich wirtschaftliche Erstattungsbeträge verhandeln?“. In: market access & health policy, 03 (2017)
- [12] Ten Horen, C., Mostardt, S., Schwalm, A. u.a. „Auf der Suche nach der unbekanntem Zahl: Bestimmung der Patientenpopulation für die frühe Nutzenbewertung am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2“. In: Gesundh ökon Qual manag 2017; 22(01): 35-42, DOI: 10.1055/s-0042-111422
- [13] Moos, M., Bot, D. und Ecker, C. „Preisverhandlung für Orphan Drugs unter AMNOG: Welchen Einfluss hat das Verhandlungsgeschick?“. Posterpräsentation auf der DGGÖ-Jahrestagung März 2017, <https://www.ecker-ecker.de/pdf/Poster-Preisverhandlung-fuer-Orphan-Drugs20170302.pdf>, gesehen am 15.06.2017
- [14] Bittner, S., Meuth, G. „Versorgungsrealität und therapeutischer Bedarf bei Multipler Sklerose - Auswirkungen des AMNOG“. In: Der Nervenarzt April 2016, Volume 87, 394-401, DOI: 10.1007/s00115-016-0086-0
- [15] Bauer, C., May, U. und Wasem, J. „Analyse und Beschreibung des AMNOG-Umsetzungsproblems in die Versorgungspraxis.“ No. 216. IBES Diskussionsbeitrag, 2016.
- [16] Bickel, B. „Frühe Nutzenbewertung nach AMNOG und Auswirkungen auf die Vertragsärzte.“ Arzneiverordnung in der Praxis 43 (2016): 43-47.
- [17] Weegen, C., Wasem, J. u.a. „Umsetzung des AMNOG in die Versorgungspraxis.“ No. 217. IBES Diskussionsbeitrag, 2016.
- [18] Kassenärztliche Bundesvereinigung. „Praxisnachrichten: KBV fordert gesetzliche Klarstellung zu Mischpreisen“, http://www.kbv.de/html/1150_28187.php, gesehen am 15.06.2017
- [19] o. Autor. „SGB V Handbuch mit Begründungen durch das GKV-VStg“, KKF, Altötting, 2012, 230-231.

Mischpreis und Wirtschaftlichkeit

Einen Erstattungsbetrag als Mischpreis zu verhandeln folgt der Idee, die Ausgaben der GKV für ein Arzneimittel über alle Verordnungen hinweg insgesamt wirtschaftlich zu gestalten. Als Mittelwert liegt dieser Mischpreis für einige Patientengruppen unter, für andere Gruppen über dem sich für diese Gruppen in Einzelbetrachtung jeweils ergebenden theoretischen Erstattungsbetrag. Dies bedeutet, das pharmazeutische Unternehmen akzeptiert in den Verhandlungen einen einheitlichen Erstattungsbetrag, der den Zusatznutzen in Patientengruppen mit hohem Zusatznutzen nicht in vollem Umfang honoriert. Der GKV-Spitzenverband stimmt im Gegenzug einem einheitlichen Erstattungsbetrag zu, der oberhalb des Einzelbetrags liegt, der sich für Patientengruppen mit wenig oder ganz ohne Zusatznutzen theoretisch ergeben würde. Damit dieses Konzept aufgeht, ist ein auf diese Weise auf Bundesebene verhandelter Erstattungsbetrag bei der Verordnung in Patientengruppen mit hohem, wenig oder auch keinem Zusatznutzen gleichermaßen als wirtschaftlich anzusehen. [15]

In einem Verfahren, in dem das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes einen Beschluss der Schiedsstelle letztendlich aufgehoben hat, hat das LSG ausgeführt, dass insbesondere in Fällen, in denen Patientengruppen sowohl mit als auch ohne durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannten Zusatznutzen vorliegen, der Mischpreis rechtswidrig sei. In diesen Fällen sieht das Gericht durch einen Mischpreis die Bestimmungen des § 130b Abs. 3b SGB V verletzt. Danach dürfen (in der Neufassung des AM-VSG „sollen“) für Arzneimittel, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen ausgesprochen hat, die Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie als Preisobergrenze nicht überschritten werden. Das Gericht sieht es als zwingend an, dass diese Bestimmung auch in einzelnen Patientengruppen beachtet wird, was aber einer Mischpreisbildung entgegensteht. Auf der anderen Seite macht das LSG deutlich, dass es in Patientengruppen mit Zusatznutzen das Recht der pharmazeutischen Unternehmen auf einen nutzenadäquaten Preis nicht gewahrt sieht, da hier die Erstattung insbesondere im Fall des Mischpreises mit Patientengruppen ohne Zusatznutzen regelmäßig unter dem (zusatz-)nutzenangemessenen Betrag liegt. [2]

Dem entspricht, dass auf regionaler Ebene manche Krankenkassen den als Mischpreis verhandelten Erstattungsbetrag nicht als durch-

gehend wirtschaftlich ansehen. Ein Verordner muss auch für Arzneimittel mit verhandeltem Erstattungsbetrag im Rahmen der regionalisierten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V Regressansprüche der Krankenkassen befürchten, falls für einen Patienten kostengünstigere Therapiealternativen zur Verfügung stehen. Dies ist gerade in Patientengruppen, in denen der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen anerkannt hat, immer wieder der Fall. Die Krankenkassen berufen sich hier darauf, dass es nach Gesetzeslage (§ 12 Abs. 1 SGB V) dem Vertragsarzt obliegt, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine Verordnung wirtschaftlich ist. [16] Als wirtschaftlich im Sinne der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird dabei regelmäßig nur die im Einzelfall jeweils kostengünstigste Therapie angesehen.

Für Ärzte entsteht durch diese sich widersprechende Doppelregulierung auf nationaler und regionaler Ebene Unsicherheit darüber, ob sie ein nutzenbewertetes Arzneimittel in einer konkreten therapeutischen Situation verschreiben dürfen oder ob sie womöglich finanzielle Risiken mit einer Verschreibung eingehen [17]. Hat diese Unsicherheit einen Einfluss auf die Ordnungsentscheidung von Ärzten, konterkariert die bestehende Unklarheit ein ursprüngliches Ziel des AMNOG. Statt die Versorgung der Patienten mit innovativen Arzneimitteln sicherzustellen, wäre sie resultierend aus einem Umsetzungsproblem durch das AMNOG erschwert. Auf nationaler Ebene fordert deshalb auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine formale Klärung, dass die zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmen verhandelten Erstattungsbeträge generell als wirtschaftlich anzusehen sein sollen. [18]

Wirtschaftliche Erstattungsbeträge lassen sich verhandeln

So dringend eine formale Klärung der rechtlichen Situation für die Operationalisierung der zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmen verhandelten Erstattungsbeträge in der Praxis ist, so sehr muss gleichzeitig auch der konzeptionelle Weiterentwicklungsbedarf betrachtet werden, wenn es darum gehen soll, die auf Bundesebene verhandelten Erstattungsbeträge als wirtschaftlich zu verankern. Auf Basis der beschriebenen Einflussfaktoren und Problemstellungen für die Verhandlungen nach § 130b SGB V soll daher im Folgenden ein Weg mit drei Gestaltungsschritten skizziert werden:

1. Es müssen die formalen Voraussetzungen und Rechtssicherheit für eine Wirtschaft-

lichkeit des Erstattungsbetrags geschaffen werden.

2. Es braucht dabei eine stärkere Verzahnung der Erstattungsbeträge mit dem realen Versorgungsgeschehen.
3. Es braucht das Mandat vom System an die Verhandlungsparteien nach § 130 b SGB V, das bereits heute bestehende breite Instrumentarium zur wirtschaftlichen Gestaltung von Erstattungsbeträgen zur Verhandlung wirtschaftlicher Erstattungsbeträge effektiv einzusetzen und weiterzuentwickeln.

Formale Voraussetzungen schaffen

Die Unklarheit darüber, wann eine Verordnung eines nutzenbewerteten Arzneimittels wirtschaftlich ist, muss beseitigt werden. Es muss Rechtssicherheit über den Wirtschaftlichkeitsstatus von zwischen GKV und pharmazeutischem Unternehmen auf nationaler Ebene verhandelten Erstattungsbeträgen geschaffen werden, indem Erstattungsbeträge per se der Annahme ihrer Wirtschaftlichkeit unterliegen. Eine solche Regelung ersetzt nicht das aus § 12 SGB V rührende Wirtschaftlichkeitsgebot für den einzelnen verordnenden Arzt, denn dieser bleibt weiterhin für die therapeutische Entscheidung für oder gegen eine Verordnung verantwortlich. Dies beinhaltet den indikationsgerechten Einsatz und die Feststellung, ob die Verordnung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Er kann dabei aber – insbesondere in Hinblick auf die regionale Wirtschaftlichkeitsprüfung – unter der Prämisse einer Klarstellung durch die Verhandlungsparteien nach § 130b SGB V davon ausgehen, dass durch einen Erstattungsbetrag generell Wirtschaftlichkeit gegeben ist.

Zwar ist eine gesetzgeberische Klärung, dass der auf Bundesebene verhandelte Erstattungsbetrag auf regionaler Ebene regelhaft wirtschaftlich ist, auch im Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) nicht erfolgt. Mit neuen Regelungen im AM-VSG wie zu Preismengen-Vereinbarungen einschließlich der Betrachtung von Gesamtvolumina, erhalten die Verhandlungsparteien nach § 130b SGB V allerdings bereits jetzt zusätzliche Kompetenzen und Budgetverantwortung. [4] Auch dies lässt es als logische Konsequenz erscheinen, einen in einer wirtschaftlichen Gesamtschau für alle Patientengruppen auf nationaler Ebene als Mischpreis verhandelten Erstattungsbetrag auch grundsätzlich als wirtschaftlich zu definieren. Mischpreis und Wirtschaftlichkeit bedingen sich gegenseitig.

Damit wäre die bei Verordnern bestehende Unsicherheit hinsichtlich des Einsatzes von nut-

Zitationshinweis

König, M., Penske, M.: „Wirtschaftliche Erstattungsbeiträge sind verhandelbar“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/17), S. 40-46; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2051

zenbewerteten Arzneimitteln und die Gefahr, dass gerade das AMNOG eine Hürde beim Einsatz innovativer Arzneimittel darstellt, beseitigt.

Verzahnung der Erstattungsbeiträge mit dem realen Versorgungsgeschehen weiter stärken

Die Verhandlung beeinflussende Faktoren wie der therapeutische Stellenwert eines Arzneimittels auf qualitativer Ebene oder die Zahl der Patienten in den verschiedenen Patientengruppen auf quantitativer Ebene machen deutlich, dass in Zusammenhang mit der Monetarisierung der Bewertung des klinischen Nutzens in einen wirtschaftlichen Erstattungsbetrag der Aspekt des tatsächlichen Versorgungsgeschehens eine zentrale Rolle spielt. Diese besondere Rolle hat auch der Gesetzgeber betont, indem er z.B. die Möglichkeit schuf, in die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag auch Versorgungsdaten nach § 217f Abs. 7 SGB V einzuführen. [19]

Dies war ein erster Schritt, die Informationsdefizite zum tatsächlichen Versorgungsgeschehen in der GKV während der Verhandlung zu beheben. Die vom G-BA in seinen Nutzenbeschlüssen vorgelegten Zahlen, etwa zu den Größen der Patientengruppen, unterliegen wie erläutert oftmals nicht nur inhaltlichen Unsicherheiten, sondern sind aus der Perspektive der Analyse von Studien- und Literatordaten entstanden. Auch betrachtet der Gemeinsame Bundesausschuss die tatsächliche Marktverteilung mehrerer Wettbewerber, die therapeutische Stellung, also ob ein Arzneimittel in erster oder nur in zweiter Linie eingesetzt wird oder die Einordnung in Leitlinien der Fachgesellschaften zumeist in seinen Zahlen nicht. Schließlich sind die Informationsgrundlagen des G-BA-Beschlusses in der Regel entstanden, als das betrachtete Arzneimittel in Deutschland noch gar nicht auf dem Markt war. Hier kann es erhebliche systematische Abweichungen zwischen dem Potenzial in den Zahlen des Gemeinsamen Bundesausschuss und den tatsächlichen Versorgungsdaten geben.

Während der Erstattungsbetragsverhandlungen können in manchen Fällen aus den Daten nach § 217f Abs. 7 SGB V genauere Informationen zum Versorgungsgeschehen in der GKV erhoben werden. In vielen weiteren Fällen sind die Daten nach § 217f Abs. 7 SGB V allerdings wegen ihrer Limitationen methodisch nicht geeignet, spezifische Fragen zum Versorgungsgeschehen zu klären. Hier müssen weitere Datenquellen erschlossen und so die Verzahnung der Erstattungsbeiträge mit der realen Versorgung sichergestellt werden. Dies können den Kassen vorliegende Abrechnungs-

daten und von kommerziellen Anbietern erhobene Versorgungsdaten sein.

In den Erstattungsbetragsverhandlungen ist zum jetzigen Zeitpunkt die Frage, ob und welche Datenquellen in die Verhandlung einbezogen werden können und müssen, Streitgegenstand. Bisher besitzen hier die Beschlüsse des G-BA normativen Charakter [2]. Der Gesetzgeber sollte hier klarstellen, dass darüber hinaus eine Nutzung aller validen Datenquellen zur Stärkung der Perspektive des realen Versorgungsgeschehens und seiner Verzahnung mit den Erstattungsbeträgen obligatorisch ist.

Das Instrumentarium der Verhandlungsparteien muss effektiv eingesetzt werden können

Die Verhandlungen nach § 130 b SGB V verfügen bereits heute über ein breites Instrumentarium zur wirtschaftlichen Gestaltung von Erstattungsbeträgen. Dazu gehören Staffelpreise und Rabattvereinbarungen, aber auch Praxisbesonderheiten nach § 130b Abs. 3 SGB V und Preismengenvereinbarungen nach § 130b Abs. 1 SGB V. Diese Instrumente können ihr volles Potenzial bei den Verhandlungsparteien nach § 130b SGB V entfalten. Nur diese verfügen über die Gesamtinformation: (Zusatz-)Nutzen und alle Parameter laut Rahmenvereinbarung. Sie können vor diesem Hintergrund eine Vorausschau auf die Verordnungsstruktur treffen, die Wirtschaftlichkeit in den einzelnen Patientengruppen beurteilen und den Erstattungsbetrag – wenn erforderlich – als Mischpreis vereinbaren. Eine solche differenzierte wirtschaftliche Betrachtung des vereinbarten Erstattungsbetrags durch die Verhandlungsparteien nach § 130b SGB V könnte dann auch die qualifizierte Richtschnur für die patientenindividuelle Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Verordnung durch den Arzt sein – verbunden mit einer Begründungsverpflichtung nur für den Fall, dass der Arzt von dieser Richtschnur abweicht.

Ein weiterer Schritt könnte sein, den Verhandlungsparteien für besondere Konstellationen die Möglichkeit der Definition der Unwirtschaftlichkeit für einzelne Patientengruppen an die Hand zu geben. Dies wäre im Grunde eine Spiegelung des Instruments der Praxisbesonderheit. Eine Praxisbesonderheit nimmt bestimmte Fälle oder Patientengruppen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus, definiert also explizit die Wirtschaftlichkeit dieser Therapiesituationen.

Die Möglichkeit, sowohl die Unwirtschaftlichkeit von Patientengruppen zu definieren und diese damit vom Mischpreis auszunehmen als auch die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit in Patientengruppen in Form des Mischpreises

könnte die Frage der Wirtschaftlichkeit von Erstattungsbeträgen also des ausgewogenen Verhältnisses von Nutzen und monetärem Wert eines Arzneimittels effektiv regeln. Dafür bedürfen die Verhandlungsparteien nach § 130b SGB V eines eindeutigen Mandates durch das System und der formalen Klärung durch den Gesetzgeber. Ihre Vorgaben wären dann für die regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen verbindlich.

Fazit

Nach über 200 Nutzenbewertungsverfahren zeigt sich, dass das AMNOG in Deutschland die Nutzenperspektive erfolgreich in der Preisbildung verankert hat. Gleichwohl gibt es keinen einfachen algorithmischen Zusammenhang zwischen Ausmaß des Zusatznutzens und sich ergebendem Erstattungsbetrag. Dazu sind die Grundlagen eines Erstattungsbetrages zu komplex und der Einfluss komplexer qualitativer Faktoren auf die Ermittlung des Wertes eines Arzneimittels in den Erstattungsbetragsverhandlungen zu groß. Nicht zuletzt deshalb hat der Gesetzgeber die Preisverhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmen weit weniger reguliert als die stark formalisierte frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Diese Flexibilität der Verhandlungen, auch die Besonderheiten eines Falles und die Umstände eines Therapiegebietes zu betrachten, kann der Schlüssel dazu sein, die aktuellen Probleme um die Wirtschaftlichkeit von Erstattungsbeträgen und die Anwendung des Mischpreises zu lösen.

Dazu müssen die formalen Voraussetzungen durch den Gesetzgeber geschaffen werden; denn Mischpreis und Wirtschaftlichkeit gehören zusammen. Grundlegend ist dabei dann auch, dass die Verzahnung von Erstattungsbeträgen und realem Versorgungsgeschehen weiterentwickelt wird und im Rahmen der Verhandlungen obligatorisch zu betrachten ist. Vor allem aber brauchen die Verhandlungsparteien das Mandat, die ihnen zur Verfügung stehenden Vertragsinstrumente effektiv einzusetzen und die Wirtschaftlichkeit von Erstattungsbeträgen auch für die regionale Ebene verbindlich gestalten zu können. Damit können beide Ziele des AMNOG erreicht werden: die Versorgung der Versicherten mit innovativen und gleichzeitig wirtschaftlichen Arzneimitteltherapien wird sichergestellt. <<

von:
Dr. Markus König
und
Dr. Marco Penske*

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2017 in der Urania

Versorgungsforschungskongress (DKVF) mit Besucherrekord

Mit einer diesjährigen Beteiligung von 859 TeilnehmerInnen aus der Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik schlägt der 16. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung alle bisherigen Rekorde. Unter dem Motto „Zukunft regionale Versorgung – Forschung, Innovation, Kooperation“ kamen Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker, Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte, Vertreter aus Krankenkassen und Verbänden zusammen, um sich über die jüngsten Entwicklungen in der Versorgungsforschung zu informieren und Strategien sowie Lösungen zu diskutieren.

>> Beim 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, der vom 4. bis 6. Oktober 2017 in der Urania Berlin stattfand, wurde ein neuer Besucherrekord erreicht: 859 Akteure aus der Versorgungsforschung, Versorgungspraxis, Gesundheitspolitik und Industrie kamen an den drei Kongresstagen in Berlin zusammen, um aktuelle Ergebnisse aus der Versorgungsforschung zu diskutieren und sich über neue Entwicklungen zu informieren.

Denn das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor großen Herausforderungen: Die Deutschen werden älter, das Krankheitsgeschehen komplexer, und gleichzeitig sinkt die Zahl der Fachkräfte in der Krankenversorgung. Wie eine gute regionale Versorgung funktionieren kann, wurde an den drei Kongresstagen in 95 Sitzungen in 322 Vorträgen und auf 239 Postern präsentiert.

Erstmalig Länderpatenschaften

Passend zum Kongressthema „Zukunft regionale Versorgung – Forschung, Innovation, Kooperation“ übernahm Mecklenburg-Vorpommern die Patenschaft für den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2017. Das neue Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist aufgrund einer dynamisch alternden Bevölkerung, einer messbaren Zunahme der Morbidität sowie eines wachsenden Fachkräftemangels eine ideale Modellregion, um Lösungen für bestehende Versorgungsprobleme zu entwickeln. „Wir brauchen mehr kreative Ideen, um neue Lösungsansätze für eine optimale Betreuung der Menschen zu

erzielen. Entscheidend ist, dass innovative medizinische Projekte im Erfolgsfall auch in eine Regelversorgung münden“ erklärte Harry Glawe, Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern, in seiner Eröffnungsrede. Zum Fazit des DKVF gehören die Bedeutsamkeit der Entwicklung von patientenbezogenen, sektorübergreifenden Versorgungszielen sowie das Verständnis der Versorgungsforschung als Grundlage für eine rationale und effektive Steuerung des Gesundheitswesens in Deutschland. Die Experten auf dem DKVF zeigten sich dankbar für mehrere Förderprogramme in jüngerer Zeit. Gezielte Fördermaßnahmen seien weiterhin nötig, um dem steigenden Bedarf an qualitativ hochwertiger Versorgungsforschung gerecht zu werden und den wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich stärken zu können.

Strukturaufbau in der Versorgungsforschung

Ein besonderes Highlight des Kongresses waren in diesem Zusammenhang die Präsentationen der geförderten Projekte des Innovationsfonds in den beiden Bereichen „Neue Versorgungsformen“ und „Versorgungsforschung“ sowie der BMBF-Förderung „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung – Kooperationsnetze für die Versorgungsforschung“. In einem World Café diskutierten und vertieften die ProjektleiterInnen und -mitarbeiterInnen die Themen Implementierung von Studien, Rekrutierung von Teilnehmern und Kooperationspartnern, Presse- und Öffentlich-

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der 16. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung 2017 in der Urania ist schon wieder Geschichte. Wenn Sie nicht teilnehmen konnten, lesen Sie im Bericht, warum dieser Kongress unbedingt in Ihren jährlichen Kongresskalender gehört. Erneut konnten wir den Besucherrekord brechen – allen an der Organisation Beteiligten und den Besuchern ein herzliches Danke.



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

Dem wissenschaftlichen Nachwuchs in der Versorgungsforschung wurde in diesem Jahr besondere Aufmerksamkeit zuteil. Nicht nur durch die intensiven Diskussionen an den Postern mit Posterpreisen, sondern auch das neue Format des Science Slam ist sehr gut angekommen.

Die Gruppe der Hochschullehrenden im DNVF e.V. hat ihre Erwartungen und Vorschläge für die politischen Rahmenbedingungen der Versorgungsforschung beim Kongress in Berlin in einem Positionspapier vorgestellt und ein 7-Punkte-Programm konsentiert. Grundvoraussetzung für eine gelingende Verbindung von Versorgungsforschung und Praxis ist auf Dauer die Etablierung einer soliden wissenschaftlichen Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen (Mediziner, Pflegekräfte etc.) im Bereich der Versorgungsforschung an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen.

Zum Schluss bitte nicht vergessen: 6. DNVF-Spring-School vom 19. bis 22. März 2018, GSI Bonn. Bitte rechtzeitig zu einem oder mehreren der 19 Module anmelden!

Ihr

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

keitsarbeit, Gesundheitsökonomie, Qualitative Methoden und Translation in die Regelversorgung mit Experten des Netzwerkes und weiteren Unterstützern.

