

# VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof.  
Dr. med. Reinhard Busse,  
Kongresspräsident des 19.  
DKVF: „Daten und Evidenz  
für Health in all Policies“



Titelinterview mit Prof.  
Dr. med. Christoph Straub,  
BARMER: „Die Kraft, ord-  
nungspolitische Rahmen  
zu verändern“

- „Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz“ (Schrappe)
- „Adhärenz vor und während der Covid-19-Sperre“ (Kostev)
- „Nun sollten Kassen die Chance ergreifen“ (Leiter)

## Editorial

### Covid-19: Erste „Lessons Learned“ 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

## Redaktion

### „Daten und Evidenz für Health in all Policies“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Kongresspräsident 19. DKVF

### „Die Kraft, ordnungspolitische Rahmen zu verändern“ 12

Titelinterview mit Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER

### „Versicherte aktiv und gezielt informieren“ 18

Das Patientendaten-Schutz-Gesetz regelt vieles neu

### Leiter: „Nun sollten Kassen die Chance ergreifen“ 20

Interview mit Dr. med. Josef Leiter, Gründungsgesellschafter Health Care Systems

### Bundesweit mehr Schlagkraft für Facharztverträge 22

Zehn Jahre AOK-Facharztverträge in Baden-Württemberg

### „Der AMR Action Fund ist eine neue, starke Allianz“ 24

Interview mit Dr. Paul Stoffels, M.D., Executive Vice President Johnson & Johnson

### Struktureffekt führt zu Mehrausgaben 27

GKV-Arzneimittelmarkt-Bericht 2020 des WiDo

### Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen 33

Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds

### Zur Situation der Geburtskliniken in M-V 39

Versorgung und Demografie in Mecklenburg-Vorpommern

## Zahlen - Daten - Fakten

### Covid-19-Turbulenzen regional und bei Impfstoffen 10

## Standards

Impressum 2 News 28, 30 Rezension 32

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 43-46

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS auf den Seiten 78-79

Hinweis: Obwohl in MVF generell die männliche Schreibweise verwendet wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.

Dieser Ausgabe liegen in verschiedenen Teilaufgaben die Fachzeitschriften „Monitor Pflege“ und „Pharma Relations“ bei.

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

### Monitor Versorgungsforschung

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

### Herausgeber

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

### Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

Kölnerstr. 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  
Martin Klein (Freier Journalist)  
klein@m-vf.de

### Verlag

eRelation AG – Content in Health  
Vorstand: Peter Stegmaier  
Kölnerstr. 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:

Kölnerstr. 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 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 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.

### Verpackung

Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

### Layout

eRelation AG, Bonn  
Druck  
Kössinger AG & Co.KG  
Fruehaufstraße 21  
84069 Schierling

info@koessinger.de  
Tel +49-(0)9451-499140  
Fax +49-(0)9451-499101  
Printed in Germany

### Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung

außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In

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

### Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.423 (IWV 2. Qu. 2020).

## WISSENSCHAFT

### Prof. Dr. med. Matthias Schrappe / Hedwig François-Kettner / Dr. med. Matthias Gruhl / Prof. Dr. jur. Dieter Hart / Franz Knieps / Prof. Dr. phil. Holger Pfaff / Prof. Dr. med. Klaus Püschel / Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz 47

Das Thesenpapier 3.0 baut auf den vorangegangenen Papieren (s. MVF 03/20) auf, aktualisiert die epidemiologische Analyse und stellt den „Dritten Weg“ der spezifischen Prävention, die juristische Analyse und die Problematik der Corona-Tracing-App in den Vordergrund.

### Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA / Prof. Dr. phil. Marcel Konrad / Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken Adhärenz von Herz-Kreislauf- und Diabetes-Therapien vor und während der Covid-19-Sperre 52

Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung der Zahl der Patienten zu untersuchen, die im ersten Quartal 2020 kardiovaskuläre oder antidiabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten.

### Prof. Dr. rer. pol. Diane Robers / Dr. phil. nat. Sabine Lischka-Wittmann Service Innovation in der med. Information 57

Welche neuen Wege geht die Pharmabranche, um mittels digitaler Tools und Service Innovationen die relevanten Informationen zu ihren oftmals erklärungsbedürftigen Produkten an Patienten und medizinische Fachkräfte zu kommunizieren?

### Dr. phil. Doreen Reifegerste Angehörige in Versorgungsprozessen 62

Anhand von drei aktuellen Debatten der Versorgungsforschung, den Diskursen zu Gesundheitskompetenz, partizipativer Entscheidungsfindung und zur Digitalisierung der Versorgung soll aufgezeigt werden, inwieweit eine stärkere Angehörigenintegration gelingen kann.

### Cosima Bauer MA / Prof. Dr. rer. pol. Uwe May / Chiara Giuliani BA 67

### Open-House-Verträge und Hilfstaxen-Abschläge im Biosimilarmarkt: Realistische Einsparvolumina für die GKV

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf Berechnungen, um gegenwärtige Einsparvolumina für die GKV durch Biosimilars fundiert und unter Berücksichtigung aller ausgabenrelevanten Faktoren ausweisen zu können. Hierzu zählen auch Rabatte aus Open-House-Verträgen und die Abschläge gemäß der Hilfstaxe. Die Berechnungen basieren auf realistischen und ökonomisch adäquaten Szenarien.

### Dr. med. Louisa van den Boom / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA Veränderungen im Verbrauch von Blutzuckerteststreifen bei Patienten in Deutschland, die FGM-Systeme anwenden 73

Ziel dieser Studie war es, den täglichen Verbrauch von Blutzuckerteststreifen (BZTS) vor und nach Beginn der Anwendung von FGM zu vergleichen.



Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin. Verbr. Auflage: 6.423 (IWV 2. Qu. 2020).

# Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Health Services Management	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	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	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	

Institute/Stiftungen

	bhwfib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	<b>BDI</b>	Felix Esser	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	
	Gesundheitsforen	Roland Nagel	

Akteure

	AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G. SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA • GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Sebastian Mindt	
	IGIb   StimMT	Lutz O. Freiberg	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	INSIGHT HEALTH	Petra Exner	

	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	
	socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	UNIVERSITÄT BAYREUTH	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	
	Universitätsmedizin	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	inav	Hans-Holger Bleß	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Bernadette Klapper	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik Graf von Stillfried	
	janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Dr. Dorothee Brakmann	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. David Traub	
	SANOFI	Dr. Stephanie Rosenfeld, MHBA	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
		Dr. Christopher Hermann	





**Prof. Dr. Reinhold Roski**

Wirtschaftskommunikation und Gesundheitskommunikation  
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“.

## Covid-19: Erste „Lessons Learned“

**MVF-Titelinterviews mit Professor Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, und Professor Dr. med. Christoph Straub** > 6 ff.

„Man kann durchaus sagen, dass hierzulande die ambulante Behandlungsstrategie einer der Gründe war, warum wir so gut durch die Corona-Krise gekommen sind – bisher jedenfalls.“ „...“, neben den Testungen außerhalb der Krankenhäuser sowie dem Contact Tracing und der Selbst-Isolation.“ So der Kongresspräsident des 19. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, **Professor Dr. Reinhard Busse**, im Titelinterview.

Auch die BARMER engagiert sich seit langem sehr stark für die Versorgungsforschung. Anlässlich der aktuellen Gründung des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), in dem 23 Mitarbeiter tätig sind, haben wir mit **Professor Dr. Christoph Straub**, dem Vorstandsvorsitzenden der Kasse, ein Titelinterview geführt. „In unserem spezifischen Wissenschafts-Datawarehouse ... dürfen wir die Daten lange Zeit bevorraten, so dass wir dort heute schon auf Zeitreihen bis zu 15 Jahren zurückgreifen können, was für eine Kasse schon recht einzigartig ist.“ Auch Straub bestätigt, „dass wir unter anderem nur deshalb so gut durch die Krise gekommen sind, weil der überwiegende Teil der Patienten im ambulant-vertragsärztlichen Bereich behandelt wurde.“ > S. 12 ff.

**Neu im Herausgeberbeirat: Sebastian Mindt, DocMorris** > S. 3

Wir begrüßen ein neues Mitglied im Herausgeberbeirat: **Sebastian Mindt**, Head of Chronic Care Solutions bei der Versandapotheke DocMorris. Er führt damit die Arbeit von **Prof. Dr. Christian Franken** fort. Professor Franken arbeitet weiter im Herausgeberbeirat mit. Er ist zu DiHeSys Digital Health Systems gewechselt. Wir freuen uns sehr über die Verstärkung und bedanken uns herzlich für das Engagement.

### Wissenschaftliche Beiträge

**Schrappe u.a.** ziehen in ihrem Thesenpapier 3.0 eine erste Bilanz zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Dieses Thesenpapier baut auf den vorangegangenen Papieren 1.0 und 2.0 (s. MVF 03/20) auf. Es beschreibt eine Strategie zur stabilen Kontrolle des Infektionsgeschehens sowie Präventionsmaßnahmen, um Risikosituationen zu erkennen. Diese Print-Version ist eine Kurzfassung der Vollversion, die bei MVF Online First\* erschienen ist. > S. 47 ff.

**Kostev, Konrad und Bohlken** präsentieren einen Vergleich der Zahlen der Patienten, die im März 2020 kardiovaskuläre oder antidiabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten, im Vergleich zu März 2019. Sie finden einen starken Anstieg. Das könnte ein Indiz für eine gute Therapietreue während der Covid-19-Pandemie sein. > S. 52 ff.

**Robers und Lischka-Wittmann** untersuchen, wie Pharma-Unternehmen die Digitalisierung für die Kommunikation ihrer Informationen an Patienten und medizinische Fachkräfte nutzen. Strategie ist die „User or Patient Centricity“. Als Fallbeispiel wird Lilly Medical Affairs mit seinem KPI-System zur Steuerung und Erfolgsmessung vorgestellt. > S. 57 ff.

**Reifegerste** betrachtet die Rolle von Angehörigen in der Gesundheitsversorgung, deren Wichtigkeit oft nur unzureichend erfasst wird. Anhand der Diskussionen zu Gesundheitskompetenz, zu partizipativer Entscheidungsfindung und zur Digitalisierung zeigt sie, wie eine stärkere Angehörigenintegration gelingen kann. > S. 62 ff.

**Bauer, May und Giulini** präsentieren Berechnungen zu Einsparvolumina für die GKV durch Biosimilars aufgrund von Rabatten aus Open-House-Verträgen und Hilfstaxen-Abschlägen gemäß vier Szenarien. > S. 67 ff.

**van den Boom und Kostev** untersuchen den Verbrauch von Blutzuckerteststreifen vor und nach Beginn der Anwendung von FGM (Flash Glucose Monitoring), einer einfachen Methode zur blutlosen und schmerzfreien Überwachung der Glukosewerte. > S. 73 ff.

Ich wünsche Ihnen – auch in der immer noch außergewöhnlichen Situation – wie immer, interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Vor allem: Bleiben Sie weiter gesund!

\* [https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-etal\\_covid-19-Thesenpapier-3-0](https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/schrappe-etal_covid-19-Thesenpapier-3-0)

Mit herzlichen Grüßen  
Ihr Professor Dr. Reinhold Roski



## Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

Exzellente Datenqualität und individueller Service sind für INSIGHT Health eine Selbstverständlichkeit. Das gilt auch für unser Engagement in der Versorgungsforschung.

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

Wir erkennen zeitnah Versorgungsauffälligkeiten in Regionen, bei Facharztgruppen und Kassen. Dafür analysieren wir neben Verordnungsdaten die Behandlungshistorie mehrerer Millionen anonymisierter Patienten. Auf diese Weise schaffen wir Wissen für eine bessere Arzneimittelversorgung.



INSIGHT Health GmbH & Co. KG  
 Auf der Lind 10 a/3  
 65529 Waldems-Esch  
 +49 6126 955-0  
 info@insight-health.de

[www.insight-health.de](http://www.insight-health.de)



Im Interview: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Kongresspräsident des 19. DKVF

## „Daten und Evidenz für Health in all Policies“

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin, gehört seit Jahren zu den profiliertesten deutschen Versorgungsforschern, umso mehr, wenn es um den internationalen Kontext geht. Als er im vergangenen Jahr die Kongresspräsidentenschaft des 19. DKVF übernommen hatte, der Ende September dieses Jahres stattfindet, war von Covid-19 allerdings noch keine Spur am Horizont.

>> Herr Professor Busse, Sie gelten seit Jahren als Apologet des Abbaus von Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Unter anderem denke ich an einen Vortrag, gehalten im Mai 2018 unter dem Titel „Versorgungsziele – internationaler Diskussionsstand“ auf dem DNVF-Forum, in dem Sie das Dilemma der Krankenhausversorgung auf eine recht einfache Formel gebracht haben: Zugang mal Qualität gleich Versorgungsergebnis. Ich denke doch nicht, dass sich Ihre Einschätzung mit der Corona-Krise geändert hat, oder?

Es gibt keinen Grund, warum sich die geändert haben sollte.

In der tagtäglich über uns hereinbrandenden Medien-Pandemie zu Corona wurde doch sehr wohl der Eindruck vermittelt, dass uns in Deutschland alleine die real existierende hohe Anzahl von Krankenhäusern vor „italienischen“ Verhältnissen bewahrt hat.

Das istbarer Unsinn, was da vermittelt wird. In Deutschland wurde von Beginn der Pandemie an getestet und Infektionswege nachverfolgt. Damit wurde erreicht, dass Verdachtspersonen schnell eine richtige Diagnose bekommen und – bei milden Verlauf – möglichst lange außerhalb des Krankenhauses verbleiben konnten. In Italien gab es je nach Region unterschiedliche Ansätze, ganz extrem hingegen in Frankreich: Hier wurde am Anfang praktisch nur im Krankenhaus getestet. Das führte dazu, dass alle, die sich auch nur verunsichert fühlten, tatsächlich ins nächste Krankenhaus gegangen sind, um dort getestet zu werden. Hier kann man sicher nicht ganz unberechtigt die Hypothese aufstellen, dass viele derjenigen, die vor diesem freiwilligen Krankenhausbesuch noch negativ waren, sich erst im Krankenhaus angesteckt haben. Das führte zum Beispiel dazu, dass Frankreich das EU-Land mit den prozentual meisten stationär aufgenommenen Covid-19-Patienten war – mit 70 Prozent aller positiv getesteten Personen.

### Und in Deutschland?

Durch meist konsequentes Contact Tracing wurde erreicht, dass bei uns Verdachts-Infizierte schlicht zu Hause geblieben sind, um sich in Selbst-Isolation zu begeben. Dazu wurde Anfang März – übrigens gerade noch rechtzeitig genug – das entsprechende Flussdiagramm des Robert Koch-Instituts geändert. Dieses sah bis dahin vor, dass Test-positive Patienten stationär eingewiesen werden sollten. Mit der Änderung wurde jedoch richtigerweise empfohlen, dass auch positiv-getestete Patienten so lange wie möglich ambulant behandelt werden sollen.

### Die ambulante Schiene als zweite Säule der Corona-Versorgung.

Ja, neben den Testungen außerhalb der Krankenhäuser sowie dem Contact Tracing und der Selbst-Isolation. Man kann durchaus sagen, dass hierzulande die ambulante Behandlungsstrategie einer der Gründe war, warum wir so gut durch die Corona-Krise gekommen sind – bisher jedenfalls.

Weiß man inzwischen, wie viele Infizierte ambulant oder auch stationär behandelt worden sind?

Ambulant leider gar nicht – hier hängen die Daten ja leider mehrere Quartale hinterher. Stationär gibt es die Angaben des RKI – wozu nach 17 Prozent der Infizierten stationär behandelt wurden – und die Abrechnungsdaten der Krankenkassen. Aus beiden Quellen wird ersichtlich, dass rund 35.000 Patienten stationär behandelt worden sind, demnach so ungefähr einer von fünf oder sechs Infizierten. Was nichts anderes heißt, als dass es in Deutschland gelungen ist, über 80 Prozent der Infizierten aus den Krankenhäusern herauszuhalten. Das war unser Erfolgsrezept.

### Was passierte mit den stationär aufgenommenen?

Die 35.000 wurden durchschnittlich vierzehn Tagen stationär behandelt. Daraus errechnen sich mit 35.000 mal 14 knapp 500.000 Patiententage, die auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen sind. Das wären genau alle vorhandenen Betten für einen Tag. Wenn man jedoch diese Zahl über die Zeit der Epidemie aufteilt, stellt man fest, dass damit pro Tag höchstens zwei Prozent der in Deutschland zur Verfügung stehenden Betten belegt waren. Will heißen: 98 Prozent aller Betten waren eben nicht mit Covid-19-Patienten belegt – und oft leer.

### Und was geschah mit den 2 Prozent?

Die profitierten von den leeren Betten und dem damit verbesserten Betreuungsverhältnis, litten aber genau wie andere Patienten unter der fehlenden Steuerung. Wenn man sich die AOK-Zahlen genauer anschaut, fällt auf, dass die Beatmungs-Patienten – es war von vornherein klar, dass das die schwerer Erkrankten sind – zu 27 Prozent verlegt worden sind. Das ist eine erschreckend hohe Zahl.

### Warum?

Weil das bedeutet, dass viele der stationär aufgenommenen, schwererkranken Beatmungs-Patienten zu Beginn in falschen Krankenhäusern lagen; also solchen, die im Zweifel gar nicht beatmen konnten, entweder weil gar keine Geräte zur Verfügung standen oder weil nicht ausreichend ausgebildetes und vor allem erfahrenes Personal zur Verfügung stand. Wenn 27 Prozent verlegt werden, heißt das nichts anderes, als dass schwererkranken Patienten ungesteuert in irgendwelchen Krankenhäusern aufgenommen wurden – das war grundfalsch.

### Eben Zugang mal Qualität gleich Versorgungsergebnis.

Die Formel ist, obwohl sie so einfach daherkommt, absolut richtig: Was nützt ein breiter Zugang zum nächsten Krankenhaus, wenn dort nicht die nötige Qualität erzeugt werden kann? Warum auch immer. Das kann man übrigens auch sehr schön (aber schlecht für den Patienten) beim Herzinfarkt und Schlaganfall sehen. Auch hier werden die Betroffenen zu oft ins falsche Krankenhaus aufgenommen, also solche ohne Herzkatheter bzw. Stroke Unit, nur weil der Zugang über die Qualität gestellt wird.

Wer hat denn die Verantwortung dafür, dass das entsprechende RKI-Flussdiagramm zum Umgang mit Covid-19 anfangs falsch gestaltet war?

Na, im Prinzip das RKI. Aber wenigstens wurde das recht schnell und eben auch rechtzeitig genug korrigiert. Zur Erinnerung: bis Ende Februar gab es gerade einmal 79 Infizierte in Deutschland. Allerdings hätte von Anfang an klar kommuniziert werden müssen, dass die ersten Covid-19-Patienten eigentlich nur aus reinem Forschungsinteresse ins Krankenhaus eingeliefert worden sind, jedoch nicht etwa, weil man sie stationär besser behandeln hätte können – schwere Verläufe natürlich ausgenommen. Das hat aber in der Öffentlichkeit – und wohl beim RKI selbst – durchaus den Eindruck erweckt, dass die Krankheit allgemein ins Krankenhaus gehört. Wie gefährlich das sein kann, hat dann das Ernst von Bergmann-Klinikum in Potsdam gezeigt: 47 Patienten sind gestorben, wobei nur drei als Covid-19-Patienten ins Krankenhaus eingeliefert worden sind. Die anderen 44 gehörten zu den 138 Personen, die sich im Krankenhaus infiziert haben.

Quasi ein Fall von systembedingter Übersterblichkeit.

Das war ein Desaster. Dass von Beginn der Krise die Krankenhausgesellschaft erklärt hat, dass Covid-19-Patienten in jedes Krankenhaus gehen sollen, ist für mich unerklärlich. Glücklicherweise haben sich die meisten Leute nicht daran gehalten, und sind eben nicht ins nächste Krankenhaus gegangen, sodass keine noch schlimmeren Folgen zu verzeichnen waren. Doch hätten 44 der 47 Toten im Ernst-von-Bergmann-Klinikum nicht sein müssen.

In vielen Ihrer Vorträge erwähnen Sie als Beispiel die Herzinfarktversorgung, die viele Krankenhäuser nicht adäquat darstellen können. Gilt das für Covid-19 im Endeffekt exemplarisch genauso?

Ja, klar.

Gibt es denn genaue Zahlen dazu, wie viele Krankenhäuser überhaupt Covid-19-Patienten behandelt haben?

Ich bin im Beirat zur Evaluation des Krankenhaus-Covid-19-Entlastungsgesetzes. Wir schauen uns in dieser Funktion alle diejenigen Krankenhäuser an, in denen Covid-19-Patienten behandelt worden sind. Anhand der AOK-Zahlen – das sind übrigens die einzigen, die uns hier vorliegen – erkennt man, dass die bis Mitte April aufgenommenen 10.000 stationären Fälle in über 900 verschiedenen Krankenhäusern behandelt worden, die Beatmungs-Patienten in rund 560 davon, also in 50 Prozent der deutschen Krankenhäuser mit Intensivstation.

Es kommt also auf den Zufall an, ob man als Covid-19-Beatmungspatient überlebt?

So würde ich das nicht sagen, da wir noch nicht wissen, wie viele Patienten durch späte oder gar keine Verlegung unnötig gestorben sind. Ein wichtiger Faktor ist aber auf jeden Fall auch das Bundesland. Es gibt – wie etwa Berlin – einige Bundesländer, die die stationäre Aufnahme von Covid-19-Patienten steuern. In Berlin gibt es die Safe-Berlin-Initiative, die, ausgehend von der Charité und einigen Intensivmedizinern, verhindert hat, dass schwer an Covid-19-Erkrankte in Krankenhäuser eingeliefert werden, in denen keine Beatmungskapazitäten vorhanden sind oder die bewusst von Covid-19 freigehalten werden sollen. Denn Infizierte stellen eine Gefahr für alle anderen Patienten dar, da diese per se Vorerkrankungen aufweisen, sonst wären sie ja nicht stationär aufgenommen worden. Demnach ist diese Strategie richtig und wichtig.



„Dass von Beginn der Krise die Krankenhausgesellschaft erklärt hat, dass Covid-19-Patienten in jedes Krankenhaus gehen sollen, ist für mich unerklärlich.“

Und ebenso eine Gefahr für das Personal und deren Angehörige.

Das Problem aus Covid-19-Sicht ist, dass alle Menschen, ob Patienten im Krankenhaus oder behandelndes Personal, mehr oder weniger Risikogruppen sind. Alleine von daher ist es unsinnig, Covid-19-Patienten auf alle Krankenhäuser zu verteilen und so absolut unnötige potenzielle Problemfelder und womöglich sogar Infektionsherde zu schaffen – siehe das Ernst-von-Bergmann in Potsdam. Eine schlaue Idee – siehe Berlin – ist die, ganz bewusst zu separieren: in einige ausgesuchte Krankenhäuser mit Intensivstationen, in denen Covid-19-Patienten versorgt werden, während alle anderen Häuser Patienten mit anderen Erkrankungen guten Gewissens behandeln können – jedoch ohne unnötig erhöhte Ansteckungsgefahr.

Nun kann es doch sein, dass Krankenhäuser vielleicht zu Recht befürchten, dass sie damit als Covid-19-Haus abgestempelt werden und andere Patienten von selbst aus lieber in andere Häuser gehen.

Was für erstere einen hohen finanziellen Schaden darstellt, der auszugleichen ist. Es hilft aber nichts, sich um die Entscheidung herum zu drücken. Nicht bei der hohen Fallsterblichkeit der Beatmungspatienten, die ungefähr 50 Prozent beträgt. Und selbst von den nicht beatmeten Patienten verstirbt jeder sechste im Krankenhaus. Diese extrem hohe Sterbezahl ist eine ganze Dimension höher als etwa beim Herzinfarkt oder beim Schlaganfall. Umso wichtiger ist es, diese Patienten in den Häusern mit der höchsten Expertise zu bündeln.

Gibt es dazu einen bundesweiten Konsens, oder kann jedes Bun-



desland in föderaler Eigenständigkeit machen, was es will?

Leider kann jedes Land tun, was es will. Wir sind noch nicht einmal so weit, dass über die grundsätzliche Strategie Einigkeit besteht, wie man mit Pandemien wie Covid-19 aktuell und vor allem zukünftig umgehen soll.

Der 19. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, dem Sie demnächst als Kongresspräsident vorstehen, ist überschrieben mit dem Titel „Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern“. Was wurde denn zu Corona im internationalen Vergleich noch gelernt?

Wir haben unter anderem für das European Observatory on Health Systems and Policies eine Webseite erstellt. Hier können alle 52 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation die gesundheitspolitischen Strategien der verschiedenen Länder analysieren. Diese Webseite umfasst sowohl Kennzahlen zur ambulanten und stationären sowie zur intensivmedizinischen Versorgung, aber vor allem auch die Daten der jeweils angewandten Präventionsstrategien von Shutdowns über diverse Lockerungen bis hin zu Verschärfungen. Das ist erst einmal rein deskriptiv, doch kann man damit sehr gut vergleichen, wie andere Länder agiert und reagiert haben.

„Ich finde es wichtig, dass wir neben die typische wissenschaftlergetriebene Forschung eine politikintendierte Forschungsstrategie setzen.“

Sie sind damit aber nicht die einzigen Datensammler zu Covid-19?

In der Tiefe für die europäischen Länder schon. Wir sind gerade dabei, den Datenschatz auszuwerten und damit ein Art Benchmarking-Instrument aufzulegen. Das wird wichtige Fragen beantworten können, zum Beispiel, welche Interventionen sich warum als erfolgreich oder weniger erfolgreich herausgestellt haben.

Ist das ein Thema des kommenden DKVF?

Der Kongress war zwar ursprünglich etwas anders geplant, also bezüglich „Zugang mal Qualität = Versorgungsergebnis“ im Allgemeinen, orientiert sich dabei jetzt aber stärker in Richtung Covid-19 – zumindest in den Plenarveranstaltungen und einem Session-Strang. Zum einen konzentriert sich das derzeitige Interesse darauf, zum anderen sind neue Dimensionen jenseits zu Zugang, Qualität und Beitrag zur Bevölkerungsgesundheit hinzugekommen – wie etwa das Thema der Resilienz.

Das besagt, wie gut beispielsweise Gesundheitssysteme auf Schocks vorbereitet sind.

Genau. Zu Covid-19 machen wir zwei Plenarveranstaltungen. Eine hat einen klar internationalen Fokus – wie es der Konferenztitel ja auch kommuniziert – mit zwei hochrangigen Sprecherinnen. Das ist zum einen Natasha Muscat, Direktorin der Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme im Team des neuen WHO-Regionaldirektors. Zum anderen Francesca Colombo, die den Gesundheitsbereich bei der OECD leitet. Im Mittelpunkt ihrer Vorträge steht die Frage, wie die Bewältigung der Corona-Pandemie – eine Herausforderung für Gesundheitssysteme von Prävention bis Intensivmedizin – aus deren Sicht gelaufen ist und welche Informationen diese beiden großen Organisationen den Ländern zur Verfügung stellen konnten. In der zweiten Plenarveranstaltung wollen wir den Status-Quo in Sachen Covid-19 aus Sicht der Forschung beleuchten. Die Pandemie hat ja für die Wissenschaft einen ganz neuen, viel enger getakteten Rhythmus ausgelöst.

Mit oft ungunstigen Ergebnissen, wie man am Beispiel des Bonner Virologen Streeck sieht.

Die Wissenschaft muss lernen, auch damit umzugehen. Darum wollen wir in dieser Sitzung explizit Versorgungsforscher zu Wort kommen lassen, die bereits Forschung zu Covid-19 gemacht und veröffentlicht haben. Die sollen schon vorher kurz darstellen, was sie gemacht haben, damit man während der Plenarveranstaltung gar nicht mehr so sehr auf die Inhalte eingehen muss, sondern über grundlegende Fragestellungen und Anforderungen an die Wissenschaft sprechen kann. Wie sind die Projekte entstanden? Hat man die selbst ausgedacht? Ist die Initiative von außen herangetragen worden? Wie wurde der Datenzugang beschafft? Wie war die Datenlage? Wie lange hat es gedauert, ein Ethikvotum einzuholen? Wie macht man das auf die Schnelle? Und vor allem: Wie lief die Kommunikation? Man sieht ja am Beispiel Streeck, dass auch die Versorgungsforschung viel sichtbarer und damit auch angreifbarer geworden ist.

Gibt es denn genug Covid-19-Beispiele?

Ja, wie zahllose Projekte zeigen, was sich auch im „normalen“ Programm niederschlagen wird. Um dies widerspiegeln zu können, werden wir vom 20. Juli bis zum 10. August einen spezifischen Call zu Covid-19-Abstracts veröffentlichen, damit wir neben

den bereits akzeptierten 9 Abstracts möglichst noch viele weitere aktuelle Arbeiten bekommen, bis Ende September dann der Kongress stattfindet.

Da wird man wohl viel rein forschergestriebene Versorgungsforschung sehen, weil es keine Versorgungsforschungs-Strategie gibt. Sollte man nicht endlich wirklich das erforschen, was Top-down zu erforschen wäre?

Auf jeden Fall. Ich finde es ganz wichtig, dass wir neben die typische wissenschaftlergetriebene Forschung, für die klassischerweise die Deutsche Forschungsgemeinschaft steht, und der schon eher zielorientierten Programmforschung, die eher vom BMBF gefördert wird, eine politikintendierte Forschungsstrategie setzen. Damit bekommt man vermehrt das, was wir zum Beispiel im European Observatory machen. Da arbeiten in einem Steering Committee Vertreter der internationalen Organisationen wie WHO und Europäische Kommission sowie der nationalen Regierungen mit. Die wollen ganz explizit, dass wir mit deren Geld die Fragen erforschen, die aus Sicht der Politik wichtig sind.

Doch gibt es in Deutschland keine derartige politikintendierte Forschungslinie.

Früher schon. Im 6. Forschungsrahmenprogramm der EU zum Beispiel. Da hat die Politik die Forschungsfragen gestellt, auf die man sich dann bewerben konnte. Darüber haben wir 2009 bis 2011 ein Projekt zu den Fallpauschalensystemen in europäischen Ländern finanziert bekommen. Ich finde solche Ansätze sehr gut, doch sind diese inzwischen auch auf europäischer Ebene verwässert worden.

Man wundert sich, dass es so etwas auf deutscher Ebene nicht gibt. Es müsste doch genug Fragen geben, die Bundesgesundheitsminister Spahn umtreiben.

Wir müssen nach der Pandemie in Ruhe darüber reden, wie wir das zusammenkommen. Politikdefinierte Versorgungsforschung liegt fast auf der Hand. Doch dazu bräuchte man jemanden, der für die Versor-



gungsplanung und -steuerung zuständig ist, ein solches Forschungsprogramm aufsetzt und finanziert – und deren Ergebnisse dann auch in die Umsetzung einfließen, „Evidenz-informierte Gesundheitspolitik“ eben.

**Bei all den Covid-19-Task-Forces der Länder und auch des Bundes war Versorgungsforschung schon mal nicht dabei.**

Es kommt darauf an, wie man das definiert. Zum Beispiel ist mein Fachgebiet Teil der BMG-geförderten Steuerungs-Prognose von intensivmedizinischen Covid-19-Kapazitäten, kurz SpoCK.

**Der Vulkanier lässt grüßen.**

Der auch. Wir versuchen mit SpoCK, bei dem neben dem RKI u.a. die Medizininformatik in Freiburg, die DIVI und wir engagiert sind, die Notwendigkeit an stationären und insbesondere intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für eine hoffentlich ausbleibende zweite Welle vorherzusagen. Dazu muss vor allem die Frage beantwortet werden, wie viele Kapazitäten wir eigentlich brauchen, wenn wir das regionale Geschehen miteinbeziehen. Eine weitere Frage lautet: Wie lange dauert es zwischen Testergebnis und dem Peak, den wir dann im Krankenhaus oder bis zur Aufnahme auf die Intensivstation sehen?

**Soll das auch dazu führen, dass wir bei einer möglichen zweiten Welle etwas großzügiger gegenüber unseren europäischen Partnern sein können?**

Auf jeden Fall! Als Europäer empfand ich das, was passiert ist, schon als traurig. Auch dass wir die Schutzausrüstung nicht mehr nach Italien gelassen haben. Da sollten alle Verantwortlichen ein schlechtes Gewissen haben.

**Mit Recht!**

Darum soll das künftig verhindert werden. Doch dazu braucht man erst einmal Daten und Evidenz für „Health in all Policies“. Nun haben wir Aufmerksamkeit für Gesundheit, quasi die Aufmerksamkeit der gesamten Welt auf ein Metathema. Das müssen wir nun auch sinnvoll nutzen.

**Und eigentlich wäre auch genug Geld da.**

Das man aber vernünftig nutzen muss, sonst verpufft es. Man darf aber nicht zu sehr meckern, es geht ja voran.

**Wo zum Beispiel?**

Unter anderem bin ich im Beirat zum Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz. Zur Evaluation bekommt das InEK inzwischen von den Krankenhäusern schon unterjährig die §21er Daten. Das ist völlig neu. Ohne Corona würden wir die erst viel später zur Auswertung bekommen – wenn wir sie überhaupt jemals gesehen hätten. Das zeigt, dass sich hier das Bewusstsein, dass man aktuelle Daten für Erkenntnisse und Steuerung braucht, schon geändert hat. Hoffentlich bleibt in den Köpfen der Politiker erhalten, dass Forschung eben entsprechende Rahmenbedingungen braucht.

**So führt das eben verabschiedete Patientendaten-Schutz-Gesetz die Datenspende und eine Forschungsdatenbank ein. Das sind doch Schritte, bei denen man automatisch denkt: Mein Gott, warum erst 2020?**

Aber man fängt endlich damit an, das ist doch schon etwas. Gleiches gilt auch für die Digitalisierung, die anscheinend erst eine Pandemie brauchte, um Fahrt aufzunehmen.

**Womit wir beim Format Ihres Kongresses angekommen sind, der erstmals rein online durchgeführt wird. Sie sind der erste Kongresspräsident eines DKVF, der unter dem Vorzeichen digital steht. Ist das mehr Arbeit?**

Die inhaltliche Arbeit ist im Endeffekt die gleiche. Ein bisschen mehr Arbeit kam schon auf, weil wir durch Covid-19 quasi einen Neustart machen mussten, zumindest was die Plenarveranstaltungen angeht. Eigentlich war die Planung schon abgeschlossen und die Vortragenden eingeladen – das haben wir ein bisschen anpassen müssen. Dazu kommt natürlich auch eine gewisse Nervosität, ob das online alles so funktioniert, wie es soll. So viele rein virtuelle Kongresse gab es ja noch nicht. Doch gehe ich davon aus, dass alles klappt – trotz aller Unwägbarkeiten technischer Art.

**Das Format hat aber auch Vorteile.**

Sicher. Man kann Vortragende aus der Politik oder aus Fachgesellschaften schnell zu einzelnen Sessions dazu bekommen, weil man sie online erreichen und einbinden kann. Auch kann es dazu führen, dass wir vielleicht sogar mehr Teilnehmer als bei früheren Kongressen motivieren können. Andererseits: Wer tut es sich an, den ganzen Tag vor dem Bildschirm zu sitzen, um von Session zu Session zu switchen?

**Die Cafeteria in der Urania war auch voll, trotz laufender Vortragsessions.**

Nun kann man im Online-Kongress all das nachholen, was man versäumt hat, weil alles aufgenommen und gespeichert wird.

**Es ist eine tolle Chance, wenn man solche Online-Formate etabliert, und dann vielleicht die Hälfte oder sogar acht von zehn Veranstaltungen substituieren kann, was Reisekosten und Reisezeit minimiert.**

Es ist schon gut, Kollegen und viele andere Gesprächspartner aus Politik und Verbänden und vielen anderen Gruppierungen live zu treffen. Doch muss das eigentlich nicht jedes Jahr sein. Wir sollten für die Zukunft überlegen, ob man Live-Events nur alle zwei Jahre veranstaltet und dazwischen Online-Formate wählt. Solch gemischte Modelle hätten schon ihre Vorteile.

Herr Prof. Busse, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Zitationshinweis

Busse, R., Roski, R., Stegmaier, P.: „Daten und Evidenz für Health in all Policies“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 6-9; doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2229

## Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist gleichzeitig Co-Director des European Observatory on Health Systems and Policies und Fakultätsmitglied der Charité. Er hat in Marburg, Boston und London Medizin sowie in Hannover Public Health studiert und habilitierte sich 1999 für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover.

INSIGHT Health mit weiteren Einblicken in die Pharmadaten

## Covid-19-Turbulenzen regional und bei Impfstoffen

Wenngleich sich der Pharmamarkt mittlerweile wieder etwas beruhigt hat und Corona auch hier ein Stück weit Normalität geworden ist, schaut der folgende Beitrag noch einmal zurück auf den Beginn der Pandemie. Denn neben den zuletzt gezeigten nationalen Veränderungen im Rx-, OTC- und Medizinprodukte-Markt zeigen sich auch deutliche regionale Unterschiede. Stark variierende Infektionszahlen, unterschiedliche Altersstrukturen und insbesondere der Zugang zu Arzneimitteln bedingen diese. Nicht zuletzt ist der Impfstoffmarkt nach wie vor von erheblichen Corona-Effekten betroffen.

>> Die Corona-Pandemie übt auch nach der akuten Krise und dem nationalen Lockdown weiter Einfluss auf den Pharmamarkt aus. Nach der Überbevorratung im März sowohl im OTC- als auch Rx-Bereich werden in den letzten Monaten deutlich weniger Rezepte in der Apotheke eingelöst. So fällt die Anzahl abgegebener Packungen von März auf April um knapp 27%. Ein Vergleich mit dem Vorjahresmonat ergibt, dass auch noch im Mai dieses Jahres der Absatz mehr als 17% unter dem in 2019 liegt. Unklar bleibt, wann sich die starke Bevorratung, auch zu erkennen an der im März um 31,5% gestiegenen Abgabe an N3-Packungen, nivellieren wird. Unumstritten ist hingegen, dass der Monat März der bisher ungewöhnlichste seit vielen Jahren war. Wurden bundesweit im März 2019 noch durchschnittlich 52.197 DDD je 1.000 Einwohner

(EW) abgegeben, liegen diese ein Jahr später bei durchschnittlich 66.252 DDD, und damit um 26,9% höher. Wie unterschiedlich diese Marktausweitung die 16 Bundesländer betrifft, zeigt Abbildung 1.

DDD. Folglich könnte die Überbevorratung geografisch bedingt sein. So zeigt sich gerade in Bundesländern mit einer Grenze zu Frankreich, dessen hohe Infektionszahlen für Aufsehen gesorgt hatten, eine besonders starke Zunahme der Verordnungen. Dass sich überwiegend ältere Menschen entsprechend bevorraten, zeigt ein Vergleich der beiden Landkarten hingegen nicht eindeutig. Der Anstieg verordneter DDD fällt in den neuen Bundesländern überwiegend geringer aus, obschon dort mit mehr als 32% überdurchschnittlich viele ältere Menschen leben (BRD-Durchschnitt: 28,2%). Neben dem geografischen Erklärungsansatz könnten auch die Meldungen zu den Infektionszahlen das Bevorratungsverhalten der Patienten beeinflusst haben. Ende März berichtete das RKI von insgesamt 61.913 übermittelten Covid-19-Fällen in Deutschland, allerdings mit einer extrem un-

### DDD-Anstieg im Süden besonders hoch

Ein deutlich zweistelliges und damit sehr starkes Wachstum bezogen auf verordnete DDD je 1.000 EW zeigen alle Bundesländer beim Vergleich des März 2020 mit dem Vorjahresmonat. Die Spanne reicht von knapp 20% in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen bis hin zu einem Anstieg von mehr als 30% in den südlichen Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Spitzenreiter ist das Saarland mit über 35% mehr verordneten

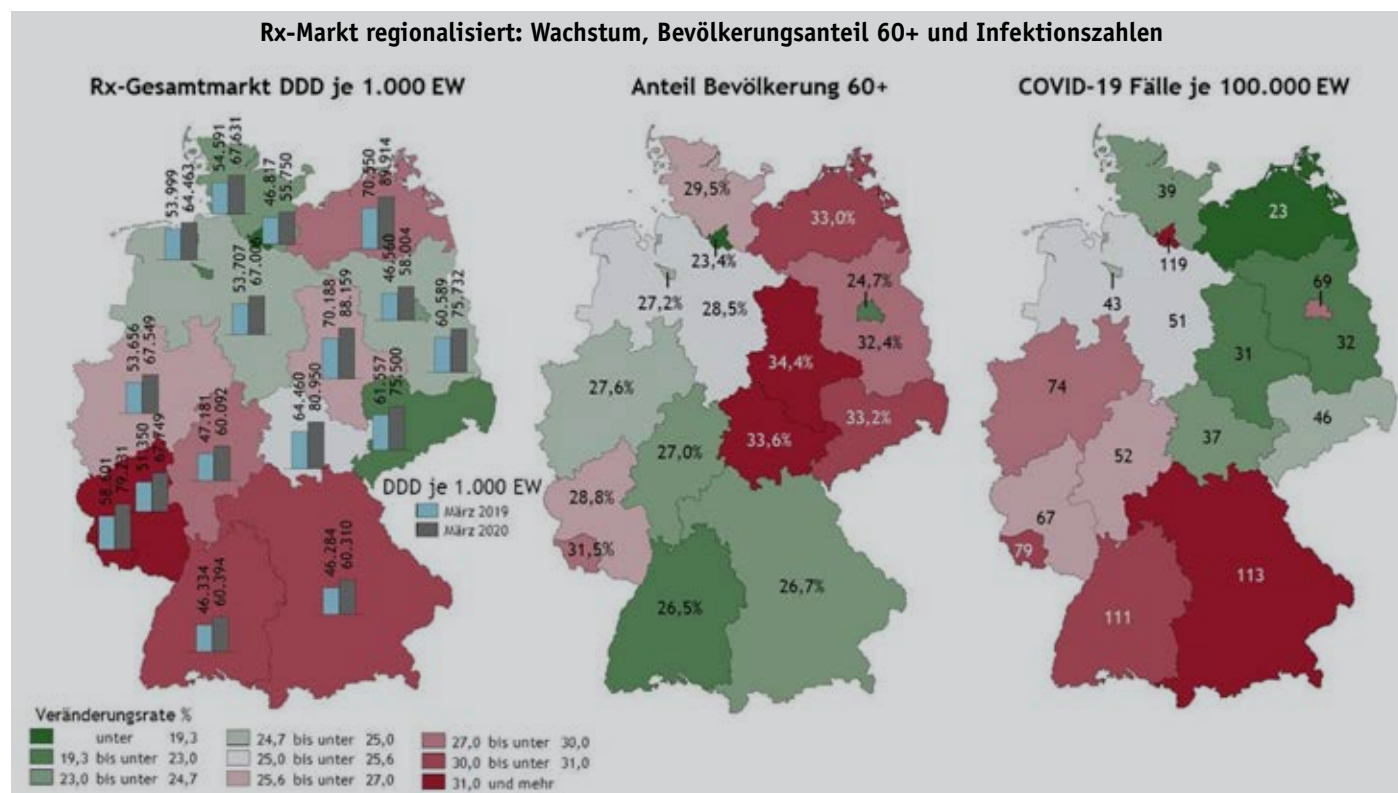
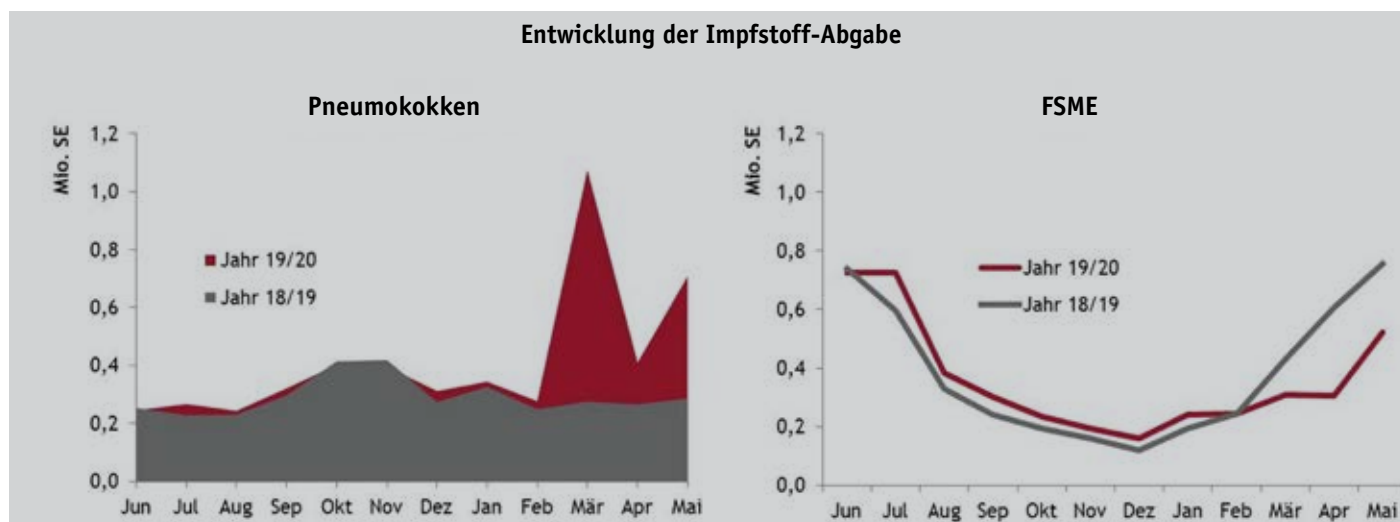


Abb. 1: Links: verordnete DDD (defined daily dose, definierte Tagestherapiedosen) je 1.000 Einwohner der 16 Bundesländer im März 2020 und Vorjahresmonat inkl. Veränderungsrate in % als Flächenfärbung; Mitte Anteil der Bevölkerung mit 60 Jahren und älter als Gruppe mit erhöhtem Krankheitsrisiko; Rechts: übermittelte Covid-19-Fälle je 100.000 Einwohner mit Stand 31.03.2020; Quellen: ambulante GKV-Abrechnungsdaten für Fertigarzneimittel inkl. PKV der INSIGHT Health, Einwohnerdaten der © Acxiom Deutschland GmbH, Situationsberichte des Robert Koch-Instituts zu Covid-19, Kartengrundlage der © Lutum + Tappert DV-Beratung GmbH.



**Abb. 2a und 2b:** Abgabe von Pneumokokken- und FSME-Impfstoffen in Mio. Standard-Einheiten (SE) in den Jahren 18/19 und 19/20; Quelle: ambulante GKV-Abrechnungsdaten für Fertigarzneimittel, INSIGHT Health.

terschiedlichen regionalen Verteilung. So war zu diesem Zeitpunkt der Süden flächendeckend überproportional betroffen, während es in Norddeutschland mit Ausnahme von Hamburg recht wenige Infizierte gab.

### Pneumokokken-Impfdosen steigen auf das 4-Fache

Die jährlichen Schwankungen in der Abgabe von Impfstoffen sind in der Regel saisonbedingt. Beispielsweise bleibt die Nachfrage nach Pneumokokken-Impfstoffen im Frühling und Sommer auf konstant niedrigem Niveau und steigt erst zu Beginn der Erkältungssaison im September deutlich auf das fast Doppelte der üblichen Menge an. Nach der Hochphase im Oktober und November pendelt sich die Abgabe dann zum Ende des Winters wieder auf den gewohnt niedrigen Wert ein. Ebenso wie in 2018/2019 zeigt Abbildung 2a in der Saison 2019/2020 diesen typischen Verlauf – allerdings nur bis zum März dieses Jahres. Am 09.03.2020 rät Gesundheitsminister Spahn zur Pneumokokken-Impfung, um die Wahrscheinlichkeit einer Doppelinfektion oder eines negativen Krankheitsverlaufes der Lungenkrankheit Covid-19 durch Vorbelastungen zu senken. Wie sensibel die Bevölkerung auf diese Empfehlung reagierte, zeigt der Vergleich zum Vorjahr mehr als deutlich: Die Impfstoff-Abgabe (in Mio. Standard-Einheiten) steigt auf das 4-Fache des zu erwartenden Wertes. Ein Umstand, auf den sich die Hersteller so kurzfristig nicht einstellen konnten, und der fast augenblicklich in Lieferengpässen der Humanimpfstoffe resultierte, über die das Paul-Ehrlich-Institut bereits am 12.03.2020 Meldungen verzeichnete. Daraufhin veröffentlichte die Ständige Impf-

kommission Handlungshinweise, nach denen die vorhandenen Impfdosen besonders vulnerablen Patientengruppen vorbehalten bleiben sollten. Weiterhin wurde durch eine Ausnahmerermächtigung nach dem Arzneimittelgesetz die Einfuhr ausländischer Impfstoffdosen ermöglicht. Durch deren flächendeckende Verteilung konnte zwar der Abgabe-Einbruch im April nicht verhindert, aber bereits eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung im Folgemonat herbeigeführt werden. Seit Ende Juni hat sich die Lage im Pneumokokken-Impfstoffmarkt entspannt, denn bis auf wenige Packungsgrößen sind diese wieder vollumfänglich lieferbar.

Im Gegensatz zur Pneumokokken-Impfung zieht die saisonale Impfstoff-Abgabe bei FSME im Normalfall mit dem Monat März deutlich an, da das Infektionsrisiko im Frühjahr und Sommer am höchsten ist. Im Vergleich zur Saison 2018/2019 entwickeln sich die Zahlen jedoch eher verhalten und lassen, wenn überhaupt, einen verzögerten Start der FSME-Impfsaison erkennen. Wie Abbildung 2b zeigt, steigen die abgegebenen Impfdosen erst im Mai deutlich an, bleiben aber mit 0,23 Mio. weniger SE sichtlich unter dem Vorjahresmonat. Das kann zum einen mit den generell verminderten Arztbesuchen zugunsten der Kontaktvermeidung und zum anderen mit der eingeschränkten Reisebereitschaft und -möglichkeit in Zusammenhang gebracht werden. Der Trend zur Normalisierung ist im FSME-Impfstoffmarkt aber durchaus erkennbar.

### Ausblick

Neben den bereits aufgeführten Marktveränderungen zeigen Daten zu den Medizinprodukten zum Schutz vor Covid-19, dass der

Anteil des Apothekenabverkaufs, der auf die Selbstmedikation entfällt, von Januar auf März von knapp 70% auf 87% ansteigt. Apothekenkunden haben sich während der Corona-Welle also sowohl mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln bevorratet als auch Handschuhe, Mundschutz und Desinfektionsmittel direkt in der Offizin gekauft. Ein Blick auf den OTC-Markt zeigt, dass die wöchentlichen Abverkäufe in der Offizin im Mai dieses Jahres im Mittel etwa 26% unter den Vorjahreswerten liegen und erst in der letzten Maiwoche wieder leicht zunehmen. Davon sind jedoch nicht alle Sortimente gleichermaßen betroffen. So ist insbesondere der Absatz der rezeptfreien Erkältungspräparate im März abrupt eingebrochen und befindet sich in der letzten Maiwoche mit 1,51 Mio. abgegebenen Packungen noch mehr als deutlich unter den 2,77 Mio. des Vorjahreszeitraums. Die zeitweise strikten Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln gepaart mit strengen Hygienevorkehrungen reduzierten wohl maßgeblich die Zahl der mit Erkältungskrankheiten Infizierten. Ähnliche Corona-bedingte Effekte sind auch bei den Magen-Darm-Präparaten zu beobachten. Es scheint, dass sich die Turbulenzen der Corona-Welle nun allmählich abschwächen. Entsprechend bleibt zu hoffen, dass weitere Corona-Lockerungen den Pharmamarkt wieder auf Kurs bringen. <<

Autorinnen:  
Kathrin Pieloth, Gina Milbratz\*

\* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern.

### Zitationshinweis

Pieloth, K., Milbratz, G.: „Covid-19-Turbulenzen regional und bei Impfstoffen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 10-11.; doi: 10.24945/MVF.02.20.1866-0533.2230



Im Interview: Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER

## „Die Kraft, ordnungspolitische Rahmen zu verändern“

Die BARMER hat eine lange Historie in Sachen Versorgungsforschung. Sie veranstaltet seit 2016 einen eigenen Versorgungs- und Forschungskongress und gibt seit 2010 ihre jeweils viel beachteten Arzneimittelreports sowie einige andere – zu Themen wie Heil- und Hilfsmittel, ambulanter Versorgung (Arzt), Gesundheit, Krankenhaus, Pflege und Zahngesundheit – heraus. Damit hat sich die Kasse, schon vor der Fusion als GEK und Barmer einen Namen in der Versorgungsforschung gemacht. Nun wurde ganz aktuell das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, kurz bifg, gegründet. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach darüber mit dem Vorstandsvorsitzenden der BARMER, Prof. Dr. med. Christoph Straub.

**>> Was hat Sie bewogen, ganz aktuell das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, kurz bifg, als wissenschaftliches Institut und Kompetenzzentrum für Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung Ihrer Kasse zu gründen?**

Die BARMER hat eine lange und auch erfolgreiche Historie in der Versorgungsforschung. Der erste Arzneimittelreport ist bereits im Jahre 2001 von der damaligen GEK ins Leben gerufen worden. Darauf folgten Krankenhaus- und Arztreporte und bereits 2008 der erste Pflereport, sowie ab 2011 der Zahnreport – ein Thema, das bis dahin kaum und von der Kassenseite eigentlich gar nicht dargestellt wurde.

**Was hat Sie denn nun zur Gründung des bifg als eigenständiges Institut veranlasst?**

Der Auslöser für die Institutsgründung war, dass wir einerseits selbst sehr viel publizieren und andererseits immer häufiger Anfragen an uns herangetragen werden, entweder von wissenschaftlichen Instituten oder auch aus Ministerien und der Politik. Auch die Gesundheitswirtschaft zeigt vermehrt Interesse, mit uns zu kooperieren. Für die hier geforderte wissenschaftliche Arbeit brauchen wir eine stricte Binnenorganisation, die in der Lage ist, einerseits nach außen ein klareres Bild dessen zu vermitteln, was wir tun und andererseits eine bessere Schnittstelle nach innen darstellen kann.

**Die TK hat ihr WINEG eingestellt und das GeWINO der AOK Nordost ist praktisch nicht mehr aktiv. Nur noch die AOKs haben ihr gemeinsam getragenes WIdO. Warum gehen Sie mit dem bifg einen anderen Weg als andere große Kassen?**

Das WINEG kannte ich aus der Gründungsphase. Die Erfahrungen, die ich damals im Vorstand der TK mit dem WINEG machen konnte, sind in die jetzige Gründung mit eingeflossen. Dazu gehört auch, dass wir das bifg eben nicht institutionalisiert haben, sondern das Institut durch die Zusammenlegungen zweier Fachabteilungen gegründet haben. Das bifg ist formal keine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern eben eine neue Einheit innerhalb der BARMER.

**Warum haben Sie sich so entschieden?**

Weil ich weiß, wie schwierig es ist, für ein solches Institut die besten Knowhow-Träger zu gewinnen, die auch noch das eigene Geschäft kennen. Genau diese Leute braucht man aber auch für das eigene operative Geschäft, weil sie da die höchste Kompetenz haben. Darum hat man in einem institutionalisierten Institut immer einen immanenten Konflikt. Genau das wollten wir nicht. Darum haben wir das bifg als Teil der Linienorganisation eines BARMER-Fachbereiches geschaffen, die das, was wir bisher in der Forschung getan haben, bündeln soll, dies jedoch mit einer klaren Sonderrolle und auch Sonderfunktion.

**Wie viele Leute arbeiten im bifg?**

Zur Zeit arbeiten 23 Mitarbeiter im Institut, doch wurden nur vier Stellen im Zusammenhang mit der Institutsgründung neu aufgebaut; letzteres unabhängig von der Gründung, weil im Vorfeld Externe auf uns zugekommen waren, die ihr Interesse an einer aktiven Zusammenarbeit mit uns bekundet hatten. Ein wichtiger Punkt in dem Zusammenhang ist, dass das Ganze nur deshalb funktioniert, weil es auf unserem Wissenschafts-Datawarehouse aufbauen kann. Von den Jahren 2011 bis 2017 haben wir dieses Datawarehouse mehrfach umgebaut und ganz aktuell noch einmal stark modernisiert, um es viel effizienter als bisher nutzen zu können.

**Will heißen?**

Das heißt, dass unser Wissenschafts-Datawarehouse, auf welches das neue Institut mit seiner Arbeit an vielen Punkten aufsetzen kann, eine demilitarisierte Zone ist.

**Warum das?**

Ganz einfach deshalb, weil Daten, die im regulären Kassenbetrieb anfallen, gesetzlich bedingten Löschfristen unterliegen und wir bestimmte Daten nicht längere Zeit speichern dürfen, was longitudinale Auswertungen nahezu unmöglich macht. In unserem spezifischen Wissenschafts-Datawarehouse hingegen dürfen wir die Daten lange Zeit bevorraten, so dass wir dort heute schon auf Zeitreihen bis zu 15 Jahren zurückgreifen können, was für eine Kasse schon recht einzigartig ist.

**Auch das WIdO hat viele tolle Daten.**

Wir haben allergrößten Respekt vor der Arbeit des WIdO. Doch ist unser homogener Datenbestand schon eine Besonderheit, da diese Zeitreihe viele interessante Analysen zulässt. Ein zweiter Punkt ist, dass uns das Wissenschafts-Datawarehouse mit seinem eigenen Datenbestand der Pflicht enthebt, jedes Mal aufs Neue spezielle Datensätze zur Bearbeitung für Reporte aus dem kasseneigenen Datenbestand zu exportieren und dafür immer wieder neue Datenschuttfreigaben bekommen zu müssen.

