

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Prof.
Dr. Marjan van den Akker,
Johann Wolfgang Goethe-
Universität in Frankfurt am Main:
„Versorgungsforschung
muss alle relevanten
Gruppen umfassen.“

„Transfer zu einem nutzerfreundlichen Gesundheitssystem“ (Schaeffer)
„Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration“ (Preusker)
„Plan für ein neues Gesundheitssystem“ (Piwernetz/Neugebauer)

Editorial

Multimorbidität und Versorgungsforschung

4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Versorgungsforschung muss aktiver werden“

6

Interview mit Prof. Dr. Marjan van den Akker, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach und Roland Lederer

Hallek: „Wir müssen ganzheitlicher denken“

12

16. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO

„Es geht allein um gut gemachte Studien“

16

Im Interview: Dr. Dorothee Brakmann, Janssen Deutschland

Ein eigenes Lotsengesetz soll den Weg frei machen

18

IF-Projekt für koordiniert-vernetzte Versorgung nach Schlaganfall: „STROKE OWL“

Kliniken zu langsam bei der Digitalisierung

22

Report zur Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern

Zentrum für Versorgungsforschung ist gegründet

26

1. Brandenburgischer Versorgungsforschungskongress in Neuruppin

„Versorgungsforschung soll die Probleme lösen“

28

MVF-Serie (Teil 20): Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

salu.TOP – ein neues Gesundheitssystem

33

Beitrag von Dr. Dr. Klaus Piwernetz und Univ.-Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer

„Nicht an Geschäftsmodellen messen“

40

Kommentar von Prof. Dr. Franz Porzolt und Dr. Susanne Isabel Becker MPH (ICE e.V.)

Zahlen - Daten - Fakten

Neue spezifische Therapie bei Migräne

10

Standards

Impressum 2 News 14, 20, 24, 39, 43, 44

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 45-48

Dieser Ausgabe liegen MVF-Kongress- und Seminarfolder sowie in einer Teilaufgabe die Fachzeitschriften „Monitor Pflege“ und „Pharma Relations“ bei

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

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer / Dr. PH Sebastian Schmidt-Kaehler MPH / Univ.-Prof. em. Dr. phil. Jürgen Pelikan

49

Transfer zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem

Gesundheitskompetenz ist keineswegs nur als persönliche Disposition zu verstehen, sondern ist immer auch Ausdruck der situativen Anforderungen, die ein System an seine Nutzer stellt. Der vorliegende Beitrag geht deshalb der Frage nach, wie ein nutzerfreundliches und gesundheitskompetentes Gesundheitssystem aussehen könnte.

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Armin Töpfer / Dipl.-Kfm. Dipl.-Psych. Georg Brabänder M.A.

54

Personalisierung von Behandlungspfaden – das Potenzial digitaler Technologien

Das Potenzial digitaler Technologien für die Verwendung bei Gesundheitsleistungen ist bei weitem nicht ausgeschöpft. Notwendig sind eine Erweiterung der gesamten Wertschöpfungskette Behandlungspfad über alle drei Sektoren (stationär, ambulant, zuhause) hinweg sowie die Fähigkeiten und Ressourcen des Anbieters für ein dynamisches Ausbalancieren von Exploitation und Exploration. In diesem Beitrag werden die wesentlichen internen Werttreiber, externen Erfolgsfaktoren sowie die intern und extern ausgerichteten Wertgeneratoren für die Gestaltung von Gesundheitsleistungen 4.0 genauer analysiert.

Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker / Dr. rer. medic. Jan Böcken / Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

62

Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung

Überkapazitäten, viele kleine Krankenhäuser, unzureichende Konzentration und Spezialisierung – diese Schlagworte kennzeichnen die gegenwärtige vielfach als problematisch angesehene Situation der deutschen Krankenhausversorgung mit entsprechenden Folgen für die Qualität der Versorgung. Das im Rahmen des Projekts „Neuordnung der Krankenhausversorgung“ der Bertelsmann Stiftung erarbeitete „Zielbild für eine zukünftige Krankenhauslandschaft“ zeigt Wege aus dieser Misere auf.

Marcel Konrad / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev M.A.H

68

Sekundärdatenanalyse zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen

Daten der Gesundheitsreporte zeigen, dass die Dauer von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von psychischen Störungen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen sind. Ziel dieser Studie war es, anhand einer Sekundärdatenanalyse, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten, die in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen behandelt waren, zu ermitteln.

Dipl.-Kfm. Timo Schulte, MBA / Andree Rabenberg, M.Sc. / Dr. h.c. rer. medic Helmut Hildebrandt / Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko / Prof. Dr. Martin Wehling

73

FORTA: Ein Algorithmus zur Bewertung und Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten

Der basierend auf der FORTA-Klassifikation entwickelte Algorithmus FORTA-EPI, der Wirkstoffe in Verbindung mit altersrelevanten Indikationen hierarchisch von A (positiv) bis D (negativ) bewertet, soll nun als elektronisches Tool eine Entscheidungsunterstützung bei der Anpassung der Arzneimitteltherapie geriatrischer Patienten bieten. Nach klinischer Validierung der Sinnhaftigkeit des FORTA-Konzepts wurde der Algorithmus dementsprechend entwickelt und auf regionaler Ebene getestet.

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

Monitor Versorgungsforschung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)

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

stegmaier@m-vf.de
Redaktion

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
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

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

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 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: 6.598 (IWV 1. Qu. 2019).



Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	hcm Health Services Management	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	

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

Institute/Stiftungen

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

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	inav	Hans-Holger Bleß	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Bernadette Klapper	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik Graf von Stillfried	

Akteure

	AOK Nordost	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Baden-Württemberg	Harald Möhlmann	
	AOK	Dr. Christopher Hermann	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DocMorris	Prof. Dr. Christian Franken	
	IGIB StimMT	Lutz O. Freiberg	
	IG V RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	INSIGHT HEALTH	Roland Lederer	

	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	Prof. Dr. Stephan Burger	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. David Traub	
	SANOFI	Dr. Stephanie Rosenfeld, MHBA	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Multimorbidität und Versorgungsforschung

MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Marjan van den Akker, Stiftungslehrstuhl Multimedikation und Versorgungsforschung, Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt > 6 ff.

„Daten nutzen nur, wenn wir es schaffen Erkenntnisse daraus zu ziehen. Und zwar die richtigen.“ So Roland Lederer, der Stifter des Lehrstuhls. Wir haben dazu mit der Lehrstuhlinhaberin, Frau **Professor van den Akker**, dem Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin, **Professor Gerlach**, und **Roland Lederer** ein Gespräch über Versorgungsforschung zur Multimorbidität, Multimedikation und zur steigenden Komplexität medikamentöser Therapien geführt. Es geht um fehlende Übersicht der Ärzte beim Verschreiben der einzelnen Medikamente, um Wechselwirkungen zwischen den verschriebenen Arzneimitteln, mangelnde Therapietreue und andere Probleme bei der Versorgung hauptsächlich älterer Patienten im Alltag. Wenn diese Probleme besser gelöst werden, verbessert sich die Versorgung ganz wesentlich.

MVF-Interview mit Dr. Dorothee Brakmann, Leitung Gesundheitsökonomie, Marktzugang und Erstattung, Janssen Deutschland > S. 16 ff.

Wir haben mit Frau **Dr. Brakmann** über die „anwendungsbegleitende Datenerhebung“ gesprochen, die der G-BA in Zukunft von den Herstellern neuer Arzneimittel nach der Zulassung verlangen darf.

29. Oktober in Berlin: „Real-World-Evidenz“ beim 9. MVF-Fachkongress > s. Beilage

Darum geht es auch beim 9. MVF-Fachkongress am 29. Oktober in Berlin. Mit dem „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung“ kann der G-BA von den Herstellern neuer Medikamente nach der Zulassung „anwendungsbegleitende Datenerhebungen“ verlangen, ebenso auch von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, um in der Alltagsversorgung mehr hochwertige Evidenz für die Nutzenbewertung zu erhalten. Aber keiner weiß bisher genau, wie das geht. Das wollen wir bei unserer Fachkonferenz klären. Sie sind herzlich eingeladen.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“

Diesmal sind wir bei **Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer** und seinen Kollegen und Mitarbeitern an der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane in Neuruppin. > S. 28 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Schmidt-Kaehler, Schaeffer und **Pelikan** analysieren im Rahmen von Gesundheitskompetenz die Anforderungen, die das Gesundheitssystem an seine Nutzer stellt. Die Autoren skizzieren das Bild eines benutzerfreundlichen Gesundheitssystems, das den Umgang mit Informationen erleichtert und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten stärkt. > S. 49 ff.

Töpfer und **Brabänder** zeigen die Verzahnung und Kombination von Gesundheitsleistungen mit Digitalisierungstechnologien (Gesundheitsleistungen 4.0) entlang der Behandlungspfade. Sie identifizieren die wesentlichen internen Werttreiber, externen Erfolgsfaktoren und die Wertgeneratoren. > S. 54 ff.

Preusker, Böcken und **Busse** analysieren die unzureichende Konzentration und Spezialisierung der deutschen Krankenhausversorgung mit daraus folgenden Defiziten für die Behandlungsqualität. Sie erarbeiten darauf aufbauend ein Zielbild für eine zukünftige Krankenhauslandschaft mit deutlich unter 600 Kliniken im Jahr 2030. > S. 62 ff.

Konrad und **Kostev** präsentieren eine Sekundärdatenanalyse der Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten, die in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen behandelt werden. Das Risiko einer langen Krankschreibung steigt signifikant mit dem Alter. > S. 68 ff.

Schulte u.a. stellen einen Algorithmus vor auf der Basis der FORTA (Fit FOR The Aged) Klassifikation, der Arzneimittelwirkstoffe in Verbindung mit altersrelevanten Indikationen hierarchisch bewertet. Er soll als Entscheidungsunterstützung bei der Anpassung der Arzneimitteltherapie geriatrischer Patienten eingesetzt werden. > S. 73 ff.

Ich wünsche Ihnen einen goldenen Oktober und, wie immer, interessante Lektüre mit vielen nützlichen Informationen. Ich freue mich ebenso, Sie auf dem MVF-Kongress am 29. Oktober begrüßen zu können.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

www.insight-health.de

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



Im Interview: Prof. Dr. Marjan van den Akker, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Uni Frankfurt) und Roland Lederer (INSIGHT Health)

„Versorgungsforschung muss aktiver werden“

Wohl zum ersten Mal in Deutschland stiftet ein Dienstleister einen Lehrstuhl. Dieser soll sich mit dem Themenkreis „Multimedikation und Versorgungsforschung“ beschäftigen und ist am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt angesiedelt. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit der Lehrstuhlinhaberin, Prof. Dr. Marjan van den Akker, dem Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, und dem Stifter, Roland Lederer von INSIGHT Health.

>> Herr Lederer, dass Unternehmen Stiftungslehrstühle ins Leben rufen, ist zwar selten, aber nichts Ungewöhnliches. Wenn das allerdings ein Dienstleister tut, hat das ausgesprochenen Seltenheitswert. Was hat Sie bewogen, eine derart langfristige Investition zu tätigen?

Wer, wie ich, fast das ganze Leben lang mit Daten gearbeitet hat, fragt sich eines Tages: Was hat es gebracht? Welcher Nutzen wurde gestiftet? Und vor allem: Welchen tieferen Sinn hat das Ganze? Ich für meinen Teil habe mir selbst die Antwort gegeben, dass Daten an sich keinen großen Wert haben, sondern nur das, was man aus ihnen macht und welche Erkenntnisse man aus ihnen zieht. Diesen Ansatz verfolgen wir seit Jahrzehnten bei unseren Kunden aus allen Bereichen des Gesundheitssystems und unterstützen sie mit individuellen Lösungen auf Basis unserer Daten zum Arzneimittelmarkt. Einen Teil dieser Arbeit möchte ich nun verstetigen.

Sie haben sich dafür entschieden, am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main einen Lehrstuhl für Multimedikation und Versorgungsforschung einzurichten, was insbesondere zwei Fragen aufwirft: a) warum Frankfurt und b) wieso die Kombination Multimedikation und Versorgungsforschung?

Ich lebe seit vielen, vielen Jahren in Hessen in Waldems-Esch nahe Frankfurt und stehe der Region und auch der Lokalpolitik nahe. Damit ist der erste Teil der Frage recht schnell beantwortet. Der zweite Teil ebenso: Mich verbindet mit Professor Gerlach eine sehr lange Zeit, in der wir uns oft über viele drängende Fragen ausgetauscht haben, die das Gesundheitssystem bewegen. Und oft sind wir mit dem gegenseitigen Versprechen auseinander gegangen, selbst aktiv zu werden und einige dieser Fragen aktiv anzugehen. Genau das habe ich getan.

Herr Prof. Gerlach, Sie leiten seit 2004 als Direktor das Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main. Was hat Sie bewogen, das Angebot von Herrn Lederer anzunehmen, was war für Sie ausschlaggebend, dies zu tun?

Wir beschäftigen uns in unserem Institut schon seit langem mit den Themen Multimorbidität und Multimedikation. Bereits unter der Leitung von Dr. Christiane Muth wurden zahlreiche Forschungs- und Lehrprojekte durchgeführt und eine tolle Zusammenarbeit auch mit internationalen Arbeitsgruppen etabliert. Das Angebot von Herrn Lederer kam zur rechten Zeit und passt perfekt zu zwei weiteren Professuren im Institut: Altersmedizin (Prof. Johannes Pantel) und Chronische Krankheit und Versorgungsforschung (Prof. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch). Die neue Professur kann hier nahtlos anknüpfen und ist insofern für alle Beteiligten am Standort Frankfurt ein echter Glücksfall.

Die Krux von Stiftungslehrstühlen ist meist, dass ihre finanzielle Basis für einige Jahre gesichert ist. Wie geht es denn danach weiter?

Die Professur ist zunächst auf sechs Jahre, also bis 2025, angelegt. Das ist genug Zeit, um durch gute Arbeit deutlich zu machen, warum das Thema wichtig ist und welche konkreten Beiträge zur Verbesserung der Versorgung möglich sind. In Kooperation mit Insight Health und der Barmer werden wir die Professur mit einer jährlichen Veranstaltungsreihe, dem Frankfurter Forum Multimorbidität und Multimedikation, FM², begleiten. Wir rechnen fest damit, dass die Bedeutung des Themas im Rahmen des demografischen Wandels und der steigenden Komplexität medikamentöser Therapien weiter zunimmt und wir viele überzeugende Argumente für eine Verstetigung der Professur haben werden.

Herr Lederer, Multimedikation ist alles andere als selten. Man nimmt an, dass über die Hälfte der Patienten über 65 Jahre fünf oder mehr Medikamente dauerhaft einnehmen. Könnten Sie das mit Ihren Daten nicht etwas genauer sagen?

Unsere Patientendaten zeigen seit vielen Jahren ein solches Bild, wenn auch letztlich die genaue Zahl der Patienten mit Multimedikation von den Einstufungs- und Analyse Kriterien abhängt. Fest steht jedoch, dass Polypharmazie bei alten Menschen an der Tagesordnung ist. Und wir sehen auch, dass diese Bevölkerungsgruppe häufig potenziell inadäquate Arzneimittel erhält. Hier sind beispielsweise Sedativa, Antidepressiva und auch bestimmte Schmerzmittel zu nennen.

Frau Prof. van den Akker, es gibt zwar die Forta-Liste, die 296 Substanzen bzw. Substanzklassen für 30 Indikationsbereiche, die älteren Patienten besonders häufig verordnet werden, in die Kategorien A bis D einordnet, aber keine Leitlinie. Warum ist die Multimedikation auch anno 2019 noch ein derart unerforschtes Feld?

Seit 2013 gibt es eine deutsche hausärztliche Leitlinie zum Thema Multimedikation und auch in anderen europäischen Ländern wurden zeitgleich entsprechende Leitlinien publiziert. Diese Leitlinien sollen vor allem das Bewusstsein zum Umgang mit Multimedikation und dem Medikationsmanagement bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten stärken, sowie die Einbeziehung von Patienten und Angehörigen in die Entscheidungsfindung bzgl. ihrer Medikation. Hierbei sind Tools wie die Forta-Liste natürlich extrem hilfreich, aber mit der zunehmenden Zahl von Arzneimittel-Verordnungen sind genaue Interaktionen kaum noch vorhersehbar. Auch gab es in der Vergangenheit mehrere Interventionsstudien zur Verbesserung des Medikationsmanagements, diese waren leider bisher ohne großen Erfolg. Aus meiner Sicht bestätigt dies die hohe Komplexität in der Versorgung.