Kongresspräsident Prof. Wolfgang Hoffmann freute sich über die sehr hohe Beteiligung: Insgesamt wurden 12 Projekte des Innovationsfonds-Parts „Neue Versorgungsformen“, 30 Projekte des Innovationsfonds-Parts „Versorgungsforschung“ und 11 Projekte der BMBF Förderung Strukturaufbau in der Versorgungsforschung-Kooperationsnetze für die Versorgungsforschung von den



Danke

Liebe Kolleginnen und Kollegen, als Kongresspräsident des 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) möchte ich mich herzlich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bedanken. Sie haben in 95 Sitzungen anhand von 322 Vorträgen und 239 Postern eindrucksvolle Projekte und Studien aus der Versorgungsforschung präsentiert: Das ist ein neuer Rekord und unterstreicht die wachsende Bedeutung unseres Faches! Besonders freue ich mich über die neuen Formate, die in diesem Jahr in das Programm aufgenommen wurden und von Ihnen positiv evaluiert worden sind. Die Auswahl, Zusammenstellung und Aktualität der Themen sowie der Kongressabend wurden in der Kongressevaluation besonders gelobt. Die neuen zielgruppenspezifischen und interaktiven Formate, wie das Forum Pro & Contra, World Café für Projektnehmer des Innovationsfonds und der BMBF-Strukturförderungen sowie das spezielle Programm für den wissenschaftlichen Nachwuchs schafften Kommunikationsmöglichkeiten und förderten Austausch sowie Transfer. Die Zusammenstellung dieses vielseitigen und anspruchsvollen Programms wäre ohne die Unterstützung und Förderung einer Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen nicht denkbar gewesen. Ich danke den Mitgliedern des Programmkomitees und der Gutachterkommission, meinem lokalen Organisationsteam, der DNVF-Geschäftsstelle, dem DNVF-Vorstand, der Kongressagentur m:con sowie allen ReferentInnen, den Sponsoren aus Bundes- und Landesministerien, aus Stiftungen, aus der Selbstverwaltung, Wissenschaft und der Industrie. Außerdem danke ich für ihre Unterstützung und aktive Beteiligung.

Ihr Organisationsteam des 16. DKVF aus Greifswald (v.li.): Dr. Neeltje van den Berg, Josefin Biermann, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann und Dr. Ina Zwingmann

Akteuren auf dem DKVF vorgestellt. „Die große Beteiligung zeigte das hohe Engagement der ProjektnehmerInnen sowie die Bedeutsamkeit des Innovationsfonds für die Versorgungsforschung. Unklar ist aber noch, wie die erfolgreichen Projekte ihren Weg in die Regelversorgung finden und langfristig finanziert würden,“ erklärte Kongresspräsident Prof. Wolfgang Hoffmann.

BMG-Symposium zum Thema Patientensicherheit

Ein weiterer Kongresshöhepunkt war das Satellitensymposium des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Thema Patientensicherheit. Unter den im Gesundheitswesen beteiligten Akteuren besteht Einigkeit, dass Patientensicherheit ein Leitgedanke der gesundheitlichen Versorgung ist. Die Experten betonten die Herausforderung, eine Sicherheitskultur im gesamten Gesundheitswesen zu leben. Dazu zählten zum einen das Erheben und Auswerten einer Vielzahl von Daten und zum anderen angemessene Dokumentationsanforderungen. „Der Ansatz, über Fehlermeldesysteme Erkenntnisse zu gewinnen und Lernanreize zu setzen, ist dafür sehr hilfreich. Das BMG hat diesen Weg gesetzgeberisch unterstützt. Belastbare Erkenntnisse und praktikable Ergebnisse von Relevanz; dies kann Patientensicherheit entscheidend voranbringen“, so Frau Knufmann-Happe, Leiterin der Abteilung Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung und Biomedizin im BMG. Die Experten wünschen sich zukünftig eine noch größere Bereitschaft aller Beteiligten, denn Investitionen in die Patientensicherheit unterstützen eine bessere Medizin – und wirken sich auch gesundheitsökonomisch nachhaltig positiv aus.

Prof. Steffi G. Riedel-Heller erhält den Alzheimer-Forschungspreis

Beim Festabend des Kongresses wurde der diesjährige Alzheimer-Forschungspreis der Hans und Ilse Breuer-Stiftung an die renommierte Wissenschaftlerin Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller (Universitätsklinikum Leipzig) verliehen. Damit geht der mit 100.000 Euro dotierte Preis erstmalig an eine Versorgungsforscherin, die ihre wissenschaftliche Laufbahn ganz dem Verständnis der Epidemiologie, der Versorgung und der Prävention neurodegenerativer Erkrankungen gewidmet hat. Ihre Untersuchung der klinischen Abfolge der einzelnen Stadien der Demenz und der Entwicklung von Gen-Umwelt-Interaktionen haben das Verständnis der demenziellen Erkrankungen in Forschung und Klinik, aber auch in der Allgemeinbevölkerung wesentlich vorangebracht. Der Preis wurde von dem Mediziner, Kabarettisten und Moderator Dr. Eckart von Hirschhausen vergeben. Beim Festabend diskutierte Dr. Eckart von Hirschhausen mit Kongresspräsident Prof. Hoffmann, der Preisträgerin Prof. Riedel-Heller, Prof. Düzel (DZNE Magdeburg) und Frau Schneider-Schelte

(Deutsche Alzheimer Gesellschaft) über die aktuelle Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen. Dabei stellten die Experten Versorgungsmodelle für die ambulante Versorgung von Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen in der häuslichen Umgebung vor. „Ein systematisches Assessment der PatientInnen und ihrer Angehörigen ergab, dass in über 80 Prozent der Fälle mindestens ein unerfüllter Versorgungsbedarf besteht – meist sogar mehrere“, erläuterte Kongresspräsident Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann. Delegationsmodelle, bei denen der betreuende Hausarzt oder die Hausärztin einen Teil der Aufgaben an eine speziell qualifizierte Fachkraft, die Dementia Care ManagerIn, abgibt, erweisen sich in diesem Umfeld als wirksam.

Darüber hinaus waren sich die Experten einig, dass eine leistungsfähige IT-Infrastruktur die Voraussetzung für eine gute regionale Versorgung von morgen ist – nicht nur für Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen.

Versorgungsforschung ist ein wichtiger Partner der Patienten, der Politik und der Selbstverwaltung

Die hohe Beteiligung der Akteure aus der Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik an dem diesjährigen DKVF sowie die intensiv diskutierten Topthemen innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen, Entwicklungen und Anwendungen im Bereich Telemedizin und e-Health und die Projekte beider Förderlinien des Innovationsfonds zeigen, dass die Versorgungsforschung ein wichtiger Partner der Patienten, der Gesundheitspolitik und der Selbstverwaltung ist.

Eine Quintessenz des diesjährigen DKVF ist, dass zukünftige Versorgung regional sowie sektorübergreifend ist und alle Gesundheitsberufe mit einbeziehen soll. „Im Mittelpunkt der Versorgung steht der Patient: Er trifft Entscheidungen gemeinsam mit dem Arzt auf Basis gesicherter Information. Behandlungserfolg, Patientensicherheit und Patientenpräferenzen sind Maßstab der Gesundheitsversorgung“, erklärte Hoffmann. Das Thema bleibt aktuell – der 17. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung steht im nächsten Jahr unter dem Motto „Personenzentriert forschen, gestalten und versorgen“. <<

von: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Dr. Ina Zwingmann, Dr. Neeltje van den Berg und Josefin Biermann

16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2017

Beiträge des wissenschaftlichen Nachwuchses gewürdigt

Bereits im Vorfeld des 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung hatte der Kongresspräsident und Hauptgeschäftsführer des DNVF e.V. Prof. Wolfgang Hoffmann betont, wie wichtig der wissenschaftliche Nachwuchs in der Versorgungsforschung ist und dies zeigte sich in dem vielfältigen Programmangeboten für den Nachwuchs und der Auslobung der Kongressstipendien im Vorfeld des Kongresses sowie der Vergabe der Preise für die besten Poster und Science-Slam-Beiträge bei der Abschlussveranstaltung.

>> Mit der Einladung zum Call for Abstract kündigt das Netzwerk die Vergabe von drei Kongressstipendien an, die den freien Eintritt an allen Kongresstagen beinhaltete. Für das Kongressstipendium konnten sich Studierende, Promotionsstudierende und Doktoranden bewerben, die einen Abstract eingereicht hat. Ausgewählt wurden von der AG Nachwuchsförderung im DNVF Andreas Köhler (Hamburg), Marina Nowak (Köln) und Susan Thomschke (Bayreuth).

Bei der Abschlussveranstaltung des Kongresses wurden drei Posterpreise verliehen. Der erste Platz ging an Dr. Nele Kettler und ihren Beitrag mit dem Titel: „Zukunft der regio-

nen zahnärztlichen Versorgung“, der zweite Preis ging an Stephanie Heinemann, die ein Poster zu „Factors that may reduce the use of sleeping pills in hospitals – a survey of hospital doctors and nurses“ vorstellte. Der dritte Platz ging an Dr. Isabelle Scholl für den Beitrag „Organizational- and system-level factors that influence the implementation of shared decision-making – a scoping review“.

Erstmals wurden beim Kongress Preise an Nachwuchswissenschaftler/innen verliehen, die am ersten Kongresstag beim Science Slam vorgetragen hatten. Innerhalb von drei Minuten galt es bei diesem neuen Format ihre eigene wissenschaftliche Abschlussarbeit

vorzustellen. Das Publikum fungiert als Jury und über ein Applausometer wurden die Preisträger/innen ermittelt. Mit dem ersten Preis wurde Bertram Otto für seinen Beitrag „Ich will doch nur spielen – Ein innovatives didaktisches Lehrformat zur Kompetenzvermittlung in Community Medicine“ ausgezeichnet.

Auf Platz zwei folgte Alexander Eßer mit dem Vortrag „A systematic literature review of multi-modal interventions for people with cognitive impairment“. Platz drei belegte Diana Wucherer für ihren Beitrag zum Thema „Pharmakotherapie der Menschen mit Demenz in primärärztlicher Versorgung“. <<

Dr. Konrad Schmidt und Prof. Jochen Gensichen ausgezeichnet

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis verliehen

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V. wurde in diesem Jahr für eine herausragende Arbeit aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung nach kritischen Erkrankungen und intensivmedizinischer Behandlung vergeben. Die Jury wählte die Arbeit, die 2016 von einer Autorengruppe um die beiden Preisträger Dr. Konrad Schmidt und Prof. Jochen Gensichen publiziert wurde, aufgrund der hohen Relevanz für die Patientenversorgung und der anspruchsvollen wissenschaftlichen Methodik aus.

>> Dank fortgeschrittener Intensivmedizin überleben zunehmend mehr Patienten kritische Erkrankungen wie die schwere Sepsis. Allein in Deutschland werden jährlich zwei Millionen intensivmedizinische Behandlungsfälle registriert, die Tendenz ist steigend. Viele Überlebende leiden noch über Jahre unter organischen und psychischen Komplikationen. Versorgt werden diese Patienten im Langzeitverlauf fast immer durch den Hausarzt. Für eine effektive Nachsorge existieren bislang weder Behandlungspfade noch spezifische Einrichtungen. Um Hausärzte bei der Versorgung von Patienten nach Intensivtherapie zu unterstützen, wurde zwischen 2010 und 2015 am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena die Smooth-Studie durchgeführt (Sepsis survivors Monitoring and cOordination in Outpatient-THealthcare). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt evaluierte ein poststatio-

näres Nachsorgeprogramm für Patienten nach schwerer Sepsis in der hausärztlichen Versorgung. Kernelemente waren die Schulung von Hausärzten und Patienten sowie eine engmaschige Begleitung der Patienten. Das Programm wurde erfolgreich in 148 Hausarztpraxen implementiert. In der Interventionsgruppe der 290 teilnehmenden Patienten zeigte sich eine mögliche Verbesserung der motorischen Funktion. Die im JAMA publizierte Studie konnte die Bedeutung des Hausarztes für die Versorgung von Patienten nach Intensivtherapie national und international thematisieren, erste Lösungsansätze aufzeigen und zur Weiterentwicklung einer strukturierten Nachsorge beitragen.

Der mit 2.500 Euro dotierte Preis wurde im Gedenken an das DNVF-Ehrenmitglied Prof. Dr. Wilfried Lorenz in diesem Jahr zum dritten Mal vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung verdient gemacht. Die Vergabe des Wilfried-Lorenz-

Versorgungsforschungspreises 2017 fand im Rahmen der Eröffnungsfeier des 16. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, am Mittwoch, den 4. Oktober von 15.30 – 17.00 Uhr in der Urania Berlin statt. Der Preis wurde durch den Vorsitzenden des DNVF Prof. Dr. Edmund Neugebauer (Neuruppin) und den Vorsitzenden der Jury Prof. Jochen Schmitt (Dresden) verliehen. <<

Save the date

16.05.2018, Berlin

6. Forum Versorgungsforschung zum Thema „Versorgungsziele“

10.-12.10.2018, Berlin

17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF).
Link: <http://www.dkvf2018.de>

Impressionen vom 16. DKVF



- 1: DKVF-Eröffnungspressekonferenz (v.li.): Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Kongresspräsident), Minister Harry Glawe, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer
- 2: Blick ins Plenum
- 3: Poster-Begehung
- 4: Prof. Dr. Richard Grol und Prof. Dr. Martin Härter (re.)
- 5: Preisverleihungen: A) Verleihung des Science Slam Preises an Bertram Otto (1. Platz), Alexander Eßer (2. Platz) und Diana Wucherer (3. Platz); B) Verleihung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises an Dr. Konrad Schmidt und Prof. Jochen Gensichen (nicht im Bild) durch DNVF-Vorsitzenden Prof. Dr. Edmund Neugebauer und den Vorsitzenden der Jury, Prof. Jochen Schmitt sowie Prof. Hoffmann; C) Verleihung der Posterpreise an Dr. Nele Kettler (1. Platz), Stephanie Heinemann (2. Platz) und Dr. Isabelle Scholl (3. Platz).
- 6: Plenarsprecher: (v.li.): Prof. Dr. Oliver Senn, Dr. hc. Helmut Hildebrandt und Prof. Dr. Pierluigi Nicotera



- 7: Eröffnungsveranstaltung mit Prof. Dr. Leonie Sundmacher (A), Prof. Dr. Rosalind Raine (B) und Oliver Schenk (BMG) (C)
- 8: A: Des deutschen Gesundheitssystems bestes Kabarettduo: Dr. Eckart von Hirschhausen und Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann; B: von Hirschhausen und Peter Breuer bei der Verleihung des Hans und Ilse Breuer-Forschungspreises; C: Prof. Emrah Düzel (DZNE) und von Hirschhausen über die Bedeutsamkeit der körperlichen Aktivität für die Prävention Neurodegenerativer Erkrankungen; D: Preisverleihung des Alzheimer-Forschungspreises der Hans und Ilse Breuer-Stiftung an Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller; E: Prof. Erland Erdmann und von Hirschhausen bei der Verleihung des Hufeland-Preises.
- 9: Sängerin San Glaser mit Band (A) und Showact mit PD Dr. Neeltje van den Berg (B)





10: BMG-Symposium: Moderator Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer im Gespräch mit (v.li.): Luke Slawomirski, Dr. Mike Durkin, Karin Knufmann-Happe (BMG), Prof. Dr. Holger Pfaff, Dr. Beate Müller und Marion Rink.



Erwartungen an die kommende Legislaturperiode

Die Gruppe der Hochschullehrer/innen im DNVF e.V. haben anlässlich der anstehenden 19. Legislaturperiode ihre Erwartungen und Vorschläge für die politischen Rahmenbedingungen der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen in Deutschland beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Berlin vorgestellt.

>> Bereits im Juni hatte das DNVF e.V. einen 11-Punkte umfassenden Maßnahmenkatalog formuliert, um das Potenzial der Versorgungsforschung zu nutzen und die Qualität zu sichern. Drängend sieht das Netzwerk die Aufgabe, Versorgungsziele zu definieren, um – darauf aufbauend – Forschungsförderung zu planen. Notwendig ist die Transparenz über alle geförderten Projekte sowohl in der Wissenschaft, Praxis, aber auch – laienverständlich – für die Bürgerinnen und Bürger. Um mehr Ergebnisse „auf die Strecke“, d.h. in die Versorgung zu bringen, sei es notwendig, die Ergebnisse gemeinsam mit Praxis, Leistungserbringern und -empfängern zu diskutieren und gemeinsam die Erkenntnis zu generieren.

Grundvoraussetzung für eine in diesem Sinne gelingende Verbindung von Versorgungsforschung und Praxis ist auf Dauer die Etablierung einer soliden wissenschaftlichen Ausbildung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen (Mediziner, Pflegekräfte etc.) im Bereich der Versorgungsforschung an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen. Aus diesem Grund haben die die Gruppe der der Hochschullehrer/innen im DNVF ein 7-Punkte-Programm zur Verbesserung der Lehre in der Versorgungsforschung konsentiert.

Das 7 Punkte-Programm für die Hochschullehre stellten Prof. Pfaff und Prof.'in Ernstmann in einer Session des 16. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung in Berlin vor:

1. Einrichtung weiterer eigenständiger und interdisziplinär ausgerichteter Lehrstühle und Professuren für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen mit dem Ziel, spezifische Theorien und Methoden der Versorgungsforschung zu entwickeln und umzusetzen.
2. Einrichtung weiterer eigenständiger Institute bzw. Zentren der Versorgungsforschung an Universi-

täten, Hochschulen und Fachhochschulen, um zentrale Leistungen im Bereich der Versorgungsforschung zu erbringen und dabei mit klinischen und nichtklinischen Fächern zu kooperieren, wie dies bereits an einzelnen Standorten erfolgreich praktiziert wird.

3. Einrichtung von eigenständigen Bachelor- und Masterstudiengängen in Versorgungsforschung und Versorgungswissenschaft mit einem Kern-Curriculum als Orientierungsrahmen.
4. Verankerung der Vermittlung der Grundlagen der Versorgungsforschung in der bundesweiten Mediziner Ausbildung (z.B. als eigenständiges Querschnittsfach) und in den Studiengängen anderer Gesundheitsprofessionen.
5. Systematische Förderung unabhängiger Forschung zur Entwicklung, Pilotierung und Implementierung von Innovationen in der Gesundheitsversorgung sowie zur Deimplementierung ungeeigneter Maßnahmen.
6. Ausbau der Strukturförderung der Versorgungsforschung an den Medizinischen Fakultäten, Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen durch das BMBF.
7. Etablierung oder Förderung einer Nationalen Koordinierungsstelle/Clearingstelle für Versorgungsforschung, die u.a. die Aufgaben hat, ein zentrales Studienregister zu führen, Konsentierungsprozesse und Transfer-Konferenzen/-Workshops zu moderieren und Expertengruppen zu koordinieren.

Die Gruppe der Hochschullehrenden im DNVF e.V. wird sich weiterhin mit der Fachentwicklung Versorgungsforschung beschäftigen und Prof. Pfaff lud am Ende der Sitzung alle in der Versorgungsforschungslehrende, die sich in der Gruppe engagieren möchten, ein, sich an die DNVF-Geschäftsstelle zu wenden, um die Diskussionen fortzuführen. <<

Link: dnvf@uk-koeln.de

Aktuelle Zahlen und News

>> Neue Mitglieder

Das DNVF hat im September und Oktober weitere sieben persönliche Mitglieder (Sektion 4) aufgenommen. Die Anzahl der persönlichen Mitglieder erhöht sich somit auf 164 Personen.

>> Neue Arbeits- und Fachgruppen

Nach der Gründung der Arbeitsgruppe „Methoden und Konzepte der Bedarfsplanung“ unter der Federführung von Prof. Dr. Leonie Sundmacher und Dr. Petra Schang und der Gründung der Fachgruppe „Seelische Erkrankungen“ auf Initiative von Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Martin Heinze und PD Dr. Sebastian v. Peter während des diesjährigen Versorgungsforschungskongresses, verfügt das DNVF über insgesamt 19 Arbeits- und Fachgruppen. Detaillierte Informationen über die AG/FG finden Interessierte in der AG-/FG-Broschüre, die in 2. Auflage Ende September erschienen ist sowie auf der DNVF-Webseite www.dnvf.de

>> Aktuelle Ausschreibungen in der Versorgungsforschung:

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat am 20.10.2017 weitere Förderbekanntmachungen beschlossen. Bis zum 20. März 2018 bzw. 20. Februar 2018 können ab sofort Förderanträge beim Projektträger DLR eingereicht werden, die sich auf die themenspezifischen Förderbekanntmachungen zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung beziehen. Darüber hinaus sind Anträge zur Evaluation von Selektivverträgen und von Richtlinien des G-BA möglich.

Link: >> [Pressemitteilung des G-BA. https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/708/](https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/708/)

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat eine themenoffene Ausschreibung zur Förderung von Forschergruppen im Bereich Public Health bekanntgegeben. Alle Forschungsfragen, bei denen die Gesundheit einer Bevölkerung beziehungsweise einer Population im Vordergrund steht, sind in diese Ausschreibung eingeschlossen. Die Antragsskizze kann bis zum 1. März 2018 eingereicht werden.

Link: http://www.dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/2017/info_wissenschaft_17_69/index.html

DNVF-Spring-School 2018

**Jetzt anmelden:
Frühbucherrabatt
bis 21. Januar 2018**

Für die 6. DNVF-Spring-School, die im kommenden Jahr vom 19. bis 22.03.2018 im Gustav Stresemann Institut in Bonn stattfindet, stehen 35 Referentinnen und Referenten im Rahmen bereit. Insgesamt 19 Module werden angeboten. Neben zahlreichen bewährten Modulen wurden auch einige neue Module in das Programm der DNVF-Spring-School 2018 aufgenommen, so z.B. die Module 12, 13, 17, 18 und 19.



























>> Das komplette Seminarprogramm und die Beschreibung aller 19 Module (ID1 bis ID 19) finden Sie auf der Webseite des DNVF e.V. www.dnvf.de. Die Online-Anmeldung ist freigeschaltet und bis zum 21. Januar ist die Anmeldung zum Frühbucherrabatt möglich.

Die Vergabe der begrenzten Plätze erfolgt nach Eingang der Anmeldungen.