**Was sicher ein extrem aufwändiger Prozess ist.**

Ganz genau. Und ein ebenso langwieriger. Es konnte in der Vergangenheit im Schnitt bis zu einem Dreivierteljahr dauern, bis wir überhaupt Daten exportieren konnten. Damit waren dann zwei interne Mitarbeiter/Innen gebunden, die sich nur darum kümmern konnten. Die Datenhaltung musste überprüft, die Löschungen dokumentiert und zudem pro Einzel-Anfrage recht komplexe Verträge geschlossen werden.

**Und mit dem Datawarehouse?**

Heute erlauben wir der Wissenschaft einen breiten Zugriff auf unser Wissenschafts-Datawarehouse. Doch können wir den Zugriff sehr genau steuern. Wir wissen, wer auf welche Daten zugreift und was anschaut. Doch ist dieser Prozess ganz wesentlich beschleunigt und auch viel einfacher als früher. Auch diesen Zugriff soll das bifg managen, weil wir seit Jahren ein immer stärkeres Interesse an unserem Datenbestand wahrnehmen, gerade wenn es um Versorgungsforschung oder auch Community Effectiveness geht. Mit dem bifg kleiden wir das Datawarehouse neu ein, machen es damit erkenn- und auch adressierbarer für alle Interessierten.

Von außen betrachtet, ist das schon eine klare Botschaft, die besagt, dass sich die BARMER aktiver für Versorgungsforschung stark macht, schon alleine dadurch, dass sie ihre verschiedenen Aktivitäten unter der neuen Marke bifg bündelt.

So kann man es sagen. Wobei wir aktuell gar nicht einmal so viel mehr forschen, als wir das vorher auch schon gemacht haben. Doch wird unser Ansatz, „Daten für Taten“ zu generieren, erkennbarer. Dazu wurde ein eigener Internetauftritt gestartet, in dem Analysen hinterlegt und frei zugänglich sind. Diesen werden wir in kontinuierlicher Folge weiter ausbauen.

**Aus welchem Budget wird das bifg finanziert?**

Aus einem Teil unseres Verwaltungskostenhaushaltes. Da das Institut keine eigene Rechtsperson ist, brauchen wir keine eigene Institutsfinanzierung. Zudem erfolgen die Tätigkeiten der dort Beschäftigten im Rahmen unseres gesetzlichen Auftrags. Was auch schon seit vielen Jahren so ist.

**Wenn wir einmal auf das erste Arbeitsfeld des bifg blicken, das da heißt: „Finanzierung und der Versicherungssysteme“.**

Dieses Thema ist ein ganz vitales Interesse unserer Kasse. Wir haben Gott sei Dank einige Experten, die mit diesem Thema umgehen und die routinemäßig für den laufenden Geschäftsbetrieb wichtige Analysen erstellen können. Die Mitarbeiter des Instituts arbeiten regelmäßig mit renommierten Wissenschaftlern zusammen, ein Beispiel dafür ist die Zusammenarbeit einer unserer Mitarbeiterinnen mit einer Mitarbeiterin aus dem wissenschaftlichen Institut von Professor Wasem. Gemeinsam haben sie eine wissenschaftliche Arbeit publiziert. Diese wirklich hoch qualifizierten Menschen, die wir in dem Bereich beschäftigen – übrigens mehr Frauen als Männer – sind echte Kompetenzträger, weil sie nicht nur Routineauswertungen für den laufenden Geschäftsbetrieb machen können, sondern in der Lage sind, weiter zu denken und wichtige neue Schlüsse daraus zu ziehen. Genau diese Chance sollen sie mit und im bifg haben. Man könnte das daher auch als „Job-Enrichment“ bezeichnen.

**Welchen Nutzen hat denn nun der BARMER-Versicherte davon?**

Der erste Vorteil ist jener, das wir aufgrund unserer Größe und unserer Aufstellung dramatische Entwicklungen schnell detektieren, analysieren und dann mit geeigneten Maßnahmen reagieren können. Das mag auf den ersten Blick vielleicht etwas abstrakt klingen, weil der Einzelne nicht unmittelbar einen Vorteil hat, doch sieht es auf der Meta-Ebene anders aus. So haben wir zu Beginn der Corona-Krise mit den Ressourcen, die in unserem neuen Institut gebündelt sind, ein Corona-Dashboard aufgebaut. Wir haben hier einerseits Krankenhausaufnahmen monitort, um sehr schnell ein Bild zu bekommen, was in dieser Krise in der Versorgung passiert: Wo wird versorgt? Wie oft wird verlegt? Oder: Warum wird nicht verlegt? Wir haben



*„Wir erlauben der Wissenschaft einen breiten Zugriff auf unser Wissenschafts-Datawarehouse.“*

nachgehend die in unseren Kassendaten dokumentierten Krankenhausentlassungen in gleicher Weise analysiert, um so ein möglichst gutes Bild über den Versorgungsverlauf der Krise zu bekommen. Auch das mag für den Einzelnen direkt keinen Nutzen haben, doch jeder Corona-Betroffene hat indirekt einen Nutzen davon, wenn er bei einer Kasse versichert ist, die in der Lage ist, zum einen derartige Daten auszuwerten und zum anderen die richtigen Schlüsse daraus zu ziehen. Ganz konkrete Nutzen für jeden Einzelnen haben hingegen unsere vielen Reporte, die schon immer auf Defizite hingewiesen – oder positiv formuliert – Verbesserungspotenziale in der Versorgung aufgedeckt haben.

**Nennen Sie doch bitte ein Beispiel.**

Wir haben beispielsweise vor zwei Jahren einen Pflegereport erstellt, in dem wir die Situation der pflegenden Angehörigen beleuchtet haben. Dazu wurden nicht nur Sozialdaten analysiert, sondern auch eine Befragung einer sehr hohen Anzahl von Betroffenen durchgeführt. Das Ergebnis, das uns sehr viele pflegende Angehörige signalisiert haben, war: Wir schaffen es nicht mehr lange, wir können nicht mehr lange so weitermachen wie bisher.

**Eine Analyse alleine reicht aber nicht.**

Genau. Darum haben wir aus den Erfahrungen dieses Reports interne Prozesse verändert. Aufsetzend auf einer Customer Journey, auf deutsch einer „Kundenreise“ – also aus der Sicht unserer Versicherten, die andere pflegen – haben wir unser kassenseitiges Angebot überarbeitet. So wurden zum Beispiel Anträge an die Kasse so gestaltet, dass auch der medizinische Laie sehr rasch einen Antrag ausfüllen kann. Wir haben zudem Angebote für pflegende Angehörige initiiert, in denen in Wochenendseminaren alle Aspekte des Pflegens – vom eigentlichen medizinischen Inhalt bis hin zum Selbstschutz und der Resilienzstärkung – vermittelt wurden.

#### Das ist sicher toll, aber ...

... klingt vielleicht banal, aber ist für unsere Versicherten in einer solchen außergewöhnlichen Lage ein absolut nutzwertiges Angebot. Gleiches gilt aber auch für medizinische Fälle, wie zum Beispiel bei bariatrischen Operationen. Wir konnten mit einer Analyse anhand unseres Datenbestandes ganz klar zeigen, dass es in jeder Hinsicht von Vorteil ist, sich in einem zertifizierten Zentrum operieren zu lassen: niedrigere Komplikationsraten, deutlich geringere Sterblichkeit und eine niedrigere Gesamtinanspruchnahme sind die Folge.

#### Da kommt dann sicher natürlich gleich der Einwurf, dass Sie das doch nur machen, um Geld zu sparen.

Natürlich ist ein niedriger Ressourcenverbrauch nach einer gelungenen OP ohne Komplikationen eine gute Sache für die Solidargemeinschaft der Versicherten, vor allem ist eine unproblematische Operation ein sehr klares Indiz dafür, dass es den Patienten besser geht, schlicht weil sie initial besser versorgt wurden. Das ist dann schon ein sehr direkter Nutzen. Das Gleiche konnten wir übrigens auch für die operative Versorgung von Baucharterien-Aneurysmen darstellen. Ebenso haben wir mittels Datenanalysen herausgefunden, dass gerade junge Menschen eine stark zunehmende Belastung mit Kopfschmerzen haben. Daraufhin haben wir für Studierende entsprechende Angebote entwickelt – zum einen ist das die App „M-sense“, mit der der User seine Kopfschmerzsituation dokumentieren und auslösende Muster erkennen und so vermeiden kann. Zudem werden über die App Informationen zur Verfügung gestellt, die zur Therapie notwendig sind.

#### Eben „Daten für Taten“, das ist übrigens ein Zitat, das Professor Glaeske zugeschrieben wird.

Das stimmt. Diese Deklination versuchen wir ganz regelhaft, indem – wo immer das möglich ist – aus Reporten Handlungen abgeleitet werden. So haben wir beispielsweise vor einigen Jahren anhand der uns vorliegenden Abrechnungsdaten zeigen können, dass beim zahnlosen Unterkiefer, der übrigens in höheren Altersklassen immer noch sehr häufig ist, eine Versorgung mit zwei Implantaten viel besser ist als das, was heute Leistungsumfang der GKV ist. Das ist doch für alle, für die Politik wie Gesellschaft ebenso wie für Ihre zahlreichen Leser aus Wissenschaft und Versorgung eine interessante Botschaft: Lasst uns jene Leistungen bezahlen, die vielleicht teuer sein mögen, aber die belegt sind durch wissenschaftlich gesicherte Versorgungsdaten. Nur so kommen wir nach und nach zu einer immer besseren Versorgung.

#### Wie sehen Sie die Rolle der Versorgungsforschung?

Da ich früher selbst einige Jahre in einem Institut für Gesundheitssystemforschung gearbeitet habe – der Institutsleiter war damals übrigens Vorsitzender des Sachverständigenrates – interessiert mich das Thema persönlich sehr. Die Versorgungsforschung hat meines Erachtens die Kraft, die ordnungspolitischen Rahmen zu verändern, die unser Gesundheitswesen betreffen. Dazu müssen ihre Protagonisten die durch Versorgungsforschung geschaffene Evidenz so vermitteln, dass sie Gesellschaft wie Politik auch versteht. Das mag noch nicht immer der Fall sein, doch gewinne ich zunehmend den Eindruck, dass wissenschaftliche Erkenntnis immer stärker herangezogen wird, um Gesetzesinitiativen auf den Weg zu bringen. Ein konkretes Beispiel dazu ist der Auftrag an den Sachverständigenrat, sich mit dem Thema Notfallversorgung auseinanderzusetzen. Auch ist generell die Aufnahme von Inhalten der Sachverständigenrats-Gutachten in die Gesetzgebung deutlich nachzuweisen. Mein klares Votum, auch auf-

grund meiner eigenen Biografie, ist natürlich, dass, wo immer dies möglich ist, die Erkenntnisse der Versorgungsforschung zur Grundlage jedweder Entscheidungen gemacht werden müssen; vor allem immer dann, wenn der ordnungspolitische Rahmen verändert wird.

#### Hat da wirklich ein Bewusstseinswandel stattgefunden?

Ich denke schon. Gerade bei der Frage des Gleichgewichts der Sektoren lässt sich viel auf der Basis von Evidenz versachlichen oder auch korrigieren.

#### Ein konkreter Fall wäre?

Wenn man die Versorgung der Covid-19-Erkrankten in Deutschland betrachtet, ist ein Sachverhalt der, dass wir unter anderem nur deshalb so gut durch die Krise gekommen sind, weil der überwiegende Teil der Patienten im ambulant-vertragsärztlichen Bereich behandelt wurde. Auch wenn die Aussage auf noch keiner abschließenden, validierten Analyse beruht, war bei uns der Anteil der nicht-stationär behandelten Patienten im Vergleich zu anderen umgebenden EU-Ländern am höchsten. Erste Analysen zeigen jedoch, dass sich um die 40 Prozent der in Italien mit Corona-Erkrankten erst im Krankenhaus infiziert haben. Ich weiß, das ist eine polarisierende Aussage, doch ist für mich das Bild sehr deutlich. Diese Infektionen sind nicht aufgrund von schlechter Arbeit in Krankenhäusern aufgetreten! Immer dort, wo viele schon vorerkrankte Menschen relativ eng zusammen sind und vom Versorgungssystem bedingt Infizierte in die normale Krankenhaus-Versorgung eingebunden werden, steigt das Infektionsrisiko fast zwangsläufig.

#### Was fordern Sie?

Eine Erkenntnis aus der Krise ist für mich, dass bei aller Wichtigkeit des stationären Bereichs, die Hauptlast der Versorgung – wenn wir die Zahl der Patienten und nicht die Schwere ihrer Erkrankungen betrachten – in Deutschland der vertragsärztlich-ambulante Bereich sehr gut bewältigt. Das muss man anerkennen und auch entsprechend honorieren.

#### Und bei den Krankenhäusern soll etwa alles so bleiben wie es ist?

Aber nein. Die bisher ganz gut gelungene Bewältigung oder Eindämmung der Corona-Krise bei uns ist beileibe nicht der abschließende Beleg dafür, dass die Krankenhausstruktur in Deutschland zukunftssicher ist. Ich glaube, dass uns die Krise genau das Gegenteil lehrt. Nach ersten vorläufigen, auch nicht abschließenden Analysen haben rund ein Drittel der Kliniken in Deutschland überhaupt keine Corona-Patienten behandelt. Das waren fast durchgängig kleine Häuser der Grund- und Regelversorgung. Die Last der Versorgung von Corona-Patienten lag bei größeren Häusern mit mehreren Intensivabteilungen und entsprechenden Teams mit ausreichender Erfahrung mit Beatmung, was ja auch gut und richtig ist. Wenn wir die in der Krise geleistete Versorgung genau analysieren, muss ein erstes Fazit eben lauten: Die Corona-Krise hat nicht belegt, dass die bisherige Krankenhaus-Struktur richtig ist.

#### Wir haben zu viele Betten statt zu wenige, brauchen aber bessere Kompetenz-Center?

Das kann ich so unterschreiben.

Ein anderes aktuelles Thema ist das der Zurverfügungstellung von Patienten- und Versorgungsdaten durch die mit dem eben vom Bundestag verabschiedeten PDSG, das endlich die elektronische Patien-



tenakte, kurz ePA, und die Möglichkeit der Datenspende einführt.

Nicht zu vergessen ist die Etablierung einer Forschungsdatenbank. Wir sollten den Vorteil, dass hierzulande 90 Prozent der Bevölkerung in einem System versichert ist, das im Vergleich zu anderen Industrienationen schon heute datentechnisch optimal, weil einheitlich aufgestellt ist, besser nutzen als bisher. Das betrifft den Teil der allgemeinen Versorgungsforschung und der Datenanalyse von Routinedaten. Ein Spezialthema ist hingegen die ePA und die Datenspende. Hier sehe ich ein wichtiges Entwicklungsfeld, in dem wir uns als Kasse engagieren, das aber bisher nicht im Rahmen des bfg. Wir haben als Kasse schon vorher eine Initiative gestartet, indem wir einen Innovationsfondsantrag intensiv unterstützen, der genau in diese Richtung zielt.



*„Wir sollten den Vorteil, dass hierzulande 90 Prozent der Bevölkerung in einem System versichert ist, besser nutzen als bisher.“*

spielt, wenn mehr als drei Universitäten und drei Bundesländer oder drei Krankenkassen beteiligt sind.

**Da sind auf einmal alle recht gleich.**

Leider. Dabei müssen wir uns nur auf ein Ziel und auf die nötigen Standards einigen. Eines lautet: Es muss eine offene, transparente Technologieplattform geben, die von Wissenschaftlern frei genutzt werden kann.

**Was wären denn interessante Fragestellungen, die man damit in Bezug auf Corona analysieren könnte, wenn solche Daten leichter zugänglich wären?**

Der erste und wichtigste Schritt ist die nachgehende Analyse der Versorgung in der Krise. Hier gibt es eine ganze Reihe interessanter Aspekte. Einen hatte ich schon bewusst provokant angesprochen: Welche Rückschlüsse sollten wir auf die Angemessenheit der vorhandenen Strukturen ziehen? Während der Krise wurde beispielsweise ein Register zu Intensivbehandlungsplätzen geschaffen, indem täglich an die Behörden in den Ländern – dann kumuliert im Bund – gemeldet wurde, wo welche Behandlungskapazitäten vorhanden und wie diese belegt sind. Ich bin der Meinung, dass künftig nicht nur Intensivbehandlungsplätze monitoriert werden sollten, sondern auch wie im Nachfeld der Krise andere Behandlungsplätze und Klinikbetten belegt waren.

**Um so quasi eine Landkarte der aktuell behandelten Erkrankungen und deren Verbreitung zu bekommen?**

Ganz genau. Ein zweiter Aspekt, den man sich nach der Corona-Krise anschauen sollte, ist jener, dass epidemiebedingte Veränderungen und Einschränkungen in der Versorgung häufig dazu führen, dass diese mit einer schlechteren Versorgung für andere Patienten „erkauft“ werden. Dies führt dazu, dass in Epidemiezeiten häufig chronisch Kranke Nachteile erleiden und aufgrund der schlechteren Versorgung in einer solchen Krise sogar zu Schaden kommen können. Diese Kollateralschaden einer sicher richtigen Fokussierung auf das Thema Covid-19 muss man unbedingt analysieren, aber nicht aufgrund einer wie immer gearteten Schuldzuweisung, sondern um daraus zu lernen, wie man das Versorgungssystem künftig besser aussteuern kann.

**Es heißt, dass in der Corona-Hochphase auf einmal deutlich weniger Herzinfarkte, Schlaganfälle und deutlich weniger Oberschenkelhalsfrakturen aufgetreten sind. Wie kann das sein?**

Warum sollte sich das alles in der Krise verändert haben? Eine Hypothese mag sein, dass es weniger Herzinfarkte gab, weil das Arbeiten im Homeoffice weniger Stress auslöst oder übermäßige sportliche Belastung einfach nicht stattfand. Aber dass es weniger Oberschenkelhalsfrakturen gegeben haben soll, ist für mich erst mal ganz unplausibel. Darum müssen wir evident wissen, was in dieser Krise passiert und warum etwas passiert ist. Und vor allem: Welche Wirkungen es auf die einzelnen Patienten und auf Gesundheitssystem hatte? Daraus sollten wir dann wieder Schlüsse ziehen, zum Nutzen aller.

**Worum geht es?**

Mit der elektronischen Patientenakte und der Telematikinfrastruktur werden wir in sehr kurzer Zeit eine international herausragende und auch technisch einmalige Basis haben, um Daten zu sammeln, zu kommunizieren und zu analysieren. Doch moderne Forschung braucht auch noch andere Daten als Routineabrechnungs- und Befunddaten, die über dieses System transportiert werden. Sie braucht je nach Fragestellung hochspezifische Daten, um in der immer rascheren Entwicklung vom Bench to Bedside im internationalen Wettbewerb erfolgreich mitarbeiten zu können. Mit der aktuellen Gesetzgebung können wir dem Ganzen noch mal einen richtigen Schub geben, wenn wir die technische Infrastruktur, die uns nun zur Verfügung steht, auch nutzen.

**Und wie?**

Meine persönliche Vorstellung ist eine Satelliten-ePA. Was wir in der Forschung brauchen, kann schlecht in die Standard-ePA integriert werden; was wir brauchen, ist ein Vehikel, mit dem man je nach Forschungsfeld spezifische zusätzliche und weitergehende medizinische Befunddaten erfassen und in den Netzwerken der forschenden Einrichtungen in Deutschland verwenden kann. Das Interessante ist, dass man eine bestehende und bald weit verbreitete Technologie als Basis nutzen könnte, um Patienten von einem Forschungsstandort aus datentechnisch in die jeweilige Routineversorgung vor Ort zu verfolgen – natürlich alles hochanonymisiert und pseudonymisiert.

**Reine Zukunftsmusik?**

Aber nein. Ein Beispiel, an dem wir bereits mitarbeiten, ist ein Projekt der Hauptstadt-Urologie der Charité, gemeinsam mit den Berliner und brandenburgischen Urologen. In diesem Netzwerk werden auf einer einheitlichen IT-Basis sämtliche Prostatakarzinom-Patienten erfasst, um diese nicht nur besser in Studien zu rekrutieren, sondern diese besser unterstützen zu können. Das Zweite ist der eben erwähnte Innovationsfondsantrag, der am Beispiel des Bronchialkarzinoms und gemeinsam mit dem Netzwerk genomische Medizin versucht, die technische Basis für eine Datenerfassung – angedockt an die Telematikinfrastruktur und die ePA – zu entwickeln. Wenn wir derartige Projekte aktiv angehen und nach vorne tragen, können wir den Forschungs-, Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort Deutschland richtig nach vorne bringen. Und ganz nebenbei die deutsche Kleinstaaterei und das „Not Invented Here“-Syndrom vergessen, das immer eine große Rolle

## Zitationshinweis

Straub, C., Roski, R., Stegmaier, P.: „Die Kraft, ordnungspolitische Rahmen zu verändern“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 12-16; doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2235

Untersucht werden sollen, so steht es auf der bifg-Homepage geschrieben, „insbesondere Fragen der Gesundheitsversorgung, der Finanzierung und der Versicherungssysteme“. Welche Themen sind das genau?

Ein aktuelles Beispiel hatte ich bereits genannt: den Aufbau eines Corona-Dashboards, das Datenquellen identifizieren, sichern und validieren und daraus eine laufende Statistik für eine gewisse Phase aufstellen soll. Ein weiteres Thema ist der große Bereich RSA. Hierzu haben wir ein kassenübergreifendes Projekt mit einigen Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Im Bereich der Klassifikationssysteme allgemein sind wir auch schon in Innovationsfondsprojekten aktiv, zum Beispiel in einem konkreten Projekt zu Populationsgruppen, das heißt zur Entwicklung eines Verfahrens zur Messung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung. Ein weiterer Bereich widmet sich der auch schon angesprochenen Systemfrage der ambulant-stationären Versorgung, generell jedoch Versorgungssystemfragen jeder Art, die sich dann auch auf einzelne Krankheitsentitäten beziehen können, oder auch auf dem Einsatz von telemedizinischen Verfahren für die Versorgung bestimmter Patienten.

Was die Zahl der Köpfe angeht, ist der größte bifg-Bereich „Medizin und Versorgungsforschung“.

Dort werden die Reporte inhaltlich begleitet und viele Fragen beantwortet, die sich aus dem operativen Geschäft ergeben. Auch wird hier die Gestaltung von Selektivverträgen sowie die Innovationsfondsprojekte analysiert und begleitet. Wir sind immerhin an rund 20 Prozent aller Innovationsfondsprojekte beteiligt und mussten lernen, dass es nicht nur um die Anfangsbegleitung eines Antragsverfahrens geht, sondern in aller Regel auch um die laufende Begleitung der Projektarbeit, auch um sicherzustellen, dass es am Ende gute Ergebnisse gibt.

Bei dem großen Themenbereich „Medizin und Versorgungsforschung“ könnte man auch annehmen, dass es bei diesem Themenspektrum darum geht, die originäre Arbeit der Leistungserbringer zu erledigen.

Wir haben nicht den Anspruch, Medizin besser zu können oder besser beurteilen zu können als die, die Tag für Tag die medizinischen Leistungen erbringen. Wenn hier Medizin steht, dann signalisiert das lediglich nach außen, dass wir eine Stelle vorhalten, an die sich alle mit medizinischen Fragestellungen wenden können und dort auf ärztliche Kollegen treffen, die ihre Sprache sprechen, aber eben auch die kasseninterne Welt kennen, die vielen eher verschlossen ist.

Wie zum Beispiel auch die kasseneigene Datawarehouse-Struktur.

Und vor allem dem sachgemäßen Umgang damit. Wenn man nicht die Gesetzesänderungen der letzten 15 Jahre kennt, kann man bei Analysen im Datawarehouse ganz schnell über die eigenen Füße stolpern, sprich die falschen Schlüsse ziehen.

Warum ist das so?

Weil sich mit jeder Gesetzesnovelle auch Veränderungen in Abrechnungs- und/oder Vergütungssystem ergeben können, was aber rein gar nichts mit einer etwaigen Veränderung in der Medizin oder dem Krankheitsstatus von Patienten zu tun hat. Genau das wissen unsere Fachleute sehr genau. Auch das war mit ein Grund für die Gründung des Institutes. Denn eine Standarderfahrung mit Externen, die mit uns zusammenarbeiten wollen, ist, dass es eben zu vorschnelen Hypothesen und Schlüssen kommen kann.

Welche Erkenntnisse versorgungsforschender Art wären für Sie im Bereich der Pflege besonders wichtig?

Hier arbeiten wir mit Professor Rothgang\* aus Bremen zusammen, der den Pflegereport herausgibt, ein ohne Zweifel sehr versierter Wissenschaftler in diesem Bereich. Wir haben uns in den letzten acht Jahren unterschiedlichste Themen in den jeweiligen Reporten angeschaut. Ein Beispiel dafür ist die Situation junger Dauerpflegebedürftiger. Diese haben wir im Jahr 2017 analysiert.

Mit welchen Fragestellungen?

Wie werden sie gepflegt? Wo werden sie gepflegt? Was sind ihre Präferenzen? Wie gut werden diese Präferenzen berücksichtigt? Natürlich ist das Thema Pflege vor allem ein Problem höherer Altersklassen, aber eben nicht nur. Es gibt leider eine durchaus große Zahl jüngerer dauerpflegebedürftiger Menschen, über deren Situation bisher wenig bekannt ist. Das werden wir ändern, indem wir valide Zahlen und Daten schaffen und damit Fakten als Basis für eine qualifizierte Diskussion. Auch die allgemeine Pflege, für die durch den Gesetzgeber schon einiges im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze getan wurde, werden wir über unsere Versorgungsforschung weiter begleiten.

Da die Pflege bisher relativ schwach vertreten ist, braucht sie umso mehr Evidenz, um ihren Nutzen zu beweisen.

Und um entsprechend wahrgenommen zu werden. Doch gibt es bislang leider zu wenig gute Versorgungsforschung in der Pflege.

Damit eben nicht nur am offenen Fenster geklatscht oder mit Bratpfannen und Töpfen Krach gemacht wird.

Das war schon richtig und wichtig. Nur muss der damit gezeigte Good Will nun tatsächlich in eine strukturell stärkere Stellung der Pflege münden, bis hin zu Budgets und Gehältern. All das braucht eine Unterlegung mit evidenzbasierten Fakten. Darum werden wir uns auf diesem Gebiet ganz besonders engagieren.

Herr Prof. Straub, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

\* MoPf 02/2019

## Prof. Dr. med. Christoph Straub

1983-1989 Studium der Medizin  
 1989-1991 Arzt im Praktikum, Vollapprobation als Arzt  
 1992 Promotion zum Dr. med.  
 1991-1994 Wissenschaftlicher Assistent an der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung in Tübingen  
 1994 Sachgebietsleiter „Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung“ beim VdAK/AEV  
 1995 Assistent des Hauptabteilungsleiters „Leistungen, Verträge, Stationäre Einrichtungen“ beim VdAK/AEV  
 1996 Referent des Vorstandes beim VdAK/AEV  
 1996-2000 Leiter der Abteilung „Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung und Gesundheitswissenschaften“ beim VdAK/AEV  
 2000-2003 Leiter des Stabsbereichs Unternehmensentwicklung der Techniker Krankenkasse  
 2003-2005 Mitglied des Vorstandes der Techniker Krankenkasse  
 2005-2009 Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse  
 2009-2011 Vorstand der Rhön-Klinikum AG  
 seit 1. August 2011 Vorstandsvorsitzender der BARMER



## FACHSYMPOSIUM | 21. September 2020

### »Innovationen durch Digitalisierung«

- Digitalisierung im Gesundheitswesen – Herausforderungen, Pläne und digitale Vorhaben in GKV und PKV
- Digitale Transformation – Viel mehr als Internet und Co.
- Innovationen in der Versorgung
- Chancen und Risiken von Gesundheitsapps
- Blitzlichtrunde – Start-ups stellen sich vor

[www.gesundheitsforen.net/digitalisierung](http://www.gesundheitsforen.net/digitalisierung)



## FACHSYMPOSIUM | 02. November 2020

### »Entlassmanagement«

- Aktuelle Entwicklungen des Rahmenvertrages
- Prozessoptimierung aus Sicht aller Akteure
- Herausforderungen und Lösungen
- Ausblick

[www.gesundheitsforen.net/entlassmanagement](http://www.gesundheitsforen.net/entlassmanagement)

Unsere Forenpartner erhalten Vergünstigungen auf die Veranstaltungsteilnahme. Treten Sie in unser Netzwerk ein und profitieren Sie von unseren Vorteilen.

Gesundheitsforen Leipzig GmbH  
Hainstraße 16  
04109 Leipzig



Das Patientendaten-Schutz-Gesetz regelt u.a. auch, dass „Informationen der Krankenkassen“ keine Werbung sind

## Pilsinger: „Versicherte aktiv und gezielt informieren“

Das lang erwartete Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur – kurz Patientendaten-Schutz-Gesetz oder noch kürzer PDSG – hat es in sich. Damit soll endlich die „Digitalisierung im Alltag der Patienten ankommen“, wie Bundesgesundheitsminister Jens Spahn anlässlich der zweiten und dritten (und damit letzten) Beratung im Bundestag erklärte. Damit werden nach einer jahrzehntelangen Debatte digitale Angebote wie das E-Rezept und die elektronische Patientenakte (inklusive Impfausweis, Mutterpass, U-Heft für Kinder und Zahn-Bonusheft) nutzbar, zudem können Facharzt-Überweisungen digital übermittelt werden. Das Gesetz, das voraussichtlich im Herbst in Kraft treten soll und nicht im Bundesrat zustimmungspflichtig ist, regelt aber noch weit mehr: Zum einen kann künftig jeder Versicherte freiwillig seine Gesundheitsdaten der medizinischen Forschung zur Verfügung stellen. Und zum Zweiten wurde fast nebenbei klargestellt, dass „Informationen der Krankenkassen über lebensrettende Versorgungsangebote keine Werbung“ sind, wie der Münchener Hausarzt und CDU/CSU-Bundestagsabgeordnete Stephan Nikolaus Pilsinger in seiner Rede betonte, was bisher u.a. an der Anwendung des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) scheiterte (s. MVF 03/20).

>> MdB Pilsinger, nach seinem Studium seit 2018 neben seinem Bundestagsmandat als Teilzeit-Arzt in einer Hausarztpraxis im Münchner Umland tätig, weiß, wovon er spricht, wenn er sagt: „Telemedizinische Versorgungsangebote leisten schon heute einen wichtigen Beitrag dazu, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.“ Angebote wie Telemonitoring oder Telecoaching könnten „eine sinnvolle Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung“ sein. Pilsinger, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, in seiner Bundestagsrede Anfang Juli diesen Jahres weiter: „Ganz besonders möchte ich daher an dieser Stelle hervorheben, dass wir den Krankenkassen mit dem vorliegenden Gesetz endlich ermöglichen, ihre Versicherten aktiv und gezielt über solche wichtigen Versorgungsangebote zu informieren.“ Denn vor allem in der Corona-Krise habe sich gezeigt, dass Risikopatienten von telemedizinischen Angeboten und digitalen Gesundheitsanwendungen in besonderem Maße profitieren können. Darum macht die Politik laut Pilsinger mit dieser Klarstellung deutlich: „Eine Information der Krankenkassen über lebensrettende Versorgungsangebote ist keine Werbung“. Mit dieser Gesetzesregelung habe der Gesetzgeber „Hemmnisse beseitigt und Bremsen gelöst“; jetzt liege es an den Kassen, ihren Versicherten diese neuen Versorgungsmöglichkeiten „tatsächlich anzubieten und sie darüber zu informieren“.

Der Münchener Arzt und MdB bezieht sich dabei explizit auf eine Novellierung im SGB V und zwar die der § 68b und § 284. Im § 68b wird Absatz 2 Satz 1 wie folgt eingefügt: „Die Krankenkassen können ihren Versicherten Informationen zu individuell geeigneten Versorgungsinnovationen und zu sonstigen in-

dividuell geeigneten Versorgungsleistungen zur Verfügung stellen und individuell geeignete Versorgungsinnovationen oder sonstige individuell geeignete Versorgungsleistungen anbieten.“ Und im § 284 wird unter Absatz 1, Punkt 19, der bisher nur die „Durchführung von Angeboten nach § 68b“ regelt, künftig „die Vorbereitung von Versorgungsinnovationen, die Information der Versicherten und die Unterbreitung von Angeboten nach § 68b Absatz 1 und 2“ ergänzt.

Des Weiteren wird in Artikel 1 des am 3. Juli 2020 beschlossenen Gesetzes ausgeführt, dass den Krankenkassen mit Einfügung von § 68b in das SGB V die Befugnis eingeräumt werde, „zur Förderung von bedarfsgerechten Versorgungsinnovationen Daten der Versicherten auszuwerten und den Versicherten individuell geeignete Versorgungsangebote zu unterbreiten“. Betont wird an der Stelle aber auch, dass innovative Versorgungsansätze nur dann erfolgreich sein könnten, „wenn sie nicht neben bestehende Versorgungsstrukturen platziert, sondern in den Versorgungsalltag integriert“ würden. Daher werde, um Synergien mit bestehenden Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen nutzen zu können, „die Beratungsbefugnis der Krankenkassen nach § 68b Absatz 2 neben den Versorgungsinnovationen auf weitere individuelle geeignete Versorgungsleistungen der Krankenkassen erweitert“.

Zudem könnten die Versicherten nach Absatz 3 der Unterbreitung von Informationen und Angeboten durch ihre Krankenkasse jederzeit schriftlich und elektronisch widersprechen. Auch bleibe, soweit es sich bei den Informationen oder Angeboten um Direktwerbung handle, Artikel 21 DSGVO unberührt. Dieser Paragraph besagt, dass jede betroffene Person das Recht hat, Widerspruch einzulegen.



CDU/CSU-Bundestagsabgeordneter Stephan Pilsinger

Wenn Pilsinger davon spricht, dass nun die Kassen an der Reihe sind, diese neuen Versorgungsmöglichkeiten anzubieten und darüber zu informieren, meint er damit nicht nur die nutzwertigen, vielleicht sogar lebensschützenden Anwendungen für Hochrisikopatienten im Zuge der Corona-Pandemie (s. MVF 03/20), sondern auch Versorgungsmöglichkeiten, die es schon viel länger gibt. Eine Krankheit, bei der solche Lösungen seit mehr als 20 Jahren existieren, ist die chronische Herzschwäche, doch gibt es auch für andere Erkrankungen entsprechende telemedizinische Verfahren.

Einer der Protagonisten ist der Münchener Arzt und Unternehmer Dr. med. Josef Leiter. Er hat gleich mehrere der führenden Unternehmen im Bereich der digitalen Gesundheitsversorgung gegründet. Zum einen ist das die Gesellschaft für Patientenhilfe DGP mbH, die heute zur SHL Telemedizin GmbH gehört. Bereits vor 15 Jahren hatten Leiter und seine Kollegen das Telemonitoring-Programm

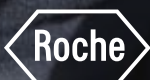




# Revolutionen

erfordern Leidenschaft.

*Seit über hundert Jahren setzen wir als forschendes Unternehmen durch Diagnostika und Medikamente neue Standards im Gesundheitswesen. Heute versprechen neue Datenquellen und Analysemöglichkeiten für Patienten die passende Behandlung zum richtigen Zeitpunkt zu finden. Daran müssen wir gemeinsam arbeiten. Damit Fortschritt dem Menschen dient. Und nicht umgekehrt.*





„Cordova“ für die AOK Nordost mit dem Namen „Curaplan Herz Plus“ (s. MVF 05/15) entwickelt. Zum anderen ist das die etwas jüngere Health Care Systems GmbH (HCSG) in Pullach bei München, die das Telemonitoring-System „mecor“ in Deutschland und in der Schweiz anbietet.

Die in diesen Projekten von Leiter und Kollegen entwickelten Verfahren haben seit langem Eingang gefunden in die Leitlinien und Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Aktuell arbeitet die HCSG, weiterhin mit Unterstützung von Leiter, an der nächsten Generation digitaler Anwendungen für chronisch kranke Menschen. Im April 2020 wurde mecor zudem zur gezielten Covid-19-Beratung von Hochrisikopatienten eingesetzt. In kürzester Zeit wurde das individuelle Risiko der Teilnehmer mittels der mecor-Medizinproduktsoftware ermittelt. Danach wurden innerhalb eines Monats mehr als 5.000 Patienten individuell ber-



Abb.: Ablauf einer patientenzentrierten Versorgung mit Einsatz von Telemonitoring. Quelle: HCSG, 2020.

ten und betreut. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet vom Deutschen Herz-

zentrum an der TU München. << von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Im Interview: Dr. med. Josef Leiter, Gründungsgesellschafter der Health Care Systems GmbH (HCSG)

## Leiter: „Nun sollten die Kassen die Chance ergreifen“

Zwei Telemedizin-Programme aus Bayern sind führend im Bereich der Home-Monitoring-Dienste für chronisch kranke Patienten. Sowohl „Cordova“ (Curaplan Herz Plus) als auch das jüngere Programm „mecor“ (Care4Cardio) wurden von Dr. Josef Leiter und seinen Kollegen entwickelt. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit Dr. Leiter, Gründungsgesellschafter der Health Care Systems GmbH (HCSG), über die sich durch das PDSG ergebenden Hintergründe und Optionen.

>> Sie beschäftigen sich seit 20 Jahren mit der telemedizinischen Versorgung von Menschen mit chronischer Herzschwäche. Warum ausrechnet diese Nische?

Das ist leider keine Nische, sondern eine riesige Herausforderung, die wir bewältigen müssen: Heute sind 21 Prozent der Deutschen 65 Jahre oder älter. Im Jahr 2060 wird dieser Anteil bei 33 Prozent liegen. Damit verbunden ist ein Wandel des Krankheitsspektrums, den unser Gesundheitssystem bewältigen muss. Chronische Krankheiten werden immer häufiger – nur eine von vier Personen ab 65 Jahren hat keine oder nur eine chronische Erkrankung. Dies führt zu steigenden Leistungsausgaben und auch zu einer weiteren Verschärfung des Ressourcenmangels. Die chronische Herzinsuffizienz ist hierfür aus epidemiologischer sowie gesundheitsökonomischer Sicht ein typisches Beispiel. Für die Betroffenen ist das Home-Monitoring, so wie wir es verstehen und betreiben, eine sinnvolle Ergänzung der hausärztlichen Versorgung. Mehrere Evaluationen haben immer wieder gezeigt: Wer daran teilnimmt, lebt länger und muss weniger oft ins Krankenhaus.

Bereits im Jahr 2005 haben Sie telemedizinische Verfahren angeboten – damals noch gegen den Widerstand von Gesundheitsfunktionären. Jetzt hat selbst die Bundesärztekammer festgestellt, dass Monitoring-Möglichkeiten für ambulante Patienten auf positive Resonanz stoßen und deren Ausbau gefordert. Freut Sie das?

Es stimmt, dass unser Tun am Anfang teilweise mit Skepsis beobachtet wurde. Das ist aber verständlich, weil im Gesundheitssektor leider immer wieder unbewiesene Heilsversprechungen auftauchen.

Bemerkenswert ist, dass der medizinische Nutzen unseres Verfahrens zu keinem Zeitpunkt bezweifelt wurde. Den ärztlichen Kollegen war sehr rasch klar, dass die Inhalte gut sind und die Versorgung für die Patienten Vorteile bringt. Heute wird unser Vorgehen von der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz mit dem höchsten Empfehlungsgrad A empfohlen. Natürlich freut mich das.

Warum sollten telemedizinische Leistungen von einem nicht-ärztlichen Dienstleister erbracht werden?

Die spezialisierte nicht-ärztliche Versorgung spielt eine wichtige Rolle bei der Stärkung der Selbstwirksamkeit des Patienten. Das sagt die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz. Unsere Programme werden von Ärzten, Pflegefachkräften, Psychologen, Data Scientists und Softwareingenieuren entwickelt und ständig verbessert. Beim Home-Monitoring geht es neben der Patientenbetreuung auch um Softwareentwicklung, IT-Betrieb, Qualitätsmanagement, Medizinproduktesicherheit, Datenschutz und Informationssicherheit. Diese neue und sehr komplexe organisatorische Leistung kann und will keine einzelne Arztpraxis erbringen.

Die Führung des Patienten ist aber nun einmal die Aufgabe des Hausarztes. Was macht das telemedizinische Servicezentrum?

Die Aufgaben des Hausarztes sind schon heute sehr vielfältig und kaum noch zu bewältigen. Unser Servicezentrum unterstützt den Hausarzt mit zeitgemäßen digitalen Verfahren. Der Hausarzt hat weniger Schulungsaufwand mit schwierigen Patienten; und diese stellen

sich besser vorbereitet und im richtigen Moment in der Praxis vor. Das tägliche Monitoring füllt die Aufmerksamkeitslücke zwischen den Arztbesuchen. Jeden Tag besucht unsere Software den Patienten zu Hause und meldet kritische Situationen an das Hochsicherheitsrechenzentrum, wo die Daten analysiert werden. Besonders geschulte Pflegefachkräfte klären die Situation und stellen bei Bedarf die Verbindung mit der Hausarztpraxis her.

#### Eine Forderung lautet auch immer: Förderung des Patienten-Selbstmanagements. Dürfen das nur Ärzte?

Bei der chronischen Herzinsuffizienz und anderen Erkrankungen mit langsam progredientem Verlauf ist das Selbstmanagement des Patienten ein unverzichtbarer Teil des Therapieplanes. Home-Monitoring ist jedoch nicht das Guckloch von der Arztpraxis in das Badezimmer des Patienten, sondern ein digitales Hilfsmittel zur Förderung von Autonomie und Kompetenz der Patienten. Die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bleibt alleinige Aufgabe des behandelnden Arztes. Wenn die gemessenen Körperfunktionen aber einen Befund dokumentieren, der dem Patienten hilft, seine Erkrankung besser zu managen, dann muss das keine ärztliche Aufgabe sein. Soweit es aber beim Telemonitoring um die Auswertung von Vitalparametern zum Zwecke einer Diagnose geht, ist das wiederum eine ärztliche Aufgabe.

#### Mit dem PDSG hat der Gesetzgeber nun klargestellt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten über individuell geeignete Versorgungsleistungen informieren dürfen. Warum ist das wichtig?

Das Risiko eines erneuten Krankenhausaufenthaltes oder das Sterberisiko nach einem Krankenhausaufenthalt ist für Versicherte mit Herzinsuffizienz nach einem Krankenhausaufenthalt wegen kardialer Dekompensation besonders hoch. In Deutschland starben bisher jährlich über 10.000 Menschen, weil die Kassen ihre Versicherten nicht anrufen durften, um sie für eine Teilnahme am Home-Monitoring zu gewinnen. Hinzu kommen die Fälle von unterbliebenen Informationen über Probleme mit der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Es liegt auf der Hand, dass die Krankenkasse in diesen Fällen individuell und schnell beraten muss. Die Zielgruppe, die Komplexität des Beratungsangebots und die besondere Dringlichkeit sprechen für die vorrangig telefonische Ansprache. Die Krankenkassen haben die Daten, um ihre Versicherten gezielt über solche Möglichkeiten der besonderen Versorgung zu informieren. Leider kamen diese lebenswichtigen Informationen für die Patienten oft zu spät. Die Aufsichtsbehörden hatten den Krankenkassen nämlich verboten, ihre Versicherten telefonisch über die Existenz lebensrettender Telemedizinangebote zu informieren. Kaum nachvollziehbar, aber leider wahr.

Die von den Aufsichtsbehörden bisher geforderte vorherige schriftliche Einwilligung in die telefonische Kontaktaufnahme kann für die Betroffenen tödlich sein, und verschlechtert auf jeden Fall die Gesundheitschancen für Menschen mit erschwertem Zugang zur Schriftform. Ich bin sehr froh, dass die Politik entschieden gehandelt hat



Dr. med. Josef Leiter, Geschäftsführer der Leiter & Cie. GmbH sowie Gründungsgesellschafter der Health Care Systems GmbH (HCSG)

und diese unglaubliche Regelungslücke im Zuge der Gesetzgebung zum PDSG rasch geschlossen wurde.

#### Auf welcher Vertrags-Grundlage kann eine telemedizinische Versorgung erfolgen?

Die Versorgung sollte auf Grundlage des neuen § 140a Abs. 4a erfolgen. Es handelt es sich um eine besondere Versorgung von Versicherten durch einen Medizinproduktehersteller. Es war der ausdrückliche Wille des Gesetzgebers, dass diese neue Rechtsnorm für telemedizinische Dienstleistungen genutzt wird. Wenn die Krankenkasse ihre Versicherten nun aktiv und gezielt über diese besondere Versorgung informiert, greift sie damit auch nicht in den Wettbewerb der zugelassenen Leistungserbringer ein. Der neue Absatz 4a befreit nämlich von der Pflicht zur Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer, da es sich eben um eine besondere Versorgung, aber keinen Selektivvertrag handelt.

#### Was ist mit dem Grundsatz, dass jedwede Kontaktaufnahme seitens der Kassen zu ihren Versicherten zuerst brieflich erfolgen muss?

Diesen Grundsatz gibt es so gar nicht. Die telefonische Ansprache der Versicherten bewegte sich schon bisher im Rahmen der zulässigen und gebotenen Beratung nach Paragraph 14 SGB I, der kein Erfordernis der Einwilligung vorsieht. Die Beratung muss richtig, unmissverständlich und umfassend sein. Wie die Information von der Kasse vermittelt wird, hat sich nach den konkreten Umständen zu richten. Wenn der Versicherte das Risiko einer erneuten kardialen Dekompensation trägt und das Versorgungsangebot erklärungsbedürftig ist, so muss die Beratung auch telefonisch möglich sein. Allerdings war bisher nicht klar, ob die zu diesem Zweck notwendige Datenverarbeitung zulässig ist. Das war vielleicht eine kleine Regelungslücke im Datenschutz, aber sicher kein Grund, um Menschen sterben zu lassen. Spätestens mit Inkrafttreten der Paragraphen 68b und 284 in der neuen Fassung des SGB V ist endgültig klar: Die Kassen dürfen ihre Versicherten auch ohne vorherige schriftliche Einwilligung informieren. Nun sollten die Kassen die Chance auch ergreifen.

#### Welche Evidenz gibt es, dass derartige telemedizinische Versorgungsangebote einen positiven Impact haben?

Beispielsweise wurde auf dem Hauptstadtkongress 2019 über das mecor-Programm der Knappschaft berichtet, dass in der Teilnehmergruppe in einem Beobachtungszeitraum von durchschnittlich mehr als einem halben Jahr 61 von 1.467 Menschen verstorben sind, während in der Vergleichsgruppe 135 von 1.467 Menschen verstorben sind. Bei dieser Analyse lag der p-Wert bei  $<0,0001$  und die Hazard Ratio bei 0,43 (CI 95% 0,32-0,59).

Herr Dr. Leiter, vielen Dank für das Gespräch. <<

#### Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Leiter: Nun sollten die Kassen die Chance ergreifen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 18-21; doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2232



## Zehn Jahre AOK-Facharztverträge in Baden-Württemberg

# Bundesweit mehr Schlagkraft für Facharztverträge

Vor einer Dekade, am 1. Juli 2010 begann in Baden-Württemberg die Versorgung im ersten AOK-Facharztvertrag für den Bereich Kardiologie. Mittlerweile nehmen über 2.800 Fachärzte und Psychotherapeuten aus 12 Fachgebieten an insgesamt sieben Verträgen teil. Seit 2013 bietet die AOK Baden-Württemberg zudem ihr Facharztprogramm gemeinsam mit der Bosch BKK an. Zusammen mit dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) verkörpern die Selektivverträge eine einmalige strukturierte Vollversorgung außerhalb des KV-Systems, ist die AOK Baden-Württemberg überzeugt. Zeitgemäße Arbeitsbedingungen ohne Budgetierung ärztlicher Honorare und mehr Beratungszeit würden den Ärzten eine umfassend und nachweislich bessere Versorgung der Versicherten ermöglichen. Auch hätten wissenschaftliche Evaluationen nachgewiesen, dass Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz oder koronarer Herzkrankheit sogar länger leben als in der Regelversorgung.

>> Für die Vertragspartner waren, so eine gemeinsame Erklärung, die Verträge nie als Versuchslabor konzipiert gewesen. Der Gesetzesrahmen sei vielmehr dazu genutzt worden, die ambulante Versorgung freiwillig und auf wettbewerblicher Basis umfassend neu zu gestalten, was angesichts der Zunahme multimorbider und chronisch kranker Patienten immer wichtiger wird.

Zusammen mit dem Hausärzterverband und MEDI Baden-Württemberg hat die AOK Baden-Württemberg deshalb bereits 2008 den bundesweit ersten HZV-Vertrag auf Vollversorgungsbasis geschlossen. Ein fundamentaler Unterschied der Selektivverträge liege, so die Erklärung, in der strukturierten und verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten: Der Hausarzt fungiert als Koordinator mit direktem Draht zum behandelnden Facharzt, sodass dort insbesondere diejenigen Patienten zeitnah versorgt werden, die nach seiner Einschätzung fachärztliche Kompetenz benötigen. Inhaltlich liege der Fokus auf der Identifizierung von Schwerpunktdiagnosen und darauf abgestimmter evidenzbasierter Versorgungspfade basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

## „Echte Erfolgsgeschichte“

Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg kommentiert: „Durch die noch auf der Zielgeraden erreichten Änderungen im Faire-Kassenwettbewerbs-Gesetz können wir auch künftig für die Menschen eine nachhaltige qualitätsgesicherte Versorgung gestalten, die auf den Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit zu zukunftsfähigen Strukturen aufbaut. Getragen von mittlerweile über 8.000 eng kooperierenden Ärzten und Psychotherapeuten ist das Haus- und Facharztprogramm eine echte Erfolgsgeschichte im deutschen Gesundheitswesen,

die wir gemeinsam fortsetzen werden.“ Im Herbst folgt bereits der nächste Vertrag für das Fachgebiet Pneumologie.

Budgetierung ärztlicher Honorare, fehlendes Vertrauen in die Reformfähigkeit des kollektivvertraglichen Systems und mehr individuelle Gestaltungsmöglichkeiten waren und sind wichtige Motive für die Teilnahme an den Facharztverträgen. Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland betont: „Seit über zwölf Jahren verbessern passgenaue Strukturen vor Ort die Arbeitsbedingungen der Praxisteams und die ambulante Patientenversorgung gleichermaßen. Wir setzen deshalb in Baden-Württemberg in punkto Selektivverträge weiter auf das bewährte Vollversorgungssystem. Und mit dem SpiFA als starkem Kooperationspartner wollen wir den Facharztverträgen zukünftig auch bundesweit mehr Schlagkraft verleihen.“ Eine wichtige Rolle spiele auch die Tätigkeit der derzeit rund 500 Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis (EFA). Sie wird seit 2014 gefördert und ermöglicht eine intensivere und verbesserte Betreuung der Patienten und entlastet so die Fachärzte bei wichtigen Routinearbeiten.

Dr. Gertrud Prinzing, Vorständin bei der Bosch BKK ergänzt: „Die Verträge verschaffen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten Zeit für eine intensive Versorgung und eine ausführliche Information und Beratung ihrer Patienten. So können vor allem chronische Krankheitsbilder besser beleuchtet werden: Gibt es beispielsweise Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld, wie etwa Stress oder Belastungen, so kann der Patient ganzheitlich und individuell behandelt werden.“ Dabei könnten im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit etwa auch Mitarbeiter des Sozialen Dienstes der AOK oder der Patientenbegleitung der Bosch BKK zum Einsatz kommen, die den Betroffenen mit Rat und Tat zur Seite stehen würden.

## Zahlen im Detail

Im Haus- und Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg steigen die Teilnehmerzahlen und Arzthonorare auch 2019 auf hohem Niveau weiter an. Das Gesamthonorar der Ärzte in den Verträgen liegt mit 636 Millionen Euro gut 7 Prozent über dem Vorjahreswert. Davon entfallen 492 Millionen Euro (plus 6%) auf den HZV-Vertrag mit knapp 1,7 Millionen Versicherten (plus 4%).

Im gemeinsamen Facharztprogramm von AOK und Bosch BKK liegt das Honorar bei 144 Millionen Euro (plus 12,5 Prozent). Die Zahl der teilnehmenden Versicherten stieg auf 718 Tausend (plus 9,6 Prozent). Inzwischen nehmen inklusive angestellter Ärzte 5.150 Haus- und Kinderärzte sowie rund 2.800 Fachärzte und Psychotherapeuten an der Versorgung teil.

Die Vertragspartner zeigen sich mit der Entwicklung sehr zufrieden und entwickeln die Selektivvertragslandschaft auch 2020 kontinuierlich weiter. Am 1. April startete für das Fachgebiet Nephrologie ein neuer Facharztvertrag, dem im Herbst ein weiterer für die Pneumologie folgen wird. Bauernfeind stellt hierzu fest: „Durch die im vergangenen Jahr noch auf der Zielgeraden erreichten Änderungen im Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz besteht nun Planungssicherheit für bestehende und neue Verträge, sodass wir auch in den nächsten Jahren den Wachstumskurs gemeinsam mit den Ärztepartnern fortsetzen werden.“ Dabei bezeichnet der Kassenchef die Coronakrise auch als Herausforderung und Antrieb für die weitere Digitalisierung und will speziell die 2019 seiner Meinung nach erfolgreich gestartete elektronische Arztvernetzung systematisch ausbauen. In digitalen Unterstützungsprozessen würden gerade in den Selektivverträgen aufgrund der regionalen Gestaltungsfreiheiten große Chancen und Potenziale zur Verbesserung der Versorgung liegen. <<



Werte schaffen  
durch Innovation

*Die Gesundheit von Mensch  
und Tier zu verbessern  
– das ist unser Ziel.*

Seit der Gründung im Jahr 1885 in Familienbesitz, zählt Boehringer Ingelheim heute zu den führenden Pharmaunternehmen weltweit. Mehr als 51.000 Mitarbeitende in den Geschäftsbereichen Humanpharma, Tiergesundheit und Biopharmazeutische Auftragsproduktion schaffen Werte durch Innovation. In unserer Rolle als Partner des Patienten konzentrieren wir uns auf die Erforschung und Entwicklung innovativer Medikamente und Therapien, die das Leben der Patienten verbessern und verlängern können.

Im Interview: Dr. Paul Stoffels, M.D., Executive Vice President, Chief Scientific Officer von Johnson & Johnson

## „Der AMR Action Fund ist eine neue, starke Allianz“

Dr. Paul Stoffels, weltweiter Forschungschef von Janssens Mutterkonzern Johnson & Johnson, verdeutlicht im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ die Hintergründe, die zur Gründung des AMR Action Fund als eine „neue, starke Allianz“ gegen Antibiotikaresistenzen (AMR) geführt haben. An AMR sterben jedes Jahr rund 700.000 Menschen, wobei Stoffels hinzufügt, dass „bis 2050 weltweit sogar zehn Millionen Menschen pro Jahr an nicht zu kontrollierenden Infektionen sterben“ könnten.

>> Am 10.7.20 meldete die Johns-Hopkins-Universität die aktuelle Zahl der Covid-19-Todesopfer: 555.166. Damit steigt tragischerweise die Zahl der Todesopfer weiter und weiter, verdrängt aber damit so ziemlich alle anderen Themen der Medizin. So liefert Google aktuell (23.7.20) 7.120.000.000 Suchergebnisse zu diesem Thema. Nehmen wir dagegen das nicht weniger wichtige Thema Antibiotikaresistenz (AMR): Hier meldet Google „nur“ 220.000 Suchtreffer. Worin liegt diese Diskrepanz Ihrer Meinung nach begründet, wo doch seit Jahren bekannt ist, dass jedes Jahr rund 700.000 Menschen an AMR sterben?<sup>1</sup>

Und die Situation wird sich voraussichtlich weiter verschärfen: Bis 2050 könnten weltweit sogar zehn Millionen Menschen pro Jahr an nicht zu kontrollierenden Infektionen sterben.<sup>2</sup> Ein Grund für die von Ihnen angesprochene Diskrepanz ist sicherlich, dass Covid-19 uns seit Monaten sehr nah ist. Covid-19 prägt seitdem unseren Alltag und ist auch in den Medien sehr präsent. Die Pandemie erinnert uns daran, wie anfällig wir für Infektionskrankheiten sind.

Den SARS-CoV-2-Erreger kennen wir seit Januar 2020. Dass AMR Gesundheitssysteme und Gesellschaften weltweit ernsthaft bedrohen, wissen wir seit vielen Jahren. Dennoch würde ich – ohne die Google-Zugriffszahlen zu kennen – behaupten, dass die Suchergebnisse zu AMR vor Covid-19 nicht signifikant höher waren als heute. Den wenigsten Menschen ist bewusst, wo Antibiotika überall zum Einsatz kommen und welche dramatischen Auswirkungen es haben kann, wenn sie nicht mehr wirken. Dass forschende Unternehmen immer neue Antibiotika entwickeln, weil Resistenzen gegen vorhandene Antibiotika schneller entstehen, als neue Antibiotika auf den Markt kommen, wird als selbstverständlich angesehen. Auch unsere Gesundheitssysteme erkennen den Wert neuer Antibiotika nicht an.

### Von welcher Brisanz reden wir?

AMR verursachen global individuelles Leid auf Seiten der Betroffenen und belasten Gesellschaften und Gesundheitssysteme weltweit. Dennoch gibt es keinen rentablen Markt für neue Antibiotika. Ohne rentablen Markt aber gibt es keine Finanzierung für entsprechende Forschungsvorhaben. Biotech-Unternehmen, die neue Antibiotika entwickeln, finden häufig keine Finanzierung für die klinische Entwicklung. Die Konsequenz ist, dass viele Forschungsvorhaben nicht vollendet werden können. Potenziell wirksame Antibiotika kommen nicht bei den Patienten an. Das ist dramatisch!