Hand aufs Herz: Verordnen Ärzte vielleicht nicht doch viel zu schnell zu viele Medikamente?

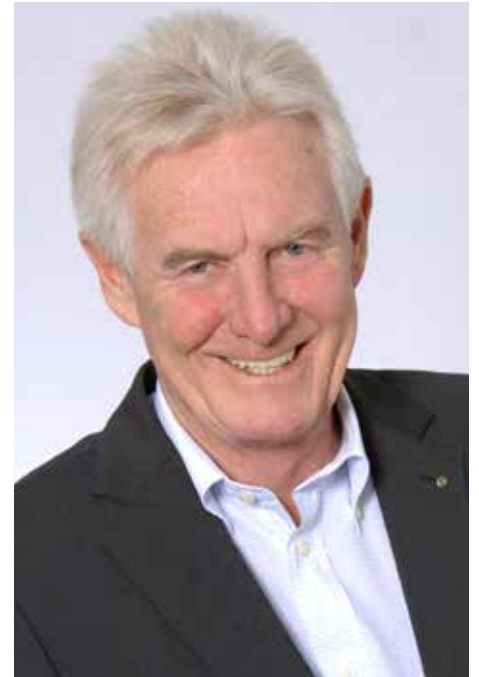
Nein, das würde ich Ärzten nicht vorwerfen. Die Weiterbildung unserer Generalisten und vor allem Spezialisten ist zunehmend auf Subspezialitäten fokussiert. Patienten mit Multimorbidität, das bedeutet



„Mit der zunehmenden Zahl von Arzneimittel-Verordnungen sind genaue Interaktionen kaum noch vorhersehbar.“
Prof. Dr. Marjan van den Akker



„In Kooperation mit Insight Health und der Barmer werden wir die Professur mit einer jährlichen Veranstaltungsreihe begleiten.“
Prof. Dr. Ferdinand Gerlach



„Wenn Versorgungsforschung eine Zukunft haben will, muss sie selbst aktiv werden.“
Roland Lederer

Bildquelle Gerlach: Stiftung Gesundheitswissen

ja Mehrfacherkrankungen, besuchen oft für jede ihrer Erkrankungen einen anderen Fachspezialisten. Den Fachspezialisten fehlt dann oft eine vollständige Übersicht der verordneten Medikation. Aufgrund der Unvollständigkeit kann es zu Mehrfachverordnungen kommen und auch somit zu 10 oder mehr verschiedenen Medikamenten. Aber auf der anderen Seite kann es auch zu einer bewussten und wohlbegründeten Multimedikation kommen. Dabei ist es äußerst wichtig, dass die Patienten mit ihren Präferenzen bei der Aufbereitung des Medikationsplans einbezogen werden und die Entscheidungen mit dem Patienten abgestimmt werden.

Herr Prof. Gerlach, sind Ärzte ohne eine sorgfältig gepflegte, online verfügbare Patientenakte nicht völlig hilflos, wenn es darum geht, zu einer möglichst optimalen Medikation zu kommen?

In der Tat müssen Ärzte bislang viel zu häufig improvisieren. Ohne eine sinnvoll strukturierte, automatisch durchsuchbare elektronische Patientenakte, die mit definierten Schnittstellen sektorenübergreifend und möglichst auch international insbesondere in allen Praxen, Kliniken und Apotheken genutzt wird, werden wir das Problem nicht wirklich in den Griff bekommen. Die gleichzeitige Gabe verschiedenster Arzneimittel bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen, genetischen Voraussetzungen und Stoffwechselfunktionen ergeben zu komplexe Interaktionsmuster, die ein einzelner Arzt nicht mehr überblicken kann.

Herr Lederer, Sie als Herr der meisten Daten, die im Gesundheitsbereich gesammelt werden. Können Sie das veri- oder falsifizieren?

Wenn wir die Patienten in unseren Daten anhand ihrer Medikationshistorie verfolgen, dann gibt es hier kein Vertun: Zahlreiche Arzneimittel werden auch oft von unterschiedlichen Fachärzten verordnet. Dabei sind rezeptfreie Medikamente noch nicht einmal

berücksichtigt. Was nichts anderes bedeutet, als dass Ärzten mit Sicherheit die nötige Transparenz fehlt. Die Einführung von elektronischen Medikationsplänen, dem eRezept und der elektronischen Patientenakte ist daher dringend notwendig. Doch hat man diese Instrumente erst einmal etabliert, müssen dann auch entsprechende Konsequenzen folgen, wenn die dann vorhandene Transparenz nicht zu einer verbesserten, adäquateren Medikation führen sollte. Damit komme ich wieder auf mein Eingangsstatement zurück: Daten nutzen nur, wenn wir es schaffen, Erkenntnisse daraus zu ziehen. Und zwar die richtigen.

Frau Prof. van den Akker, gehen wir kurz auf den ersten Part Ihres Lehrstuhls ein, die Multimedikation, um dann gleich zum zweiten Part, der Versorgungsforschung zu kommen. Ist denn genau bekannt, was Multimedikation im Körper, im Organismus bewirkt und was dies – z.B. durch mögliche unerwünschte Nebenwirkungen – für patientenindividuelle, aber auch gesellschaftlich und ökonomisch relevante Folgen hat?

Es ist nicht nur die Konstellation der Multimedikation, die für Ärzte schwer zu überblicken ist, erschwerend kommt speziell bei älteren Patienten noch die Änderung der physiologischen Prozesse im Körper und damit auch eine Änderung der Wirksamkeit, Effektivität und Interaktionen der Medikamente hinzu. Darüber hinaus können im Falle eines fehlenden Überblicks neue Medikamente verschrieben werden, um Beschwerden aufgrund unerkannter Nebenwirkungen zu „behandeln“, sog. Verschreibungskaskaden. Damit wird die Zahl der verschriebenen Medikamente noch größer, demzufolge die Therapietreue der Patienten oft niedriger. Interaktionen zwischen den Medikamenten können Beschwerden wie Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Stürze auslösen, und erhöhen somit das Risiko für z.B. ungeplante Krankenhausaufenthalte.

Herr Prof. Gerlach, wie kann ein Allgemeinarzt das richtige Maß zwischen notwendiger und unerwünschter Medikation finden, eingedenk auch dessen, dass jeder Patient noch x verschiedene OTC-Medikamente einnehmen kann?

Wir konnten in Studien tatsächlich zeigen, dass die tatsächliche Einnahme von Arzneimitteln durch Patienten extrem stark von dem abweicht, was Ärzte in ihrer Dokumentation notiert haben. Die Einnahme von OTC-Medikamenten ist dabei ganz wesentlich, aber nur einer von vielen Gründen. Nur wenn die Informationen zukünftig möglichst lückenlos elektronisch verfügbar sind, können einerseits intelligente Analysetools und andererseits an das Alltagshandeln einer Praxis sowie individuelle Patientenpräferenzen angepasste, einfach nutzbare Unterstützungssysteme entwickelt werden. Das wird eine der Aufgaben sein, mit denen sich die neue Professur beschäftigen wird.

Frau Prof. van den Akker, Sie haben sich schon seit Ihrer Promotion zum Thema „Multimorbidität bei Patienten in der Hausarztpraxis“ mit Prävalenz, Inzidenz und Faktoren der multiplen Pathologie befasst. Was wollen Sie mit und in Ihrem neuen Lehrstuhl erforschen?

Dieser neue Lehrstuhl ermöglicht es mir, Multimorbidität und vor allem auch Multimedikation im breiten Sinne zu erforschen. Durch die Alterung der Bevölkerung, aber auch durch eine verbesserte Diagnostik und entsprechende Behandlungsmöglichkeiten steigt die durchschnittliche Zahl der chronischen Erkrankungen und Dauermedikamente weiter an. Regelmäßige Untersuchungen von Prävalenz und Inzidenz bleiben wichtig, damit auch eine Einschätzung des weiteren Verlaufs gemacht werden kann. Zusätzlich sollten mit hochentwickelten statistischen Analysen Patientengruppen mit einem erhöhten Risiko auf relevante negative Folgen identifiziert und so gezielte und effektive Interventionen entwickelt werden. Wichtig ist mir, diese Interventionen mit betroffenen Patienten abzustimmen und die Patientenpräferenzen explizit miteinzubeziehen.

Herr Lederer, man muss es einmal ganz deutlich sagen: Ohne Ihr Engagement wäre „Monitor Versorgungsforschung“ nicht die mediale Heimat der deutschen Versorgungsforschung geworden, die es heute, zwölf Jahre nach Gründung, ist. Und schon gar nicht „das Medium mit dem gefühlt höchsten politischen Impact“, wie IGES-Chef Prof. Häussler anlässlich des 10-jährigen Geburtstags von MVF so treffend sagte. Was muss die Versorgungsforschung künftig selbst tun, um von einer rein deskriptiven hin zu einer gesellschaftlich relevanten Rolle zu kommen?

Sie muss mutiger werden. Die vergangenen Jahre waren sicher wichtig und wurden auch genutzt, um Methoden zu entwickeln, Memoranden zu formulieren und sich im Wissenschaftsgeschehen zu etablieren. Diese Arbeit haben die deutschen Versorgungsforscher auch gewissenhaft erledigt. Doch anders als ihre Kollegen aus den „alten“ etablierten Wissenschaftsbereichen, die oft schon seit 100 oder noch mehr Jahren existieren, hat die Versorgungsforschung ein großes Problem, das aber Chance zugleich ist: Durch die Digitalisie-

rung wird alles viel schneller und transparenter als es früher war. Das heißt: Keiner kann sich mehr aus seiner Verantwortung stehlen, indem er sagt: „Es wurden schon derart umfangreiche Erkenntnisse veröffentlicht und jetzt sind Politik und Selbstverwaltung an der Reihe.“ Genau darum unterstütze ich „Monitor Versorgungsforschung“ von Beginn an. Dieses Medium hat in Deutschland etwas bewegt, indem es den Weg der Versorgungsforschung in die Politik und die Kassenlandschaft bereitet hat und immer wieder und unermüdlich auf die Notwendigkeit des Transfers hinweist. Das ist meine Erkenntnis aus vielen Jahren, in denen ich mit Wissensmanagement und Transfer beschäftigt habe: Wer etwas verändern will, kann das nicht delegieren und auf einen göttlichen Funken hoffen. Darum: Wenn Versorgungsforschung eine Zukunft haben will, müssen alle Beteiligten aktiver werden und die ihnen fast auf Händen angebotene Rolle freudig annehmen.

Frau Prof. van den Akker, wie definieren Sie die Rolle der Versorgungsforschung 2020 ff?

Mir ist es wichtig, dass die Versorgungsforschung alle relevanten Gruppen, also sowohl Professionals als auch Laien, umfasst. Das heißt von unserer Seite, dass wir in der Forschung mit Kollegen der Allgemeinmedizin, Altersmedizin, Statistik sowie mit Pharmazeuten, Spezialisten der Inneren Medizin usw. zusammenarbeiten. Zunehmend wichtiger wird dabei auch die Rolle der Patienten und deren Angehörigen in der Forschung. Die Einbeziehung dieser Gruppen in die Versorgungsforschung wird sich positiv auf die gesellschaftliche und klinische Relevanz der Versorgungsforschung auswirken.

Frau Prof. van den Akker, Herr Prof. Gerlach und Herr Lederer, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier, Mitwirkung bei der Fragenvorbereitung: Prof. Dr. Reinhold Roski.

Zitationshinweis

Van den Akker, M., Gerlach, F., Lederer, R., Stegmaier, P.: „Versorgungsforschung muss aktiver werden“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 6-8; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2167

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

ist seit 2004 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Davor war er Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel (2001-2004), Leiter des Arbeitsbereichs Qualitätsförderung in der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (1991-2000) und wissenschaftlicher Geschäftsführer des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health (1992 bis 1993). Zudem ist er seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit 2007 Mitglied, 2011 bis 2012 Stellvertretender Vorsitzender).

Roland Lederer

ist Gründer und Inhaber der INSIGHT Health GmbH & Co. KG in Waldems-Esch. Davor war er Vorsitzender der Geschäftsführung von IMS Deutschland (1995-1998) und General Manager von IMS Holland (1994-1995) sowie Geschäftsführer von vier Tochtergesellschaften der IMS GmbH (1990 -1994). Seinen Berufsweg begann er 1981 als Pharmareferent von Madaus, danach als Regionalleiter für Klinik und Praxis von Ciba-Geigy (1984-1988) sowie als Marketing- und Vertriebsleiter für den Bereich Sales Management Services und Direktor und Prokurist der Muttergesellschaft (1988-1989).

Prof. Dr. Marjan van den Akker

ist seit 2019 Professorin für Multimedikation und Versorgungsforschung, Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Frankfurt am Main, und ist ebenfalls seit 2019 Gastprofessorin in der Abteilung Familienmedizin, Care and Public Health Research Institute: CAPHRI, Universität Maastricht, Niederlande, wo sie bereits seit 2011 als Außerordentliche Professorin tätig war. 1999 promovierte sie zum Thema „Multimorbidität bei Patienten in der Hausarztpraxis“. 1992 machte sie ihren Master-Abschluss in Gesundheitswissenschaft (MSc).



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 20 führenden Pharmaunternehmen weltweit. Rund 50.000 Mitarbeiter in den Geschäftsbereichen Humanpharmazeutika, Tiergesundheit und Biopharmazeutika 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.

INSIGHT Health mit aktuellen Arzneimitteldaten zu CGRP-Antikörpern

Neue spezifische Therapie bei Migräne

Experten unterscheiden ca. 200 unterschiedliche Arten von Kopfschmerzen, wobei insbesondere der Migräne mit Millionen von Betroffenen eine große Bedeutung zukommt. Eine unzureichende Diagnostik, Patienten, die meist jahrelang rezeptfreie Arzneimittel einnehmen und fehlende Informationen zur adäquaten Therapie erschweren die Versorgung. Doch bei den Therapieoptionen hat sich in den letzten Monaten einiges getan, denn mit den neuen CGRP-Antikörpern ist die erste spezifische Therapie zur Migräneprophylaxe in Deutschland verfügbar.

>> Mehr als 70 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik leiden an Kopfschmerzen, die zu 90 Prozent den primären Kopfschmerzarten zuzuordnen sind und in Spannungskopfschmerz, Migräne und Clusterkopfschmerzen unterteilt werden (vgl. TK, 2017). Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG) gibt die Prävalenz für Migräne mit ca. 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung an, wobei die Beschwerden meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr am deutlichsten ausgeprägt und Frauen bis zu dreimal häufiger betroffen sind. Die wiederkehrenden Kopfschmerzattacken halten wenige Stunden bis maximal drei Tage an und äußern sich in häufig einseitig lokalisierten dumpf drückenden oder auch stechend pulsierenden Schmerzen. Die Intensität führt zu Einschränkungen im Alltag und Begleitsymptomen, wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Licht-, Geräusch- und Geruchsüberempfindlichkeit. Für die Ursachen der Migräne gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. So werden genetische Faktoren, ein Ungleichgewicht von schmerzvermittelnden Neurotransmittern und nachfolgender Entzündungsreaktion an den Blutgefäßen der Hirnhäute sowie eine Überaktivität der Nervenzellen im Migränezentrum des Hirnstamms diskutiert. Im Vergleich zur unklaren Ätiologie sind interindividuelle Auslösefaktoren gut bekannt. Hier werden unter anderem wechselnde Schlaf-Wach-Rhythmen und unregelmäßige Tagesabläufe, Hormonveränderungen, Stress, bestimmte Nahrungsmittel, Alkohol, Nikotin und Umweltreize benannt (vgl. Neurologen und Psychiater im Netz, 2019).