Folgende Module werden angeboten:

- ID 1: Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen ^{basic} Prof. Dr. N. Ernstmann, PD Dr. C. Holmberg, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Dr. T. Lunau, Dr. N. Scholten
- ID 2: Evaluieren und Implementieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Theorien und Methoden ^{basic} Prof. Dr. L. Ansmann, Prof. Dr. M. Hellmich
- ID 3: Patient-Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen ^{basic} Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, Prof. Dr. M. Koller
- ID 4: Patient-Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis ^{advanced} Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke, Prof. Dr. M. Koller
- ID 5: Studientypen und Evaluationsdesigns in der Versorgungsforschung ^{basic} Dr. C. Kowalski,
- ID 6: Komplexe Interventionen: Methoden zur Entwicklung und Evaluation ^{basic} Dr. R. Möhler
- ID 7: Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Erstellung von systematischen Reviews/Evidenzsynthesen ^{advanced} Dr. R. Möhler
- ID 8: Definition und Planung von Registern ^{basic} Prof. Dr. J. Stausberg, Dr. M. Löprrich
- ID 9: Einsatz und Betrieb von Registern für Forschung und Qualitätssicherung ^{advanced} J. Kieschke, Prof. Dr. R. Lefering, T. Meißner; Moderation: Prof. Dr. J. Stausberg
- ID 10: Routinedaten in der Versorgungsforschung: Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage, praktische Beispiele ^{advanced} Prof. Dr. F. Hoffmann, Prof. Dr. J. Schmitt
- ID 11: Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Grundlagen ^{basic} Dr. A. Alayli, Dr. D. Müller, Prof. Dr. S. Stock
- ID 12: Datenschutz und regulatorische Anforderungen in der Versorgungsforschung ^{basic} Dr. J. Drepper, Prof. Dr. K. Pommerening
- ID 13: Mixed-Methods-Studien – Grundgedanken, Varianten, Potenziale und Herausforderungen der Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden für die Versorgungsforschung ^{basic} Dr. S. Jünger, Dr. N. Pohontsch
- ID 14: Gruppendiskussion als Methode in der Versorgungsforschung ^{advanced} Dr. K. Klindtworth, Dr. M. Xyländer

Die Referenten der Spring-School 2018

					
Alayli	Ansmann	Brütt	Buchholz	Deckert	Döbler
					
Drepper	Ernstmann	Farin-Glattacker	Hellmich	Hoffmann	Holmberg
					
Icks	Jünger	Kieschke	Klindtworth	Klinkhammer-S.	Koller
					
Kowalski	Lefering	Löprrich	Lunau	Meißner	Möhler
					
Müller	Palm	Pohontsch	Pommering	Schmitt	Scholten
					
Schrappe	Stausberg	Stock	Wensing	Xyländer	

ID 15: Versorgungsforschung und Politik: Grundlagen und Interaktion ^{advanced} Prof. Dr. M. Schrappe

ID 16: Qualitätsindikatoren – Entwicklung, Auswahl und Interpretation ^{basic} Prof. Dr. M. Schrappe, Dr. K. Döbler

ID 17: Systematische Reviews ^{basic} Prof. Dr. J. Schmitt, S. Deckert

ID 18: Drittmittel für eigene Projekte einwerben ^{basic}

Dr. A. L. Brütt, Dr. A. Buchholz

ID 19: Publizieren wissenschaftlicher Ergebnisse der Versorgungsforschung ^{basic}

Dr. A. L. Brütt,
Dr. A. Buchholz

ID 19: Publizieren wissenschaftlicher Ergebnisse der Versorgungsforschung ^{basic} Dr. R. Palm, Prof. Dr. M. Wensing

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: dnvf@uk-koeln.de

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Naegler
Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-H. Wehkamp

Zwischen Patientenwohl und Gewinnerzielungs- absicht

Ergebnisse einer empirischen Studie

Mit dem Kostendämpfungsgesetz aus dem Jahr 1977 und den Reformgesetzen, die in den Jahren danach folgten, versuchte der Gesetzgeber, eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und ökonomisch effiziente Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen zu gewährleisten. Um dieses Ziel erreichen zu können, wurden verschiedene Instrumente entwickelt und eingesetzt; vor allem ging es darum, dem Wirtschaftlichkeitsgebot mehr Geltung zu verschaffen. Das erwähnte Ziel wurde indessen nur bedingt erreicht. Zwar werden die etwa 19 Millionen Patienten, die jährlich in die stationäre Behandlung aufgenommen werden, überwiegend gut versorgt. Dagegen ist es fraglich, ob das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgungspraxis realisiert wird. Die seit Jahren zu beobachtende Zunahme der Zahl der stationär behandelten Patienten, der Zahl der Eingriffe sowie die des Casemix (CM) in den Krankenhäusern in Deutschland war deshalb der Anlass für das Erarbeiten mehrerer Studien mit dem Ziel, die Leistungsentwicklung und deren Ursachen zu untersuchen und zu evaluieren, ob die Zahl der erbrachten medizinischen Leistungen deren tatsächlichem Bedarf entspricht¹. Die Studien wurden in der Zeit zwischen 2011 und 2014 veröffentlicht; Sie erklären die Mengenentwicklungen unter anderem mit der demografischen Entwicklung der Bevölkerung, dem medizinischen und medizin-technischen Fortschritt sowie den daraus resultierenden neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), der nicht ausreichenden Investitions-Finanzierung durch die Bundesländer, diversen (Fehl-)Anreizen des pauschalierenden G-DRG-Entgeltsystems sowie den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser.

>> Die Ergebnisse der Studien werden auf der Grundlage allgemein zugänglicher und im Regelfall über alle Krankenhäuser aggregierter Daten und – betrifft einzelne Studien – ergänzender Experteninterviews erarbeitet. Es ist gewissermaßen im Regelfall der Blick von außen, der es den Forschern erlaubt, Aussagen zu den Entwicklungstrends und deren Ursachen zu generieren.

Mit den genannten Ursachen allein – darauf weist der eine oder andere Autor hin – kann weder der beobachtete Anstieg der Fallzahlen, der medizinischen Leistungen und des Casemix begründet werden², noch können damit verknüpfte Phänomene, die pauschal als Ökonomisierung bezeichnet werden, hinreichend erfasst werden. Insbesondere wird die Frage nicht beantwortet, ob die als kritisch bezeichneten Entwicklungen, u.a. der Anstieg der Fallzahlen, hätten vermieden werden können, wenn medizinische Leistungen ausschließlich auf Grund strikter medizinischer Indikation erbracht worden wären; es besteht somit weiterer Forschungsbedarf³.

Zusammenfassung

Mit der von den Autoren dieses Beitrags durchgeführten Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ wird nach möglichen betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf patientenbezogene medizinische Entscheidungen gefragt. Sofern diese Frage mit „Ja“ beantwortet werden kann, fragt es sich, welches die Ursachen dafür sind welches die Folgen für Patienten, die Medizin, die Versorgungspraxis und das Krankenhaus. Auf der Grundlage der vorliegenden Befunde werden Empfehlungen erarbeitet, deren befolgen Ärzte befähigen sollen, angesichts knapper werdender Ressourcen – demografisch bedingt zeichnet sich ein deutlicher Mangel an Ärzten und Krankenpflegekräften ab – patientenbezogene Entscheidungen zu fällen, die medizinisch vertretbar sind und der Begrenztheit der Ressourcen Rechnung tragen.

Schlüsselwörter

Patientenwohl, medizinische Prinzipien, Krankenhausmanagement, Mittel-Knappheit, betriebswirtschaftliche Einflüsse, Gewinn erzielen, Ökonomisieren, wirtschaftlich, Leistungs- und Ressourcenplanung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2052>

Die qualitative Studie „Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“, aus dem wir mit diesem Beitrag Teilergebnisse¹ veröffentlichen, erweitert bisher vorgelegte Analysen in zweierlei Hinsicht:

- Sie fragt danach, ob medizinische Leistungen möglicherweise ohne medizinische Indikation erbracht werden, weil ärztliche Entscheidungen durch betriebswirtschaftliche Vorgaben beeinflusst werden. Und sie fragt in der Annahme, dass die zuerst gestellte Frage mit „Ja“ beantwortet wird, nach den Gründen und den Konsequenzen für die Patienten, die Medizin, die Versorgungspraxis, für Ärzte, Pflegende und andere Mitglieder der therapeutischen Teams sowie für das Krankenhaus.
- Sie stützt sich zudem bewusst nicht auf Routinedaten der Krankenhäuser und der Krankenkassen oder auf die Ergebnisse schriftlich durchgeführter Interviews (wie die weiter oben erwähnten Studien). Die Ergebnisse der Studie basieren auf explorativen und qualitativen Interviews, die von den Studienautoren mit Ärzten und Geschäftsführern persönlich durchgeführt worden sind.

Indem die Akteure der Krankenhausarbeit zu Wort kommen und uns wissen lassen, was sie über ihre ärztliche und unternehmerische Arbeit denken und was sie tun, ist es möglich, als Ursachen der Mengenentwicklung nicht nur äußere Einflüsse – wie die unzureichende Investitions-Finanzierung durch die Bundesländer – zu identifizieren. Eventuelle organisationale und strukturelle Defizite in der Steuerung der Patientenversorgung, die den Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf das Handeln der Ärzte verstärken können – wie zum Beispiel die unzureichende Beteiligung der Ärzte an der Leistungs- und Ressourcenplanung –, werden auf diese Weise sichtbar gemacht. Die wichtige persönliche Sicht der Akteure wird vermittelt; mögliche kritische Phänomene werden mit genügend hoher Auflösung eingefangen.

¹: Der vollständige Studienbericht liegt vor unter Naegler, H.; Wehkamp, K.-H.: Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung - Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview, Berlin (im Druck)“

Fragestellungen und methodisches Vorgehen

Die Studie fragt nach möglichen betriebswirtschaftlichen Einflüssen auf patientenbezogene medizinische Entscheidungen. Damit wird ein Phänomen beforscht, dass es nach der derzeitigen Rechtslage gar nicht geben darf. Ärztliche Entscheidungen sollen ausschließlich die Interessen des jeweiligen Patienten berücksichtigen und nicht durch wirtschaftliche Interessen oder Ziele von Krankenhausunternehmen und/oder anderen Stakeholdern beeinflusst werden.

Ausgangspunkt ist jedoch die Hypothese, dass dieses Phänomen sowie diverse, anhand von Pilotinterviews identifizierte Sub-Phänomene – wie die Notwendigkeit des Gewinns Erzielens – faktisch existieren und beim nachweislichen Anstieg der Fallzahlen und der Case-Mix-Indizes eine Rolle spielen. Es wird (s. Abb. 1)

- nach den Ursachen des Phänomens/der Sub-Phänomene gefragt,
- nach dem Rahmen, in dem Ärzte patientenbezogene Entscheidungen fällen,
- nach den Strategien, mit denen Geschäftsführer die als eines der Sub-Phänomene identifizierte „Notwendigkeit des Gewinn Erzielens“ umsetzen wollen und
- nach den dadurch ausgelösten Wirkungen, ob nach Ansicht der Befragten in der Praxis medizinethische Werte verletzt werden, insbesondere der Grundsatz des Nicht-Schaden-Sollens.

Darüber hinaus werden mögliche Lösungen des Problems gesucht, sofern es sich bewahrheitet.

In Anlehnung an Konzepte von Glaser und Strauss („Grounded Theory“)⁴ und Mayring⁵ wurden leitfadengestützte Interviews als zentrales methodisches Instrument gewählt. Die Gespräche sollten möglichst ehrlich sein, im vertraulichen Rahmen ohne Zeitdruck stattfinden, explorativen Charakter haben und möglichst vielfältige Perspektiven berücksichtigen. Die Autoren nutzten dabei ihre berufliche Felderfahrung und Kontakte. Der ehemalige Geschäftsführer verschiedener Krankenhäuser befragte seine Geschäftsführer-Kollegen, der ehemalige Krankenhausarzt seine ärztlichen Kollegen. So wurden zwei Kollektive von jeweils ca. dreißig Interviews angestrebt.

Der Forschungsprozess verlief mehrstufig, um eine Beeinflussung der Interviewpartner durch Vorannahmen der Autoren möglichst gering zu halten:

- Im ersten Schritt wurden zehn Geschäftsführern und zwölf Ärzten lediglich fünf grob formulierte Fragen gestellt. Im Zentrum dieser Pilotinterviews standen ganz allgemein die Veränderungen im deutschen Krankenhausbetrieb der vergangenen Jahre. Der Begriff „Ökonomisierung“ wurde dabei nicht erwähnt.

Fragen der ersten Interviewstufe:

- In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Medizin, die Ar-



Abb. 1: Das paradigmatische Modell „Die Notwendigkeit des „Gewinn-Erzielens“.

beit im Krankenhaus und auch das Gesundheitssystem verändert. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Arbeitssituation denken, wie würden Sie die wesentlichen Veränderungen benennen beziehungsweise beschreiben?

- Welche Auswirkungen haben diese Entwicklungen aus Ihrer Sicht und Erfahrung auf die Medizin, die Versorgung der Patienten, die Institution Krankenhaus, das Gesundheitssystem und die Gesellschaft? Bitte nennen Sie Beispiele, die Sie für besonders charakteristisch halten!
- Wie würden Sie diese Entwicklungen beziehungsweise Veränderungen erklären? Also: Warum kam es dazu? Was sind die Hintergründe, Ursachen, Interessen? Wie bewerten Sie diese Entwicklungen hinsichtlich ihrer moralischen Legitimität?
- Was sollte Ihrer Meinung nach anders laufen?
- Skizzieren Sie aus Ihrer Sicht eine „gute Medizin“, ein „gutes Krankenhaus“ und ein „gutes Krankenhausmanagement“.

Die Auswahl der Interview-Partner erfolgte nach dem Prinzip, möglichst unterschiedliche Perspektiven zu erkunden. Die Krankenhäuser sollten zur Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung gehören, in unterschiedlichen Bundesländern betrieben werden sowie unterschiedlichen Trägern (öffentlich-rechtlich, privat, freigemeinnützig) angehören. Bei den Ärzten wurde zudem darauf geachtet, dass unterschiedliche Fachrichtungen und Hierarchiestufen (Chefärzte, Oberärzte, Fachärzte, Assistenzärzte) vertreten waren.

Die Aussagen der befragten Geschäftsführer und Ärzte wurden von den Studien-Autoren während der Gespräche wörtlich aufge-

zeichnet (handschriftlich beziehungsweise mittels Laptop). Die so entstandenen Protokolle wurden anonymisiert und um Angaben über den Ort, den Interview-Termin sowie über Zeit und Dauer des Interviews und um ein Zusatzprotokoll ergänzt, das die Umstände des Interviews und zusätzliche Bemerkungen notierte. Auf Basis der Aussagen wurden Leitkategorien gebildet, denen die entsprechenden Textabschnitte zugeteilt wurden.

Es folgte die Ausarbeitung eines ersten ausführlichen Berichts. Dieser wurde in drei öffentlichen Veranstaltungen in Berlin und Bremen⁶ mit Repräsentanten aus Gesundheitswesen, Ethik, Politik, Versorgungsforschung und der interessierten Öffentlichkeit diskutiert. Es nahmen an jeder Veranstaltung jeweils ca. 60 Personen teil. Von diesen Veranstaltungen wurden Ergebnisprotokolle angefertigt.

Der erreichte Wissens- und Diskussionsstand diente schließlich zur Ausarbeitung eines Interviewleitfadens mit überwiegend offenen sowie ergänzenden geschlossenen Fragen.

Die zweite Staffel umfasste qualitative, leitfadengestützte Interviews mit 21 Geschäftsführern und 20 Ärzten, die zwischen 60 und 120 Minuten dauerten. Die Vorgehensweise und die Auswahl der Interview-Partner entsprachen denen der ersten Staffel. Im Zentrum der Thematik stand jetzt explizit das Phänomen „Ökonomisierung im Krankenhaus“.

Nach Abschluss der zweiten Phase wurden eine öffentliche Veranstaltung⁷ und eine weitere, nicht-öffentliche⁸ durchgeführt. Auf diesen wurden die Ergebnisse der Leitfadenterviews und noch offene Fragen vorgestellt und diskutiert.

Ferner wurden drei Fokusgruppen mit den Klinischen Ethikkomitees dreier Krankenhäuser einer Großstadt und drei Diskussionsrunden durchgeführt. An den Fokusgruppen nahmen insgesamt sechs leitende Ärzte, acht Pflegekräfte, zwei Klinikseelsorger und sechs Personen aus Management und Verwaltung teil.

Zusätzlich zu den hier aufgenommenen Äußerungen wurden Gesprächsnotizen angefertigt, wenn Ärzte sich nach den Interviews erneut meldeten, um weitere Beobachtungen und Überlegungen anzugeben.

Ergänzend wurde auf Protokolle zurückgegriffen, die im Rahmen klinischer Feldforschung angefertigt wurden.

Angesichts der sich abzeichnenden deutlichen Unterschiede zwischen den Antworten der Ärzte und der Geschäftsführer wurden zehn Teilnehmern der Studie schriftlich Fragen zur Erklärung der unterschiedlichen Aussagen zugesandt; die Rücklaufquote war 100%. Ergänzend wurde mit fünf Ärzten und sieben Geschäftsführern ein mehrstündiges Werkstattgespräch veranstaltet, um die bisherigen Ergebnisse und vor allem die Gründe für die erwähnten Unterschiede der Antworten zu diskutieren.

Nach Auswertung auch dieser Gesprächsrunde und der vorange-

gangenen Veranstaltungen wurden die Ergebnisse zusammengefasst und in einer öffentlichen Veranstaltung⁹ vorgestellt, diskutiert und erneut ergänzt. Ein Entwurf mit Empfehlungen zur Vermeidung unerwünschter Ökonomisierungseffekte wurde den Teilnehmern vorab übermittelt und in der Diskussion berücksichtigt.

Das Ökonomisieren patientenbezogener Entscheidungen in der Krankenhaus-Praxis

Ökonomisierung – was wird darunter verstanden?

Bevor versucht werden kann, Antworten auf die in Kapitel 2 gestellten Fragen zu finden, bedarf es der Klärung, was in der vorliegenden Studie unter „Ökonomisierung“ verstanden wird. In der Literatur wie auch in der politischen und in der Krankenhaus-Praxis wird dieser Begriff unterschiedlich definiert: Einerseits wird das Ökonomisieren unternehmerischer und patientenbezogener Entscheidungen mit wirtschaftlichem Handeln gleichgesetzt. Zum anderen wird das Ökonomisieren als Unterordnung ärztlichen Handelns unter das Streben nach einem möglichst hohen Gewinn verstanden. Vorliegend wird der Begriff „Ökonomisieren“ wie folgt definiert und von „wirtschaftlichem Handeln“ abgegrenzt¹⁰:

Ökonomisierung ist das Ausrichten patientenbezogener und unternehmerischer Entscheidungen nicht nur an den Individual-Interessen der Patienten, sondern auch an den Bedürfnissen anderer Stakeholder.

Die Leistungen des Krankenhauses sollen – ob sie aus medizinischer Sicht notwendig sind oder nicht – **wirtschaftlich**, das heißt mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz erbracht werden.

Betriebswirtschaftliche Einflüsse auf ärztliche Entscheidungen und deren Begründung

Befragt, ob sie in ihrer Arbeit Situationen erleben, in denen Entscheidungen (und letztlich auch das Handeln) nicht allein von medizinischen Gesichtspunkten geleitet werden, sondern auch von betriebswirtschaftlichen Vorgaben des Krankenhauses beziehungsweise des Krankenhaus-Konzerns – wie zum Beispiel das Erwirtschaften eines bestimmten Gewinns oder Deckungsbeitrags oder einer bestimmten Zahl von Casemix-Punkten:

Frage 1.2.1.: *Im Mittelpunkt steht die Frage, ob sie in Ihrer täglichen Arbeit Situationen erleben, in denen Ihre Entscheidungen (und letztlich Ihr Handeln) nicht allein von medizinischen Gesichtspunkten geleitet werden, sondern auch von betriebswirtschaftlichen Vorgaben des Hauses beziehungsweise des Krankenhausunternehmens. Gibt es das?*

Hierzu antworten alle befragten Ärzte mit einer Ausnahme sowie 16 der 21 befragten Geschäftsführer mit „Ja“ (s. Tab. 1).

Die Geschäftsführer sehen das Steuern des Krankenhauses mithilfe betriebswirtschaftlicher Vorgaben als Notwendigkeit, um den Bestand des Krankenhauses und dessen Weiterentwicklung sichern zu können, und die von ihnen zu fällenden unternehmerischen Entscheidungen als die Bedingungen ärztlichen Handelns gestaltend und

Gesamtheit der verwandten Forschungsinstrumente

- 22 Pilotinterviews
- 41 Leitfadenterviews
- 3 Fokusgruppen mit insgesamt 22 Teilnehmern und drei weitere Diskussionsgruppen
- 1 gezielte schriftliche Expertenbefragung von 5 Geschäftsführern und 5 Ärzten
- 1 gezielte schriftliche Expertenbefragung von 5 Geschäftsführern und 5 Ärzten
- 1 Werkstattgespräch mit 12 Teilnehmern (7 Geschäftsführer und 5 Ärzte)
- 5 öffentliche Veranstaltungen mit Podiumsdiskussionen sowie 1 weitere, nicht-öffentliche Veranstaltung (Vortrag und Diskussion)

Tab.1: Antworten auf Frage 1

	GF	Ärzte
Ja	16	19
nein	4	1
kA	1	0
Sum	21	20

damit patientenbezogene Entscheidungen des Arztes mittelbar beeinflussend. Ärzte dagegen nehmen betriebswirtschaftliche Einflüsse – im Sinne der Erwartung, dass die betriebswirtschaftlichen Vorgaben umgesetzt werden – auf die von ihnen zu fällenden patientenbezogenen Entscheidungen als dem Wohl des Patienten nicht dienlich wahr.

Die Antworten auf die Frage 1.12 *Wie werden sie [= die betriebswirtschaftlichen Vorgaben – HN] begründet?* sind besonders stark von der Stellung der befragten Person im Krankenhausunternehmen geprägt. Hier sind die Antworten der Geschäftsführer wesentlich präziser als die der Ärzte. Was für die Geschäftsführer notwendige Maßnahmen zur Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens des Krankenhauses sind, sind für die meisten der befragten Ärzte überwiegend belastende Phänomene, über die man „nichts Genaues weiß“.

Um den Bestand des Krankenhauses sichern, in qualitativer und quantitativer Hinsicht gegebenenfalls ausbauen zu können, sind Investitionen in die bauliche und technische Infrastruktur sowie in die Weiterentwicklung des medizinischen Angebotes, der Arbeitsbedingungen und in die Förderung der Mitarbeiter erforderlich. Als Voraussetzung dafür müssen Gewinne erwirtschaftet werden

67.23¹¹ *„Der Träger erwartet ein positives Betriebsergebnis, um damit Investitionen finanzieren zu können“*,

56.1 *„Gewinne müssen erwirtschaftet werden, um investieren zu können mit dem Ziel, wettbewerbsfähig zu bleiben und um Arbeitsplätze dauerhaft sichern zu können“*,

57.29 *„Ein ausgeglichenes Ergebnis ist erforderlich, um die Kernaufgaben des Unternehmens wahrnehmen und um Innovationen finanzieren zu können.“*

Die Geschäftsführer verweisen auf weitere Begründungen für das Vorgeben betriebswirtschaftlicher Normen – wie zum Beispiel die Unabhängigkeit von Planungsbehörden. Aus Platzgründen muss auf deren Darstellung hier verzichtet werden.

Ursachen des Ökonomisierens – Mittelknappheit

Von zentraler Bedeutung für das Entstehen des Phänomens ist die zunehmende Diskrepanz zwischen dem medizinisch Machbaren und der Verfügbarkeit über die Mittel, die für dessen Realisieren eingesetzt werden können. Der medizinische Fortschritt schafft Behandlungsmöglichkeiten, die zum Nutzen der Patienten nur eingeschränkt wirksam gemacht werden können. Weder stehen – vor allem auch demografisch bedingt – ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung, noch ist die Gesellschaft bereit, die Finanzierung der Leistungen, die die Medizin ermöglicht, in vollem Umfang sicherzustellen. Mittel-Knappheit und damit Zielsetzungs- und Verteilungskonflikte und das Ökonomisieren patientenbezogener Entscheidungen als ein Mittel von mehreren zur Konfliktlösung sind die Folge.

Anlässlich der Pilotinterviews wurden von den Befragten mehrere Gründe genannt, die in Krankenhäusern zur Finanzmittel-Knappheit führen (können). Dabei handelt es sich nicht nur um auf der Makro-Ebene angesiedelte Ursachen – wie zum Beispiel das Fehlen der für die Investitions-Finanzierung erforderlichen Fördermittel – oder um die Rendite-Erwartungen des Krankenhaus-Eigentümers. Auch durch strukturelle und organisationale Defizite, die durch das Krankenhausmanagement zu verantworten sind, wird Finanzmittelknappheit

verursacht – wie zum Beispiel durch den nicht bedarfsgerechten Abbau von Überkapazitäten und durch Rationalisierungs-Reserven, die noch nicht vollständig gehoben sind.