### Und das wollen Sie nun mit dem AMR Action Fund ändern?

Der AMR Action Fund will die Entwicklung innovativer Antibiotika fördern. Unser Ziel ist, Patienten bis 2030 zwei bis vier neue, dringend benötigte Antibiotika zur Verfügung zu stellen. Um dieses Ziel

zu erreichen, werden wir innovative Biotech-Unternehmen gezielt in ihren Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten unterstützen, damit die Antibiotika, die sie entwickeln, eine Chance haben, bei den Patienten anzukommen.

Kurz zur Historie: 2018 haben sich bereits sieben bedeutende Industrienationen zusammengeschlossen, um gemeinsam AMR zu erforschen. Auf internationaler Ebene arbeiten die Länder im Rahmen einer zwischenstaatlichen Taskforce zur Antibiotikaresistenz zusammen. Zudem haben die EU und die Vereinigten Staaten eine transatlantische Taskforce zu Fragen der Antibiotikaresistenz ins Leben gerufen. Ebenso gibt es seit 2011 in Deutschland die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie, kurz DART. Das reicht anscheinend alles nicht aus, warum?

Die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen zählt zu den drängendsten Herausforderungen unserer Zeit. Immer mehr bakterielle Krankheitserreger entwickeln Resistenzen gegen existierende Antibiotika. Antibiotikaresistenzen fordern weltweit nicht nur unzählige Leben. Sie hebeln die Errungenschaften moderner Medizin aus: Häufige Erkrankungen, die eigentlich gut behandelbar sind, werden untherapierbar. Wenn wir diese globale Bedrohung wirksam eindämmen wollen, müssen wir alle Kräfte mobilisieren. Die von Ihnen genannten Initiativen sind wichtig. Sie reichen jedoch nicht aus. AMR entwickeln sich schneller, als neue Antibiotika auf den Markt kommen. Das zwingt uns, nach immer neuen Wegen und Möglichkeiten zu suchen und neue, starke Allianzen zu schmieden, um die Entwicklung innovativer Antibiotika zu beschleunigen. Der AMR Action Fund ist eine solche neue, starke Allianz.

### Hat hier Covid-19 geholfen, neue Aufmerksamkeit zu schaffen?

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass forschenden Pharmaunternehmen eine entscheidende Rolle bei der Bewältigung von gesundheitlichen Bedrohungen und Krisen zukommt. AMR hat das Potenzial, die Gesellschaften und Gesundheitssysteme weltweit vor noch größere Herausforderungen zu stellen als die aktuelle Covid-19-Pandemie. Im AMR Action Fund haben sich mehr als 20 Partner zusammengeschlossen, um dieser Bedrohung gemeinsam etwas ent-

1: AMR Benchmark 2020, [https://accessmedicinefoundation.org/media/uploads/downloads/5eeb623a17328\\_Antimicrobial\\_Resistance\\_Benchmark\\_2020.pdf](https://accessmedicinefoundation.org/media/uploads/downloads/5eeb623a17328_Antimicrobial_Resistance_Benchmark_2020.pdf)

2: No time to wait: securing the future from drug-resistant infections, 2019, [https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG\\_final\\_report\\_EN.pdf?ua=1](https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG_final_report_EN.pdf?ua=1)



gegenzusetzen. Es handelt sich um den größten kollektiven Risikofonds, der jemals zur Bekämpfung von AMR aufgesetzt wurde. Die Partner haben sich verpflichtet, zusammen fast 1 Milliarde Dollar in die Entwicklung neuer Antibiotika zu investieren.

**Johnson & Johnson beteiligt sich als eines von 23 Unternehmen mit 100 Millionen Dollar als Gründungspartner am AMR Action Fund. Warum machen Sie das?**

Die Gründung des AMR Action Fund zeigt den Willen der forschenden Pharmaunternehmen, die globale Herausforderung, die von Antibiotikaresistenzen ausgeht, gemeinsam zu bewältigen – zum Nutzen von Patienten auf der ganzen Welt. Gemeinsam können wir mit dem AMR Action Fund so viel mehr gegen AMR bewirken als jedes Unternehmen für sich allein!

**Johnson & Johnson engagiert sich seit langem gegen Antibiotikaresistenzen. Warum macht Ihr Unternehmen das, wo es doch immer heißt, dass – obwohl Antibiotikaresistenzen enorme wirtschaftliche Kosten verursachen – es derzeit keinen rentablen Markt für neue Antibiotika geben soll?**

Unsere Beteiligung am AMR Action Fund ist der neueste und ein sehr wichtiger Baustein in unserem umfassenden Engagement gegen AMR. Er ist aber bei weitem nicht der einzige. Der aktuelle Antimicrobial Resistance Benchmark-Report bestätigt, dass Johnson & Johnson über eine der größten antimikrobiellen Pipelines der großen forschenden Pharmaunternehmen verfügt und sich besonders für den weltweiten Kampf gegen die resistente Tuberkulose engagiert.<sup>3</sup> Zusätzlich zu unseren eigenen Forschungsaktivitäten arbeiten wir mit unterschiedlichen Partnern an wirksamen Strategien und Lösungen gegen AMR. Wir wollen dazu beitragen, dass das Ziel der Vereinten Nationen, Tuberkulose bis 2030 zu beenden, erreicht wird.

**Zum Beispiel wie?**

Im September 2018 haben wir beispielsweise eine 10-Jahres-Initiative zur Bekämpfung der Tuberkulose ins Leben gerufen. Das Ziel dieser Initiative ist, bis 2030 rund 12 Millionen Tuberkulose-Infektionen zu verhindern und 1,8 Millionen Leben zu retten. Gemeinsam mit unseren Partnern setzen wir uns dafür ein, den Zugang zu modernen Therapien zu erleichtern und die Erforschung und Entwicklung der „nächsten Generation“ von TB-Therapien voranzutreiben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Bekämpfung der arzneimittelresistenten Tuberkulose (MDR-TB), der weltweit einzigen arzneimittelresistenten Infektion, die über die Luft übertragen wird. Mit etwa 230.000 Todesfällen pro Jahr<sup>4</sup> ist sie für ein Drittel aller weltweiten jährlichen Todesfälle im Zusammenhang mit AMR verantwortlich. Ein ähnliches Ziel verfolgt die europäische Innovative Medicines Initiative AMR-Accelerator, der wir uns angeschlossen haben. Auch hier geht es darum, die Entwicklung neuer Wirkstoffe zur Prävention und Behandlung von arzneimittelresistenten Infektionen, einschließlich neuer Medikamente gegen DR-TB, weltweit deutlich zu beschleunigen. Im Rahmen der PAN-TB-Collaboration arbeiten wir außerdem mit der Bill & Melinda Gates-Stiftung sowie weiteren forschenden Unternehmen an der Entwicklung eines universellen Behandlungsregimes zur Behandlung aller Formen von TB.

**Hart gefragt: Profitiert J&J selbst von dem Fund? Wo doch der Generaldirektor der IFPMA, Thomas Cueni, als Mitinitiator des AMR Fund im online durchgeführten „Global Launch Event“ ausführte, dass Spendenvolumen nicht den Spendern zu Gute kommen solle, sondern**



*„Das Ziel des AMR Action Fund ist ausdrücklich nicht, Forschungsaktivitäten der Mitgliedsunternehmen zu fördern.“*

**vielen kleinen Start-ups und Medizintechnik-Unternehmen, die sich in diesem Feld engagieren.**

Keines der am AMR Action Fund beteiligten Unternehmen profitiert finanziell von diesem Engagement. Das Ziel des AMR Action Fund ist ausdrücklich nicht, Forschungsaktivitäten der Mitgliedsunternehmen zu fördern. Der AMR Action Fund wird die klinische Forschung von Biotech-Unternehmen an innovativen neuen Antibiotika unterstützen, die sich an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den Centers for Disease Control (CDC) definierten Gesundheitsbedürfnissen orientieren. Dazu zählen beispielsweise resistente Bakterien und lebensbedrohliche Infektionen. Der AMR Action Fund wird diese Unternehmen in ihren Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten unterstützen, damit die Antibiotika, die sie entwickeln, eine Chance haben, bei den Patienten anzukommen. Ein Teil der Investition wird darin bestehen, die ausgewählten Unternehmen technisch zu unterstützen beziehungsweise ihnen Zugang zu Fachkenntnissen und Ressourcen großer pharmazeutischer Unternehmen zu verschaffen.

**Nach welchen Kriterien sucht der AMR Action Fund die Unternehmen aus, die unterstützt werden sollen? Und: Wer entscheidet letztlich, in welche Unternehmen investiert wird?**

Alle Investitionen des AMR Action Fund werden von einem unab-

3: AMR Benchmark, 2020 [https://accessmedicinefoundation.org/media/uploads/downloads/5eeb623a17328\\_Antimicrobial\\_Resistance\\_Benchmark\\_2020.pdf](https://accessmedicinefoundation.org/media/uploads/downloads/5eeb623a17328_Antimicrobial_Resistance_Benchmark_2020.pdf)

4: No Time to wait: Securing the future from drug resistant infections, 2019 [https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG\\_final\\_report\\_EN.pdf?ua=1](https://www.who.int/antimicrobial-resistance/interagency-coordination-group/IACG_final_report_EN.pdf?ua=1)



hängigen wissenschaftlichen Beirat kontrolliert. Die Mitglieder dieses Beirates sind internationale Experten aus den Bereichen Public Health, Antibiotika-Forschung und -Entwicklung, Produktion, Behörden und natürlich Kliniker aus dem Bereich Infektiologie. Der Beirat hat die Aufgabe, die globale Antibiotika-Pipeline zu beobachten und dem AMR Action Fund geeignete Kandidaten für Investitionen zu empfehlen. Der AMR Action Fund wird ausschließlich in Unternehmen und Wirkstoffe investieren, die von diesem Beirat vorgeschlagen wurden.

**Der AMR Action Fund ist sicher ein richtiger Schritt zur Bewältigung der AMR-Herausforderung. Welche Maßnahmen braucht es auf der politischen Ebene?**

Der AMR Action Fund kann die Entwicklung innovativer Antibiotika durch gezielte Investitionen für eine gewisse Zeit beschleunigen. Wir werden darüber hinaus mit den Regierungen zusammenarbeiten, um den Aufbau einer nachhaltigen Antibiotika-Pipeline sicherzustellen. Es ist jedoch Aufgabe der Politik, marktorientierte Rahmenbedingungen zu schaffen, die nachhaltige Investitionen in die Erforschung und Entwicklung innovativer Antibiotika erlauben und sicherstellen, dass die Antibiotika-Pipeline dem Patientenbedarf entspricht. Indem der AMR Action Fund eine Finanzierungslücke schließt und innovative Pipeline-Kandidaten durch die schwierigsten späteren Phasen der Arzneimittelentwicklung führt, verschaffen wir den Regierungen mehr Zeit, um die notwendigen politischen Reformen anzustoßen.

Herr Dr. Stoffels, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

### Zitationshinweis

Stoffels, P., Stegmaier, P.: „Der AMR Action Fund ist eine neue, starke Allianz“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 24-26; doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2233

### Dr. Paul Stoffels M.D.

Paul Stoffels ist ein Pionier auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten. Er hat sich der Erforschung von innovativen Ansätzen und Therapien verschrieben, um Patienten zu mehr Lebenszeit und mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Als weltweiter Forschungschef bei Johnson & Johnson verantwortet er die gesamte Innovationsagenda des Unternehmens. Er leitet multidisziplinäre Teams über alle Unternehmensbereiche hinweg – Pharma, Medizinprodukte, Konsumgüter – mit dem Ziel, innovative Gesundheitslösungen zu entwickeln und strategische Entwicklungspartnerschaften aufzubauen.

Stoffels studierte Medizin an der Universität Diepenbeek sowie an der Universität Antwerpen in Belgien. Er spezialisierte sich auf Infektionskrankheiten und begann seine Berufslaufbahn als Arzt im Kongo und in Ruanda. Hier forschte er vor allem an HIV und Tropenkrankheiten.

Mitte der neunziger Jahre setzte er sein Engagement im Bereich der Infektionskrankheiten bei den Biotech-Firmen Virco und Tibotec fort. 2002 übernahm Johnson & Johnson die beiden Unternehmen. Fortan führte Paul Stoffels in unterschiedlichen Funktionen die Entwicklung einer Reihe von Medikamenten für die Behandlung von HIV zur weltweiten Marktreife.

### Gründung des AMR Action Fund

Am 9. Juli 2020 wurde der AMR Action Fund, eine Initiative des internationalen Pharmaverbands (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, IFPMA) mit zwei gleichzeitig stattfindenden virtuellen Veranstaltungen in Berlin und Washington, D.C., verkündet. Mit diesem rein online durchgeführten „Global Launch Event“ wurde die bislang größte Initiative gegen Antibiotikaresistenzen angekündigt, welche sich der Herausforderung der Antibiotika-Innovation stellt: 23 Pharmaunternehmen aus aller Welt haben sich zusammengeschlossen und über 1 Milliarde Dollar an Spenden aufgebracht. Der Fonds wird voraussichtlich im vierten Quartal 2020 einsatzbereit sein.

Mit dieser zukunftsweisenden Partnerschaft sollen bis zum Jahr 2030 zwei bis vier neue Antibiotika zur Verfügung gestellt werden. Die kumulierten Spenden sollen allerdings nicht, wie Thomas Cueni, Director General der IFPMA, in seinem Eingangsstatement ausführte, den Spendern zu Gute kommen, sondern vielen kleinen Start-ups und Medizintechnik-Unternehmen, die sich in diesem Feld engagieren. Der Action Fund sei eine „echte Public Health Initiative“, da die Welt Gefahr laufe, ihr mächtigstes Werkzeug im Gesundheitswesen zu verlieren: Antibiotika. Der Grund dafür seien schnell steigende antibiotikaresistente Infektionen – auch als antimikrobielle Resistenz oder AMR bezeichnet. Doch trotz der enormen gesellschaftlichen Kosten von AMR gebe es derzeit keinen tragfähigen Markt für neue Antibiotika. Doch im Gegensatz zu Covid-19 sei AMR eine vorhersehbare und vermeidbare Krise, für die jetzt Maßnahmen zu ergreifen seien.

AMR stellt eine sich abzeichnende globale Krise dar, die das Potenzial hat, Covid-19 in Bezug auf Todesfälle und wirtschaftliche Kosten in den Schatten zu stellen. Während die Zahl der Todesopfer von Covid-19 tragischerweise weiter steigt, sterben schon heute jedes Jahr rund 700.000 Menschen an AMR. In einigen der alarmierendsten Szenarien wird geschätzt, dass AMR bis 2050 jährlich bis zu 10 Millionen Menschen das Leben kosten könnte.

Genau das soll mit den neuen Antibiotika verhindert werden, die mit dem Action Fund gefördert werden sollen, den IFPMA, EFPIA und vfa mit einer Online-Launch-Veranstaltung angekündigt. Online dabei waren Hubertus von Baumbach, Chairman of the Board of Managing Directors von Boehringer Ingelheim, Emma Walmsley, CEO von GSK, Deborah Dunsire, President & CEO von Lundbeck, Vas Narasimhan, CEO von Novartis, Severin Schwan, CEO der Roche Group sowie Dr. Paul Stoffels, M.D., Vice Chairman des Executive Committees und Chief Scientific Officer von Johnson & Johnson. Während Schwan davon sprach, „die Silos zu durchbrechen“, mahnte Stoffels, dass man aus der Lektion von Covid-19 lernen solle, um auf die globalen Herausforderungen besser vorbereitet zu sein. Stoffels weiter: „Die Gründung des AMR Action Fund zeigt eindrucksvoll den Willen der führenden forschenden Pharmaunternehmen, diese globale Herausforderung gemeinsam zu bewältigen – im Sinne von Patienten auf der ganzen Welt. Als Gründungspartner investiert Johnson & Johnson 100 Mio. Dollar, damit es gelingt, bis 2030 zwei bis vier dringend benötigte neue Antibiotika auf den Markt zu bringen.“

Einso dabei in diesem Online-Event waren Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General der World Health Organization, Werner Hoyer, President der European Investment Bank, und Jeremy Farrar, Director des Wellcome Trusts.

Biopharma-Unternehmen und Stiftungen, die den AMR Action Fund unterstützen: Ammirall, Amgen, Bayer, Boehringer Ingelheim, Chugai, DaiichiSankyo, Eisai, Eli Lilly and Company, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, LEO Pharma, Lundbeck, Menarini, Merck, MSD, Novartis, Novo Nordisk, Novo Nordisk Foundation, Pfizer, Roche, Shionogi, Takeda, Teva, UCB.

GKV-Arzneimittelmarkt-Bericht 2020 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo)

## Struktureffekt in Höhe von 5,8% führt zu Mehrausgaben

Mit einem Anstieg von 5,7% auf nun 46,7 Mrd. Euro im Gesamtmarkt setzt sich der Trend zu höheren Umsätzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel stärker fort als in den Vorjahren. Dies ist eines der zentralen Ergebnisse des seit 1985 jährlich erscheinenden GKV-Arzneimittelmarkt-Berichts des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo).

>> Trotz des knapp sechszwanzigprozentigen Marktwachstums ist laut WiDo-Auswertung die Anzahl der Verordnungen nur geringfügig angestiegen. Dies sei jedoch nicht auf eine allgemeine Teuerung der Arzneimittel zurückzuführen, da der Preiseffekt mit -0,8% sogar negativ ist. Maßgeblich für die Mehrausgaben ist laut WiDo der Struktureffekt, der mit 5,8% zu Buche schlägt: und zwar mit der Verschiebung der Verordnungen innerhalb einer Arzneimittelgruppe hin zu teureren Arzneimitteln. Die sei besonders bei den Wirkstoffgruppen der Onkologika, der Immunsuppressiva und der Antithrombotischen Mittel ausgeprägt. Insbesondere die Preise der neuen, patentgeschützten Arzneimittel entwickeln dabei zunehmend eine eigene Dynamik: So kostet heute ein Arzneimittel, das in den letzten drei Jahren auf den Markt gekommen ist, mit durchschnittlich knapp 14.000 Euro rund dreimal so viel wie ein „normales“ Patentarzneimittel. Doch sei der Umsatzanteil der noch unter Schutzrechten stehenden Arzneimittel – diese machen 47% des Gesamtmarkts aus – über die letzten Jahre annähernd konstant geblieben.

Diese Entwicklungen vollziehen sich trotz des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), wie die Autoren (Melanie Schröder, Jonas Lohmüller, Carsten Telschow, Katja Niepraschk-von Dollen, Anette Zawinell und Jana Bauckmann) in ihrem Studienbericht schreiben. Durch die mit diesem Gesetz seit 2011 eingeführte Frühe Nutzenbewertung mit anschließenden Preisverhandlungen sollte dafür gesorgt werden, dass der Preis eines neuen Arzneimittels an seinem Zusatznutzen für Patienten orientiert ist. Dadurch seien auch Einsparungen realisiert worden, die für 2019 auf 3,6 Mrd. Euro zu beziffern sind. Allerdings könnte, wie

die Autoren erklären, eine Rückwirkung des Erstattungsbetrags zum Tag der Markteinführung weitere Einsparungen ermöglichen.

Zudem sei der sogenannte Bestandsmarkt durch patentgeschützte Arzneimittel ohne Konkurrenz gekennzeichnet, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind. Dieses Segment werde durch ein Preismoratorium geregelt, das die Preise der betroffenen Arzneimittel zum Stichtag 1. August 2009 „eingefroren“ hat. Doch können Hersteller seit 2018 ihre Preise um die allgemeine Teuerungsrates des Vorjahres anpassen und so Preiserhöhungen durchsetzen. Zusammengefasst hat laut WiDo der Inflationsausgleich 2019 zu Mehrkosten in Höhe von 181 Mio. Euro geführt. Dies zeige, dass das Preismoratorium eine wirksame Durchsetzung von Preiserhöhungen in diesem Bereich verhindert und als Kostendämpfungsinstrument unverzichtbar ist.

Mit Nettokosten von 13,5 Mrd. Euro stellen nach Angaben des WiDo Biologika ein weiteres gewichtiges und mit einer Steige-

rung von 10% gegenüber dem Vorjahr auch weiterhin stark wachsendes Marktsegment dar. Sobald diese Arzneimittel patentfrei werden und über die europäischen Regularien Biosimilars zugelassen sind, werde aber auch ein Preiswettbewerb für Biologika ermöglicht.

Die Marktdurchdringung dieser Nachahmer-Präparate entwickelt sich laut WiDo mit durchschnittlich 44% zwar positiv, liege aber immer noch weit von den Nachahmeranteilen des generikafähigen Marktes entfernt. Neben einer kleineren Zweitanbieteranzahl im Vergleich zum generikafähigen Markt (durchschnittlich drei gegenüber acht Zweitanbietern 2019) fallen auch die Preisabstände im biosimilarfähigen Markt geringer aus.

Hierzu rechnen die Autoren der WiDo-Studie eine Hypothese durch: „Wäre im Jahr 2019 konsequent das günstigste Präparat des biosimilarfähigen Marktes verordnet worden, hätten bis zu 792 Millionen Euro für die GKV eingespart werden können.“ Auch biete eine verpflichtende Substitution in der Apotheke, die im Jahr 2022 in Kraft treten soll, Potenzial für weitere Einsparungen. Der Rat des WiDo hierzu: „Durch diese Regelung kann der Wettbewerb über Rabattverträge der Kassen in Gang gesetzt werden.“

Insgesamt zeigt sich den Studienangaben zufolge eine ausgeprägte Heterogenität der bisherigen Biosimilaranteile über die Wirkstoffe nicht nur auf Ebene der GKV, sondern auch in einer regionalen Betrachtung über die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen: Hier stehen Biosimilaranteile von bis zu 32% (Westfalen-Lippe, Bremen oder Niedersachsen) Anteilen von maximal 12% in Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg, dem Saarland und Sachsen gegenüber, wobei allerdings regionale Rahmenvereinbarungen zu berücksichtigen seien (siehe Abb.). <<



Prozentualer Verordnungsanteil nach Tagesdosen von Biosimilars an allen biosimilarfähigen Wirkstoffen je KV-Region seit dem Jahr 2010. Quelle: GKV-Arzneimittelmarkt-Bericht, WiDo 2020.

## BIP fordert Nationales Mortalitätsregister

>> „Die Sterblichkeit in Deutschland muss besser und schneller erfasst werden.“ Diese Lehre ziehen Prof. Dr. Norbert F. Schneider, Prof. Dr. Ulrich Mueller und Dr. Sebastian Klüsener im BiB-Workingpaper 1/2020 (<https://bit.ly/2ZMkbYx>). Nach Meinung der Autoren habe die durch das SARS-CoV-2 Virus verursachte COVID-19-Pandemie erhebliche Mängel bei der Erfassung und Dokumentation des Sterblichkeitsgeschehens in Deutschland offenbart. Ihr Fazit: „Die bestehenden Mängel schaden kurz- und langfristig dem Schutz der in Deutschland lebenden Menschen nicht nur gegen epidemisch auftretende Infektionskrankheiten, sondern auch gegen chronische nichtinfektiöse Krankheiten.“ Zusätzlich würden diese Mängel aber auch der epidemiologischen und demografischen Forschung in Deutschland schaden; zudem würden die Mängel tendenziell auch die Gefahr bergen, das Vertrauen in die staatlichen Institutionen zu beeinträchtigen.

Als erstes Defizit benennen die Autoren der Studie des Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, dass die Informationsflüsse

bei der Erfassung zu lange dauern. Als Maßnahmen zur Überwindung des Defizits schlagen die Studienautoren vor, die Verzögerungen, welche beim allgemeinen Sterbe geschehen mehrere Wochen betragen können, durch effizientere komplett elektronische Meldesysteme für Infektionskrankheiten (Gesundheitsämter), Todesfallerfassung (Standesämter) und Todesursachen (behandelnde Ärzte, sonstige Leistungserbringer nach SGB V) zu verhindern.

Als zweites Defizit benannten die Autoren den Fakt, dass es bis heute keine zentrale Erfassung von aussagekräftigen Mortalitätsdaten gebe. Als Maßnahme dagegen wird von ihnen daher ein Nationales Mortalitätsregister vorgeschlagen. In einer leistungsfähigen Datenbank sollen die Todesursachen für möglichst alle Todesfälle auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland kleinräumig identifizierbar in Echtzeit dokumentiert werden. Damit würden Forschung und Öffentlichkeit besseren Zugang zu aussagekräftigen Mortalitätsdaten erhalten, was die Autoren als drittes Defizit benennen. <<

## „Krankenhaus Rating Report“: 13 Prozent im „roten Bereich“

>> Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich im Jahr 2018 erneut verschlechtert. 13 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Auch ihre Erträge sind gesunken. Ausschlaggebend für die schlechtere wirtschaftliche Lage dürfte u.a. der erneute Rückgang der stationären Fallzahl im Jahr 2018 um 0,1 Prozent gewesen sein. Gründe hierfür könnten der zunehmende Fachkräftemangel und intensivere Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sein, verbunden mit einer zunehmenden Ambulantisierung der Medizin. Im Jahr 2019 ist mit einer weiteren Reduktion der stationären Fallzahl zu rechnen. In

diesem Jahr könnten die verschiedenen Stützungsmaßnahmen aus dem Covid-19-Gesetz zwar wohl zu einem positiven Netto-Effekt für die Kliniken führen, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfällt. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommt die 16. Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“, der im Rahmen des „Hauptstadtkongress 2020“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Er wurde gemeinsam vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und des Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) und der Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) erstellt. <<

## Innovationsausschuss: Neue Bekanntmachung für Neue Versorgungsformen

>> Der Innovationsausschuss (IA) beim G-BA hat im Bereich der Neuen Versorgungsformen eine themenoffene sowie eine themenspezifische Förderbekanntmachung auf seiner Website veröffentlicht. Der Entscheidung über die Förderschwerpunkte war erstmalig ein Konsultationsverfahren vorangegangen. Akteure des Gesundheitswesens, die nicht dem Innovationsausschuss angehören, waren dabei aufgerufen, Vorschläge für Förderthemen und -kriterien einzubringen. Neu ist zudem ein

zweistufiges Förderverfahren, in dem der Innovationsausschuss bereits die Ausarbeitung von Vollanträgen fördern kann. Dazu müssen Antragsteller zunächst nur eine Ideenskizze einreichen, die die wesentlichen Inhalte des geplanten Projekts auf maximal zwölf Seiten vorstellt. Der IA entscheidet anschließend, welche Ideenskizzen zur Konzeptentwicklung und Ausarbeitung eines qualifizierten Vollantrags gefördert werden. Die Einreichungsfrist endet am 25.08.2020 um 12 Uhr. <<

## Nur bei 1% Antikörper gegen Corona

>> Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat im April, Mai und Juni mehr als 900 anonymisierte Proben von Blutspendern auf Antikörper getestet, um sich ein Bild über die „stillen“ Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Erreger zu machen. Das Ergebnis: Bei weniger als einem Prozent der untersuchten Blutspenden wurden Antikörper gegen das neuartige Corona-Virus nachgewiesen. Zum Vergleich: Bei 42,4% der rund 1.500 untersuchten Einwohnern von Ischgl (Tirol) wurde im Rahmen einer Studie der Medizinischen Universität Innsbruck Ende April 2020 Antikörper gegen SARS-CoV-2 nachgewiesen. <<

## BKK-Sonderauswertung Krankenhaus

>> „Die größte gesundheitspolitische Herausforderung der vergangenen Jahrzehnte hat die Krankenhäuser bislang nicht an ihre Kapazitätsgrenze gebracht.“ Das schreibt der BKK Dachverband in seiner „Sonderauswertung Krankenhaus“. Die befürchtete Krankheitswelle von Corona-Patienten, die wegen schwerer Atemwegserkrankungen ins Krankenhaus mussten, ist laut BKK zur Erleichterung aller Beteiligten in Deutschland bislang ausgeblieben. Das zeigen die statistischen Daten des BKK Dachverbandes mit seinen 72 Mitglieds-kassen: Bis Mitte Juni wurden 18.062 Einweisungen von Versicherten mit Covid-19-Diagnosen bei BKK-Versicherten registriert. 1.484 Erkrankte mit einem Durchschnittsalter von 67,9 Jahren wurden beatmet, davon sind 502 beatmete Personen verstorben. Insgesamt verstarben bisher 567 Covid-19 BKK-Patienten im Krankenhaus.

Laut Statistik des BKK Dachverbandes sank zudem die Zahl der Krankenhausaufnahme von BKK Versicherten im Zeitraum von Mitte März bis Ende April zwischenzeitlich um bis zu 50 Prozent im psychiatrischen und 46 Prozent im somatischen Behandlungsbereich gegenüber dem Wochen-durchschnitt der KW 6 bis KW 9. Ab Mai seien die Belegungszahlen für somatische Fälle zwar wieder angestiegen, lagen aber in der dritten Juni-Woche noch immer mit 23 bzw. 24% unter dem Durchschnitt der Zeit vor der Pandemie. „Ein Grund dafür ist, dass viele planbare Operationen, soweit medizinisch vertretbar, durch die Aufforderung der Politik am 13. März, verschoben wurden. Ob die vom Bund finanzierten, leerstehenden Betten für die Krankenhäuser lukrativer sind als belegte, müssen wir im Auge behalten“, erklärt Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes. <<





Strategischer Market Access



Market Access  
für Medical Apps



Medical Writing



Statistische Analysen  
und indirekte Vergleiche



Pricing und  
Reimbursement



Market Access von Medizinprodukten



Europäische  
Nutzenbewertung



Nutzenbewertung von Arzneimitteln



Nutzenkommunikation



Präsentationen mit co.spot®



Real World Data



Literaturrecherchen

co.value arbeitet den Wert Ihrer Arzneimittel, Medizinprodukte und digitalen Gesundheitsanwendungen heraus – mit Expertise, Motivation und Leidenschaft.

co+value®

Experten für Market Access

Jetzt neu: Kostenlose White Paper auf unserer Website zu vielen Themen im Market Access.

030 403619785 | [www.covaluede](http://www.covaluede)



## TMF aktualisiert generisches Datenschutzkonzept

>> Die generischen Datenschutzkonzepte der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. (TMF) werden grundlegend aktualisiert und an die jüngsten Entwicklungen im europäischen und nationalen Datenschutzrecht angepasst. Dies ist Gegenstand eines von der TMF geförderten 26-monatigen Projektvorhabens, das von der AG Datenschutz der TMF initiiert und kürzlich gestartet wurde. Zu den Initiatoren des Projektes gehören Vertreter der deutschen Universitätsmedizin, der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, renommierter außeruniversitärer Forschungseinrichtungen sowie patientenbezogener medizinischer Register.

„Das Vertrauen von Patientinnen und Patienten in den Schutz und die Sicherheit ihrer persönlichen Daten ist eine unverzichtbare Voraussetzung für den Erfolg medizinischer Forschungsprojekte, die ohne die Erhebung, langfristige Speicherung und Analyse von klinischen Daten und Proben nicht durchgeführt werden könnten. Medizinische Forschung arbeitet heute überwiegend vernetzt in zunehmend größeren Forschungsverbänden. Die strikte Trennung zwischen direkt personenbezogenen Daten und den pseudonymisierten oder anonymisierten Forschungsdaten ist hierfür eine entscheidende Voraussetzung“, erläutert Prof. Dr. Klaus Pommerening (IZKS Mainz - Interdisziplinäres Zentrum Klinische Studien), Sprecher der AG Datenschutz in der TMF.

Ronny Repp, Datenschutzbeauftragter des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. in der Helmholtz-Gemeinschaft, Vorsitzender des Arbeitskreises der Datenschutzbeauftragten außeruniversitärer Forschungseinrichtungen, Datenschutzberater für medizinische Forschungsvorhaben sowie Berichterstatter und Projektantragssteller der TMF-AG Datenschutz, betont die Chancen der datenreichen Forschung für die Patientenversorgung: „Der beschleunigte digitale Wandel unseres Gesundheitssystems hat neue Möglichkeiten eröffnet, um durch die Nutzung von Behandlungsdaten für Forschungszwecke zum Beispiel neue Krankheitszusammenhänge zu erkennen oder personalisierte Therapien zu entwickeln.“

Parallel haben der europäische und die nationalen Gesetzgeber den Rechtsrahmen für den Gesundheitsdatenschutz umfassend reformiert und garantieren Patientinnen und Patienten damit einen sehr hohen Schutz der sie betreffenden Gesundheitsdaten. Dies soll in der neuen Version der TMF-Datenschutzkonzepte aufgegriffen werden.“

Da viele Rechtsgrundlagen zur Forschung eine Interessensabwägung zwischen datenschutzrechtlichen Risiken und dem verfolgten Erkenntnisgewinn vorsehen, soll der neue Leitfaden auch Vorschläge für neue Verfahren der Pseudonymisierung und Methoden aus dem Bereich der Anonymisierung beinhalten. Außerdem soll die effektive Ausübung der Betroffenenrechte unterstützt werden und Hinweise zu einem engen Einbezug von Patientinnen und Patienten in Forschungsvorhaben gegeben werden. Die neuen Themenschwerpunkte wurden auf Basis einer zuvor durchgeführten und breit angelegten Umfrage in der medizinischen Verbundforschung in Deutschland bestimmt.

Die Attraktivität der generischen Konzepte der TMF, so ist der Verein überzeugt, begründet sich insbesondere auch durch die vorherige Abstimmung mit allen zuständigen Aufsichtsbehörden. Dies führe zu einer maximal möglichen Rechtssicherheit für Forscher, die sich an den Prinzipien der TMF-Konzepte orientieren“, erläutert TMF-Geschäftsführer Sebastian C. Semler: „Mit der damit verbundenen Arbeitserleichterung für Datenschutzaufsicht und lokale Datenschutzbeauftragte will die TMF erneut einen wesentlichen Beitrag zur Effizienz der medizinischen Verbundforschung in unserem Land leisten und damit den Forschungs- und Wissenschaftsstandort stärken.“

Ob die Projektergebnisse in Hinblick auf die notwendige Konkretisierung der Vorgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) später auch formal als Verhaltensregeln (Code of Conduct) abgestimmt werden können, wird Gegenstand der weiteren Abstimmungen mit den Aufsichtsbehörden sein. Dies würde für den Bereich der medizinischen Forschung helfen, einen einheitlichen Europäischen Raum für Gesundheitsdaten rechtlich auszugestalten, so Semler abschließend. <<

## Salesforce macht die Suchmaschine Covid-19-Search offen zugänglich

>> Um Interessierte wissenschaftliche Erkenntnisse zu Covid-19 zugänglich und nutzbar zu machen und sich außerdem ein Stimmungsbild verschiedener Regionen weltweit zu verschaffen, hat Salesforce zwei Recherche-Tools zur Verfügung gestellt. Zum einen hat Salesforce die Suchmaschine Covid-Search (<https://sfrmed.com/search>) öffentlich zugänglich gemacht, die KI-Technologien für möglichst gute Suchergebnisse verwendet. Zum anderen werden über ein öffentliches Tableau Dashboard-

## Zi-Förderinitiative: 250.000 Euro

>> Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stellt im Rahmen seiner jährlichen Förderinitiative 250.000 Euro für Forschungsprojekte bereit. Unterstützt werden Projekte aus dem Gesundheitswesen, die sich den vorgegebenen Themenblöcken zuordnen lassen: Veränderung der Leistungsanspruchnahme durch Covid-19, digitale Gesundheitsanwendungen, Vergütung sektorengleicher Leistungen. Darüber hinaus besteht in diesem Jahr erstmals die Möglichkeit, auch Projekte in einem themenoffenen Bereich zu beantragen. Diese sollten auf die Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland ausgerichtet sein und ein deutliches Verwertungspotenzial für die Versorgungspraxis aufzeigen.

Anträge können bis zum 4. September 2020 eingereicht werden. Die vorgelegten Förderanträge werden durch den wissenschaftlichen Beirat des Zi evaluiert und nach abschließender Prüfung und Beratung durch den Vorstand des Zi entschieden. Die Bekanntgabe der Ergebnisse ist bis Ende des Jahres 2020 geplant.

Weitere Informationen finden Sie in der Förderrichtlinie unter: <https://www.zi.de/ausschreibungen/forschungsfoerderung/> <<

## Bundesweite Antikörperstudie

>> Mit dem Ziel, das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 besser zu überblicken, ist Anfang Juli im Landkreis Reutlingen eine bundesweite Antikörperstudie des Helmholtz-Zentrums für Infektionsforschung (HZI) gestartet. Zur Erfassung des Immunstatus innerhalb der Bevölkerung wird neben vier weiteren Antikörpertests auch ein neues Nachweisverfahren eingesetzt, das gemeinsam vom NMI Naturwissenschaftlichen und Medizinischen Institut an der Universität Tübingen in Reutlingen und dem HZI entwickelt wird. <<

Umfrageergebnisse zu den aktuellen Veränderungen, Erwartungen und Zukunftsaussichten der Arbeitnehmer zusammengefasst.

Covid-19-Search ist eine Lösung im Rahmen der kürzlich gestarteten COVID-19-Challenge, die vom Weißen Haus und zahlreichen internationalen Institutionen initiiert wurde. Ziel war es, die Entwicklung von Suchalgorithmen und Suchmaschinen zu fördern, die Forscher und politische Entscheidungsträger dabei unterstützen, Covid-19 besser zu verstehen. <<



*„Das wäre eine armselige  
Wissenschaft, die die große, tiefe,  
geheiligte Unendlichkeit des  
Nichtwissens vor uns verbergen  
wollte, über welcher alle  
Wissenschaft wie bloßer  
oberflächlicher Nebel schwimmt.“*

Thomas Carlyle  
schottischer Philosoph und Historiker  
(1795 - 1881)

**Doch lichtet sich der  
Nebel mit jeder Ausgabe**

Am besten, Sie **abonnieren gleich\***:

[www.m-vf.de/abonnement](http://www.m-vf.de/abonnement) oder per Mail: [abo@m-vf.de](mailto:abo@m-vf.de)

**VERSORGUNGS**  
**monitor FORSCHUNG**

\* Jahres-Abo mit 6 Ausgaben zum Preis von 90 statt 120 Euro zzgl. Versand (9,99 Euro pro Jahr in Deutschland, Ausland: 54 Euro)



Smart Hospital

Hrsg.: J. Werner, M. Forsting, T. Kaatze, A. Schmidt-Rumposch  
**Smart Hospital – Digitale und empathische Zukunftsmedizin**

Verlag: MVW, Berlin, 2020  
 328 Seiten, Paperback  
 ISBN-Print: 978-3-95466-495-5  
 ISBN-PDF: 978-3-95466-534-12  
 Preis: 69,95/69,99 Euro

>> Die zentrale Erkenntnis des rund 320 Seiten starken Kompendiums: Die dringend notwendige Digitalisierung in der Medizin hilft Patienten und entlastet Mitarbeiter nicht nur im Regelbetrieb, sondern auch in Krisen wie der aktuellen Corona-Pandemie.



Das Buch hat eine lange Vorgeschichte, denn die Essener Universitätsmedizin ist mit ihren 1.700 Betten sowie 15 Tochterunternehmen nicht nur das führende Gesundheitskompetenzzentrum des Ruhrgebiets, sondern bereits seit 2015 auf dem Weg zum Smart Hospital. In dem lesenswerten Fachbuch, das genau diesen Ansatz beschreibt, kommen rund 50 führende Mediziner, Wissenschaftler, Politiker, Chefs großer Unternehmen und Berater innerhalb und außerhalb der Medizin zu Wort. Sie befassen sich mit der Zukunft der Medizin insgesamt, mit den Abläufen im Gesundheitswesen, mit den Gefühlen und Gedanken von Patienten, mit Künstlicher Intelligenz, mit Architektur oder Kommunikation und Nachhaltigkeit. „Wir wollen mit unserem Buch aufzeigen, dass digitalisierte und menschliche Medizin kein Gegensatz sind, sondern sich gegenseitig bedingen. Das Krankenhaus der Zukunft wird nicht nur die medizinische Versorgung auf ein neues Niveau heben, die Pflege maßgeblich verbessern und die Mitarbeiter entlasten: Es wird vor allem das humanste der Geschichte sein“, erklärt Prof. Dr. Jochen A. Werner, einer der Herausgeber und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen. Die aktuelle Corona-Krise habe gezeigt, dass sich das deutsche Gesundheitssystem fundamental ändern und vor allem viel digitaler werden müsse, um leistungsfähig und bezahlbar zu bleiben, so Werner. Das Buch solle dazu wertvolle Impulse geben. <<

Die Zukunft der Arbeit

Hrsg.: V. Amelung, S. Eble, R. Sjuts, T. Ballast, H. Hildebrandt, F. Knieps, R. Lägel, P. Ex  
**Band VIII der BMC-Schriftenreihe: Die Zukunft der Arbeit in der Gesundheitsversorgung**

Verlag: MVW, Berlin, 2020  
 397 Seiten, Paperback  
 ISBN-Print: 978-3-95466-507-5  
 ISBN-PDF: 978-3-95466-537-2  
 Preis: 69,95/69,99 Euro

>> Wie die Herausgeber schreiben, hätten sie bei der Konzeption des Buchs „Zukunft der Arbeit in der Gesundheitsversorgung“ nicht ahnen können, welche Aktualität das Thema in Zeiten der Corona-



Pandemie annehmen würde. Das Werk umfasst 35 Artikel von 68 Autoren aus dem BMC-Umfeld und soll dazu inspirieren, vielfältige neue Lösungswege zu suchen und konstruktiv zu gestalten, anstatt in verkrusteten Diskussionen zu verharren. Damit setzen die Beiträge in einem Mix aus wissenschaftlichen Hintergrundartikeln und Einblicken aus der Praxis wichtige Impulse zur Gestaltung der zukünftigen Arbeitswelten im Gesundheitswesen. „Ganz gleich, ob Ärzte, Pflegekräfte, Heilberufe: In Zukunft wird es sich keine Organisation im Gesundheitswesen mehr leisten können, Personal allein als Kostenfaktor zu betrachten“, schreiben Prof. Dr. oec. Volker Eric Amelung (BMC-Vorstand) und Dr. Patricia Ex (BMC-Geschäftsführerin) in ihrem Beitrag „New Work im Gesundheitswesen – eine Standortbestimmung“. Künftig würden vielmehr „motiviert und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ zunehmend zu einem strategischen Erfolgsfaktor. Doch, so schränken die Autoren ein, dürfte dem Gesundheitswesen allerdings besonders im Kontext eines recht festgefahrenen Rollenverständnisses schwerfallen, diese Einsicht zu beherzigen. Unter anderem würden starre Hierarchien eine sinnvolle Leistungserbringung im Team und ein notwendiges Maß an Koordination und Kooperation verhindern. Ihre Forderung: „Anstelle von ‚mehr des Gleichen‘ brauchen wir intelligente Umsetzungsideen und einen Kulturwandel.“ Doch fehle in der Diskussion insbesondere eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den tatsächlichen und „gefühlten“ Veränderungen der Arbeitswelt. <<

Corona Fehllalarm?

Autoren: S. Bhakdi, K. Reiss  
**Corona Fehllalarm? Daten, Fakten, Hintergründe**

Verlag: Goldegg, 2020  
 160 Seiten, Paperback  
 ISBN-Print: 978-3-99060-191-4  
 EAN: 9783990601907  
 Preis: 15,00/9,99 Euro

>> Mit der Headline „Beginn eines Albtraums?“ überschreiben die beiden Autorinnen, Dr. Karina Reiss und Dr. Sucharit Bhakdi, ihre Einführung in das informative, für jeden verständlich geschriebene Büchlein.



Sie schreiben u.a.: „In Deutschland wurden die Menschenrechte eingeschränkt wie noch nie zuvor seit Entstehung der Bundesrepublik. Der Zusammenbruch des Soziallebens und der Wirtschaft wurde in Kauf genommen. Etwas, was nur geschehen darf, wenn das Land von einer wirklichen Gefahr bedroht ist. Ist das wirklich der Fall gewesen?“

Man könnte nun den beiden Autorinnen vorhalten, dass sie die Letalität von Covid-19 verharmlosen. So schreiben die Autorinnen, dass laut offizieller Statistik in China am Ende der Epidemie nur 83.000 Infizierte und weniger als 5.000 Todesfälle gemeldet worden seien. Ihr Fazit: „In einem Land mit 1,4 Milliarden Menschen eine verschwindend geringe Zahl.“

Lassen wir das einmal dahingestellt. Es stimmt, was Bhakdi und Reiss ausführen, dass PCR-Test nicht allzu genau sind, weil Spezifität und Sensitivität immer Fehlertoleranzen mit falsch-positiven Testergebnissen bieten. Es ist auch wahr, was sie behaupten, dass das RKI von Beginn an vorgegeben hatte, dass nicht in der Breite, sondern nur gezielt getestet werden sollte – und nur bei Menschen, die auch Symptome zeigten. Und es stimmt auch, dass es in Deutschland lange Zeit versäumt wurde, für die Anzahl an SARS-CoV-2-Infizierten verlässliche Daten zu generieren und es keine Definition gibt, was denn genau ein SARS-CoV-2-Gestorbener ist. Ob indes ihr Zwischen-Fazit stimmt, mag jeder selbst beurteilen, wenn die Autorinnen schreiben: „Was haben wir erlebt? Chaos, Planlosigkeit und wissenschaftliche Unfähigkeit.“ Aber unbedingt vorher MVF 03/20 (Fokus: Corona) und diese Ausgabe lesen! <<

Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds

## Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen

Je ausdifferenzierter die Leistungen in einem Gesundheitssystem sind, desto wichtiger ist eine übergeordnete Koordination. Seit über 20 Jahren existieren Konzepte des Care- und Case Managements, um die Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht und qualitativ hochwertig zu erbringen. In der Regelversorgung sind sie jedoch bis heute nicht umfassend angekommen. In vielfältigen Modellprojekten wird die Versorgungsform erprobt und systematisch evaluiert. Ist die Zeit reif für einen Regelleistungsanspruch?

>> Gesundheitssysteme sind mit widerstrebenden Sektoren, einer stetig zunehmenden Anzahl an Facharztbezeichnungen und unübersichtlichen Leistungsträgern immer komplexer geworden. Je ausdifferenzierter Leistungen und je knapper Personalressourcen im System sind, desto wichtiger ist eine übergeordnete Koordination. Unabhängig von Bildung, Vorwissen und Google sind Patienten regelmäßig mit dem Gesundheitssystem überfordert. Gerade für Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen – Personen, die von mehr als einem Leistungserbringer behandelt werden, die vergleichsweise oft hospitalisiert werden oder nach einer Akutbehandlung einer umfassenden Nachsorge bedürfen – stellt dies eine Hürde dar, um ihren Anspruch auf eine bedarfsgerechte Krankenbehandlung durchzusetzen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat festgestellt, dass es aus seiner Sicht wegen der fehlenden Steuerung

von Patienten im Gesundheitssystem keine Bedarfsgerechtigkeit gebe. Vielmehr komme es zu einer gleichzeitigen Über-, Unter- und Fehlversorgung der betroffenen Patienten (vgl. SVR 2018; der Begriff der Über-, Unter- und Fehlversorgung wurde erstmals im SVR-Gutachten 2001 geschaffen).

Als Lösungsansatz wird seit vielen Jahren ein strukturiertes Care- und Case Management diskutiert (vgl. Amelung 1999; Ewers, Schaefer 2005). Der Ansatz ist durchaus analog zu den Modellen der Gemeindegewerkschaft in der ehemaligen DDR, die seit Anfang der 1950er Jahre dazu beitrugen, die Patientenversorgung insbesondere in entlegeneren Regionen sicherzustellen und zu besonderer Bekanntheit durch eine Vorabendserie mit Schwester Agnes fand (Korzilius, Rabatta 2006). Trotz verschiedenster Berufsbezeichnungen in Modellprojekten setzt sich zunehmend der Begriff der (Patienten-)Lotsen durch. Ergänzend zu den medizinischen Leistungen der Ärzte übernehmen diese die Koordination zu ärzt-

lichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern sowie die individuelle Betreuung von Patienten i. d. R. über einen begrenzten Zeitraum. Der Koordinations- und Betreuungsbedarf ergibt sich aus zwei Erwägungen:

1. aufgrund medizinischer, therapeutischer bzw. systemischer Komplexität
2. bei besonders vulnerablen Patienten, bspw. aufgrund von Komorbiditäten, Sprachbarrieren oder sonstigen Zugangsschwierigkeiten.

So eingesetzt sind Lotsen ein essenzieller Bestandteil des Methodenkoffers für Managed Care. Eine schematische Übersicht der Leistungen von Patientenlotsen gibt Abbildung 1.

1: Weitere Begriffe sind u.a. Gesundheitslotsen, indikationsspezifische Lotsen, Fallmanager, Pfadfinder, Advanced Practice Nurse, Social Care Nurse, Case-Manager, Scout, Patientenkoordinator, Patientencoach. Wir verwenden den Begriff Patientenlotsen synonym zum Terminus Care- und Case Management.



Exemplarischer Versorgungspfad mit Leistungen von Patientenlotsen. Quelle: Eigene Darstellung.



## Mittlerweile bestehen zahlreiche Erfahrungen mit Lotsen

Eine Analyse der geförderten Projekte im Innovationsfonds ergibt, dass 27 Konsortien Patientenlotsen als Neue Versorgungsform erproben. Die am häufigsten gewählten Indikationen und Fachgebiete sind Schlaganfall, Krebs, psychische Erkrankungen, die geriatrische Versorgung sowie übergreifend Multimorbidität.

Damit adressieren die Projekte insbesondere Erkrankungen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Eine umfassende Übersicht der identifizierten Lotsenprojekte einschließlich Fachrichtung, Region und Kurzbeschreibung der Projekte, sortiert nach Beginn, gibt die Tabelle 1 (s. S. 27-29).

Mit vier Projekten der ersten Welle im Innovationsfonds und fünf Projekten der zweiten Welle, stehen viele kurz vor Ende ihrer Laufzeit. Damit entstehen umfangreiche, studien- und praxisbasierte Erfahrungswerte, welche Effekte Patientenlotsen in der Versorgung haben, bei welchen Patientengruppen sie Vorteile bringen und wie sie organisatorisch am sinnvollsten angebunden werden. Neben möglichen Indikationen, für die ein Leistungsanspruch in der Regelversorgung geprüft werden muss, geben die Projekte auch Hinweise darauf, wie eine konkrete Umsetzung aussehen kann.

## Vielfalt bei Lotsenkonzepten zulassen

Übergeordnet muss festgestellt werden, dass kein für alle Unterstützungsbedarfe einheitliches Lotsenkonzept existiert oder existieren sollte. Vielmehr zeigen die Projekte, dass verschiedene Formen der Umsetzung geeignet sind, wenn sie zur jeweiligen Indikation, zur regionalen Versorgungsstruktur oder zur betreuten Patientengruppe passen. Wichtige Erkenntnisse lauten:

### Leistungen

- Viele Lotsen beraten zu Leistungen mehrerer Sozialgesetzbücher (z. B. SGB V, SGB IX, SGB XI), was sie eher zu Generalisten macht. Teilweise beschränkt sich die Beratung auf das SGB V.
- Die Betreuungsintensität auch innerhalb eines Fachgebietes variiert je nach Patient. Oft werden daher unterschiedliche Betreuungsgrade festgelegt, die flexibel gehandhabt werden können.
- Der Zeitraum der Betreuung von Patienten schwankt je nach Projekt zwischen wenigen Monaten bis zu einem Jahr, teilweise sogar länger.

### Qualifikation

- Die Qualifikationsanforderungen an die Erstausbildung der Patientenlotsen sind unterschiedlich. Vielfach kommen ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger und MFAs zum Einsatz, je nach Indikation aber z. B. auch Ökotrophologen oder Sozialarbeiter.
- Die Weiterbildung umfasst neben indikationsspezifischen Inhalten oft Kurse zur Kommunikation oder zu rechtlichen Grundsätzen. Dabei wird oft dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer zum Care- und Case Management gefolgt.

### Arbeitsweise

- Die Rolle der Lotsen in der Versorgung unterscheidet sich zum Teil erheblich. Gerade bei hoher Vulnerabilität von Patienten unterstützen sie aktiv die Versorgung (hohe Kontaktdichte, Prüfung der Adhärenz, Feedback zu Ärzten etc.). Bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, die lediglich ein Informationsdefizit vorweisen, treten sie eher passiv beratend auf.
- Die Verankerung im Gesundheitssystem ist sehr unterschiedlich. Es existieren sowohl Modelle, in denen Lotsen ambulant beim Haus- oder Facharzt, als auch stationär im Krankenhaus oder im regionalen Versorgungsnetz angestellt sind. Denkbar wären auch freiberufliche Lotsen, die den Patienten mit größtmöglicher Unabhängigkeit beraten könnten.

Die Darstellung der Lotsenprojekte legt auch die inhaltliche Abgrenzung zu bereits bestehenden Berufsgruppen und Rollen nahe: Prinzipiell sollen Hausärzte Koordinierungsfunktionen übernehmen, was sich nicht zuletzt in der vom Gesetzgeber zu diesem Zweck eingeführten Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) widerspiegelt. Die begrenzten Kapazitäten der Ärzte verhindern jedoch, dass dieses Modell in der Breite trägt. Bis zum Jahr 2035 wird erwartet, dass die ambulante Versorgungsleistung aufgrund von Renteneintritten der Ärzte und zu wenigen Studienabsolventen auf 71 Prozent des heutigen Niveaus sinkt (vgl. ZI 2019). Zudem erscheint es aus wirtschaftlicher Sicht hochgradig ineffizient, als Ärzte qualifizierte Personen mit einer Vielzahl nicht-medizinischer Aufgaben zur Organisation und Administration der Patienten zu betrauen. Daher befürworten auch Ärztevertreter die Einführung von Patientenlotsen zur besseren Koordinierung der Versorgung (vgl. Ärzteblatt 2019).

Zudem sind zur Erfüllung ihrer Lotsenaufgaben vornehmlich soziale Leistungen, kommunikative Fähigkeiten und Kompetenzen gefragt. Dies gilt zwar auch für andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe (wie z. B. NÄPa, VerAH), die jedoch den Hausarzt vor allem medizinisch unterstützen. So versorgen beispielsweise nicht-ärztliche Praxisassistenten (NÄPa) die Patienten in der eigenen Häuslichkeit, sind dabei aber auf die medizinische Versorgung und die Anordnung von Ärzten begrenzt, in deren Auftrag sie u. a. Injektionen sowie unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik und Wundversorgung übernehmen. Patientenlotsen hingegen versorgen Patienten nicht selbst – abgesehen von regelmäßigen Überprüfungen der Therapietreue. Dafür sind sie aber auch nicht an die konkrete Anordnung eines Arztes gebunden. Dieser entscheidet i.d.R. allein über den Unterstützungsbedarf durch Case Management und initiiert es durch eine Verordnung.

### Bewertung positiv, konkrete Umsetzung unklar

Mit Blick auf die steigende Zahl von hochbetagten, oft multimorbiden Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf und einer zugleich fragmentierten Versorgungslandschaft erscheint der Nutzen von Patientenlotsen naheliegend. Je komplexer die Strukturen für Außenstehende sind, desto mehr Unterstützung benötigen sie. Tatsächlich sind die Vorteile von Lotsen aus Patientensicht wenig kontrovers (vgl. IGES 2018).

- Sie orientieren sich am individuellen Bedarf des Patienten und folgen damit dem Leitbild der patientenzentrierten Versorgung.
- Sie kombinieren das technische Verständnis evidenzbasierter Versorgungspfade mit einer sozialen Komponente, die Empathie und Empowerment von Patienten im Fokus hat.
- Sie bieten mittelfristig ökonomische Potenziale, da durch den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung z. B. weniger kostenintensive Krankenhauseinweisungen oder gar medizinische Notfälle zu erwarten sind.

Es ist selbstredend, dass Patientenlotsen zwar eine Möglichkeit, jedoch kein Garant für eine patientenorientierte Versorgung sind. Daher ist es oft sinnvoll, in der Versorgungspraxis weitere Optimierungen anzustreben, bspw. die Zufriedenheit und Lebensqualität in Patientenberichten (Patient

Reported Outcome Measures, PROMs) systematisch zu erheben und auszuwerten. Dies kann zugleich dazu dienen, weitere Indikationen zu identifizieren, bei denen der Einsatz von Patientenlotsen sinnvoll ist.

Die hohe Anzahl beteiligter Krankenkassen an Versorgungsverträgen und Innovationsfondsprojekten zu Patientenlotsen lässt darauf schließen, dass sie eine positive Bewertung teilen oder zumindest ein Potenzial erkennen. Was eine Einführung in die Regelversorgung bislang zu verhindern schien, waren also weniger inhaltliche Bedenken zum Lotsenbedarf bzw. zu den erwarteten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Vielmehr bestanden offene Fragen zu ihrer praktischen Einbindung in die existierenden Versorgungsstrukturen und zu ihrer Abgrenzung zu den bestehenden Leistungen anderer Berufsgruppen.

### Offene Fragen müssen noch geklärt werden

Lotsen sind eine konsequente Antwort auf mehr Patientenorientierung. Je stärker Patientenzufriedenheit als Indikator für Leistungsfähigkeit gesehen wird, desto wichtiger ist es, sich Gedanken zu machen, inwiefern der Versorgungspfad aus Sicht der Patienten Sinn macht. In einem paternalistischen Gesundheitssystem würde die rein medizinische Versorgung auch ohne Lotsen funktionieren. Wenn sich Patienten jedoch stärker emanzipieren (sollen), dann benötigen sie jemanden zur Unterstützung und Koordination an ihrer Seite.