Migränetherapie: Kombination aus Arzneimittel und Lebensstil

Die S1-Leitlinie zur Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne mit Stand Januar 2018 definiert bereits im Titel die beiden therapeutischen Ansatzpunkte. Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie einer Migräneattacke fokussieren auf klassische NSAR-Analgetika und Triptane. Für die Prophylaxe stehen unter anderem bestimmte Betablocker, Antikonvulsiva und ein Botulinumtoxin zur Verfügung, deren Auswahl sich an Attackenhäufigkeit, Begleiterkrankungen

und individuellen Bedürfnissen des Patienten orientieren soll. Eine Ergänzung durch nicht-medikamentöse Interventionen, wie Verhaltensmodifikation und -therapie, Sport und Ernährung, sowie bei Patienten mit starken Einschränkungen eine psychologische Schmerztherapie, werden empfohlen. Der Clinical Pathway ist sowohl für die Therapie der Attacke als auch die Prävention erwartungsgemäß umfangreich und differenziert unter anderem nach Schweregrad, betroffener Patientengruppe und Situation bzw. Indikation. Stark vereinfacht zeigt Abbildung 1 die häufigsten Arzneimittel bzw. Substanzklassen, die für eine Migränetherapie in Frage kommen.

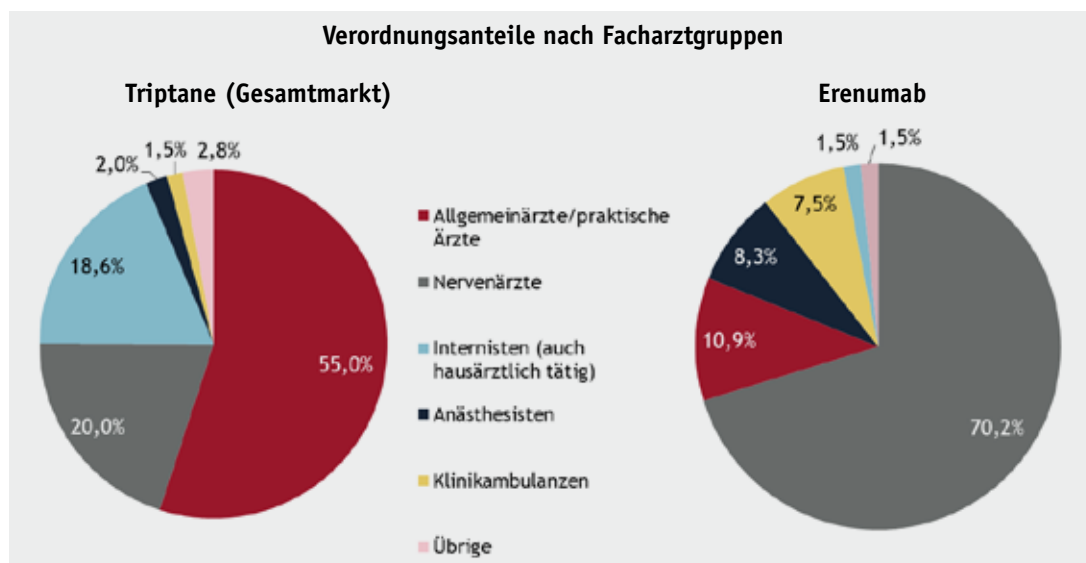
Sumatriptan bestimmt den Markt

Mit den Triptanen steht eine spezifisch für Migräneattacken wirksame Substanzklasse mit insgesamt sieben Vertretern zur Verfügung. Die selektiven Serotonin (5-Hydroxytryptamin)-Rezeptoragonisten führen während eines Migräneanfalls zu einer Vasokonstriktion der dilatierten Gefäße in der Hirnhaut, hemmen die Freisetzung entzündungsfördernder Neuropeptide und inhibieren die Schmerzweiterleitung im trigeminalen System (vgl. DAZ online, 2009). In der GKV werden bei den rezeptpflichtigen Triptanen im MAT (Moving Annual Total) Juli 2019 knapp 2,08 Mio.

Packungen verordnet, wobei deren Volumen vom MAT Juli 2017 auf 2019 um 4,5 Prozent gestiegen ist. Mit etwa 1,18 Mio. Packungen spielt Sumatriptan die mit Abstand größte Rolle im Markt. Der bereits 1993 und damit am längsten zugelassene Wirkstoff liegt in zahlreichen Dosierungen und Darreichungsformen vor, so z.B. auch als Nasenspray und subkutane Injektion für einen besonders schnellen Wirkeintritt. Naratriptan und Almotriptan sind neben den rezeptpflichtigen Dosierungen in niedrigen Wirkstärken und Kleinpäckungen seit einigen Jahren rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Im MAT Juli 2019 wurden knapp 2,33 Mio. rezeptfreie Einheiten Naratriptan über öffentliche (und Versand-) Apotheken ohne Rezepteinlösung abgegeben. Dies sind gegenüber 150.900 rezeptpflichtigen Einheiten über 15-Mal so viele (Quelle: Apo-Fusion, INSIGHT Health). Eine mögliche Entlassung bestimmter Triptane aus der Rezeptpflicht ist ein wiederkehrendes Thema. So berichtet der im September dieses Jahres publizierte Gesundheitsmonitor des BAH, dass 46 Prozent der Bundesbürger mehr rezeptfreie Arzneimittel gegen Migräne begrüßen würden. Begründet sei dies vor allem in dem Wunsch nach einem schnellen Zugang zur medikamentösen Versorgung im Falle einer sich ankündigenden Migräneattacke sowie dem Bedürfnis, selbstbestimmt mit der Erkrankung umzugehen. Ende Juni ist

Arzneimittel zur Therapie der Migräneattacke und -prophylaxe							
Akutmedikation bei Migräneattacken				Migräneprophylaxe			
Analgetika (NSAR)	Triptane	Notfall-Akutmedikation	Therapie von Übelkeit und Erbrechen	Medikamente mit guter Evidenz	CGRP-Antikörper		
ASS Ibuprofen Metamizol Diclofenac ASS + Paracetamol + Koffein	Almotriptan Eletriptan Frovatriptan Naratriptan Rizatriptan Sumatriptan Zolmitriptan oder Triptan + NSAR	Metoclopramid Lysin-Acetylsalicylat Sumatriptan	Metoclopramid Domperidon	Amisriptylin (TZA) Flunarizin Metoprolol und Propranolol (Betablocker) OnabotulinumtoxinA Topiramat und Valproinsäure (Antiepileptika)	Erenumab Fremanezumab Galcanezumab		

Abb. 1: Arzneimittel zur Therapie der Migräneattacke und -prophylaxe nach der S1-Leitlinie zur Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, AWMF-Registernummer: 030/057, Stand Januar 2018; eigene, vereinfachte und ergänzte Darstellung nach INSIGHT Health (Wirkstoffe alphabetisch gelistet, NSAR = Nicht-steroidale Antirheumatika, ASS = Acetylsalicylsäure, TZA = Trizyklische Antidepressiva).



Zitationshinweis

Pieloth, K.: „Neue spezifische Therapie bei Migräne“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), 10-11.; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2168

Abb. 2: Anteile ambulanter GKV-Verordnungen im Markt der Triptane (N02C1 nach EphMRA) sowie für Erenumab nach Facharztgruppen im MAT Juli 2019; Quelle: NVI, INSIGHT Health.

Sumatriptan in der oralen Anwendung mit einer Wirkstärke von 50 mg und in einer Gesamtdosis von 100 mg je Packung vom Sachverständigen-Ausschuss am BfArM aus der Verschreibungspflicht entlassen worden. Damit werden perspektivisch drei statt wie bisher zwei Triptane in Deutschland in der Apotheke ohne Rezept erhältlich sein – weltweit sind dies übrigens derzeit fünf. Rezeptpflichtige Triptane hingegen erhalten Patienten fast ausschließlich über die hausärztliche Versorgung. So werden Triptane in der GKV zu 55 Prozent über Allgemeinärzte verordnet. 20 Prozent der Rezepte werden von Nervenärzten und 18,6 Prozent von hausärztlich tätigen Internisten ausgestellt (vgl. Abb. 2).

Neue Therapieoption: CGRP-Antikörper

Mit den Triptanen steht eine wirksame Substanzklasse zur Akutbehandlung der Migräne zur Verfügung. Dennoch benötigen ca. 25 bis 30 Prozent aller Migränepatienten aufgrund häufiger und schwerer Migräneattacken eine Prophylaxe. Hierfür gab es bisher keine spezifische Arzneimitteltherapie – sondern vielmehr Medikamente, die ursprünglich für andere Indikationen entwickelt wurden. Seit langem bekannt ist aber, dass das Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP) als extrem potenter Vasodilatator und Entzündungsmediator eine wichtige Rolle im Entzündungs geschehen und damit in der Pathophysiologie der Migräne spielt. Auf diesem Target beruht indessen das Wirkprinzip der neuen Therapieoptionen zur Migräneprophylaxe (vgl. Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGN e.V., 2018). So sind mit Erenumab und Galcanezumab in der EU im letzten Jahr zwei monoklonale Antikörper zugelassen worden. In der im Mai 2019 abgeschlossenen Nutzenbewertung erhielt Erenumab einen beträchtlichen Zu-

satznutzen bei erwachsenen Patienten, die bei mindestens vier Migränetagen pro Monat auf Medikamente der ersten Wahl zur Migräneprophylaxe nicht ansprechen, für diese nicht geeignet sind oder diese nicht vertragen. Die Erstattungs-betragsverhandlungen für Erenumab sind noch nicht abgeschlossen. Seit der Markteinführung bis einschließlich Juli 2019 wurden etwas mehr als 25.250 Verordnungen in der GKV abgerechnet (Quelle: NVI, INSIGHT Health). Wie Abbildung 2 zeigt, sind Nervenärzte im Unterschied zu den Triptanen mit 70,2 Prozent die Hauptverordner. Allgemeinmediziner spielen dagegen mit einem Verordnungsanteil von 10,9 Prozent eine deutlich geringere Rolle und 7,5 Prozent der Erenumab-Verordnungen in der GKV werden von Klinikambulanzen getätigt.

Das Nutzenbewertungsverfahren für Galcanezumab wurde Mitte September abgeschlossen. Die Dossierbewertung des IQWiG ergibt einen beträchtlichen Zusatznutzen für die analog zu Erenumab definierte Patientensubpopulation. Im Januar 2019 äußerte sich der Humanarzneimittelausschuss der EMA (CHMP) bereits positiv zu Fremanezumab, das mittlerweile ebenfalls auf dem deutschen Markt verfügbar ist. Für den dritten Vertreter, dessen Bewertung durch den G-BA im November abgeschlossen sein wird, bezeichnet das IQWiG die vorgelegten Studien und die verfügbare Datenlage in der Dossierbewertung vom August zur Ableitung eines Zusatznutzens als nicht geeignet. Phase III-Studien für Eptinezumab, einen weiteren CGRP-Antikörper, laufen derzeit noch. Grundsätzlich spricht die DGN in ihrer Stellungnahme aus 2018 allen vier Antikörpern eine sehr gute Verträglichkeit bei geringen unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) verweist auf die aktuell fehlende Möglichkeit, die drei verfügbaren Antikörper Ere-

numab, Galcanezumab und Fremanezumab direkt zu vergleichen. Zu bedenken sei außerdem, dass CGRP als ausgeprägter Vasodilatator theoretisch das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse birgt, welches bei Migräne ohnehin gering erhöht ist (vgl. AkdÄ, 2019). Auch die DGN betont die noch ungelöste Frage zur Langzeitsicherheit von Antikörpern gegen CGRP oder CGRP-Rezeptor. Als ideales Target bei Migräne scheint der Vorteil gegenüber den in der Vergangenheit verfügbaren Wirkstoffen nach bisherigen Studiendaten in der besseren Verträglichkeit zu liegen (vgl. AkdÄ, 2019).

Ausblick

Zum Weltkopfschmerztag 2019 startete die deutschlandweite Initiative „Attacke! Gemeinsam gegen Kopfschmerzen“ der DMKG. Damit verbunden ist eine intensive Aufklärungsarbeit, die sich in der ersten Phase besonders an Allgemeinmediziner mit ihrer zentralen Funktion in der Patientenversorgung richtet. Datenbanken mit zertifizierten Kopfschmerzexperten und Kopfschmerzzentren zur Versorgung komplexerer Fälle sollen weiter ausgebaut werden, auch eine Wissensdatenbank sowie ein neues bundesweites Kopfschmerzregister sind im Aufbau. Ziel ist es, Migränepatienten richtig zu erkennen und adäquat zu behandeln. Ein Teil von ihnen wird sicherlich auch von den neuen CGRP-Antikörpern zur Migräneprophylaxe profitieren. Zu bedenken bleibt weiterhin, wie auch der Kopfschmerzexperte der deutschen Fachgesellschaft für Neurologie, Hans-Christoph Diener, betont, dass nicht-medikamentöse Ansätze der Verhaltenstherapie und eine Modifikation des Lebensstils genauso wirksam sind wie eine medikamentöse Prophylaxe. <<

Autorin:
Kathrin Pieloth*

16. Band der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe der DGHO

Hallek: „Wir müssen ganzheitlicher denken“

„Rund 15.000 junge Menschen zwischen 18 und 39 Jahren erkranken jedes Jahr an Krebs. Obwohl die Heilungsaussichten mit über 80% gut sind, haben Erkrankung und die oft notwendige eingreifende Therapie erhebliche soziale und finanzielle Folgen.“ Dies erklärte Prof. Dr. med. Mathias Freund, der Vorsitzende des Stiftungskuratoriums der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, bei der Vorstellung des gemeinsam mit der DGHO herausgegebenen 16. Bands der Gesundheitspolitischen Schriftenreihe, der einen Schwerpunkt auf die finanziellen und sozialen Folgen der Krebserkrankung bei jungen Menschen legt.

>> Finanzielle und berufliche Einschränkungen, so Freund weiter, seien zwei der drei bedeutsamsten Einschränkungen der Lebensqualität junger Krebspatienten, wie in einer Untersuchung aus Leipzig (Geue et al. „Gender-specific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population“)¹ deutlich wurde. Zudem würden besonders junge Menschen in einer äußerst sensiblen Phase der Ausbildung oder Etablierung im Beruf getroffen, jedoch seien einige der identifizierten Probleme auch altersübergreifend, weshalb Untersuchungen zu weiteren Altersgruppen folgen sollen.

Die Arbeit von Geue ist aber nur eine von 12 relevanten Arbeiten, in denen laut DGHO über finanzielle Folgen einer Krebserkrankung bei jungen Erwachsenen berichtet wird. Davon sind acht zur Situation in den USA veröffentlicht, zwei zu Deutschland sowie jeweils eine zu Australien und dem Vereinigten Königreich. In der 2019 publizierte Übersicht von Witte et al.² zur Methodik für die Erfassung finanzieller Folgen von Krebs und Krebsbehandlung werden 43 Studien diskutiert. Dabei ergab sich für die geographische Verteilung ein ganz ähnliches Bild: 30 Studien stammten aus den USA und nur vier aus Europa, davon zwei aus Irland und je eine aus Frankreich und dem Vereinigten Königreich. Eine ganze Reihe der Arbeiten würde sich Fragestellungen widmen, die entweder mit dem finanziellen Auskommen identisch sind oder eng damit zusammenhängen, wie die Frage nach finanzieller Zufriedenheit, dem Empfinden finanzieller Probleme oder dem Wunsch nach Beratung in finanziellen Angelegenheiten. Je nachdem, wie die Fragestellungen in den Arbeiten angelegt sind, lasse sich die übergeordnete Frage des finanziellen Auskommens indes nicht immer von der Frage des Lebenserwerbs oder des Lebensunterhalts abgrenzen.

Genauer wird hier Bellizzi et al.³ Die Autoren werteten 523 Patienten aus der US-amerikanischen AYA Hope-Studie aus. Die Patienten zwischen 15 und 39 Jahren mit Keimzelltumor (n=204), Non-Hodgkin Lymphom (n=131),

Hodgkin Lymphom (n=142), akuter lymphatischer Leukämie (n=21) und Sarkom (n=25) wurden während den Jahren 2007 bis 2008 nach dem Einfluss der Krebserkrankung auf ihre finanzielle Situation befragt. Auffällig sei, dass in den höheren Altersgruppen eine negative Einschätzung ausgeprägter ist. Hier stellt die DGHO die Vermutung an, dass vielleicht die Lebenserfahrung der Jüngeren noch nicht ausreicht, um das Ausmaß der Veränderungen zu erkennen, oder sie lebten möglicherweise noch im Elternhaus und hätten weniger finanzielle Verpflichtungen.