Die von den Interview-Partnern gegebenen Hinweise wurden als Fragen mit jeweils mehreren Antwort-Optionen in den Leitfaden für die qualitativen Interviews aufgenommen. Es wurde einerseits danach gefragt, warum Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften müssen (Frage 1.8.1 – Tab. 2) – unter anderem in der Annahme, dass Gewinne benötigt werden, um politisch beziehungsweise unternehmenspolitisch verursachte Finanzmittelknappheit überwinden (Frage 1.8.1 – Antwort-Optionen 1 und 3) und andere Bedürfnisse befriedigen (Frage 1.8.1 – Antwort-Optionen 2, 4., 5 und 6) zu können. Zum anderen sollte herausgefunden werden, welches die Gründe für eventuell auftretende Verluste sind (Frage 1.8.3 – Tab. 3).

Frage 1.8.1 Wenn Ihr Krankenhaus einen Gewinn erwirtschaften muss, dann um ... (Mehrfach-Nennungen sind möglich)	Gründe		
	Geschäftsführer		
	Ja	Nein	k.A.
1. ... Investitionen – vor allem in Gebäude und deren medizin-, informations- und gebäudetechnische Ausstattung – selbst finanzieren zu können?	21		
2. ... in Leistungsbereiche investieren zu können, die hohe Gewinne erwirtschaften können?	9	12	
3. ... Defizite einzelner Leistungsbereiche ausgleichen zu können?	17	3	1
4. ... die strukturelle und organisatorische Weiterentwicklung des Krankenhauses finanzieren können?	18	3	
5. ... die Rendite-Erwartung des Krankenhaus-Eigentümers befriedigen zu können?	9	11	1
6. ... (was haben wir möglicherweise vergessen?)	6	1	5

Tab. 2: Gründe für das Gewinn-Erwirtschaften

Frage 1.8.3 Droht dem Krankenhaus, in dem Sie beschäftigt sind, aktuell oder in näherer Zukunft ein Verlust? Wenn ja, warum glauben Sie, ist das so? (Mehrfach-Nennungen sind möglich)	Drohende Verluste		
	Geschäftsführer		
	Ja	Nein	k.A.
1. Die von dem Krankenhaus bereitgehaltenen Kapazitäten sind nicht ausreichend ausgelastet.	4	5	2
2. Die Leistungen, die das Krankenhaus erbringt, werden mittels der Fallpauschalen nicht ausreichend honoriert.	8		3
3. Die Tarife und Preise steigen regelmäßig stärker als die Basisfallwerte.	9		2
4. Das Portfolio des Krankenhauses enthält sehr viele Leistungsangebote mit negativem Deckungsbeitrag.	6	2	3
5. Die Personalausstattung ist insgesamt oder bezogen auf einzelne Berufsgruppen zu hoch. Wenn einzelne Berufsgruppen, welche?	8	1	2
6. Noch sind nicht alle Rationalisierungsreserven gehoben.	7	1	3
7. Was haben wir möglicherweise vergessen?			11

Tab. 3: Gründe für drohende Verluste. Anmerkung: 11 von 21 in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäusern rechnen aktuell oder in näherer Zukunft mit einem Verlust. Deshalb wurden nur diese um die Beantwortung der Frage 1.8.3 gebeten.

Viele der befragten Ärzte berufen sich – bezogen auf die beiden gestellten Fragen – auf Nicht-Wissen oder darauf, dass sie den Angaben der Geschäftsführungen kein Vertrauen schenken. Oder ihre Antworten waren so vage, dass sie auch deshalb nicht in die Auswertung einbezogen wurden.

Der Rahmen für unternehmerisches und ärztliches Entscheiden

In den vorhergehenden Kapiteln werden die Ursachen für das Ökonomisieren ärztlicher und unternehmerischer Entscheidungen beschrieben. Ob und in welchem Ausmaß bei diesen Entscheidungen auch andere Interessen als nur die der Patienten – möglicherweise auch vorrangig – berücksichtigt werden, hängt aber nicht nur von der Notwendigkeit, finanzielle Defizite ausgleichen zu müssen, ab. Auch die Beschaffenheit des Rahmens, der Kommunikations- und Machtstrukturen, in denen ärztliche und unternehmerische Entscheidungen eingebettet sind, beeinflusst – auch dies ein Ergebnis der Pilotinterviews – diese. So hängt das Ergebnis ärztlichen Handelns unter anderem davon ab, ob leitende Ärzte die Leistungs- und Ressourcenplanung des Krankenhauses mitgestalten können oder ob ihnen nur mitgeteilt wird, welchen Deckungsbeitrag sie zu erwirtschaften haben, und es ihnen überlassen bleibt, wie sie diese betriebswirtschaftliche Vorgabe umsetzen – ob durch Effizienzsteigerung oder durch Steigerung der Erlöse, gegebenenfalls auch an dem medizinischen Bedarf vorbei.

In den in die Studie einbezogenen Krankenhäusern ist die Leistungs- und Ressourcenplanung nach Aussage der Geschäftsführer hauptsächlich praktiziert sowohl als

- a) Top-Down- als auch als
- b) Gegenstromverfahren.

Zu a)

Vertreter des Krankenhaus-Trägers, im Regelfall als Mitglieder des Aufsichtsrates, legen das Jahresergebnis, die Rendite, das Umsatzvolumen, die Personalkostenquote, die Anzahl der Casemix-Punkte und ähnliche Daten als Vorgaben für das nächste Wirtschaftsjahr in einem Wirtschaftsplan fest:

56.9 „Betriebswirtschaftliche Vorgaben, vor allem die zu erwirtschaftende Rendite, werden der Krankenhaus-Geschäftsführung schriftlich, aber auch im Gespräch von der Konzern-Geschäftsführung übermittelt.“

Der Geschäftsführer operationalisiert diese Vorgaben für das Unternehmen insgesamt sowie für die Leistungsbereiche im Einzelnen. Der Planungsprozess wird abgeschlossen, indem den Chefärzten und deren Mitarbeitern mitgeteilt wird, was von ihnen im nächsten Wirtschaftsjahr erwartet wird:

59.11a „Die betriebswirtschaftlichen Vorgaben gehen von der Geschäftsführung des Konzerns aus und werden mittels eines Planungsbriefs verkündet.“

Zu b)

Die Vertreter des Krankenhaus-Trägers geben entweder direkt oder über die Geschäftsführung vor, wie sie die wirtschaftliche Entwicklung des Krankenhauses in den nächsten Jahren erwarten. Nicht selten stützen sie sich in unterschiedlich organisierten, das Erarbeiten des Wirtschaftsplans vorbereitenden Gesprächen dabei auf die Expertise der für die spätere Umsetzung der Pläne verantwortlichen Chefärzte:

3.14 „Gemeinsam mit den Klinikdirektoren werden Leistungs- und Kosten-Ziele für die Abteilungen [= Abteilungs-Budget-Entwürfe – HN] entwickelt.“

Die mehr globalen Vorgaben des Aufsichtsrats werden operationalisiert und als Detailvorgaben mit den für die Umsetzung Verantwortlichen diskutiert, bevor sie als Abteilungsbudgets von dem Geschäftsführer verbindlich gemacht werden:

58.17 „Die Vorgaben werden im Dialog mit den betroffenen erarbeitet und anschließend kommuniziert. Die Leistungsmengen werden breit kommuniziert und vorher mit den Chefärzten abgestimmt.“

Handlungsstrategien

Anhand der Pilotinterviews konnten mehrere Maßnahmen identifiziert werden, deren Realisierung von den Vertretern der Krankenhäuser als notwendig angesehen werden für die Sicherung des Bestands der Krankenhäuser und für das Realisieren der den Krankenhäusern gesetzten Ziele. Diese Hinweise wurden als Fragen in den Leitfaden für die Leitfadeninterviews übernommen und von den Geschäftsführern wie folgt beantwortet (s. Tab. 4):

Maßnahmen	Geschäftsführer		
	Ja	Nein	k.A.
Frage 1.8.2: Mit Hilfe welcher Maßnahmen – meinen Sie – können Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften? Hier eine Auswahl. (Mehrfach-Nennungen sind möglich)			
1. Krankenhäuser ändern den Inhalt ihres Portfolios und konzentrieren sich auf Diagnosen, die einen hohen Deckungsbeitrag erwarten lassen.	7	13	1
2. Krankenhäuser bemühen sich um mehr Wahlleistungspatienten.	13	8	
3. Krankenhäuser nehmen Patienten in die stationäre Behandlung auf – auch dann, wenn die medizinische Notwendigkeit dafür nicht gegeben ist?	3	18	
4. Krankenhäuser erbringen Leistungen – auch dann, wenn deren medizinische Notwendigkeit nicht gegeben ist.	4	17	
5. Krankenhäuser rationieren medizinische Leistungen.	3	18	
6. Krankenhäuser rationalisieren	20	1	
7. Krankenhäuser reduzieren den Personaleinsatz.	19	2	
8. Oder was sonst?			5

Tab. 4: Maßnahmen, mit deren Hilfe Gewinne erwirtschaftet werden können. Anmerkung: Auch diese Frage konnten die Ärzte nicht oder nur sehr vage beantworten. Sie gaben mehrheitlich an, keinen hinreichenden Einblick in die Strategien der Geschäftsführungen zu haben. An anderer Stelle gegebene Antworten der Ärzte unterscheiden sich jedoch deutlich von denen der Geschäftsführer bezogen auf die Punkte 1, 2,3,4,5.

Wirkungen des Ökonomisierens

Kritiker der Ökonomisierungsthese weisen oft darauf hin, dass die medizinische Versorgung schon immer Geld gekostet hat und mit dem Problem knapper Ressourcen zu tun hatte. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen hingegen nahe, dass die aktuellen Veränderungen einen tieferen Einschnitt in die Entwicklung von Medizin, Versorgungspraxis, Krankenhaus und Gesundheitswesen darstellen. Sie verändern unter dem Einfluss gesundheitsökonomischer

Steuerungen teils beabsichtigt, teils als ungewollte Nebenwirkung deren Charakter. Dieses wird von den im Rahmen der Pilotinterviews befragten Ärzten und Geschäftsführern ausführlich und mit vielen Beispielen angereichert zu Protokoll gegeben. Deren Berichte sind teilweise von mehr grundsätzlicher Art – wie vor allem die Aussagen der Geschäftsführer; die Ärzte dagegen geben mit den meisten der Interview-Aussagen einen detaillierten Einblick in die Versorgungspraxis der in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäuser. Auch diese Hinweise wurden in die Leitfadeninterviews übernommen. Nachstehend werden zwei Beispiele der Ergebnisse der Leitfadeninterviews präsentiert.

Antworten auf Frage 5.1		
	GF	Ärzte
Ja	3	16
Nein	17	1
kA	1	3
Sum	21	20

Tab. 5: Beantworten der Frage 5.1: Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten aufgenommen, die nicht unbedingt ins Krankenhaus gehören. Wie wird die Aufnahme dennoch begründet? Nennen Sie bitte ein Beispiel.

Fast alle Ärzte antworten mit „Ja“ (s. Tab. 5). Ein Arzt verneint, weil in dem Krankenhaus, in dem er tätig ist, überwiegend elektive Patienten aufgenommen werden:

34.11 „Nein – wir haben zu 80% elektive Patienten, die uns zugewiesen werden.“

Ein Hauptmotiv für eine medizinisch nicht zwingend erforderliche Aufnahme von Patienten ist aus der Sicht der Ärzte der Leerstand von Betten und das Ziel einer möglichst hohen Belegungsrate. In solchen Fällen wird in manchen Krankenhäusern mit sehr großzügiger Indikation aufgenommen:

39.5.1 „Also klares Ja, auch wenn ich es nicht so mache. Es gibt mit Sicherheit Patienten, die, wenn sie in ein gewisses Schema passen, dann auch aufgenommen werden – klare Ansage durch OA, heute werden alle aufgenommen, weil auf Station x die Betten leer sind“;

24.4 „ Ja. Wir sollten alles aufnehmen, und so wenig wie möglich aus der Notaufnahme entlassen.“

Die befragten Geschäftsführer beantworten die Frage 5.1 überwiegend kategorisch mit „Nein“. Eine Erklärung für die Diskrepanz zu den Antworten der Ärzte könnte sein, dass die Geschäftsführer zum Ausdruck bringen, dass sie offiziell nicht wollen, dass Patienten ohne medizinische Notwendigkeit in die stationäre Behandlung aufgenommen werden. Zudem seien sie nur unzureichend darüber informiert, wie sich die Ärzte, die über die Aufnahme eines Patienten in die stationäre Behandlung entscheiden, verhalten. So könnte die „Ja“-Antwort eines Geschäftsführers verstanden werden, der zu Protokoll gibt, dass nicht auszuschließen sei, dass Patienten auch ohne medizinische Notwendigkeit stationär behandelt werden sollen:

52.32 „Es ist nicht auszuschließen, dass Patienten ohne eindeutige medizinische Indikation in die stationäre Behandlung aufgenommen werden.“

b) Operative vor konservativer Behandlung

Während der Interviews und auch in anderen Zusammenhängen wird von Ärzten und anderen Personen häufig der recht pauschale, als Frage 5.4 – „Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten operativ behandelt, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessener wäre“ (s. Tab. 6) – formulierte Vorwurf erhoben.

Wer die Krankenhauspraxis kennt weiß, dass Auseinandersetzungen über Art und Maß der Therapie immer umstritten sind und dass es viel konkreter Sachkenntnisse bedarf, um zu beurteilen, welche Art von Medizin für welchen Patienten richtig ist. Vielfach hängt die richtige Wahl von der Erfahrung und Geschicklichkeit eines Arztes ab. Internisten urteilen oft anders als Chirurgen, Neurochirurgen anders als Unfall- oder Visceralchirurgen. Man sollte aus diesen Gründen die folgenden Antworten zurückhaltend interpretieren.

Von den befragten Ärzten gibt es kein klares „Nein“ auf die Frage, ob Patienten aus wirtschaftlichen Gründen operativ behandelt werden, obwohl aus medizinischer Sicht eine konservative Behandlung angemessener wäre (s. Tab. 6). Wohl heißt es zweimal, dass dies für das eigene Krankenhaus nicht zutrifft:

32.5.4 „Bei uns nicht.“ – unter anderem auch deshalb, weil der Behandlungsprozess dort so organisiert ist, dass eher das Wohl des Patienten als betriebswirtschaftliche Vorgaben die Entscheidung über die geeignete Behandlungs-Strategie bestimmt

33.22 „Wegen der interdisziplinären Indikationsstellung ist das [= operative anstelle der geeigneteren konservativen Behandlung – HN] bei uns unmöglich.“

Die deutliche Mehrheit der Ärzte antwortet jedoch zustimmend, teils mit „kommt vor“

23.5.4 „Ja ... nicht überwiegend, aber kommt vor...“

oder noch deutlicher

22.5.4 „Wir sind indirekt beteiligt – Wirbelsäulenpatienten, Bandscheibenvorfälle und solche Dinge. Da gibt es schon Anweisungen, die in die Richtung gehen, auch niederschwelliger in die neue Wirbelsäulenabteilung zu verlegen ... auch von ärztlichen Vorgesetzten.“

Die befragten Geschäftsführer beantworten die Frage 5.4 überwiegend mit „Nein“ (s. Tab. 6). Angesichts der zum Teil deutlichen Bestätigung der in der Frage 5.4 formulierten Annahme durch einige der interviewten Ärzte muss auch in diesem Zusammenhang vermutet werden, dass die Geschäftsführer mit ihrem „Nein“ zum Ausdruck bringen wollen, dass die medizinische Indikation für die Art der Behandlung leitend sein soll. Diese Vermutung wird auch dadurch gestützt, dass zwei der Geschäftsführer ihre „Nein“-Antwort mit „ich hoffe nicht“ kommentieren:

70.27 „Ich hoffe nicht.“

Eines der Ergebnisse der Studie ist die in weiten Teilen starke Diskrepanz der Beantwortung der in den beiden Interviews gestellten Fragen durch die Geschäftsführer und der Ärzte. Um als Grundlage

Antworten auf Frage 5.4		
	GF	Ärzte
Ja	4	8
Nein	15	4
kA	2	8
Sum	21	20

Tab. 6: Beantworten der Frage 5.4: Aus wirtschaftlichen Motiven werden Patienten operativ behandelt, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessener wäre.

für das Erarbeiten von Empfehlungen verstehen zu können, wie es sein kann, dass Fragen, die auf ein konkretes Entscheidungsverhalten der Ärzte abzielen (siehe zum Beispiel das Beantworten der Fragen 5.1 in Tab. 5 und 5.4 in Tab. 6), so unterschiedlich beantwortet werden, wurden zusätzlich zu den Interviews nach deren Auswertung Geschäftsführer und Ärzte sowohl schriftlich als auch in einem Werkstattgespräch um Auskunft gebeten. Dabei wurde deutlich, dass Geschäftsführer und Ärzte auf Grund ihrer verschiedenen Aufgaben und Erfahrungswelten teilweise sehr unterschiedliche Wahrnehmungen haben, die sich nicht leicht als "richtig oder falsch" einordnen lassen. Eines lässt sich jedoch mit Sicherheit daraus ableiten: die Kommunikation und der faktische Erfahrungsaustausch sind offenbar nicht geeignet, übereinstimmende Einschätzungen zu sehr wichtigen Phänomenen im Krankenhausablauf herzustellen. Dies spricht deutlich für machtmittelte Beziehungen.

Von der Notwendigkeit der Verbesserung der Information und Kommunikation zwischen der beiden „Lagern“ sind sowohl Ärzte als auch Geschäftsführer und „Neutrale Beobachter“ überzeugt. Die Frage: Was müsste geschehen, um die Situation zu verbessern? beantwortet ein Geschäftsführer wie folgt: „*Frequenter Austausch, vertrauensbildende Maßnahmen, beharrliche Wiederholung entsprechender Erwartungen einer Geschäftsführung, auch und gerade in wirtschaftlich schwierigeren Situationen.*“ (Zusatzbefragung, 58).

Empfehlungen zur Überwindung der Wirkungen

Um das Ökonomisieren patientenbezogener Entscheidungen und die dadurch ausgelösten Fehl-, Über- und Unterversorgung vieler Patienten, die Überlastung der Mitarbeiter und die Fehlallokation der von der Gesellschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen reduzieren zu können, wird ein ganzes Bündel von Maßnahmen

vorgeschlagen, von denen hier zwei als Beispiele thematisiert werden:

a) Entwicklung und Einführung eines Kodex

Der Geschäftsführer soll die Entwicklung und das Implementieren eines Kodex im Sinne einer verbindlichen Selbstverpflichtung veranlassen. Dieser bringt unter anderem die Verantwortung zum Ausdruck, die das Krankenhaus beziehungsweise die in seinem Auftrag tätigen Geschäftsführer, Ärzte, Krankenpflegekräfte und Vertreter anderer Berufsgruppen gegenüber den Patienten, der Gesellschaft insgesamt und anderen Anspruchsgruppen wahrnehmen sollen. Er legt das Verhalten des Geschäftsführers, der leitenden und der anderen Mitarbeiter gegenüber den verschiedenen Interessengruppen verbindlich fest.

Orientierung für ärztliches Handeln und für das Wahrnehmen der Verantwortung vor allem gegenüber den Patienten bieten die nachstehend genannten medizinethischen Prinzipien¹², die als Gegenstand in den Kodex aufgenommen werden.

1. Prinzip des Wohltuns oder des Nutzens,
2. Prinzip des Nichtschadens,
3. Prinzip des Respekts der Patienten-Autonomie
4. Prinzip der Gerechtigkeit.

Der Kodex ist nicht eine Norm, die zwingend eingehalten werden muss. Es kann oder muss sogar von ihm abgewichen werden, wenn besondere Umstände vorliegen, die sich aus der Bedürfnislage des Patienten oder der des Krankenhauses ergeben können. Das Abweichen von der Norm und deren Gründe werden vom Arzt begründet und in der Patientenakte dokumentiert.

Der Geschäftsführer ist verantwortlich dafür, dass die Träger der Verantwortung mittels des Kodex erfahren, was von ihnen erwartet wird, dass sie die ihnen zugewiesene Verantwortung wahrnehmen

Literatur und Anmerkungen

1. Vgl. unter anderem Augurzky, B. et al.: Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Endbericht, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2012; Blum, K.; Offermanns, M.: Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case-Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Düsseldorf 2012; Felder, St. et al.: Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Friedrich, J., Günster, C.: Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs, in: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005, Stuttgart 2006; Fürstenberg, T. et al. (2011): Fürstenberg, T. et al.: G-DRG-Begleitforschung gemäß §17b Absatz 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 – 2008), Berlin 2011; Fürstenberg, T. et al. (2013): G-DRG-Begleitforschung gemäß §17b Absatz 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 – 2010), Berlin 2013; Fürstenberg, T.; Schiffhorst, G.: Mengenentwicklung und deren Determinanten in ausgewählten Bereichen der Kardiologie, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Lungen, M., Büscher, G.: Mengensteigerungen in der stationären Versorgung: Wo liegt die Ursache? in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Schäfer, T. et al. (2012): Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Hüft- und Knieendoprothesen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012 – Regionalität, Stuttgart 2012; Schäfer, T. et al. (2013): Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart 2013; Schmidt, C.M. (Schriftführer): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen Endbericht – April 2012, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2012; Wasem, J. et al.: Mengenentwicklung im Krankenhaus – Neue Instrumente erforderlich. ersatzkasse magazin, 2012, Ausgabe 7./8), S. 30–31; Zimmermann, D.A.: Ökonomisierung und Privatisierung im bayerischen Gesundheitswesen – Mythen als Legitimationsmuster, herausgegeben vom BayernForum der Friedrich-Ebert-Stiftung, München o.J.; Schreyögg, J. et al.: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG (vergeben vom GKV Spitzenverband, PKV Verband e.V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.), Endbericht, o.O. Juli 2014
2. Vgl. zum Beispiel Lungen, M., Büscher, G.: a.a.O., S. 92
3. Vgl. Schreyögg, J. et al.: a.a.O., S. 106
4. vgl. Glaser, B.G.; Strauss, A.L.: Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung, Bern 2008
5. vgl. Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim 2015
6. Universität Bremen mit Senator für Gesundheit der Hansestadt Bremen (20. Juni 2014), Berliner Wirtschaftsgespräche (23. Oktober 2014), Spreestadt-Forum TU-Berlin (3. November 2014). Es nahmen jeweils ca. 60 Personen teil.
7. Spreestadt-Forum TU-Berlin (23. Mai 2016). Es nahmen ca. 60 Personen teil.
8. Berliner Ärztekammer mit ca. 25 Teilnehmern (15. Juni 2016)
9. Berliner Wirtschaftsgespräche mit etwa 80 Teilnehmern (16. November 2016)
10. Vgl. auch U. Wiesing: Chancen und Grenzen der ökonomisierten Chirurgie – Eine ethische Betrachtung, Festvortrag anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen am 7. Juni 2013 in Kiel, zitiert nach Weiser, H.F.: Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie, Vortrag anlässlich des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg 2016, S. 5
11. Aussagen von Geschäftsführern und Ärzten sind jeweils mit einer Nummer gekennzeichnet.
12. Vgl. Beauchamp, T.L.; Childress, J.F.: Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl., New York 2012 und in Anlehnung an Marckmann, G.; in der Schmittgen, J.: Medizinische Entscheidungen unter Knappheitsbedingungen, in: Marckmann, G. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin, Berlin 2015, S. 194

wollen und auch können, indem die strukturellen, organisationalen und persönlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

b) Operative Planung

Der Geschäftsführer soll sich verpflichten, die Leistungs- sowie die Ressourcenplanung einschließlich der Planung diverser Kennzahlen (wie zum Beispiel die Anzahl Casemix-Punkte/Arzt) und darauf aufbauend das Erarbeiten des Wirtschaftsplans und der Abteilungsbudgets als Gegenstromverfahren zu implementieren und dauerhaft zu praktizieren. Er soll festlegen, wer in welcher Phase des Planungsprozesses mit welchen Kompetenzen beteiligt wird. Insbesondere die Chefarzte sollen in die Leistungs- und Kostenplanung mit Mitspracherecht einbezogen werden. <<

Conflict between patient benefit and profit motive – results of an empirical study

The authors of this article conducted an empirical study named „The economisation of patient related decisions in hospitals“. This qualitative study asks physicians and hospital CEOs for possible influences of profit motives on medical decisions. In case of verification they ask for reasons and consequences for patients, medicine, and hospitals. Based on the results of the study suggestions are made to enable physicians to handle the dilemma between scarce resources and the principles of medical ethics. The emerging lack of qualified physicians and nurses and other demographic aspects will be respected.