Klar ist, dass Patientenlotsen zu einer weiteren Ausdifferenzierung von Berufsgruppen im Gesundheitswesen führen werden. Wahrscheinlich steht ihr Zugewinn an Bedeutung in den vergangenen Jahren auch mit der Akademisierung der Pflegeberufe im Zusammenhang. Die Steuerung von Patienten wird durch diesen grundlegenden Paradigmenwechsel weiter professionalisiert und kann zugleich eine effizientere Arbeitsaufteilung zwischen Leistungserbringern bewirken. Andere Fragen sind jedoch noch ungeklärt:

2: Siehe Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V (Anlage 24 BMV-Ä).

1. Lotsen sind die personifizierte Sektorenüberschreitung. Während das Sozialgesetzbuch inkl. aller Regelungen zu Planung, Vergütung, Qualität etc. nach Leistungsträgern differenziert (Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Rehabilitation und Teilhabe etc.), denken Menschen in der Regel nicht gemäß diesen Linien. Durch die Unübersichtlichkeit und Koexistenz verschiedener Sozialgesetzbücher sind die Koordinierungsleistungen von Lotsen so wichtig. Auch mit Fokussierung auf einzelne komplexe Versorgungsbedarfe ist daher die Diskussion über die Finanzierung von Lotsenleistungen nicht trivial, da sie neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch im Verantwortungsbereich von Kommunen und anderen Sozialleistungsträgern liegen können. Dass die Lotsenprojekte gegenwärtig meist vorrangig aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden, liegt eher im Konstrukt des Innovationsfonds bzw. den vertragsrechtlichen Möglichkeiten von Krankenkassen begründet, als in einer systematischen Aufteilung der Finanzierungsverantwortung. Rein SGB V-bezogene Lotsen würden hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben und Patienten nicht umfassend unterstützen können.

2. Zudem wird man nicht umhinkommen, die GKV-finanzierten Leistungen in die Vergütung des bestehenden Systems einzubetten. Welche Leistungen erbringen Lotsen in Delegation oder Substitution zum Arzt? Welche Leistungsbestandteile lösen eine bestehende Unterversorgung

auf und sind daher extrabudgetär? Welche verlagern im Gegensatz dazu nur ein bestehendes Budget zwischen den Professionen? Die Antworten darauf entscheiden mit darüber, ob unabhängig von Förderprogrammen tragfähige Geschäftsmodelle entstehen, die eine Verbreitung von Patientenlotsen in die Regelversorgung ermöglichen. Die Erfahrungen z.B. mit der ASV zeigen, dass ein langfristiger Erfolg der Lotsen nur mit Hilfe solcher Geschäftsmodelle gelingt.

Innerhalb des Innovationsfonds stellen Patientenlotsenprojekte einen der größten inhaltlichen Schwerpunkte dar und schaffen damit die vielfach geforderte Evidenzgrundlage (vgl. BT-Drucksache 19/18309). In Deutschland haben wir eine Tendenz, unzählige Pilotprojekte durchzuführen und zu evaluieren. Im Sinne eines agilen Ansatzes ist es nunmehr an der Zeit, die erfolgreichen Modellprojekte in die Regelversorgung zu überführen und dafür zügig über Erfahrungen sowie Möglichkeiten der gemeinsamen Bewertung und Skalierung zu diskutieren. <<

von:

Dr. Patricia Ex<sup>1</sup>, Malte Behmer<sup>1</sup>, Prof. Dr. Volker Amelung<sup>1,2</sup>

### Zitationshinweis

Ex, P., Behmer, M., Amelung, V.: „Mit Patientenlotsen Managed Care ermöglichen: Eine Übersicht der Neuen Versorgungsformen im Innovationsfonds“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 33-38, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2236

### Literatur

Ärzteblatt (2019): Diskussion über Aufnahme von Patientenlotsen ins Sozialgesetzbuch, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107171/Diskussion-ueber-Aufnahme-von-Patientenlotsen-ins-Sozialgesetzbuch>. Amelung VE, Schumacher H. Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Gabler Verlag, 1. Auflage 1999.

Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Bern. IGES Institut GmbH (IGES (2018)): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen.

Korzilius H, Rabatta S (2006): Gemeindefachwestern: Geheimwaffe gegen Überlastung und Unterversorgung <https://www.aerzteblatt.de/archiv/53297/Gemeindefachwestern-Geheimwaffe-gegen-Ueberlastung-und-Unterversorgung>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR (2001)): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR (2018)): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI (2019)): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland.

### Lesehinweis

Stegmaier, P.: „Eine Idee auf dem langen Weg in die Regelversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/19), S. 14-15.; doi: 10.24945/MVF.04.19.1866-0533.2154

Stegmaier, P.: „Ein eigenes Lotsengesetz soll den Weg frei machen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 18-20.; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2170

Stegmaier, P.: „Der Patient und das Arzt(team) stehen im Mittelpunkt“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/19), S. 30-31, doi: 10.24945/MVF.06.19.1866-0533.2186

Stegmaier, P.: „Leistungsanspruch auf Care- und Casemanagement“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/20), S. 18-19, doi: 10.24945/MVF.01.20.1866-0533.2197

Stegmaier, P.: „Bei ZSE-DUO steuert ein fachärztliches Lotsenteam“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/20), S. 30-31, doi: 10.24945/MVF.02.20.1866-0533.2209

### Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen (NPPV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2016 (1. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: KV Nordrhein</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Psychische Erkrankungen</li> <li>• Region: NRW</li> </ul>	Das Projekt NPPV erprobt eine gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit bestimmten psychischen und neurologischen Erkrankungen, wie Depression oder Schlaganfall. Der Patient wird nach Eingangsuntersuchung über einen Bezugsarzt oder -therapeuten in die passende Versorgung geführt. Eine zentrale Koordinierungsstelle mit regionalen Netzwerkmanagern unterstützt die Ärztenetze bei der Patientensteuerung und erläutert die neuen Behandlungspfade. Hierdurch sollen lange Wartezeiten auf Erstuntersuchungen und Behandlungstermine sowie die ungesteuerte Inanspruchnahme psychother. und fachärztlicher Leistungen vermieden werden.
Hamburg Billstedt/Prototyp für eine integrierte gesund-heitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen (INVEST)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2016 (1. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Gesundheit für Billstedt/Horn UG</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Kein Indikationsbezug</li> <li>• Region: Hamburg</li> </ul>	INVEST Billstedt/Horn testet, wie man den Gesundheitsstatus der Bevölkerung in sozial benachteiligten Stadtteilen verbessern und den Ressourceneinsatz optimieren kann. Das Versorgungsmodell bezieht alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Bereiche, Einrichtungen und Berufsgruppen mit ein. Ziele der Interventionen sind Entlastung der Ärzte, die Stärkung der wohnortnahen Versorgung und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ein Schwerpunkt ist der Aufbau von Gesundheitskiosks, eine zentrale und vernetzte Anlaufstelle, bei der Versicherte zu allen Gesundheitsfragen in ihrer Muttersprache ganzheitlich beraten, unterstützt und geschult werden.
NetzWerk GesundAktiv (NWGA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2016 (1. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: TK</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: ältere Menschen (übergreifend)</li> <li>• Region: Hamburg</li> </ul>	Ziel des NWGA ist es, Menschen im hohen Alter lange ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Jeder Teilnehmer durchläuft anfangs Untersuchungen und strukturierte Tests, um die Bedürfnisse für einen individuellen Unterstützungsplan zu erfassen. Maßnahmen umfassen Rehabilitation vor und während Pflegebedürftigkeit, Hilfen für Angehörige, Beratung und Betreuung bei Demenz, technische Assistenzsysteme und Förderung der Gesundheitskompetenz. Begleitet werden die Teilnehmer von einem Team aus Fallmanagern, die regelmäßig Kontakt halten. Das Projekt sieht vor, Hausärzte einzubeziehen sowie die Hilfen im Umfeld, wie Wohn- und Betreuungsleistungen, Pflege- und Sozialeleistungen sowie Pflegestützpunkte in das NWGA zu integrieren.
Verbesserung der rheumatologischen Versorgungsqualität durch koordinierte Kooperation (Rheuma-VOR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2016 (1. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Universitätsmedizin Mainz</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Rheuma</li> <li>• Region: Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland</li> </ul>	Zentrales Element der neuen Versorgungsform ist die „koordinierte Kooperation“ zwischen Hausärzten, Fachärzten und Patienten, gesteuert und unterstützt durch fachübergreifend besetzte Koordinationsstellen. Sie werden früh in den Prozess der Diagnose eingebunden und unterstützen den Hausarzt bei der Entscheidung, ob und wie dringlich eine Behandlung eingeleitet werden muss.
Patienteninformation, -kommunikation und Kompetenzförderung in der Onkologie (PIKKO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (2. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: IKK Südwest</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Onkologie</li> <li>• Region: Saarland</li> </ul>	Im Projekt PIKKO wird die Regelversorgung um einen zusätzlichen Beratungs- und Informationspfad ergänzt. Die drei zentralen Elemente bestehen hierbei in der Bereitstellung eines Onko-Lotsen, dem Angebot einer spezialisierten onkologischen Beratung sowie der Implementierung einer Onko-Datenbank. Betroffene werden von einem Onko-Lotsen systematisch mit allen wesentlichen Informationen versorgt und durch die Therapie begleitet.
Sektorenübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe (STROKE-OWL) – vorgestellt in MVF 05/19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (2. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Schlaganfall</li> <li>• Region: NRW</li> </ul>	Ziel des Projektes STROKE OWL ist es, die Rate der wiederholten Schlaganfälle innerhalb eines Jahres zu verringern. Außerdem soll die Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen verbessert werden. Im Projekt werden dafür sogenannte Schlaganfall-Lotsen eingesetzt, die Patienten für ein Jahr begleiten. Die Leistungen der Lotsen bestehen darin, Betroffene und Angehörige über mögliche Schlaganfall-Komplikationen zu informieren und frühzeitig auf mögliche Risiken hinzuweisen. Sie koordinieren Rücksprachemöglichkeiten mit behandelnden Ärzten sowie die Medikation, wobei die Verwaltung der Daten durch eine digitale Belotsungsakte („Lotsen-APP“) unterstützt wird.
Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg (TIGER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (2. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Universität Erlangen-Nürnberg</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Geriatrie</li> <li>• Region: Bayern</li> </ul>	Das Projekt TIGER möchte mit Hilfe von „Pfadfindern“ den Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Versorgung verbessern. Pfadfinder sind geriatrisch spezialisierte Pflegewissenschaftler und Fachkräfte. Sie beraten Patienten und Angehörige und bereiten während des Krankenhausaufenthaltes die Zeit nach der Entlassung vor. Die Pfadfinder identifizieren und organisieren notwendige ambulante Maßnahmen wie Physiotherapie und Ernährungsberatung. Nach der Entlassung besuchen die Pfadfinder die Patienten regelmäßig zu Hause und rufen sie an. Verbesserungen, Verschlechterungen oder neu auftretende Probleme werden so rechtzeitig erkannt.
Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement (MamBo) – vorgestellt in MVF 06/19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (2. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: pronova BKK</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: multimorbide Patienten (übergreifend)</li> <li>• Region: NRW</li> </ul>	Ziel dieses Projektes ist es, eine krankheitsübergreifende Metastrategie und die dafür notwendigen Strukturen am Beispiel multimorbiden Patienten zu etablieren. Für die indikationsübergreifende Kollektivversorgung sollen Public-Health- und Individualziele gleichermaßen fokussiert werden. Es werden Rahmenbedingungen geschaffen, sodass alle patientenrelevanten und sektorenmfassenden Informationen den behandelnden Arzt erreichen. Dieser wird dadurch entlastet, dass patientennahe sowie koordinative Aufgaben praxisübergreifend delegiert werden.
Onkologisches Social Care Projekt der BKK (OSCAR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (2. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: pronova BKK</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Onkologie</li> <li>• Region: NRW</li> </ul>	Das Projekt OSCAR will die sozialmedizinische Beratung onkologischer Patient*innen ab Diagnosestellung verbessern, um ihre Lebensqualität zu erhöhen und ihre Selbstbestimmung bei der Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken. Die Befragten teilen ihre Bedürfnisse und Wünsche mit, wodurch ihr Alltag und einzelne Lebensbereiche so gestaltet werden, dass diese ihnen die bestmögliche Lebensqualität ermöglichen. „Social Care Nurses“ mit zusätzlicher Ausbildung für den sozialmedizinischen Dienst spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie werden aus dem Sozial- und Pflegedienst rekrutiert und unterstützen die Patienten in stationären onkologischen Einrichtungen für ein Jahr während ihres Krankenhausaufenthaltes und bei sich anschließender ambulanter Versorgung.
Versorgungsmodell zur Verbesserung der poststationären Weiterbehandlung am Beispiel kardiologischer Erkrankungen (Cardio-Lotse) – vorgestellt in MVF 04/19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: AOK Nordost</li> <li>• Indikation/Fachrichtung: Kardiologie</li> <li>• Region: Berlin</li> </ul>	In dem Projekt wird ein Versorgungsmodell für eine verbesserte Weiterbehandlung nach einem Klinikaufenthalt entwickelt. Medizinisches Fachpersonal mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation, sogenannte Cardiolotsen, begleiten die Patienten – persönlich und telefonisch – während und nach einem stationären Klinikaufenthalt. Gesundheitlich kritische Situationen sollen damit frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Mit dem Cardiolotsen wird so der Ansatz der „sprechenden Medizin“ verfolgt, unabhängig vom sozioökonomischen Status und Herkunft des Patienten.



### Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor (KID-PROTEKT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH</li> <li>• Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen</li> <li>• Region: Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein</li> </ul>	Die bisher in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge sowie der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen sollen dabei um eine psychosoziale Belastungsanamnese erweitert werden. Sie ist das Kernstück der Neuen Versorgungsform. Besonders belastete Familien sollen dadurch besser erkannt und beraten werden. Fachärzte der Frauen- bzw. Kinderheilkunde sollen dafür mit der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Eine sozialpädagogische Fachkraft übernimmt als Lotse das Schnittstellenmanagement zwischen Arztpraxis und Jugendhilfe.
Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen (ZSE-DUO) – vorgestellt in MVF 02/20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Universitätsklinikum Würzburg</li> <li>• Schwerpunkt: Seltene Erkrankungen</li> <li>• Region: bundesweit</li> </ul>	Ziele der Neuen Versorgungsform sind: (1) Gesicherte Diagnosen bei Menschen mit komplexem Beschwerdebild und Verdacht auf eine seltene Erkrankung, (2) Verkürzung der Zeit bis zur Diagnosestellung, (3) Steigerung der gesundheitsökonomischen Effizienz bei der Diagnosestellung, (4) Erfolgreiche Überleitung der Betroffenen in die Regelversorgung zur Einleitung einer Therapie. Um die vier Ziele zu erreichen, wird in den elf beteiligten Zentren für seltene Erkrankungen eine duale Lotsen-Anlaufstelle geschaffen. Die psychiatrisch-somatische Expertise ist hier – neben einer somatisch-fachärztlichen – von Anfang an gleichberechtigt beteiligt.
Regional ununterbrochen betreut im Netz (RubiN) – vorgestellt in MVF 01/20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: BARMER</li> <li>• Schwerpunkt: Geriatrie</li> <li>• Region: Niedersachsen, NRW, Sachsen, Schleswig-Holstein</li> </ul>	Ziel von RubiN ist es, eine regional vernetzte Organisationsform zu entwickeln, in der nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten der Geriatrie in einem Versorgungsnetzwerk rechtssicher zusammenarbeiten können, um sektorübergreifend auf andere Versorgungsebenen hinzuwirken. Im Vordergrund steht eine Bestandsaufnahme der Versorgung. Dafür dokumentieren ausgebildete Fallmanager die ambulanten und in Krankenhäusern die stationären Risiken des Altersprozesses von Patienten über 70 Jahren. Die Ergebnisse werden nach leichtem, mittlerem und intensivem Betreuungsbedarf eingeordnet und individuelle Behandlungs- und Versorgungspfade gestaltet. Dadurch sollen Patienten ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt vertreten können.
Sectoren- und phasenübergreifende Unterstützung für Familien mit krebserkranktem Elternteil (SCOUT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: RWTH Aachen</li> <li>• Schwerpunkt: Onkologie</li> <li>• Region: NRW</li> </ul>	Ziel dieses Projektes ist es, ein Versorgungsmanagement zu schaffen, das Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein Elternteil schwer erkrankt ist, unterstützt. Um die Belastung der Familien zu vermindern, sollen sogenannte Familien-Scouts eingesetzt werden, die frühzeitig mit Beratung und Information zur Seite stehen. Sie sollen die Familien zu offenen Gesprächen ermutigen und den Zugang zu allen Unterstützungsangeboten ermöglichen.
Innovation, Versorgungspartner, Patient (IKK IVP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: IKK gesund plus</li> <li>• Schwerpunkt: Patienten nach Akutereignissen (übergreifend)</li> <li>• Region: Sachsen-Anhalt</li> </ul>	Ziele des Projektes sind die Verbesserung des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Partnern sowie die Optimierung von Patientenpfaden und Versorgungsprozessen. Den Patienten steht dafür ein Patientenkoordinator zur Seite. Er steuert und begleitet die Prozesse und stellt sicher, dass die Patienten und Angehörigen umfangreich informiert sind. Mit Hilfe einer speziell geschulten Fachkraft, unterstützt er bereits im Vorfeld einer Behandlung und berücksichtigt dabei auch die häuslichen und sozialen Gegebenheiten. Das Projekt prüft, inwiefern die Versorgung von Patienten nach Akutereignissen verbessert wird.
Kinderschmerztherapie vernetzt: Sozialmedizinische Nachsorge für schwer chronifizierte pädiatrische Schmerzpatienten (SCHMERZ-NETZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Vestische Caritas Kliniken gGmbH</li> <li>• Schwerpunkt: Pädiatrie</li> <li>• Region: Baden-Württemberg, Bayern, NRW</li> </ul>	Ausgebildete Nachsorgeteams kümmern sich um die Kinder und Familien in dieser kritischen Phase unmittelbar nach der Krankenhausentlassung. Sie unterstützen die Betroffenen und ihre Angehörigen in ihrem Alltag vor Ort. Sie koordinieren notwendige Arztbesuche und fungieren als Gesundheitscoach, der die Kinder und ihre Familien im persönlichen Kontakt dazu motiviert, die Empfehlungen nach der stationären Schmerztherapie umzusetzen.
Versorgungsmanagement Wunde in Rheinland-Pfalz (VeMaWuRPL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2017 (3. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: mamedicon GmbH</li> <li>• Schwerpunkt: chron. Wundversorgung</li> <li>• Region: Rheinland-Pfalz</li> </ul>	Das Projekt berät und begleitet Menschen mit chronischen Wunden im Sinne des Fallmanagements. Pflegefachkräfte helfen als Fallmanager, chronische Wunden besser und koordiniert zu versorgen und zu heilen. Sie stimmen Ziele und Maßnahmen mit Ärzten, Pflegediensten, Podologen und Pflegeheimen ab und schulen Patienten und Angehörige. Das Projekt entwickelt Standards für die koordinierte ambulante und stationäre Versorgung der Menschen. Ziel ist es, die Lebensqualität der Patienten durch Schmerzreduktion und Vermeidung von Amputationen zu steigern. Die Betroffenen bleiben in ihrem Alltag möglichst mobil und selbstständig und lernen die Therapieansätze verstehen.
Adipositas Care & Health Therapy zur strukturierten Versorgung nach bariatrisch-metabolischer Operation (ACHT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Deutsche Stiftung für chronisch Kranke (DSCK)</li> <li>• Schwerpunkt: Adipositas</li> <li>• Region: Bayern</li> </ul>	Ziel von ACHT ist es, den Therapieerfolg nach einer OP langfristig zu sichern. Dies erfolgt durch ein digital gestütztes, strukturiertes, sektorenübergreifendes und wohnortnahes Nachsorgeprogramm. Adipositas-Lotsen koordinieren den Nachsorgeprozess und behalten Therapieziele im Blick. Eine digitale Fallakte verknüpft Patienten, Lotsen, niedergelassene Ärzte und Adipositas-Zentren miteinander.
Optimierung der Betreuung von Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) unter einer Biologika-Therapie (CED Bio-Assist)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Kompetenznetz Darmerkrankungen</li> <li>• Schwerpunkt: chron. Darmerkrankungen</li> <li>• Region: Schleswig-Holstein</li> </ul>	Bei der Begleitung dieser Patientengruppe ist die CED-Fachassistenz die erste Anlaufstelle für Patienten und kann eine „Lotsenfunktion“ übernehmen, wodurch die psychosoziale Situation der Patienten stärker in den Fokus gerückt wird. Eine Unterstützung im individuellen Krankheitsmanagement wird angeboten. Die ärztliche Verantwortung wird dabei nicht gemindert, sondern sinnvoll unterstützt und ggf. insbesondere bei beratungsintensiven Situationen ergänzt. Der Arzt wird durch Übernahme von begleitenden Tätigkeiten (z. B. Dokumentation, Ernährungs-, Lebensberatung, Patienten-, Terminmanagement, Unterweisung in Injektionstechniken) entlastet.

### Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform

Titel	Eckpunkte	Beschreibung
Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte (DemStepCare)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Universitätsmedizin Mainz, Rheinhesen-Fachklinik Alzey</li> <li>• Schwerpunkt: Demenz</li> <li>• Region: Rheinland-Pfalz</li> </ul>	Das Projekt DemStepCare will die medizinische Basisversorgung von Menschen mit Demenz verbessern und deren Angehörige unterstützen. Es will Haus-, Facharzt und Klinik stärker miteinander vernetzen und die Kommunikation der regionalen Demenzversorger optimieren. Zentrale Schnittstelle ist dabei ein sogenannter Case-Manager, der eng mit der Hausarztpraxis zusammenarbeitet. Er oder sie erfasst den Versorgungsbedarf der erkrankten Person ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung und schätzt mögliche Versorgungsrisiken ein.
Fracture Liaison Service (FLS) zur Implementierung einer integrierten Versorgungsstruktur zur Vermeidung von Osteoporose-bedingten Folgefrakturen (FLS-CARE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Klinikum der LMU München (beide Standorte)</li> <li>• Schwerpunkt: Osteoporose</li> <li>• Region: Bayern</li> </ul>	Im Projekt FLS-CARE stellt ein Netzwerk aus Ärzten, Pflegekräften und Physiotherapeuten sicher, dass im Krankenhaus eingeleitete Maßnahmen gegen Frakturen in der ambulanten Versorgung fortgeführt werden. Die Überleitung der Patienten in den niedergelassenen Bereich wird durch eine Pflegekraft koordiniert. Diese begleitet und berät den Patienten, schult diesen in der Vermeidung von Stürzen und stimmt sich eng mit den behandelnden Ärzten ab. Unterstützt wird die Pflegekraft durch eine IT-Plattform.
Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen (GBV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.</li> <li>• Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen</li> <li>• Region: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, NRW, Saarland, Sachsen</li> </ul>	Im Mittelpunkt stehen multiprofessionelle Teams mit Anker- und Lotsenfunktion. In einem standardisierten Assessment klären sie den individuellen Behandlungs- und Betreuungsbedarf aus allen psychiatrischen und psychosozialen Leistungsbereichen und planen mit den Betroffenen die passgenauen Hilfen. Die Hilfeplanung wird gemeinsam mit allen beteiligten Leistungserbringern kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls angepasst. Dieses Angebot wird um einen Krisendienst ergänzt, der den Erkrankten rund um die Uhr zur Verfügung steht.
Interdisziplinäre und individualisierte Rehaberatung bei drohender Versorgungslücke sowie bei persistierenden Teilhabestörungen (Reha-Kompetenz)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Medizinische Hochschule Hannover</li> <li>• Schwerpunkt: komplexe Gesundheitsstörung mit Reha-Bedarf (übergreifend)</li> <li>• Region: Niedersachsen, Hamburg, Berlin, NRW, Schleswig-Holstein</li> </ul>	Patienten mit komplexen Gesundheitsstörungen, wie z. B. nach einem Schädel-Hirn-Trauma oder nach Amputation, benötigen eine individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung. Auch nach bereits erfolgter Rehabilitation ist in der hausärztlichen Versorgung eine professionelle Abklärung und Planung weiterführender Therapiemaßnahmen oftmals nicht möglich. Um den Rehabilitationsprozess für komplexe Krankheitsfälle zu optimieren, sollen an fünf Standorten „Reha-Kompetenzzentren“ (RKC) aufgebaut werden. Dort arbeitet ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Therapeuten und Mitarbeitern des Sozialdienstes nach umfangreicher Untersuchung der Betroffenen einen passgenauen Rehabilitationsplan aus. Durch diese Angebote soll die Zufriedenheit der Patienten gestärkt und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen erzielt werden.
Regionales Pflegekompetenzzentrum – Innovationsstrategie für die Langzeitversorgung vor Ort (ReKo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2018 (4. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: DAK</li> <li>• Schwerpunkt: Pflege</li> <li>• Region: k. A.</li> </ul>	Ziel des Projekts ReKo ist es, ein regionales Pflegekompetenzzentrum zu schaffen, das diesem Versorgungsproblem insbesondere im ländlichen Raum entgegenwirkt. Die spezialisierte Beratung, Betreuung und stationäre sowie ambulante Versorgung pflegebedürftiger betagter Menschen soll hier in einem Case-Management-Ansatz vereint und koordiniert werden. Dafür sollen auch bislang unausgelastete Krankenhausressourcen genutzt und auf neue Aufgaben zugeschnitten werden. Digitale Anwendungen unterstützen das Pflegekompetenzzentrum bei der Kommunikation (z. B. Informationen, Terminsetzung oder Benachrichtigungen) und der Koordination der einzelnen Versorgungsbereiche. Die Patienten und die Angehörigen sollen durch die Neue Versorgungsform eine kontinuierlichere, wohnortnahe und bedarfsgerechtere Betreuung erhalten
Fallbezogene Versorgung multimorbider Patient/innen in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (FAMOUS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2019 (5. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Kath. Hochschule Mainz</li> <li>• Schwerpunkt: multimorbide Patienten</li> <li>• Region: k. A.</li> </ul>	Die Ziele des Projektes sind: 1) Stabilisierung der Gesundheits- und häuslichen Versorgungssituation multimorbider Patienten, Reduktion der Notfallkontakte sowie insgesamt der Nutzung weiterer versorgender Institutionen (Krankenhaus, Facharzt, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst etc.) 2) Herstellen von Versorgungskontinuität bei Wechseln zwischen Versorgern 3) Entlastung der Hausärzte, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Neue Versorgungsform: Fall-bezogene Versorgung von Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses
Verbesserung der Behandlungsqualität bei schwer psychisch kranken Menschen zur Reduktion somatischer Komorbidität und Verhinderung erhöhter Mortalität (PSY-KOMO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2019 (5. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Universitätsklinikum Düsseldorf</li> <li>• Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen</li> <li>• Region: NRW, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg</li> </ul>	Ziel von PSY-KOMO ist die Verbesserung der Behandlungs- und Prozessqualität durch Anwendung einer gestuften, leitliniengerechten somatischen Versorgung bei einer (somatischen) Hochrisikopopulation, deren Zugang zur und Verbleib in der Regelversorgung somatischer Erkrankungen aufgrund von krankheitsbezogenen Problemen und Defiziten im Versorgungssystem beeinträchtigt ist. PSY-KOMO schafft ein sektorenübergreifendes und interdisziplinäres Netzwerk als notwendige Maßnahme für die adäquate somatische Versorgung von Menschen, die sowohl an Barrieren auf Versorgerseite ansetzt (Bereitstellung von auf die Patientengruppe zugeschnittenen Screeningprozeduren, telemedizinische Konsile zur individuellen Psychopharmakamedikation und zum UAW-Risiko), als auch die adäquate Inanspruchnahme in der Regelversorgung auf Patientenseite unterstützt (Gesundheitsbegleiter als Netzwerk- und Case-Manager).
OncoCoaching und frühe palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen (OnCoPaTh)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start: 2019 (5. Welle)</li> <li>• Konsortialführung: Arbeitskreis Klinische Studien e.V.</li> <li>• Schwerpunkt: Onkologie</li> <li>• Region: Hessen</li> </ul>	Diese Ziele sollen erreicht werden durch vorbeugendes Krisenmanagement, intensivierete Patienten-Eduktion und die Realisierung palliativer Frühintegration. Methodisches Vorgehen: In onkologischen Zentren in Hessen wird ein OncoCoach etabliert, eine nach einem speziellen Curriculum fortgebildete MFA/Krankenschwester. Der OncoCoach begleitet die Patienten und schult sie zu Therapien und pflegerischen Maßnahmen. Zudem koordiniert er die Schnittstelle zu weiteren Versorgern. Insbesondere organisiert er die strukturierte Kooperation mit der palliativen Pflege im Sinne einer palliativen Frühintegration.

Laufende Innovationsfondsprojekte zur Erprobung von Patientenlotsen als Neue Versorgungsform, sortiert chronologisch nach Förderwelle. Quelle: Eigene Darstellung.

## Versorgung und Demografie in Mecklenburg-Vorpommern

# Zur Situation der Geburtskliniken in M-V

In den letzten 25 Jahren ist die Qualität der Versorgung von Gebärenden gemessen an Säuglings- und Müttersterblichkeit kontinuierlich verbessert worden<sup>1</sup>. Dazu tragen im Wesentlichen die Krankenhäuser bei. So wurden zwischen 1999 und 2017 im Mittel 98,4 % der Kinder in Krankenhäusern entbunden<sup>2</sup>. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Kliniken mit Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (im Folgenden Geburtskliniken genannt) deutschlandweit deutlich zurückgegangen<sup>1</sup>. Die beobachtete Qualitätsverbesserung hängt ursächlich mit dieser zunehmenden Konzentration von Geburten in immer weniger Kliniken zusammen und manifestierte sich spätestens 2006 mit der Unterteilung dieser Kliniken in die 4 Versorgungsstufen (Perinatalzentrum Level 1, Perinatalzentrum Level 2, Klinik mit perinatalem Zentrum und Geburtsklinik). Die Kliniken unterscheiden sich je nach Versorgungsstufe in ihren personellen und strukturellen Anforderungen voneinander, um eine hohe Qualität der Versorgung von Gebärenden sicherzustellen<sup>3</sup>. Deutschlandweit gibt es 163 Perinatalzentren Level 1 und 49 Perinatalzentren Level 2<sup>4</sup>. Dabei stehen insbesondere mit Frühgeburten verbundene Risiken im Mittelpunkt. Das Frühgeborene wird nach der Geburt in der Regel im Brutkasten auf der Intensivstation insbesondere bezüglich der möglichen unvollständigen Ausbildung verschiedener Organe untersucht und behandelt, worauf die Perinatalzentren vorbereitet sind. Immerhin wurden 2016 8,6% der Kinder vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren<sup>5</sup>.

>> Die Verringerung der Anzahl der Geburtskliniken wird hauptsächlich über die anfallenden Personal- und Vorhaltungskosten getrieben, die die Kliniken dafür über das DRG-System bei weniger als 1.200 Geburten pro Jahr nicht decken können<sup>6</sup>. Diese Anzahl an Geburten erreichten aber nur 238 der 657 Geburtskliniken in Deutschland im Jahr 2019<sup>7</sup>. Der bundesdeutsche Durchschnitt lag 2017 bei 1.134 Geburten je Klinik. Allerdings hat sich seit 2010 der Abstand zwischen den Kliniken bei der durchschnittlichen Geburtenzahl je Klinik und Jahr deutlich vergrößert. So betrug die Geburtenzahl in den westdeutschen Flächenländern 2017 durchschnittlich 1.103 und in den ostdeutschen Ländern nur 807<sup>8</sup>.

Wenn eine Geburtsstation in einer Klinik geschlossen wird, stößt das in der Regel auf lokale Widerstände seitens der Kommunen und insbesondere der Frauen. In Mecklenburg-Vorpommern betraf es 2016 das Krankenhaus in Wolgast. Diskussionen um die Geburtsstationen gab es 2018 im Krankenhaus in Bergen, 2019 im Krankenhaus in Demmin und aktuell 2019/20 im Krankenhaus in Crivitz<sup>9</sup>. Jede einzelne Schließung führte insbesondere in letzter Zeit zu teilweise sehr emotional geführten Diskussionen. In einer Petition gegen die Schließung der Geburtsstation in Crivitz begründeten Bürger ihre Unterzeichnung unter anderem damit, dass „diese besondere Geburtenstation mit der beliebten und fürsorglichen Betreuung erhalten bleiben sollte“ oder „weil ich selbst in Crivitz geboren wurde“<sup>10</sup>.

Die innerhalb der letzten Zeit aufgekommenen Diskussionen um die Geburtskliniken haben wir seitens UCEF zum Anlass genommen, der Frage nachzugehen, ob eventuell

steigende Geburtszahlen den gesundheitsökonomischen Druck auf die Geburtskliniken etwas reduzieren können.

Auch in Mecklenburg-Vorpommern ist die Anzahl der Geburtskliniken deutlich verringert worden. 1991 waren es 30, 2001 dann nur noch 22; und seit 2016 gibt es in Mecklenburg-Vorpommern nur noch 16 Geburtskliniken<sup>1</sup>. Von diesen 16 Kliniken sind 4 Perinatalkliniken Level 1, aber nur 2 davon hatten 2019 mehr als 1200 Geburten. Im Jahr 2017 lag der Durchschnitt bei 796 Geburten pro Klinik, der allerdings von 11 der 16 Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern nicht erreicht wurde<sup>7</sup>.

Lediglich bei einer Risikoschwangerschaft gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL des G-BA soll eine Gebärende eine entsprechend ausgestattete Klinik der ersten drei Kategorien aufsuchen. Die werdenden Mütter haben damit in der Regel die Wahl zwischen der wohnortnächsten Geburtsklinik oder einer anderen, die entweder zu einer der ersten drei Kategorien gehört oder aufgrund vieler Geburten mehr Routine hat. Oder aber sie folgen dem Vorschlag der betreuenden Hebamme.

Betrachtet man die Geburtskliniken unter dem Aspekt der Ortsnähe, so eignet sich dafür das Voronoi-Diagramm. Dabei wird Mecklenburg-Vorpommern in einzelne Regionen mit den Kliniken als Zentren aufgeteilt. Anschließend haben wir die Gemeinden den einzelnen Regionen zugeordnet, um die gewünschten demografischen Daten zusammenzufassen.

In Abbildung 1 sind die Voronoi-Regionen (schwarze Linien) und die daraus durch Zuordnung der Gemeinden gebildeten Versor-

gungsregionen dargestellt. Die Farben entsprechen den in der Legende angegebenen mittleren jährlichen Zahlen der Geburten der Jahre 2016 bis 2019 nach den Geburtenlisten von Milupa<sup>7</sup>.

Für einen Vergleich der Geburten der Jahre 2016 und 2017 mit den in den jeweiligen Gemeinden geborenen Kindern wird die Anzahl der Geburten mit Korrekturfaktoren für den Anteil der Geburten außerhalb der Klinik<sup>2</sup>, für Mehrlingsgeburten<sup>1</sup> und Totgeburten<sup>1</sup> versehen. Der von uns aus Angaben dazu abgeleitete Korrekturfaktor von 1,0313 Lebendgeborenen je Geburt stimmt gut mit dem Mittelwert der Verhältnisse von Lebendgeborenen und Geburten in den Jahren von 2008 bis 2017 für Deutschland von 1,032 überein<sup>1</sup>. Unter Verwendung dieses Korrekturfaktors kann man anhand des Mittelwertes der Lebendgeborenen für die Jahre 2016 und 2017 sowie die mittlere Anzahl an Geburten im Land annehmen, dass etwa 1,2% der Geburten möglicherweise auf Frauen aus anderen Bundesländern zurückgehen, oder aber der angenommene Anteil an Geburten außerhalb von Kliniken zu hoch, die Mehrlingsgeburten niedriger und/oder die Totgeburten höher waren. Für die zugeordneten Versorgungsgebiete und deren jeweilige Geburtskliniken waren die Vergleiche der Geburten mit den jeweiligen Lebendgeborenen jedoch deutlich größer, so dass es anscheinend zu Wanderungen von Entbindungen zwischen einzelnen Regionen kommt. Dieser Anteil dürfte auch höher sein als der aufgrund von Risikoschwangerschaften von Regionen mit Geburtskliniken in Regionen mit Perinatalzentren Level 1.

Trotz der Nutzung anderer Kliniken als der nächstgelegenen für die Geburt (s. Abb. 1)



dürften vor allem die Kliniken in Regionen mit weniger als 600 Geburten im Jahr Probleme bei der Refinanzierung der dafür notwendigen Personal- und Vorhaltungskosten über das DRG-System haben<sup>6</sup>. Daraus ergibt sich ein gesundheitsökonomischer Druck auf eine weitere Verringerung der vorhandenen Geburtsstationen. Dabei handelt es

sich um Entscheidungen mit einer Vielzahl von zu berücksichtigenden Komponenten, die in ihrer Komplexität hier nicht erörtert werden können. Wir wollen hier nur einen Aspekt beleuchten. Wie wird sich die Anzahl der Geburten in den nächsten knapp 15 Jahren entwickeln? Anhand von Prognosen dazu möchten wir klären, ob dadurch eine mög-

liche Entspannung für die Geburtskliniken zu erwarten ist.

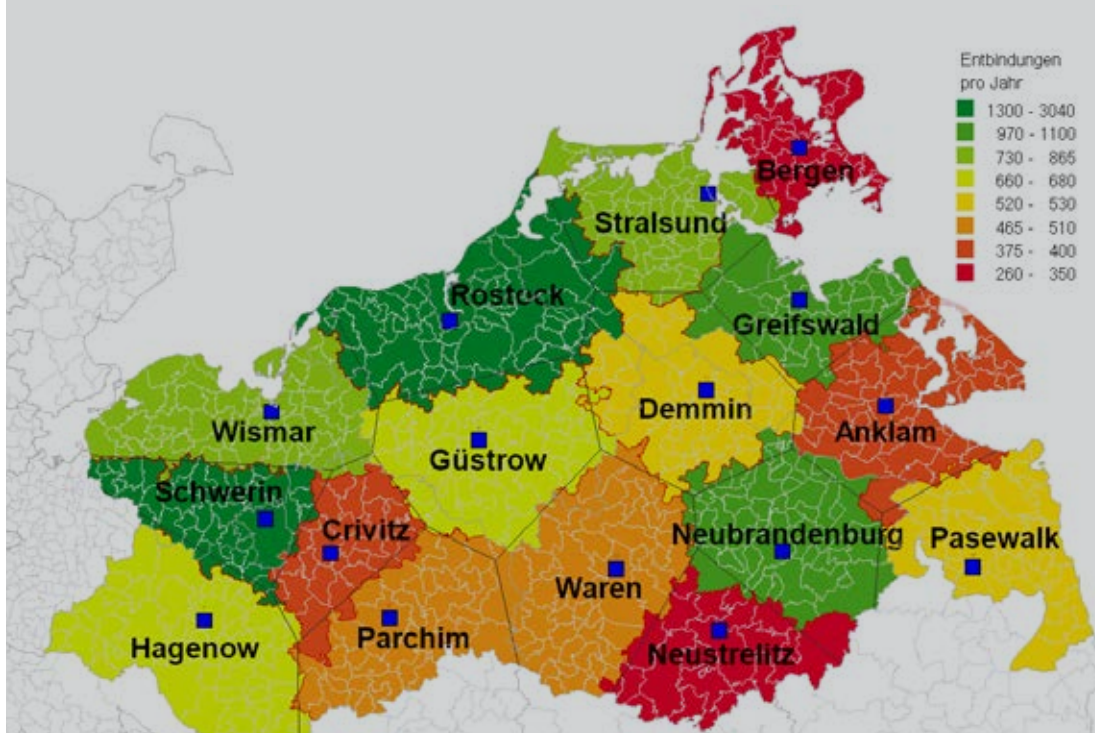
In den letzten Jahren wurde im Zusammenhang mit bundesweit steigenden Geburtenzahlen auf die Zunahme der zusammengefassten Geburtenziffer (TFR; „Total Fertility Rate“) hingewiesen. Diese war Anfang der 1990er Jahre in den neuen Bundesländern

auf einen historischen Tiefstwert von etwa 0,8 gefallen, um danach kontinuierlich zu steigen<sup>1</sup>. Das traf auch auf Mecklenburg-Vorpommern zu und führte auch anfänglich zu steigenden Zahlen Neugeborener (von 9 auf 13 Tausend). Allerdings stagnieren diese seit 2000 bei etwa 13 Tausend Neugeborenen pro Jahr (Abb. 2). Das wiederum resultiert aus einer deutlichen Abnahme der Frauen im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 44 Jahren um mehr als 130 Tausend. Diese Abnahme hat sich seit 2011 zwar deutlich reduziert, jedoch stagniert die TFR seit 2015 bei etwa 1,55<sup>1</sup>.

Mit einem einfachen Modell haben wir auf Basis der demografischen Angaben zur Zahl der Frauen im Alter von 0 bis 44 Jahren in Jahreskohorten und Annahmen über die weitere Entwicklung der TFR Prognosen über die Entwicklung der Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter sowie der Zahl der Lebendgeborenen für die nächsten 15 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern ermittelt.

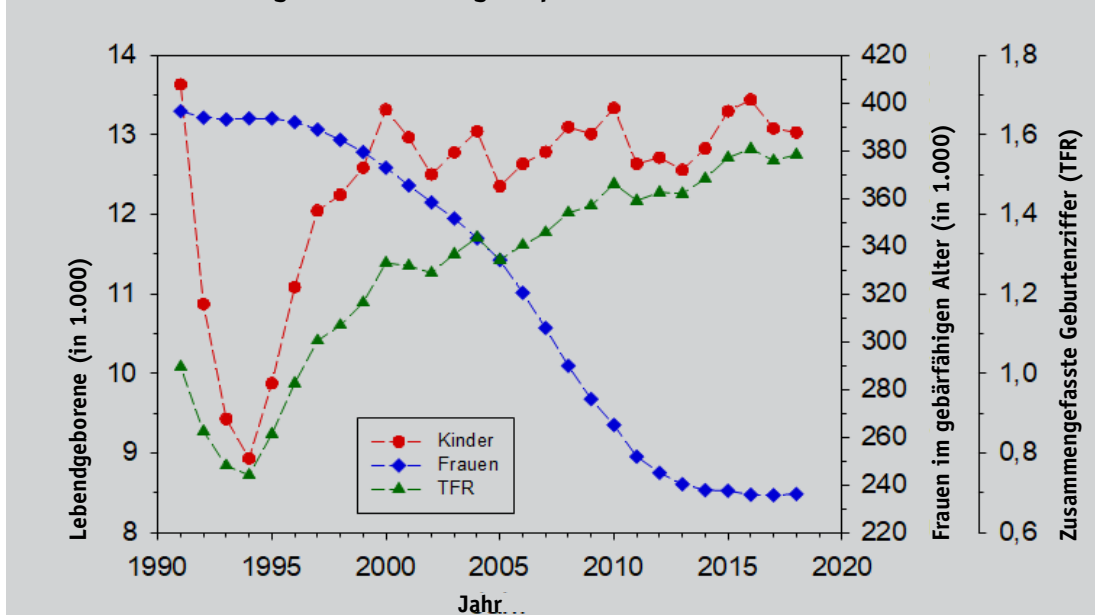
Für die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter haben wir für jede Jahreskohorte die mittlere Änderungsrate nach dem Jahr aus den letzten 10 Jahren (2008 – 2017) ermittelt und für die Fortschreibung der jeweiligen Alterskohorten der Jahre 2017 und 2018 berechnet. Außerdem haben wir Änderungsraten aus dem

**Geburtskliniken in Mecklenburg-Vorpommern und ihr potenzielles Versorgungsgebiet**



**Abb. 1:** Voronoi-Diagramm der 16 Geburtskliniken in Mecklenburg-Vorpommern und ihr jeweiliges potenzielles Versorgungsgebiet auf Gemeindeebene. Die Gemeinden sind farblich entsprechend der mittleren jährlichen Anzahl an Entbindungen in den jeweiligen Kliniken in den Jahren zwischen 2016 und 2019 dargestellt.

**Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern zwischen 1991 und 2018**



**Abb. 2:** Entwicklung der Anzahl der Lebendgeborenen (Kinder), der Frauen im gebärfähigen Alter (15- bis 44-Jährige) und der zusammengefassten Geburtenziffer in Mecklenburg-Vorpommern zwischen 1991 und 2018.

jeweiligen Bereich eines Jahresüberganges zufällig ausgewählt und ebenfalls insgesamt sechsmal auf die Ausgangswerte der Jahre 2017 und 2018 angewendet.

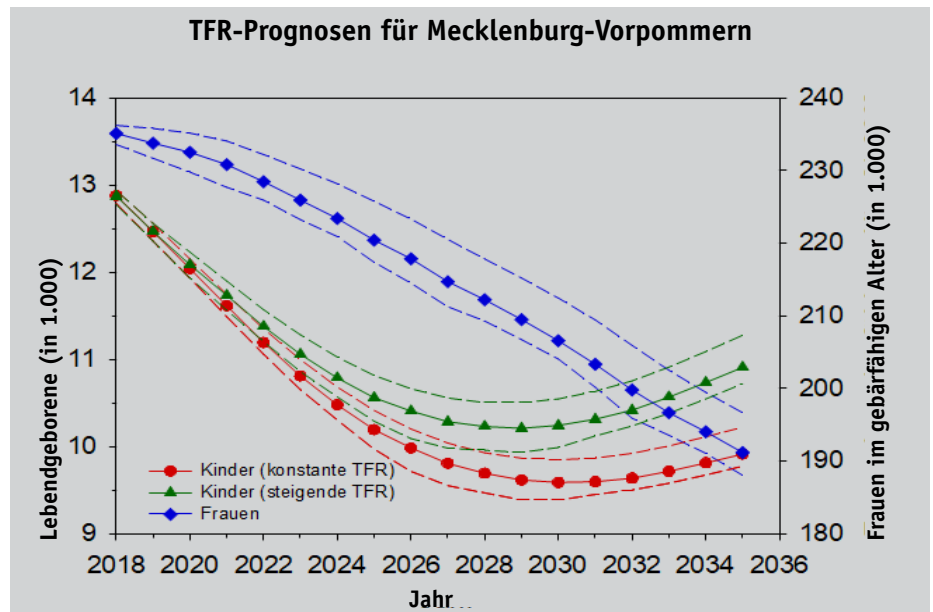
Diese Zahlen für die einzelnen Jahreskohorten wurden entsprechend der Altersstruktur der werdenden Mütter des Jahres 2017 und einer TFR = 1,55 (stagnierende TFR) bzw. einer jährlich kontinuierlich steigenden TFR von 1,55 auf 1,71 zur Schätzung der Geburten verwendet. Diese Altersstruktur wurde für alle Jahre beibehalten.

Die Ergebnisse der Prognosen zeigt die Abbildung 3 sowohl für die Anzahl der Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren und die Zahl der geborenen Kinder bei konstanter TFR als auch bei steigender TFR. Dabei mag auf den ersten Blick überraschend sein, dass trotz nur leicht abnehmender Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter bis 2024 die Zahl der Neugeborenen in beiden Szenarien der TFR besonders stark fällt. Die Ursache dafür liegt in der Alterskohorte der Frauen, die in den Jahren 1992 bis 1996 geboren wurden. Sie bildeten im Jahr 2021 die Kohorte der 25- bis 29-jährigen und im Jahr 2026 die Kohorte der 30- bis 34-jährigen Frauen. Jeweils etwa ein Drittel der Frauen dieser Altersgruppen gebären entsprechend der TFR von 2017 in diesem Zeitraum ein Kind. Die Kohorte der von 1992 bis 1996 geborenen Frauen ist aber im Vergleich zur Kohorte der in den fünf Jahren davor geborenen Frauen nur halb so groß war und auch etwa 20% kleiner als die 5-Jahres-Kohorten der danach geborenen Frauen.

Die Anzahl der Neugeborenen wird demnach im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bis 2023/24 unter 11.000 sinken, mit 9.500 bis 10.250 den Tiefpunkt 2029 bis 2031 erreichen und dann langsam wieder etwas zunehmen.

Die zu erwartende Anzahl der Neugeborenen in Mecklenburg-Vorpommern führt demnach 2023/24 zu einem Rückgang der Geburten um mehr als 15% der Geburten und 2029/31 sogar um 21 bis 26%. Dann würden in den 8 Geburtskliniken mit den niedrigsten Geburten pro Jahr (Abb. 1) in diesem Zeitraum (2023 bis 2031) fast durchgängig weniger als eine Geburt pro Tag erfolgen. Bei der gegenwärtigen Finanzierung der Versorgungs- und Vorhaltekosten über die DRGs würden demnach Zuschüsse erforderlich werden. Selbst die Schließung von einer oder zwei Geburtskliniken würde daran für die verbleibenden unter diesen 8 Kliniken nichts wesentlich verändern.

Bei der Beibehaltung des derzeitigen



**Abb. 3:** Prognosen für die Anzahl der Frauen im Alter zwischen 15 und 44 (rechte y-Achse) sowie die Zahl der Neugeborenen bei konstanter (1,55) bzw. steigender (1,55 – 1,71) TFR (linke y-Achse) in den Jahren 2018 bis 2035 in Mecklenburg-Vorpommern. Die gestrichelten Linien zeigen die jeweils höchsten und niedrigsten Schätzwerte der verschiedenen Szenarien, die durchgezogenen Linien mit Symbol den jeweiligen Mittelwert.

Finanzierungssystems würde erst eine Reduzierung auf 9 Krankenhäuser mit Geburtsstationen eine einigermaßen ausreichende Finanzierung über das DRG-System gewährleisten. Dann würden im Durchschnitt je Klinik zwischen 1.000 und 1.200 Geburten pro Jahr in diesen Kliniken stattfinden.

Eine Lösung für die Erhaltung einer Geburtsklinik kann nicht im Einzelfall erreicht werden, denn damit wird die Problematik bei einer Reihe weiterer Kliniken nur vertagt. Es bedarf eines Gesamtkonzeptes für alle Geburtskliniken, das in einer Demokratie mit der Beteiligung aller Betroffenen zum Bei-

spiel in Form eines analytisch-deliberativen Diskurses erarbeitet werden sollte: „Er umfasst zwei wichtige Komponenten: zum einen die analytische Aufgabe, nach bestem Wissen die möglichen Konsequenzen unterschiedlicher Entscheidungsoptionen in all ihrer Komplexität und Vernetzung zu bestimmen; zum anderen die deliberative Aufgabe, auf der Basis eines Abwägungsdiskurses eine effektive, effiziente und faire Lösung des Ausgangsproblems zu finden“<sup>12</sup>. Zu Ersterem hoffen wir hiermit einen kleinen Beitrag geleistet zu haben. << von:

Dr. Günter Jost<sup>1</sup> und Dr. Thomas Kehl<sup>II</sup>

### Anmerkung

Dieser Artikel entstand auf der Basis eines Vortrages während des Frühjahrestreffens der UCEF-Projektgruppe Versorgungsforschung vor Akteuren aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (Mitgliedern und eingeladenen Gästen), durchgeführt im Mai 2020 als Videokonferenz.

### Zitationshinweis

Jost, G., Kehl, T.: „Versorgung und Demografie in Mecklenburg-Vorpommern – Zur Situation der Geburtskliniken in M-V“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 39–41, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2237

### Literatur

- 1 Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- 2 <https://www.quag.de/quag/geburtenzahlen.htm> (abgerufen am 18. 6. 2020)
- 3 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses
- 4 <https://perinatalzentren.org/krankenhaussuche.php> (abgerufen am 17. 6. 2020)
- 5 Pressemappe Bundesverband „Das frühgeborene Kind“ e.V. Stand 1. 4. 2018
- 6 Prof. Abou-Dakn in einem Interview mit dem Ärzteblatt 2017; [<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77877/Eine-Geburtsklinik-muss...>]
- 7 Geburtenliste Deutschland (verschiedene Jahre); Milupa GmbH
- 8 eigene Berechnungen anhand von Daten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes
- 9 <https://www.ostsee-zeitung.de/Nachrichten/MV-aktuell/Schwesig-Schliessung-der-Geburtsstation-Crivitz-falsche-Entscheidung> (10.12.2019)
- 10 [https://www.change.org/p/schlie%C3%9Fung-der-geburtsstation-crivitz-stoppen-nicht-noch-ein-weiteres-wolgast-in-mv-manuelaschwesig-asklepiosgruppe?recruiter=673782611&recruited\\_by\\_id=9db9e320-e7de-11e6-8c29-3d32292e7c9e&utm\\_source=share\\_petition&utm\\_medium=copylink&utm\\_campaign=petition\\_dashboard](https://www.change.org/p/schlie%C3%9Fung-der-geburtsstation-crivitz-stoppen-nicht-noch-ein-weiteres-wolgast-in-mv-manuelaschwesig-asklepiosgruppe?recruiter=673782611&recruited_by_id=9db9e320-e7de-11e6-8c29-3d32292e7c9e&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink&utm_campaign=petition_dashboard) (abgerufen am 18. 6. 2020)
- 11 Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (Zahlen) und eigene Berechnungen
- 12 Renn, Ortwin (2019) „Gefühlte Wahrheiten“, Verlag Barbara Budrich, p. 176.



Deutsches Netzwerk  
Versorgungsforschung e.V.

## **19.** Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

30.09. – 01.10.2020

Zugang, Qualität und Effizienz:

Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern

**19. DKVF goes virtual  
- be a part of it!**

Ihre Vorteile:

- Digitales Archiv: alle Kongressinhalte sind sechs Monate lang verfügbar
- Pre-Conference-Webinare und Follow-up-Sessions
- Interaktiv, nachhaltig und zukunftsweisend

[www.dkvf2020.de](http://www.dkvf2020.de)



# Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Der 19. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung erstmals digital

## Die Bewältigung der Pandemie braucht die aktive Mitarbeit der Versorgungsforschung

Das Programm des 19. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) wurde angesichts der neuen Fragestellungen und Herausforderungen der Covid-19-Pandemie grundlegend überarbeitet. Mit Plenar- und Vortragssitzungen zu den Auswirkungen von Covid-19 auf die Gesundheitsversorgung und die Versorgungsforschung schafft der diesjährige DKVF eine Plattform des Austauschs, um aktuelle Fragestellungen zu diskutieren und die Anforderungen an die Versorgungsforschung zu besprechen. Dabei wird das Motto des 19. DKVF „Zugang, Qualität und Effizienz: Gesundheitsversorgung international vergleichen und verbessern“ weiterhin Fokus vieler Sitzungen bleiben.

>> Die weltweite Verbreitung der Coronaviruserkrankung (Covid-19) stellt die Gesundheitssysteme vor enorme Herausforderungen. In vielen europäischen Ländern haben die Akteure im Gesundheitssystem flexibel auf das jeweilige Ausbruchsgeschehen reagiert. Die Gesundheitsversorgung wurde teilweise in kürzester Zeit stark umorganisiert. Dabei haben sich neue Strukturen entwickelt, die oft auch zu neuen Aufgabenverteilungen für die Versorgung von Covid-19-Patienten gemäß den Stärken und Schwerpunkten der jeweiligen Versorgungseinrichtungen geführt haben. Zugleich hat die Pandemie zahlreiche Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche und Krankheiten, in einigen Bereichen auch zu Unterversorgung geführt. Die Versorgungsforschung ist hier mehr denn je gefragt, die Auswirkungen der Pandemie zu untersuchen und interdisziplinäre Expertise zu Covid-19 für die aktuelle Diskussion und Entscheidungsfindung zur Verfügung zu stellen. „Die Bewältigung der Pandemie braucht die aktive Mitarbeit der Versorgungsforschung“, betont die Vorsitzende des DNVF, Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke.

### Der 19. DKVF digital und interaktiv

Angesichts der weiterhin bestehenden Ansteckungsgefahr wird der diesjährige 19. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung erstmalig digital stattfinden. 470 eingereichte Abstracts zeigen die Bedeutung des

DKVF für die Versorgungsforschung. Diese große Resonanz hat das DNVF bewogen, Neuland zu betreten und den Kongress digital in vollem Umfang zu veranstalten, so dass alle Projekte die Möglichkeit haben, sich zu präsentieren. Auch wenn ein digitaler DKVF den persönlichen Austausch und das Networking unter den TeilnehmerInnen nicht wie gewohnt erlaubt, so bietet das virtuelle Format dennoch andere und neue Möglichkeiten, sich zu begegnen und voneinander zu lernen. In Chat-Räumen können während und nach den Präsentationen Fragen gestellt und sich ausgetauscht werden. Die interaktiv gestalteten Sitzungen stehen auch nach dem Kongress 6 Monate lang online als Webcast zur Verfügung.

### Covid-19 aus internationaler und nationaler Perspektive

Zu den Highlights des Kongresses zählen unter anderem die Eröffnungsvorträge von Dr. Natasha Azzopardi Muscat (WHO) und Francesca Colombo (OECD) am ersten Tag. Dr. Azzopardi Muscat ist Direktorin der Abteilung Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme des WHO Regionalbüros für Europa und unterstützt Länder dabei, eine angemessene Gesundheitspolitik und entsprechende Gesundheitssysteme zu entwerfen, zu schaffen und umzusetzen. Dr. Azzopardi Muscat ist derzeit unter anderem für den Gesundheitssystem-Reaktionsmonitor verantwortlich, der

### Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, über die 470 Abstract-Einreichungen und das große Interesse am 19. DKVF haben wir uns sehr gefreut. Das DNVF hat beschlossen, den Kongress digital in vollem Umfang durchzuführen, damit alle Projekte ihre Ergebnisse präsentieren können. Auch wenn ich die vielen wunderbaren persönlichen Gespräche und Begegnungen der Kongresse der letzten Jahre vermissen werde, wird es eine spannende Veranstaltung mit Live-Streams von zwei Plenarsitzungen, vier Symposien und einem Satellitensymposium.



Prof. Dr. Monika  
Klinkhammer-Schalke  
Vorsitzende des DNVF  
e.V.