Guy et al.⁴ nutzten hingegen Zahlen der Jahre 2008 bis 2001 aus dem Medical Expenditure Panel Surveys (MEPS) und bezifferten auf dieser Grundlage die Verluste im Lebenserwerb und anfallende Gesundheitskosten für Überlebende nach einer Krebsdiagnose im Alter zwischen 15 und 39 Jahren. Die in dieser Arbeit errechneten Einkommensverluste ergeben sich aus dem amerikanischen Durchschnittseinkommen für 2011 mit 34.460 US-Dollar und den krankheitsbedingten Ausfalltagen. Die Einkommensverluste und Mehrausgaben für Gesundheit seien für die Überlebenden nach Krebs erheblich.

Geue et al. nutzten laut DGHO den EORTC QLQ-C30-Fragebogen (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30 Fragebogen) für eine vergleichende und geschlechtsspezifische Untersuchung der Lebensqualität bei Frauen und Männern mit Krebs im Alter zwischen 18 und 39 Jahren. Damit seien wichtige Daten zum finanziellen Auskommen der Patienten gesammelt worden.

Die vier Auswahlmöglichkeiten zur Beantwortung der Frage „Hat Ihr körperlicher Zustand oder Ihre medizinische Behandlung für Sie finanzielle Schwierigkeiten mit sich gebracht?“ seien mit 0 bis 100 Punkten (0 = keine, 100 = schwere Symptomatik) bewertet worden. Für 117 junge Krebspatienten lag der Mittelwert bei 28,21 Punkten, während er in einem repräsentativen Vergleichskollektiv von 585 Personen ohne Krebserkrankung mit 3,33 Punkten deutlich niedriger

ausfiel. Orientiert man sich am Punktwert, dann waren Fatigue (37,61), finanzielle Probleme (28,21) und Schlafstörungen (24,5) die drei am meisten belastenden Probleme für die jungen Patienten. Dies entspricht nach Ansicht der DGHO den Ergebnissen einer Untersuchung von Hall et al. aus Australien an 58 jungen Krebspatienten zwischen 18 und 40 Jahren, die ebenfalls mit dem EORTC-QLQ-30-Bogen durchgeführt wurde.⁵ Auch hier seien Fatigue (33,3), Schlafstörungen (30,5) und finanzielle Probleme (28,2) die drei am meisten belastenden Probleme gewesen.

Die Frage nach finanziellen Problemen bewerteten in der deutschen Studie von Geue et al. 40 befragte junge Männer mit Krebs im Mittelwert mit 20,83 Punkten, während es für die 77 befragten Frauen ein Mittelwert von 32,03 Punkte war (17). Frauen seien also von Einschränkungen ihres finanziellen Auskommens durch Krebserkrankung und -behandlung stärker betroffen gewesen als Männer. Zum Vergleich: Der Mittelwert zu dieser Frage betrug in der Kontrollgruppe ohne Krebs 3,33 Punkte. Ob dieser Unterschied im strengen Sinne geschlechtsspezifisch ist oder vielmehr durch die unterschiedlichen Krebsdiagnosen und die damit einhergehenden unterschiedlichen Therapien bedingt ist, bleibt für die DGHO unklar: Bei den Frauen hatten 53% der Befragten ein Mammakarzinom und 26% hämatologische Neoplasien. Bei den Männern lag der Anteil der hämatologischen Neoplasien bei 55% und 27% von ihnen hatten ein Hodenkarzinom.

Konsequenzen für die Medizin

„Wir brauchen dringend bessere Untersuchungen zu den Auswirkungen von Krebs und seiner Behandlung auf die soziale Lage unserer Patientinnen und Patienten, denn sie haben eine große Bedeutung für die Entwicklung besserer und nebenwirkungsärmerer Therapiekonzepte. Unsere Therapie muss sich am optimalen Ergebnis für das Überleben bei tragbaren sozialen Folgen für die Betroffenen messen. Kurzum, wir müssen ganzheitlicher den-

GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-
Begleitprogramme

Zugang zum
Patienten



Stärkung
der Adhärenz

Verbesserung der Lebensqualität

**Werden
Sie
Partner!**

Mehr Infos unter DocMorris.de oder per E-Mail an
patientenprogramme@docmorris.de

ken“, betonte Prof. Dr. med. Michael Hallek, Geschäftsführender Vorsitzender der DGHO und Direktor der Klinik I für Innere Medizin an der Universitätsklinik Köln und des Centrums für Integrierte Onkologie.

Die Mehrzahl der jungen Krebspatienten wird langfristig durch niedergelassene Hämatologen und Medizinische Onkologen betreut. „Hier geht es nicht nur um Medikamente, Laborwerte und Röntgenbilder. Es ist uns wichtig, mit unseren Patientinnen und Patienten zu sprechen. Im Rahmen der Langzeitbehandlung stehen späte Toxizität und Zweitneoplasien im Vordergrund.

Darüber hinaus bedingt das junge Lebensalter eine differenzierte Lebensplanung“, erläuterte Prof. Dr. med. Wolfgang Knauf, Vorsitzender des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) e. V. „Leider werden gerade diese

wichtigen Leistungen der sprechenden Medizin in unserem System nicht ausreichend gewürdigt und finanziert.“

Unmittelbare finanzielle Belastungen und drohender sozialer Abstieg

Eine Krebserkrankung führt leider auch unmittelbar zu finanziellen Belastungen. Diese entstehen durch Zuzahlungen, die die Patienten leisten müssen, und durch Kosten, die nicht von den Sozialversicherungen übernommen werden, wie in der vorgestellten Publikation ausgeführt wird. Krebsbehandlungen sind langwierig. Das Krankengeld beträgt 70% des regelmäßigen Arbeitsentgelts. „Wenn sich die Behandlung länger als 78 Wochen hinzieht, bleibt nur noch die Erwerbsminderungsrente. Im mittleren

Lebensalter zwischen 30 und 44 Jahren bedeutet das knapp unter 800 Euro im Monat“, sagte Dr. med. Volker König, Mitglied des Arbeitskreises Onkologische Rehabilitation der DGHO. „Ganz schlimm trifft es diejenigen, die in Ausbildung sind und noch keine Leistungsansprüche erworben haben. Sie rutschten nach kurzer Zeit auf Sozialhilfeniveau ab.“

Praktische Forderungen und Verbesserungsvorschläge

„Analyse und Ratgeber sind ein erster wichtiger Schritt, aber wir müssen auch zu wirklichen Veränderungen kommen und etwas bewegen“, betonte Prof. Dr. med. Diana Lüftner, Vorstand der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Mitglied im Vorstand der DGHO und Oberärztin an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Dazu haben DGHO und Stiftung in einem eigenen Kapitel Vorschläge und Forderungen zusammengefasst.

An erster Stelle ist es nach Meinung der Autoren notwendig, in Deutschland die Forschung zu finanziellen und sozialen Folgen von Krebs zu intensivieren. Die Politik müsse die organisatorischen, rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen schaffen, damit auch in der Bundesrepublik Analysen nach dem Vorbild der skandinavischen Länder oder den Niederlanden möglich sind. Die Entwicklung spezieller Rehabilitationskonzepte sollte in vergleichenden Studien erfolgen und brauche eine spezielle Förderung. Darüber hinaus gelte es einige ganz praktische Fragen zu lösen, darunter, wie der unmittelbare finanzielle und soziale Absturz von Erkrankten in der Ausbildung verhindert werden könne. „Über diese Dinge werden die Betroffenen mit der Politik reden wollen. Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs und die DGHO werden ihnen dabei gerne helfen“, sagte Lüftner in ihrem Schlusswort. <<

von: Martin Klein

Literatur

- 1) Geue et al.: „Genderspecific quality of life after cancer in young adulthood: a comparison with the general population“, <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0559-6>
- 2) Witte J, Mehlig K, Surmann B, Lingnau R, Damm O, Greiner W, Winkler EC.: „Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications“. *Annals of Oncology* 2019;pii: mdz140. doi: 10.1093/annonc/mdz140
- 3) Bellizzi KM, Smith A, Schmidt S, Keegan TH, Zebrack B, Lynch CF, Deapen D, Shnorhavorian M, Tompkins BJ, Simon M. Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult. *Cancer*. 2012;118:5155-62.
- 4) Guy Jr GP, Yabroff KR, Ekwueme DU, Smith AW, Dowling EC, Rechs R, Nutt S, Richardson LC. Estimating the health and economic burden of cancer among those diagnosed as adolescents and young adults. *Health Aff. (Millwood)*. 2014;33:1024-31.
- 5) Hall AE, Boyes AW, Bowman J, Walsh RA, James EL, Girgis A. Young adult cancer survivors' psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs, and health behaviors. *Support. Care Cancer*. 2012;20:1333-41.

BMWi-Preis für KIKS

>> Die 16 Partner des Förderprojekts KIKS (Künstliche Intelligenz für Klinische Studien) gehören zu den Gewinnern des Innovationswettbewerbs „Künstliche Intelligenz als Treiber für volkswirtschaftlich relevante Ökosysteme“. Diesen hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) ausgelobt. Ziel des Projekts ist die Entwicklung eines digitalen Ökosystems, von dem Patienten, Kliniken und Medizintechnik-Hersteller gleichermaßen profitieren. Koordinator ist die BioRegio STERN Management GmbH, ein Wirtschaftsentwickler für die Life-Sciences-Branche, der im öffentlichen Auftrag Innovationen und Start-ups fördert. Anja Reutter, Projektleiterin bei BioRegio STERN, ist stolz darauf, dass sich KIKS im Wettbewerb gegenüber 130 Konzeptideen durchsetzen konnte. Einzigartig bei diesem Projekt sei, „dass neben Ärzten und Patienten auch die Hersteller von Medizinprodukten mit einbezogen werden“. Dieses Ökosystem solle kontinuierlich und nachhaltig wachsen, daher würden weitere Partner gesucht, da KIKS das Potenzial habe, „die Gesundheitsversorgung zu revolutionieren“. Bisherige Partner sind: Aesculap (Tochterunternehmen von B. Braun Melsungen), Berlin Cert, BioLAGO e.V., BioRegio STERN Management, BIOTRONIK, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Eberhard Karls Universität Tübingen, ExB Research & Development, HWI pharma services, inomed Medizintechnik, Medical Mountains, RAYLYTIC, TZM, Universität Leipzig, Universitätsklinikum Jena und das Universitätsklinikum Magdeburg. <<

G-BA beschliesst Mindestvorgaben

>> Der G-BA hat die Erstfassung einer Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik beschlossen. Damit gelten künftig für die psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychosomatische Versorgung verbindliche personelle Mindestvorgaben. Als Grundlage der Beratungen wurden die Ergebnisse von Expertenworkshops zu ausgewählten psychischen Erkrankungen auf Basis von S3-Leitlinien herangezogen und zudem die Erkenntnisse aus umfassenden Evidenzrecherchen zu Mindestanforderungen an die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt. Die nach einer europaweiten Ausschreibung bei einer Gruppe von Wissenschaftlern der GWT-TUD GmbH beauftragte Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik sei – so der G-BA – jedoch wegen „offener fachlicher und rechtlicher“ Fragen bisher nicht vom Bundesausschuss abgenommen und auch nicht berücksichtigt worden. <<



LEBENSQUALITÄT ENTSTEHT ...

... wenn Fürsorge und Forschergeist sich verbinden.

Seit mehr als 140 Jahren setzen wir alles daran, das Leben der Menschen zu verbessern. Dafür entwickeln wir wirksame Therapien und vertiefen unser Wissen über den Umgang mit Krankheiten. Damit immer mehr Patienten so normal wie möglich leben können.

lilly-pharma.de

Lilly

Im Interview: Dr. Dorothee Brakmann, Leitung Gesundheitsökonomie, Marktzugang und Erstattung bei Janssen Deutschland

„Es geht einzig und allein um gut gemachte Studien“

Für Dr. Dorothee Brakmann, Leitung Gesundheitsökonomie, Marktzugang und Erstattung bei Janssen Deutschland, geht es nicht um die Frage „RCT oder Nicht-RCT“, sondern nur um die Unterscheidung zwischen „gut gemachten“ und „schlecht gemachten“ Studien. Dazu bräuchte es ihrer Meinung nach einfach nur den Mut, „mehr Pragmatismus zu wagen“.

>> Frau Dr. Brakmann, in Deutschland scheint der wissenschaftliche Appendix unserer HTA-Behörde die Annahme zu vertreten, dass Real World Data unnötig, quasi des Teufels seien. Das scheint sich mit der aktuellen Gesetzgebung ändern zu müssen, die explizit eine „anwendungsbegleitende Datenerhebung“ vorsieht. Was hat dazu geführt?

Wir erleben in der medizinischen Forschung derzeit eine schlechende Revolution. Die massiven Erkenntnisgewinne der vergangenen Jahre über die biomolekularen Ursachen von Erkrankungen führen dazu, dass bislang als homogene Entitäten wahrgenommene Krankheiten wie etwa das Lungenkarzinom gleichsam in eine Vielzahl bislang unbekannter Sub-Typen unterschiedlichen genetischen Ursprungs zersplittern. Diese Differenzierung erfordert zielgerichtete, individuelle Therapien, die wir als Präzisionsmedizin bezeichnen. Präzisionsmedizin ist nicht nur in der Onkologie, sondern zum Beispiel auch im Bereich Diabetes von besonderer Bedeutung. Angesichts der angesprochenen Zersplitterung wird es immer schwieriger, klassische konfirmatorische Phase-III Studien mit vielen hundert Patienten durchzuführen. Wir müssen also neue, pragmatische Wege finden, um moderne Arzneimittel zeitnah in die Versorgung zu bringen. Natürlich müssen wir dabei Unsicherheiten der Zulassungsbehörden und Kostenträger im Hinblick auf die Effektivität und Sicherheit, adressieren. Die EMA hat auf diese Entwicklung reagiert und ermöglicht angepasste Zulassungswege. Das wiederum führt dazu, dass zunehmend Arzneimittel ohne RCT in der AMNOG-Nutzenbewertung sind und aufgrund der IQWiG Bewertungsmethodik i.d.R. mit einem nicht belegten Zusatznutzen bewertet werden. Damit Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin zügig Zugang zu diesen Arzneimitteln erhalten und zugleich eine bessere Datenbasis zur Bewertung des Zusatznutzens generiert werden kann, hat der Gesetzgeber mit dem GSAV die sog. „anwendungsbegleitenden Datenerhebung“ eingeführt. Wir bei Janssen begrüßen diese Regelung ausdrücklich, denn sie zeigt, dass sich in Deutschland zunehmend die Erkenntnis durchsetzt, dass es nicht um die Frage RCT versus nicht-RCT geht, sondern um gute versus schlechte Studien. Die „anwendungsbegleitenden Datenerhebung“ ist ein wichtiger Schritt, um die Akzeptanz von RWE im Rahmen der AMNOG Nutzenbewertung zu erhöhen. Die in der Neuregelung enthaltenen Sanktionsmechanismen dagegen sind aus unserer Sicht nicht im Sinne einer innovationsfreundlichen Patientenversorgung, denn sie ermöglichen einen unkalkulierbaren Interpretationsspielraum.

An dieser „anwendungsbegleitenden Erhebung“ sollen Ärzte und Krankenhäuser verstärkt mitwirken. Falls sie das nicht tun, darf das entsprechende Arzneimittel nicht eingesetzt werden. Was halten Sie davon?

Bei dem entsprechenden Passus im Gesetz handelt es sich um eine „Kann-Regelung“. Für eine abschließende Bewertung wird es entscheidend darauf ankommen, in welcher Form und in welchen Fällen der G-BA künftig von dieser Möglichkeit Gebrauch macht. Grundsätzlich stellt die Regelung natürlich einen Anreiz dar, um Leistungserbringer zur Teilnahme an der Datenerhebung zu bewegen. Das ist erst einmal positiv, schließlich brauchen wir die Bereitschaft der Leistungserbrin-

ger, um aussagekräftige Daten erheben zu können. Laut der Gesetzesbegründung zum GSAV soll die Datenerhebung durch Verzicht auf Randomisierung oder Studienvorgaben „anwendungsbegleitend“ gestaltet werden, damit sie eben nicht nur von (Studien-)Experten durchgeführt werden kann. Der Gesetzgeber hat in seiner Begründung deutlich gemacht, dass diese Regelung keine generelle Beschränkung der Verordnungsfähigkeit ist. Wie wir alle wissen, sind Gesetzesbegründung und Gesetzestext allerdings zwei Paar Schuhe. Es wird im Detail darauf ankommen, wie der G-BA die konkreten Anforderungen an die Datenerhebung festlegt.