Keywords

Patient well-being, medical principles, hospital management, medium-scarcity, economic influences, profit achieving, economizing, economically, performance and resource planning

Zitationshinweis

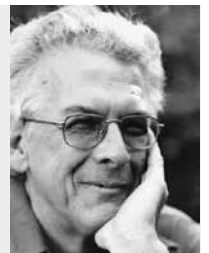
Naegler, H., Wehkamp, K.-H.: „Zwischen Patientenwohl und Gewinnerzielungsabsicht – Ergebnisse einer empirischen Studie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 06/17, S. 54-61, doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2052

Autorenerklärung

Alle Interviews und Auswertungsschritte wurden von den Autoren persönlich vorgenommen. Eine Mitarbeit von Dritten und eine finanzielle Unterstützung durch Dritte gab es nicht.

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Naegler

studierte Betriebswirtschaftslehre in Frankfurt/M. und Berlin. Er war mehrere Jahrzehnte im Krankenhausmanagement tätig – zuerst als Controller und als Verwaltungsdirektor in zwei Krankenhäusern in Berlin und zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Seit 2001 ist er Honorarprofessor an der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR) Berlin. Er ist Autor zahlreicher Publikationen zu den Themen Personalmanagement, Strategisches Management und Controlling. Kontakt: heinz.naegler@arcormail.de



Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Karl-H. Wehkamp

ist Professor an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZES). Er ist Sozialwissenschaftler und Facharzt mit langjähriger Klinikerfahrung, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin und freier Klinikberater mit Schwerpunkt Ethik-Ökonomie.

Kontakt: Karl.Wehkamp@t-online.de



Dr. med. Stefan Siegel / Heinrich Rau /
Simone Dors / Dr. med. Loni Brants /
Michaela Börner / Sandra Wetzel / Prof. Dr.
med. Andreas Ströhle / PD Dr. med. Peter L.
Zimmermann / Dr. med. Gerd Willmund

Expertenmeinungen zum psychosozialen Versorgungsbedarf ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr

Einsätze der Bundeswehr im Ausland sind ein Stück Normalität geworden (Frank Bötel 2016). Doch diese Einsätze gehen für die SoldatInnen mit belastenden Erlebnissen und Folgen für ihre psychische Gesundheit einher. So erfüllten 2,9 % der 2009 im Rahmen der ISAF-Mission in Afghanistan eingesetzten SoldatInnen 12 Monate nach dem Einsatz die DSM-IV-TR-Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (Wittchen et al. 2012). Diese 12-Monats-Prävalenz ist nicht nur gegenüber den Kontrollsoldaten ohne Einsatz deutlich erhöht, sondern auch gegenüber den Raten der alters- und geschlechtsadjustierten deutschen Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al. 2014). Zudem muss befürchtet werden, dass die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen nach Auslandseinsätzen allgemein (Kang und Hyams 2005), die der posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Besonderen (Brewin et al. 2012) mit den Jahren sogar noch zunehmen. Eine wesentliche Aufgabe, der sich nicht nur die Bundeswehr, sondern alle in der Versorgung psychisch kranker Menschen Tätigen zu stellen haben, ist also der Umgang mit SoldatInnen der Bundeswehr, die durch den Einsatz psychisch erkrankten (Holtherm 2014). Erschwert wird die Lage aus Sicht der Versorgung dadurch, dass SoldatInnen nach dem Ausscheiden aus der Bundeswehr in das zivile deutsche Versorgungssystem wechseln, in dem heute die überwiegende Mehrzahl der Leistungserbringer keine persönlichen Erfahrungen mit dem militärischen System mehr besitzen dürfte. Weder über die subjektiven Versorgungsbedürfnisse noch über den objektiven Versorgungsbedarf von ehemaligen SoldatInnen, die sich nun im zivilen Gesundheitswesen befinden, liegen bisher jedoch aussagekräftige wissenschaftliche Erkenntnisse für Deutschland vor.

>> Es stellt sich daher die Frage, inwiefern die bestehenden zivilen Versorgungskonzepte den Bedarf heutiger ehemaliger SoldatInnen, die Einsatzbelastungen ausgesetzt waren, erfüllen. Die vorliegende Arbeit ist Teil eines größeren, durch die Bundeswehr geförderten, Projektes zur Erforschung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (engl. „health service use“) ehemaliger SoldatInnen. Das Projekt orientiert sich bei seiner Untersuchung am Anderson'schen behavioralen Model der Nutzung von Gesundheits-

Zusammenfassung

Die Anzahl von Soldaten der Bundeswehr mit psychischer Einsatzschädigung nimmt zu. Über den psychosozialen Versorgungsbedarf dieser Personengruppe nach Ausscheiden aus dem Militär ist allerdings noch wenig bekannt. Diese Arbeit präsentiert erstmalig methodisch-strukturiert erhobene Daten zur Einschätzung des Versorgungsbedarfs ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr durch ExpertInnen des zivilen und militärischen Gesundheitswesens. Mit 55 Psychotrauma-Experten wurde zum geschätzten Versorgungsbedarf ehemaliger Soldaten eine Delphi-Befragung bzw. mit 20 eine Gruppendiskussion durchgeführt. Übergeordnete Themen waren 1. bestehende Versorgungslücken und Verbesserungsmöglichkeiten, 2. Ausbau der Selbsthilfe und Veteranenarbeit 3. fehlende Angebote für Familien und Angehörige sowie 4. eine mögliche Überversorgung und falsche Anreize. Einig waren sich die Experten, dass der Ausbau eines Selbsthilfe- und Veteranennetzwerkes notwendig wäre, doch die Frage der Organisation und Finanzierung blieb unbeantwortet. Auch eine Erweiterung der Therapiemöglichkeiten, auch für Familie und Angehörige, die häufig mit Betroffenen sind, spielte eine wichtige Rolle.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung, Expertenbefragung, psychische Gesundheit, Soldaten, Bundeswehr

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2053

dienstleistungen (engl. „behavioral model of health service use“) (Andersen 2008), welches im Kontext der Gesundheitssystemforschung verbreitet Anwendung findet. Das Gesamtprojekt erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Charité Universitätsmedizin Berlin. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Generierung von Wissen zum professionell verifizierten Versorgungsbedarf (engl. „evaluated needs“) ehemaliger BundeswehrosoldatInnen.

Der methodische Grundgedanke war dabei, die fehlende Datengrundlage über den Versorgungsbedarf von ehemaligen Soldaten durch ExpertInnenwissen zu füllen. Als ExpertInnen gelten solche Personen, „die über ein spezifisches Rollenwissen verfügen, solches zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2008). ExpertInnen wird im Allgemeinen und von den meisten Personen – trotz existierender Kritik an dieser Grundannahme (vgl. Gigerenzer et al. 1991) – die Fähigkeit zugesprochen, Wissenslücken sinnvoll und besser als die Allgemeinheit zu füllen. Im weiteren Verlauf des Projekts soll der hier evaluierte Bedarf mit den subjektiv empfundenen Bedürfnissen (im Anderson-Modell „perceived need“) der SoldatInnen in Beziehung gesetzt werden.

Methodik

Bei der Durchführung der Gruppenbefragung wurde eine modifizierte Delphi-Methode eingesetzt, wie sie im medizinischen Kontext zum Beispiel auch bei der Erstellung von wissenschaftlich-medizinischen Leitlinien zur Konsensentwicklung häufig Verwendung findet (Muche-Borowski und Kopp 2011). Es handelt sich dabei um mehrmals wiederholte anonyme Befragungen („Wellen“) von ExpertInnen, sowie Aufbereitung der Befragungsergebnisse und Rückmeldung an die ExpertInnen (Harold A. Linstone und Murray Turoff 2002; Daniel Vorgrimler und Dirk Wübben 2003). Diese Vorgehensweise soll zu einer schrittweisen Verbesserung der ursprünglich abgegebenen Urteile führen (Schulz und Renn 2009). Ein Ziel war es, möglichst umfassende Einschätzungen verschiedener ExpertInnen zu einem spezifischen Versorgungsbedarf zu erhalten. Das gewählte Vorgehen entsprach einem sogenannten qualitativen oder „Typ 1“

Delphi (Michael Häder 2014). Die Delphi-Methode wurde von uns vor den Befragungswellen 2 und 3 zusätzlich mit einer Gruppendiskussion kombiniert. Dies sollte die Auseinandersetzung der ExpertInnen mit der an sie gestellten Frage nach ihrer Einschätzung des spezifischen Versorgungsbedarfs zusätzlich vertiefen und besonders relevante oder bedeutende Themen klarer erkennbar werden lassen. Die gegenseitige Beeinflussung der Teilnehmenden, die bei standardisierten Verfahren als Störvariable angesehen wird, war hier gewollt. Einer möglichen Dominanz bestimmter Ansichten und Positionen, wie sie in Gruppenprozessen auftreten können wurde methodisch durch eine anonyme und erneut schriftliche Rückmeldung an uns versucht entgegenzuwirken.

Rekrutierung

Aufgrund der Komplexität des deutschen Gesundheitswesens erschien eine repräsentative Erhebung aller an der Versorgung ehemaliger SoldatInnen beteiligter Akteure unrealistisch. Bei der Expertenauswahl lag der Fokus daher auf der Realisierung einer möglichst vielfältigen, multiperspektivischen Sicht und Identifizierung besonders relevanter oder bedeutender übergeordneter Themen des Versorgungsbedarfs. Es wurden alle Teilnehmende, militärisch und zivil, des Berliner Psychotraumakolloquiums 2015, einem jährlich stattfindenden Fachkongress für sowohl militärische als auch zivile ExpertInnen des Gesundheitswesens aller Bundesländer zur Erkennung, Prävention und Behandlung von Traumafolgestörungen, schriftlich zur Teilnahme an der ExpertInnenbefragung eingeladen. Aus den Teilnehmenden der ersten Erhebungswelle wurden 20 ExpertInnen ausgewählt (Sampling nach dem Prinzip maximaler Varianz im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Berufe, militärischen bzw. zivilen Hintergrund etc.), die sich in den Veranstaltungsräumen des Psychotraumakolloquiums an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zu Gruppendiskussionen, aufgeteilt in zwei Kleingruppen mit je zehn Teilnehmern, einfanden.

Datenerhebung

Die erste Erhebungswelle wurde mit Hilfe eines postalisch versendeten Fragebogens durchgeführt, auf dem gefragt wurde: „Welchen psychosozialen Versorgungsbedarf sehen Sie als Experte bei ehemaligen Soldatinnen und Soldaten mit Auslandserfahrungen?“. Die Beantwortung der Frage sollte in offener Form erfolgen, es wurden keine Antwortkategorien vorgegeben. Des Weiteren wurden soziodemographische Merkmale und die Einschätzung der eigenen Kompetenz erfragt. Teilnehmer, die bis zum Kongressbeginn den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten, konnten dies im Laufe der zweitägigen Fachtagung nachholen und den Bogen anonym abgeben.

Die Durchführung der zweiten und dritten Erhebungswelle erfolgte während des Psychotraumakolloquiums. Dort wurden den 20 an der Gruppendiskussion teilnehmenden ExpertInnen als Erstes unsere vorläufigen Analyse-Ergebnisse der schriftlichen Erhebungswelle präsentiert. Danach folgte eine Diskussion der bisherigen Ergebnisse in zwei Kleingruppen, an deren Ende die Teilnehmer erneut um die schriftliche Beantwortung der Frage nach dem Versorgungsbedarf gebeten wurden. Die dritte Erhebungswelle setzte sich aus der gleichen Kombination aus Zusammenfassung der vorläufigen Ergebnisse, Gruppendiskussion und Einholung einer schriftlichen Stellungnahme zusammen. Die Antworten aller drei Erhebungswel-

len wurden in die abschließende Analyse aufgenommen.

Datenanalyse

Die insgesamt erhobenen Antwortdaten aller Teilnehmenden aus allen drei Erhebungswellen wurden von den Autorinnen und Autoren (SS, LB, SD, MB) transkribiert, pseudonymisiert und gegengelesen. Für die inhaltliche Analyse wurden die Transkripte satz- bzw. zeilenweise in Sinneinheiten kodiert. Dann wurden die Sinneinheiten einem übergeordneten Begriff (Code) zugewiesen. Am Ende dieses Analyseschritts konnten 161 Sinneinheiten und 16 Codes im Material identifiziert werden. Während und nach der vorläufigen Analyse wurden bestehende Codes weiter zusammengefasst und abstrahiert, bis ein aus mehreren Abstraktionsebenen bestehendes hierarchisches Codesystem entstand.

Ergebnisse

Deskriptive Darstellung der Teilnehmenden

Im Rahmen der ersten Erhebungswelle wurden 123 Teilnehmende angeschrieben, von denen 33 den vollständig ausgefüllten Expertenfragebogen zurücksandten und 22 ihn während des Traumakolloquiums abgaben. Die Antwortenden waren durchschnittlich 43 Jahre alt ($SD=10.7$). Ihre Kompetenz zur Beantwortung der gestellten Fragen schätzten sie auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 10 im Durchschnitt mit $M = 6,44$ ($SD=2.31$; Min 0.7, Max 10) ein. (Weitere Merkmale inklusive professioneller Hintergrund siehe „soziodemographischen Angaben“, Tab. 1).

Qualitative Auswertung der Antworten

Die Antworten auf die Frage „Welchen psychosozialen Versorgungsbedarf sehen Sie als Experte bei ehemaligen SoldatInnen mit Auslandserfahrungen?“ konnten im Rahmen der Codierung in vier folgende übergeordnete Themenbereiche zusammengefasst werden:

„konkreter Versorgungsbedarf“ und „Verbesserungsvorschläge“

Die Bedeutung der Früherkennung und ein Bedarf an Möglichkeiten der umfassenden psychiatrischen Diagnostik wurden von den ExpertInnen wiederholt betont. Auf die möglichst exakte und eindeutige medizinische Diagnosestellung sollten idealerweise unmittelbar aufbauende Behandlungen in Form von spezifischen, zielgerichteten Interventionen erfolgen, es bestünde hier auch der Bedarf nach einheitlichen Behandlungsplänen. Interessanterweise gab es gerade bei Experten mit militärischem Hintergrund die Wahrnehmung, dass Versorgungslücken im psychiatrischen Bereich bereits innerhalb der Bundeswehr bestünden und noch mehr Informationen über psychische Krankheit (Psychoedukation), Behandlung und weitere Versorgungsangebote notwendig seien. Auch Informationen über Zuständigkeiten und die Aufklärung über Ansprüche, auch über das Dienstzeitende hinaus (WDB-Verfahren), sowie die Nennung von Anlaufstellen und deren Erreichbarkeit sollten bereits vor Dienstzeitende erfolgen.

Die Wichtigkeit von festen Ansprechpartnern und ggf. ein „proaktives“ Zugehen auf mögliche Betroffene, um mögliche Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, wurden ebenfalls hervorgehoben, wobei diese Aufgabe nicht notwendigerweise durch Ärzte übernommen werden müsse. Diese Ansprechpartner könnten auch im Umgang mit bürokratischen Hürden und dem oft als überfordernd

Soziodemographische Angaben	
Geschlecht	Anz.
Männlich	29
Weiblich	26
Gesamt	55
beruflicher Abschluss*	
Medizin-/Psychologie	39
Soziologie/Soziale Arbeit/Pädagogik	5
Theologie	3
Sonstiges Hochschulstudium	7
Sonstiger Expertenstatus	7
Gesamt	61
Aktueller Tätigkeitsschwerpunkt*	
Klinisch, ambulant	11
Klinisch, stationär	15
Beratend, sozial	10
Seelsorgerisch	2
Administrativ	12
Forschend, wissenschaftlich	14
Sonstiges	7
Gesamt	61
Aktuelle berufliche Stellung	
unter Anleitung tätig	20
selbstständig/eigenverantwortlich tätig	17
Führungsfunktion 1-3 MA	10
Führungsfunktion 4-10 MA	3
Führungsfunktion >10 MA	5
Gesamt	55

Tab. 1: Soziodemographische Angaben der Befragungsteilnehmer. Legende: *Mehrfachnennungen möglich.

Behandlung ehemaliger, nach dem Ausscheiden aus dem Militär meist gesetzlich versicherter SoldatInnen wurde gefordert.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass oft Fragen der beruflichen Wiedereingliederung und weniger der unmittelbaren Gesundheit führend seien, wurde jedoch von einigen ExpertInnen auch die Meinung vertreten, dass man weg von bundeswehrinternen Lösungen hin zu einem Konzept der umfassenden Integration der Betroffenen in die Gesellschaft kommen müsse. Andere konkrete Nennungen inhaltlicher oder qualitativer Defizite sind in Tabelle 2 aufgeführt.

„Selbsthilfe, Peer-Arbeit und Veteranenkultur“

Ein großer Bedarf wurde auch im Bereich der Betroffenenbeteiligung und professionalisierten Selbsthilfe gesehen. Nicht nur ein Ausbau des Versorgungssystems auf der Ebene professioneller, insbesondere medizinischer Hilfeanbieter, sondern auch auf der Ebene der Selbst- und Kameradenhilfe mit Einsatzerfahrenen könne helfen, Reaktionen auf Belastungserleben besser zu verarbeiten. Even-

tuell würde dies auch Stigmatisierungstendenzen entgegenwirken. Vor diesem Hintergrund sind sicherlich auch weitere Forderungen zu verstehen, entsprechende Programme oder Initiativen auch institutionell zu implementieren oder zu fördern, wie beispielsweise durch eine Intensivierung von Öffentlichkeitsarbeit, den Ausbau einer „Veteranenkultur“ oder durch engere Zusammenarbeit der Bundeswehr mit Reservistenverbänden.

erlebten WDB-Verfahren helfen. Einige Vorschläge betrafen die Durchführung von regelmäßigen Nachuntersuchungen auch nach Verlassen der Bundeswehr, wobei auch Aspekte des Datenschutzes diskutiert wurden. Unterschiedliche Einschätzungen gab es bezüglich der Verortung des Angebots. Von einigen ExpertInnen wurde die Integration der Versorgungsstrukturen ehemaliger SoldatInnen in den Geschäftsbereich des Verteidigungsministeriums favorisiert. Es fand stetige Erwähnung, dass im zivilen Bereich ein Mangel an qualifizierten TherapeutInnen mit ausreichend militärischem Hintergrundwissen/Know-How bestehe. Es wurde der Vorschlag einer Weitergewährung der unentgeltlichen Truppenärztlichen Versorgung gemacht. Auch eine grundsätzliche Ermächtigung aller Bundeswehrärzte zur

tuell würde dies auch Stigmatisierungstendenzen entgegenwirken. Vor diesem Hintergrund sind sicherlich auch weitere Forderungen zu verstehen, entsprechende Programme oder Initiativen auch institutionell zu implementieren oder zu fördern, wie beispielsweise durch eine Intensivierung von Öffentlichkeitsarbeit, den Ausbau einer „Veteranenkultur“ oder durch engere Zusammenarbeit der Bundeswehr mit Reservistenverbänden.

„Angebote für Familien und Angehörige“

Die ExpertInnen konstatierten einen großen Bedarf an Angeboten für die Familien und Angehörigen ehemaliger SoldatInnen. In der Gruppendiskussion wurde dies begründet mit dem unmittelbaren Betroffen-Sein der Angehörigen durch die Erkrankung des ehemaligen Soldaten, aber auch mit dem positiven Einfluss eines verständnisvollen privaten Umfeldes auf den Krankheitsverlauf. Zwei Möglichkeiten wurden dazu aufgezeigt: erstens ein eigenes, dezidiertes Angebot sowohl der Beratung als auch der Therapie für Angehörige bereitzuhalten und/oder zu finanzieren und zweitens ein regelmäßiger und systematischer Einbezug von Angehörigen in die Therapie betroffener VeteranInnen. Im Hinblick auf die Finanzierung fanden hier Begriffe wie „niedrigschwellig“, „großzügig“, „transparent“ und „Erweiterung des Angebots“ Verwendung. In diesem Zusammenhang wurde auch die fehlende Finanzierung entsprechender Leistungen kritisch hinterfragt.

„Unterversorgung“ vs. „Übersorgung und falsche Anreize“

Einige ExpertInnen stuften die Versorgung ehemaliger SoldatInnen als „nach wie vor unbefriedigend“ ein und sprachen von einem hohen und steigenden Versorgungsbedarf. Andere ExpertInnen thematisierten, inwiefern das aktuelle psychosoziale Versorgungsangebot nicht nur gut sei, sondern eine Übersorgung darstelle. Insbesondere wurden im Hinblick auf das Gesetz zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen (EinsatzWVG) bzw. das Wehrdienstbeschädigungsverfahren (WDB-Verfahren) zwei Befürchtungen geäußert: Zum einen könne die hohe finanzielle Entschädigung ab einer bestimmten Schwere der Erkrankung zu einem „falschen Anreiz“ führen. Zum anderen könne die Perspektive, aufgrund einer Erkrankung Berufssoldaten (BS)- bzw. Beamtenstatus auf Lebenszeit zu erlangen, die Bereitschaft einer zivilen Wiedereingliederung und psychischen Gesundheit verringern. Hier wurden die Empfehlung einer klaren zeitlichen Begrenzung der Schutzzeit und keine Option der Übernahme als Berufssoldat als alternative Konzepte diskutiert.