Das digitale Format eröffnet auch viele neue Möglichkeiten, so können die Vorträge sechs Monate lang angeschaut werden und die Teilnehmenden können sich ganz individuelle Programme zusammenstellen. Es wird Follow-up Veranstaltungen für Patienten und für andere Zielgruppen geben.

Die Corona-Pandemie verändert auch die Versorgungsforschung und die Anforderungen an Versorgungsforscher. Wir werden die aktuellen Ereignisse in den zwei Plenarsitzungen des Kongresses aufgreifen: In der internationalen Plenarsitzung am ersten Tag werden wir mit Experten aus EU-Ländern diskutieren, was wir aus der Krise und voneinander lernen können. In der nationalen Plenarsitzung gehen wir mit Wissenschaftlern aus aktuellen Covid-19-Studien der Frage nach, was die Versorgungsforschung zum Management der Krise beigetragen hat und wie die Forschung sich während der Pandemie verändert hat.

Auch dieses Jahr wird wieder der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis vergeben. 16 spannende Projekte bewerben sich um die Auszeichnung. Der Preis wird dieses Jahr von Margit Lorenz, der Witwe von Herrn Prof. Lorenz gestiftet, wofür wir uns ganz herzlich bedanken.

Die Nutzung versorgungsnaher Daten ist Thema des Satellitensymposiums, das zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit parallel zum DKVF durchgeführt wird.

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich beim Kongresspräsidenten Prof. Busse und seinem Team sowie der Kongressagentur KUKM und unserer Geschäftsstelle für die hervorragende Arbeit bedanken.

Ich würde mich freuen, Sie beim 19. DKVF im digitalen Raum begrüßen zu dürfen und freue mich auf spannende Beiträge und Diskussionen.

Ihre Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke  
Vorsitzende DNVF e.V.

Erkenntnisse darüber zusammenstellt, welche Maßnahmen die nationalen Gesundheitssysteme in den Ländern der Europäischen Region als Reaktion auf die Covid-19-Pandemie ergreifen. In ihrem Vortrag wird Dr. Azzopardi Muscat diskutieren, wie Länder auf die Krise reagiert haben, was sie (voneinander) gelernt haben, und insbesondere wie die Pandemie die Bewertung von Gesundheitssystemen beeinflusst. In dem zweiten internationalen Vortrag wird Francesca Colombo erläutern, wie die OECD die Entwicklung von Maßnahmen der Mitgliedsländer unterstützt hat. Francesca Colombo ist derzeit Leiterin der Abteilung Gesundheit der OECD. In ihrer langjährigen Tätigkeit bei der OECD hat sie zahlreiche Projekte zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen durchgeführt.

Die Corona-Pandemie verändert auch die Versorgungsforschung und die Anforderungen an Versorgungsforscher. Die Zahl der mit Covid-19 assoziierten Projekte ist in den letzten Monaten rasch angewachsen und die fachübergreifende Erforschung wird sicher weiterhin von zentraler Bedeutung sein. Im Fokus der nationalen Plenarsitzung am zweiten Tag werden die durch die Covid-19-Pandemie veränderten Anforderungen an die Versorgungsforschung stehen. Versorgungsforscher aus unterschiedlichen Covid-19 assoziierten Projekten gehen der Frage nach, wie sich Versorgungsforschung verändert hat. Es sollen dabei insbesondere die Fragen diskutiert werden: wie sind Projekte entstanden, wie wurden Daten beschafft, wie findet die Kommunikation nach außen statt?

## Late-Breaking Einreichung zu Covid-19

Auf dem Kongress wird es zusätzlich Vortragssitzungen zur Covid-19-Pandemie und den Auswirkungen auf die Versorgung geben, in denen die neuesten Erkenntnisse aus nationalen und internationalen Projekten vorgestellt werden. Eine Late-Breaking-Abstracteinreichung für Beiträge von Covid-19-Forschungsprojekten läuft vom 20. Juli bis 10. August 2020.

Zusätzlich zu den Abstractsessions und Postersitzungen wird es wieder eine Nachwuchssession und die Masters Corner geben sowie verschiedene Symposien, die sich in diesem Jahr mit dem Schwerpunkt der Nutzung versorgungsnaher Daten beschäftigen. Im Vorfeld werden Webinare zum Thema „Health System Performance Assessments“ angeboten. <<

Im Interview: Olaf Theuerkauf (KUKM) und Dr. Thomas Bierbaum (DNVF)

## „Ein digitales Format bietet auch neue Möglichkeiten“

„Monitor Versorgungsforschung“ im Interview zum ersten digitalen DKVF mit dem Geschäftsführer der Kongress- und Kulturmanagement GmbH (KUKM), Olaf Theuerkauf, und DNVF-Geschäftsführer Dr. Thomas Bierbaum.

>> Der 19. DKVF findet diesmal rein digital statt. Wäre denn eine Mischform zwischen Präsenz und Online-Event eventuell möglich gewesen, um den wichtigen und gewohnten Austausch und das Networking auch in diesem Jahr zu erlauben?

**Bierbaum:** Das haben wir auch lange überlegt, ob das möglich oder nicht möglich ist. Es ist erst einmal sehr schwierig, geeignete Räumlichkeiten zu bekommen. Dann ist die Frage: Wer darf kommen? Zum Dritten ist eine Hybrid-Lösung, die Sie ansprechen, finanziell auch kaum darstellbar.

Herr Theuerkauf, KUKM macht das nicht erst seit heute, sondern seit 25 Jahren mit vielen großen Kongressen bis zu tausenden von Teilnehmern. Die Frage ist: Wie sieht es mit Ihren digitalen Kompetenzen aus? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Wie nehmen die Leute an derartigen Formaten teil und: Bleiben sie auch dran?

**Theuerkauf:** Wir haben an der Stelle genauso viel oder genauso wenig Kompetenz wie alle anderen auch, weil niemand vor Corona überhaupt in dieser Intensität große Meetings durchgeführt hat. Wir selbst haben jetzt seit vier Wochen eine regelmäßige Veranstaltungsreihe, mit der wir sehr gute Erfahrungen gesammelt haben und die technischen Anbieter, die im Moment wie Pilze aus dem Boden schießen, werden von uns der Reihe nach geprüft und getestet. Wir sind im Moment dabei zu sortieren, welche Anbieter zu welchen Bedürfnissen passen, die uns unsere Kunden an der jeweiligen Stelle mitbringen, beziehungsweise welche Anbieter müssen wie kombiniert werden, da es bisher keinen gibt, der ja alles unter einem Dach vereint. Das sind also, die Live-meetings, die Downloads in den on demand Verfahren oder auch die Industrie-Abteilung, um am Ende des Tages auch eine Finanzierung sicherstellen zu können.

Es gibt auch beim DKVF einige Symposien, die getragen sind von der Pharmaindustrie, zwar nicht so viele wie bei großen Indikationskongressen.

**Bierbaum:** Es ist ganz wichtig zu sagen, dass ein digitales Format auch neue Möglichkeiten bietet. Wir werden 6 Räume haben, die man frei besuchen kann, so wie man möchte. Man kann, wenn zur gleichen Zeit zwei interessante Vorträge laufen, einen abends, am nächsten Tag oder in der nächsten Woche anschauen. Wir haben wieder ein Satellitensymposium des Bundesministeriums für Gesundheit und ein Symposium der Deutschen Krebsgesellschaft. Auch die Pharmaindustrie, z.B. die Firma Roche und die Firma Novartis, führen jeweils ein Symposium durch. Wir bieten zudem ein halbes Jahr lang an, sich alle Sessions noch mal anzuschauen.

Warum nur ein halbes Jahr?

**Bierbaum:** Ich glaube, ein halbes Jahr ist eine relativ lange Zeit, andererseits ist das auch mit Kosten verbunden.

Kann man sich die Inhalte downloaden, um sich diese selbst zu sichern?

**Bierbaum:** Das wird man können. Und wir werden auch Follow-Up-Sessions etwa für Patienten machen. Wir können diesmal keinen Patiententag in der bisherigen Form durchführen.

Man könnte den Patienten doch auch kostenlose Zugänge gewähren.

**Bierbaum:** Die Erfahrung zeigt, dass es schwierig für die Patienten ist, sich zu orientieren. Deswegen haben wir jetzt Patienten und Patientenvertreter angesprochen, die sich den Kongress anschauen, dann Sessions zusammenstellen und moderieren. Diese werden mit freiem Zugang für Interessierte zur Verfügung gestellt, so dass schon eine Vorauswahl da ist und die Leute sagen, das ist verständlich und interessant, das können wir auch nachvollziehen. Diese Auswahl wird darum im Nachhinein auch moderiert angeboten.

Die Zeit-Raum- und Strukturpläne – bleiben die ähnlich wie bei den bisherigen Kongressen oder sind diese auch digital optimiert?

**Theuerkauf:** Wir haben den Kongress, den Live-Anteil, auf zwei Tage komprimiert und werden im Anschluss des Kongresses zielgruppenorientiert oder -sortiert den Kongress in kleineren Einheiten nachvermarkten.

*Nachvermarkten in welcher Form?*

**Theuerkauf:** Na, sagen wir mal, wenn wir zum Beispiel drei gute Sessions finden, die im Bereich der Onkologie hochinteressant wären, was dort in der Versorgungsforschung gerade läuft, dann könnten wir durchaus eine Zielgruppe von 50 bis 100 Onkologen und onkologischen Ärzten finden, die das noch einmal moderiert und nachbereitet bekommen. Das Besondere des Kongresses der Versorgungsforschung ist, dass er ein sehr, sehr breites Spektrum abdeckt.

*Im Prinzip machen Sie ein ganz neues Feld auf, weil die ganze Kooperation mit den Fachgesellschaften damit viel inhaltlicher sein könnte. Da könnte die Versorgungsforschung in andere Kongresse, die indikationsbezogen sind, reingetragen und aktiv angeboten werden.*

**Theuerkauf:** Das ist möglich, ja.

*Das Digital-Format scheint durchaus Charme und Vorteile zu haben, wenn man es ordentlich und auch professionell macht.*

**Bierbaum:** Das glaube ich auch. Für die Versorgungsforschung ist dabei Interaktivität sehr wichtig. Es gibt an den Kongresstagen die Möglichkeit sich einzubringen und Fragen zu stellen, sodass ein Dialog stattfindet. Dieser wird technisch gewährleistet.

*Das wird schon vorgefertigt oder bringt jeder sein eigenes Video?*

**Bierbaum:** Ich denke es ist gut, die Vorträge vorfertigen zu lassen. Man kann einen technischen Check machen, um z.B. die Sprachqualität zu prüfen. Eine Live-Schaltung ist immer mit einem Risiko verbunden, wenn ich aber immerhin den Vortrag habe und es klappt irgendwas nicht mit einer Leitung des Referierenden, dann kann man zumindest den Vortrag zeigen.

*Und man muss es als Chance begreifen, auch neue Formate zu prüfen, die man dann skalieren kann mit der Erfahrung, die man gemacht hat. Ich bedanke mich für das Gespräch, Herr Theuerkauf, Herr Dr. Bierbaum. <<*

*Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.*

**Zum Referentenentwurf des BMG: Verordnung über die Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus (Methodenbewertungsverfahrensverordnung – MBVerfV)**

## Stellungnahme Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung begrüßt den Referentenentwurf des BMG und befürwortet, dass für die Methodenbewertungsverfahren ausdrücklich erlaubt wird, auch Studien mit niedrigeren Evidenzstufen zur Bewertung heranzuziehen, falls für die entsprechende Fragestellung randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), systematische Reviews und/oder Metaanalysen von RCTs bisher nicht vorliegen oder nicht durchgeführt werden können.

>> Die jeweilige Fragestellung ist dabei Ausgangspunkt für die Entscheidung über die notwendige Methodik, die Datenbasis und Datenqualität, aber auch die Einbeziehung notwendiger Fachexpertisen. Neben der ersten Präferenz der Durchführung einer oder mehrerer RCTs ist die Verwendung versorgungsnaher Daten und Evidenz aus nicht-randomisierten Studien, für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu prüfen. Die systematische Integration von Evidenz aus RCTs und aus versorgungsnahen Daten, wie beispielsweise Implementierungs- oder Registerstudien, ist nach unserer Überzeugung der beste Weg, den patientenrelevanten Nutzen und die medizinische Notwendigkeit von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angemessen zu bewerten. Ziel ist eine umfassende evidenzbasierte Übersicht über Ergebnisse verschiedener Studien und ggf. Studientypen, in dem die interne und externe Validität gleichermaßen angemessen berücksichtigt wird.

Der Nachweis des Nutzens (efficacy) durch RCTs und gleichzeitig ein Nachweis der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (effectiveness), zum Beispiel durch pragmatische Trials oder andere Studiendesigns unter Nutzung versorgungsnaher Daten, sollte zukünftig, wie vom DNVF in der Vergangenheit immer wieder betont, noch mehr im Fokus stehen. Auch können qualitative Studien zu Prozessen der Implementierung von Interventionen helfen, die Validität von empirischen Befunden in der Versorgung weiter abzusichern. Die „am besten verfügbare externe Evidenz“ muss nicht in allen Fällen auf dem höchsten Evidenzlevel von systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien (Level 1a) sein. Die Erweiterung des Spektrums bewertungsrelevanter Studienformen und Datenquellen stellt jedoch hohe Anforderungen an die Methodik,

die wissenschaftliche Kompetenz und Erfahrung. Darüber hinaus sind auch die Unabhängigkeit und Objektivität der beteiligten Experten und die Transparenz der Verfahren von großer Bedeutung.

Der vom IQWiG erstellte Rapid Report für Konzepte zur „Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V“ ist ein wesentlicher Schritt zur Einordnung der Nutzung versorgungsnaher Daten für die Bewertung von Therapieeffekten neuer Arzneimittel. Dieser Sichtweise des IQWiG ist der Referentenentwurf des BMG erfreulicherweise gefolgt.

Um methodisch valide Vorgehensweisen zur gemeinsamen Nutzung von RCTs und versorgungsnahen Daten zu erarbeiten, hat das DNVF eine interprofessionelle und interdisziplinäre Ad-hoc-Kommission „Methoden versorgungsnaher Daten“ gegründet. Sie beschäftigt sich damit, wie und unter welchen Bedingungen versorgungsnaher Daten künftig besser genutzt werden können. Es werden Empfehlungen entwickelt, wie bestehende Datenquellen unter welchen Rahmenbedingungen verwendet und ggf. verbessert werden müssen, um evidenzbasierte Aussagen treffen zu können. Im Fokus steht die Entwicklung methodisch valider Lösungen zur gemeinsamen Nutzung von RCTs und versorgungsnaher Daten.

Eine geeignete Methode für die von uns geforderte Integration von Evidenz aus RCTs und aus nicht-randomisierten Studien sind systematische Reviews, die auch in evidenzbasierten Leitlinien für die Ableitung von Empfehlungen herangezogen werden. Das DNVF begrüßt es daher ausdrücklich, dass die Methode der systematischen Literaturrecherche vom BMG zur Ermittlung und Auswertung der vorliegenden Erkenntnisse gefordert wird. Die entsprechende Methodik vermittelt das DNVF u.a. in der jährlich stattfindenden Spring School. <<



## Zum Umgang mit Covid-19-Falschnachrichten in Medien

Fake News sind nicht erst seit Corona in aller Munde. Auch wenn sie gefährlich sind – die Menschen in Deutschland scheinen im Großen und Ganzen gut dagegen gerüstet: Sie haben mehrheitlich ein gutes Wissen und Informationsverhalten zu Covid-19, sie vertrauen am ehesten der Wissenschaft und dem Wissenschaftsjournalismus. Trotzdem kommen Falschnachrichten in allen Medien vor und richten Schaden an. Sie beziehen sich häufig auf Regierungsorganisationen und werden durch Social Media Plattformen nicht konsistent gelöscht oder richtiggestellt. Dabei ist das Richtigstellen von Falschnachrichten vermutlich wirksam, möglicherweise aber nicht bei allen Zielgruppen. Vor allem zeigt es keine unerwünschten Wirkungen. Richtigstellungen sollten von unabhängigen wissenschaftlichen und journalistischen Institutionen vorgenommen werden. Diese sollten gestärkt werden.

>> Der WHO-Generalsekretär hat im Kontext mit Covid-19 den Begriff „Infodemic“ geprägt und meint damit die schädlichen Effekte vielfach verbreiteter Falschnachrichten. Falschnachrichten sind falsche, manipulierte oder verzerrte Aussagen zu Covid-19, die keine satirische oder parodistische Absicht verfolgen [6]. Sie lassen sich erst sicher so bezeichnen, nachdem sie gründlich geprüft wurden.

Während der Corona-Krise können falsche und verzerrte Nachrichten aus zwei Gründen besonderen Schaden anrichten:

1. Falsche Nachrichten über vermeintliche „Heilmittel“ können Menschen zu gefährlichen Handlungen motivieren, die ihnen selbst oder anderen schaden können (z.B. Desinfektionsmittel trinken).
2. Viele verhaltenspräventive Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie funktionieren nur, wenn sie von einem großen Teil der Bevölkerung umgesetzt werden. Falschnachrichten können das Vertrauen in solche Maßnahmen und die Institutionen, die sie durchsetzen sollen, untergraben, ihre Umsetzung gefährden und so die Pandemie-Kontrolle behindern.

Für das Kompetenznetz Public Health zu

Covid-19 und das Netzwerk Gesundheitskompetenz haben wir in einem Rapid Review die aktuelle Evidenz zu Häufigkeit und Inhalten von Falschnachrichten zu Covid-19, zum Informationsverhalten sowie zu Strategien im Umgang mit Falschnachrichten zusammengestellt.

Am meisten vertrauen Befragte in Deutschland bei der Bewältigung der Krise den Ärzten, Krankenhäusern, dem Robert-Koch-Institut und der Wissenschaft [1], bei Informationen vertrauen sie mehrheitlich wissenschaftlichen Einrichtungen und dem Wissenschaftsjournalismus [4].

Falsche Nachrichten zu Covid-19 werden über viele Medien verbreitet. Dabei liegen überwiegend keine frei erfundenen Nachrichten vor, sondern Inhalte werden verzerrt, in einen anderen Kontext gestellt und falsch verkürzt [3,4]. Oft betreffen Falschnachrichten Pläne und Maßnahmen von Regierungs- oder internationalen Behörden (39% der untersuchten Fälle) [3,4]. In den sozialen Medien bleiben 24% bis 59% beanstandeter Posts verfügbar.

Es lohnt es sich, Falschnachrichten richtig zu stellen! Zwar konnten wir zu Covid-19 keine Evidenz finden. Eine Reihe von teils randomisierten Experimenten zu anderen

Themen zeigt jedoch überstimmend:

- a) Falschnachrichten zu Gesundheitsthemen beeinflussen die Einstellung zu bestimmten solidarischen oder präventiven Verhaltensweisen und die Intention, diese umzusetzen, negativ,
- b) Falschnachrichten richtigzustellen kann den negativen Einfluss teilweise umkehren [2,5].

Nachteilige Wirkungen der Richtigstellung wurden dabei nicht beobachtet. Vor allem führte die Konfrontation mit Fakten in den untersuchten Gruppen nicht zu Reaktanz und bestärkte nicht den Glauben in die Falschnachricht [5]. Aktuell bieten im deutschsprachigen Raum unterschiedliche Einrichtungen Faktenchecks von Falschaussagen zu Covid-19 an (journalistischen Organisationen, öffentlich-rechtlicher Rundfunk, wissenschaftliche Einrichtungen, Regierungseinrichtungen). Einige journalistische Organisationen reagieren zudem direkt in sozialen Netzwerken und antworten auf Posts mit Falschaussagen. Es gibt bislang keine zentrale Plattform, über die alle Faktenchecks abrufbar sind und keine einheitlichen methodischen Anforderungen. Weil Falschnachrichten häufig Regierungsorganisationen betreffen, sollten bei der Richtigstellung von Falschnachrichten die wissenschaftlichen und wissenschaftsjournalistischen Organisationen, die eher als unabhängig wahrgenommen werden, eine zentrale Rolle spielen. Ihre Arbeit soll unterstützt und ausgebaut werden. <<

von: **Corinna Schaefer, Eva-Maria Bitzer**

### Literatur

1. Betsch C: COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten, Vertrauen. Stand 27.4.2020 (Version 08-02). Internet: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/cosmo-analysis.html>
2. Bode, L. & Vraga, E. K. (2018) See Something, Say Something: Correction of Global Health Misinformation on Social Media, Health communication doi:10.1080/10410236.2017.1331312.
3. Brennen JS, Simon F, Howard PN, Kleis Nielsen R. Types, sources and claims of COVID-19 misinformation. Factsheet. Apr. 2020. University of Oxford. Internet: <https://t1p.de/fqqs>
4. Kleis Nielsen R, Fletcher R, Newman N, Brennen SJ, Howard PN. Navigating the infodemic: How people in 6 countries access and rate news and information about coronavirus. Reuters Institute. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/infodemic-how-people-six-countries-access-and-rate-news-and-information-about-coronavirus>
5. Schmid, P. & Betsch, C. (2019) Effective strategies for rebutting science denialism in public discussions, Nature human behaviour doi:10.1038/s41562-019-0632-4.
6. Tandoc, E. C., Lim, Z. W. & Ling, R. (2018) Defining “Fake News”, Digital Journalism doi:10.1080/21670811.2017.1360143

### Link

<https://www.public-health-covid19.de/ergebnisse.html>

# DNVf

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVf) e.V. – Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Str. 8 – 14057 Berlin

eMail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de)

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**  
**Hedwig François-Kettner**  
**Dr. med. Matthias Gruhl**  
**Prof. Dr. jur. Dieter Hart**  
**Franz Knieps**  
**Prof. Dr. phil. Holger Pfaff**  
**Prof. Dr. med. Klaus Püschel**  
**Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske**

**Thesepapier 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19**

# Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz

>> Die epidemiologische Situation hat sich insofern beruhigt, als dass sich das sporadische Auftreten von den derzeit dominierenden Herdausbrüchen, die in erster Linie soziale Risikofaktoren (z.B. Wohn- und Arbeitssituation) abbilden, differenzieren lässt. Eine zweite Welle droht derzeit nicht, außer es käme zu einer Situation (z.B. schwere wirtschaftliche Krisen), in der Herdausbrüche zu einer allgemeinen Verbreitung in der Bevölkerung führen (Abb. 1, These 1). Insofern ist zur Steuerung ein Set von epidemiologischen Kennzahlen sinnvoll (s. Dimension 1 im Balanced Infection Control Score in Kap. 2.3), das an die Stelle der bisherigen dramatisierenden Zahlen zur Häufigkeit und Mortalität (4,7% statt real <0,5%) treten sollte: sporadisches und herdförmiges epidemisches Auftreten sowie Infizierte und Erkrankte müssen getrennt berichtet werden, im Vordergrund stehen klinische Endpunkte (z.B. Krankenhausaufnahme), der Bezug zum regionalen Testumfang sollte erkennbar sein, allgemeine repräsentative und spezielle Kohorten (bei besonderen Risikosituationen, z.B. Personal in Einrichtungen) und longitudinale Kohorten mit Progression müssen zugrunde gelegt werden (These 2). Entsprechend müssen die Teststrategien gestaltet werden (These 3).

Zur Prävention werden zunächst die unterschiedlichen Ziele gegeneinander abgewogen: Eradikation, stabile Kontrolle und Herdimmunität. Da eine Eradikation aussichtslos und das Erreichen der Herdimmunität zu schwer steuerbar ist, bleibt als Gebot der Stunde eine stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens, die sowohl unterschiedlich stark ausgeprägte allgemeine Präventionsmaßnahmen (z.B. Verbot von Großveranstaltungen) als auch eine zielorientiert-spezifische Präventionsstrategie umfasst. Dieser „dritte Weg“ (Schrappe et al. 2020C) sieht eine Kombination von ex post-Maßnahmen (z.B. Nachverfolgung von Infektionsketten) und ex ante-Maßnahmen vor (z.B. zugehendes Erkennen von Risikosituationen) (These 4). Epidemien stellen kein rein biologisch-medizinisches Problem dar, sondern sind ebenso als gesellschaftliches bzw. soziales Phänomen zu verstehen, und zwar in zweierlei Hinsicht: erstens verwirklichen sie sich aufgrund sozialer bzw. gesellschaftlicher Risiken (z.B. Arbeitsbedingungen in der Fleischindustrie), zweitens ist ihre erfolgreiche Bekämpfung nur auf der Basis sozialer Interaktionen bzw. Interventionen möglich (ähnlich der modernen infection control-Strategien bei der Bekämpfung nosokomialer Infektionen). Wirksame Präventionsmaßnahmen müssen daher auf der Ebene der Gesamtgesellschaft

## Zusammenfassung

Das Thesepapier 3.0 baut auf den vorangegangenen Papieren (s. MVF 03/20) auf, aktualisiert die epidemiologische Analyse und stellt den „Dritten Weg“ der spezifischen Prävention, die juristische Analyse und die Problematik der Corona-Tracing-App in den Vordergrund. Beschrieben wird eine Strategie zur stabilen Kontrolle des Infektionsgeschehens, Präventionsmaßnahmen, um Risikosituationen zu erkennen. Ebenso der Weg, die in Zeiten der Pandemie eingeschränkten Bürgerrechte in eine Rückkehr zur Normalität zu überführen. Bei dem hier veröffentlichten Artikel handelt es sich um eine Kurzfassung der Vollversion, die bei MVF in einer Online-first-Fassung erschienen ist.

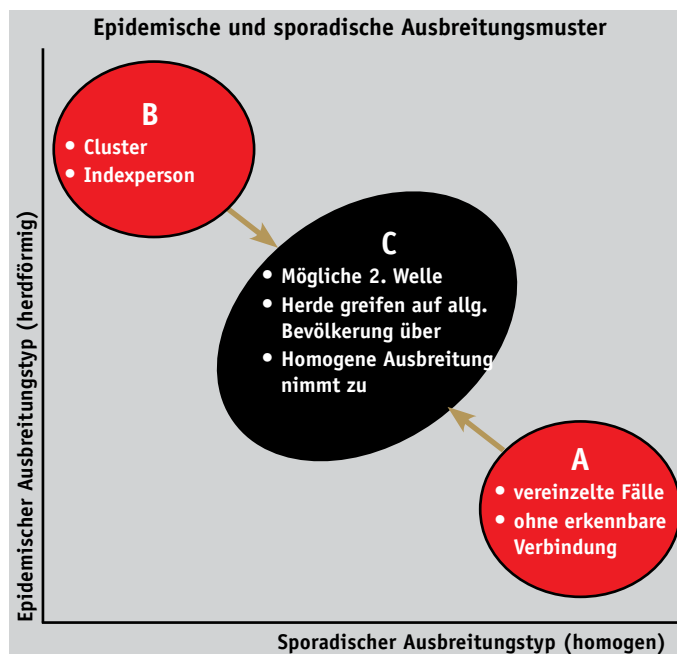
## Schlüsselwörter

Pandemie, SARS-CoV-2, Covid-19, Epidemiologie, Prävention, gesellschafts-politische Relevanz

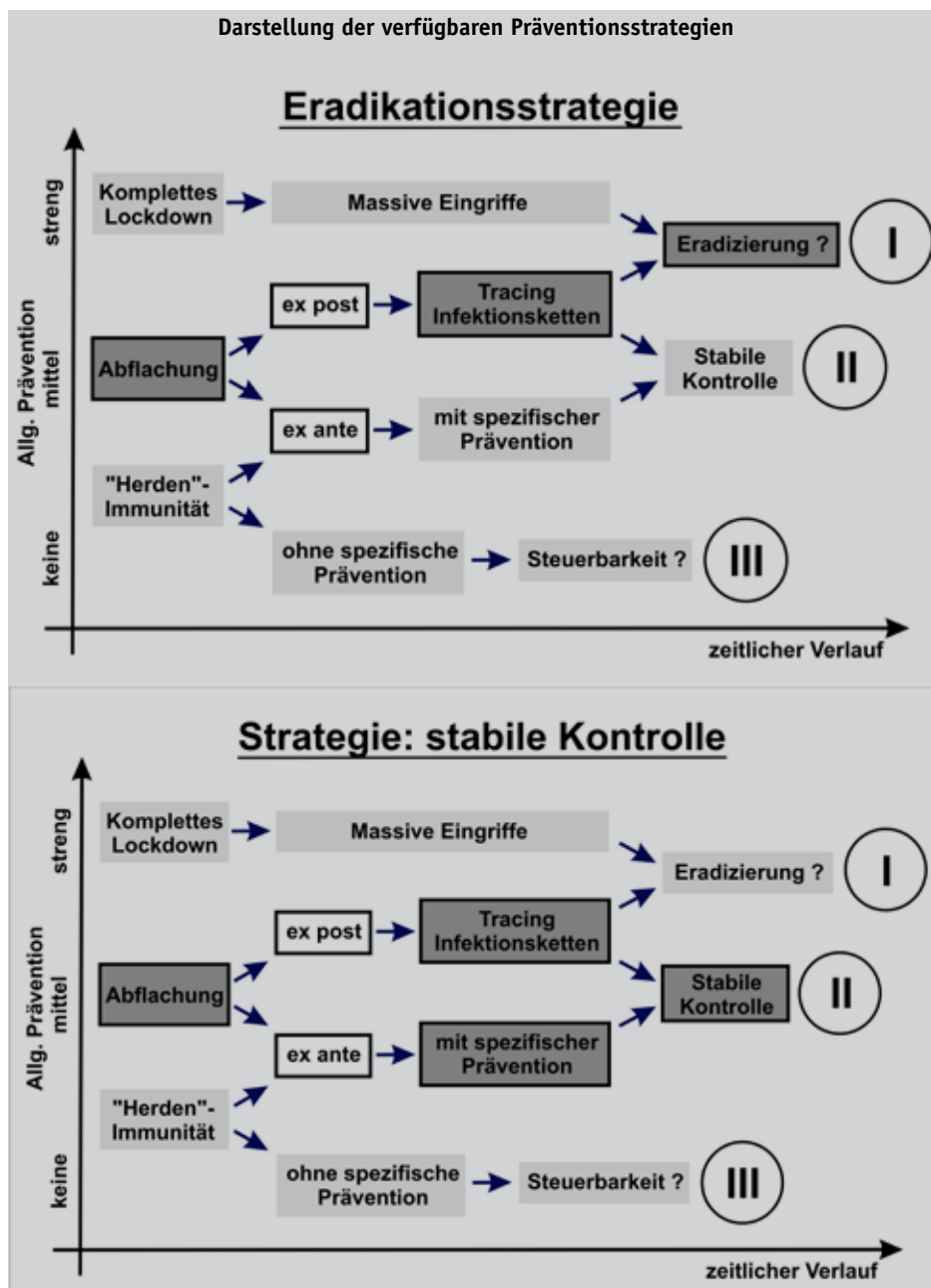
## Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2238

und auf der Ebene der Organisationen den gesellschaftlichen und sozialen Kontext in den Mittelpunkt stellen (These 5). Um hierfür einen „Kompass“ zu entwickeln, wird in Anlehnung an die Balanced Score Card eine vierdimensionale Matrix vorgeschlagen, die die Dimensionen Epidemiologie, Ökonomie, Wissen/Ausbildung sowie Grundrechte vorsieht. Die Zahl der Dimensionen und die darin enthaltenen Kriterien dieses Balanced Infection Control Score umfassen nicht alle möglichen Aspekte, sondern greifen einzelne Aspekte heraus, die als für die Steuerung grundlegend angesehen werden. Die soziale Situation von Kindern und Frauen unter den Bedingungen der Krise und des Lockdowns macht deutlich, wie entscheidend es ist, nicht nur medizinische bzw. epidemiologische Kriterien zu beobachten (z.B. Zahl von Neuinfektionen), sondern auch andere Aspekte wie die soziale Situation zur Steuerung mit heranzuziehen (These 6).



**Abb. 1:** Zwei Ausbreitungsmuster: die sporadische Ausbreitung A ist homogen und zeigt einzelne Fälle ohne erkennbaren Zusammenhang, die epidemische Ausbreitung B tritt dagegen herdförmig auf (Cluster) und lässt sich meist auf eine Indexperson zurückführen („Patient 0“). Eine mögliche „zweite Welle“ tritt auf, wenn es durch große herdförmige Ausbrüche zu einer massiven homogenen Ausbreitung kommt (C).



**Abb. 2:** Darstellung der verfügbaren Präventionsstrategien: Auf der senkrechten Achse ist das Ausmaß der allgemeinen Präventionsstrategien aufgetragen (von „keine“ bis „streng“: kompletter Lockdown). Eine Eradikationsstrategie (I) (oben) kann entweder durch einen kompletten Lockdown mit protrahierten massiven Eingriffen erreicht werden, oder indem eine initiale Abflachung über allgemeine Präventionsmaßnahmen durch eine komplett-vollständige ex post-Nachverfolgung ergänzt wird. Spezifische, ex ante-Präventionsmaßnahmen können zusammen mit Nachverfolgungsstrategien zu einer stabilen Kontrolle (II) führen („dritter Weg“, s. Schrappe et al. 2020). Ohne allgemeine und spezifische Präventionsansätze dominiert der Spontanverlauf („Herdenimmunität“ III), der hier wegen seiner schlechten Steuerbarkeit nicht weiterverfolgt wird.

Wie bereits in Thesenpapier 2.0 ausgeführt, müssen die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. physische Distanz) durch spezifische Präventionsstrategien ergänzt werden, um eine optimale Wirksamkeit zu erreichen. Diese umfassen einerseits den Schutz des einem hohen Risiko ausgesetzten Personenkreises, der z.B. durch einen Risiko-Score identifiziert werden kann (Thesenpapier 2.0). Andererseits muss der Prävention von Herdausbrüchen besondere Aufmerksamkeit zukommen, wie ja durch die aktuelle Situation eindrucksvoll bestätigt wurde. Bei der Prävention von solchen emer-

genten (nicht vorhersehbaren, nicht verhinderbaren) Herdausbrüchen muss man Maßnahmen, mit denen ein Ausbruch eingegrenzt werden kann (ex post-Ansatz), von solchen Maßnahmen unterscheiden, die bereits primär das Auftreten eines Herdgeschehens zu verhindern versuchen (ex ante-Ansatz, These 7). An vier Beispielen wird zunächst der ex post-Ansatz konkret geschildert: präventive Schulungsteams, Krisen-Interventionsteams, pflegerische Notfalldienste und Test-Teams (These 8). Der ex ante-Ansatz steht im nachfolgenden Kapitel zum Öffentlichen Gesundheitswesen im Mittelpunkt, dessen Kompetenz der sozialmedizinischen ex ante-Prävention in Zukunft weiter gestärkt werden muss. Hierzu gehört die frühzeitige Identifikation von möglichen Herdausbrüchen und entsprechenden Risikosituationen durch zugehende, niedrighschwellige Angebote, die möglichst auf den Aspekt sanktionierender Maßnahmen verzichten: die Gesundheitsämter als „Anwälte der Prävention“ (These 9).

In den letzten Wochen stand die Situation von Kindern und Jugendlichen ganz im Zentrum des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses. Zahlreiche epidemiologische und klinische Fragen sind nach wie vor offen, entsprechende Studien sind von größter Wichtigkeit. Outcome-relevante Endpunkte (Erkrankungsrate, Mortalität) sollten Surrogatmarkern (z.B. Viruslast) vorgezogen werden, wobei auch aus letzteren wichtige Erkenntnisse gezogen werden können. Ebenso wichtig sind gesellschaftspolitische Fragestellungen, denn Kinder und Jugendliche bedürfen zur Wahrung ihrer Zukunftschancen der (vor)schulischen Betreuung und Ausbildung, und die Eltern bedürfen in einer arbeitsteiligen Gesellschaft dieser Betreuung, damit sie ihre Arbeit wahrnehmen können. Es stellt sich jedoch zunehmend heraus, dass der Übergang vom Shutdown zu einem geregelten Betrieb der Einrichtungen einen enormen Regelungsbedarf auslöst (These 10).

Ganz im Mittelpunkt dieses Thesenpapiers 3.0 steht wieder die Forderung, sich auf rational begründbare Handlungsgrundlagen zu berufen (und dabei die Mehrdimensionalität der Antworten nicht zu vergessen). Ein wichtiges Beispiel ist die klinische Forschung – die Erkrankung durch SARS-CoV-2/Covid-19 stellt geradezu einen Imperativ zu verstärkter Forschung dar. Nur hierdurch kann diese Erkrankung in ihren pathophysiologischen Zusammenhängen greifbar und dadurch behandelbar werden, so dass sich auch für die gesellschaftliche Wahrnehmung die Chance eines rationalen Umgangs mit dieser Herausforderung ergibt. Die Standards der auf den Erkenntnissen





**Abb. 3:** Balanced Infection Control Score in Anlehnung an die Balanced Score Card von Kaplan und Norton (1996). Vier Dimensionen werden über Kennzahlen erfasst, um die Strategie der Stablen Kontrolle zu beobachten. Neben der infektionsepidemiologischen Dimension, die auch medizinische (Verdrängungs-)Effekte für die Betreuung anderer Erkrankungen umfasst, sind ökonomische, Grundrechts-bezogene und die Ausbildung betreffende Dimensionen Teil dieses breit aufgestellten Kennzahlensystems.

von Evidenz-basierter Medizin und Health Technology Assessment beruhenden klinischen Forschung sind jedoch gerade unter den Bedingungen des enormen Handlungsdrucks als Voraussetzung für jeden Erkenntnisgewinn und die darauf aufbauenden Entscheidungen ernst zunehmen. Schnelligkeit geht schon allein deswegen nicht vor Gründlichkeit, weil die Propagierung falscher Schlussfolgerungen zu falschen Weichenstellungen auf politischer Ebene Anlass geben kann (These 11).

Der Widerspruch zwischen individuellem und gesellschaftlichem Anspruch ist beim Umgang mit pflegebedürftigen und eingeschränkten Personen sowie mit Personen, die sich im Prozess des Sterbens befinden, ganz besonders ausgeprägt, da der Begriff der Würde der einzelnen Person hier ganz akzentuiert hervortritt. Die Situation der entsprechenden Einrichtungen als Hotspots bei der Entstehung von Herdausbrüchen ist gut beschrieben, daher besteht kein Zweifel an der Berechtigung, Einschränkungen z.B. hinsichtlich der Kontakte einzuführen. Allerdings muss in Zukunft mit Nachdruck an Lösungen gearbeitet werden, die eine erträgliche Gestaltung dieser Situation ermöglichen, auch wenn diese Lösungen einen erhöhten Ressourcenbedarf zur Folge haben (Übernahme von Kosten der Testung von Bewohnern und Besuchern etc.) (These 12). Ganz entscheidend ist hierbei die juristische Wertung, denn je weiter sich die Anti-Corona-Politik von allgemein-generellen Maßnahmen („Lockdown“) entfernt bzw. nur einige wenige Maßnahmen grundlegend erhält, desto notwendiger wird zukünftig für die speziellen und spezifischen Präventions- und Reaktionsmaßnahmen (Strategie der stabilen Kontrolle) der Grundsatz der differenzierenden Bewertung, gerade auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten.

Alle Formen von generellen Kontakt- oder Besuchssperren erscheinen insofern problematisch, weil dort wo spezifische Präventionsmaßnahmen möglich und geboten sind, ausnahmslose generelle Verbote nicht mehr angemessen sein werden (These 13). Unter den veränderten Bedingungen von Erkenntnis, Erfahrung und spezifischen Präventionsstrategien werden generelle Isolationen/Sperren

in stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen als gravierende Grundrechtseinschränkungen grundsätzlich unverhältnismäßig (These 14).

Eine wichtige Rolle spielt derzeit, sowohl in der öffentlichen Diskussion als auch im politischen Raum, die sog. Corona-Tracing-App der Bundesregierung. In der rein juristischen Betrachtung begegnet die Corona-Tracing-App in der implementierten Form zunächst keinen wesentlichen rechtlichen Bedenken. Allerdings ist es unbedingt notwendig, diese Einführung gesetzlich abzusichern, um missbräuchliche Verwendungen – zum Beispiel im privaten Geschäftsverkehr – auszuschließen und datenschutzrechtlich bedenkliche Ausweitungen und Begleitnutzungen zu verhindern. Die Organisation der Prozesse im Umfeld dieser App ist verbesserungsfähig (These 15).

Positiv sind insbesondere der dezentrale Ansatz und die open source-Technologie aufgenommen worden, es bleiben jedoch Fragen offen:

- (1) die Anonymität des Nutzers auf der Ebene des Betriebssystems ist unklar;
- (2) die Parametrierung durch den Betreiber z.B. hinsichtlich Kontaktdauer und räumlicher Distanz ist nicht transparent geregelt (neue Einwilligungserklärung bei Änderung notwendig?);
- (3) die Verhältnismäßigkeit der Verhaltensmodifikation durch den Zwang zur Registrierung bei Apple bzw. Google, zum Nicht-Ausschalten des Smartphones sowie zur anhaltenden Aktivierung von Kamera, Bluetooth und (Android) Standortfunktionen erscheint noch nicht abschließend geklärt;
- (4) soziale Aspekte der Ausstattung mit entsprechenden Geräten (z.B. Existenz eines Mobilfunkvertrages) werden ausgeblendet;
- (5) es handelt sich in erster Linie um eine ex post-Maßnahme;
- (6) die Wirksamkeit und Effizienz ist bereits auf den ersten Blick zweifelhaft;
- (7) die Gefahr des Missbrauchs kann nicht ausgeschlossen werden;
- (8) die Nutzung im privaten Geschäftsverkehr mit Aushöhlung der Freiwilligkeit ist laut offizieller Stellen nicht möglich, wird aber bereits diskutiert – besonders deshalb ist eine gesetzliche Regelung dringend geboten.

In einem abschließenden Kapitel wird der soziale und gesellschaftspolitische Bezug der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie problematisiert. Dieser Bezug ist nicht spannungsfrei, denn die Krise fördert staatliche Durchgriffsmöglichkeiten – durchaus gewünscht von der Bevölkerung – und verändert gleichzeitig und deutlich die Priorisierung der gesellschaftlichen Themen. Die entstehende Situation bietet einerseits eine große Dynamik (z.B. werden Fragen gestellt, die vorher tabu waren), andererseits kommt es zu einer massiven Diskursverengung. So herrschen in der öffentlichen Diskussion bestimmte Denk- und Interpretationsmuster in einem Maße vor, dass anderslautenden Meinungen kaum Raum gegeben wird (und im Netz sog. verschwörungstheoretische Formeln großen Zuwachs erfahren). Die Kompetenz einer freiheitlichen Gesellschaft, gerade aus der Pluralität der Kenntnisse und Meinungen ihre besondere Problemlösungskompetenz abzuleiten, wird außer Kraft gesetzt. Diese Anspannung, die dem Ziel geschuldet ist, alle Kräfte zu bündeln, muss jedoch irgendwann wieder aufgelöst werden. Dieses de-briefing führt allerdings in eine Situation, in der die Gesellschaft Lösungen für „nie gestellte Fragen“ finden muss, in jedem Fall eine schwierige Aufgabe. Die Lösung von paternalistischen Konzepten im Regierungshandeln ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, ja geradezu das Vorbild für das Gelingen dieses Normalisierungsprozesses.

Die wichtigsten Botschaften auf einen Blick:

- **Sporadisches und epidemisches Muster differenzieren:** In der epidemiologischen Analyse ist derzeit deutlich das sporadische Auftreten von den aktuellen Herdausbrüchen (bei kritischer Wohn- oder Arbeitssituation) abzugrenzen, beide müssen getrennt berichtet und adressiert werden (Abb. 1).
- **Dysfunktionale Dramatisierung:** Das Berichtswesen des Robert Koch-Institutes (RKI) bzw. der Bundesregierung muss dringend aktualisiert werden, ein hier vorgelegter Vorschlag umfasst die differenzierte Darstellung von sporadischen und epidemischen Fällen und den Bericht von Versorgungs-relevanten Krankheits-zuständen (z.B. asymptomatische Infizierte, stationäre Behandlungsbedürftigkeit).
- **Stabile Kontrolle des Infektionsgeschehens:** Eine Eradikation der Epidemie ist nicht erreichbar, möglich ist aber eine stabile Kontrolle sporadischer Fälle, vor allem aber von Herdausbrüchen (die nicht vorhersehbar und nicht zu verhindern sind).
- **Situation ist beherrschbar:** Durch ein vorbereitetes und gut ausgerüstetes Gesundheitswesen ist die derzeitige Situation beherrschbar, daher sollte die Diskussion um die Aufhebung des Pandemie-Status und der Einschränkung der Grundrechte eröffnet werden (Wahrung der Verhältnismäßigkeit).
- **Balanced Infection Control Score:** Zur Einschätzung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist eine mehrdimensionale Matrix notwendig, die nicht nur infektionsepidemiologische Kennzahlen umfasst, sondern auch solche aus den Bereichen Ökonomie, Grundrechte und Wissen/Ausbildung.
- Der „**dritte Weg**“: Erfolgreiche Prävention umfasst neben allgemeinen und nachfassenden Maßnahmen vor allem Zielgruppenorientierte, spezifische Maßnahmen
- **Klinische Forschung fördert den rationalen Umgang:** die Aufarbeitung der klinischen und pflegerischen Fragestellungen, die Covid-19 betreffen, stellen ein zentrales Element eines rationalen Umgangs der Gesellschaft und der Bevölkerung mit der Epidemie dar.
- **Die Würde des Menschen:** Besonders bei Langzeitpflege, Behinderungen oder im Prozess des Sterbens müssen alle erdenkbaren Anstrengungen unternommen werden, um Situationen und Maßnahmen zu verhindern, die die Würde des Menschen einschränken. Rechtlich erscheinen allgemeine Einschränkungen dann als besonders problematisch, wenn spezifische, individuelle Lösungen möglich sind und die Verhältnismäßigkeit durch die allgemeine Verbesserung der epidemiologischen Situation in Frage steht.
- **Corona-Tracing-App wirft beunruhigende Fragen auf:** Anonymität, Standortbestimmung, Freiwilligkeit, Verhaltensmodifikation, Wirksamkeit und Effizienz – zu allen diesen Aspekten (und weiteren) sind erhebliche Zweifel angebracht. <<

### Theses paper 3.0 on the pandemic by SARS-CoV-2/Covid-19: A first Balance

The Thesispaper 3.0 builds on the previous papers (see MVF 03/20), updates the epidemiological analysis and focuses on the „third way“ of specific prevention, legal analysis and the problem of the corona tracing app. A strategy for stable control of the infection process is described, prevention: measures to identify risk situations. Likewise, the way to bring civil rights, which were restricted in times of the pandemic, back to normal. The article published here is a short version of the full version, which was published by MVF in an online first version.

#### Keywords

Pandemic, SARS-CoV-2, Covid-19, epidemiology, prevention, sociopolitical relevance

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Schrappe et al.: „Thesepapier 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: Eine erste Bilanz“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 47-51 doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2238

### Lesehinweis

Die Vollversion des „Thesepapiers 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19“ finden Sie als Online-First-Publikation auf dem Online-Portal von „Monitor Versorgungsforschung“ unter [www.m-vf.de](http://www.m-vf.de)

**Prof. Dr. med. Matthias Schrappe**

Internist, Infektiologe, 1996 bis 2001 QM Univ.-Klinik Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbevollmächtigter Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vorsitzender d. QMG, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit und Risikomanagement“. Kontakt: matthias@schrappe.com

**Hedwig François-Kettner**

ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); Diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande.

Kontakt: francois-kettner@progewi.de

**Dr. med. Matthias Gruhl**

ist Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin. Klinische Tätigkeiten in Aachen, Neu Guinea und Minden, Hafendarzt in Bremen. Seit 1985 in obersten Landesgesundheitsbehörden in Hessen, Bremen und Hamburg tätig, von 2012 bis 2020 bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, zuletzt dort Staatsrat.

Kontakt: hbzr186@gmail.com

**Prof. Dr. jur. Dieter Hart**

Professor am Fachbereich Rechtswissenschaft der Universität Bremen i. R.; Schwerpunkt Medizinrecht; langjähriger Leiter und geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht (heute Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht); langjähriger Vorsitzender der Ethikkommission des Landes Bremen; Mitbegründer und ehemaliges Vorstandsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.

Kontakt: hart@uni-bremen.de

**Franz Knieps**

leitet seit dem 1. Juli 2013 als Vorstand den BKK Dachverband. Der 1956 geborene Jurist, Politik- und Literaturwissenschaftler weist jahrzehntelange Erfahrung im deutschen und internationalen Gesundheits- und Sozialwesen auf.

Kontakt: franz.knieps@bkk-dv.de

**Prof. Dr. phil. Holger Pfaff**

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

**Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

studierte Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, ist seit 1976 am Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. 1983 habilitierte er sich, 1985 wurde er zum Professor für Rechtsmedizin berufen. 1989 bis 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Essen, seit 1991 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Mitglied der LEOPOLDINA, Nationale Akademie der Wissenschaften. Kontakt: pueschel@uke.de

**Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske**

ist seit 1999 Professor für Public Health und Arzneimittelversorgungsforschung im SOCIUM (früher ZeS) der Universität Bremen, Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und von 2003 bis 2010 Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit.

Kontakt: glaeske@uni-bremen.de





Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA  
 Prof. Dr. phil. Marcel Konrad  
 Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

## Adhärenz von Herz-Kreislauf- und Diabetes-Therapien vor und während der Covid-19-Sperre

Hypertonie ist jedes Jahr weltweit für mehr als sieben Millionen Todesfällen verantwortlich, was etwa 13% aller Todesfälle ausmacht [1]. In Deutschland wird Hypertonie bei mehr als 60% der Personen im Alter von 65 Jahren und darüber diagnostiziert [2]. Diabetes mellitus (DM) ist eine der häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen, von der etwa 7% der Menschen in Deutschland betroffen sind [3]. DM ist einer der Hauptrisikofaktoren für Hypertonie [4]. Die meisten Hypertonie- und DM-Patienten benötigen eine medikamentöse Therapie, häufig eine Polypharmakotherapie, um eine optimale Blutdruck- und Blutzuckereinstellung zu erreichen [4,5]. Zur Behandlung von Hypertonie [4] und DM [5] werden mehrere Medikamentenklassen empfohlen. Allerdings ist die Adhärenz in diesen Therapien nach wie vor ein häufiges Problem [6, 7]. Die aktuelle Coronavirus-Pandemie hat starke Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme weltweit. Die Erhaltung der Adhärenz bei Patienten mit chronischen Krankheiten während einer Pandemie kann zu einer großen Herausforderung für Ärzte und Apotheken werden [8]. Es besteht die Gefahr, dass die gute Versorgung von Covid-19-Patienten die Versorgung von etwa 19 Millionen Patienten mit Hypertonie [9] und über 7 Millionen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 [10] negativ beeinflussen könnte. Bisher wurden noch keine Studien über Verordnungen von blutdrucksenkenden und antidiabetischen Medikamenten oder über die Einhaltung dieser Therapien durch die Patienten während der Pandemie veröffentlicht. Es ist zu erwarten, dass die Menschen in dieser Zeit mit geringerer Wahrscheinlichkeit therapietreu sind. Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung der Zahl der Patienten zu untersuchen, die im ersten Quartal 2020 kardiovaskuläre oder diabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten.

>> Diese Querschnittstudie basierte auf den Daten aus der IMS LRx-Datenbank (von IQVIA). Diese Datenbank hat Zugriff auf Apotheken-Rechenzentren in ganz Deutschland, da sie Verordnungsdaten aller deutschen gesetzlich versicherten Patienten verarbeitet, die für Erstattungszwecke verwendet werden. Die Datenbankeinträge erfassen patientenspezifische Daten über die Zeit, einschließlich anonymisierter Identifikationsnummer, Alter, Geschlecht, Region Verordnungsdatum und Präparate bis zur Packungsebene. Informationen zu Diagnosen sind in dieser Datenbank nicht enthalten. Im März 2020 enthielt die LRx-Datenbank über 80% aller landesweit ausgestellten Verschreibungen [11]. Schließlich wurde diese Datenbank auch in früheren Studien zur Medikamentenverwendung verwendet [12,13].

### Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, die Entwicklung der Zahl der Patienten zu untersuchen, die im ersten Quartal 2020 kardiovaskuläre oder antidiabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten. Diese Kreuzselektionsstudie basierte auf den Daten von mehr als 10 Millionen Patienten in der IMS-Längsschnitt-Verschreibungsdatenbank (LRx). Das Ergebnis dieser Studie war die Entwicklung der Zahl der Patienten, die im März 2020 kardiovaskuläre oder antidiabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten, im Vergleich zu März 2019. Von März 2019 bis März 2020 gab es einen starken Anstieg der Verschreibungen von kardiovaskulären oder antidiabetischen Medikamenten, wobei der größte Anstieg in der Altersgruppe der 18-40-Jährigen und der geringste Anstieg in der Altersgruppe der über 80-Jährigen zu verzeichnen war. Die Zahl der Patienten, die ihre Medikamente in der Apotheke erhielten, war im März 2020 deutlich höher als im März 2019, was ein Indiz für eine gute Therapietreue sein könnte. Zusätzliche Studien sind erforderlich, um die Adhärenz während der Covid-19-Pandemie und mögliche Altersunterschiede bei der Adhärenz zu untersuchen.

### Schlüsselwörter

Covid-19, Coronavirus, Adhärenz, Hypertonie, Diabetes, Querschnittstudie

### Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2239

Das Outcome dieser Studie war die Entwicklung der Zahl der Patienten, die im März 2020 kardiovaskuläre oder diabetische Medikamente aus der Apotheke erhielten, im Vergleich zu März 2019. Die relative Differenz wurde wie folgt berechnet:

$$\frac{\text{Patienten im März 2020} - \text{Patienten im März 2019}}{\text{Patienten im März 2019}} * 100\%$$

Dieser Anstieg wurde für alle Patienten berechnet sowie nach Altersgruppen (18-40, 41-60, 61-80, >80) und Geschlecht (männlich, weiblich) stratifiziert.

Die analysierten therapeutischen Klassen wurden auf der Grundlage der Anatomischen Klassifikation der pharmazeutischen Produkte ausgewählt. Zu den kardiovaskulären Medikamenten zählten Diuretika (DIU), Betablocker (BB), Kalziumkanalblocker (KKB), ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Antagonisten, Lipidsenker, und Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Zu den Antidiabetika gehörten orale Antidiabetika, GLP-1-Antagonisten und Insuline. In Deutschland können alle diese Medikamente nur auf ärztliche Verschreibung abgegeben werden.

Diese Studie ist deskriptiver Natur, und es wurden keine Hypothesen getestet.

### Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt die Anzahl der Patienten, die jedes Medikament erhalten haben, sowie Alter und Geschlecht der Patienten im März 2019 und März 2020. In beiden Zeiträumen waren Betablocker die Therapieklasse mit den höchsten Patientenzahlen, gefolgt von ACE-Hemmern und Angiotensin-II-Antagonisten. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 68 und 76 Jahren im März 2019 und 65 und 75 Jahren im Jahr 2020. Je nach Medikamentenklasse waren 42%-57% der Patienten weiblich,

Im Vergleich zu März 2019 betrug der Anstieg im März 2020 39% für Angiotensin-II-Antagonisten, 33% für Lipidsenker und 32% für KKB, 30% für BB, 27% für ACE-Hemmer, VKA und orale Antidiabetika, 24% für Diuretika und 18% für Insuline.

Dieser Anstieg war altersabhängig. Der größte Anstieg wurde in der Altersgruppe der 18-40-Jährigen festgestellt (z.B. 57% für VKA

und 52% für KKB und Angiotensin I-antagonisten), und der geringste Anstieg trat in der Altersgruppe der über 80-Jährigen auf (z.B. 10% für VKA, 9% für orale Antidiabetika und 3% für Insuline) (Abb. 1).

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf diesen Anstieg (Abbildung 2).

### Diskussion

Nach unserem besten Wissen ist dies die erste Studie, die sich mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Ordnungsverhalten von Ärzten bei Patienten mit Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland befasst. In unserer Studie haben wir gezeigt, dass die Zahl der Patienten, die ihre Medikamente in der Apotheke erhalten, im März 2020 deutlich höher war als im März 2019.

Vergleichbare Ergebnisse wurden für die Behandlung von Typ-1-Diabetes sowie für Asthma und COPD gefunden. Bonora und Kollegen zeigten, dass Patienten, die sich in einer Lockdown-Phase befanden, ihre Glukosekontrolle verbesserten, während diejenigen, die weiter arbeiteten, keine Verbesserung zeigten [14]. Kaye und Kollegen berichteten, dass sich die Medikamentenanhaftung während der Covid-19-Pandemie bei Patienten mit Asthma und COPD verbesserte [15].

Bislang gibt es keine vergleichbaren Studien über die Zunahme der Verschreibungen. Bei der Erörterung der Ursachen dieses Phänomens lassen sich drei Ebenen unterscheiden: eine soziale Ebene, eine ärztliche Ebene und eine patientenbezogene Ebene.

Möglicherweise gibt es auf der sozialen Ebene eine Übertragung des Kaufverhaltens im Bereich der finanziellen Absicherung (vermehrter Goldkauf), der Bevorratung von haushaltsnahen Gütern und Lebensmitteln auch auf die Versorgung von Medikamenten. So wurden in der Gesundheitspolitik Maßnahmen ergriffen, um staatlicherseits eine gleichmäßige Versorgung mit Arzneimitteln zu gewährleisten. Der Anstieg der Verordnungen ließe sich in dieser Perspektive als ein allgemeines Phänomen der Bevorratungshaltung in Krisenzeiten begreifen [16].