Aus unserer Sicht sollte der G-BA die Möglichkeit der „anwendungsbegleitenden Datenerhebung“ zudem auf Sonderfälle beschränken, etwa auf onkologische CAR-T-Zelltherapien. Die Anwendung dieser Therapien ist aufgrund der Anforderungen auf bestimmte Krankenhäuser beschränkt. Eine Datenerhebung würde also zu keiner zusätzlichen Beschränkung führen. Denn so sehr wir bei Janssen die Generierung von Evidenz durch eine „anwendungsbegleitende Datenerhebung“ auch begrüßen und fördern – sie darf den Zugang der Patientinnen und Patienten zu den entsprechenden Therapien nicht erschweren.

Nun ist es so, dass klinische Studien (meist RCT) zwar eine hohe interne Validität haben, ihre Ergebnisse aufgrund oft sehr hoher Ein- und Ausschlussklauseln nur in bisher unbekanntem Maße auf die Realversorgung übertragbar sind. Gibt es hierzu Ihres Wissens eine Art Gesetzmäßigkeit oder gar Algorithmus?

Wie sich herausgestellt hat, sind die Unterschiede zwischen RCTs und observationellen Studien gerade nicht so groß, was dafür spricht, offener gegenüber RWE zu sein. Dies legen jedenfalls die Ergebnisse einer Cochrane-Studie aus dem Jahr 2014 nahe: Das Cochrane Institut schreibt: „On average, there is little evidence for significant effect estimate differences between observational studies and RCTs, regardless of specific observational study design, heterogeneity, or inclusion of studies of pharmacological interventions.“* Das bedeutet, dass RWE-Studien ihren Platz in der medizinischen Forschung haben sollten, weil sie gegenüber klassischen klinischen Studien viele Vorteile haben: Zu nennen wären hier vor allem die hohe Relevanz für die Versorgung sowie die Zeitersparnis bei Planung und Auswertung. In Zeiten schnellen technischen Fortschritts und neuer Therapiealternativen ist das nicht zu unterschätzen. Was nützt die beste klinische Studie, wenn sich der Komparator aufgrund langer Planungszeiten letztendlich als obsolet herausstellt. Nicht vergessen dürfen wir auch, dass es gerade im Bereich von potenziell heilenden Sprunginnovationen mitunter ethisch nicht möglich ist, Patienten in eine schlecht wirksame Therapie zu randomisieren.

Beispielsweise haben Cheung et al. 2017 mit Hilfe von in Asien verfügbaren Real-World-Datenbanken herausgefunden, dass knapp 30%

*Anglemeyer A, Horvath HT, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Apr 29;(4):MR000034.)

der Schizophreniepatienten in Japan eine Demenz Ko-Diagnose haben und mit Antipsychotika behandelt werden, obwohl dies mit einer Demenzdiagnose kontraindiziert ist, weil es Hinweise auf eine erhöhte Mortalität gibt (Schneider et al. 2005). Werden solche Erkenntnisse durch die Nicht-Nutzung von Real-World-Evidenz deutschen Patienten vorenthalten?

In der Tat wird man so etwas nie in einer RCT sehen, da solche Patienten erst gar nicht eingeschlossen werden. Die Tatsache, dass die Ergebnisse klassischer klinischer Studien nur eingeschränkt auf den Versorgungsalltag übertragbar sind, halte ich für eine entscheidende Schwachstelle. Ideal wäre ein ausgewogener Mix aus guten RCT und RWE-Studien. In dem von Ihnen genannten Beispiel geht es jedoch nicht um die Beurteilung von Interventionen, so dass deskriptive Methoden hier mitunter ausreichen.

Nun ist es nicht so einfach, gute Daten von schlechten zu unterscheiden, worauf auch nicht zu Unrecht ein Großteil der im deutschen HTA-Umfeld vorherrschenden Übervorsicht beruht. Welche Anforderungen müssen denn an Datenqualität und statistische Methoden gestellt werden, um ein möglichst hohes Evidenzlevel zu erreichen?

Neben der Erhebung und Dokumentation von Nebenwirkungen nach internationalem Standard ist wichtig, dass Daten zu möglichen „confoundern“ erhoben werden, also potenziell verzerrenden Faktoren, die in klassischen RCTs durch Randomisierung kontrolliert werden. Bei RWE-Daten müssen diese „confounder“ mit geeigneten statistischen Methoden kontrolliert werden, um den reinen Behandlungseffekt zu berechnen. „Propensity score matching“ ist hier ein Stichwort, aber es gibt auch andere qualitativ hochwertige Verfahren. Hier wünschen wir uns vom IQWiG und letztlich auch vom G-BA eine gründlichere Auseinandersetzung mit Kriterien, die helfen können, gute von schlechten Real-World-Studien zu unterscheiden. Gleichzeitig hoffen wir auf einen Dialog auf Augenhöhe über die abschließende Bewertungsmethodik. Der G-BA hat das IQWiG mit einem Methodenentwurf beauftragt. Wir erarbeiten aktuell mit dem Netzwerk Versorgungsforschung und anderen Akteuren ein Memorandum zu diesem Thema.

Nun wird es wahrscheinlich nicht so schnell dazu kommen, dass RW-Evidenz auf der gleichen Stufe wie RCT-Evidenz ankommen wird. Wann reicht das mit RWD erreichte Evidenzlevel aus?

Welches Evidenzlevel mit RWE erreicht werden kann, hängt schlussendlich von der Qualität der entsprechenden Studien ab. Grundsätzlich hat eine gut gemachte RWE-Studie schon heute das Potenzial, Rückschlüsse auf die komparative Effektivität und Sicherheit von Arzneimitteln zuzulassen, sowohl in Zulassungsverfahren als auch im Kontext von frühen Nutzenbewertungen. Entscheidend ist aus unserer Sicht ein Konsens über einen methodischen Kriterienkatalog, der es erlaubt, die Qualität der Evidenz objektiv und transparent zu bewerten. Wir sind deshalb sehr gespannt auf den entsprechenden Methodenentwurf des IQWiG. Wichtig wäre es, im Anschluss die fachliche Debatte mit anderen Stakeholdern wie bspw. der Industrie zu führen, damit hier ein breiter Konsens hergestellt werden kann.

Wo und wie setzt Ihr Unternehmen RWD und RWE ein?

Wir bei Janssen setzen RWD und RWE bislang vorrangig in zwei Bereichen ein: in der Versorgungsforschung und bei epidemiologischen Fragestellungen. So haben wir etwa mit Kassendaten gezeigt, dass eine Behandlung mit Biologika bei Patienten mit Psoriasis zu einem Rückgang der Arbeitsunfähigkeit führen kann. Neben dem klinischen Effekt gibt es offenbar Produktivitätseffekte, die für ein Gesundheitssystem



relevant sind, in klassischen klinischen Studien jedoch oftmals nicht erhoben werden, auch weil sie sehr stark vom Kontext des Gesundheits- und Wirtschaftssystems abhängig sind. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung wird regelhaft eine epidemiologische Herleitung der Größe der Zielpopulation in einem betreffenden Anwendungsgebiet gefordert. Hierfür greifen wir häufig auf Registerdaten zurück. Daten des Robert Koch-Instituts nennen zwar allgemeine Inzidenzen und Prävalenzen zu Erkrankungen. Zu ermitteln, wie viele Patienten in Deutschland bspw. ein metastasiertes, hormonsensitives Prostatakarzinom haben, ist nicht trivial. Diese Daten sind aber hochrelevant, da sie letztlich im Rahmen des Mischpreissystems direkte Auswirkungen auf den Erstattungsbetrag eines Arzneimittels haben können. Hier spielt RWE bereits heute eine wichtige Rolle.

Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Und wie werden diese Erkenntnisse von welchen HTA-Behörden angenommen?

In den gerade genannten Bereichen ist RWE breit etabliert und akzeptiert. Der entscheidende nächste Schritt ist unserer Auffassung nach die Heranziehung von Real-World-Daten zur Ableitung eines Zusatznutzens, etwa durch die Verwendung historischer Kontrollgruppen bei einarmigen Zulassungsstudien. Hier waren IQWiG und G-BA bislang zögerlich. Wir hoffen, dass sich das bald, auch im Zuge des GSAV, ändert.

Was muss in Deutschland getan werden, um RWD und RWE die Chance geben zu können, die sie im Patientensinne erfüllen könnte?

Meiner Meinung nach brauchen wir dafür in erster Linie zwei Dinge: den Mut, mehr Pragmatismus zu wagen, und die Bereitschaft, die bisherige Abgrenzung zwischen RCT versus Non-RCT zu ersetzen durch „gut gemachte Studie“ versus „schlecht gemachte Studie“. <<

Zitationshinweis

Brakmann, D., Stegmaier, P.: „Es geht einzig und allein um gut gemachte Studien“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 16-17; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2169

Dr. Dorothee Brakmann

hat die Leitung Gesundheitsökonomie, Marktzugang und Erstattung bei Janssen inne. Ihre Karriere begann 2008 bei Janssen als Leiterin Gesundheitspolitik. Ab 2013 arbeitete die Pharmazeutin als Leiterin der Abteilung Preisgestaltung, Erstattung und Verträge. Zuvor war sie unter anderem als Krankenhausapothekerin in Großbritannien sowie für Kostenträger im Gesundheitswesen tätig und entwickelte pharmakoökonomische Softwarelösungen für Apotheken.

Innovationsfonds-Projekt für koordiniert-vernetzte Versorgung nach Schlaganfall: „STROKE OWL“

Ein eigenes Lotsengesetz soll den Weg frei machen

Projektfakten



Konsortialführer:

- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Konsortialpartner:

- Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie)
- TK
- IKK classic
- OFFIS Institut für Informatik, Oldenburg

Kooperationspartner:

- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
- Verschiedene Ärztenetze in OWL
- AOK Nordwest
- DAK
- BARMER
- BKK OWL – Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen in Ostwestfalen-Lippe (Bertelsmann BKK, BKK Diakonie, BKK Dürkopp Adler, BKK Gildemeister Seidensticker, BKK HMR, BKK Melitta Plus und Heimat Krankenkasse)
- BKK Miele

Projektleitung:

- Dr. Georg Galle, eMail: stroke.owl@schlaganfall-hilfe.de

Laufzeit:

- 1.10.2017 bis 30.09.2020

Fördersumme:

- 7,1 Millionen Euro

Anzahl der im Projekt tätigen Lotsen:

- 17 Schlaganfall-Lotsen

Zu betreuende Patienten:

- Bis zu 2.000

Das vom Innovationsfonds (IF) geförderte Lotsenprojekt „STROKE OWL“ geht einen ähnlichen Weg wie das bereits in „Monitor Versorgungsforschung“ vorgestellte IF-Projekt „Cardiolotse“ (MVf 04/19). Die in Ostwestfalen-Lippe (OWL) aktiven Schlaganfall-Lotsen sind bei den jeweiligen Akutkrankenhäusern, in denen sie tätig sind, oder beim Konsortialführer, der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, angestellt. Möglich wäre es aber auch, sie später in eigenen regionalen Case-Management-Gesellschaft einzubringen, wie bspw. die Lipper Case Management Gesellschaft, die sich in gemeinsamer Trägerschaft von Kreisklinikum und dortigem Ärztenetz befindet. „So könnten noch mehr Akteure des Versorgungsprozesses als bisher eingebunden werden“, erklärt Dr. Michael Brinkmeier, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Jedoch sei es wichtig, dass diese unabhängig im Sinne des Patientenwohls arbeiten könnten. Er ist in dieser Funktion auch der Konsortialführer des mit 7,1 Millionen Euro geförderten IF-Projekts „Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe“.

>> Die Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe (OWL) können jedoch – anders als die Cardiolotsen in Berlin – auf Bestehendes aufsetzen und müssen damit eben nicht bei Null starten. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hatte schon 2011 begonnen, ein weitreichendes Konzept für ein qualitätsgesichertes Case Management (qCM) für die Schlaganfall-Versorgung zu erarbeiten. Damit konnten die ersten Schlaganfall-Lotsen bereits ein Jahr darauf, 2012, ihre Arbeit aufnehmen. Dem folgte 2013 ein vom NRW-Gesundheitsministerium gefördertes Pilotprojekt mit 5 Lotsen und 300 eingeschlossenen Patienten in Ostwestfalen-Lippe. All diese Erfahrungen konnten in das vom Innovationsfonds mit der 2. Förderwelle (Anfang 2017)

bewilligte „STROKE OWL“-Projekt eingebracht werden. Brinkmeier bezeichnet heute den Innovationsfonds als „Segen für die frustrierte IV-Szene“. Denn erst durch die mit der Millionen-Förderung erreichte Größe und mediale wie politische Aufmerksamkeit würde endlich die reelle Chance bestehen, „wirkliche Fortschritte in der Gesundheitsversorgung in Deutschland anzustoßen und auch zu verankern“. Obwohl der offizielle Projektstart aufgrund vieler nötiger Detailabsprachen erst ein halbes Jahr danach, im Oktober 2017, erfolgen konnte, betreuen nach neun Monaten Vorlaufphase (geplant waren eigentlich nur fünf) seit Sommer 2018 mittlerweile 17 Schlaganfall-Lotsen inzwischen mehr als 1.000 Betroffene in Ostwestfalen-Lippe. Damit sind rund 50% der angestrebten Zielpopulation erreicht. Denn insgesamt können maximal nur 2.000 Schlaganfall-Patienten von insgesamt rund 6.000 bis 7.000 Schlaganfällen, die sich jährlich in OWL ereignen, ins Projekt eingeschlossen werden.

Dass aktuell mehr als 1.000 Schlaganfall-Patienten betreut werden, ist alleine schon ein Erfolg an sich. Für Innovationsprojekte gilt generell das Prinzip der freiwilligen Mitarbeit, was nichts anderes heißt, als dass „das Konzept nicht nur inhaltlich überzeugen“

Wo sind die Lotsen angesiedelt?

Die Lotsen sind während des Projektverlaufs direkt bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe oder bei den Akutkliniken mit Stroke Units, bei denen sie ihre Büros haben, angestellt. Nach Projektende könnten sie in Case-Management-Gesellschaften unter Einbeziehung aller beteiligten Akteure angesiedelt werden.



Abb. 1: Projektdarstellung des Innovationsfondsprojekts STROKE OWL.

mus, wie Brinkmeier zu Protokoll gibt. Genauso wichtig ist es, die jeweiligen Interessen der Beteiligten („Hidden Agendas“) im Projektkontext hinreichend abzubilden. Oder zumindest dafür zu sorgen, dass die Berücksichtigung von Detailzielen weder die Durchführung der übergeordneten Projektziele behindern, noch die jeweiligen Anforderungen der Mitglieder im Projekt gefährden. Dies ist, wie Brinkmeier formuliert, eine durchaus anspruchsvolle Aufgabe des Moderators, sprich des Konsortialführers.

Hier hat die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, 1992 von Liz Mohn als selbständige Stiftung des privaten Rechts gegründet, ein absolutes Prä gegenüber allen anderen Konsortialführern, die es bei den aktuell 119 IF-Projekten der Neuen Versorgungsformen gibt: Sie ist kein originärer Teil des Gesundheitssystems und damit auch kein Teilnehmer des ständigen Wettbewerbs um einen möglichst großen Teil des Versorgungsbudgets. „Wir sind einzig und allein dem Patientenwohl verpflichtet“, verdeutlicht Brinkmeier den Ansatz der Stiftung, die 2018 ein Stiftungskapital von knapp 70 Millionen Euro aufwies. Das heißt auch: Wenn die Stiftung etwas bewegen möchte, macht sie das auch, egal, wie lange es dauern mag.

Erklärtes Ziel des STROKE OWL-Projekts ist es, durch das zu erprobende Lotsenprinzip eine deutlich geringere Rate von Rezidiven bzw. Folgeerkrankungen sowie eine erhöhte Teilhabe der Betroffenen zu erreichen.