Diskussion

Die Gesundheit ehemaliger SoldatInnen mit Auslandseinsatzerfahrung stellt eine Herausforderung für die deutsche Gesellschaft dar. Die vorliegende Arbeit präsentiert erstmalig methodisch-strukturiert erhobene Daten zur Einschätzung des psychosozialen Versorgungsbedarfs ehemaliger SoldatInnen der Bundeswehr durch zivile und militärische ExpertInnen. Aus deren Sicht bedarf es insbesondere der Weiterentwicklung bestehender Regelungen zu einer gesellschaftlichen, statt rein militärischen Re-Integration der Betroffenen. Militärisches Hintergrundwissen schien für alle an der Versorgung ehemaliger SoldatInnen beteiligten Health-Professionals ein wichtiger Qualitätsfaktor zu sein. Dass aus ExpertInnensicht der Ausbau der psychosozialen Betreuungskomponenten der Bundeswehr, sowie der wehrpsychiatrischen/-psychologischen

Spezifische und inhaltliche Versorgungslücken
Nicht ausreichende Stundenkontingente bei der Psychotherapie
Spezifische Traumatherapie
EMDR
Körpertherapie
Umgang mit Schuld-/Scham
Männerspezifische Therapie
Psychosoziale Notfallversorgung
Spezifische Therapie für PTBS, Depression, Überforderung
Wohnortnähe, Niedrigschwelligkeit, Zeitnähe

Tab. 2: Nennung spezifischer, inhaltlicher Versorgungslücken durch Experten

Fähigkeiten der Bundeswehr wichtige Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen darstellen könnten, erscheint nachvollziehbar. Interessanter ist die Einschätzung der Teilnehmenden im Hinblick auf die Stärkung der Arbeit durch Peers, Kameraden und selbstorganisierte Verbände. Dies deckt sich mit wissenschaftlichen Untersuchungen, die schon in der Akutphase einer Belastung die Wichtigkeit der Betreuung durch Peers belegen (Greenberg und Jones 2011).

Die Belastung durch Traumafolgestörungen betrifft regelmäßig nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch deren Partner und Angehörige (Jordan et al. 1992). Diesbezüglich waren sich die ExpertInnen einig, dass ein systematischer und regelmäßiger Einbezug der unmittelbaren Mitbetroffenen sinnvoll sei und zu einem erfolgreichen Therapieverlauf deutlich beitragen könne. Das zivile Gesundheitssystem sieht paar- oder familientherapeutische Interventionen in seinem Leistungskatalog jedoch nicht vor, obwohl die

Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist (Monson et al. 2012). Eine Befürchtung der ExpertInnen war, dass die aktuellen rechtlichen Regelungen zur Weiterverwendung nach Einsatzunfällen mit der Option der Wiederaufnahme in den aktiven Dienst einem positiven Heilungsverlauf im Wege stünde. Der Diskurs unter Fachleuten über die Missbrauchsgefahr im Zusammenhang mit Versorgungsangeboten für psychische Belastungsreaktionen ist medizinhistorisch gut untersucht (Fischer-Homberger 2004). Es ist interessant, dass keine wissenschaftlichen Studien existieren, die belegen, dass eine PTBS bei Begutachtungen tatsächlich häufiger simuliert oder aggraviert wird als andere Störungen (Dressing und Foerster 2010; DGPPN 06.10.2009).

Die Aussagen unserer Arbeit unterliegen einigen methodischen Einschränkungen. Eine Totalerhebung unter allen ExpertInnen, die mit der Versorgung ehemaliger SoldatInnen befasst sind, erschien uns mit vertretbarem Ressourcenaufwand nicht zu realisieren und im Rahmen des qualitativen Vorgehens zur Hypothesengenerierung auch nicht zielführend. Mit der Adressierung der Teilnehmenden des Berliner Psychotraumakolloquiums dürfte dennoch ein Großteil der im zivil-militärischen Schnittstellenbereich Tätigen erreicht worden sein, sodass ein Sampling innerhalb dieser Kohorte nach dem Prinzip maximaler Varianz eine gute Möglichkeit darstellt, dem Ziel der Erarbeitung einer möglichst vielfältigen, multiperspektivischen Sicht und Identifizierung aus Expertensicht besonders relevanter oder bedeutender übergeordneter Themen des Versorgungsbedarfs bei ehemaligen SoldatInnen der Bundeswehr gerecht zu werden. Deziertes Forschungsziel war ein möglichst umfangreiches Meinungsbild zum evaluierten Versorgungsbedarf ehemaliger SoldatInnen zu generieren. Eine darauf aufbauende Priorisierung der einzelnen Punkte bleibt weiterer Forschung, aber auch gesamtgesellschaftlicher Diskussion vorbehalten.

Literatur

- Andersen, Ronald Max (2008): National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. In: *Medical Care* 46 (7), S. 647–653. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31817a835d.
- Brewin, C. R.; Andrews, B.; Hejdenberg, J.; Stewart, L. (2012): Objective predictors of delayed-onset post-traumatic stress disorder occurring after military discharge. In: *Psychol Med* 42 (10), S. 2119–2126. DOI: 10.1017/S0033291712000189.
- Daniel Vorgrimler; Dirk Wübben (2003): Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. In: *Wirtschaft und Statistik* 8, S. 763–774. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gastbeitraege/DelphiMethode_82003.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.01.2016.
- DGPPN (06.10.2009): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu Begutachtungsstandards bei posttraumatischer Belastungsstörung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2009/stn-2009-10-06-ptsd-positions-papier-dressing.pdf, zuletzt geprüft am 14.04.2016.
- Dressing, Harald; Foerster, Klaus (2010): Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Fortschr Neurol Psychiatr* 78, S. 475–478.
- Fischer-Homberger, Esther (2004): Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Frank Bötel (2016): Überblick: Die Armee im Einsatz. Hg. v. Bundesministerium der Verteidigung. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/!ut/p/c/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUVL3UzLzixNSSqLS90tSk1KKknMzkbCsmfkG2oyIAtx6Dow!/,](http://www.bundeswehr.de/portal/a/bwde/!ut/p/c/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP3I5EyrpHK9pPKUVL3UzLzixNSSqLS90tSk1KKknMzkbCsmfkG2oyIAtx6Dow!/) zuletzt aktualisiert am 24.02.2016, zuletzt geprüft am 14.04.2016.
- Gigerenzer, G.; Hoffrage, u.; Kleinbölting, H. (1991): Probabilistic Mental Models: A Brunswikian Theory of Confidence. In: *Psychological Review* 98 (4), S. 506–528, zuletzt geprüft am 14.01.2016.
- Greenberg, Neil; Jones, Norman (2011): Optimizing mental health support in the military: The role of peers and leaders. In: Amy B. Adler, Paul D. Bliese und Carl Andrew Castro (Hg.): *Deployment psychology: Evidence-based strategies to promote mental health in the military*, S. 69–101. Online verfügbar unter https://scholar.google.de/scholar?q=Greenberg%2C+N.%2C+%26+Jones%2C+N.+%282011%29.+Optimizing+mental+health+support+in+the+military&btnG=&hl=de&as_sdt=0%2C5&as_vis=1, zuletzt geprüft am 24.03.2016.
- Harold A. Linstone; Murray Turoff (2002): *The Delphi Method. Techniques and Applications*. Reading, Mas: Addison-Wesley.
- Holtherm, Hans-Ulrich (2014): Kompendium „Umgang mit psychischen Einsatzschädigungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) in der Bundeswehr“. Hg. v. BMVg Fü Sk II 7. Berlin. Online verfügbar unter http://www.bundeswehr.de/resource/resource/MzEzNTM4MmUzMzMyMmUzMTM1MzMyZTM2M-zlzMMDMwMzAzMDMwMzAzMDY5NjE3YTM1MzA2NzZhNjEyMDIwMjAyMDIw/150609_Kompendium%20PTBS.pdf, zuletzt geprüft am 26.04.2016.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: *Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87. DOI: 10.1007/s00115-013-3961-y.
- Jordan, B. Kathleen; Marmar, Charles R.; Fairbank, John A.; Schlenger, William E.; et al (1992): Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60 (6), S. 916–926. DOI: 10.1037//0022-006X.60.6.916.
- Kang, Han K.; Hyams, Kenneth C. (2005): Mental Health Care Needs among Recent War Veterans. In: *N Engl J Med* 352 (13), S. 1289. DOI: 10.1056/NEJMp058024.
- Michael Häder (2014): *Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Springer VS.
- Monson, Candice M.; Fredman, Steffany J.; MacDonald, Alexandra; Pukay-Martin, Nicole D.; Resick, Patricia A.; Schnurr, Paula P. (2012): Effect of Cognitive-Behavioral Couple Therapy for PTSD: A Randomized Controlled Trial. In: *JAMA* 308 (7), S. 700–709. DOI: 10.1001/jama.2012.9307.
- Muche-Borowski, C.; Kopp, I. (2011): Wie eine Leitlinie entsteht. In: *Z Herz- Thorax- Gefäßschir* 25 (4), S. 217–223. DOI: 10.1007/s00398-011-0860-z.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahar, Monika (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Schulz, Marlen; Renn, ORTwin (2009): *Das Gruppendelphi. Konzept und Fragebogenkonstruktion*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Schönfeld, Sabine; Kirschbaum, Clemens; Thurau, C.; Trautmann, Sebastian; Steudte, S. et al. (2012): Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder in soldiers following deployment abroad: how big is the hidden problem? In: *Dtsch Arztebl Int* 109 (35-36), S. 559–569.

Die Ergebnisse unserer Befragung ermöglichen erste fundierte Überlegungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung des bestehenden Versorgungssystems und seiner Strukturen. Zur weiteren Quantifizierung des tatsächlichen Mehrbedarfs und zur Priorisierung bestimmter Verbesserungsmaßnahmen sind weitere Untersuchungen sinnvoll. Aus Sicht der Versorgungsforschung wäre es von großem Interesse, die Bedarfseinschätzungen der ExpertInnen mit den subjektiven Einschätzungen der ehemaligen SoldatInnen sowie deren Angehörigen in Beziehung zu setzen. <<

Expert opinions concerning the psycho-social health service need of German veterans

The number of deployment related psychological health problems among German veterans has increased. However we still lack knowledge concerning the psychosocial health service need among German veterans. This study presented for the first time a methodological-structured data collection to estimate the evaluated needs of veterans by professionals from civil and military Health-Care-Services. Fifty-five experts were surveyed and evaluated the psychosocial health service need among German veterans. Of those interviewed, twenty experts were invited for a group discussion. major themes identified were: 1. insufficient health-care provision, 2. development of self-help programs and veterans work, 3. lacking offers for families and partners, 4. possible oversupply and wrong incentives. The professionals agreed that the development of self-helping systems and veteran-network is necessary, but questions about financing and organization are without reply. Furthermore the expansion of therapeutic approaches for family and relatives, who are often concerned too, could increase therapy outcome. .

Keywords

health service research, expert opinions, mental health, service members, German armed forces

Zitationshinweis

Siegel et al.: „Expertenmeinungen zum psychosozialen Versorgungsbedarf ehemaliger Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 06/17, S. 62-66, doi: 10.24945/MVF.0617.1866-0533.2053

Autorenerklärung

Dr. med. Siegel koordiniert u. a. das Versorgungsforschungsprojekt „Veteranen II“, welches durch Zuwendung des Bundesamt für Ausrüstung, Informationstechnik und Nutzung der Bundeswehr gefördert wird (Fördernummer: E/U2AD/FD004/FF551). Neben Dr. Siegel arbeiten an Studie und Veröffentlichung mit: Heinrich Rau², Simone Dors¹, Dr. med. Loni Brants¹, Michaela Börner¹, Sandra Wetzels², Prof. Dr. med. Andreas Ströhle¹, PD Dr. med. Peter L. Zimmermann², Dr. med. Gerd Willmund²

1: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charite, Universitätsmedizin Berlin

2: Psychotraumazentrum, Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Dr. med. Stefan Siegel (korrespondierender Autor)

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Charité Universitätsmedizin Berlin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte sowie am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin.

Kontakt: stefan.siegel@charite.de



Dipl.-Volksw. Joachim Heuer

Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulantem Sektor

Medizinischer Fortschritt und Veränderungen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen ziehen eine veränderte Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und akutstationären Krankenhäusern nach sich. Zunehmend erbringen auch ambulant tätige Ärzte medizinische Leistungen, die bisher einen stationären Aufenthalt erforderten – etwa die Dialyse oder Linsenoperationen am Auge. Hieraus resultiert eine Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungssektor, der „neue“ Leistungen im ambulanten Bereich generiert. Im Rahmen dieser Arbeit sollen diese Leistungen als „stationersetzende“ Leistungen bezeichnet und gezielt analysiert werden. Daneben können weitere Leistungen verlagert werden; solche nämlich, die prinzipiell in beiden Sektoren erbracht werden können, aber im Zuge des Abbaus stationärer Versorgungsstrukturen und wegen geringerer Kosten zunehmend ambulant erbracht werden. Diese Art der Leistungsverlagerung wird in dieser Arbeit nicht untersucht. Anlass vorliegender Darstellung ist die Absicht, Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Sektor des Gesundheitswesens zum Gegenstand der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu machen (von Stillfried/Czihal 2015). Leistungsverlagerungen sind darin zu erkennen, dass insbesondere dort Anstiege vertragsärztlicher Leistungen sichtbar sind, wo ein entsprechender Rückgang der stationären Berechnungs- und Belegungstage berechnet wird, der für bestimmte Diagnosen bei Anstieg ambulanter Leistungen gezeigt wurde (Czihal et al 2013). Denkbar wäre eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes etwa mit einer Darstellung von abgerechneten Leistungen für Fälle mit den betreffenden Diagnosen. So könnte der Umfang verlagelter Leistungen spezifiziert und berechnet werden. Bedingt durch Komorbiditäten ambulanter Fälle und fehlende Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen in der vertragsärztlichen Leistungsabrechnung könnte es dabei zu Mehrfachzählungen von Leistungen bei den unterschiedlichen Diagnosen kommen. Zunehmender ambulanter Leistungsbedarf wird für 17 von 20 ICD-10-Kapiteln berechnet (Czihal et al 2013.). Da somit der steigende Trend vertragsärztlicher Leistungen in der überwiegenden Zahl der Diagnosekapitel zu finden ist, wäre es für die Fragestellung hilfreich, diesen auf bestimmte „stationersetzende“ Leistungen eingrenzen zu können.

>> Neben einer Darstellung des Volumens und der Art stationersetzender ambulanter Leistungen im Zeitverlauf soll darüber hinaus analysiert werden, ob mit zunehmendem Volumen stationersetzender Leistungen auch eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist (unter Berücksichtigung genereller Trends in der Versorgung).

Zusammenfassung

Hintergrund: Medizinischer Fortschritt und Veränderungen in den ärztlichen Versorgungsstrukturen ziehen eine veränderte Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und akutstationären Krankenhäusern nach sich.

Fragestellung: Es soll analysiert werden, ob mit zunehmendem Volumen stationersetzender ambulanter Leistungen auch eine Abnahme von stationären Leistungsmengen erkennbar ist.

Methode: Aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab wurden 4.234 Gebührenordnungspositionen (GOP) als stationersetzende Leistungen ausgewählt. Die verwendete Datenbasis ist die Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) der Jahre 2009 bis 2014. Die stationäre Leistungsmenge wird mit stationären Belegungstagen ambulant sensibler Krankenhausfälle quantifiziert.

Ergebnisse: Die Zahl der Behandlungen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden, ist im Untersuchungszeitraum messbar und deutlich angestiegen. Darunter sind ausgewählte ambulant abgerechnete GOP als im engeren Sinn stationersetzend anzusehen, wie GOP zu Dialysepauschalen, Hausärztlich-geriatriischer Betreuungskomplex, Zusatzpauschale Koloskopie, sowie intraoculare oder dermatochirurgische Eingriffe wie auch humangenetische Leistungen. Deren Leistungsbedarf steigt demografiebereinigt in den Jahren 2011 und 2013 an, während Belegungstage ambulant-sensibler Krankenhausfälle leicht rückläufig sind. Die Korrelation mittelbarer stationersetzender Leistungen in Form der Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung im Vergleich zum Trend stationärer Belegungstage als Konstellation „mittlerer ambulanter Leistungsbedarf je Einwohner aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung überdurchschnittlich hoch und Belegungstage je Einwohner unterdurchschnittlich“ wird lediglich in 33 von 402 Kreisen gefunden.

Diskussion: Der mittlere Leistungsbedarf stationersetzender Fälle könnte mit dem mittleren Leistungsbedarf aller Fälle je Fachgruppe verglichen werden, um zu erkennen, ob dieser relevant abweicht.

Praktische Implikationen: Die hier definierte Auswahl stationersetzender und neu eingeführter Gebührenordnungspositionen könnte verwendet werden, um davon ausgehend in anderen Datenbasen deren Umfang und zeitlichen Verlauf des Leistungsbedarfs aus diesen GOP darzustellen.

Schlüsselwörter

Verlagerungseffekt, ambulant sensitive Krankenhausfälle, stationersetzende Leistungen

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2054

Material und Methode

Erfassung stationersetzender Leistungen: Auf Basis einer theoretischen Erörterung wurden unter Diskussion verschiedene Leistungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab als potenziell stationersetzend deklariert. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab spezifiziert die Abrechnung und Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen, ergänzt durch KV-spezifische Leistungen, in ungefähr 30.000 Gebührenordnungspositionen. Als potenziell stationersetzend gelten a-priori neue Leistungen im EBM, die inhaltlich analysiert und gegebenenfalls als stationersetzend erklärt werden. Die Einführung neuer Leistungsinhalte wird hier als Stärkung des ambulanten Sektors und somit mittelbar stationersetzend eingeschätzt.

In mehrfacher Hinsicht können neu eingeführte vertragsärztliche Leistungen als stationersetzend angesehen werden (Abb. 2). Die zusätzlichen Finanzmittel für diese Leistungen können als Stärkung des ambulanten Sektors gelten. Ein Beispiel sind die 4/2013 eingeführten Zuschläge bzw. Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung, die fällig sind, wenn die betreffenden Praxen bestimmte, als Grundversorgung definierte Leistungen erbringen. Die Vereinbarung der Selbstverwaltung, für diesen Zweck zusätzliche Finanzmittel aufzubringen, sichert also die Existenz grundversorgender Praxen und deren Fähigkeit, stationersetzende Fälle zu behandeln (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2013).

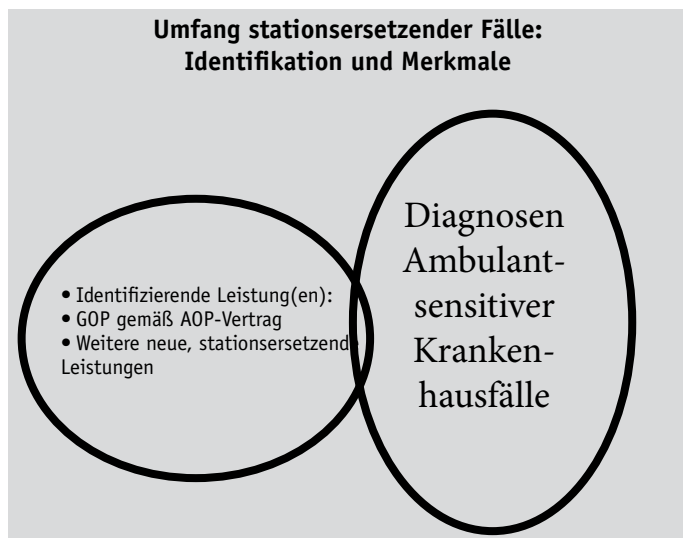


Abb. 1: Umfang stationersetzender Fälle.

Neue vertragsärztliche Leistungen: stationersetzend?
<ul style="list-style-type: none"> Ambulante Behandlungsmöglichkeit, die stationäre Behandlung entbehrlich oder weniger aufwändig macht Bsp. GOP 01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft
<ul style="list-style-type: none"> sichern die Existenz grundversorgender Praxen und deren Fähigkeit, stationersetzende Fälle zu behandeln Bsp. Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung
<ul style="list-style-type: none"> Inverser Effekt möglich: Befunde anlässlich ambulanter (präventiver) Untersuchung führen auch zu stationärer Behandlung Bsp. GOP 01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Abb. 2: Neue vertragsärztliche Leistungen: stationersetzend?

In einem engeren Sinn können neu eingeführte Leistungen als stationersetzend angesehen werden, wenn deren Leistungsinhalt stationäre Behandlung entbehrlich oder weniger aufwändig macht. Für einige der leistungsbedarfsstärksten hier dargestellten neu eingeführten Leistungen sollen folgende Überlegungen in dieser Hinsicht angestellt werden:

01211 Zusatzpauschale Besuchsbereitschaft

Die Pauschale ist zusätzlich zur Notfallpauschale nach GOP 01210 für „Vorhaltung der ständigen ärztlichen Besuchsbereitschaft für die aufsuchende Tätigkeit im Not(-fall)dienst“ abrechenbar. Somit ist ihr ein stationersetzender Effekt zuzuschreiben, da auf diese Weise stationäre Aufnahme von Patienten vermieden werden kann.

01435 Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale

Die GOP wird anlässlich telefonischer Beratung von Vertragsärzten abgerechnet ohne persönlichen Arzt-Patientenkontakt. Sie ist demnach eher mittelbar stationersetzend anzusehen, weil die Bereitschaft von Praxen zu telefonischen Kontakten möglicherweise stationäre Aufnahme vermeidet.

01745 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Hautkrebsfrüherkennung ist teilweise stationersetzend anzusehen. Eine stationersetzende Wirkung tritt dann ein, wenn Hautkrebs entdeckt wird, der ambulant zu behandeln ist. Die Früherkennungsuntersuchung kann allerdings auch zu einem Hautkrebsbefund führen, der stationäre Behandlung nach sich zieht.

01771 Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 01770

Diese sowie die folgende GOP 01776 sind Teil der Mutterschaftsvorsorge im EBM. Auch diese präventive Leistung ist nicht von vorne herein als stationersetzend einzustufen, da nicht abzusehen ist, in welchem Umfang die Befunde anlässlich der betreffenden Untersuchungen zu Einweisungen der Patientinnen führen.

01776 Vortest auf Gestationsdiabetes

Hier gilt das gleiche wie bei GOP 01771.

03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Der Komplex wird zur Betreuung geriatrischer Patienten eingeführt, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versorgungsbedarf haben (KBV 2013). Somit ist zu erwarten, dass damit für diese Patienten ansonsten nötige stationäre Aufnahmen vermieden werden.

04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

Die GOP ist bei bestimmten Diagnosen berechnungsfähig, ohne dass der Leistungsinhalt explizit auf ambulante oder stationäre Behandlung bezogen ist. Somit ist offen, ob die Beratung zur Vermeidung stationärer Aufnahmen führt.

16233 Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung

Die mit dieser GOP eingeführte Abrechnungsmöglichkeit von Patientenbetreuung in der häuslichen Umgebung lässt erwarten, dass dadurch stationäre Aufenthalte dieser Patienten in gewissem Umfang entbehrlich werden.

30790 Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur; 30791 Durchführung einer Körperakupunktur

Die Einführung dieser GOP erweitert die Möglichkeiten, nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Schmerztherapie abzurechnen. Schmerztherapie nach dem EBM wurde schon teilweise ambulant erbracht, bevor Akupunktur abrechenbar wurde. Somit ist die GOP wohl eher mittelbar stationersetzend, sofern damit Einweisungen vermieden werden, die aus Schmerzsymptomatik resultieren würden, wenn keine Akupunktur gemacht würde.

Makuladegenerationsbehandlung, Makulaödem, choroidalen Neovaskularisation (GOP 93783-93792)

Die Leistungen werden in der Regel ambulant durchgeführt, nur bei Makulachirurgie in der Regel stationär (Berufsverband der Augenärzte 2011). Da die Leistungstexte der GOPs die intravitreale Medikamenteninjektion und nicht die Makulachirurgie betreffen, ist durch deren ambulante Erbringung zu erwarten, dass dadurch stationäre Behandlung ersetzt wird.

Außerdem umfasst die Auswahl alle Leistungen gemäß dem dreiseitigen Vertrag zum ambulanten Operieren und sonstigen stationersetzenden Eingriffen (AOP-Vertrag) nach § 115b Abs. 1 SGB.