In Deutschland wurden im Rahmen des Lockdowns auf Ebene der Einzelpraxen eine Kontaktvermeidungsstrategie betrieben. Um Quarantäne bedingte Schließungen von Praxen zu vermeiden, erfolgte eine Umstellung der Versorgung von personalen Kontakten auf telefonische, videogestützte oder E-Mail Kontakte. Zum Beispiel wurden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt, ohne dass eine Befund am Patienten erhoben wurde. Medikamentenverordnungen wurden nicht mehr durch den Arzt gesteuert, sondern erfolgte auf Veranlassung durch den Patienten per E-Mail, Telefon oder Video-Kontakt. Patienten standen vor verschlossenen Praxistüren, wurden durch Informationsschriften an der Praxistür oder postalisch oder elektronisch aufgefordert, mitzuteilen, wie der Medikationsbedarf sei [17, 18].

Ein wichtiger Grund für den Anstieg der Medikamentenkäufe könnte die Angst vor Arzneimittelknappheit sein, da viele Medika-

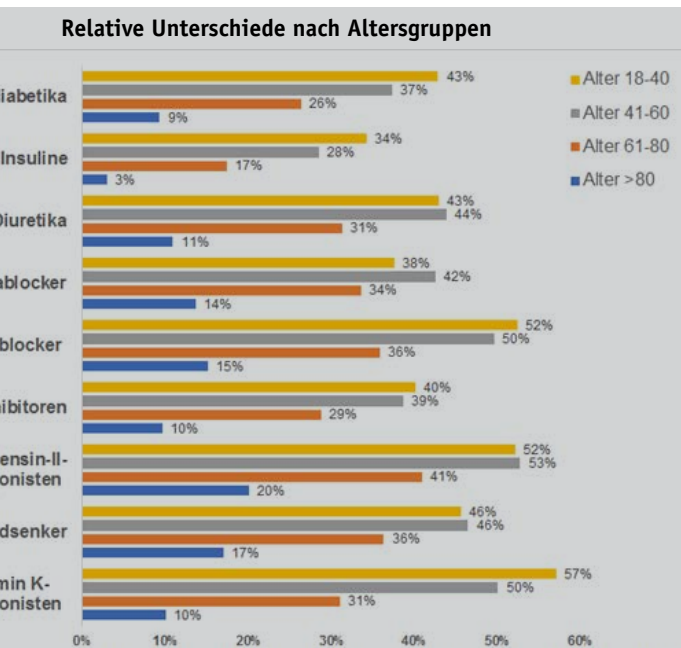


Abb. 1: Relative Unterschiede in der Patientenzahl im März 2020 gegenüber März 2019 nach Altersgruppen.

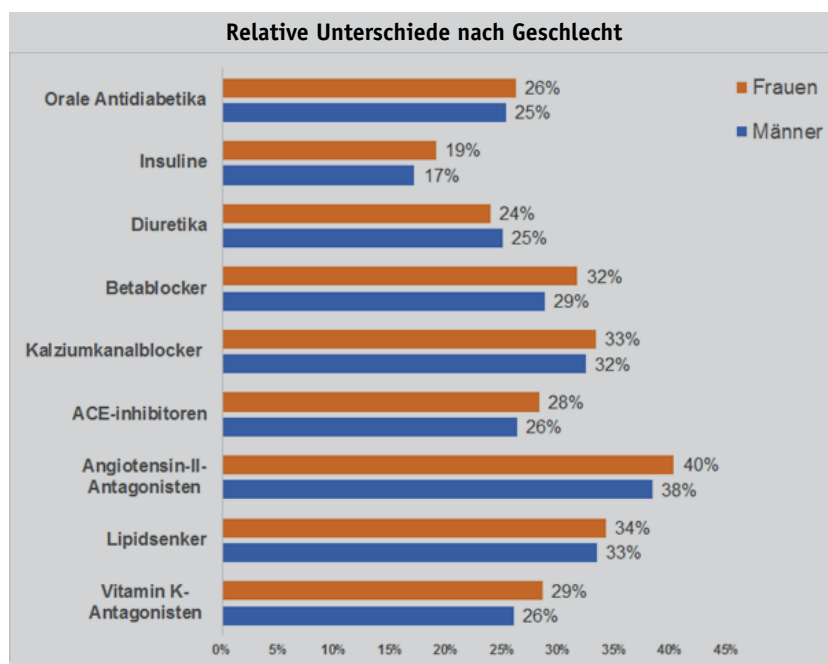


Abb. 2: Relative Unterschiede in der Patientenzahl im März 2020 gegenüber März 2019 nach Geschlecht.

mente in Ländern hergestellt werden, in denen die Pandemie früher als in Deutschland einsetzte (z. B. China). Angst vor der Schließung der Apotheken sowie Arztpraxen könnte auch zu Vorsorge mit Medikamenten führen. Ebenso können aktuelle Covid-19 bezogene Lebensumstände dafür verantwortlich sein, dass vermehrt Medikamente zum Zeitpunkt des Lockdowns nachgefragt werden. Z. B. kann eine persönliche Quarantäne angeordnet sein, die den Arztbesuch verhindert. Zu Beginn der persönlichen Quarantäne werden dann alle notwendigen Versorgungsgüter auch die Medikation nachgefragt.

Es ist auch wahrscheinlich, dass Patienten mit chronischen Krankheiten, die auf eine kontinuierliche Medikation angewiesen sind, zu Beginn der Sperre nicht bis zum nächsten regulären Arzt-

Demografische Charakteristika der Studienpatienten						
Therapiekategorie	März 2020			April 2020		
	Anzahl der Patienten	Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	Weibliche Patienten (%)	Anzahl der Patienten	Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	Weibliche Patienten (%)
Orale Antidiabetika	941,938	68.9 (12.2)	46.8%	1,182,290	67.9 (12.2)	47.0%
Insuline	502,305	66.7 (16.5)	46.5%	592,293	65.0 (17.1)	46.9%
Diuretika	1,242,650	76.0 (12.9)	56.4%	1,540,512	74.6 (12.9)	56.2%
Betablocker	2,382,686	71.0 (13.6)	57.0%	3,091,812	69.9 (13.5)	57.5%
Kalziumkanalblocker	1,240,072	71.9 (13.1)	54.4%	1,641,836	70.6 (13.1)	54.5%
ACE-inhibitoren	1,943,753	69.4 (13.9)	49.2%	2,461,294	68.2 (13.7)	49.6%
Angiotensin-II-Antagonisten	1,538,674	69.6 (13.1)	56.1%	2,138,610	68.5 (13.0)	56.4%
Lipidsenker	1,390,208	71.5 (11.8)	46.4%	1,850,559	70.5 (11.7)	46.6%
Vitamin K-Antagonisten	129,199	74.2 (12.8)	41.9%	163,388	72.6 (13.3)	42.4%

Tab. 1: Demografische Charakteristika der Studienpatienten.

termin (z.B. im April) gewartet haben, sondern bereits im März die Medikamente (z.B. Antidiabetika oder Blutdrucksenker) für das nächste Quartal angefordert haben.

Die bereits erwähnten Studien von Bonara et al. und Kaye et al. deuten darauf hin, dass sich die Medikamentenadhäsion in Krisenzeiten verbessert [14, 15].

Neben der Adhärenz könnten auch andere Faktoren die Veränderungen im Verordnungsverhalten erklären. Während der Anstieg der Medikamentenkäufe in März bei Frauen und Männern ähnlich aussah, bestand ein großer altersabhängiger Unterschied. Am geringsten war der Anstieg bei den über 80-Jährigen. Es gibt Hinweise darauf, dass die Adhärenz bei älteren Patienten besser ist als bei jüngeren Patienten [19]. Für die hier gefundenen Verhältnisse gibt es bisher keine Erklärung. Folgende Hypothesen können diskutiert werden:

#### Panik verhindert den Kontakt mit dem Arzt

Das Risiko der Mortalität und schweres Covid-19-Verlaufs ist im hohen Alter und hoher Multimorbidität am stärksten. Der Anteil tödlich verlaufender Erkrankungen bei den über 80-Jährigen lag in einer chinesischen Studie bei knapp 15% [20]. Dieses Phänomen wurde öffentlich sehr breit diskutiert. Über 80-jährige könnten sich deshalb aus Angst und Panik in die Isolation begeben, die Wohnung nicht mehr verlassen und sind deshalb nicht mehr zum Arzt oder in die Apotheke gegangen. Viele älteren Menschen sind zudem nicht technikaffin, dass sie über E-Mails die Medikamente angefordert hätten. Diese Erklärung gilt allerdings nicht für pflegebedürftige alte Menschen, die durch einen mobilen Pflegedienst versorgt werden. Diese Pflegedienste stellen die Medikamentöse Versorgung sicher.

#### Ältere Menschen sind entspannter

Angesichts ihrer Lebenserfahrung während und nach dem Krieg können viele ältere Menschen davon ausgehen, dass die Krise nicht so ernst sein wird wie befürchtet. Sie können darauf vertrauen, dass sie ihre Medikamente auch während des Einschlusses erhalten. Daher nimmt der Kauf von Arzneimitteln in den ältesten Altersgruppen zwar zu, ist aber deutlich weniger stark ausgeprägt als in

den jüngeren Altersgruppen. Ein vergleichbarer Alterseffekt wurde z.B. bei Ärzten während der Covid-19-Pandemie beschrieben. Ältere, erfahrenere Ärzte sind weniger gestresst als jüngere, weniger erfahrene Ärzte [21]. Es ist auch bekannt, dass das Alter mit einer besseren Therapietreue bei der Behandlung von Hypertonie assoziiert ist [19].

#### Ältere Menschen vertrauen der Meinung ihres Hausarztes

Ältere Menschen könnten ihren Hausarzt oder Pflegedienst anrufen und gesagt bekommen, dass es keinen Grund zu Panik gibt, und dass die Medikamentenversorgung auch während Lockdowns gewährleistet ist. Basierend auf dieser Aussage und dem Vertrauen gegenüber dem langjährig bekannten Hausarzt, sind die älteren Leute nicht voreilig in die Apotheken gegangen.

#### Ältere Patienten zeigen eine langsame Reaktion

Mehr als 50% der über 80-Jährigen leiden entweder an leichter kognitiven Störung (MCI) oder Demenz [22]. Es ist denkbar, dass diese Menschen aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen nicht sofort auf die Sperrmeldungen reagiert haben. Ältere Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen waren entweder gar nicht alarmiert oder gerieten in Panik. Beide Phänomene können zu einer verminderten Medikamentenanhaftung führen. Mendes und Kollegen berichten, dass ein höheres Maß an Angst, Depression und kognitiver Beeinträchtigung mit einer geringeren Therapietreue bei der Diabetesbehandlung assoziiert ist [23]. Es wurde auch festgestellt, dass kognitive Störungen die Therapietreue bei der Behandlung von Hypertonie negativ beeinflussen [24].

Keine dieser Hypothesen kann derzeit bestätigt werden, und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass mehrere Hypothesen bis zu einem gewissen Grad gleichzeitig gültig sind. In einer Übersicht listen Yuen und Kollegen eine Vielzahl weiterer psychologischer Ursachen auf, die mit Panikkäufen als Folge einer Pandemie in Verbindung gebracht werden können [16, 25]. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, inwieweit die über 80-Jährigen im April/Mai 2020 ihre gewohnten Medikamentenrationen erhalten und inwieweit die Verschreibungen an jüngere Patienten zurückgehen werden.

Die beiden Hauptstärken der vorliegenden Querschnittsstudie



sind die hohe Zahl der Patienten, die für die Analyse zur Verfügung stehen, und die Verfügbarkeit von aktuellen Daten (Daten bis März 2020). Nichtsdestotrotz sollten diese Ergebnisse vor dem Hintergrund mehrerer Einschränkungen interpretiert werden. Erstens liefert die LRx-Datenbank keine Informationen über Diagnosen (z.B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, Typ 1 oder 2 Diabetes) und den Schweregrad der Erkrankung. Zweitens basiert LRx auf Apothekendaten. Es liegen daher keine Informationen über Arztkonsultationen vor, um zu untersuchen, ob Medikamente direkt in der Praxis oder telefonisch (mit Faxversand des Rezeptes an die Apotheke) verschrieben wurden. Drittens enthält die von uns verwendete Datenbank weder die Praxis noch den Arzt als separate Variablen, und Ärzte haben einen Einfluss auf die Adhärenz der von ihnen behandelten Patienten.

Zusätzliche Studien sind erforderlich, um die Adhärenz während der Covid-19-Pandemie sowie mögliche Altersunterschiede zu untersuchen. Es ist auch wichtig, bei einigen der am meisten gefährdeten Patienten, älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen, eine gute Medikamentenanhaftung zu gewährleisten. <<

## Literatur

1. WHO, Raised blood pressure. Accessed 17 June, 2017.
2. Neuhauser HK, Adler C, Rosario AS, Diederichs C, Ellert U. (2015) Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in Germany 1998 and 2008-11. *J Hum Hypertens* 29, 247-253.
3. Heidemann C, Du Y, Schubert I, Rathmann W, Scheidt-Nave C. Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus. *Bundesgesundheitsbl.* 2013;56:668-77.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2018;36(10):1953-2041
5. International Diabetes Federation Guideline Development Group. Global guideline for type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;104(1):1-52. doi:10.1016/j.diabres.2012.10.001.
6. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, de la Sierra A, Volpe M. Current Situation of Medication Adherence in Hypertension. *Front Pharmacol.* 2017 Mar 1;8:100.
7. Blüher M, Kurz I, Dannenmaier S, Dworak M. Pill Burden in Patients With Type 2 Diabetes in Germany: Subanalysis From the Prospective, Noninterventional PROVIL Study. *Clin Diabetes.* 2015 Apr; 33(2): 55-61.
8. Kretchy IA, Asiedu-Danso M, Kretchy JP. Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from LMICs. *Res Social Adm Pharm.* 2020 Apr 15. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.04.007 [Epub ahead of print]
9. Holstiege J et al. Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung –aktuelle deutschlandweite Kennzahlen. *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01.* Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.01.
10. Goffrier B et al. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03.* Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.03
11. Richter H, Dombrowski S, Hamer H, Hadji P, Kostev K. Use of a German longitudinal prescription database (LRx) in pharmacoepidemiology. *Ger Med Sci.* 2015 Aug; 13:Doc14.
12. Gossen N, Jacob L, Kostev K. Second-line therapy with biological drugs in rheumatoid arthritis patients in German rheumatologist practices: a retrospective database analysis. *Rheumatol Int.* 2016 Aug; 36(8): 1113-8.
13. Kap E, Kostev K. The role of general practitioners and psychiatrists in issuing initiation and follow-up prescriptions for selective serotonin (norepinephrine) reuptake inhibitors in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2019 Jul;57(7):329-33
14. Bonora BM, Boscaro F, Avogaro A, Bruttomesso D, Fadini GP. Glycaemic Control Among People with Type 1 Diabetes During Lockdown for the SARS-CoV-2 Outbreak in Italy [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Diabetes Ther.* 2020;1-11. doi:10.1007/s13300-020-00829-7
15. Kaye L, Theye B, Smeenk I, Gondalia R, Barrett MA, Stempel DA. Changes in medication adherence among patients with asthma and COPD during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2020 May 1]. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;S2213-2198(20)30412-8. doi:10.1016/j.jaip.2020.04.053
16. Yuen, K.F.; Wang, X.; Ma, F.; Li, K.X. The Psychological Causes of Panic Buying Following a Health Crisis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 3513.
17. Trethewey SP, Beck KJ, Symonds RF. Video consultations in UK primary care in response to the COVID-19 pandemic. *Br J Gen Pract.* 2020;70(694):228-229. Published 2020 Apr 30. doi:10.3399/bjgp20X709505
18. Hagge D, Knopf A, Hofauer B. Chancen und Einsatzmöglichkeiten von Telemedizin in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde bei der Bekämpfung von SARS-COV-2 : Narratives Review [Telemedicine in the fight against SARS-COV-2-opportunities and possible applications in otorhinolaryngology : Narrative review] [published online ahead of print, 2020 Apr 16]. *HNO.* 2020;1-7. doi:10.1007/s00106-020-00864-7
19. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol.* 2019;10:168. Published 2019 Mar 1. doi:10.3389/fphar.2019.00168
20. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2020;41(2):145-151. doi:10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003
21. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care among Medical and Nursing Staff in Wuhan during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: a Cross-sectional Study. *Brain Behav Immun* 2020; doi:10.1016/j.bbi.2020.03.028
22. Bickel, H, Hendlmeier, I; Heßler, J B; Junge, M N; Leonhardt-Achilles, S; Weber, J; Schäufele, M The Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment in Hospitals. Results from the General Hospital Study (GHoSt). *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 733-40. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0733
23. Mendes R, Martins S, Fernandes L. Adherence to Medication, Physical Activity and Diet in Older Adults With Diabetes: Its Association With Cognition, Anxiety and Depression. *J Clin Med Res.* 2019;11(8):583-592. doi:10.14740/jocmr3894
24. Chudiak A, Uchmanowicz I, Mazur G. Relation between cognitive impairment and treatment adherence in elderly hypertensive patients. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1409-1418. Published 2018 Aug 6. doi:10.2147/CIA.S162701
25. Arafat SMY, Kar SK, Marthoenis M, Sharma P, Hoque Apu E, Kabir R. Psychological underpinning of panic buying during pandemic (COVID-19) [published online ahead of print, 2020 May 6]. *Psychiatry Res.* 2020;289:113061. doi:10.1016/j.psychres.2020.113061

## Adherence to cardiovascular and diabetes therapies prior to and during the Covid-19 lockdown

The aim of this study was to examine the development in the number of patients receiving cardiovascular or antidiabetic medications from pharmacies in the first quarter of 2020. This cross-sectional study was based on the data from more than 10 million patients in the IMS longitudinal prescription (LRx) database. The outcome of this study was the development in the number of patients receiving cardiovascular or diabetic medications from pharmacies in March 2020, compared to March 2019. From March 2019 to March 2020, there was a strong increase in cardiovascular and antidiabetic prescriptions. The largest increase was found in the age group of 18-40 years and the smallest increase occurred in the age group over 80 years. The number of patients receiving their drugs from pharmacies was significantly higher in March 2020 than in March 2019, which is an indication of good therapy adherence. Additional studies are needed to examine adherence during the Covid-19 pandemic and possible age differences in adherence.

### Keywords

Covid-19, coronavirus, adherence, hypertension, diabetes, cross-sectional study

### Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter von IQVIA in Frankfurt am Main. Marcel Konrad und Jens Bohlken haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

### Zitationshinweis

Kostev, K., Konrad, M., Bohlken, J.: „Adhärenz von Herz-Kreislauf- und Diabetes-Therapien vor und während der Covid-19-Sperre“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 52-56, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2239

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

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

Kontakt: karel.kostev@iqvia.com



#### Prof. Dr. phil. Marcel Konrad

ist Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement, insb. Pflegemanagement an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Er lehrt am FOM Hochschulzentrum in Frankfurt am Main und ist kooptierter Wissenschaftler am Institut für Gesundheit & Soziales der FOM. Er studierte Diplom-Ergotherapie und Therapiewissenschaften (M.Sc.). Seine Arbeitsschwerpunkte sind psychische Störungen, psychosoziale Therapien und Versorgungsforschung. Kontakt: marcel.konrad@fom.de



#### Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig. Er studierte Medizin in Marburg sowie Soziologie in Frankfurt und Marburg. Seine Schwerpunkte liegen in der Therapie und Versorgung von Demenzpatienten. Er leitet seit Jahren das Demenz-Referat im Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN).

Kontakt: dr.j.bohlken@gmx.net



Prof. Dr. rer. pol. Diane Robers  
Dr. phil. nat. Sabine Lischka-Wittmann

## Service Innovation in der medizinischen Information

Die Digitalisierung der Medizin macht es möglich, Krankheiten schneller zu erkennen, besser zu überwachen und neue Erkenntnisse bei der individuellen Therapieentscheidung zeitnah zu berücksichtigen. Auch die Chemie- und Pharmabranche stellt sich diesem Wandel, wenngleich sie bei der Digitalisierung in Deutschland eher im Mittelfeld der gewerblichen Wirtschaft liegt. Im Fokus der aktuellen Betrachtungen stehen dabei vorrangig die Aktivitäten der Big Tech Unternehmen oder Digital Healthcare Start-ups sowie deren Wege bei der Medikamentenentwicklung unter Einsatz von Big Data oder KI. Wenig beleuchtet wird dagegen, wie sich die Pharmabranche mit ihren oftmals erklärungsbedürftigen Produkten aufstellt, um mittels digitaler Tools und Service Innovationen die für Patienten und medizinische Fachkräfte relevanten Informationen zu ihren Produkten und Services zu kommunizieren. Die Sicht des Patienten ohne medizinische Vorbildung ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie der Bedarf für wissenschaftlich fundierte Information seitens der medizinischen Fachkräfte. Nachfolgende Ausführungen widmen sich deshalb diesen neuen Ansätzen in der medizinischen Information.

>> Arzneimittelhersteller haben zumeist einen wissenschaftlichen Informationsdienst („Medizinische Information“ oder „Medical Information“) etabliert, dessen eigentliche Funktion darin liegt, Fragen zur korrekten Verwendung der in Verkehr gebrachten Produkte zu beantworten. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Beantwortung von regulatorischen Anforderungen seitens FDA, EMA, BfArM oder anderer Aufsichtsbehörden. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die zahlreichen Fragen, die von Angehörigen der Heilberufe (Healthcare Professionals, HCP) und von Patienten an die verschiedenen Fachabteilungen der Pharmaunternehmen gerichtet werden. In Deutschland sind dies ca. 750.000 Anfragen pro Jahr (vfa, 2018). Der Dienst sammelt und stellt Informationen über die eigenen Medikamente aus internen klinischen Datenbanken oder externen Quellen zusammen. Deren Produktexperten stellen auf Anfrage wissenschaftlich fundierte und ausgewogene Arzneimittel-Informationen zur Unterstützung therapeutischer Entscheidungen oder deren praktischem Einsatz zur Verfügung.

### Neue Anforderungen an die medizinische Information und (digital) Patient-Centricity

Die Anforderungen an das hierfür notwendige State-of-the-Art Wissen, das immer umfangreicher wird und die gebotenen Reaktionszeiten, die immer kürzer werden, steigen stetig. So sind Pharmaunternehmen beispielsweise verpflichtet, unerwünschte Ereignisse aus allen Teilen der Welt innerhalb von 14 Tagen an die Europäische Arzneimittel-Agentur zu melden, um die Compliance zu gewährleisten. Technologische Fortschritte wie zentralisierte Datenbanken

### Zusammenfassung

Welche neuen Wege geht die Pharmabranche, um mittels digitaler Tools und Service Innovationen die relevanten Informationen zu ihren oftmals erklärungsbedürftigen Produkten an Patienten und medizinische Fachkräfte zu kommunizieren? Nicht zuletzt durch die digitalen Möglichkeiten für Anbieter und Nachfrager eröffnet sich ein neues Feld für Service Innovationen in der medizinischen Information. Hauptanliegen ist es den „Kunden“ mit seinen Bedürfnissen in den Mittelpunkt aller Aktivitäten zu stellen („User or Patient Centricity“). Werthaltige, leicht zugängliche und verständlich vermittelte Informationen sowie neue Kommunikationskanäle und -medien werden immer wichtiger. Ziel ist es, den Anfragenden vor allem eine Vereinfachung z.B. über mobile Zugänge und digitale, effiziente Prozesse zu bieten, die neben einer hohen inhaltlichen Qualität und guten Lösungen eine zunehmend entscheidende Rolle für Komfort, Betreuung und Gesundheitszustand spielen. Am Fallbeispiel von Lilly Medical Affairs wird die Einführung eines globalen Innovationsprozesses, Rahmenbedingungen sowie wesentliche Voraussetzungen und Meilensteine beschrieben. Zu den Erfolgsfaktoren zählen klare Verantwortlichkeiten auf Seiten des Unternehmens und der Führungskräfte, Akzeptanz und Motivation auf Mitarbeiterseite und ein von Anfang an mitgeplantes KPI-System zur Steuerung und Erfolgsmessung der Innovationsinitiativen.

### Schlüsselwörter

Service Innovation, medizinische Information, Patientenzentrierung, Digitalisierung, Innovationsprozess, Innovationscontrolling

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2240>

und Repositorien erleichtern dieses Maß an Transparenz und reduzieren Diskrepanzen oder Konflikte in medizinischen Informationen. Gleichzeitig steigt die Komplexität pharmazeutischer Produkte und ihre Etikettierung wird komplizierter. Medizinische Informationsteams müssen deswegen heute in der Lage sein, hochspezialisierte Antworten auf eine breitere Palette von Anfragen zu geben. Tatsächlich erwarten viele HCPs zunehmend medizinische Informationen „on demand“. Neben den klassischen Kanälen (wie Briefe oder Telefonate) gewinnt der digitale Austausch über Websites, Videokonferenzen oder Online-Chats weiter an Bedeutung. McKinsey sieht in der Vision 2025 für den Bereich „Medical Affairs“ weitere Potenziale, um die Leistungsfähigkeit von Datenanalyse- sowie Digital-Engagement-Techniken zu nutzen. Dabei steht das Sammeln, Integrieren und Interpretieren von Daten im Mittelpunkt: „Die schnellzyklische, integrierte Evidenzgenerierung in der Gesundheitsökonomie und Outcome-Forschung [...] wird durch Mikroanalysen unterstützt, die die große Menge an verfügbaren Informationen auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten zuschneiden. Die Teams von medizinischen Einrichtungen werden durch ihr tiefes Verständnis der Wissenschaft, ihrer Datenkapazitäten und ihres Dialogs mit den Interessengruppen in der Lage sein, zu verstehen, wie sie die erforderlichen Beweise für die Unterstützung des gesamten Lebenszyklus des Angebots zur Optimierung der Patientenergebnisse suchen können“ (McKinsey.com, 2020).

Während sich durch die digitalen Möglichkeiten auf Anbieterseite Anpassungen für die zukünftige Ausprägung der medizinischen Information ergeben, verändert sich gleichzeitig die Seite der Anfragenden durch zunehmende Transparenz über das Web und besser aufgeklärte Patienten. So verweist die Roadmap „Digitale Gesundheit“ der Bertelsmann Stiftung mit Fokus „digitaler Patient“ bei ihren Handlungsempfehlungen auf die Wichtigkeit von Kommunikation und Information (wie „Informationskompetenz stärken – Ärzte befähigen gute Online Gesundheitsinformationen zu empfehlen“, oder



„mehr Reichweite für hochwertige Gesundheitsinformationen schaffen“) (Bertelsmann Stiftung, 2018). Kommunikation wird als einer der großen Treiber für die digitale Transformation in der Pharmabranche gesehen. Dies erfordert eine stärkere Ausrichtung an den immer individueller werdenden Bedürfnissen der Patienten im Sinne einer Patient-Centric-Kommunikation. Die Kluft zwischen den Erwartungen der Patienten und dem, was die HCPs derzeit bieten, wird größer. Aus diesem Grund kontaktieren die Patienten die Pharmaindustrie zunehmend durch direkte Anrufe, um die Lücke zu füllen. Die Patienten wünschen sich Hilfe bei den Grundlagen – aber auch Unterstützung und Ermutigung während der gesamten Behandlung. So erlebten Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung, die mit ihren ärztlichen Konsultationen unzufrieden waren, eine größere Auswirkung ihrer Krankheit auf ihr Leben und ihre Arbeit (Siegel, 2016).

Studien zeigen, dass Patienten bereit sind, sich an das Pharmaunternehmen zu wenden, um Unterstützung bei der Therapie und beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung zu erhalten: 70 Prozent der Patienten mit chronischer Krankheit glauben, dass das Pharmaunternehmen ihnen bei der Einnahme ihrer Medikamente helfen sollten; 89 Prozent der Patienten mit einer chronischen Krankheit glauben, dass das Pharmaunternehmen ihnen helfen sollte, ihre Therapie zu verstehen; 76 Prozent der Patienten glauben, dass die Pharmaindustrie eine Verantwortung für die Bereitstellung von Informationen und Dienstleistungen hat, die ihnen helfen, ihre eigene Gesundheit zu managen (Veeva.com, 2020). Um diesen Herausforderungen zu begegnen, müssen sich Healthcare-Unternehmen entsprechend aufstellen, indem sie die notwendigen Technologien sowie geeignete Plattformen und werthaltige Inhalte für die Nutzer bereitstellen (McKinsey.com, 2020).

### Service Innovationen – Spektrum und Ansatzpunkte

Die zunehmende Dienstleistungsorientierung von Anbietern wird im Kontext der Forschung zu Dienstleistungsinnovation und Geschäftsmodellinnovation unter den Begriffen „Servitization“ verstärkt seit dem Jahr 2010 diskutiert: „[the] service-dominant logic, is applied which re-frames both product and services as „service“ where value is co-created between parties“ (Barnett, 2013). Ziel ist es dabei, den Kunden bzw. Nutzer in den Mittelpunkt der Innovationsentwicklung zu stellen. Dienstleistungen werden üblicherweise in Abgrenzung zum Produkt durch die Kriterien immaterieller Beschaffenheit, Gleichzeitigkeit von Produktion und Verbrauch und nicht Lagerfähigkeit definiert. Sie entstehen durch die Interaktion von Leistungserstellung und Leistungskonsum, d.h. Anbieter und Nachfrager/Anfragende sind beide in den Dienstleistungsprozess involviert und tragen zum Ergebnis bei. Üblicherweise werden Service Innovationen auf Basis ihrer Input-, Prozess- und Outputkomponenten definiert; entsprechend breit ist das Spektrum: „Service innovation comprises new or significantly improved service concepts and offerings as such [...], as well as innovation in the service process, service infrastructure, customer processing, business models, commercialisation (sales, marketing, delivery), service productivity and hybrid forms of innovation serving several user groups in different ways simultaneously“ (European Commission, 2012). Beschäftigt man sich mit Zukunftstrends im Kontext der neuen technologischen Möglichkeiten, so werden vier wesentliche Entwicklungen für die Dienstleistungsgestaltung relevant: Personalisierung, Virtualisie-

rung, Hybridisierung und Automatisierung (Spath, 2010). Die Dimensionen beschreiben Gestaltungsmöglichkeiten für die Leistung als solche und die Auswirkungen auf den Prozess der Leistungserstellung. Service Innovationen nutzen häufig neue technologische Möglichkeiten, um einen bestehenden Prozess zwischen Nutzer und Anbieter zu optimieren oder einen neuen Prozess zu realisieren. Die dahinter liegende infrastrukturelle Basis oder Technik wird vom Nutzer häufig nicht explizit wahrgenommen, sie dient eher dazu, den Zugang zu Informationen zu erleichtern, Kundenfeedback einzuholen oder Individualisierung zu ermöglichen und damit das Leistungserlebnis für den Kunden zu verbessern. Ziele, die Unternehmen mit digitalen (Service-)Innovationen verfolgen, sind neben Umsatzsteigerung und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit auch Effizienzsteigerung, Qualitätsverbesserungen und eine bessere Kundenbindung (Lünendonk, 2019).

Was bedeuten Service Innovationen im Kontext des Marktes für Gesundheitsinformationen? Dieser Markt wächst zunehmend, wengleich er durch eine große Vielzahl unterschiedlicher Anbieter, Komplexität und teilweise sogar Intransparenz gekennzeichnet ist. Die digitale Interaktion wird durch Smartphones, Wearables und Sprachassistenten immer leichter. USA und Großbritannien machen es vor – immerhin hat die britische Gesundheitsbehörde (NHS) im Sommer angekündigt, mit dem US-Technologiekonzern Amazon zusammenzuarbeiten, um ihre Gesundheitsinformationen zu transportieren (KMA-online.de, 2020).

Die Bertelsmann Stiftung hat hierzulande untersucht, wie Patienten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen (Informationen zu Symptomen, Erkrankungen, Diagnosen) vorgehen. Für die breite Bevölkerung gelten Ärzte und Ärztinnen sowie traditionelle Massenmedien nach wie vor als wichtige und vertrauenswürdige Quellen. Das Internet und vor allem die Nutzung von Suchmaschinen hat jedoch für die aktive Informationssuche an Bedeutung gewonnen (Bertelsmann Stiftung, 2018).

Eine weitere Studie von PwC unterstreicht, dass jeder vierte Bundesbürger an einer verbesserten Patientenberatung über das Internet interessiert ist. Beliebt sind dabei Gesundheitsportale, Internetseiten von Gesundheitsmagazinen oder auch Foren und Blogs zu Gesundheitsthemen. Weniger häufig werden in diesem Zusammenhang Seiten von Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen oder Behörden aufgerufen (PwC, 2018). Dies zeigt die Notwendigkeit für die Experten in diesem Feld, die Informationsversorgung der Zielgruppen über neue Medien besser zu gestalten und den Wert medizinischer Informationen aktiv zu propagieren.

Ein besseres Verständnis und eine bessere Akzeptanz digitaler Kanäle bei HCPs, Gesundheitssystemen und Patienten bedeuten nämlich auch, dass Anfragen zu medizinischen Informationen über mehrere Kanäle kommen. Während direkte Telefonate nach wie vor von großer Bedeutung sind, werden digitale Kanäle wie firmeneigene Websites, Videokonferenzen und Online-Chats von den Interessengruppen häufiger genutzt, um Informationen anzufordern und spezifische Produkthanfragen zu stellen. In einer McKinsey Befragung wurde unterstrichen, dass persönliche Beziehungen zwischen HCPs und MSLS zwar nach wie vor von großer Bedeutung für allgemeine Aktualisierungen und allgemeine Informationen sind, HCPs aber zunehmend auch digital interagieren (McKinsey, 2015).

### Use Case (Lilly Medizinische Information)

Lilly hat im Jahr 2019 einen globalen Innovationsprozess auf-

gesetzt, um die 127 Mitarbeiter im Bereich Medical Affairs Central Capabilities auf die Transformationsreise im Bereich Medizinische Information mitzunehmen. Ziel war dabei, den Anteil der Service Innovationen bezüglich Angebots-, Prozess- und Ergebniskomponenten zu erhöhen. Dabei sollten die Vorteile eines globalen Unternehmens mit interkulturellem Wissen und einer pragmatischen Vorgehensweise genutzt werden. Eine Herausforderung war hierbei, einen Innovationsprozess einzuführen, ohne auf eine Innovationsabteilung mit entsprechenden Ressourcen oder spezifischem Fachwissen zurückgreifen zu können. Die Initiative wurde von den verantwortlichen Direktoren der Länder in Abstimmung mit dem Leadership Team aufgesetzt. Im Rahmen eines Kick-off Workshops wurden erste Ideen gesammelt und ein Prototyp für einen globalen Innovationsprozess für den Bereich Medical Affairs Central Capabilities entwickelt. Die Konzeptionierung, Pilotierung und Einführung des Prozesses wurde an den Kundenbedürfnissen (wie einfacher Zugang zu Information über mobile Geräte oder Sprachassistenten, reibungslose zeitsparende Prozesse oder einfache komfortable Lösungen bereitstellen) ausgerichtet. „Innovationsprozesse werden [...] nur dann erfolgreich sein, wenn es gelingt, die Einbettung neuer [...] Dienstleistungen in organisationale [...] Zusammenhänge zu verbessern.“ (Fraunhofer, 2011). Bei der Gestaltung des Prozesses zur Ideeneinreichung und -evaluierung wurde darauf geachtet, dass dieser globale Aspekt berücksichtigt, das Tool einfach zu bedienen ist und Entscheidungen zur Weiterführung von Ideen schnell getroffen werden können. Entsprechend schlank wurde der zweistufige Prozess mit zwei Entscheidungs-Gates aufgesetzt. Das Prozesstool wird sowohl für Einreichungen als auch zur Dokumentation der Entscheidungsfindung verwendet. Die Bewertung der Ideen erfolgt nach Kriterien wie Strategischer Fit, Relevanz/Kundenwert, technische Machbarkeit und Realisierungswahrscheinlichkeit. Beispiele für neue Servicekomponenten sind neue digitale Kanäle (Smart TV, Multimedia) und Self-Services für Kunden und Stakeholder sowie Automatisierung

repetitiver Aufgaben durch RPA (Bots) als auch die Bereitstellung virtueller Meetingräume und Avatare für Events und Schulungen.

Von Anfang an wurden Controllingaspekte in Form von wesentlichen Messkriterien (KPIs) zur Steuerung und Erfolgsmessung der Innovationsaktivitäten mitgedacht. Hierunter fallen sowohl KPIs, die Zielerreichung (z.B. auf Projekt- oder Portfolioebene) abbilden als auch Kennzahlen, die die Effektivität und Effizienz des Innovationsprozesses selbst bewerten. Beispiele für entsprechende KPIs sind „Employee Acceptance“, „Number of overall Ideas per quarter“, „Portfolio Balance“ oder „Customer satisfaction increase“. Die KPIs werden für die Management-Berichterstattung zur Erläuterung von Gründen und Erfolgen (wenige, wert- und effizienzgetriebene KPIs) verwendet, dienen aber auch zur Messung der Erfüllung der vorrangigen Ziele von Medical Affairs Central Capabilities, die sich an den Hauptkategorien Kunde/Markt sowie internen Effizienzen orientieren, um das Innovationsportfolio zu steuern (richtige Projekte, richtiges Timing). Der Innovationsprozess wurde im ersten Quartal 2019 global in 32 Ländern ausgerollt. Ein Globales Steering Team der Direktoren aus den Regionen fungiert als Entscheidungsträger, erstellt Leitfäden für die Priorisierung und ist verantwortlich für die Beschaffung von Ressourcen.

## Erfolge und Lessons learned

Wenn ein Unternehmen beschließt, sich der Entwicklung von (Service-)Innovationen professionell anzunehmen, sollte die Kommunikation zu den (betroffenen) Mitarbeitern von Beginn an eingeplant werden. Grundlegend und entscheidend für den Erfolg ist letztendlich die Akzeptanz der Mitarbeiter, sich aktiv am Ideenprozess zu beteiligen. Schließlich sind die Mitarbeiter quasi als „Dienstleistungsproduzenten“ verantwortlich für die vom Kunden empfundene Qualität und Innovativität der Services. Sie brauchen ein klares „Go“ der Führungskraft, um ihre Mitwirkung zu legitimieren, sollten aber

## Literatur

- Accenture-patient-services. (2016). Retrieved from file:///C:/Users/xg02532/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/78SVM54V/Accenture-patient-services-2016-survey-results-v2.pdf
- Barnett, N. (2013). Servitization: Is a Paradigm Shift in the Business Model and Service Enterprise Required? Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jsc.1929>
- Bertelsmann Stiftung. (2018). Retrieved from [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Bibliothek/Doi\\_Publikationen/VV\\_Studie\\_Gesundheitsinfos\\_Interviews.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Bibliothek/Doi_Publikationen/VV_Studie_Gesundheitsinfos_Interviews.pdf)
- Cyperfection.de. (2019). Retrieved from <https://www.cyperfection.de/blog/umfrage-was-bedeutet-die-digitale-transformation-fuer-die-pharma-und-healthcarekommunikation/>
- European Commission. (2012). The Smart Guide to Service Innovation.
- Fraunhofer. (2011). Retrieved from <https://wiki.iao.fraunhofer.de/images/studien/innovationsprozesse-managen.pdf>
- Hibbard, J., & Greene, J. (2012). Health Affairs, 31(3), 560-568.
- Hibbard, J., & Greene, J. (2013). Health Affairs, 32(2), 207-214.
- Hibbard, J. (2004). Health Service Research, 39(3), 1005-1026.
- kakooi.de. (2019). Retrieved from <https://www.kakooi.de/pharma-digitalisierung-strategie/>
- Kessels, R. (2003). J Royal Society Medicine, 96(5), 219-222.
- KMA-online.de. (2020). Retrieved from <https://www.kma-online.de/aktuelles/it-digital-health/detail/gesundheitsinformationen-per-sprachassistent-a-42286>
- Kotter, J. P. (1990). A Force For Change: How Leadership Differs From Management. New York: Free Press.
- Lünendonk. (2019). Innovative Geschäftsmodelle, Produkte und Services. Mindelheim.
- McKinsey. (2015). Retrieved from <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/how-pharma-manufacturers-can-enhance-their-medical-information-teams?cid=eml-web#>
- McKinsey.com. (2020). Retrieved from <https://www.mckinsey.com/industries/pharmaceuticals-and-medical-products/our-insights/a-vision-for-medical-affairs-in-2025>
- Nease, R. (2013). Health Affairs, 32(2), 242-249.
- New England Healthcare Institute, T. (n.d.). The 7th Vital Sign. Journal of General Internal Medicine.
- O Luga, & McGuire. (2014). Risk Manag Healthc Policy, 7, 35-44.
- PwC. (2018). Future Health. Düsseldorf.
- Salt-solutions.de. (2019). Retrieved from <https://www.salt-solutions.de/solutions/detail/aktuelle-trends-in-der-chemie-und-pharmabranche.html>
- Siegel, C. (2016). Patient, 9(1), pp. 79-89.
- Spath, D. (2010). Zukunftstrends der Dienstleistungswirtschaft. 30. Stuttgarter Unternehmergespräch, 11. November 2010.
- Veeva.com. (2020). Retrieved from <https://www.veeva.com/wp-content/uploads/2014/04/Great-Expectations-Why-Pharma-Companies-Cant-Ignore-Patient-Services.pdf>
- vfa. (2018). Retrieved from file:///C:/Users/DianeIsabelle/Downloads/positions-papier-medizinische-information%20(4).pdf
- Viswanathan, M. (2012). Ann Intern Med, 157(11), 785-795.

auch in den erforderlichen Kompetenzen (Fach- und Sozialkompetenz, hohe Dienstleistungs- und Kundenorientierung sowie ggfs. technisches Know-how) weitergebildet werden. Häufig ist im Kreis der Initiatoren klar, welche Anstöße und Ideen sie erwarten. Die Übersetzung aber, was genau mit „Service Innovation“ oder dem Ideenprozess gemeint ist und in welcher Form die Mitarbeiter daran mitwirken können, bedarf jedoch verschiedener (nachhaltiger) Impulse und Erklärungen, damit sie bei den Adressaten ankommt. Damit die Innovationsinitiative „lebt“ sollte den Mitarbeitern neben

dem Tagesgeschäft entsprechend Freiraum und Zeit für die Ideenentwicklung eingeräumt werden. Bei Lilly bekamen die Mitarbeiter dafür jeweils freitags ein entsprechendes Zeitkontingent („thinking time“). Dennoch traf die Anzahl der eingereichten Ideen in den ersten Wochen nach Start der Initiative nicht die Erwartungen der Initiatoren. Das Beispiel reflektiert ein häufig auftretendes Phänomen bei der Initiierung von Innovationsinitiativen bei Mitarbeitern. Zu Beginn werden die Erklärungsbedürftigkeit des Themas und die erforderliche Kommunikation (in Art und Frequenz) oftmals unterschätzt. Ähnlich wie bei Change Programmen sollte der Leitsatz „communicate seven times in seven different ways“ gelten, durch persönliche Kommunikation, etwa bei Führungskräfte- und Mitarbeiterveranstaltungen, Workshops, in Memos oder über Newsletter und natürlich das persönliche Vorleben durch die Führungskraft selbst (Kotter, 1990).

Um den Bereich Medical Affairs Central Capabilities bei Lilly dazu zu bewegen, sich mit dem neuen Innovation Submission Process und Tool stärker zu beschäftigen, wurde eine wöchentliche E-Mail-Kampagne namens SPARK implementiert, die zum Ziel hat, innovatives Denken und eine kreative Einstellung zu fördern. Im Idealfall soll die Kraft aller Köpfe genutzt werden. Im Rahmen der Kommunikation wurden deswegen Elemente digitaler Bildung und Lernmöglichkeiten integriert, damit die Mitarbeiter verstehen, was Innovation ist und was neue Angebote, Prozess- oder Technologiekomponenten für Lilly und seine Kunden bringen. Die SPARK Kampagne wurde in vier Phasen geplant und begleitet die Mitarbeiter in verschiedenen Stufen über die Sensibilisierung für das Thema („Awareness“) in die Ideengenerierung („Engaged“) und aktive Ausarbeitung („Energized“) bis hin zur Implementierung und Pilotierung („Involved“). Das Projektengagement wird durch anonymisierte Metriken über die Interaktion mit der E-Mail-Kommunikationskaskade gemessen. Wichtig ist dabei, transparent zu machen, was die Vorteile für den Mitarbeiter und das Unternehmen sind und dass die Beiträge der Mitarbeiter wertgeschätzt und wertvollen Input für den Bereichs- und Unternehmenserfolg darstellen. So konnte die Beteiligung der Mitarbeiter auf rund 78 Prozent gesteigert werden. Mittlerweile gibt es fünf Champions, die sich zusätzlich zu ihrer Tätigkeit für SPARK eigenmotiviert engagieren und über entsprechende Freiheitsgrade in der Umsetzung verfügen. Die Mitwirkenden werden für ihr Engagement entsprechend ausgezeichnet und gewürdigt: Für Ideeneinreichungen



Abb. 1: Förderung des Innovationsdenkens SPARK Kampagne.

und das Passieren des ersten Meilensteins (Gate 1) bekommen sie eine monetäre Anerkennung und Visibilität im Team. Ab Gate 2 können sie die Projektleitung für ihre Ideenausgestaltung übernehmen und bekommen ggfs. einen Mentor zur Seite gestellt für die Erstellung und Einreichung eines Business Case und erhalten für die eigene Entwicklung freie Zeit (Freistellung vom Job bis Projektumsetzung).

Zum Jahresende 2019 konnten bereits erste Erfolge sowohl intern als auch extern nachgewiesen werden: So wurden von der Mannschaft 31 Ideen eingereicht, von denen sich vier in der Umsetzung befinden. Dabei stammen 95% der Ideen aus der Region Europa. Die Zufriedenheit der Kunden wird in einer regelmäßigen Kundenbefragung anhand der Frage „Würden Sie den (neuen) Service weiterempfehlen?“ gemessen. Dabei wird die Methode „Top2 Boxes“ verwendet. Die Top2Box ist der Prozentsatz der Befragten, die entweder die oberste Box (extrem zufrieden) oder die zweite Box (zufrieden) ausgewählt haben. Die Kundenzufriedenheit stieg von 68 Prozent im Jahr 2018 auf 71 Prozent in 2019 (Response Rate 20%).

## Fazit/Ausblick

Ein Jahr nach Einführung des Innovationsprozesses kann die Initiative, Service Innovation im Bereich Medical Affairs Central Capabilities systematisch aufzusetzen, insgesamt als Erfolg gewertet werden. Sie wird somit weiter verfolgt und hinsichtlich des Bedarfs von Mitarbeitern und Kunden stetig verbessert. Wesentliche „Lessons learned“ und Erfahrungen aus dem ersten Jahr werden dabei eingearbeitet: Neben der weiteren regionalen Implementierung in einzelnen Ländern bedeutet Innovation zu betreiben, auch Mitarbeiter abzuholen und Kultur zu verändern. So bedarf es zur zielgerichteten Ideenentwicklung einerseits thematisch fokussierter spezifischer Problem- und Fragestellungen (bspw. als Wettbewerb Challenge zu einem Thema), andererseits soll der Wunsch der Mitarbeiter, sich aktiv einzubringen und Kampagnen selber zu tragen, stärker berücksichtigt werden. Innovation ist eine Top Priorität des Unternehmens; dies trifft auch auf die medizinische Information zu, die sich speziell zum Ziel gesetzt hat, Services schneller und kundenorientierter anzupassen. Hierzu braucht es sowohl verschiedene Methoden der Kreativität als auch Führungskräfte als Treiber und eine klare Ausgestaltung und Messung von Erfolgskomponenten.

Das Thema Service Innovation mit werthaltigen, leicht zugäng-



lichen und verständlich vermittelten Informationen wird immer wichtiger, für Angehörige der Heilberufe ebenso wie für Patienten. Generell gilt: Guter Service mit hochwertiger qualitativer Information unterstützt die Betreuung und somit den Gesundheitszustand des Patienten. Ein gut informierter Patient hat bessere Aussichten, mit seiner chronischen Krankheit umzugehen, und stellt beim Arzt die relevanten Fragen. (Accenture-patient-services, 2016). Leider verlassen immer noch mehr als 40-70% der Patienten die Praxis, ohne zu verstehen, was ihnen gerade gesagt wurde. (Kessels, 2003)

So überrascht es nicht, dass nur 20% der Verordnungen tatsächlich eingelöst werden. Von den Menschen, die ihre Therapie beginnen, brechen 50% die Behandlung nach 6 Monaten ab (Viswanathan, 2012). In den USA betragen die Kosten aufgrund der schlechten medizinischen Adhärenz jedes Jahr fast 300 Milliarden US-Dollar (New England Healthcare Institute; O Luga & McGuire, 2014). Ein bescheidener Anstieg der Adhärenzraten hat erhebliche klinische Vorteile und wirtschaftliche Auswirkungen für alle Beteiligten. So zeigen Studien, dass eine hohe Patientenaktivierung mit besseren Gesundheitsergebnissen, besseren Patientenerfahrungen und niedrigeren Kosten in Verbindung gebracht werden können. Dies kann durch eine ausgewogene medizinische Information und Aufklärung unter Einbezug der Möglichkeiten der Digitalisierung erreicht werden. <<

### Service innovation in medical information matters

What new ways does the pharmaceutical industry undertake to use digital tools and service innovations to communicate the relevant information about its complex products to patients and medical professionals? New digital opportunities rise for demand and supply, a new field for service innovations in medical information is opening up. User or Patient Centricity should be put hereby at the centre of all activities. Valuable, easily accessible and comprehensibly conveyed information as well as new communication channels and media are becoming increasingly important. The aim is to offer inquirers above all a simplification, e.g. via mobile access and digital, efficient processes, which, in addition to high content quality and good solutions, play an increasingly decisive role in comfort, care and health status. The case study of Lilly Medical Affairs is used to describe the introduction of a global innovation process, general conditions as well as essential prerequisites and milestones. The success factors include clear responsibilities on the part of the company and the management, acceptance and motivation on the part of the employees and a KPI system for controlling and measuring the success of the innovation initiatives, which was planned from the very beginning.

#### Keywords

service innovation, medical information, patient centricity, digitization, innovation process, innovation controlling

### Danksagung

Angeles Flores für die Umsetzung des SPARK-Projekts und Sara Doshi für die Implementierung des Innovationsprozesses auf globaler Ebene.

### Autorenerklärung

Dr. Sabine Lischka-Wittmann ist Vollzeitmitarbeiterin der Lilly Deutschland GmbH. Der Artikel reflektiert den Innovationsansatz bei Lilly Medical Affairs.

### Zitationshinweis

Robers, D., Lischka-Wittmann, S.: „Service Innovation in der medizinischen Information“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 57-61, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2240

### Prof. Dr. rer. pol. Diane Robers

ist Professorin für Service Innovation & Intrapreneurship. Sie ist Direktorin des Strascheg Institute for Innovation, Transformation & Entrepreneurship (SITE) an der Business School der EBS Universität für Wirtschaft und Recht in Wiesbaden/Oestrich-Winkel. Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre (Universität Mannheim) und der Promotion (Universität der Bundeswehr München), bekleidete sie verantwortliche Positionen führender Organisationen. Kontakt: [diane.robers@ebs.edu](mailto:diane.robers@ebs.edu)



### Dr. phil. nat. Sabine Lischka-Wittmann

ist europäische Direktorin für Medizinische Information bei Eli & Company und ist für die strategische und operative Umsetzung verantwortlich. Zuvor leitete sie die Medizinische Information von Lilly Deutschland sowie die Abteilung Medical Liaisons im Bereich Biomedicine. Sie promovierte an der Universität Frankfurt in Chemie und graduierte in Medizinischer Photochemie. 1992 trat sie bei Lilly im Bereich Endokrinologie ein, 1998 wechselte sie in die Medizinische Information. Kontakt: [lischka-wittmann\\_sabine@lilly.com](mailto:lischka-wittmann_sabine@lilly.com)



Dr. phil. Doreen Reifegerste

## Angehörige in Versorgungsprozessen

Angehörige, wie Kinder, Ehepartner, Eltern, Geschwister oder Freunde, nehmen in der ambulanten und stationären Versorgung oft zentrale Funktionen ein. Zwar finden die meisten Diskurse zu pflegenden Angehörigen statt, Angehörige treten aber auch bspw. als Zuweiser, Vermittler, Informationssucher, Übersetzer oder Entscheider auf (Bischofberger, 2011). Sie stellen so (auch unabhängig vom Pflegebedarf des Patienten) wesentliche Unterstützer in der Behandlung und Bewältigung von zahlreichen Erkrankungen dar (Reifegerste, 2019). Gleichzeitig können sie aber auch Versorgungsprozesse stören oder zumindest von professionellen Gesundheitskräften entsprechend wahrgenommen werden, weil sie bspw. die Genesung des Patienten durch zu viel Unterstützung behindern, ihre Abwesenheit die Entlassung erschwert oder sie die Ärzte mit zu hohen Erwartungen konfrontieren (Wilz & Meichsner, 2012). Mehrheitlich weisen sie allerdings eine hohe Motivation auf, den Patienten bei seiner Bewältigung von Erkrankungen zu unterstützen, so dass sich die Frage stellt, wie sich ihre Motivation gut in Versorgungsprozessen integrieren lässt. Obwohl die Angehörigen somit – sei es mit positiven als auch mit negativen Konsequenzen – allgegenwärtig in der Gesundheitsversorgung sind, werden sie häufig nicht als Anspruchsgruppe der Versorgung betrachtet. Sie sind „Hidden in plain sight“ (Wolff & Roter, 2008). In Pflegeeinrichtungen, in der Pädiatrie, Onkologie oder der Palliativversorgung werden sie meist als zentrale Beteiligte mitgedacht. In vielen anderen Versorgungsbereichen werden sie hingegen mitunter als lästiges Anhängsel des Patienten betrachtet, ignoriert oder sogar aktiv vermieden, auch wenn sich kaum Erkrankungen bzw. Patienten finden lassen, bei denen sie überhaupt keine Rolle spielen (Reifegerste, im Druck).

>> Aufgrund der mangelnden Anerkennung ihrer Funktionen, findet die Kommunikation mit ihnen eher sporadisch und meist wenig strategisch statt und ist zugleich von zahlreichen Unsicherheiten geprägt. Vielfach werden die Angehörigen als eine selbstverständliche Subform von Patienten aufgefasst. Dies geschieht häufig unter der Annahme, sie hätten die gleichen Informations- und Unterstützungsbedarfe wie Patienten, obwohl dies vielfach nicht der Fall ist (Washington, Meadows, Elliott & Koopman, 2011). Diese Form einer impliziten Ignoranz zeigt sich etwa an Bezeichnungen wie Patientenakademie, Patienteninformationszentrum oder patientenzentrierter Versorgung, die zwar den Angehörigen oft mitdenken oder zumindest tolerieren, ihn aber eben nicht explizit benennen oder differenziert betrachten. Mitunter gehen Versorger zudem davon aus, dass man die Angehörigen, die (z.B. zum Wohle des Patienten) in der Therapie nicht erwünscht sind, nicht über diese Einschätzung und entsprechende Maßnahmen informieren müsste (Eberlein, Reifegerste & Link, 2017).

Bislang finden sich (auch aufgrund mangelnder evidenzbasierter

### Zusammenfassung

Angehörige sind wichtige Beteiligte in der Gesundheitsversorgung mit vielfältigen Funktionen sowohl für die Patienten als auch für das medizinische Personal, deren Relevanz spiegelt sich allerdings bislang nur unzureichend in der Versorgung wider. Anhand von drei aktuellen Debatten der Versorgungsforschung, den Diskursen zu Gesundheitskompetenz, partizipativer Entscheidungsfindung und zur Digitalisierung der Versorgung soll daher aufgezeigt werden, inwieweit eine stärkere Angehörigenintegration gelingen kann. Abschließend werden auch wichtige Implikationen für die Umsetzung der Versorgungsforschung benannt.

### Schlüsselwörter

Kommunikation, Gesundheitskompetenz, Partizipative Entscheidungsfindung, Angehörige, Digitalisierung

### Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2241

Forschung dazu) nur wenige Leitlinien (wie die S3-Leitlinien zur Demenz oder Gendiagnostik), die explizite Hinweise geben, wie mit Angehörigen in den jeweiligen Therapieprozessen umzugehen sei. Teilweise finden sich eher allgemeine Formulierungen, wie die Empfehlung, dass die sozialen Strukturen einzubinden seien (vgl. S3-Leitlinie zum Delirmanagement). Eine wesentliche Folge dieses mangelnden Verständnisses im Umgang mit den Angehörigen sind die fehlende Finanzierung der Kommunikation mit den Angehörigen, bspw. werden die Kosten für Fremdanamnese und Psychoedukation nur sehr vereinzelt (nur für wenige Indikationen und bei wenigen Fachärzten) übernommen. Daher erscheint dem medizinischen Personal die Informationsweitergabe an die Angehörigen (z. B. über den Krankheitszustand des Patienten) und die Behandlung (vielleicht zurecht) eher als zusätzliche Freizeitbeschäftigung oder ungerechtfertigte Forderung (Niemann, 2019).

Verschiedene Entwicklungen in der Versorgung legen allerdings nahe, dass eine strategische, d.h. zielorientierte und angemessene Kommunikation mit Angehörigen in Versorgungsprozessen zunehmend notwendig ist. Zu diesen Entwicklungen gehören u.a. die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen und die Zunahme ambulanter Versorgung die beide dazu führen, dass die Krankheitsbewältigung überwiegend im familiären Umfeld stattfinden (Schaeffer & Haslbeck, 2016). Zunehmend Beachtung findet zudem die biopsychosoziale Perspektive mit einer ganzheitlichen Versorgung und einer familienzentrierten oder sogar systemischen Orientierung, die sich nicht allein auf medizinische Belange konzentriert, sondern auch das soziale Umfeld berücksichtigt (Härter, 2018).