Wenn die wissenschaftliche Evaluation,



Den offiziellen „Startschuss“ für STROKE OWL gab Ingrid Fischbach, Patientenbeauftragte der Bundesregierung und Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, in ihrer Keynote zur 4. Lotsentagung Schlaganfall am 5. Oktober 2017 in Gütersloh, gemeinsam mit Dr. Brigitte Mohn (Kuratoriumsvorsitzende der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) und Dr. Michael Brinkmeier (Vorstandsvorsitzender).

durchgeführt von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Prof. Greiner), im Jahr 2021 ergeben sollte, dass diese Ziele erreicht worden sind, könnte das Lotsenprinzip Teil der Regelversorgung werden. Und noch mehr: Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ist aus eigenem Antrieb jenseits der Projektfinanzierung durch den Fonds dabei, das Curriculum für den zentralen Case-Management-Ansatz vom indikationspezifischen zu entkoppeln. Das Ziel: Ein Case-Management-Modell (CM) zu entwickeln, das im Projektkontext bereits evident gezeigt hat, dass es funktioniert.

Die Zeichen dafür stehen schon jetzt günstig. Bereits im März 2019 hat die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, die Implementierung von Patientenlotsen zum politischen Ziel erklärt. Dennoch will die Schlaganfall-Hilfe nicht abwarten, bis

Warum braucht Deutschland Schlaganfall-Lotsen?

Der Schlaganfall ist mit 270.000 Betroffenen jährlich eine der großen Volkskrankheiten in Deutschland. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl weiter steigen. Der Schlaganfall ist auch der häufigste Grund für Behinderungen im Erwachsenenalter. Fast zwei Drittel der Überlebenden sind dauerhaft auf Unterstützung, Therapie, Hilfsmittel oder Pflege angewiesen. So stellt sich die Versorgungssituation von Schlaganfall-Patienten in Deutschland dar:

Notfallversorgung

- ein hervorragend strukturiertes und organisiertes Rettungswesen, schnell und zuverlässig wie in kaum einem anderen Land.

Akutversorgung

- auf einem hohen Qualitätsniveau. Über 300 zertifizierte Stroke Units (Schlaganfall-Spezialstationen) und telemedizinische Netzwerke für ländliche Gebiete sorgen für eine fast flächendeckend hervorragende Versorgung. Probleme gibt es an den Schnittstellen zur Rehabilitation und Nachsorge.

Rehabilitation

- kann ebenfalls fast ausschließlich auf evidenzbasierte, wissenschaftlich fundierte Therapiekonzepte setzen, diese bedeuten für Betroffene eine hervorragende Vorbereitung auf die Rückkehr in den Alltag. Probleme gibt es an den Schnittstellen zur Nachsorge.

Nachsorge

- hier besteht nach wie vor viel Potenzial für Verbesserungen und neue Versorgungskonzepte.
- Lange Therapie-Pausen nach der Klinik sorgen dafür, dass erste Erfolge wieder verlorengehen – schlimm für den Patienten, extrem teuer für das System.
- Die weitere Rehabilitation der Patienten ist abhängig vom sozialen Status und den familiären Verhältnissen. Ein großer Teil der Patienten ist mit der selbständigen Organisation der weiteren Behandlung überfordert.
- Eine große WHO-Studie hat gezeigt, dass sich nach kurzer Zeit nur noch 50 Prozent der chronisch kranken Patienten therapietreu verhalten. Insbesondere Schlaganfall-Patienten brauchen Anleitung, Beratung und Motivation, sonst ist die Gefahr für einen zweiten, oft deutlich schwereren Schlaganfall sehr groß.
- Rund ein Drittel der Patienten, so schätzen Ärzte und Psychologen, entwickelt nach dem Schlaganfall eine depressive Erkrankung. Häufig wird sie nicht erkannt und behandelt.

Literatur: siehe www.stroke-owl.de

Lotsenprojekte*

STROKE OWL

Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe, 2. Welle NVF, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/stroke-owl-sektoruebergreifend-organisierte-versorgung-komplexer-chronischer-erkrankungen-schlaganfall-lotsen-in-ostwestfalen-lippe.105>

ZSE-DUO

Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen, 3. Welle NVF, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/zse-duo-duale-lotsenstruktur-zur-abklaerung-unklarer-diagnosen-in-zentren-fuer-seltene-erkrankungen.176>

Cardiolotse

MVF 04/19. ... projekte/neue-versorgungsformen/cardiolotse-entwicklung-eines-versorgungsmodell-zur-verbesserung-der-poststationaeren-weiterbehandlung-am-beispiel-kardiologischer-erkrankungen.181

*Im Projekttitel erwähnte Lotsenansätze; nach „Innovationsfonds-Monitor“ von Ordinary People, Berlin

Evaluation

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld führt die wissenschaftliche Evaluation des Projektes durch. Im Rahmen dieser Untersuchung werden medizinische Daten sowie Daten zur Lebensqualität und selbstbestimmten Lebensführung zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben und ausgewertet. Darüber hinaus erfolgt auf Basis von Abrechnungsdaten der beteiligten Krankenkassen ein Vergleich der an dem Projekt teilnehmenden Patienten mit einer Kontrollgruppe aus dem Münsterland und Sauerland, deren Alter und Lebensbedingungen den ostwestfälischen Patienten ähneln. Der Vergleich erfolgt vornehmlich hinsichtlich der Kosten der Gesundheitsversorgung sowie der Häufigkeit von erneut auftretenden Schlaganfällen.

Lotsenprojekte außerhalb des Innovationsfonds

<https://www.onkolotse.de/https://www.onkolotse.de/ihre-onkolotse.html>
<https://optimedis.de/aktuelles/975-onkolotsinberaet-tumorpatienten-im-gesundheitskiosk-billstedthorn>

<https://www.medicaltribune.de/meinung-und-dialog/artikel/lotse-auf-rezept-betreuungsmodelle-fuer-geriatriische-und-multimorbide-patienten-sollen-krankenhausa/>

<https://www.nct-heidelberg.de/fuer-patienten/my-nct/lotse-dienst.html>

https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/923264/onko-lotse-orientierung-krebspatienten.html

eines Tages nach dem Status „Last patient out“ der vollständige Evaluationsbericht auf dem Tisch liegt und irgendwann mit entsprechendem Zeitverzug veröffentlicht wird. Dies könnte nach einer möglichen Projektverlängerung auch erst im Herbst 2022 der Fall sein.

Dazu kommt noch, dass in den „Allgemeinen Nebenbestimmungen“ des beim G-BA angesiedelten Innovationsausschusses (ANBest-IF) lediglich gefordert wird, dass der „Förderempfänger verpflichtet ist, das Ergebnis – mindestens im sachlichen Gehalt des Schlussberichts – innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss des Projekts auf geeignete Weise der Fachöffentlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland zugänglich zu machen“. Wie und wo und in welcher Form bleibt völlig offen.

Darum ist die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe schon jetzt dabei, politisch aktiv zu werden. So werden zum einen mit verschiedenen Entscheidern – Stakeholder, Betroffene, der Innovationsausschuss im G-BA, aber auch die Exekutive und die Mitglieder der Bundes- und Landesparlamente – die Grund- und vor allem Vorzüge eines lotsenbasierten Versorgungsmanagements diskutiert. Zum anderen wird schon jetzt ein Lotsegesetz vorbereitet, das – so Brinkmeier, von 2000 bis 2012 Mitglied des Landtages für die CDU in Nordrhein-Westfalen – den Weg für einen „der weitreichendsten gesundheits- und sozialpolitischen Vorhaben der nächsten Jahre“ freimachen soll. Dies ist eben die flächendeckende Einführung des dann evidenten Prinzips Gesundheitslotsen. <<

von:

MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Zitationshinweis

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

Datenbank für IF-Projekte

>> Das Berliner Wissensmanagement-Unternehmen Ordinary People plant, sein bisher nicht-öffentliches Projektportal „Monitor Innovationsfonds“ opensource zur Verfügung zu stellen. In diesem Portal sind alle bisher vom Innovationsfonds geförderten Projekte der Neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung in einer auf der „i-views smart data engine“ aufsetzenden Datenbank mit allen Vernetzungsoptionen verfügbar. Das Open-Source-Portal enthält schon jetzt nicht nur alle derzeit vom G-BA veröffentlichten Informationen über die bewilligten Projekte des Innovationsfonds, sondern auch eine ganze Reihe von ersten Analyse-Ergebnissen bzw. Auswertungs-Möglichkeiten. Damit können die Besonderheiten und Alleinstellungsmerkmale des Innovationsfonds und seiner Projekte auf einer graphbasierten Datenbank dargestellt und schon jetzt bestimmte, einfache Forschungsfragen beantwortet werden. Über eine Weiterentwicklung und einen inhaltlichen Ausbau der Datenbank wird derzeit mit einer Hochschule verhandelt. Das Berliner Unternehmen ist als Lösungsanbieter für Wissensmanagement/Methoden auf die organisatorische, technische und methodisch-inhaltliche Entwicklung und den Betrieb solcher Lösungen spezialisiert und hat eine Vielzahl von Referenzen im Gesundheitsbereich. <<

Datenbank für E-Health Projekte

>> Die Ende Juli 2019 von der Bayerischen Telemedallianz ins Leben gerufene Datenbank für E-Health Projekte hat einen erfolgreichen Start hingelegt. Bereits eingetragene Projekte sind ab sofort öffentlich zugänglich und viele weitere kommen täglich hinzu. Dabei hat die Bayerische Telemedallianz erst Ende Juli dieses Jahres einen Aufruf an die E-Health-Community gestartet, E-Health-Projekte und Innovationen in die speziell dafür geschaffene Datenbank einzutragen. Früher als geplant, steht das „Projektportal. Gesundheit.Digital“ jetzt schon der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. Die Einträge sind nach verschiedenen Gesichtspunkten wie Projektname, Schlagwort, Kategorie und Bundesland recherchierbar. Projektbeschreibung sowie Projektansprechpartner sind stets enthalten. Links auf Projekt-Homepages und weitere Angaben, wie z. B. zum Status des Projekts ergänzen die Übersicht.

Das „Projektportal. Gesundheit.Digital“ umfasst alle für die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege relevanten Bereiche, wie z. B. Telemedizin, Vernetzung/Datenaustausch, elektronische Aktensysteme, mHealth, Quantified Self, Gesundheits-Apps, medizinische Internetangebote, Künstliche Intelligenz, Smart Data, Healthcare Analytics, Blockchain, Virtual Reality, Robotik, AAL. <<

59 Versorgungsforschungs-Projekte gefördert

>> Der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss hat eine Übersicht der neuen Versorgungsforschungs-Projekte veröffentlicht. Es handelt sich um insgesamt 59 Projekte, die auf die Förderbekanntmachungen vom 19.10. und 23.11.2018 eingegangen waren. Seine Entscheidung über die Projektförderung hat der Innovationsausschuss jedoch erst fast ein Jahr später bekannt gegeben.

Unter den bewilligten Anträgen sind einige sehr interessante, wie zum Beispiel:

@ktiv_rollout: Wie kann Translation gelingen? Implementierung von selbsthilfestärkenden Online-Coaches in verschiedenen Behandlungssettings (Universität Leipzig – Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller)

Aktiv-Studie: Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung: Evaluation der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach StäB § 115d SGB V (Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH – Prof. Dr. Sebastian von Peter)

DECADE: Förderung des Selbstmanagements in der hausärztlichen Versorgung zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

(Albert-Ludwigs-Universität Freiburg – Dr. Andy Maun)

ESV: Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (Universität Hamburg – Prof. Dr. Jonas Schreyögg)

IndiQ: Entwicklung eines Tools zur Messung von Indikationsqualität in Routinedaten und Identifikation von Handlungsbedarfen und -strategien (Technische Universität Berlin – Prof. Dr. Reinhard Busse)

ULCUS CRURIS CARE: Etablierung eines patientenorientierten, evidenzbasierten Versorgungskonzeptes für die Therapie des Ulcus cruris venosum in Hausarztpraxen mit praxisbasiertem Case-Management durch Medizinische Fachangestellte (VERAH) und Nutzung moderner IT-Unterstützung (Universitätsklinikum Heidelberg – Prof. Dr. Joachim Szczesny)

WOLGA: Weiterentwicklung, Optimierung und Anwendung eines Algorithmus zur Detektion schwerwiegender unerwünschter Arzneimittelwirkungen mit Routinedaten (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS GmbH – Prof. Dr. Ulrike Haug) <<

Das inav sucht Experten in der Versorgungsforschung (m/w/d)

Das inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH

ist ein im Gesundheitswesen tätiges Forschungs- und Beratungsinstitut mit den Schwerpunkten Versorgungsforschung, innovative Versorgungskonzepte, Digital Health, Market Access und Reimbursement. Es besteht seit 2011 und wird von Univ.-Prof. Dr. Volker Amelung, Hans-Holger Bleiß und Ralph Lägel, MBA, geleitet und beschäftigt derzeit 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

- Unsere Stärke ist die Zusammenführung von Expertise aus den Bereichen Praxis, Wissenschaft, Politik, Regulatorik und Digitalisierung sowie der Know-how-Transfer aus dem internationalen Umfeld.
- Wir unterstützen unsere Kunden dabei, Projekte von der Konzeption, über die Markteinführung bis zur Evaluation erfolgreich umzusetzen.
- Zu unseren Auftraggebern zählen Krankenkassen, Akteure aus der Gesundheitswirtschaft, Start-Ups, Leistungserbringer, Verbände und Ministerien.

Wir suchen zur weiteren Unterstützung für unser Team in Berlin ab sofort oder nach Vereinbarung eine/n erfahrene/n

Projekt- und Teamleiter Versorgungsforschung

(m/w/d),
unbefristet, berufserfahren,

Projektleiter Versorgungsforschung

(m/w/d),
unbefristet, berufserfahren

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Versorgungsforschung

(m/w/d),
unbefristet

Details zu allen Stellen unter <https://inav-berlin.de/karriere/>

Leistungsbereiche des inav

Wissenschaftliche Studien: Versorgungsforschungsstudien; Evaluationen (z. B. bei den neun Innovationsfondsprojekten des inav); Marktanalysen und Gutachten zur Versorgungssituation; empirische Erhebungen mittels qualitativer und quantitativer Methoden

Innovative Versorgungskonzepte: Konzeption innovativer Versorgungsformen und digitaler Gesundheitslösungen; Evaluation des Nutzens und der Qualität von Versorgungsmodellen; Projektmanagement und -controlling bei komplexen Versorgungsforschungsstudien mit mehreren Projektpartnern; Unterstützung bei der Zusammenstellung von Konsortien

Market Access: HTA & Value-Demonstration; Analyse von Marktstruktur, Marktwachstum und Wettbewerb; Bestimmung von Marktpotenzial und Marktprognosen; Unterstützung bei der strategischen Planung sowie bei der Entwicklung und Umsetzung von Preisfindungs- und Preissetzungsstrategien; Vernetzung relevanter Stakeholder und Zielgruppen

Managementberatung: Markteintrittsstrategien für Versorgungskonzepte; Unterstützung bei der Entwicklung von Businessplänen sowie bei der Due Diligence bei Investments im Gesundheitswesen; Vertragsberatung und -konzeption für innovative Versorgungsformen; Ausgestaltung von Vergütungskonzepten; Unterstützung bei Antragsstellungen (z. B. Innovationsfonds)

Kontakt:

Univ.- Prof. Dr. Volker Amelung
Amelung@inav-berlin.de
Telefon: +49 30 24 63 12 22

Report zur Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern

Kliniken zu langsam bei der Digitalisierung

Ist das Glas halbvoll oder halbleer, fragen sich die Autoren eines Beitrags im aktuellen „Krankenhaus Report 2019“ mit Blick auf den Stand der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern. Ganz egal, wie optimistisch oder pessimistisch man auf die derzeitige Situation schaut, klar ist, dass es noch großes ungenutztes IT-Potenzial in deutschen Kliniken gibt. Dieses Potenzial erscheint umso größer, wenn man den Blick auf die europäischen Nachbarstaaten richtet. Und genau das tun die Autoren unter anderem. Im Report enthalten sind diesmal auch Beiträge, die die Versorgungspraxis und die Versorgungsforschung tangieren.