Die GOP-Auswahl stationersetzender/neuer Leistungen umfasst danach 4234 GOP, darunter 2583 GOP der Nummern 40000ff, also Kostenpauschalen und KV-spezifische Leistungen, insbesondere aus folgenden Leistungsbereichen (Abb.3).

Die Inanspruchnahme des stationären Sektors wird bestimmt

durch die Zahl von Berechnungs- und Belegungstagen. Erfasst wird die Veränderung dieser Komponenten über die Zeit. Hinweise auf Leistungsverlagerung bestehen vermutlich dann, wenn eine oder beide dieser Komponenten im Zeitverlauf rückläufig sind.

Für die beabsichtigte Korrelation mit ambulanten stationersetzenden Leistungen kann dabei nicht nur der Trend aller stationären Belegungstage, sondern auch für die Teilmenge der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle mit den dafür definierten 13 Indikationen gebildet werden. Die Vorstellung ist, dass die hier analysierten Verlagerungen insbesondere für diese Indikationen rückläufigen Trend der dafür angefallenen Belegungstage auslösen.

Die betreffenden 13 Indikationen sind definiert sowohl durch dreistellige als auch vierstellige ICD-10-Schlüsselnummern (Albrecht M et.al. 2014). Da die DRG-Statistik für die Jahre 2011 bis 2013 nur mit dreistelligen ICD-10-Schlüsselnummern vorliegt, wird die Definition der Indikationen hier näherungsweise umgesetzt wie folgt:

Bei der Auswertung können bestimmte Filter nicht verwendet werden, die nicht in den ausgewerteten Daten enthalten sind, z.B. „Kurzlieger“ oder „Selbsteinweisung“.

Der Umfang stationersetzender vertragsärztlicher Leistungen wird berechnet aus dem Leistungsbedarf, also der Honoraranforderung der Praxen an die Kassenärztliche Vereinigung. Die verwendete Datenbasis ist die Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten) der Jahre 2009 bis 2014.

Für ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe (AOP-Vertrag) im Krankenhaus ist keine Datenquelle verfügbar, die Angaben zu den einzelnen Leistungen enthält. Die Gesamtzahl ambulanter Operationen nach §115b SGB V beträgt 2013 rund 1,9 Mio. (Grunddaten der Krankenhäuser). Die Zahl der betreffenden Leistungsfälle wird mit 1,7 Mio. angegeben (KG 2-Statistik).

Die stationäre Leistungsmenge wird mit stationären Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle quantifiziert. Da diese in Form der „DRG-Statistik“ nur von 2011 bis 2013 vorliegen, werden die Trends im ambulanten und stationären Sektor mit Angaben der Jahre 2011 und 2013 verglichen.

Ergebnisse

Für alle ausgewählten GOPs ergibt sich 2014 ein ambulanter Leistungsbedarf (ohne belegärztlich) von 6,6 Mrd. Euro oder 27,2 % mehr als 2009. Der Anstieg fällt überdurchschnittlich aus im Vergleich zum Anstieg des gesamten Leistungsbedarfs von 11,3 % im gleichen Zeitraum (Abb. 4).

Wie bereits erwähnt, sind einige der hier ausgewählten neuen Leistungen als mittelbar stationersetzend anzusehen, nämlich als Stärkung des ambulanten Sektors durch zusätzliche Finanzmittel. Beispiel ist der Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärztin (GOP 06225), der ab 2013 enthalten ist. Der Zuwachs entfällt somit zu einem wesentlichen Teil (264 Mio. Euro) auf den Leistungsbedarf dieser augenärztlichen Zuschlags-GOP (Abb. 5). Weiterhin mittelbar stationersetzend anzusehen sind die 4/2013 eingeführten Zuschläge fachärztlicher Grundversorgung, darunter mit dem höchsten Leistungsbedarfsanstieg die GOP 08220 Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung.

Weitere ausgewählte GOP sind im engeren Sinn stationersetzend anzusehen, wie GOP zu Dialysepauschalen, Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex, Zusatzpauschale Koloskopie, sowie

Indikationen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle		
	ICD-10-Code	daraus ICD-10-Code gebildet für vorl. Arbeit
Asthma	J45, J46	J45, J46
Hypertonie, Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	I10
Herzinsuffizienz, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I50, I11.0	I50, I11
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	E10, E11, E13, E14
chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	J41-J44, J47
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9	I20, I24
Dehydration	E86	E86
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2	H66, H67, J02, J03, J06
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	J12-J18
akute Bronchitis	J20	J20
Depression	F32	F32
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25	I25
Demenz	F00, F01, F02, F03	F00, F01, F02, F03

Tab. 1: Indikationen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle und Umsetzung in vorliegender Analyse. Quelle: Albrecht M et.al. 2014, eig. Definition.

Stationersetzende Leistungen
4234 Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab und KV-spezifische Leistungen, darunter:
Stationersetzend:
<ul style="list-style-type: none"> • Dialyse (Zentrums-/Heimdialyse, EPO-Dialyse) • Besuche, Wegepauschalen • Palliativvertrag, Palliativmedizinische Versorgung • Makuladegenerationsbehandlung • Onkologische Behandl., Nachsorge • ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen • stationersetzende Gastroenterologie • Radiologie Gefäße, interventionelle Radiologie • Kleinchirurgie • Humangenetische Leistungen
Mittelbar stationersetzend:
<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmte weitere, neu eingeführte Gebührenordnungspositionen, darunter Zuschlag für fachärztliche Grundversorgung sowie für Behandlung durch konservativ tätigen Augenarzt

Abb. 3: Stationersetzende Leistungen. Quelle AOP-Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V ab 01.06.12, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VDX-Daten), eig. Definition.

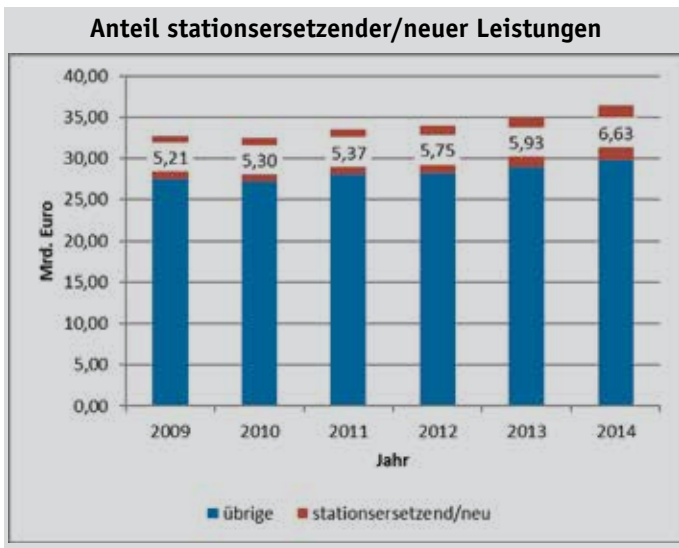


Abb. 4: Anteil stationersetzender/neuer Leistungen* am Leistungsbedarf** 2009 bis 2014. Legende: *ohne belegärztl. Leistungen; **in Mrd. Euro, nach regionaler Euro-Gebührenordnung. Quelle: KBV.

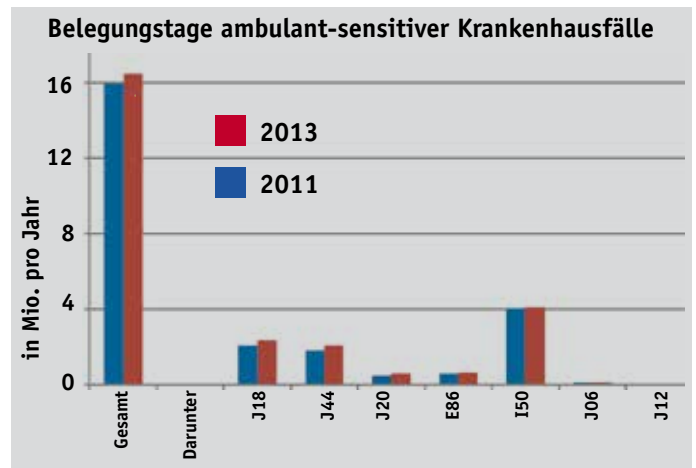


Abb. 6: Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle 2011 und 2013. Quelle: DRG-Statistik. Legende: J18 = Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet; J444 = Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit; J20 = Akute Bronchitis; E86 = Volumenmangel; I50 = Herzinsuffizienz; J06 = Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege; J12 = Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert.

intraoculare oder dermatochirurgische Eingriffe wie auch humangenetische Leistungen. Diese im engeren Sinn stationersetzende Leistungen werden im Folgenden mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen korreliert.

Filtert man aus allen Krankenhausfällen deren Teilmenge ambulant-sensitiver Krankenhausfälle, so stiegen die darauf entfallenden Belegungstage im Bundesdurchschnitt von 2011 bis 2013 um 3,5 % an, entgegen dem rückläufigen Trend im Mittel aller Krankenhausfälle (Abb. 6). Der Anstieg setzt sich insbesondere aus steigenden Belegungstagen bei Pneumonie, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit, akuter Bronchitis, Volumenmangel und Herzinsuffizienz zusammen.

Von 2011 bis 2013 ist im Bundesdurchschnitt der gesamte ambulante Leistungsbedarf rund 4,6 % ansteigend (rohe Rate, Abb. 7). Setzt man fiktiv den mittleren ambulanten Leistungsbedarf je Einwohner¹ konstant auf den Wert aus 2011, so lässt sich ein erwarteter Leistungsbedarf 2013 berechnen, der sich aus der Entwicklung des mittleren Alters der Bevölkerung ergibt. Dies ergibt einen

erwarteten Leistungsbedarf um 0,3 % höher als 2011. Daraus resultiert ein demografiebereinigter Leistungsbedarf, der 4,3 % höher als 2011 berechnet wird.

Die Belegungstage waren im Bundesdurchschnitt 0,5 % rückläufig. Bei einer erwarteten Steigerung aufgrund demographischer Entwicklung von 2,5 % resultiert ein demografiebereinigter Rückgang um 3 %.

Die Teilmenge des ambulanten Leistungsbedarfs ausgewählter stationersetzender/neuer GOPs ist im Bundesdurchschnitt von 2011 bis 2013 ebenfalls ansteigend (rohe Rate rund 4 %, Abb. 8). Der erwartete Leistungsbedarf dieser Leistungen fällt um 1,4 % höher aus als 2011. Daraus resultiert ein demografiebereinigter Leistungsbedarf, der 2,6 % höher als 2011 berechnet wird.

Filtert man aus allen Krankenhausfällen deren Teilmenge ambulant-sensitiver Krankenhausfälle, so stiegen die darauf entfallenden Belegungstage im Bundesdurchschnitt 3,5 % an, entgegen dem rückläufigen Trend im Mittel aller Krankenhausfälle. Bei einer erwarteten Steigerung aufgrund demographischer Entwicklung von



Abb. 5: Stärkste ambulante Leistungsbedarfsanstiege* stationersetzender/neuer Leistungen 2014 im Vergleich zu 2009.* ohne belegärztl. Leist., nach regionaler Euro-Gebührenordnung. Quelle: KBV* ohne belegärztl. Leist., nach regionaler Euro-Geb.-ordnung. Quelle: KBV. Legende: 06225 Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte
03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex
08220 Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung
40800 Kostenpauschalen für Dialyse 40800-40838 summiert
18220 Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung
06220 Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung
97443 Operationsmodul B
09220 Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung
21218 Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung
98531U Intensivdialyse - nur AOK
10220 Zuschlag für die hautärztliche Versorgung
07220 Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung
13421 Zusatzpauschale Koloskopie
26220 Zuschlag für die urologische Grundversorgung
31351 Intraocularer Eingriff der Kategorie X2
31102 Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2

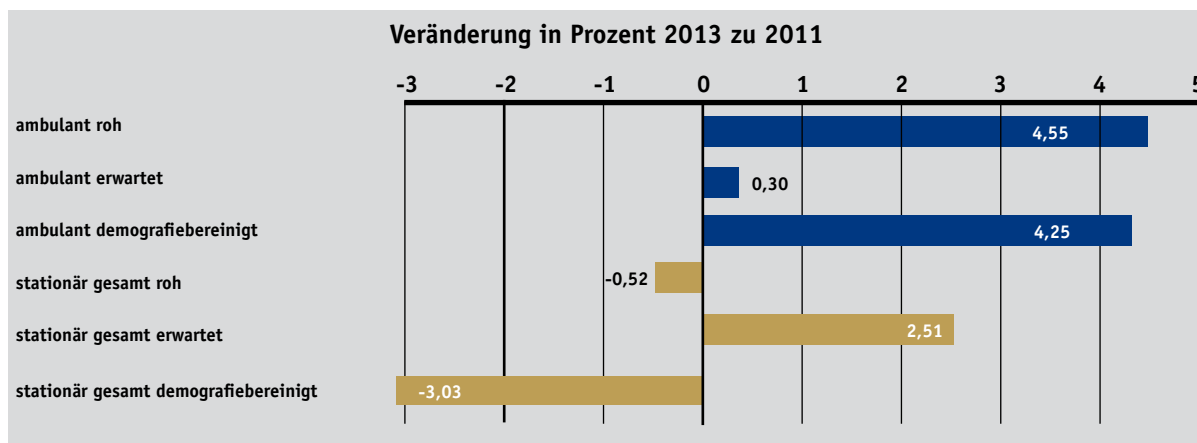


Abb. 7: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung* und Änderung von Belegungstagen 2011 zu 2013.

Legende für beide Abb.: *nach regionaler Euro-Gebührenordnung, ohne belegärztliche Leistungen, ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung. Quelle: KBV, DRG-Statistik.

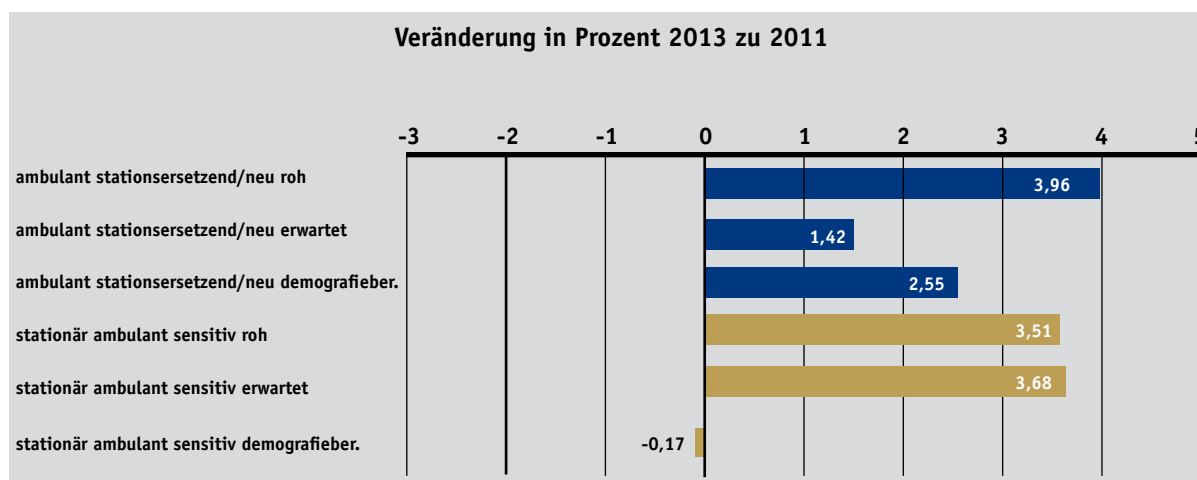


Abb 8: Mittlere bundesdurchschnittliche ambulante Leistungsbedarfsänderung stationersetzender/neuer Leistungen* und Änderung von Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (stationär) 2011 zu 2013.

3,7 % resultiert ein demografiebereinigter Rückgang um 0,2 %.

Somit zeigt sich demografiebereinigt ein steigender Leistungsbedarf stationersetzender/neuer Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle, was als Hinweis auf eine Verlagerung anzusehen ist. Diese Konstellation ist in 138 von 402 Kreisen zu finden (Abb. 9, Quadrant IV). In 132 Kreisen ist bei steigendem Leistungsbedarf ein Anstieg der Belegungstage sichtbar. Die Verteilung der Kreise zeigt eine schwache Korrelation bezüglich der beiden Trends von ambulantem Leistungsbedarf stationersetzender/neuer Leistungen und Belegungstagen.

Die Trendkonstellation steigender Leistungsbedarf stationersetzender/neuer Leistungen bei gleichzeitigem Rückgang der Belegungstage ist in der folgenden Abbildung in der Vierfeldertafel „Trendkonstellationen“ rechts unten platziert mit dem dort erkennbaren Farbton, der die betreffenden Kreise markiert (Abb. 10).

Wie bereits ausgeführt, sind die Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung eher als mittelbar stationersetzende Leistungen anzusehen, da diese fällig sind, wenn die betreffenden Praxen bestimmte, als Grundversorgung definierte Leistungen erbringen und somit die Existenz grundversorgender Praxen gesichert wird und deren Fähigkeit, stationersetzend Fälle zu behandeln. Abrechnungsdaten dieser Pauschalen liegen für das Jahr 2013 gemäß der Einführung der betreffenden GOPs ab 4. Quartal dieses Jahres vor.

Um diese mit stationären Belegungstagen korrelieren zu können, sind entsprechende Daten für 2013 verfügbar. Belegungstage 2014 liegen noch nicht vor. Der hier mögliche Vergleich bezieht sich also auf das vierte Quartal 2013 des ambulanten Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung, während stationäre Belegungstage ambulant sensitiver Krankenhausfälle bezogen auf das Gesamtjahr berücksichtigt werden können.

In 33 der 402 Kreisen ist der mittlere ambulante Leistungsbedarf je Einwohner aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung überdurchschnittlich hoch und die Belegungstage je Einwohner fallen unterdurchschnittlich aus (Abb. 11).

Eine Risikoadjustierung der Verteilung des mittleren ambulanten Leistungsbedarfs ist sinnvoll, weil ein von dem tatsächlichen Leistungsbedarf abweichender Leistungsbedarf zu erwarten ist, der sich aufgrund von den Besonderheiten in den hier verglichenen Kreisen ergibt, die als relevant für die Höhe des Leistungsbedarfs aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung anzusehen sind. Für diese Adjustierung liegt je Kreis das Ergebnis einer Leistungsbedarfsberechnung mit dem Grouper des Instituts des Bewertungsausschusses bezogen auf das Jahr 2010 vor. Damit wird ein erwarteter Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner gebildet, indem in linearer Regression der Erwartungswert nach INBA als erklärende Variable des tatsächlichen Leistungsbedarfs aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner dient.

Je Kreis ergibt sich ein Residuum als Differenz zwischen erwartetem und tatsächlichem Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärzt-

1: Nach Alters- und Geschlechtsgruppen

licher Grundversorgung je Patient. Der als Hinweis auf Verlagerungseffekte gesuchte negative Zusammenhang dieses Residuums mit den mittleren Belegungstagen je Einwohner über die Kreise lässt sich jedoch nicht finden.

Fazit

Die Zahl der Behandlungen, die ambulant statt stationär durchgeführt werden, ist im Untersuchungszeitraum messbar und deutlich angestiegen.

Stationäre Berechnungs- und Belegungstage können nicht nur wegen des hier dargestellten Anstiegs ambulanter Leistungen rückläufig sein. Beispielsweise könnten behandelnde Ärzte auf eine Einweisung verzichten, weil sie mit einer Arzneiverordnungs-Behandlung eine Therapie im Krankenhaus ersetzen. Dies ist vorstellbar, ohne dass die hier ausgewählten stationärsersetzenden vertragsärztlichen Leistungen erbracht werden. Entsprechende Indikationen sind mit dem hier gewählten Ansatz nicht berücksichtigt und wären mit ärztlicher und pharmakologischer Expertise zu definieren.

Von dem entwickelten Studienplan sind hier die Ergebnisse zum Fachgruppenmittel der ausgewählten Leistungen dargestellt. Eine Fortführung könnte darin bestehen, den mittleren Leistungsbedarf der Behandlungsfälle je Fachgruppe darzustellen, für den minde-

Verteilung der Kreise nach dem Trend von ambulantem Leistungsbedarf stationärsersetzender/neuer Leistungen

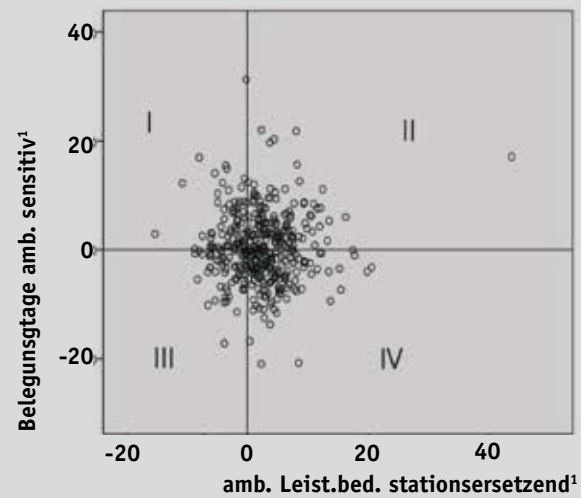


Abb. 9: Verteilung der Kreise (n=402) nach dem Trend von ambulantem Leistungsbedarf stationärsersetzender/neuer Leistungen* und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle. Legende: *nach regionaler Euro-Gebühreordnung; ohne belegärztl. Leistungen, ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung. 1 = nach EURO-GO: Veränderung in % 2013 zu 2011 demografiebereinigt. Quelle: KBV, DRG-Statistik.