Ziel des Beitrags ist es daher, anhand von drei aktuellen Trends in der Versorgungskommunikation aufzuzeigen, inwieweit die Angehörigen hier eingebunden werden können. Daher soll anhand der Debatten zur Gesundheitskompetenz, partizipativen Entscheidungsfindung und der Digitalisierung der Versorgung skizziert werden, wie Angehörige sowohl in der Forschung als auch in der Entwicklung neuer Versorgungsansätze stärker berücksichtigt werden können und mit welchen vorhandenen Ansätzen dies gelingen kann.

### Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz beinhaltet die Fähigkeiten zur Verarbeitung von Gesundheitsinformationen, um „Entscheidungen für das eigene Gesundheitsverhalten und das seiner Angehörigen zu treffen“ (Schaeffer, Hurrelmann, Vogt & Gille, 2018, S. 53). Daraus ergibt sich, dass nicht nur die Informationssuche für eigene Ge-

sundheitsbelange, sondern auch die „stellvertretende“ Suche nach Informationen in Bezug auf die Gesundheit von anderen Personen eine wichtige Rolle für die Gesundheitsversorgung spielt (Reifegerste, Bachl & Baumann, 2017). Die Gesundheitskompetenz der Angehörigen wirkt sich deutlich auf die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitszustand der Patienten aus (Bevan & Pecchioni, 2008; DeWalt & Hink, 2009), führt zu besserem Krankheitsmanagement (Levin, Peterson, Dolansky & Boxer, 2014; Pulgarón et al., 2014), weniger Medikationsfehlern (Lindquist, Jain, Tam, Martin & Baker, 2011) und angemessenerer Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen (Chiu & Eysenbach, 2011; Lederle, Weltzien & Bitzer, 2017).

Im Nationalen Aktionsplan zur Stärkung der Gesundheitskompetenz finden sich dementsprechend „Peers, soziales Umfeld, Familie, Angehörige“ als wichtige Akteure für die Umsetzung der Empfehlungen (Schaeffer & Hurrelmann, S. 49). Vergleichbare Ansichten finden sich in den Konzepten der relationalen, organisationalen oder gemeindebezogenen Gesundheitskompetenz, die davon ausgehen, dass die Kompetenzstärkung eher in Familien (Young, Stephens & Goldsmith, 2017) oder anderen sozialen Netzwerken stattfindet anstatt als Einzelleistung (Kickbusch, 2001). Zudem werden die Angehörigen im Nationalen Aktionsplan als wichtige Zielgruppe für die Gesundheitskompetenzstärkung beim Leben mit chronischer Erkrankung genannt, deren Gesundheitskompetenz es auch zu stärken und die es „konsequent einzubeziehen“ gilt (Schaeffer & Hurrelmann, S. 49). Damit wird die Rolle der Angehörigen (u. a. auch als Vermittler an vulnerable Zielgruppen) grundsätzlich anerkannt, wobei sie zusätzlich bei akuten Situationen (z.B. Intensivstation, Notfälle) u. a. für die Entscheidungsfindung „eine wichtige Rolle“ spielen (Quinn et al., 2012).

In den angebotenen Gesundheitsinformationen spiegelt sich allerdings diese Anerkennung bislang nicht ausreichend wider. Zwar werden im Titel vieler Gesundheitsinformationen in Broschüren, oder auf Webseiten oft „Patienten und Angehörige“ als Zielgruppe genannt. Vielfach findet aber auch hier nur eine Subsumierung statt, ohne explizit auch die Informationsbedürfnisse von Angehörigen zu berücksichtigen. So haben Angehörige bspw. einen hohen Bedarf an Informationen über den Umgang mit dem Patienten (d. h. auch Kompetenzen für Pflegehandlungen) oder Unterstützungsangeboten. Da sie nicht die primäre Zielgruppe der Gesundheitsversorgung sind, fällt es ihnen häufig schwerer, Informationen vom medizinischen Personal zu erhalten, so dass sie verstärkt auf massenmediale Angebote und Fähigkeiten im Umgang mit digitalen Medien angewiesen sind (Magsamen-Conrad, Dillon, Billotte Verhoff & Faulkner, 2018; Washington et al., 2011). Zusätzlich haben Angehörige einen hohen Bedarf an den Aspekten der Gesundheitskompetenz, die sich auf soziale Interaktionen, Problemlösung und die kritische Bewertung beziehen, da sie insbesondere dann einbezogen werden, wenn Situationen besonders schwierig, die Entscheidungen komplex und für den Patienten allein nicht mehr zu bewältigen sind. Allerdings finden sich nur vereinzelt Angebote oder konkrete Empfehlungen (bspw. in Leitlinien) zur Stärkung dieser Kompetenzen bei Angehörigen.

### Partizipative Entscheidungen

Eine andere wichtige aktuelle Debatte in der Gesundheitsversorgung ist die partizipative Entscheidungsfindung (engl. Shared-decision making), die wiederum auch eine höhere Gesundheits- bzw. Kommunikationskompetenz voraussetzt (Bieber, Gschwendtner,

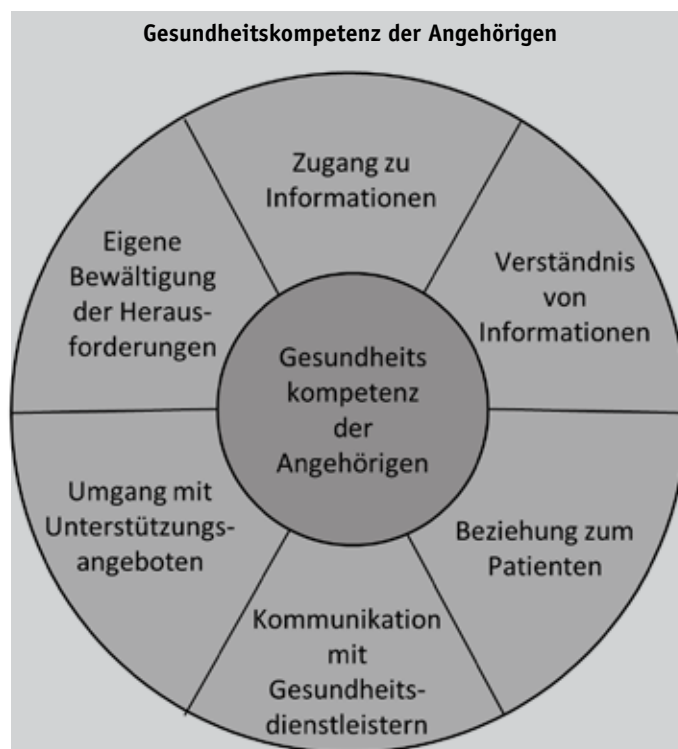


Abb. 1: Gesundheitskompetenz der Angehörigen.

Müller & Eich, 2016). Aus dem Modell der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patienten und dem medizinischen Personal ergibt sich die Forderung nach einer Patientenautonomie und damit einem gemeinsamen, gleichberechtigten Prozess der Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patienten (Stigglebout, Pieterse & Haes, 2015).

Allerdings sind viele Patienten (z. B. aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung) von einer autonomen Entscheidung überfordert, zumal auch die Anzahl und Komplexität der Optionen stetig zunimmt (Alden et al., 2018). Daher werden sie von ihren Angehörigen zum Arztbesuch begleitet (Laisaar-Powell et al., 2013), delegieren die Entscheidung komplett oder beteiligen Angehörige zumindest „behind the scenes“ (Hubbard, Illingworth, Rowa-Dewar, Forbat & Kearney, 2010). Angehörige beteiligen sich aber auch an Versorgungsprozessen, indem sie beispielweise empfehlen, welcher Arzt, welche Klinik oder welche (alternative) Therapieoption gewählt werden sollte. Modelle, wie das TRIO-Framework (Rebekah Laisaar-Powell et al., 2017) und die DECIDE-Typologie (Krieger, 2014) versuchen daher diese komplexere triadische Entscheidungsfindung abzubilden.

Dennoch herrscht in der Praxis mitunter Unsicherheit darüber, inwieweit die Angehörigen einzubeziehen sind. Einerseits können sie dem Patienten bei der Informationssuche im Vorfeld einer Entscheidung oder bei der Durchsetzung seiner Interessen helfen, andererseits unterminieren sie möglicherweise dessen Interessen. Zumindest befürchten einige Ärzte, dass sie eher eigene Ziele verfolgen und (bspw. für ihre eigenen gesundheitlichen Probleme) zusätzliche Zeit in Anspruch nehmen (Rosland, Piette, Choi & Heisler, 2011).

Maßgeblich für die Bewertung der Angehörigenbeteiligung ist – bei einer Patientenorientierung – die Entscheidungspräferenz des Patienten (Lipp & Brauer, 2016). Möchte er die Angehörigen an der Entscheidung beteiligen, dann kann ihre Beteiligung als kollaborative Form der Stärkung der Patientenautonomie gelten und trägt zudem zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Angehörigen bei (Kahana & Kahana, 2007). Andernfalls handelt es sich um



Bevormundung (Krieger, 2014) oder unerwünschte Kontrolle (Mayberry, Rothman & Osborn, 2014), die ggf. auch das medizinische Personal durch entsprechende Kommunikation mit den Angehörigen einschränken sollte (Gilstrap & White, 2015).

## Digitalisierung der Gesundheitsversorgung

Schließlich handelt es sich auch bei eHealth um einen wichtigen aktuellen Trend der Versorgungsforschung. Die systematisierte und anwendungsbezogene Digitalisierung von Prozessen im Gesundheitswesen mit Teilbereichen wie mHealth und Telemedizin ist mit großen Hoffnungen verbunden, Versorgungsmängel, Erreichbarkeitsdefizite und Kommunikationsprobleme zu lösen (Dockweiler & Razum, 2016). Allerdings beschränkt sich auch in diesem Diskurs die Sichtweise meist auf den Patienten und seine Beziehung zum Arzt, da vielfach die medizinischen und technischen Perspektiven im Fokus stehen, während die Nutzer und deren soziales Umfeld nur unzureichende Beachtung finden (Dockweiler & Razum, 2016; Rossmann et al., 2019).

Angehörige können allerdings in vielfältigen Rollen relevant für eHealth-Prozesse sein. Einerseits können sie direkt als Empfehler von technischen Geräten oder Anwendungen auftreten (Harst & Lantzsch & Scheibe, 2019). Ebenso können sie durch ihre Medienkompetenz möglicherweise den Umgang mit digitaler Technik (bspw. im intergenerationalen Austausch) unterstützen (Thalhammer & Schmidt-Hertha, 2015) und so einen wichtigen Beitrag zur digitalen Gesundheitskompetenz (sog. eHealth-Literacy) beitragen.

Andererseits ist es aber auch aufgrund ihrer vielfältigen anderen Funktionen (z. B. als informelle Pflegekraft, als Manager) notwendig, sie in Prozesse und damit auch die technische Infrastruktur digitaler Gesundheitsversorgung zu integrieren. Auch wenn Telemedizin, sich vorrangig auf den Austausch zwischen Arzt und Patient bezieht (L. Otto et al., 2018) so gilt es – im Sinne einer Vernetzung und ganzheitlichen Perspektive auch hier die Angehörigen (wenn der Patient dies wünscht) am Gespräch, dem Zugriff auf Patientenakten oder dem Monitoring von Gesundheitsparametern zu beteiligen. Vorreiter sind hierbei die Ambient Assisted Living Systeme und das technikunterstützte Distance Caregiving (U. Otto et al., 2017).

## Fazit

Es lässt sich somit schlussfolgern, dass Angehörige – unabhängig von bestimmten Krankheiten – in Versorgungsprozessen vielfältige wichtige Funktionen einnehmen, die weit über die Leistungen der pflegenden Angehörigen hinausgehen. In ganz unterschiedlichen Versorgungsformen sind sie höchst relevant für die physische, psychische und soziale Gesundheit der Patienten sowie des medizinischen Personals. Ihre Bedeutung spiegelt sich allerdings bislang nicht adäquat im Gesundheitswesen oder aktuellen Debatten der Versorgungsforschung wider.

Eine konsequente und systematische Integration der Angehörigenperspektive in Versorgungsprozessen würde beispielsweise erfordern, dass sie auch in sämtlichen Leitlinien, Finanzierungsmodellen oder Klinikleitbildern konsequent und explizit enthalten sind. Eine angehörigenintegrierende ganzheitliche Versorgung setzt somit eine entsprechende strukturelle und institutionelle Verankerung voraus. Entsprechende Beispiele für angehörigenintegrierende Versorgungsprozesse finden sich vor allem in den Kinder- und in den Palliativbereichen. Hier ist die räumliche und organisationale

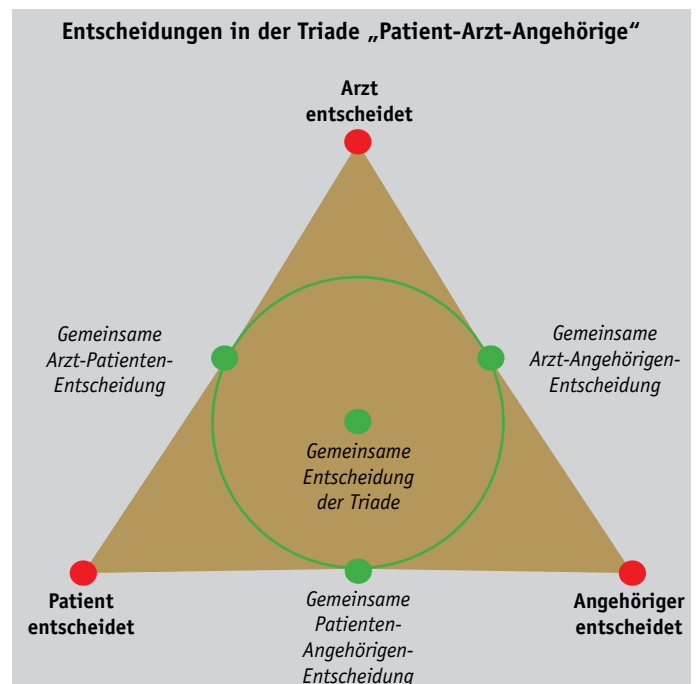


Abb. 2: Entscheidungen in der Triade „Patient-Arzt-Angehörige“.

Integration der Angehörigen so selbstverständlich, dass sie von den dort Arbeitenden häufig kaum wahrgenommen wird, obwohl die entsprechenden Kommunikationsstrategien wichtige Impulse und Vorbilder für andere Versorgungsbereiche bieten.

Die Ausbildung des medizinischen Personals berücksichtigt hingegen bislang kaum die Herausforderungen von komplexen Mehrpersonengesprächen oder triadischen Entscheidungskonflikten mit offenem Ausgang (Kießling, 2014). Angebote für Angehörige in der stationären Versorgung werden vor allem aufgrund der Initiative einzelner Mitarbeiter oder Angehöriger und nicht aufgrund strategischer Zielstellungen der Versorgungseinrichtungen oder struktureller Vorgaben des Gesundheitssystems entwickelt (Reifegerste, im Druck).

Zwar konnten hier lediglich drei aktuelle Debatten aufgegriffen werden, darüber hinaus finden sich noch viele weitere wie integrierte Versorgung oder die Qualitätssicherung, in denen es auch die Angehörigenperspektive zu berücksichtigen gilt.

Für die Versorgungsforschung ergibt sich daraus einmal mehr, die Forderung nach interdisziplinären und theoriebasierten Untersuchungen, die konsequent die Angehörigenperspektive in die Fragestellung und die Erhebung mit aufnehmen (für ein Beispiel siehe Porzolt & Weiß, 2018). Methodisch erfordert dies meist auch eine Erhöhung der Komplexität für die Betrachtung der relevanten Messvariablen, die Auswahl der betrachteten Fälle bzw. Personen und des methodischen Designs. So ist es ggf. notwendig dyadische oder triadische Befragungen, Netzwerkanalysen durchzuführen und nicht nur patientenbezogene, sondern auch angehörigenbezogene bzw. relationale Parameter (wie z. B. den Gesundheitszustand des Angehörigen oder die Beziehungsqualität) zu betrachten (Mahrer-Imhof & Bruylants, 2014). All dies stellt allerdings keinen Selbstzweck für das Wohl der Angehörigen dar, sondern ist vor allem deshalb für die Versorgungsforschung relevant, da diese sozialen Parameter wiederum auch wichtige Einflussfaktoren für die Gesundheit des Patienten darstellen (Traa, Vries, Bodenmann & Den Oudsten, 2015) und letztlich ebenso die Zufriedenheit des medizinischen Personals beeinflussen. <<

## Literatur

- Alden, D. L., Friend, J., Lee, P. Y., Lee, Y. K., Trevena, L., Ng, C. J. et al. (2018). Who Decides Me or We? Family involvement in medical decision making in Eastern and Western countries. *Medical Decision Making*, 38(1), 14–25. <https://doi.org/10.1177/0272989X17715628>
- Bevan, J. L. & Pecchioni, L. L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.02.022>
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(5), 195–207. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105277>
- Bischofberger, I. (2011). Angehörige als wandelnde Patientenakte. Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen. *Care Management*, 4(5), 27–29.
- Chiu, T. M. L. & Eysenbach, G. (2011). Theorizing the health service usage behavior of family caregivers: a qualitative study of an internet-based intervention. *International Journal of Medical Informatics*, 80(11), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.08.010>
- DeWalt, D. A. & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes. A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124 Suppl 3, S265–74. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Dockweiler, C. & Razum, O. (2016). Digitalisierte Gesundheit. Neue Herausforderungen für Public Health. *Das Gesundheitswesen*, 17(01), 5–7.
- Eberlein, E., Reifegerste, D. & Link, E. (2017). Triadische Kommunikation im Kontext medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung: Die Rolle der Angehörigen von Depressionspatienten. In C. Lampert & M. Grimm (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld* (S. 237–248). Baden-Baden: Nomos.
- Gilstrap, C. M. & White, Z. M. (2015). Interactional communication challenges in end-of-life care: dialectical tensions and management strategies experienced by home hospice nurses. *Health Communication*, 30(6), 525–535.
- Harst, L. & Lantzsich, H. (2018). Theoretische Prädiktoren der Akzeptanz von Telemedizin-Lösungen aus Sicht von individuellen Akteuren. 3. Fachtagung Gesundheitskommunikation der Deutschen Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft, Augsburg.
- Härter, M. (2018). „Den Menschen insgesamt in den Blick nehmen“. *„Monitor Versorgungsforschung“*, 11(04), 6–8.
- Hubbard, G., Illingworth, N., Rowa-Dewar, N., Forbat, L. & Kearney, N. (2010). Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 2023–2031. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03062.x>
- Kahana, E. & Kahana, B. (2007). Health care partnership model of doctor-patient communication in cancer prevention and care among the aged. In H. D. O'Hair, G. L. Kreps & L. D. Sparks (Hrsg.), *Handbook of Communication and Cancer Care* (S. 37–54). New York: Hampton Press.
- Kickbusch, I. S. (2001). Health literacy. Addressing the health and education divide. *Health promotion international*, 16(3), 289–297.
- Kiessling, C. (2014). Das Verhältnis von Medizin und Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (95–108). Bern: Verlag Hans Huber.
- Krieger, J. L. (2014). Family communication about cancer treatment decision making. A description of the DECIDE typology. *Annals of the International Communication Association*, 38(1), 279–305. <https://doi.org/10.1080/23808985.2014.11679165>
- Laisaar-Powell, R. C., Butow, P. N., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Lam, W. W. T. et al. (2013). Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.007>
- Laisaar-Powell, R., Butow, P., Charles, C., Gafni, A., Entwistle, V., Epstein, R. et al. (2017). The TRIO Framework. Conceptual insights into family caregiver involvement and influence throughout cancer treatment decision-making. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2035–2046. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.014>
- Lederle, M., Weltzien, D. & Bitzer, E. M. (2017). Führt die Steigerung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement zu einer angemesseneren Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen? *Das Gesundheitswesen*, 79(08/09), V-168. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1605758>
- Levin, J. B., Peterson, P. N., Dolansky, M. A. & Boxer, R. S. (2014). Health literacy and heart failure management in patient-caregiver dyads. *Journal of Cardiac Failure*, 20(10), 755–761.
- Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J. & Baker, D. W. (2011). Inadequate health literacy among paid caregivers of seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 26(5), 474–479.
- Lipp, V. & Brauer, D. (2016). Autonomie und Familie in medizinischen Entscheidungssituationen. In H. Steinfath & C. Wiesemann (Hrsg.), *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin* (S. 201–237). Wiesbaden: Springer Fachmedien. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-11074-1\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11074-1_6)
- Magsamen-Conrad, K., Dillon, J. M., Billotte Verhoff, C. & Faulkner, S. L. (2018). Online health-information seeking among older populations. family influences and the role of the medical professional. *Health Communication*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1439265>
- Mahrer-Imhof, R. & Bruylants, M. (2014). Ist es hilfreich, Familienmitglieder einzubeziehen? Eine Literaturübersicht zu psychosozialen Interventionen in der familienzentrierten Pflege. *Pflege*, 27(5), 285–296. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000376>
- Mayberry, L. S., Rothman, R. L. & Osborn, C. Y. (2014). Family members' obstructive behaviors appear to be more harmful among adults with type 2 diabetes and limited health literacy. *Journal of Health Communication*, 19, 132–143. Verfügbar unter <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ufh&AN=98902848&site=ehost-live>
- Niemann, P. (2019, 4. Februar). Fordernde Angehörige. *Ärzteblatt*. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/blog/100708/Fordernde-Angehoeerige?r=t=f85f3dc8aec5c569f3dcd2ed4327832a>
- Otto, L., Harst, L., Schlieter, H., Wollschlaeger, B., Richter, P. & Timpel, P. (2018). Towards a Unified Understanding of eHealth and Related Terms – Proposal of a Consolidated Terminological Basis. In R. Zwiggelaar, H. Gamboa, A. Fred & S. Bermúdez i Badia (Hrsg.), *BIOSTEC 2018. Proceedings of the 11th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies : Funchal, Madeira, Portugal, January 19-21, 2018* (S. 533–539). Setúbal, Portugal: SCITEPRESS - Science and Technology Publications Lda. Zugriff am 04.04.2019.
- Otto, U., Bischofberger, I., Hegedüs, A., Kramer, B., van Holten, K. & Franke, A. (2017). Wenn pflegende Angehörige weiter entfernt leben – Technik eröffnet Chancen für Distance Caregiving, ist aber nicht schon die Lösung. In I. Hämmerle & G. Kempter (Hrsg.), *Umgebungsunterstütztes Lernen. Beiträge zum Usability Day XV* (S. 140–148). Lengerich: Pabst science Publishers.
- Porzolt, F. & Weiß, C. (2018). Die Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen durch Patienten und deren Angehörige – eine Online-Befragung. *„Monitor Versorgungsforschung“* 11(06), 44–48. <https://doi.org/10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2109>
- Pulgarón, E. R., Sanders, L. M., Patiño-Fernandez, A. M., Wile, D., Sanchez, J., Rothman, R. L. et al. (2014). Glycemic control in young children with diabetes: The role of parental health literacy. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 67–70. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.002>
- Quinn, J. R., Schmitt, M., Baggs, J. G., Norton, S. A., Dombeck, M. T. & Sellers, C. R. (2012). Family members' informal roles in end-of-life decision making in adult intensive care units. *American Journal of Critical Care : an Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21(1), 43–51. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012520>
- Reifegerste, D. (im Druck). Emergent und trotzdem zielführend: Klinikkommunikation mit Angehörigen. In K. Hassenstein, C. Ritz & S. Sandhu (Hrsg.), *Wicked Problems?! Herausforderungen für PR und Organisationskommunikation*. Wiesbaden: Springer VS.
- Reifegerste, D. (2019). Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation. Modelle, Funktionen und Strategien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reifegerste, D., Bachl, M. & Baumann, E. (2017). Wer sind die Surrogate Seeker? Demografische, motivationale und sozio-kontextuelle Faktoren der Suche nach Gesundheitsinformationen für andere Personen. In C. Lampert & M. Grimm (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation als transdisziplinäres Forschungsfeld* (S. 119–130). Baden-Baden: Nomos.
- Rosland, A.-M., Piette, J. D., Choi, H. & Heisler, M. (2011). Family and friend participation in primary care visits of patients with diabetes or heart failure: patient and physician determinants and experiences. *Medical Care*, 49(1), 37–45. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181f37d28>
- Rossmann, C., Riesmeyer, C., Brew-Sam, N., Karnowski, V., Joeckel, S., Chib, A. et al. (2019). Appropriation of mobile health for diabetes self-management: lessons from two qualitative studies. *JMIR Diabetes*, 4(1), e10271. <https://doi.org/10.2196/10271>
- Schaeffer, D. & Haslbeck, J. (2016). Bewältigung chronischer Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (Lehrbuch, 1. Auflage, S. 243–256). Wiesbaden: Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_16)

Schaeffer, D. & Hurrelmann, K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Zugriff am 11.03.2019.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Vogt, D. & Gille, S. (2018). „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ – Relevanz für die Versorgungsforschung. „Monitor Versorgungsforschung“, 11(04), 53–58. <https://doi.org/10.24945/MVF.0418.1866-0533.2091>

Stigglebout, A. M., Pieterse, A. H. & Haes, J.C.J.M. d. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>

Thalhammer, V. & Schmidt-Hertha, B. (2015). Intergenerationelle innerfamiliäre Unterstützungsprozesse bei der Mediennutzung von älteren Erwachsenen. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 18(4), 827–844. <https://doi.org/10.1007/s11618-015-0633-7>

Traa, M. J., Vries, J. de, Bodenmann, G. & Den Oudsten, B. L. (2015). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: a systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85–114. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12094>

Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G. & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.017>

Wilz, G. & Meichsner, F. (2012). Einbezug von Familienangehörigen chronisch Kranker in die Arzt- Patient-Kommunikation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55(9), 1125–1133. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1532-1>

Wolff, J. L. & Roter, D. L. (2008). Hidden in plain sight. Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1409–1415.

Young, A. J., Stephens, E. & Goldsmith, J. V. (2017). Family Caregiver Communication in the ICU. Toward a Relational View of Health Literacy. *Journal of Family Communication*, 17(2), 1–16. <https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1247845>

## Family Members in Health Care Processes

Family members are important stakeholders in healthcare provision with various functions for patients as well as for healthcare professionals. However, so far their relevance is not sufficiently reflected in healthcare. Based on three recent debates of healthcare research, namely health literacy, shared-decision making and ehealth, strategies for an increased integration of family members will be presented. Finally, important implications for a more systemic healthcare provision research will be given.

### Keywords

Communication, Health Literacy, Shared Decision Making, Family Members, eHealth

### Autorenerklärung/Anmerkung

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. Kürzlich erschienen: „Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation“ (Springer) und das „Lehrbuch Gesundheitskommunikation“ (gemeinsam mit Alexander Ort, Nomos).

### Zitationshinweis

Reifegerste, D.: „Angehörige in Versorgungsprozessen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 62–66, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2241

### Dr. phil. Doreen Reifegerste

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur Kommunikationswissenschaft mit Schwerpunkt Soziale Kommunikation an der Universität Erfurt. Sie ist zugleich Sprecherin der Fachgruppe Gesundheitskommunikation der Deutschen Gesellschaft für Publizistik und Kommunikationswissenschaft und hat zahlreiche Bücher und Beiträge zum Themenfeld soziale Aspekte der Gesundheitsförderung und -versorgung verfasst. Kontakt: [doreen.reifegerste@uni-erfurt.de](mailto:doreen.reifegerste@uni-erfurt.de)





Cosima Bauer MA  
Prof. Dr. rer. pol. Uwe May  
Chiara Giulini BA

# Open-House-Verträge und Hilfstaxen-Abschläge im Biosimilarmarkt: Realis- tische Einsparvolumina für die GKV

**Berechnung aktuell realisierter Einsparvolumina und Diskussion zusätzlicher Einsparpotenziale für die GKV durch Biosimilars unter der Nebenbedingung eines nachhaltigen Wettbewerbsmodells**

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) unter anderem die automatische Substitution von Biologika in der Apotheke ab dem Jahr 2022 vorgesehen. Faktisch wird durch die Neuregelung zur automatischen Substitution im GSAV der Weg für die Einführung exklusiver Rabattverträge im Biologikamarkt geebnet. Die aktuelle Vertragspraxis im Biologikamarkt ist bestimmt durch Ausschreibungen seitens der Krankenkassen von nichtexklusiven Open-House-Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V. Sowohl Hersteller der biologischen Referenzprodukte als auch der jeweiligen Biosimilars inklusive etwaiger Importe können diesen Verträgen zu den von der jeweiligen Krankenkasse vorgegebenen Konditionen beitreten. Zwar kann die Austauschbarkeit auch im Rahmen anders gearteter Wettbewerbsmodelle zum Tragen kommen, jedoch erscheint es offenkundig, dass speziell die GKV-Seite eben solche exklusiven Ausschreibungen nach dem Vorbild des Generikamarktes anstrebt. Vor diesem Hintergrund zeigen publizierte Berechnungen seitens des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo), dass durch den Einsatz von Biosimilars in einem Zeitraum von Juli 2017 bis Juni 2018 ein Einsparvolumen in Höhe von 141 Millionen Euro realisiert wurde.

>> Diese Berechnungen basieren auf Listenpreisen, d. h. Abschläge gemäß der Hilfstaxe wie auch Preisnachlässe im Rahmen von Rabattverträgen wurden hier nicht einbezogen<sup>1</sup>. In einem weiteren Schritt werden auch auf Grundlage europäischer Preise Einsparpotenziale für den deutschen Markt von rund 2.000 bis über 2.800 Millionen Euro aufgezeigt (Schröder et al. 2019).

Teilweise wurden die benannten Einsparpotenziale mittels selektierter ausländischer Marktverhältnisse abgeleitet, die nur bedingt auf den deutschen Markt übertragbar sind. So ist beispielsweise der Vergleich mit Norwegen, wo es in biosimilarfähigen Märkten Preisnachlässe von ca. 70% gibt, nicht zielführend. Anders als Deutschland, wird der norwegische Markt aufgrund seiner Größe irrelevant für die Frage der Refinanzierung einer Markteinführung sein. Darüber hinaus wird zur Bestimmung weiterer Einsparpotenziale das nicht zu erwartende Szenario konstruiert, dass ausschließlich das

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Der vorliegende Beitrag fokussiert auf Berechnungen, um gegenwärtige Einsparvolumina für die GKV durch Biosimilars fundiert und unter Berücksichtigung aller ausgabenrelevanten Faktoren ausweisen zu können. Hierzu zählen auch Rabatte aus Open-House-Verträgen und die Abschläge gemäß der Hilfstaxe. Die Berechnungen basieren auf realistischen und ökonomisch adäquaten Szenarien.

**Methodik:** Basierend auf Daten des Marktforschungsinstituts IQVIA (IMS ContractMonitor® Juni 2017 – Juli 2019) wurden in drei Schritten relevante Einsparvolumina durch Biosimilars auf Basis von DDD und ApU berechnet. Es wurden die sieben biosimilarfähigen Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept, Filgrastim, Infliximab, Pegfilgrastim, Rituximab und Trastuzumab in einem Zeitraum zwischen Juli 2018 und Juni 2019 betrachtet.

**Ergebnisse:** Die tatsächlichen Einsparungen der GKV durch Biosimilars im betrachteten Marktsegment unter Beachtung der Hilfstaxen-Abschläge sowie der nicht öffentlichen Rabatte aus Open-House-Verträgen liegen insgesamt in einem Bereich zwischen 441,47 bis 515,98 Millionen Euro.

**Fazit:** Es konnte gezeigt werden, dass unter Beachtung aller ausgabenrelevanten Faktoren die bereits erzielten tatsächlichen Einsparungen der GKV durch Biosimilars mindestens doppelt so hoch sind, wie bisher allgemein ausgewiesen. Vor dem Hintergrund der tatsächlichen Einsparungen und den Anforderungen an einen funktionsfähigen und nachhaltigen Wettbewerb relativiert sich die Forderung nach exklusiven Rabattverträgen im Biosimilarmarkt.

## Schlüsselwörter

Biologika, Biosimilars, Einsparvolumen, Einsparpotenziale, GSAV, Automatische Substitution, exklusive Rabattverträge

## Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2242

preisgünstigste Präparat im jeweiligen biosimilarfähigen Markt zur Anwendung kommt.

Im Ergebnis könnten die zu niedrig ausgewiesenen bereits realisierten Einsparvolumina sowie die überhöht bzw. verzerrt dargestellten Einsparpotenziale dazu beitragen, einer politischen Forderung nach exklusiven Rabattvertragsausschreibungen im Biosimilarmarkt mehr Nachdruck zu verleihen.

Vor diesem Hintergrund wurde von den Autoren des vorliegenden Beitrags ein Projekt zur Ermittlung realistischer Einsparvolumina für die GKV durch Biosimilars durchgeführt. Dem Projekt liegt die Forschungsfrage zugrunde, welche Einsparvolumina derzeit durch Biosimilars unter Berücksichtigung aller ausgabenrelevanten Faktoren tatsächlich für die GKV realisiert werden und welche weiteren Einsparpotenziale realistisch sind. Im Zuge dieses Projekts wurden auf der Basis marktnaher Szenarien Berechnungen angestellt, um gegenwärtige Einsparvolumina unter Berücksichtigung aller ausgabenrelevanten Faktoren ausweisen zu können. Künftige Einsparpotenziale durch Biosimilars mit Blick auf die Gegebenheiten des deutschen Regulierungsgeschehens wurden ebenfalls diskutiert. Die Kernergebnisse dieser Berechnungen sowie ihre Bedeutung im Kontext des aktuellen Regulierungsgeschehens des biosimilarfähigen Marktes werden im Folgenden dargelegt.

## Methodik

Die vorgenommenen Modellrechnungen zur Ermittlung realistischer Einsparvolumina für die GKV durch Biosimilars fokussieren auf die sieben stark versorgungsrelevanten biosimilarfähigen Wirk-

<sup>1</sup>: Schröder et al. definieren die Berechnungsgrundlage wie folgt: „Mit Nettokosten [für die GKV] werden hier die Bruttoumsätze nach Listenpreisen, abzüglich der jeweiligen gesetzlichen Hersteller- und Apothekenabschläge auf Produktebene bezeichnet.“

stoffe Adalimumab, Etanercept, Filgrastim, Infliximab, Pegfilgrastim, Rituximab und Trastuzumab. Diese finden vornehmlich in zwei relevanten medizinischen Teilmärkten, der Onkologie und der Immunologie, Anwendung. Zunächst wurden die Einsparungen durch den Einsatz von Biosimilars in Deutschland im Zeitraum zwischen Juli 2018 und Juni 2019 auf Herstellerabgabepreis-Niveau (ApU) ermittelt. In einem zweiten Schritt wurden die Abschläge gemäß der Hilfstaxe und das daraus resultierende Einsparvolumen für die entsprechenden Präparate berechnet. Um darüber hinaus die realistischen Einsparvolumina durch Biosimilars annäherungsweise beziffern zu können, wurden die Preisnachlässe, die im betrachteten Biologikamarkt im Rahmen von Open-House-Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V gewährt werden, mit in die Berechnungen einbezogen. Diese Preisnachlässe sind vertraulich und öffentlich nicht einsehbar. Um Einsparvolumina aus Open-House-Verträgen dennoch annähernd aufzeigen zu können, wurden abschließend vier Szenarien möglicher Rabattierungen in Form der im Biologikamarkt vorherrschenden Open-House-Verträge gebildet. Die hierfür notwendigen Annahmen beruhen auf Markteinschätzungen der Autoren, die auf Basis von Expertengesprächen mit Marktbeteiligten validiert und ergänzt wurden. Die durchgeführten Berechnungen basieren auf Daten des Marktforschungsinstituts IQVIA (IMS ContractMonitor® Juni 2017 – Juli 2019). Alle angestellten Berechnungen wurden auf Basis der Defined Daily Doses (DDD) und dem ApU, der zur Mitte des betrachteten Monats gültig war, angestellt.

Es werden folglich die direkten Einsparungen durch Biosimilars berechnet. Noch nicht berücksichtigt ist dabei, dass es bei Patentabläufen durch die entstehende Biosimilarkonkurrenz bereits zu Preissenkungen und mithin zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen bei den Referenzarzneimitteln kommen kann.

## Ergebnisse

Zunächst wurde das Einsparvolumen durch den Einsatz von Biosimilars in den ausgewählten Wirkstoffmärkten in einem zwölfmonatigen Zeitraum von Juli 2018 bis Juni 2019 auf Basis des ApU (Einsparvolumen 1) berechnet. Zu diesem Zwecke wurde in einem ersten Schritt der Anteil der im betrachteten Zeitraum verordneten DDDs von Biosimilars durch DDD-Verordnungen des jeweiligen Referenzpräparates ersetzt. Das Einsparvolumen 1 (vgl. Tab. 1) durch den Einsatz von Biosimilars entspricht folglich der Differenz der Kosten

im Falle ausschließlicher Verordnung des Referenzpräparates und der tatsächlich realisierten Kosten auf DDD-Basis mit Biosimilars.

Darüber hinaus wurde das Einsparvolumen aufgrund der öffentlich einsehbaren Abschläge gemäß der Hilfstaxe für die Wirkstoffe Infliximab, Rituximab und Trastuzumab (Einsparvolumen 2) berechnet. Da es sich bei diesen Wirkstoffen häufig um patientenindividuelle Zubereitungen in Form von parenteral verabreichten Infusionslösungen handelt, gelten die Preise, die zwischen dem Deutschen Apothekerverband (DAV) und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) in der Hilfstaxe vereinbart sind. Zu diesem Zwecke wurden die unterschiedlichen Abschläge je Referenzprodukt und Biosimilar berechnet und je Wirkstoff aufsummiert. Die Summe der Abschläge gemäß der Hilfstaxe je Wirkstoff entspricht folglich dem Einsparvolumen 2 (vgl. Tab. 1) durch Abschläge gemäß der Hilfstaxe.

Die Einsparungen unterliegen innerhalb des 12-Monatszeitraums wie darüber hinaus einer dynamischen Entwicklung resultierend aus Patentabläufen (im betrachteten Zeitraum bei Adalimumab und Pegfilgrastim) und nach Markteintritt stetig steigenden Biosimilaranteilen.

Die Kosten auf ApU-Basis für die betrachteten sieben biosimilarfähigen Wirkstoffe mit Biosimilars lagen im Zeitraum Juli 2018 bis Juni 2019 bei 2.062,49 Millionen Euro. Durch den Einsatz von Biosimilars konnte folglich ein Einsparvolumen 1 auf ApU-Basis von 211,18 Millionen Euro für die GKV verzeichnet werden. Das zusätzliche Einsparvolumen 2 durch die Abschläge gemäß der Hilfstaxe summiert sich auf 29,65 Millionen Euro. Zum Zwecke die tatsächlichen Ausgaben sowie realistische Einsparvolumina der GKV annähernd aufzeigen zu können, gilt es jedoch, darüber hinaus vertrauliche, nicht öffentliche Rabatte, welche der GKV in Form von Open-House-Verträgen vom pharmazeutischen Unternehmer gewährt werden, zu beachten. Durch eine Analyse der Verordnungsdaten konnte herausgefunden werden, dass in den betrachteten Wirkstoffmärkten i. d. R. sowohl die Referenzarzneimittel als auch die Biosimilars betreffend, weit über die Hälfte der Verordnungen im betrachteten Zeitraum mit Rabattvertrag abgegeben wurden. Ein Anteil von über 90% unter Rabattvertrag abgegebener DDDs je Präparat stellt in diesen Wirkstoffmärkten keine Ausnahme dar. Dies unterstützt die Hypothese, dass die Rabatte aus Open-House-Verträgen in die Berechnung der realistischen Einsparungen durch Biosimilars miteinbezogen werden müssen.

Um eine Annäherung an dieses zusätzliche Einsparvolumen 3

Kosten und Einsparvolumina durch Biosimilars						
Wirkstoff (Jahr der Verfügbarkeit von Biosimilars)	Anzahl Biosimilars Juli 2018 – Juni 2019 (Probiosimilars 2019)	Anteil Biosimilar Verordnungen (DDD) in %	Kosten ohne Biosimilars (ApU) in Mio. Euro	Kosten mit Biosimilars (ApU) in Mio. Euro	Einsparvolumen 1 ApU-Level durch Biosimilars in Mio. Euro	Einsparvolumen 2 durch Abschläge gem. Hilfstaxe in Mio. Euro
ADALIMUMAB (2018)	5	21,5%	967,98	885,55	82,43	
ETANERCEPT (2016)	2	57,0%	572,05	489,44	82,61	
FILGRASTIM (2009)	5	75,9%	43,88	39,00	4,88	
INFLIXIMAB (2015)	4	71,0%	241,96	231,17	10,78	17,34
PEGFILGRASTIM (2018)	3	18,9%	73,07	69,27	3,80	
RITUXIMAB (2017)	2	75,2%	175,28	157,71	17,57	10,41
TRASTUZUMAB (2018)	5	58,0%	199,44	190,34	9,10	1,90
<b>Gesamt</b>			<b>2.273,67</b>	<b>2.062,49</b>	<b>211,18</b>	<b>29,65</b>

Tab. 1: Kosten und Einsparvolumina durch Biosimilars auf ApU-Basis & durch Abschläge gemäß Hilfstaxe in Millionen Euro im Zeitraum Juli 2018 bis Juni 2019.

durch Rabattverträge zu erreichen, wurden vier Szenarien möglicher Rabattierungen in Form der im Biologikamarkt vorherrschenden Typen von Open-House-Verträgen gebildet. Auf Basis von Marktkenntnissen der Autoren aus zurückliegenden Untersuchungen, ergänzt durch Ergebnisse eigens durchgeführter Experteninterviews, wurden Daten zu den aktuell tatsächlich gegebenen effektiven Preisen im Biosimilarmarkt sowie gegebener Preisspielräume und Entwicklungstendenzen gewonnen. Übereinstimmend ergab sich hier ein relativ einheitliches Bild: Rabatte in Höhe von 10% – 20% auf den ApU des jeweiligen Produkts erscheinen in neuen biosimilar-

fähigen Märkten im Rahmen von Open-House-Verträgen die Regel zu sein. In etablierteren Märkten kommt häufig ein sogenannter Preissicherungsrabatt zu Anwendung. Dessen Funktionsweise ergibt sich aus der nachfolgenden Tabelle 2 (vgl. Szenario 1 & 2). Diese

2: Aus Tab. 2 geht eine Tendenz bezüglich der Intensität der unterstellten Rabattierung der vier gewählten Rabattvertrags-Szenarien hervor. Dies wird durch die Angabe - - (konservative Kassen-Rabatte), - + (moderate Kassen-Rabatte: eher konservativ), + - (moderate Kassen-Rabatte: eher ambitioniert) & + + (ambitionierte Kassen-Rabatte) verdeutlicht.

**Vier Szenarien unterschiedlicher Rabattierung und ihre jeweiligen Einsparvolumina**

	<b>Szenario 1: PSR</b>	<b>Szenario 2: PSR &amp; Grundrabatt 10%</b>	<b>Szenario 3: BioO 20% &amp; BioS 10%</b>	<b>Szenario 4: zu 50% PSR, zu 50% BioO 20% &amp; BioS 10%</b>
	Die Rabattverträge für alle betrachteten Rabattarzneimittel enthalten eine Regelung zu einem sogenannten Preissicherungsrabatt (PSR). Dieser PSR berechnet sich auf die Weise, dass der pU für jedes Rabattarzneimittel einen Rabatt in Höhe der Differenz zwischen dem jeweiligen ApU und dem arithmetischen Mittel der drei günstigsten in diesem Wirkstoffmarkt verfügbaren Arzneimittel (Vergleichspreis) gewährt. D. h., in Szenario 1 zahlt die GKV für alle Rabattarzneimittel, deren ApU über dem Vergleichspreis liegt, lediglich den Vergleichspreis und für solche, die unter dem Vergleichspreis liegen, den ursprünglichen ApU (Min [Vergleichspreis; ursprünglicher ApU]).	Neben dem wie in Szenario 1 unterstellten PSR in Form der Absenkung auf das arithmetische Mittel der drei preisgünstigsten Präparate eines Wirkstoffes (Vergleichspreis) wird für alle Rabattarzneimittel ebenfalls ein sogenannter Grundrabatt von 10% von dem pU an die GKV gewährt. D. h., für jede PZN eines Rabattarzneimittels wird von den Kosten im Sinne der Verordnungsmenge, multipliziert mit dem Vergleichspreis in Form des arithmetischen Mittels der drei günstigsten Präparate, ebenfalls ein Grundrabatt von 10% auf eben diese Kosten abgezogen.	Die Rabattverträge für alle Rabattarzneimittel unterscheiden in der Höhe der Rabattsätze zwischen Referenzprodukt und Biosimilar. Es wird von einer Regelung ausgegangen, welche für Bio-Originale (BioO) einen Rabatt von 20% und für Biosimilars (BioS) einen Rabatt von 10% auf den ApU festsetzt.	Jeweils die Hälfte der Verordnungen mit Rabattvertrag je Produkt wird nach dem Schema der Rabattverträge mit PSR behandelt, die andere Hälfte nach festgesetzten Rabatten für Bio-Originale (BioO) von 20% und für Biosimilars (BioS) von 10% (Szenario 4 kombiniert Szenario 1 und Szenario 3).
<b>Wertung</b>	- -	+ +	+ -	- +
<b>Wirkstoff</b>	<b>Szenario 1: Einsparvolumen in Mio. Euro</b>	<b>Szenario 2: Einsparvolumen in Mio. Euro</b>	<b>Szenario 3: Einsparvolumen in Mio. Euro</b>	<b>Szenario 4: Einsparvolumen in Mio. Euro</b>
ADALIMUMAB	135,96	135,96	135,96	135,96
ETANERCEPT	31,39	69,18	57,18	44,32
FILGRASTIM	1,54	3,67	2,30	1,89
INFLIXIMAB	14,86	32,19	23,02	18,94
PEGFILGRASTIM	14,02	18,49	10,96	12,49
RITUXIMAB	1,98	10,37	8,91	5,44
TRASTUZUMAB	0,88	5,28	8,97	4,93
<b>Gesamt</b>	<b>200,64</b>	<b>275,15</b>	<b>247,30</b>	<b>223,97</b>

**Beispiel zur Berechnungsmethodik:**

Ursprüngliche ApU & Verordnungsmengen mit Rabattvertrag: Präparat A: 10 Euro 100DDD, Präparat B: 8 Euro 80DDD, Präparat C: 6 Euro 60DDD & Präparat D: 4 Euro 40DDD.

**Beispielrechnung Szenario 1:**

> Vergleichspreis: (8 Euro + 6 Euro + 4 Euro/3) = 6 Euro

> Kosten für die GKV: Präparat A: 6 Euro, Präparat B: 6 Euro, Präparat C: 6 Euro & Präparat D: 4 Euro.

**Beispielrechnung Szenario 2:**

> Vergleichspreis: (8 Euro + 6 Euro + 4 Euro/3) = 6 Euro

> Grundrabatt Präparat B: (6 Euro \* 80DDD) \* 0,1 = 48 Euro

> Kosten für die GKV Präparat B insgesamt: (6 Euro \* 80DDD) - 48 Euro = 432 Euro.

**Tab. 2:** Vier Szenarien unterschiedlicher Rabattierung im biosimilarfähigen Markt<sup>2</sup> sowie die damit möglichen Einsparvolumina.



Erkenntnisse fanden Eingang in die Bildung der vier Rabattvertrags-Szenarien und die zugrundeliegenden Modellrechnungen, welche in Tab. 2 dargestellt sind.

Die in Tab. 2 beschriebenen Szenarien dienen als Grundlage für die angestellten Modellrechnungen zu dem Einsparvolumen 3 durch Rabattverträge. Dem Wirkstoff Adalimumab, welcher seit Oktober 2018 patentfrei ist, kommt in den Szenarien eine besondere Bedeutung zu. Es handelt sich hier um einen relativ jungen biosimilarfähigen Markt mit sehr hohen Verordnungsanteilen sowohl hinsichtlich des Referenzproduktes als auch seiner Biosimilars. Aufgrund dieser Besonderheiten und einem möglicherweise hieraus resultierenden Bias, wurde die Annahme hinsichtlich des Schemas und der Höhe der Rabattierung der Adalimumab-Präparate in allen vier Szenarien konstant (konservativ) gehalten.

Es ergeben sich nach dem Vorbild der Modellrechnungen der Szenarien folgende zusätzlich mögliche Einsparvolumina (Tab. 2).

Es ergibt sich folglich ein Bereich zwischen über 200 und knapp 280 Millionen Euro, in dem das gegebene Einsparvolumen durch Rabattverträge (Einsparvolumen 3) für die GKV für die betrachteten sieben Wirkstoffe in dem Zeitraum von Juli 2018 bis Juni 2019 durch den Einsatz von Biosimilars einzugrenzen ist.

Alle drei berechneten Einsparvolumina 1, 2 & 3 müssen bei der Berechnung der effektiven Ausgaben der GKV auf ApU-Basis von den

Tatsächliche Kosten & Einsparvolumina	
<b>Kosten ohne Verordnung von Biosimilars:</b>	<b>2.273,67 Mio. Euro</b>
- Einsparvolumen 1 durch Biosimilars auf ApU-Basis:	211,18 Mio. Euro
- Einsparvolumen 2 durch Abschläge gemäß Hilfstaxe:	29,65 Mio. Euro
- Einsparvolumen 3 durch Rabattverträge:	200,64 – 275,15 Mio. Euro
<b>= Bereich tatsächlicher Kosten (ApU) unter Berücksichtigung Einsparvolumen 1, 2 &amp; 3:</b>	<b>1.832,20 – 1.757,69 Mio. Euro</b>

<b>Einsparvolumen 1 durch Biosimilars auf ApU-Basis:</b>	<b>211,18 Mio. Euro</b>
+ Einsparvolumen 2 durch Abschläge gemäß Hilfstaxe:	29,65 Mio. Euro
+ Einsparvolumen 3 durch Rabattverträge:	200,64 – 275,15 Mio. Euro
<b>= Bereich tatsächlicher Einsparungen (ApU) unter Berücksichtigung öffentlich verfügbarer Abschläge gem. Hilfstaxe &amp; Rabattverträge:</b>	<b>441,47 – 515,98 Mio. Euro</b>

Tab. 3: Tatsächliche Kosten & Einsparvolumina durch Biosimilars.

Kosten subtrahiert sowie bei der Ermittlung der realistischen Einsparungen der GKV durch Biosimilars einbezogen werden. Es resultieren die vorstehenden Berechnungen in Bezug auf die tatsächlichen Kosten sowie das realistische Einsparvolumen der GKV durch Biosimilars unter Berücksichtigung aller ausgabenrelevanter Faktoren.

Es kann folglich konstatiert werden, dass das Einsparvolumen 3 für die GKV durch Rabattverträge im betrachteten biosimilarfähigen Markt (200,64 – 275,15 Millionen Euro) – den angestellten Modellrechnungen folgend – in einem Bereich anzunehmen ist, der in seiner Höhe in etwa dem grundsätzlich durch den Einsatz von Biosimilars erzielten Einsparvolumen 1 (211,18 Millionen Euro) auf

ApU-Ebene entspricht oder sogar deutlich darüber liegt. Somit liegt der Bereich tatsächlicher Einsparungen der GKV durch Biosimilars im betrachteten Marktsegment unter Beachtung der öffentlich einsehbaren Hilfstaxen-Abschläge sowie der nicht öffentlichen Rabatte in Open-House-Verträgen insgesamt in einem Bereich zwischen 441,47 und 515,98 Millionen Euro.

Entsprechend verringert sich der Bereich effektiver Kosten auf ApU-Ebene für die sieben Wirkstoffe somit von anfangs angenommenen 2.062,49 Millionen Euro auf 1.757,69 bis 1.832,20 Millionen Euro.

## Diskussion

Die Berechnungen der tatsächlich realisierten Einsparvolumina durch den Einsatz von Biosimilars, welche im Zuge des zugrundeliegenden Projekts von den Autoren durchgeführt wurden, haben aufgezeigt, dass das gegenwärtig bereits erzielte, tatsächliche Einsparvolumen weit über dem von anderen Publikationen aufgezeigten Niveau liegt (Vogler et al. 2019; Schröder et al. 2019). Da in der vorliegenden Ausarbeitung nur sieben der insgesamt 13 biosimilarfähigen Wirkstoffe sowie ein anderer Zeitraum im Vergleich zu vorherigen Berechnungen von Einsparungen durch Biosimilars betrachtet wurden, gilt es, Folgendes festzuhalten: Die Berechnungen der WID0-Autoren (Schröder et al. 2019) basieren auf der Systematik der ersten hier angestellten Berechnung zum Einsparvolumen 1 durch den Einsatz von Biosimilars.

Das Ergebnis dieses Einsparvolumens 1 ist für den hier betrachteten Zeitraum auf ApU-Level auf 211,18 Millionen Euro zu beziffern. Wird dieses Einsparvolumen als tatsächliches Einsparvolumen der GKV durch Biosimilars ausgewiesen, werden essenzielle Faktoren vernachlässigt. Denn wie die Berechnungen zeigen und die folgende Abb. 1 verdeutlicht, werden in diesem Falle erhebliche zusätzliche Einsparvolumina durch die Abschläge gemäß der Hilfstaxe (Einsparvolumen 2: 29,65 Millionen Euro) sowie Einsparvolumina durch Rabatte aus Open-House-Verträgen (Einsparvolumen 3: 200,64 bis

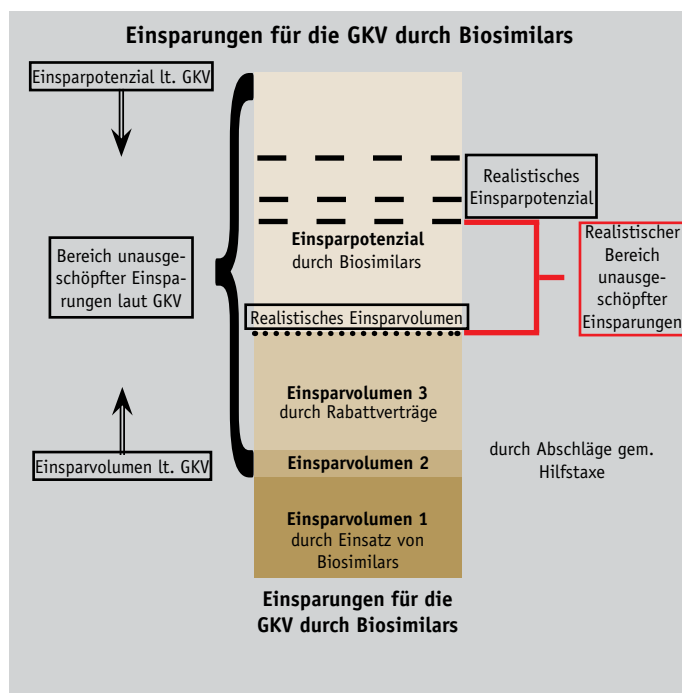


Abb. 1: Einsparungen für die GKV durch Biosimilars.

275,15 Millionen Euro) unterschlagen. Abbildung 1 verdeutlicht, dass dies im Ergebnis dazu führt, dass die zu niedrig ausgewiesenen bereits realisierten Einsparvolumina dazu beitragen, dass der Bereich unausgeschöpfter Einsparungen aktuell in hohem Maße überschätzt wird. Dies könnte wiederum einer politischen Forderung nach exklusiven Rabattvertragsausschreibungen im Biosimilarmarkt mehr Nachdruck verleihen.

Ebenfalls wird aus Abbildung 1 ersichtlich, dass von Seiten des WiD darüber hinaus in diesem Zusammenhang ein zusätzliches Einsparpotenzial in Höhe von rund 2.000 Millionen Euro bis über 2.800 Millionen Euro in Aussicht gestellt wird (Schröder et al. 2019). Da auch hierbei Hilfstaxenabschläge und Rabattverträge berücksichtigt werden müssen und die Einsparpotenziale nicht mittels selektierter ausländischer Marktverhältnisse abgeleitet werden können, ist das realistische Einsparpotenzial deutlich darunter zu vermuten. Auch diese Tatsache trägt zu einer Verringerung des Bereichs unausgeschöpfter Einsparmöglichkeiten bei (vgl. Abb. 1). Die im Zuge des Projekts durchgeführten Berechnungen konnten somit die Forschungsfrage beantworten, in dem ein deutlicheres Bild der tatsächlich realisierten Einsparvolumina und -potenziale durch Biosimilars für die GKV entstanden ist.

Die vorstehend bezifferten Einsparvolumina, die bereits heute durch Biosimilars erzielt werden, sind auch im Verhältnis zu der im GSAV angelegten Einführung von exklusiven Rabattverträgen im Biosimilarmarkt zu sehen. Ausgangspunkt der Argumentation ist hier die Feststellung, dass das biosimilarfähige Marktsegment durch die Spezifika der Präparate in Bezug auf die Entwicklung, Herstellung und Zulassung sowie die sich daraus ergebenden hohen Marktzutrittschürden charakterisiert ist. Als Folge dieser Marktzugangshürden ist die Zahl der Wettbewerber relativ gering, insbesondere im Vergleich zum Generikamarkt. Dabei liegt der Schlüssel zu mehr (Preis-)Wettbewerb und zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch das Solidarsystem darin, diesen Wettbewerb über Marktzutritte zu beflügeln (Altin et al. 2017). Exklusive Rabattverträge sind mit dem Ziel, ökonomische Anreize für ebensolche Marktzutritte zu liefern, nicht vereinbar. Speziell für Märkte, die sich nach Patentablauf erst etablieren sollen, besteht das Risiko, dass potenzielle Anbieter durch das in exklusiven Rabattverträgen zu erwartende Preisniveau abgeschreckt werden und nicht in den Markt eintreten. In der Folge bedeutet dies, dass sich der angestrebte Wettbewerb zwischen mehreren Anbietern gar nicht erst einstellt. Somit könnten Wirtschaftlichkeitspotenziale im Endeffekt nicht realisiert und zugunsten der Solidargemeinschaft genutzt werden (May et al. 2019).