>> Im Hinblick auf die Digitalisierung sei die Ausgangslage in der Gesundheitsversorgung defizitär, das betreffe auch den Krankenhaussektor, konstatieren die Herausgeber gleich in der Einleitung des „Krankenhaus Report 2019“ (Hrsg. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem/SpringerOpen, 359 Seiten). Für den aktuellen Report haben sie sich vorgenommen, den Stand der Digitalisierung in den deutschen Krankenhäusern und die damit einhergehenden Herausforderungen näher zu beleuchten.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil widmet sich der Frage, wie sich die Nutzung von Krankenhaus-IT im internationalen Vergleich darstellt und an welche Voraussetzungen eine umfassendere Nutzung im Krankenhaus gebunden ist. Weitere Fragen sind: Wie wandeln sich die medizinischen Berufsbilder? Wie steht es um die elektronische Patientenakte? Und wie wirkt sich die digitale Transformation im Krankenhaus auf die Versorgung der Patienten letztendlich aus? Auch der Investitionsbedarf und die finanziellen Voraussetzungen der Digitalisierung werden dabei in den Blick genommen.

Im zweiten Teil mit der Überschrift „Zur Diskussion“ macht unter anderem ein Beitrag am Beispiel der Notfallzentren deutlich, wie die Versorgung auf Basis von datenbasierten Marktraumanalysen geplant werden kann. Weitere Unterkapitel stellen sich den Chancen der Digitalisierung für die Versorgungsforschung und stellen die Erfassung der Krankenhausinvestitionen in Deutschland auf den Prüfstand.

Der letzte, dritte Teil des Reports enthält umfangreiche Statistiken mit detaillierten Auswertungen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Darüber hinaus findet sich dort eine Übersicht mit zentralen Kennziffern für mehr als 1.400 Krankenhäuser – bezogen auf Struktur, Leistungsspektrum, Wettbewerbssituation und Qualität.

Wie also sieht es nun mit der Digitalisierung der deutschen Krankenhäuser aus? Die Digitalisierung halte nur langsam Einzug in den deutschen Krankenhäusern, lautet das

Fazit von Victor Stephani, Reinhard Busse und Alexander Geissler („Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich“). Der Anteil der Krankenhäuser, die im klinischen Bereich noch gar nicht beziehungsweise kaum digital arbeiten (Stufe 0 EMRAM, zum EMRAM-Stufenmodell s. S. 23) liege in Deutschland bei 40 Prozent. Andere Länder seien hier deutlich weiter; in der Türkei liege etwa der Anteil bei 7 Prozent. „Es werden viele nützliche IT-Anwendungen, die in anderen Ländern verbreiteter sind, hierzulande noch nicht eingesetzt“, heißt es im Report.

Krankenhäuser müssen das ABC der Digitalisierung lernen

Am Beispiel des IT-gestützten, geschlossenen Medikationskreislaufs – der menschlich verursachte Fehler bei dem Medikationsprozess verhindern und dadurch die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern verbessern soll – lasse sich das gut erkennen: „In Deutschland haben dies nur 1 Prozent der Kliniken, in den USA bereits über 40 Prozent.“ Auch die elektronische Patientenakte, ein zentrales Element der Digitalisierung, sei in den deutschen Krankenhäusern noch nicht in dem Maße vorhanden, wie es eigentlich angenommen werden könnte. Wenn überhaupt, würden hierzulande sogenannte Clinical Data Repositories (Stufe 2 EMRAM) benutzt, nur eine Vorstufe der EPA, in der zwar Teile der Patientenakte digital vorliegen, jedoch wichtige Funktionen fehlen, wie zum Beispiel die elektronische Fieber-Kurve.

Auch die digitale Kommunikation mit externen Akteuren, wie etwa telemedizinische Leistungen, habe sich in den letzten Jahren nicht so verbreitet wie es in der heutigen Zeit im Prinzip selbstverständlich erscheinen würde, bemängeln die Autoren. Einen Grund hierfür sehen sie unter anderem bei der schlechten technischen Interoperabilität beziehungsweise dem lahrenden Breitbandausbau in Deutschland. „Hier muss zukünftig eine bessere Basis geschaffen werden, damit dieser Bereich verstärkt ausgebaut werden kann“, fordern sie. Neben der technischen Interoperabilität müsse

zukünftig auch die syntaktische Interoperabilität weiter gefördert werden, zum Beispiel durch die Standardisierung des Arztbriefes. Nur damit werde ein reibungsloser, digitaler Austausch von klinischen Informationen zwischen Krankenhäusern und anderen Akteuren gewährleistet. Es sei deswegen wichtig, dass erreichbare Ziele definiert und die vorhandenen Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden. Die klinische Entscheidungsunterstützung auf Basis von Deep-Learning-Algorithmen könne etwa erst dann eingesetzt werden, wenn die Patienten-Daten entsprechend digital vorliegen.

Dazu müsse ein Krankenhaus das „ABC der Digitalisierung“ beherrschen. Pflege-Roboter, die in der Lage sind, die Pflegekräfte an geeigneten Stellen sinnvoll zu entlasten, könnten beispielsweise nur funktionieren, wenn diese auch entsprechend dem lokalen Kontext angepasst würden, die Prozesse abgestimmt seien und das Personal entsprechend geschult werde. Ansonsten führe ihr Einsatz zu Frustration, Skepsis und Zweifeln am Nutzen der Digitalisierung. In der Konsequenz bliebe dann alles beim Alten, während sich die Welt außerhalb des Krankenhauses verändert, so die Warnung.

Die IT wird sich ihren Weg bahnen, auch informell

„Schaffen es die Krankenhäuser zukünftig nicht, die Voraussetzungen für den Einsatz solcher neuen Technologien zu schaffen, kann es dazu führen, dass diese informell eingesetzt werden“, vermuten die Verfasser. So würden schon heute digitale Dienste für die Kommunikation zwischen den Ärzten benutzt oder privat angelegte Patientendatenbanken auf den Smartphones geführt. Solche „informellen“ Lösungen bergen aber ihrer Ansicht nach ein hohes Risiko, vor allem im Hinblick auf den Datenschutz. „Es liegt hier an den Krankenhäusern, zentrale, den Anforderungen entsprechende Lösungen anzubieten und den Wandel mitzusteuern und zu kontrollieren“, lautet ihr Resümee.

„Nur wenn die sehr große Mehrheit der Versorger im Gesundheitswesen digital ange-

bunden ist (Infrastruktur), wenn sie Daten austauschen kann (Interoperabilität), wenn diese Daten zur Prozesssteuerung (klinische Informationslogistik) und zur Wissensgenerierung (Datenanalytik) genutzt werden, hat Digitalisierung ihren Zweck erreicht.“ Davon gehen die Autoren des Beitrags „Stand der Digitalisierung und des Technologieeinsatzes in deutschen Krankenhäusern“ aus (Hübner et al.).

Die Autoren üben aber nicht nur Kritik, sondern sie verweisen auch auf ein positives Beispiel – die Medizininformatik-Initiative des BMBF als „guten Ansatz, Leuchttürme aufzubauen“. Jedoch fehle es dabei an Ausrichtung auf eine flächendeckende Anwendung auch jenseits der Wissenschaft. Bislang habe die Politik in Deutschland keinen Einfluss mit messbaren Folgen genommen. Denn obwohl es in den Bundesländern unterschiedliche politische Vorstellungen zur Gestaltung von Digitalisierung, beziehungsweise von eHealth, gebe, lasse sich das anhand der adjustierten Kennzahlen (Workflow Composite Score und Telemed Score) nicht dingfest machen. Die Auswirkungen des Koalitionsvertrags, der Erklärung der 90. Gesundheitsministerkonferenz und des eHealth-Gesetzes

seien weiterhin unklar. Letztlich sei Digitalisierung im Gesundheitswesen keine alleinige Angelegenheit des Gesundheitsministeriums, sondern werde gerahmt durch Anliegen des Bildungs- und Forschungsministeriums sowie des Wirtschaftsministeriums. „Betrachtet man das Wort Digitalisierung genau, so ist es die Substantivierung von digitalisieren, also einem Verb, das einen Prozess nahelegt. So ist auch das Nomen zu verstehen. Wichtig dabei ist, dass dieser Prozess Momentum erhält und zu messbaren Erfolgen führt“, appellieren die Autoren.

Als konkretes Beispiel zur Verwendung von digitalen Daten in der Versorgungsplanung nehmen Augurzy et al. („Versorgungsplanung durch datenbasierte Marktraumanalysen am Beispiel von Notfallzentren“) die Notfallversorgung in Deutschland in den Blick. Dabei ziehen sie Simulationsanalysen heran, die dabei helfen sollen, eine flächendeckende Erreichbarkeit von Notfallzentren sicherzustellen.

Versorgungsplanung mit Daten

Die derzeitige Notfallversorgung weise vielfältige Probleme und Ineffizienzen auf.

Durch sogenannte Notfallzentren soll die sektorenübergreifende, patientenorientierte Koordination der Versorgungsstrukturen verbessert werden. Im Rahmen von Simulationsanalysen – erstellt vom RWI im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – seien zwei unterschiedliche Modellansätze zur Ermittlung der notwendigen Mindestanzahl solcher Notfallzentren angewendet worden: „Grüne Wiese“ und „Reale Standorte“. Bei ersterem seien die benötigten Zentren „frei“ von derzeit vorhandenen Standorten in Deutschland verteilt worden, sodass eine maximale Entfernung von 30 Minuten Fahrzeit zum nächstliegenden Versorger für 99,0 Prozent der Bevölkerung gegeben ist. Hierfür seien 337 Zentren nötig gewesen.

Im zweiten Ansatz sei bei der Verteilung der Zentren die in Deutschland vorhandene Krankenhausstruktur explizit berücksichtigt worden, erklären die Autoren und führen aus: „Das heißt, dass potenzielle Zentren nur an bestehenden und an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern verortet werden.“ Hier sei das Erreichbarkeitsniveau von maximal 30 Minuten Fahrzeit für 99,6 Prozent der Bevölkerung mit 736 Notfallzentren erreicht worden. In beiden Ansätzen liege die Zahl weit unter den 1.456 somatischen Krankenhäusern, die im Jahr 2014 offiziell an der Notfallversorgung teilnahmen.

Die Simulationsergebnisse machten deutlich, so die Autoren, „dass es aus wirtschaftlichen und versorgungstechnischen Gesichtspunkten nicht effizient ist, dass alle 1.456 momentan an der Notfallversorgung teilnehmenden somatischen Krankenhäuser diesen Status beibehalten beziehungsweise durch eine Notfallpraxis der KV ergänzt werden“. Dies solle ausdrücklich nicht bedeuten, dass die 337 Standorte auf Grundlage des Ansatzes „Grüne Wiese“ als Richtwert gelten sollten.

Hier sehen die Verfasser es als problematisch an, dass bei einer freien Verortung der Notfallversorger die im Hintergrund gegebenenfalls nötige Krankenhausinfrastruktur nicht vorhanden sein könnte. Jedoch zeige eine Verteilung der notwendigen Versorger im Ansatz „Reale Standorte“, dass eine optimale Versorgung der Bevölkerung unter Beachtung einer notwendigen Infrastruktur der Krankenhäuser im Hintergrund auch mit nur 736 Standorten möglich wäre.

Durch eine Bündelung der Not-

Stufe	Kriterien	Anteil der KH in D [%]
7	Lückenlose elektronische Patientenakte integriert in alle klinischen Bereiche (z. B. Ambulanz, Intensivstation, Notaufnahme), die alle (medizinischen) Papierakten ersetzt; Einsatz von Standards zum Datenaustausch für die integrierte Versorgung; Data Warehouse als Basis für klinische und betriebliche Analysen.	0,0
6	Klinische Dokumentation interagiert mit intelligenter klinischer Entscheidungsunterstützung (basierend auf diskreten Datenelementen) UND Vorhandensein eines IT-gestützten, geschlossenen Medikationsprozesses (closed loop medication).	1,2
5	Integrierte Bildmanagementlösung (z. B. PACS) ersetzt alle filmbasierten Bilder.	18,0
4	Elektronische Verordnung mit klinischer Entscheidungsunterstützung in mindestens einem klinischen Bereich und für Medikation.	5,4
3	IT-gestützte klinische Dokumentation sowie Einsatz elektronischer Verordnungen durch Ärzte bzw. Pflegepersonal. Dies beinhaltet auch die Dokumentation der Medikamentengabe (eMAR).	9,0
2	Eine elektronische Patientenakte (bzw. ein Clinical Data Repository) ermöglicht die Zusammenfassung und Normalisierung von Daten aus verschiedenen klinischen Quellen im gesamten Krankenhaus.	26,9
1	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind installiert.	1,2
0	Informationssysteme für die großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen (Labor, Radiologie, Apotheke) sind nicht installiert.	38,3
	N	167
	EMRAM-Mittelwert	2,3

Tab. 1: EMRAM Stufenmodell mit einzelnen Kriterien und Anteil der deutschen Krankenhäuser (2017), Quelle: „Krankenhaus-Report 2019“.

Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Kliniken zu langsam bei der Digitalisierung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), 22-24.; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2171

fallversorgung auf versorgungstechnisch erforderliche Standorte könnten zudem Vorteile in der Versorgung durch eine Konzentration der Leistungserbringung abgeschöpft werden, halten die Verfasser fest. Durch die Vorgaben des G-BA zum Notfallstufenkonzept werde sich die Anzahl der an der Notfallversorgung teilnehmenden Standorte deutlich reduzieren. Es bleibe abzuwarten, inwieweit die räumliche Verteilung der verbliebenen Notfallstandorte den optimierten Verteilungsergebnissen entspricht. In einem nächsten Schritt wäre auch eine erneute Simulation auf Grundlage der verbliebenen Standorte, die mindestens die Vorgaben zu Notfallstufe 1 erfüllen, anzustreben, heißt es im Beitrag.

Neben einer optimalen Verortung der an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und Notdienstpraxen seien allerdings auch eine Verbesserung der Patientensteuerung sowie klare Strukturvorgaben und Zuständigkeiten der beteiligten Einrichtungen notwendig. Erfahrungen aus dem Ausland zeigten die hohe Bedeutung der Koordination und Steuerung, wenn die haus- und allgemeinärztliche Versorgung von Notfallpatienten mit niedrigem Risiko räumlich an die Kliniken verlagert wird. Sie bleibe aber weiterhin Aufgabe der Allgemeinärzte. Daher sei auch in Deutschland für das Erreichen einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung von Notfallpatienten eine optimierte räumliche Verortung der Notfallstandorte mit koordinierten Leistungen der beteiligten Einrichtungen von entscheidender Bedeutung.

„Es ist einzuräumen, dass vieles, was zur Digitalisierung, und manches, was zur Versorgungsforschung zu sagen wäre, hier nicht thematisiert werden konnte“, räumt der Verfasser eines weiteren Beitrags, Philipp Storz-Pfennig ein, der sich mit der Digitalisierung der Versorgungsforschung auseinandersetzt. Dazu zählt er „besonders auch Überlegungen zu Datensicherheit und Datenschutz“. Hier sei es unbestritten generell wichtig, sich über die Gefahren klar zu werden. Diese hängen seiner Auffassung nach aber ganz wesentlich davon ab, welche Absichten und Ziele mit der Datenverwendung verfolgt werden.

„Rückbesinnung auf wissenschaftliche Prinzipien“

„Wenn beispielsweise die ‚Krankenakte‘ als ausschlaggebend zur Begründung einer medizinischen Maßnahme ausgewiesen ist, so sollte ein Zugang zu solchen Krankenakten für Versorgungsforschung bedeuten, dass man hier allgemeine Gesetzmäßigkeiten zu erkennen

hofft“, so sein Beispiel. „Ob die ‚Krankenakte‘ typisch und systematisch die Informationen enthalten, die zur Begründung eines Eingriffs taugen?“, fragt der Autor. Jedenfalls bedeuten solche Analysen nicht, dass man Einblicke in einzelne Fälle in irgendeiner Weise zu nutzen gedenkt – „was gerade das Ziel praktisch aller großen Unternehmen der Digitalisierungsindustrie sein dürfte“.

Die Problematik lasse sich hier produktiv auf der Grundlage der Abgrenzung generalisierbaren, wissenschaftlichen Wissens vom Wissen über einzelne Fälle diskutieren. Die Aufgabe der Realisierung der technischen Sicherstellung bleibe dabei ohnehin bestehen. Der bessernde Einfluss, den man sich von wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Zukunft erhoffe, sei fundamental ein solcher, der sich auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten stützen könne, die durch die wissenschaftliche Forschung gefunden werden.