Veränderung von Leistungsbedarf stationärsersetzender/neuer Leistungen

Leistungsbedarf aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner

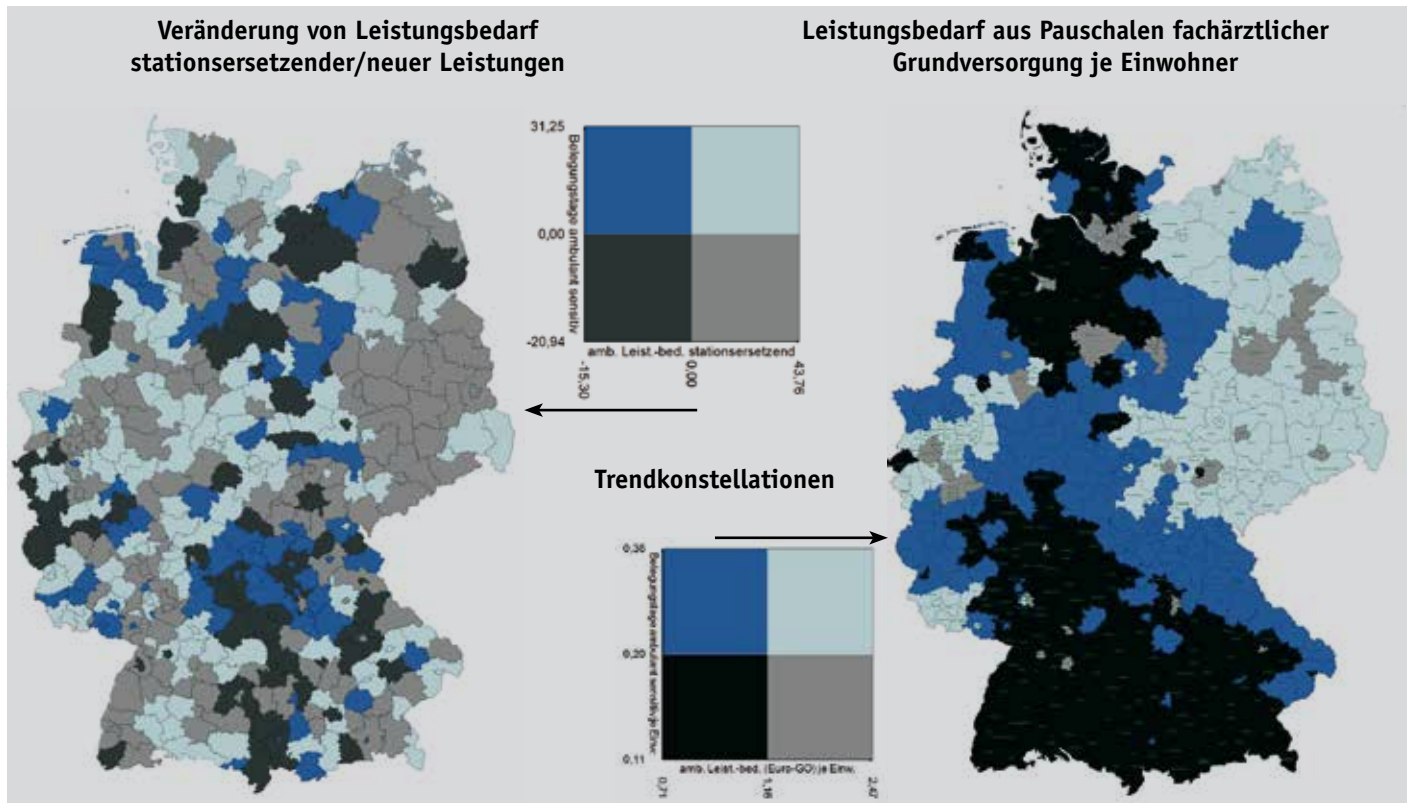


Abb. 10: Veränderung von Leistungsbedarf stationärsersetzender/neuer Leistungen *(ambulant demografiebereinigt, X-Achse) und Belegungstagen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (stationär demografiebereinigt, Y-Achse) von 2011 bis 2013 in %. *nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist., ohne Zuschläge für konservativ tätige Augenärzte sowie für fachärztliche Grundversorgung. Quelle: KBV, DRG-Statistik.

Abb. 11: Leistungsbedarf* aus Pauschalen fachärztlicher Grundversorgung je Einwohner (ambulant, X-Achse) und Belegungstage ambulant-sensitiver Krankenhausfälle je Einwohner (stationär, Y-Achse) 2013 nach Kreisen. *in Euro nach regionaler Euro-Geb.-ordn., ohne belegärztl. Leist. Quelle: KBV, DRG-Statistik, Statistisches Bundesamt.

stens eine der ausgewählten Leistungen abgerechnet wurde, der sich somit aus dem Leistungsbedarf der ausgewählten GOP sowie allen übrigen GOP zusammensetzt, die für diese Fälle abgerechnet wurden. Der mittlere Leistungsbedarf stationärer Fälle (ggf. mit neuen Leistungen) könnte mit dem mittleren Leistungsbedarf aller Fälle je Fachgruppe verglichen werden, um zu erkennen, ob dieser relevant abweicht. Diese Fortführung wäre in einer zukünftigen Arbeit zu leisten.

Die hier definierte Auswahl stationärer und neu eingeführter Gebührenordnungspositionen könnte verwendet werden, um davon ausgehend in anderen Datenbanken deren Umfang und zeitlichen Verlauf des Leistungsbedarfs aus diesen GOP darzustellen. <<

Shift effects between in-patient and out-patient care

Background: Medical progress and changes of structures in medical care result in a changed division of labor between practitioners and hospitals.

Question: It is to be analyzed whether the increase of out-patient services replacing hospitalization is accompanied by a reduction of length of stay.

Method: 4234 numbers (GOP) from the Statutory Health Insurance Scheme were selected as replacing in-patient services. The used database is the account statistics of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians (VDX data) of the years 2009 to 2014. The volume of in-patient care is quantified by length of stay in the hospital with ambulatory care sensitive conditions.

Results: The number of out-patient instead of in-patient treatments has increased measurably and clearly during the evaluation period. Some selected GOPs of these are regarded as hospital-replacing in the narrower sense, as general practitioners' geriatric services, out-patient colonoscopy, dialysis and intraocular or dermatological surgery, as well as human genetic services. Adjusted to demographic factors, their fee request is rising during the years 2011 to 2013, while the number of nursing days of ambulatory care sensitive inpatient cases is decreasing slightly.

Hospital-replacing services in the broader sense are GOPs of specialist basic care. Only 33 of 402 districts can be found where the volume of these services per inhabitant is above average and where the length of stay of ambulatory-care sensitive inpatient cases per inhabitant is below average.

Discussion: The average volume of hospital-replacing cases could be compared with the average volume of all cases of specialists, in order to identify relevant deviations.

Practical implications: This selection of hospital-replacing services and recently established fee schedule positions could be used for showing the amount and chronological progress of the demand from these GOPs according to other databases.

Keywords

Shift effect, ambulatory care sensitive condition, out-patient services replacing hospitalization

Literatur

- Albrecht M, Schliwen A, Loos S (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht. Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V., Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V.: Leitlinie Nr. 21 Altersabhängige Makuladegeneration AMD, o.O. 2011
- Czihal T, Özkan, A, Gerber, C, von Stillfried D (2013): Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Link: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/53/Bericht_Arbeitsteilung_VA-53-2014_final_NEU_2.pdf
- Grunddaten der Krankenhäuser 2013, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Neuerungen. Was sich ab Oktober 2013 für Hausärzte und Fachärzte ändert, PraxisWissen 2013.
- KG 2-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: u.a. Leistungsfälle und -zeiten von Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, -hausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, Leistungsfälle bei Schwanger- und Mutterschaft, von Entbindungs- und Sterbegeld), Bundesministerium für Gesundheit, in: Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- Stillfried, D v/Czihal T 2015: Überlegungen zur Weiterentwicklung der Bestimmung des Versorgungsbedarfs unter besonderer Berücksichtigung der Bedarfsplanung, internes Diskussionspapier, Berlin

Zitationshinweis

Heuer, J.: „Verlagerungseffekte zwischen stationärem und ambulantem Sektor“, in: „Monitor Versorgungsforschung 06/17, S. 67-73, doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2054

Autorenerklärung

Joachim Heuer ist Projektleiter im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in Berlin.

Dipl.-Volksw. Joachim Heuer

ist Projektleiter im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in Berlin (Zi), und führt dort das Zi-ADT-Panel und bearbeitet Versorgungsanalysen.

Kontakt: jheuer@zi.de





Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Alle an einem Strang - Strategien zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Hausarztpraxis und auf kommunaler Ebene

Die Behandlung mit Arzneimitteln ist eine der am häufigsten ergriffenen Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Erkrankungen, die jedoch selbst nicht ohne Risiken ist. Menschen, die dauerhaft mehrere Medikamente einnehmen müssen, sind deutlich häufiger von unerwünschten Ereignissen wie zum Beispiel Stürzen und Blutungen und in der Folge von vermeidbaren Hospitalisierungen betroffen. Zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ist es wichtig, eine medikamentöse Therapie als einen komplexen, fehleranfälligen Prozess zu begreifen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf verschiedenen Ebenen dieses Prozesses zu etablieren. Dies war das Ziel von drei Projekten, die von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung und der Abteilung Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg in Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern durchgeführt wurden: Die PomP-Studie beschäftigte sich mit der Veränderung von Prozessen in Hausarztpraxen, das Projekt MeinPlan des „Aktionsbündnisses Sichere Arzneimittelanwendung Rhein-Neckar-Kreis Heidelberg“ wählte einen kommunalen Ansatz und das Projekt INFOPAT konzentrierte sich auf eine IT-basierte Lösung.

Ihr

Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Hintergrund

Aufgrund des demographischen Wandels und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten steigt der Anteil von multimorbiden Patienten an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich [1]. Multimorbidität geht häufig mit Polypharmazie einher: Etwa ein Drittel der Menschen über 65 Jahre nimmt dauerhaft mindestens 5 Arzneimittel ein [2]. Die 3-Monatsprävalenz von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) liegt in dieser Gruppe bei 22% [3], etwa 5% der Hospitalisierung sind durch UAW bedingt [4]. Dabei wird etwa die Hälfte dieser unerwünschten Ereignisse als potentiell vermeidbar eingestuft [3]. Die zu Grunde liegenden Fehlerquellen sowie Empfehlungen zur Erhöhung der AMTS sind in der Literatur hinreichend beschrieben. Die fünf wesentlichen Elemente eines optimalen Medikationsmanagements zeigt die rechts oben stehende Abbildung: Das Erreichen der Zielgruppe, d.h. derjenigen Patienten, die von den zusätzlichen Maßnahmen profitieren, eine Bestandsaufnahme der tatsächlich eingenommenen Medikation (z.B. durch einen sog. Brown Bag Review), eine systematische Medikationsprüfung, ein

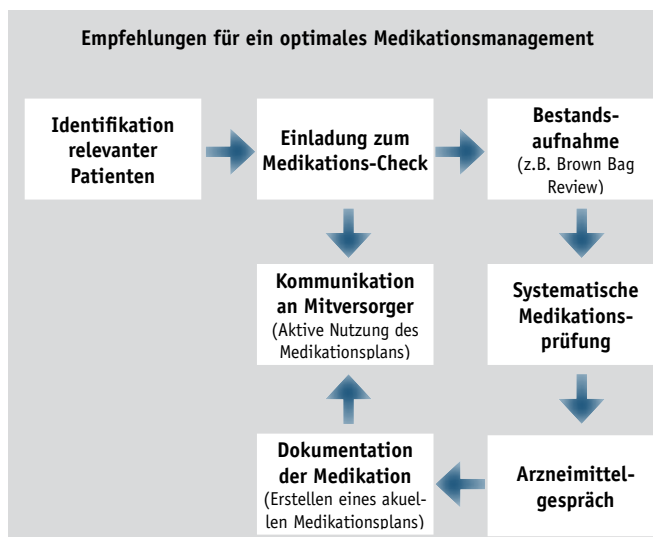


Abb. 1: Elemente eines optimalen Medikationsmanagements.

strukturiertes Arzneimittelgespräch sowie die Dokumentation und Übermittlung aller relevanten Informationen auf einem Medikationsplan. Im Folgenden werden verschiedene Ansätze vorgestellt, um die Umsetzung dieser Elemente in der Praxis zu verbessern.

Die PomP-Studie

In der Studie „Implementierung von Empfehlungen zur Polypharmakotherapie bei multimorbiden Patienten (PomP)“ wurde eine maßgeschneiderte Intervention entwickelt und in einer cluster-randomisierten Studie evaluiert [5]. Entsprechend des Ansatzes des Tailorings wurden zunächst Interviews und Fokusgruppen mit verschiedenen Zielgruppen durchgeführt, um Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung eines optimalen Medikationsmanagements zu erheben [6]. Anschließend wurden Strategien zur Überwindung der Barrieren bzw. zur Nutzung der Förderfaktoren hergeleitet. Hauptelemente der so entwickelten Intervention waren:

- a) eine Schulung sowie Hilfsmittel (Checklisten, Online-Ressourcen) für Hausärzte und medizinische Fachangestellte,
- b) Materialien zur Sensibilisierung von Patienten (Poster, tabletbasiertes Info-Tool, Tüten als Reminder für den Brown Bag Review) und
- c) die Erarbeitung von individuellen Implementierungskonzepten durch die teilnehmenden Hausarztpraxen.

Primärer Endpunkt der Evaluation war der Grad der Umsetzung der Empfehlungen. Während der Anteil der Patienten, dieangaben, ein strukturiertes Arzneimittelgespräch (82,7% vs. 49,0%, $p=0,017$) und einen Brown Bag Review (59,2% vs. 20,9%, $p=0,012$) erhalten zu haben, in der Interventionsgruppe signifikant höher war, konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Nutzung eines Medikationsplans und der Durchführung von systematischen

Medikationsprüfungen nachgewiesen werden [7]. In der begleitenden Prozessevaluation sahen die Teilnehmer den Hauptnutzen der Intervention in der Sensibilisierung für die Thematik und schlugen mehrere Modifikationen zur Verbesserung der Intervention vor [8].

Das Projekt MeinPlan

Im Zentrum des Projekts MeinPlan stand eine breitangelegte Kampagne zur Sensibilisierung von Bürgern für die Risiken einer Arzneimitteltherapie und der Mitwirkungspflicht des Patienten innerhalb des Medikationsprozesses. Diese wurde insbesondere in der Erstellung und aktiven Nutzung (d.h. regelmäßige Aktualisierung und Mitführung) des Medikationsplans gesehen. Durch Maßnahmen wie die Bereitstellung einer Homepage (www.nimmsrichtig.de), Leitartikel in der lokalen Presse sowie Vorträgen in Volkshochschulen und Seniorenkreisen sollten Bürger niederschwellig erreicht und informiert werden. Zudem wurden mehrere Hilfsmittel zur Verfügung gestellt: Ca. 80.000 mehrsprachige Medikationspläne wurden in der Region verteilt, über die Homepage konnten PDF-Formulare der Medikationspläne heruntergeladen und eine elektronische Plattform zur Erstellung und Aktualisierung von Medikationsplänen genutzt werden. Zur Erfolgsmessung wurde vor der Intervention und nach 1,5 Jahren eine schriftliche Befragung unter je 5340 zufällig ausgewählten Bürgern > 65 Jahre durchgeführt. Während der Rücklauf an Fragebögen mit rund 50% hoch war, verwendete nur etwa jeder zweite Patient einen Medikationsplan. Auch eine begleitende qualitative Feldbefragung unterstrich die Notwendigkeit der Sensibilisierung von Bürgern für die aktive Verwendung eines Medikationsplans: Viele Bürger machten den Nutzen eines Plans abhängig vom individuellen Gesundheitszustand oder Alter oder lehnten ihn gänzlich ab [9].

Das Projekt INFOPAT

Im Projekt „INformationstechnologie für die PATientenorientierte Gesundheitsversorgung“ (INFOPAT) lag der Schwerpunkt auf der Entwicklung und Evaluation von Technologien, um die Versorgung chronisch Kranker sektorenübergreifend zu verbessern. Die persönliche, einrichtungsübergreifende, elektronische Patientenakte (PEPA) und die elektronische Medikationsplattform AiDRhein-Neckar zielen auf eine verbesserte Informationsübermittlung und eine Stärkung des Selbstmanagements von Patienten bezüglich ihrer Medikation.

Die Medikationsplattform wurde auf Basis von in Fokusgruppen erhobenen Bedürfnissen und Erwartungen von Patienten, Ärzten und Apothekern entwickelt [10,11]. Sie stellt den Patienten verschiedene individualisierte Arzneimittelinformationen zur Verfügung: a) Interaktionschecks mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln inkl. laienverständlicher Handlungsempfehlungen, b) Hinweise auf Doppelverordnungen, c) offizielle Gebrauchsinformationen, d) einen bebilderten, multilingualen Medikationsplan mit Anwendungsempfehlungen und e) eine Medikationshistorie. In einer randomisiert-kontrollierten Studie konnten Patienten der Interventionsgruppe mehrere Wochen alle Funktionen von AiDRhein-Neckar nutzen und sich damit auf das strukturierte Arzneimittelgespräch in der Hausarztpraxis vorbereiten. Die Kontrollgruppe erhielt zur Vorbereitung eine Broschüre über die Wichtigkeit und den Inhalt eines Medikationsplans. Durch die Nutzung von AiDRhein-Neckar verbesserte sich nicht signifikant, jedoch tendenziell die Health Literacy (Primärer Endpunkt) und die Zufriedenheit mit Arzneimit-

telinformationen (Sekundärer Endpunkt). Der Anteil der Patienten, die einen Medikationsplan zum Arzneimittelgespräch mitbrachten, lag in der Interventions- und Kontrollgruppe bei etwa 50%.

Fazit

Zahlreiche Barrieren hindern die Umsetzung eines optimalen Medikationsmanagements in die Praxis. Die evaluierten Implementierungsstrategien zeigten losgelöst voneinander nur geringe Effekte. Zukünftig wäre eine bessere Verzahnung der verschiedenen Maßnahmen nach dem Motto „Alle an einem Strang!“ wünschenswert.

Ansprechpartner und weitere Informationen

Dr. med. Cornelia Strassner, geb. Jäger (PomP-Studie):

cornelia.strassner@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. sc. hum. Hanna Seidling (MeinPlan):

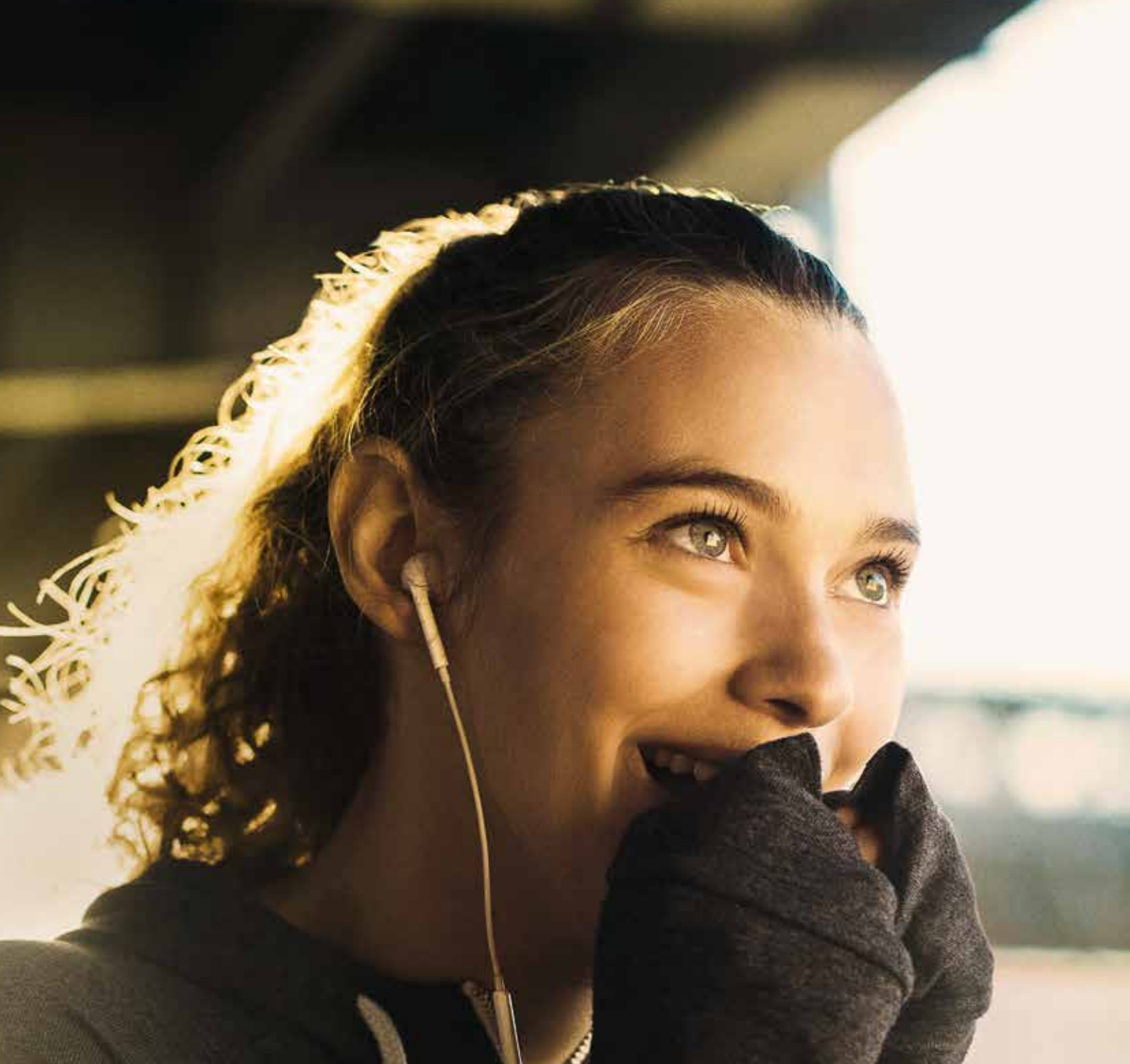
hanna.seidling@med.uni-heidelberg.de

Beate Strauß (INFOPAT)

beate.strauss@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

1. Gerlach FM, Szecsenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung: Inhalte und 1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
2. Thürman PA, Selke GW (2014): Arzneimittelversorgung älterer Patienten. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N: Versorgungs-Report 2013/2014. Schattauer Verlag, Stuttgart 2014.
3. Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Andersson Sundell K, Petzold M, Hägg S. Prevalence, nature and potential preventability of adverse drug events - a population-based medical record study of 4970 adults. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Jul;78(1):170-83.
4. Stausberg J, Hasford J. Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data. *BMC Health Serv Res*. 2011 May 29;11:134.
5. Jäger C, Freund T, Steinhäuser J, Joos S, Wensing M, Szecsenyi J. A tailored implementation intervention to implement recommendations addressing polypharmacy in multimorbid patients: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2013 Dec 5;14:420.
6. Strassner C, Steinhäuser J, Freund T, Szecsenyi J, Wensing M. German health care professionals' perspective on implementing recommendations about polypharmacy into general practice: A qualitative study. *Accepted by Family Practice on 2 November 2017*.
7. Jäger C, Freund T, Steinhäuser J, Stock C, Krisam J, Kaufmann-Kolle P, Wensing M, Szecsenyi J. Impact of a tailored program on the implementation of evidence-based recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices-results of a cluster-randomized controlled trial. *Implement Sci*. 2017 Jan 13;12(1):8.
8. Jäger C, Steinhäuser J, Freund T, Kuse S, Szecsenyi J, Wensing M. A tailored programme to implement recommendations for multimorbid patients with polypharmacy in primary care practices-process evaluation of a cluster randomized trial. *Implement Sci*. 2017 Mar 6;12(1):31.
9. Strauss B, Seidling HM, Wehrmann U, Szecsenyi J, Haefeli WE, Wensing M, Mahler M. Nutzen eines Medikationsplans aus Sicht der Bürger – eine qualitative Befragung. *Gesundheitswesen* 2017. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118478> (in press).
10. Längst G, Seidling HM, Stützel M, Ose D, Baudendistel I, Szecsenyi J, Wensing M, Mahler C. Factors associated with medication information in diabetes care: differences in perceptions between patients and health care professionals. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Oct 14;9:1431-41.
11. Bernhard G, Ose D, Baudendistel I, Seidling HM, Stützel M, Szecsenyi J, Wensing M, Mahler C. Understanding Challenges, Strategies, and the Role of Support Networks in Medication Self-management Among Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*. 2017 Apr;43(2):190-205.



Gesundheit beschäftigt uns ein Leben lang, mit allen Höhen und Tiefen, allen Herausforderungen. Sie können groß oder klein sein, lebenslang oder akut – für jeden, jederzeit und überall.

Sanofi – ein lebenslanger Begleiter in Gesundheitsfragen. Mit Leidenschaft arbeiten wir jeden Tag daran, die Gesundheitsprobleme der Menschen weltweit zu verstehen und Lösungen zu finden.

Wir nennen das Empowering Life.



SANOFI

Empowering Life

www.sanofi.de