Die von der GKV-Seite zum Teil vertretene Auffassung, dass eben gerade exklusive Rabattvertragsausschreibungen geeignet seien, mehr Wettbewerb durch Marktzutritte zu induzieren, ist somit ökonomisch nicht nachvollziehbar. Entsprechend zeigt auch eine Befra-

gung von Experten aus der pharmazeutischen Industrie, dass sich solche Ausschreibungen negativ auf die Bereitschaft auswirken, Biosimilars zu entwickeln respektive diese in den deutschen Markt einzuführen (Kramer et al. 2017, Bauer et al. 2018).

### Limitationen

Für die Berechnungen wurden lediglich sieben der insgesamt 13 biosimilarfähigen Wirkstoffe in Deutschland zum gegebenen Zeitraum betrachtet. Zudem wurde, um die Aktualität der Erhebung zu gewährleisten, ein anderer Zeitraum der Betrachtung gewählt, als in bisherigen Publikationen zu Einsparvolumina durch Biosimilars. Diese Faktoren schränken die unmittelbare Vergleichbarkeit mit anderweitigen Berechnungen entsprechend ein.

### Fazit

Exemplarisch wurde für eine ausgewählte Gruppe von sieben hoch-versorgungsrelevanten biosimilarfähigen Wirkstoffen berechnet, dass sich die Einsparungen im betrachteten Zeitraum nur auf Basis der öffentlich einsehbaren ApU auf 211,18 Millionen Euro belaufen. Auf Basis der um die Einsparvolumina gemäß Hilfstaxe sowie unter Einbeziehung der vertraulichen Rabatte aus Open-House Verträgen erweiterten Berechnungen, beläuft sich das durch Biosimilars induzierte Einsparvolumen insgesamt auf einen Bereich zwischen 441,47 und 515,98 Millionen Euro. Der Vergleich der beiden Werte macht deutlich, dass bei den üblicherweise ausgewiesenen Zahlen ein Rabattvolumen, das sich in der Beispielrechnung auf 52 bis 59% des Gesamteinsparvolumens beläuft, unterschlagen wird. D. h., das tatsächliche Einsparvolumen durch Biosimilars für die GKV ist demnach mehr als doppelt so hoch, wie bisher beziffert. Noch nicht berücksichtigt ist dabei, dass es bei Patentabläufen durch die entstehende Biosimilarkonkurrenz bereits zu Preissenkungen und mithin zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen bei den Referenzarzneimitteln kommen kann. Die Begründetheit der Forderung nach exklusiven Rabattverträgen im Biosimilarmarkt relativiert sich zum Teil bereits auf Basis dieser umfassenderen Datengrundlage. Weiterhin entscheidend ist diesbezüglich allerdings die Feststellung, dass solche Ausschreibungen den Anreiz für Marktzutritte von Biosimilars entscheidend hemmen und daher mit dem Ziel eines nachhaltig funktionsfähigen Wettbewerbs nicht vereinbar sind.

Gesundheitspolitisches Ziel muss es vielmehr sein, im wachsenden Markt biologischer Arzneimittel auf mittlere und längere Sicht Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und einen breiten Zugang aller betreffenden Patienten zur bestmöglichen Versorgung zu gewährleisten. Mit dem aus einer kurzfristigen Perspektive nachvollziehbaren Bestreben, das heutige Einsparvolumen durch das Ausreizen von Preisnachlässen durch exklusive Rabattverträge zu maximieren, ist dieses längerfristige Ziel unvereinbar. <<

### Literatur

- Altin, S./Bauer, C./May, U./Walendzik, A./Wasem, J./Ziebe, A. (2017): Regulierung und adäquate Preisbildung im Markt der Biosimilars. In: IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 220, März 2017
- Bauer, C./May, U./Ziebe, A. (2018): Wettbewerbsanalyse biosimilarfähiger Märkte im Kontext von Regulierung und adäquater Preisbildung. In: IBES Diskussionsbeitrag, Nr. 224, Februar 2018
- Kramer, N./Ziebe, A./May, U. (2017): Unternehmenserwartungen und Strategien im Biosimilarmarkt. Ergebnisse einer Befragung vor dem Hintergrund der aktuellen Regulierungsdiskussion. In: Pharm. Ind 2017; 79 (12): 1-7
- May, U./Bauer, C./Kostev, K. (2019): Arzneimittelrabattverträge: Kostensenkung mit Nebenwirkungen. In: „Monitor Versorgungsforschung“, 12. Jahrgang, 06/2019: 45-46
- Probiosimilars (2019): Handbuch Biosimilars 2019. ProGenerika e. V. / Arbeitsgemeinschaft Biosimilars (Hrsg.) Berlin 2019.
- Schröder, M./Lohmüller, J./Telschow, C. (2019): Kostenentlastung durch Biosimilars – was ist real, was wäre möglich? In: Thieme Verlag (Hrsg.) (2019): Compendium Biosimilars 2019
- Vogler, S./Schneider, P./Panteli, D./Busse, R. (2019): Biosimilars in Deutschland und im europäischen Vergleich – Entwicklung und Potenziale. In: Arzneiverordnungsreport 2019, S. 348

## Open-house contracts and discounts according to the Hilfstaxe in the biosimilar market: realistic saving volumes for the German SHI

Calculation of currently realized saving volumes and discussion of additional saving potentials through biosimilars for the German SHI under the condition of sustainable competition

**Background:** This report focuses on calculations to identify current saving volumes through biosimilars for the German SHI, taking all expenditure-relevant factors into account. This also includes discounts from open-house contracts and discounts according to the Hilfstaxe. The calculations are based on realistic and economically adequate scenarios.

**Methods:** Based on data from the market research institute IQVIA (IMS ContractMonitor® Juni 2017 – Juli 2019), relevant saving volumes through biosimilars were calculated in three steps based on DDD and ApU. The seven biosimilar-capable active ingredients Adalimumab, Etanercept, Filgrastim, Infliximab, Pegfilgrastim, Rituximab and Trastuzumab were observed in a time period between July 2018 and June 2019.

**Results:** The actual savings through biosimilars for the German SHI in the market segment under observation is in a range between 441,47 - 515,98 million euros, taking into account discounts according to the Hilfstaxe and the confidential discounts in open-house contracts.

**Conclusion:** It could be demonstrated that, taking into account all expenditure-relevant factors, the actual saving volume already achieved through biosimilars for the German SHI is at least twice as high as previously reported by the German SHI. Against the background of the actual savings and the requirements for functional and sustainable competition, the demand for exclusive discount agreements in the biosimilar market is relativized.

### Keywords

Biologics, biosimilars, saving volume, saving potential, GSAV, automatic substitution, exclusive discount agreements

### Autorenerklärung

Das der Publikation zugrundeliegende Projekt wurde von der Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG finanziell unterstützt.

### Zitationshinweis

Bauer, C., May, U., Giuliani, C.: „Open-House-Verträge und Hilfstaxen-Abschläge im Biosimilarmarkt: Realistische Einsparvolumina für die GKV“. in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 67-72, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2242

### Cosima Bauer MA

ist Politikwissenschaftlerin. Sie ist Mitbegründerin der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt. Ihre Schwerpunkte sind Gesundheits- und Pharmapolitik, sozialrechtliche Marktregulierung sowie strategische, gestalterische und ordnungspolitische Fragen des Marktzugangs, Pricings und der Erstattung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Kontakt: bauer@may-bauer.de



### Prof. Dr. rer. pol. Uwe May

ist Volkswirt und Gesundheitsökonom. Als Studiendekan an der Hochschule Fresenius ist er für den Masterstudiengang International Pharmacoeconomics, Health Economics and Market Strategies for Healthcare Products (M.Sc.) verantwortlich. Er ist Mitbegründer der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt. Seine Schwerpunkte sind Gesundheits- und Pharmakoökonomie sowie Kosten- und Nutzenbewertungen. Kontakt: Uwe.May@hs-fresenius.de



### Chiara Giuliani BA

ist Gesundheitsökonomin und Projektmanagerin Reimbursement & Pricing bei der Unternehmensberatung May und Bauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Bearbeitung von Fragestellungen im Biosimilarmarkt sowie im Kontext des AMNOG-Prozesses. Sie schließt derzeit den Masterstudiengang International Pharmacoeconomics, Health Economics and Market Strategies for Healthcare Products (M.Sc.) an der Hochschule Fresenius ab. Kontakt: Giuliani@may-bauer.de





Dr. med. Louisa van den Boom  
Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev MA

# Veränderungen im Verbrauch von Blutzuckerteststreifen bei Patienten in Deutschland, die FGM-Systeme anwenden

In Deutschland leben etwa 7,5 Millionen Menschen mit Diabetes (IDF2017) [1]. Insgesamt 95% von ihnen haben Diabetes Typ 2 (T2D) und 5% Diabetes Typ 1 (T1D) oder einen anderen Typ gemäß der Diabetesklassifikation [2]. In vielen Fällen können orale Antidiabetika für T2D oder Insulin für T1D und T2D sehr erfolgreich eingesetzt werden [3-4]. Ziel des Diabetesmanagements ist immer, eine gute Blutzuckerkontrolle zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Wie von der American Diabetes Association empfohlen, sollte ein Glukosewert von 70-180 mg/dl (3,8-10 mmol/l) erreicht werden. Dieser Wert kann natürlich nach Bedarf individuell angepasst werden. Das zweite Ziel besteht darin, Hypoglykämien (<70 mg/dl oder <3,8 mmol/l) und Hyperglykämien (>180 mg/dl oder 10 mmol/l) weitestgehend zu vermeiden. Das langfristige Ziel der Diabetesbehandlung ist die Prävention von Diabeteskomplikationen wie beispielsweise Retinopathie, Nephropathie und Neuropathie [5-10]. Die größte Belastung im täglichen Leben eines Patienten mit Diabetes ist die Überwachung des Blutzuckers. Täglich sind viele Blutentnahmen aus der Fingerkuppe notwendig, um das individuelle Insulinregime anpassen und eine gute Blutzuckerkontrolle erreichen zu können. Um mit intensiver Therapie eine optimale Blutzuckerkontrolle zu erreichen, sind häufige Blutzuckermessungen erforderlich (Selbstüberwachung der Blutzuckerwerte (SMBG)). Leider vermag die kapillare Blutentnahme es nicht, Hypoglykämien und Hyperglykämien ausreichend zu verhindern. Hypo- und Hyperglykämien wirken sich auf die Lebensqualität aus, und insbesondere Hypoglykämien sind eine große Belastung im Leben mit Diabetes [11]. Blutzuckermessungen sind sehr zeitaufwändig und schmerzhaft und viele Faktoren müssen berücksichtigt werden. Außerdem stellen kapillare Blutzuckermessungen nur eine Momentaufnahme des aktuellen Glukosespiegels dar. Das Flash Glucose Monitoring (FGM) ist seit 2014 in Deutschland erhältlich und wird von den Krankenkassen für Erwachsene und Kinder ab 4 Jahren mit T1D und T2D erstattet.

>> Das Flash Glucose Monitoring (FGM) ist eine sehr einfach anzuwendende, schmerzfreie und benutzerfreundliche Methode zur blutlosen Überwachung des Blutzuckerwertes. Ein kleiner Sensor wird an einem Arm unter die Haut eingeführt und bleibt dort 14 Tage lang. Der Patient kann den Sensor selbst einsetzen und durch einen

## Zusammenfassung

Seit 2014 stehen Patienten mit Typ-1-Diabetes (T1D) und Typ-2-Diabetes (T2D) FGM (Flash Glucose Monitoring)-Messsysteme zur Verfügung. FGM ist eine blutlose, schmerzfreie und sehr einfache Methode zur Überwachung der Glukosewerte von Patienten. Ziel dieser Studie war es, den täglichen Verbrauch von Blutzuckerteststreifen (BZTS) vor und nach Beginn der Anwendung von FGM zu vergleichen.

Diese Studie umfasste 1.343 erwachsene ( $\geq 18$  Jahre) T1D- und T2D-Patienten (Durchschnittsalter 51,4 Jahre; 39,1% Frauen) aus der Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA) mit einer zwischen Januar 2015 und Juli 2018 (Indexdatum) in Deutschland ausgestellten Erstverordnung für ein FGM-System. Verglichen wurden der durchschnittliche tägliche BZTS-Verbrauch vor und der durchschnittliche tägliche BZTS-Verbrauch nach dem Indexdatum. Ein multivariates logistisches Regressionsmodell wurde verwendet, um den Zusammenhang zwischen vordefinierten Variablen und der Wahrscheinlichkeit, dass BZTS nach dem Indexdatum nicht mehr verwendet werden, zu untersuchen.

Der durchschnittliche tägliche BZTS-Verbrauch pro Patient sank von 2,7 (SA: 3,0) vor dem Indexdatum auf 1,4 (SA: 2,4) nach dem Indexdatum und war bei männlichen und weiblichen T1D- und T2D-Patienten in verschiedenen Altersgruppen sowie in diabetologischen Praxen und Hausarztpraxen ähnlich. Insgesamt verwendeten 40% der Patienten weiterhin BZTS, und 30% verwendeten BZTS mindestens einmal täglich. Männliches Geschlecht und HbA1c <6,5% sowie eine weniger häufige Verwendung von BZTS vor dem Indexdatum waren positiv mit der Nichtverwendung von BZTS nach dem Indexdatum assoziiert.

## Schlüsselwörter

Blutzuckerteststreifen, FGM, Diabetes

## Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2243

neuen Sensor ersetzen, wenn der derzeitige Sensor abgelaufen ist. Der aktuelle interstitielle Glukosewert wird bestimmt, indem der Patient den FGM-Leser über den Sensor führt. Dies kann beliebig oft und in jeder Situation erfolgen und ist sehr diskret und schnell. Der aktuelle Wert wird auf dem Bildschirm des Lesegeräts angezeigt. FGM-Systeme liefern eine größere Anzahl an Glukosewerten, sodass über einen Zeitraum von 24 Stunden eine Glukosekurve erstellt werden kann, die zusammen mit der Rate und Richtung der Blutzuckeränderungen dem Patienten dabei hilft, die Glukosevariabilität zu reduzieren und die Zeit im Zielbereich zu verlängern [12].

Das FGM-System funktioniert ohne Kalibrierung, d. h. es sind keine regelmäßigen Tests mit Kapillarblut erforderlich, um das System funktionsfähig zu halten. Dies kann je nach Genauigkeit des Sensors ein Vor- oder Nachteil sein. Die auf dem deutschen Markt verfügbaren CGM-Systeme könnten das Diabetesmanagement erleichtern, Patienten in ihrem Alltag unterstützen, indem sie deren Belastung reduzieren, und ihnen helfen, eine gute Blutzuckerkontrolle zu erreichen und aufrechtzuerhalten [13].

Das Selbstmanagement des Blutzuckerspiegels wird durch FGM- oder andere CGM (Continuous Glucose Monitoring)-Systeme jedoch noch nicht vollständig ersetzt.

Bisher wurden keine realen Daten zur Verwendung und Anzahl von Blutzuckerteststreifen (BZTS) nach Initiierung von FGM veröffentlicht. Ziel dieser Studie war daher, den täglichen Verbrauch von BZTS vor und nach Beginn der Anwendung von FGM bei T1D- und T2D-Patienten zu vergleichen.

## Material und Methoden

### Datenbank

Die vorliegende Studie basiert auf Daten aus der Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Diese trägt Information zu Arzneimittelverordnungen und Diagnosen sowie grundlegende medizinische und demografische Daten zusammen, die direkt und in anonymisierter Form von den Computersystemen in allgemeinärztlichen und fach-

ärztlichen Praxen geliefert werden [14]. Die Datenbank umfasst ca. 3% aller ambulanten Praxen in Deutschland. Diagnosen (laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision [ICD-10]), Verordnungen (laut dem Anatomisch-therapeutisch-chemischen [ATC] Klassifikationssystem) und die Qualität der gemeldeten Daten werden von IQVIA überwacht. Die zur Auswahl der Arztpraxen verwendeten Stichprobenverfahren sind angemessen, um eine repräsentative Datenbank allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Praxen in Deutschland zu schaffen [14].

### Studienpopulation

Diese retrospektive Kohortenstudie umfasste erwachsene ( $\geq 18$  Jahre) T1D- und T2D-Patienten, die zwischen Januar 2015 und Juli 2018 (Indexdatum) in 323 hausärztlichen (HA) und diabetologischen Praxen in Deutschland eine Erstverordnung für einen Flash Glucose Monitoring-Sensor erhielten. Dieser Sensor wird zur Verwendung des Flash Glucose Monitoring-Systems benötigt. Weitere Einschlusskriterien lauteten wie folgt: (1) ein Beobachtungszeitraum von mindestens 12 Monaten vor dem Indexdatum und ein Nachbeobachtungszeitraum von mindestens 12 Monaten nach dem Indexdatum und (2) eine FGM-Sensor-Verordnung innerhalb von 7 bis 12 Monaten nach dem Indexdatum, um sicherzustellen, dass die Patienten den FGM-Sensor für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten verwendeten.

### Studienoutcomes und Kovariaten

Der Hauptzielparameter der Studie war der tägliche Verbrauch von BZTS innerhalb von 0 bis 183 Tagen nach dem Indexdatum im Vergleich zum Zeitraum von 1 bis 183 Tagen vor dem Indexdatum. Der berechnete tägliche BZTS-Verbrauch wurde anhand von Verordnungsinformationen (Packungsgröße multipliziert mit der Anzahl der Packungen geteilt durch die Anzahl der Tage zwischen zwei aufeinanderfolgenden Verordnungen) bewertet. Anschließend wurden die Mittelwerte pro Patient über einen Zeitraum von sechs Monaten vor dem Indexdatum und sechs Monaten nach dem Indexdatum berechnet.

Diese Analyse wurde für alle FGM-Patienten gemeinsam sowie getrennt für Männer und Frauen, T1D- und T2D-Patienten, die vier Altersgruppen ( $\leq 40$ , 41-50, 51-60 und  $> 60$ ) und von HÄ und Diabetologen behandelte Patienten durchgeführt. Darüber hinaus wurde zur Beschreibung der Studienpopulationen die Ausgangsprävalenz der folgenden Diagnosen geschätzt: renale Komplikationen (ICD-10: E10.2, E11.2, N18, N19), neurologische Komplikationen (ICD-10: E10.4, E11.4), periphere Gefäßerkrankung (ICD-10: E10.5, E11.5, I73.9), Hypertonie (ICD-10: I10), Dyslipidämie (ICD-10: E78), Schlaganfall oder TIA (ICD-10: G45, I63, I64) und Myokardinfarkt (ICD-10: I21-I23, I25.2). Da Adipositas und ophthalmologische Komplikationen von Hausärzten nicht regelmäßig dokumentiert werden, wurden diese Diagnosen in der Studie nicht verwendet. Die Anteile der Patienten, die nur mit Insulin, nur mit oralen Antidiabetika (OAD) oder mit Insulin plus OAD behandelt wurden, wurden ebenfalls angegeben.

### Statistische Analysen

Der deskriptive Vergleich des durchschnittlichen täglichen BZTS-Verbrauchs nach und vor dem Indexdatum wurde unter Verwendung des Wilcoxon-Tests durchgeführt. Um die Assoziation zwischen vordefinierten Variablen und der Wahrscheinlichkeit, dass BZTS nach dem Indexdatum nicht mehr verwendet werden, zu untersuchen, wurde ein multivariates Regressionsmodell mit „keine BZTS nach

dem Indexdatum“ (1= keine BZTS,  $0 \geq 1$  BZTS pro Tag) als abhängige Variable ausgestattet. Alter, Geschlecht, Diabetestyp, Fachgebiet der Praxis, orale Antidiabetika (OAD), HbA1c-Wert, Kodiagnosen und durchschnittliche tägliche Verwendung von BZTS vor dem Indexdatum dienten als Einflussvariablen. P-Werte von  $< 0,05$  wurden als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit Hilfe von SAS Version 9.4 durchgeführt.

## Ergebnisse

### Basischarakteristika der Studienpatienten

Die vorliegende Studie umfasste 1.343 Patienten, denen Flash Glucose Monitoring-Sensoren verordnet worden waren. Insgesamt 48,5% von ihnen waren T1D-Patienten, die restlichen 51,8% waren T2D-Patienten. Das Durchschnittsalter [SA] betrug 51,4 [16,0] Jahre; 39,1% waren weiblich. Der durchschnittliche HbA1c-Ausgangswert war 7,9% (SA: 1,4).

Von den Patienten erhielten 79,2% eine Insulintherapie, 20,8% erhielten Insulin + OAD und 5,4% erhielten nur OAD. Insgesamt waren bei 34,9% neurologische Komplikationen, bei 24,1% renale Komplikationen und bei 15,6% periphere Gefäßerkrankungen diagnostiziert worden (Tabelle 1).

### Durchschnittlicher täglicher Verbrauch von Blutzuckerteststreifen innerhalb von sechs Monaten vor und sechs Monaten nach Beginn des FGM

Der tägliche BZTS-Verbrauch ist eine nicht normalverteilte Variable. Tabelle 2 zeigt sowohl Mittelwerte als auch Medianwerte für den täglichen Verbrauch vor und nach dem Indexdatum. Insgesamt sank der durchschnittliche Verbrauch von 2,7 (SA:3,0) vor dem Indexdatum auf 1,4 (SA: 2,4) nach dem Indexdatum. Der BZTS-Verbrauch sank bei T1D- und T2D-Patienten, Frauen und Männern in den verschiedenen Altersgruppen und in diabetologischen und HA-Praxen in ähnlichem Maße (Tabelle 2). 40% verwendeten jedoch weiterhin BZTS, und 30% verwendeten sie mindestens einmal täglich.

### Assoziation zwischen vordefinierten Variablen und der Wahrscheinlichkeit, dass nach dem Indexdatum keine BZTS mehr verwendet werden

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse des multivariaten Regressionsmodells. Drei Variablen (Männliches Geschlecht (OR: 1,63,  $p < 0,001$ ), HbA1c  $< 6,5\%$  (OR: 1,67,  $p = 0,045$ ) und die Verwendung von weniger als einem BZTS pro Tag vor dem Indexdatum) waren signifikant mit der Nichtverwendung von BZTS nach Beginn des FGM assoziiert.

## Diskussion

### Zentrale Erkenntnisse

Die vorliegende Studie, die zwischen Januar 2015 und Juli 2018 in hausärztlichen und diabetologischen Praxen in Deutschland durchgeführt wurde, führte zu zwei wichtigen Erkenntnissen. Erstens nahm der durchschnittliche Verbrauch von Blutzuckerteststreifen pro Tag stark ab, sobald die Patienten mit der Verwendung von FGM-Systemen begannen. Diese Verringerung des BZTS-Einsatzes war unabhängig von der Art des Diabetes, vom Geschlecht, der Altersgruppe und der Behandlung in diabetologischen oder hausärztlichen Praxen. Zweitens war der Anteil der Patienten, die trotz der Verwendung eines FGM-Systems weiterhin eine große Anzahl an BZTS verwendeten, relativ hoch. Darüber hinaus nahm der durch-

schnittliche HbA1c-Wert in der Population der FGM-Anwender ab.

**Reduzierung des BZTS-Einsatzes**

In der vorliegenden Studie sank der durchschnittliche tägliche Verbrauch von 2,7 auf 1,4 Teststreifen pro Tag. In der Studie von Tyndal et al. mit T1D-Patienten in Schottland

wurde von einer Reduzierung von 3,8 auf 0,6 Teststreifen berichtet [15].

Bolinder et al. fanden in ihrer Studie heraus, dass die Verwendung von FGM-Systemen bei Erwachsenen mit gut kontrollierter T1D verglichen mit Patienten, die mit Kapillarteststreifen messen, die Zeit verringert, die Patienten in einem hypoglykämischen Zustand verbringen [16].

Diabetespatienten, die kein FGM-System verwenden, müssen ihren Blutzucker regelmäßig mit Hilfe von Teststreifen überwachen. FGM-Systeme können einige dieser SMBG-Messungen ersetzen, indem sie entweder zur Verbesserung der Stoffwechsellkontrolle und zur Verringerung der Glukosevariabilität beitragen oder sich auf die Glukosewerte des Sensors stützen, ohne dass eine doppelte Überprüfung anhand von Blutzuckermessungen erforderlich ist. Eine weitere Studie in Deutschland und Österreich zeigte, dass der moderate Rückgang der durchschnittlichen Häufigkeit der Selbstüberwachung des Blutzuckers von 2016 bis 2017, insbesondere in den jüngsten Altersgruppen mit den höchsten CGM-Anteilen, auf die Zunahme der nicht begleitenden CGM-Anwendung zurückzuführen sein könnte, die weniger routinemäßige SMBG-Messungen erfordert [17].

FGM bei Kindern genaue Messungen liefert, die Genauigkeit aber vom Glukosetrend abhängt. Wenn der Glukosewert sank, waren die Glukosewerte nicht so zuverlässig, daher empfahlen die Autoren unter diesen Bedingungen eine Blutzuckermessung [18]. Eine andere Studie deckte sich mit diesem Ergebnis und zeigte, dass das Flash Glucose Monitoring-System bei körperlicher Aktivität und im hypoglykämischen Zustand nicht so genau maß.

In solchen Situationen ist es für Menschen mit T1D unpraktisch und schwierig aber sehr notwendig, kapillare Blutzuckermessungen durchzuführen, und die Patienten müssen dazu ermutigt werden [19]. Es gibt möglicherweise viele Patienten, die sich immer noch für eine Kapillarblutzuckermessung entscheiden, weil sie die Genauigkeit der FGM-Messungen insbesondere in den ersten Tagen der Verwendung dieses Systems anzweifeln.

Physiologisch gibt es eine Differenz zwischen Blutzuckerwerten und den Sensorglukosewerten, wenn der Blutzuckerwert steigt oder fällt (z. B. nach einer Mahlzeit oder nach einer Insulininjektion). Dies ist das Intervall, in dem die Glukose aus dem Blutkreislauf in das Interstitium diffundieren muss. Unter diesen Umständen muss der Patient einen Kapillarbluttest durchführen, um therapeutische Anpassungen vornehmen zu können.

**Weitere Verwendung von BZTS**

Szadkowska et al. haben gezeigt, dass

Basischarakteristika der Studienprobe	
Variable	Anteil (%) oder Mittel (SA) N=1.343
<b>Alter</b>	
Mittel (SA)	51,4 (16,0)
Alter 18-40	26,3
Alter 41-50	18,0
Alter 51-60	25,5
Alter 61-70	18,6
Alter >70	11,6
<b>Diabetestyp</b>	
Typ-1-Diabetes	48,5
Typ-2-Diabetes	51,8
<b>Geschlecht</b>	
Weiblich	39,1
Männlich	60,9
<b>Fachgebiet der Praxis</b>	
Diabetologische Praxis	81,5
Hausarztpraxis	18,5
<b>Antihyperglykämische Therapie</b>	
Insulintherapie	79,2
Insulin + OAD-Therapie	20,8
OAD-Therapie	5,4
<b>HbA1c-Wert (%)</b>	
Mittel (SA)	7,9 (1,4)
< 6,5	12,4
6,5-7,4	28,4
7,5-8,4	28,3
> 8,5	30,9
<b>Kodiagnosen</b>	
Renale Komplikationen	24,1
Neurologische Komplikationen	34,9
Periphere Gefäßerkrankung	15,6
Hypertonie	44,0
Dyslipidämie	41,2
Schlaganfall/TIA	3,1
Myokardinfarkt	4,3

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienprobe. Sofern nicht anders erwähnt sind die Patientenanteile in % angegeben. SA: Standardabweichung.

Patientengruppe	Durchschnittlicher täglicher Verbrauch von BZTS vor dem Indexdatum		Durchschnittlicher täglicher Verbrauch von BZTS nach dem Indexdatum		Verbrauchsdifferenz Mittel (SA)	P-Wert
	Mittel (SA)	Median	Mittel (SA)	Median		
Gesamt	2,7 (3,0)	2,1	1,4 (2,4)	0	1,4 (3,2)	<0,001
Typ-1-Diabetes	2,9 (3,2)	2,2	1,6 (2,6)	0	1,3 (3,3)	<0,001
Typ-2-Diabetes	2,6 (2,9)	1,9	1,1 (2,2)	0	1,5 (3,1)	<0,001
Weiblich	3,1 (3,2)	2,6	1,8 (2,7)	0	1,3 (3,4)	<0,001
Männlich	2,5 (2,9)	1,8	1,1 (2,2)	0	1,4 (3,1)	<0,001
Alter 18-40	2,9 (3,2)	2,0	1,6 (2,6)	0	1,3 (3,4)	<0,001
Alter 41-50	2,9 (3,1)	2,2	1,5 (2,6)	0	1,4 (3,2)	<0,001
Alter 51-60	2,5 (3,0)	1,6	1,2 (2,2)	0	1,3 (3,1)	<0,001
Alter 61-70	2,8 (2,8)	2,5	1,3 (2,4)	0	1,5 (3,0)	<0,001
Alter >70	2,0 (3,0)	2,4	1,2 (2,4)	0	1,6 (3,4)	<0,001
Diabetologische Praxis	2,9 (3,1)	2,4	1,4 (2,4)	0	1,4 (3,2)	<0,001
Hausarztpraxis	2,2 (2,7)	1,3	1,1 (2,4)	0	1,1 (3,2)	<0,001

Tab. 2: Durchschnittlicher täglicher Verbrauch von Blutzuckerteststreifen innerhalb von sechs Monaten vor und sechs Monaten nach Beginn des FGM.



## Literatur

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, Malanda B. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018 Apr;138:271-281. doi: 10.1016/j.diabres.2018.02.023. Epub 2018 Feb 26.
2. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *American Diabetes Association. Diabetes Care* 2013 Jan; 36(Supplement 1): S67-S74. <https://doi.org/10.2337/dc13-S067>.
3. DiMeglio LA, Evans-Molina C, Oram RA. Type 1 diabetes. *Lancet.* 2018 Jun 16;391(10138):2449-2462. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31320-5.
4. Reusch JE, Manson JE. Management of Type 2 Diabetes in 2017: Getting to Goal. *JAMA.* 2017 Mar 14;317(10):1015-1016. doi: 10.1001/jama.2017.0241.
5. Wright LA, Hirsch IB. Metrics Beyond Hemoglobin A1C in Diabetes Management: Time in Range, Hypoglycemia, and Other Parameters. *Diabetes Technol Ther.* 2017 May;19(S2):S16-S26. doi: 10.1089/dia.2017.0029.
6. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck R, Biester T, Bosi E et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. *Diabetes Care* 2019 Aug; 42(8): 1593-1603. <https://doi.org/10.2337/dci19-0028>.
7. Hirsch IB, Sherr JL and Hood KK. Connecting the Dots: Validation of Time in Range Metrics With Microvascular Outcomes. *Diabetes Care* 2019 Mar; 42(3): 345-348. <https://doi.org/10.2337/dci18-0040>.
8. Beck RW, Bergenstal RM, Riddlesworth TD, Kollman C, Li Z, Brown AS and Close KL. Validation of Time in Range as an Outcome Measure for Diabetes Clinical Trials. *Diabetes Care* 2019 Mar; 42(3): 400-405. <https://doi.org/10.2337/dc18-1444>.
9. Diabetes Control and Complications Trial Research Group, Nathan DM, Genuth S, Lachin J, Cleary P, Crofford O, Davis M, Rand L, Siebert C. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1993 Sep 30;329(14):977-86.
10. Nathan DM; DCCT/EDIC Research Group. The diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study at 30 years: overview. *Diabetes Care.* 2014;37(1):9-16. doi: 10.2337/dci13-2112.
11. Bode BW, Schwartz S, Stubbs HA, Block JE. Glycemic characteristics in continuously monitored patients with type 1 and type 2 diabetes: normative values. *Diabetes Care* 2005;28:2361-2366.
12. Hirsch IB. Professional flash continuous glucose monitoring as a supplement to A1C in primary care. *Postgrad Med.* 2017 Nov;129(8):781-790. doi: 10.1080/00325481.2017.1383137. Epub 2017 Oct 5.
13. Anjana RM, Kesavadev J, Neeta D, Tiwaskar M, Pradeepa R, Jebarani S, Thangamani S. A Multicenter Real-Life Study on the Effect of Flash Glucose Monitoring on Glycemic Control in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 2017 Sep;19(9):533-540.
14. Rathmann W, Bongaerts B, Carius HJ, Kruppert Y, Kostev K. Basic Characteristics and Representativeness of the German Disease Analyzer Database. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2018 Oct;56(10):459-466. doi: 10.5414/CP203320.
15. Tyndal V, Stimson RH, Zammitt NN, et al. Marked improvement in HbA1c following commencement of flash glucose monitoring in people with type 1 diabetes. *Diabetologia* 2019; 62: 1349-1356 doi: 10.1007/s00125-019-4894-1. Epub 2019 Jun 9.
16. Bolinder J, Antuna R, Geelhoed-Duijvestijn P, Kröger J, Weitgasser R. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes: a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. *Lancet.* 2016 Nov 5;388(10057):2254-2263. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31535-5. Epub 2016 Sep 12.
17. van den Boom L., Karges B, Auzanneau M, Rami-Merhar B, Lilienthal E, von Sengbusch S, Datz N. Temporal Trends and Contemporary Use of Insulin Pump Therapy and Glucose Monitoring Among Children, Adolescents, and Adults with Type 1 Diabetes Between 1995 and 2017. *Diabetes Care.* 2019 Nov;42(11):2050-2056. doi: 10.2337/dc19-0345. Epub 2019 Sep 5.
18. Szadkowska A., Gawrecki A, Michalak A, Zozuliska-Ziółkiewicz D, Fendler W, Młynarski W. Flash Glucose Measurements in Children with Type 1 Diabetes in Real-Life Settings: To Trust or Not to Trust? *Diabetes Technol Ther.* 2018 Jan;20(1):17-24. doi: 10.1089/dia.2017.0287. Epub 2017 Dec 13.
19. Moser O, Eckstein ML, McCarthy O, Deere R, Pitt J, Williams DM, Hayes J. Performance of the Freestyle Libre flash glucose monitoring (flash GM) system in individuals with type 1 diabetes: A secondary outcome analysis of a randomized crossover trial. *Diabetes Obes Metab.* 2019 Nov;21(11):2505-2512. doi: 10.1111/dom.13835. Epub 2019 Aug 5.
20. Aleppo G., Ruedy KJ, Riddlesworth TD, Kruger DF, Peters AL, Hirsch I, Bergenstal RM et al for the REPLACE-BG Study Group. REPLACE-BG: A Randomized Trial Comparing Continuous Glucose Monitoring With and Without Routine Blood Glucose Monitoring in Adults With Well-Controlled Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2017 Apr; 40(4): 538-545. <https://doi.org/10.2337/dc16-2482>
21. Tanenbaum ML, Hanes SJ, Miller KM, Naranjo D, Bensen R, Hood KK. Diabetes device use in adults with type 1 diabetes: barriers to uptake and potential intervention targets. *Diabetes Care* 2017;40:181-187

## Mit der eingestellten Verwendung von BZTS assoziierte Variablen

Männliches Geschlecht war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit assoziiert, zusätzlich zum FGM-System keine BZTS zu verwenden. Andere Studien berichteten nicht über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anzahl an BZTS während der Verwendung eines CGM-Geräts [17].

Ein HbA1c-Wert <6,5 war mit der Nichtverwendung von BZTS nach dem Indexdatum assoziiert. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit einer anderen Studie. Aleppo et al. fanden heraus, dass bei

## Assoziation zwischen Variablen und Wahrscheinlichkeit

Variable	Odds-Ratio (95% KI)*	P-Wert
Alter 18-40	Referenz	
Alter 41-50	1,02 (0,72-1,44)	0,927
Alter 51-60	1,11 (0,78-1,58)	0,551
Alter 61-70	1,15 (0,77-1,71)	0,506
Alter >70	1,18 (0,72-1,92)	0,509
Typ-1-Diabetes	Referenz	
Typ-2-Diabetes	1,31 (0,98-1,77)	0,071
<b>Durchschnittlicher täglicher Verbrauch von BZTS vor dem Indexdatum</b>		
0-0,9	7,91 (5,83-10,71)	<0,001
1-1,9	1,34 (0,87-2,62)	0,188
2-2,9	1,36 (0,91-2,60)	0,130
> 3	Referenz	
Weiblich	Referenz	
Männlich	1,63 (1,29-2,07)	<0,001
Diabetologische Praxis	0,95 (0,68-1,32)	0,757
Hausarztpraxis	Referenz	
OAD-Therapie	6,42 (0,81-50,93)	0,078
OAD + Insulin	1,00 (0,71-1,40)	0,983
<b>Insulintherapie</b>		
HbA1c <6,5	1,67 (1,01-2,79)	0,045
HbA1c 6,5-7,4	0,88 (0,59-1,30)	0,509
HbA1c 7,5-8,4	1,10 (0,75-1,62)	0,616
> 8,5	Referenz	
Renale Komplikationen	0,79 (0,59-1,05)	0,107
Neurologische Komplikationen	1,14 (0,87-1,50)	0,339
Periphere Gefäßerkrankung	0,87 (0,61-1,24)	0,441
Hypertonie	1,15 (0,88-1,52)	0,310
Dyslipidämie	0,79 (0,61-1,02)	0,065
Schlaganfall/TIA	0,91 (0,46-1,84)	0,800
Myokardinfarkt	1,15 (0,63-2,09)	0,641

Tab. 3: Assoziation zwischen vordefinierten Variablen und der Wahrscheinlichkeit, dass nach dem Indexdatum keine BZTS mehr verwendet werden (logistisches Regressionsmodell).

Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes mit guter Blutzuckerkontrolle die Verwendung eines CGM-Geräts ohne regelmäßige Kontrollmessungen (SMBG-Messungen) genauso sicher und wirksam ist, wie die Verwendung eines CGM-Geräts mit Kontrollmessungen [20].

Patienten, die vor dem Indexdatum weniger als einen BZTS pro Tag verwendeten, wiesen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, nach dem Indexdatum keine BZTS mehr zu verwenden. Dieses Ergebnis erscheint sehr logisch. Regelmäßige SMBG-Messungen sind bei jedem Diabetesmanagement mit glukosesenkenden Mitteln erforderlich, um eine gute Blutzuckerkontrolle zu erreichen. Die Belastung ist hier sehr hoch [21]. Patienten, die vor Beginn der FGM mit dieser Belastung zu kämpfen haben, ersetzen wahrscheinlich jede SMBG-Messung durch FGM-Scans und führen keine Blutzuckermessungen durch.

### Studienlimitationen

Im Allgemeinen sind retrospektive Datenbankanalysen zur Primärversorgung durch die Validität und Vollständigkeit der Daten, auf denen sie basieren, begrenzt. Die aktuelle Studie unterlag mehreren Einschränkungen, die an dieser Stelle Erwähnung finden sollten.

Erstens werden Hypoglykämien nur selten in der Datenbank dokumentiert, und der Zusammenhang zwischen Hypoglykämien und der Verwendung von BZTS konnte nicht untersucht werden.

Zweitens waren bei den meisten Patienten nur die HbA1c-Werte zu Studienbeginn verfügbar. Nur bei einer kleinen Zahl von Patienten standen die Werte während der Zeit der Verwendung von FGM-Geräten zur Verfügung, welche die Analyse der Assoziationen zwischen der Verwendung von FGM-Geräten und der HbA1c-Reduktion in der gesamten Studienpopulation ermöglichen.

Drittens fehlten auch Daten zum sozioökonomischen Status (wie z. B. Bildung und Einkommen) und zu lebensstilbedingten Risikofaktoren (wie z. B. Rauchen, Alkoholkonsum und körperliche Aktivität). Viertens standen keine Daten zur Diabetesdauer zur Verfügung. Zu guter Letzt waren keine Informationen aus Krankenhäusern verfügbar. Die Stärken dieser Arbeit sind die Anzahl der für die Analyse verfügbaren Patienten und die Verwendung realer Daten, die eine unverzerrte Expositionsbewertung (kein Recall-Bias) ermöglichten.

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Karel Kostev: Studienkonzept, Studiendesign und Datenanalyse. Louisa van den Boom und Karel Kostev: Interpretation der Daten. Louisa van den Boom: Verfassen des Manuskripts. Beide Autoren haben die verschiedenen Fassungen des Manuskripts bearbeitet.

### Dr. med. Louisa van den Boom

ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Diabetologie und arbeitet aktuell als Oberärztin und Kinderdiabetologin in der DRK Kinderklinik Siegen. Sie hat in Bonn Medizin studiert und dort promoviert.

Kontakt: l.vandenboom@ckhf.de



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

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

Kontakt: karel.kostev@iqvia.com



## Changes in the consumption of blood glucose test strips in patients in Germany who use FGM systems

Since 2014, Flash glucose monitoring (FGM) systems have been available for patients with type 1 (T1D) and type 2 (T2D) diabetes. FGM is a bloodless, painless, and very easy method to monitor patients' glucose values. The aim of this study was to compare the daily consumption of blood glucose test strips (BGTS) prior to and after the initiation of FGM use.

This study included 1,343 adult ( $\geq 18$  years) T1D and T2D patients (mean age 51.4 years; 39.1% women) from the Disease Analyzer database (IQVIA) with an initial prescription of FGM in Germany between January 2015 and July 2018 (index date). A comparison of the average BGTS daily consumption after the index date versus prior to the index date was made. A multivariate logistic regression model was used to investigate the association between predefined variables and the probability of no longer using BGTS after the index date.

The average daily BGTS consumption per patient decreased from 2.7 (SD: 3.0) prior to the index date to 1.4 (SD: 2.4) after the index date and was similar in T1D and T2D, in both women and men, and across different age groups, as well as in diabetologist practices and general practices. In total, 40% of patients continued to use BGTS, and 30% used them at least once daily. Male sex and HbA1c  $< 6.5\%$ , as well as less frequent use of BGTS prior to the index date, were positively associated with non-use of BGTS after the index date.

### Keywords

blood glucose test strips, CGM, diabetes

## Schlussfolgerung

Der tägliche Verbrauch von BZTS reduzierte sich nach Beginn der Anwendung von FGM bei Diabetespatienten stark. Ein relativ hoher Anteil der Patienten verwendete jedoch zusätzlich zu den FGM-Messungen weiterhin BZTS. Weitere Längsschnittstudien sind erforderlich, um den Zusammenhang zwischen der Verwendung von FGM und BZTS besser zu verstehen. Zukünftige Studien müssen außerdem die realen Ergebnisse der Verwendung von FGM-Geräten, einschließlich verbesserter HbA1c-Werte, Reduzierung hypoglykämischer Ereignisse und verringerter Inzidenz von Komplikationen im Zusammenhang mit Diabetes untersuchen. <<

### Zitationshinweis

van den Boom, L., Kostev, K.: „Veränderungen im Verbrauch von Blutzuckerteststreifen bei Patienten in Deutschland, die FGM-Systeme anwenden“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/20), S. 73-77, doi: 10.24945/MVF.04.20.1866-0533.2243

Ergebnisse einer Befragung älterer Menschen. Ein Projekt der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS

## Nutzung von digitalen Angeboten durch Ältere

Auch ältere Menschen nutzen digitale Gesundheitsangebote. Welche Angebote sie annehmen und welche Erwartungen, aber auch Befürchtungen sie damit verbinden, hat die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS mit einer Befragung zu ermitteln versucht. Dazu wurde ein strukturierter Fragebogen entwickelt, der unterschiedliche Dimensionen digitaler Gesundheitsangebote erfasst. Befragt wurden ältere Menschen ab 65 Jahren in Form eines persönlichen Interviews.

>> Gerade für ältere Menschen könnte das Nutzenpotenzial einer konsequenten Anwendung digitaler Angebote in der Gesundheitsversorgung beachtlich sein, so zumindest eine oft formulierte These. Auch deshalb bleibt zu hoffen, dass die Erstattung von digitalen Gesundheitsanwendungen durch die Krankenkassen, wie sie im Zuge des Inkrafttretens des Digitale-Versorgung-Gesetzes ab 2020 möglich ist, die Nutzung digitaler Angebote in der Versorgung weiter fördern wird. Vor allem für chronisch kranke und multimorbide Patienten können sich hierdurch neue Perspektiven eröffnen – dies ist zumindest eine häufig geäußerte Erwartung in Politik, Selbstverwaltung und in den anbietenden Technologieunternehmen.

Doch wie nehmen ältere Menschen selbst die digitalen Angebote an und welche Erwartungen und Ängste verbinden sie damit? Hierzu stehen bisher nur wenige differenzierte Informationen zur Verfügung. Aus diesem Grund haben Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 PLUS ältere Menschen ab 65 Jahren mithilfe eines strukturierten Fragebogens interviewt, um einen detaillierteren Eindruck zu ihrer Meinung und Einschätzung einer zunehmenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung zu erhalten.

### Konzeption des Fragebogens

Der Fragebogen ermittelt eingangs den technischen und organisatorischen Zugang zum Internet und konzentriert sich nachfolgend auf die Kenntnis der bereits vorliegenden digitalen Angebote und deren Nutzung. Die Fragen waren so formuliert, dass in der Regel eine einfache Ja-Nein-Antwort möglich ist. Zusätzlich wird darum gebeten, Aussagen zu Erwartungen und eventuellen Ängsten oder Bedenken zu bewerten. Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen wurden vorab in einem Pre-Test überprüft. In einigen wenigen Fällen erfolgte eine Präzisierung der Formulierung, zwei Fragen wurden neu aufgenommen.

### Setting der Befragung

Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte aus dem näheren persönlichen Umfeld der AG-Mitglieder sowie in stationären Senioren- und Pflegeeinrichtungen. Die Befragung selbst erstreckte sich zeitlich über das 4. Quartal 2019 und das

erste Quartal 2020 und wurde entweder im direkten persönlichen Gespräch oder telefonisch geführt. Eine Repräsentativität ist somit nicht gegeben. Die Ergebnisse reflektieren jedoch ein detailliertes Meinungsbild, wobei die befragten Personen ihren Wohnsitz überwiegend im Raum Berlin/Brandenburg haben.

### Ergebnisse

Insgesamt wurden 117 Personen interviewt, davon 42% weiblich und 58% männlich. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 72,5 Jahren.

#### Technischer und organisatorischer Zugang zum Internet

73% der Befragten gaben an, über ein internetfähiges Smartphone zu verfügen. 78% haben sogar Zugang zu einem Laptop oder Computer. Immerhin gaben 55% der Personen an, das Internet täglich zu nutzen, in den meisten Fällen über das Smartphone. Allerdings nutzt etwa ein Viertel (26%) der befragten Personen das Internet bisher nicht oder nur sehr selten.

#### Nutzungsverhalten

Kommunikation steht bisher eindeutig im Vordergrund des Nutzungsverhaltens. So nutzen 72% der Befragten E-Mails und immerhin 62% Messengerdienste für den Austausch mit anderen, wobei nur 17% in sozialen Netzwerken aktiv sind. Im Vergleich nutzt auch weniger als die Hälfte der Personen Onlinebanking (44%), das heißt, dass auch das scheinbar unzureichende Vertrauen in neuartige elektronische Angebote bei Älteren eine wichtige Rolle spielt. Dies gibt erste Hinweise darauf, welche Herausforderungen z.B. mit der Einführung einer elektronischen Patientenakte und deren Akzeptanz verbunden sein könnten.

Die Fragestellung, welche konkreten Angebote zu digitalen Gesundheitsleistungen bekannt sind und in Anspruch genommen werden, bildete den Schwerpunkt der Befragung. Recherche und Informationsgewinnung stehen derzeit klar im Vordergrund. Im Internet nach Behandlungsalternativen (43%), Arzneimitteln (45%) sowie Diagnosen und Beschwerden (35%) zu recherchieren dominieren noch. Auch werden von einem Drittel bereits Arzneimittel (34%) online bestellt. Ein Ärzteranking

(24%) genutzt, online einen Termin vereinbart (23%) oder einen neuen Arzt gefunden (19%), haben immerhin jeweils bereits fast ein Viertel der befragten Personen. Auch wird mit Ärzten und Apotheken in Teilen schon online kommuniziert (24%).

Demgegenüber spielen spezifische Angebote zur Therapiebegleitung, Arzneimitteltherapie (Einnahmeerinnerung, Medikationsplan, Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen), elektronische Rezepte oder Videosprechstunden kaum eine oder gar keine Rolle (jeweils unter 5%).

### Erwartungen an ein digitalisiertes Gesundheitswesen

Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass konkrete digitale Angebote in der gesundheitlichen Versorgung ältere Personen bisher kaum erreichen, obwohl sie eigentlich die Hauptzielgruppe darstellen. Bisher werden elektronische Tools vor allem zur Recherche und Kommunikation verwendet, wie dies auch in anderen Lebensbereichen der Fall ist.

Möglicherweise sind digitale Gesundheitsangebote bisher für viele noch zu wenig verständlich, aber auch Nutzung und Handhabung scheinen unklar oder bereiten Schwierigkeiten. Umso wichtiger ist es, detaillierte Informationen zu Erwartungen, Befürchtungen und auch Ängsten zu gewinnen, die die befragten älteren Personen mit einer zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens verbinden. Denn nur so kann darauf angemessen reagiert werden, z.B. indem begleitende traditionelle Informations- und vielleicht auch Schulungsangebote unterbreitet werden. Auch Ärzte und Apotheker könnten zunehmend mit der Aufgabe konfrontiert sein, ihren Patienten und Kunden digitale Angebote zu empfehlen und zu erläutern.

Die von den Befragten erwarteten Verbesserungen durch die Digitalisierung des Gesundheitssystems konzentrieren sich bisher vor allem auf die Kommunikation, z.B. eine bessere Zusammenarbeit zwischen (49%) und mit den Behandlern (38%). Auch Fragen der Organisation spielen bereits eine Rolle, etwa für eine schnellere Terminvereinbarung (55%) oder einen besseren Zugang zu mehr Wissen in Form von besser verständlichen krankheitsbezogenen Informationen (36%).

Generell hoffen viele auf neue Erkenntnisse in der Medizin (56%) oder einfach auf eine grundsätzlich



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

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

## Kommentar



Rudolf Bals  
65 PLUS

Liebe Leser,

die Digitalisierung der Gesellschaft auch im Gesundheitswesen schreitet unaufhaltsam fort und damit stellt sich die Frage nach den Erwartungen und Ängsten unserer älteren Mitbürger. Die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS hat diese Fragen gebündelt und in über 100 Interviews Angehörigen unserer „Zielgruppe“ gestellt.

Hierbei wurde rasch klar, dass die hochgespannten Erwartungen der Akteure auf eine eher zurückhaltende Bevölkerung trifft, die zwar schon mit Internet und Smartphone „unterwegs“ ist, komplexere Anwendungen aber entweder noch nicht kennt oder ablehnt. Die allermeisten Ärzte sind offensichtlich auch nicht geneigt, ihren Patienten digitale Angebote zu machen. Das Dilemma ist, dass die kognitiven Fähigkeiten der älteren Menschen nicht mit der immer rascheren Entwicklung der digitalen Technik Schritt halten können.

Ihr Rudolf Bals

des elektronischen Rezeptes werden konkrete Angebote für Patienten in der Versorgung erlebbar machen.

Auf der politischen Entscheidungsebene muss deshalb immer wieder neu darauf geachtet werden, dass bestimmte Altersgruppen oder auch soziale Gruppen nicht von der digitalen Entwicklung ausgeschlossen werden. Dies gilt insbesondere für regulative Vorgaben, z.B. auch in der Kommunikation zwischen Behörden, Einrichtungen usw. und den Bürgern, denen immer alternative Wege zur Verfügung stehen müssen. Da die digitale Entwicklung voraussichtlich schneller als der biologische Prozess des Älterwerdens voranschreitet, sollte eine regelmäßige Bestandsaufnahme zur Reichweite und tatsächlichen Nutzung digitaler Angebote zum Standard werden und die weitere Entwicklung kontinuierlich begleiten. <<

von:

Christian Luley (INSIGHT Health),

Rudolf Bals (AG 65 PLUS),

Marion Schaefer (Charité Universitätsmedizin Berlin)

## Hinweis

Die AG Gesundheit 65 PLUS ist grundsätzlich bereit, den Fragebogen für einen breiteren Einsatz zur Verfügung zu stellen, wobei das Abfragespektrum den aktuellen Entwicklungen angepasst werden kann.

### Haben Sie schon per Internet ...

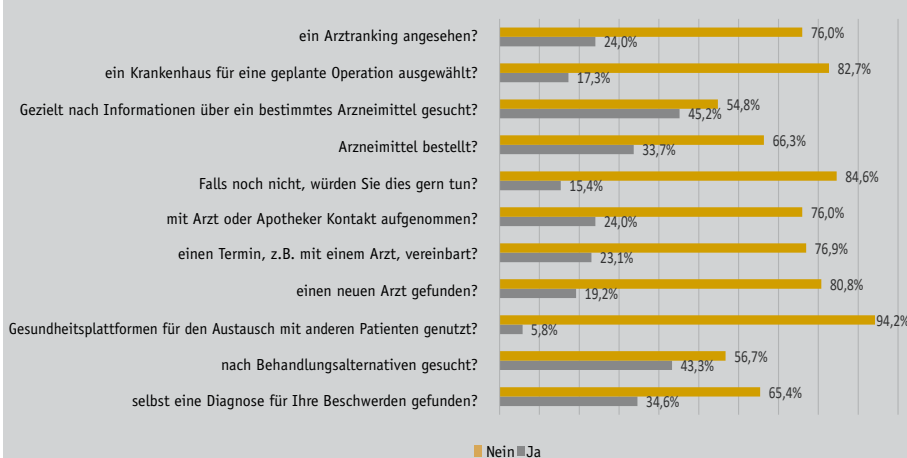


Abb. 1: Antworten auf die Frage: Haben Sie schon per Internet ...?“

### Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen verbinde ich ...

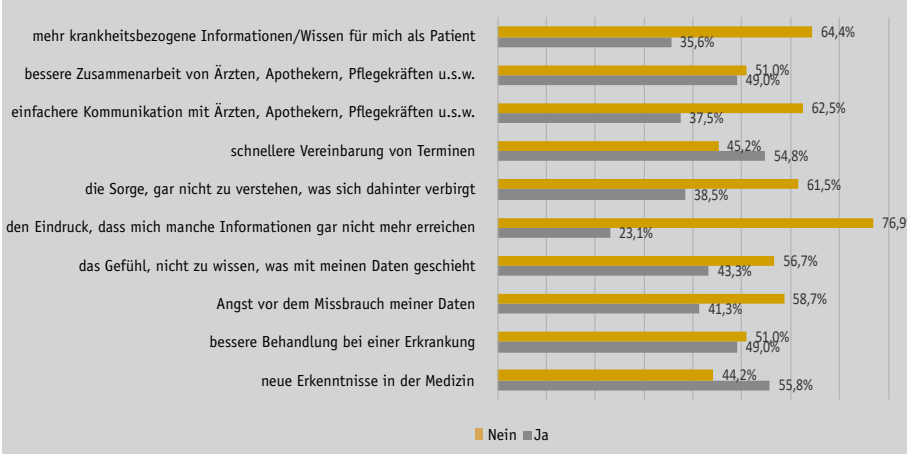


Abb. 2: Antworten auf die Frage: Mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen verbinde ich ...“

effektivere Behandlung (49%). Neben diesen Erwartungen wurden aber auch Befürchtungen und Ängste geäußert. Vor allem bestehen erhebliche Vorbehalte hinsichtlich eines vertrauensvollen Umgangs mit den eigenen Daten.

Das Gefühl, nicht zu wissen, was mit meinen Daten passiert, teilen 43%, die Angst vor einem Datenmissbrauch 41% der Befragten. Diese Vorbehalte ergeben sich vermutlich auch aus der Unsicherheit bzw. dem geringen Informationsstand zu dieser Thematik. Denn immerhin ein Drittel (34%) gibt zu, noch zu wenig über die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu wissen.

Bisher wurde keinem der Befragten von seinem Arzt eine App empfohlen, und nur wenige haben bisher eigene Erfahrungen mit Gesundheits-Apps (13%) sammeln können. Grundsätzlich erwarten aber die Befragten durch digitale Gesundheitsangebote eine Unterstützung (62%) und nur in einem deutlich geringeren Maße fühlen sie sich überfordert (20%).

## Fazit

Digitale Gesundheitsangebote haben bisher in der Versorgung älterer Menschen nicht annähernd die Bedeutung, die gerade für diese Altersgruppe zu wünschen wäre. Die elektronischen Medien und Kommunikationswege werden jedoch für die eigene Gesundheit schon jetzt häufig genutzt. Weiterführende und Erfolg versprechende digitale Anwendungen, wie sie sich mit der Einführung der elektronischen Patientenakte ergeben werden (z.B. Medikationsmanagement, Prognose des individuellen Krankheitsverlaufs oder generell Erkenntnisse der künstlichen Intelligenz), bedürfen aber einer umfassenden und vor allem verständlichen Aufklärung vor Einführung und Nutzung. Die Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen, die für Krankenkassen obligatorische Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte für alle Versicherten und nicht zuletzt die bevorstehende Einführung



# Ein JA kann alles außer aufgeben.

Unsere Vision bei Janssen ist eine Zukunft, in der Krankheiten der Vergangenheit angehören. Wir arbeiten unermüdlich daran, dies für Patienten auf der ganzen Welt Wirklichkeit werden zu lassen: Indem wir Krankheiten durch die Erforschung und Entwicklung wirksamer Therapien gezielt bekämpfen, den Zugang zu Arzneimitteln verbessern und auch in vermeintlich hoffnungslosen Situationen nicht aufgeben. Ein JA ist dabei der Anfang von allem.

Entdecken Sie hier, wozu wir JA sagen:  
[www.einJAKann.de](http://www.einJAKann.de)

Janssen-Cilag GmbH

janssen  | PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 