„Man kann dies zwar, wissenschaftstheoretisch wie praktisch, für naiv halten – und das ist es bei einer so anwendungsnahen Wissenschaft wie der Versorgungsforschung auch oft. Allerdings erscheint eine Rückbesinnung auf grundlegende wissenschaftliche Prinzipien gerade unter Digitalisierungsaspekten notwendig“, fordert Storz-Pfennig. Es habe den Anschein, dass relevante Teile der Versorgungsforschung solche Herausforderungen auch ernsthaft als solche sehen würden. Viele Formen der Digitalisierung (oder mindestens der zentralen Verwendung von Daten) schienen auf eine Abkehr von einem anderen grundsätzlichen wissenschaftlichen Prinzip hinzudeuten: einer Distanz zur Praxis.

Diese Fälle zwar in der Versorgungsforschung in der Regel vergleichsweise gering aus, sei aber ein wesentlicher Motor des „Erfolgsmodells“ von moderner Wissenschaft überhaupt – auch hinsichtlich deren Nützlichkeit. Auch Versorgungsforschung dürfe nicht zu sehr an einem bestimmten Ausfall der Ergebnisse interessiert sein. Dass die Realisierung eines solchen Prinzips, gerade auch in der Bio-Medizin, keineswegs einfach sei, zeige nicht zuletzt die Debatte über Verschwendung in den Wissenschaften. Die Gewinnung oder Wiedererlangung solch eines Abstands zur Praxis sollte versucht werden, meint der Verfasser. „Dabei läge das wirklich Interessante an der Digitalisierung der Versorgung (und der Versorgungsforschung) darin, dass es mit ihrer Hilfe möglich sein sollte, sich weiter als bisher der Wirklichkeit der Versorgung zu nähern, hat man den Abstand erst einmal hergestellt.“ Dass dies noch vielversprechend in Bezug auf Erkenntnisgewinne erscheine, liege daran, dass man auch mit Hilfe der bereits stattgefundenen und fortgesetzten

Versuche hierzu (Qualitätstransparenz, Evidenzbasierung u. a.) bisher keineswegs an dieses Ziel gelangt sei.

„Die Kleider der Medizin erscheinen an einigen Stellen immer noch dichter gewebt, als sie es wohl tatsächlich sind.“ Die biomedizinische Innovationsindustrie, die ererbte Vorstellung naturwissenschaftlicher Erfolgsgewissheit, die Erwartung von Heilung oder Linderung über tatsächlich zu Schaffendes hinaus und nicht zuletzt die Zusage umfassender solidarischer Lastentragung wirkten zusammen, um einerseits auch gegenwärtig noch verschiedentlich zu verschleiern, was tatsächlich bewirkt wird oder bewirkt werden kann.

Auch wenn digitale Anwendungen strukturell in Bezug auf ihre Nützlichkeit vielleicht überbewertet seien und sich damit in den Problembestand einreihen würden, so könnten sie doch zugleich auch der Aufklärung dienen, wie die bisherigen wissenschaftlich-kritischen Ansätze. Denn letztere seien keineswegs völlig erfolglos geblieben. „Insgesamt sollte daher auch bedacht werden, ob die häufig beklagte Langsamkeit des Einzugs digitaler Anwendungen nicht auch etwas mit der – jedenfalls dem vermittelten Bild nach – erheblichen Durchdringung wissenschaftlich begründbarer Praxis in der Versorgung zu tun hat und somit die Messlatte für Transformationen und Disruptionen wesentlich höher liegt als anderswo“, gibt der Autor zum Schluss zu bedenken. <<

Autorin: Olga Gilbers

Kliniken werden moderner

>> Die deutschen Krankenhäuser stehen nach wie vor unter hohem Kostendruck, ihre wirtschaftliche Situation hat sich gegenüber dem Vorjahr verschlechtert. Dies ist eines der Kernelemente der Krankenhaus-Benchmarking-Studie von PwC. Für die Studie hat PwC die Jahresabschlüsse des Jahres 2018 von mehr als 100 Kliniken in Deutschland analysiert und die wichtigsten Kennzahlen miteinander verglichen. Bei der Modernisierungsquote – dem Verhältnis von Investitionen zu Abschreibungen – zeigt sich, dass die Infrastrukturen der Einrichtungen aller Trägerschaften moderner werden. Den höchsten Modernisierungsgrad weisen mit 173 Prozent die freigemeinnützigen Kliniken auf, gefolgt von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (145 Prozent) und den privaten Einrichtungen (111 Prozent). „Die privaten Kliniken haben die Notwendigkeit zur Modernisierung früh erkannt und reduzieren nun schrittweise ihre Investitionen“, erläutert Michael Burkhart, Leiter des Bereichs Gesundheitswirtschaft bei PwC. <<

LAND DER
GESUNDHEIT

Wie sieht das Gesundheitssystem von morgen aus?

Die Debatten: Diskutieren Sie mit auf www.landdergesundheit.de



Aktuelle Beiträge



www.landdergesundheit.de
[#landdergesundheit](https://twitter.com/landdergesundheit)

Eine Debatten-Plattform von Pfizer





v.l.n.r.: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Susanna Karawanskij, Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Dr. Martina Münch, Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Dr. Karsten-Henrich Weylandt

1. Brandenburgischer Versorgungsforschungskongress in Neuruppin

Das Zentrum für Versorgungsforschung ist gegründet

Die Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) wurde mit dem erklärten Ziel gegründet, im Flächenland tätige Ärzte auszubilden. Dieses Ziel ist erreicht: Die ersten Psychologen sind und die ersten Ärzte werden dieses Jahr fertig, zudem wird die Zahl der Studierenden verdoppelt. Darüber hinaus sollen aber auch innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung der alternden Bevölkerung wissenschaftlich untersucht und erfolgreiche Projekte zum Wohle der Patienten in die Versorgungsrealität überführt werden. Genau das ist das Ziel des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB), das während des 1. Brandenburgischen Kongresses zur Versorgungsforschung offiziell ins Leben gerufen wurde. Mit dabei waren – dies zeigt die hohe Bedeutung der Versorgungsforschung für das Flächenland – gleich zwei ranghohe Landespolitikerinnen: Dr. Martina Münch, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur, und Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.

>> „Die MHB wurde vor fünf Jahren unter anderem deshalb gegründet, weil wir im Land Brandenburg in vielen Regionen und Bereichen eine medizinische Unterversorgung beklagen müssen“, sagte MHB-Präsident Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer zu den rund 80 Teilnehmern, die zum Kongress und zur Gründungsveranstaltung des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB) in den Großen Festsaal im Hauptgebäude der Ruppiner Kliniken in Neuruppin gekommen waren. Hier Abhilfe zu schaffen, indem Ansätze zur Verbesserung der Versorgung wissenschaftlich untersucht und erfolgreiche Projekte dann zum Wohle der Patienten in die Versorgungsrealität überführt werden, sei die explizite Aufgabe der Versorgungsforschung. „Wir freuen uns sehr, dass neben renommierten Experten aus der Versorgungsforschung und aus der Gesundheitspraxis sowohl die Wissenschaftsmi-

nisterin als auch die Gesundheitsministerin des Landes Brandenburg unserer Einladung gefolgt ist“, erklärte Neugebauer in seiner Begrüßung. Dies unterstreiche die politische Relevanz „unseres Anliegens“.

Das ist ein Anliegen, das auf Gegenliebe trifft. Versorgungsforschung sei ein vergleichbar junges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaft, aber eines mit zunehmender Relevanz, was international wie national als auch regional für das Land Brandenburg gelte. Dies betonte Dr. Martina Münch, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg, in ihrem Grußwort. Umso mehr, so Münch weiter, freue es sie, dass die MHB einen Wissenschaftsschwerpunkt in der Versorgungsforschung setzt und sich auf diesem Gebiet weiter profilieren möchte. Dies habe eine ganz reale Bedeutung fürs Land, denn die Bedarfe und Herausforderungen seien in Brandenburg

„wahrlich groß“, erklärte Münch. Sie denkt aber auch übers Land hinaus. Denn das, was in Brandenburg entwickelt werde, könne beispielhaft für andere Regionen und Gebiete mit ähnlichen Rahmenbedingungen sein. Hier denkt sie unter anderem daran, dass mit den Methoden der Versorgungsforschung die Translation von klinischen Versuchen zur Alltagsversorgung „from bedside to practice“ schneller und effizienter gelingen könne. Doch vor allem gehe es darum, die richtigen Weichen im Gesundheitssystem zu stellen, „um eine qualitativ hochstehende und ausreichende medizinische wie pflegerische Versorgung im ganzen Land zu sichern“. Prof. Dr. Dr. Karsten-Henrich Weylandt, der Forschungsdekan der Medizinischen Fakultät der MHB, fügte noch eine ganz andere Dimension dazu: Seiner Meinung nach habe der 1. Brandenburgische Kongress zur Versorgungsforschung das modellhafte Ver-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Das Zentrum für Versorgungsforschung ist gegründet“ (05/19), S. 26-27.; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2179

schränkungsmodell der MHB-Zentren und -Profilbereiche „heute mit Leben gefüllt“.

Dazu gehöre auch, dass mit der Gründung des neuen Versorgungsforschungszentrums diese Wissenschaftsrichtung noch stärker in der MHB zu verankert werde. Weylandt: „Wir müssen viel mehr nicht nur an ‚bench to bedside‘, sondern auch an ‚bench to healthcare research‘ denken“. So könnte man beispielsweise auch die vorhandenen Lehrpraxen zu Forschungspraxen machen, regte er in seinem Schlusswort an.

Hierfür ist die Versorgungsforschung richtig aufgestellt, weil sie die Zusammenarbeit und Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen voranbringen, aber auch Kommunen, öffentliche Verwaltungen, Krankenkassen sowie Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen integrieren könne, zeigte sich Münch in ihrem Grußwort überzeugt. Sie denkt dabei auch an einen sektor- und ressortübergreifenden Ansatz, von Ernährung, Technologie, neuen Materialien bis hin zur Digitalisierung. Deshalb sei im Land Brandenburg ein neuer Weg eingeschlagen wurde, indem bereits 2015 der Gesundheitscampus Brandenburg eingerichtet worden sei. Dieser verbinde die MHB mit der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus Senftenberg, der Universität Potsdam und weiteren Institutionen. Herzstück des Gesundheitscampus sei die im Februar dieses Jahr gemeinsam gegründete Fakultät für Gesundheitswissenschaften, getragen von der MHB, der Uni Potsdam und der BTU Cottbus Senftenberg. Münch: „Dies ist eine bundesweit einzigartige Kooperationsstruktur mehrerer Hochschulen im Gesundheitsbereich, die die Zusammenarbeit im Land weiter stärkt.“ Dafür seien 16 neue Professuren, 4 davon für die MHB, zur Verfügung gestellt worden. Eine dieser Professuren an der MHB werde sich mit dem Schwerpunkt Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung im Land beschäftigen, was gewährleiste, dass „die drängenden Fragestellungen des Landes Brandenburg intensiv weiter bearbeitet werden.“

Für Münch markiert der 1. Brandenburgische Versorgungsforschungskongress in Neuruppin, der nach Aussage von Neugebauer in den kommenden Jahren verstetigt werden soll, einen ersten großen Zwischenschritt: „Die Versorgungsforschung hat sich im Land Brandenburg in kurzer Zeit gut etabliert. Es kommen damit weitere spannende Aufgaben auf uns zu, die Versorgungsforschung weiter auszubauen und die Ergebnisse in Strategien und Strukturen des Gesundheitswesens zu



Abb. 1 v.li.: Susanna Karawanskij, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, und Dr. Martina Münch, Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg, betonten in ihren jeweiligen Grußworten die Bedeutung der Versorgungsforschung für die Entwicklung der Versorgungsstruktur und -qualität des Bundeslands.

etablieren.“ Denn wissenschaftliche Erkenntnisse müssen ihrer Meinung nach zeit- und praxisnah für alle Professionen, die an einer ineinandergreifenden Versorgung beteiligt sind, nutzbar gemacht werden können.

Sie sparte aber auch nicht an Lob für die MHB und seinen Präsidenten: „Ich danke Ihnen, Herr Professor Neugebauer, stellvertretend für die MHB für Ihre beispielhafte Arbeit.“ Dabei hob sie besonders hervor, dass die MHB die Zahl ihrer Studenten deutlich erhöht habe, was sie „für einen guten Schritt“ halte, der eine besondere Anerkennung verdiene, weil dies das Land in die Möglichkeit versetze, besser auf den großen Fachkräftebedarf im medizinischen und pflegerischen Bereich reagieren können.

Auch Gesundheitsministerin Susanna Karawanskij lobte die Pionierarbeit der MHB, die mit ihrer besonderen Form der Ausbildung zur medizinischen Versorgung im Lande beitrage, brachte jedoch auch ein ganzes Bündel an zu beantwortenden Wünschen wie Fragestellungen mit. Erstens wünscht sie sich, dass „Versorgungsforschung mindestens einen Schritt weiter“ geht, denn es seien nicht nur mehr gute Ideen für sektorübergreifende Versorgungsmodelle gefragt, sondern Brandenburg müsse auch „Vorreiter und Vorbild“ werden. Und zweitens, dass Versorgungsforschung neben neuen Projekten neue wissenschaftliche Erkenntnisse schafft, „ob der eingeschlagene politische Weg der richtige ist und wo wir nachsteuern müssen“.

Damit meinte sie unter anderem den Ansatz Brandenburgs, „Krankenhäuser als Anker der medizinischen Versorgung“ zu begreifen. Diese müsste nun weiterentwickelt werden zu

ambulant stationären Zentren. Karawanskij: „Wir schauen aber auch über den Tellerrand hinaus auf das, was erfolgversprechend ist.“ So würde ein ganzes Bündel an Maßnahmen und Projekten ausprobiert, wobei meist die Überwindung der Sektorengrenzen im Fokus steht. „Diese Projekte sind beispielgebend für die Marschrichtung, die wir gehen wollen: die Überwindung bestehender Grenzen und das bessere Ineinandergreifen von Versorgungsstrukturen“, erklärte die brandenburgische Gesundheitsministerin, die sich gegenüber der MHB äußerst dankbar zeigte, mit dem neuen Studiengang in die Fläche zu gehen. Dies sei zwar ein Risiko, „aber eines, das sich in Zukunft auszahlen werde“.

Ideen und Projekte, die im neugegründeten Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB) abgearbeitet werden sollen, gibt es jede Menge. So wurde ausgehend von den Forschungsschwerpunkten der MHB-Forschung (Medizin des Alterns, Kardiovaskulär, Karzinom und Seelische Gesundheit) in einzelnen Arbeitsgruppen mit den Teilnehmern des Kongresses diskutiert, wie Forschungsansätze und -methoden aus der Versorgungsforschung genutzt werden können, um Versorgungsprobleme des praktischen Alltags in der Gesundheitsversorgung nicht nur zu identifizieren und zu analysieren, sondern möglichst auch zu lösen. Aber auch innovative Modelle und sogar das ganze deutsche Gesundheitssystem sollen bewertet werden, wie Prof. Dr. Martin Heinze, der Gründungs-Leiter des Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZVF-BB) an der MHB, durchaus selbstbewusst zu Protokoll gab. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Serie (Teil 20): Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

„Wo Versorgungsforschung die Probleme eines Landes und seiner alternden Bevölkerung lösen soll“

Wer Neuruppin in Brandenburg hört, denkt vielleicht zuallererst an den wohl größten Sohn der brandenburgischen Kreisstadt, den gelehrten Apotheker und späteren Essayisten und Schriftsteller Theodor Fontane (1819–1898), bekannt durch Romane wie „Effi Briest“ oder Balladen wie „John Maynard“ und „Herr von Ribbeck auf Ribbeck im Havelland“. Doch ohne entsprechendes Hintergrundwissen denkt man eher nicht an ein Thema wie Versorgungsforschung, was sich aber ändern wird. Denn in der überaus großzügig angelegten Residenzstadt im Norden des Landes Brandenburg, deren „raumverschwendende Anlage“ Fontane höchstselbst für eine kleine Provinzialstadt als „bedenklich“ bezeichnete, wird Versorgungsforschung neu gedacht. Dabei geht es weniger um den methodischen Ansatz an sich, sondern vielmehr um die Rolle, die diese Wissenschaftsrichtung in Neuruppin für das Flächenland Brandenburg einnehmen soll. Oder wie es der Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, formuliert: „Der Unterschied zu anderen Herangehensweisen ist, Versorgungsforschung nicht als Add-on, sondern als wesentlichen Bestandteil einer Lösungsstrategie zu sehen.“ Und die ist in der Leitlinie der MHB klar gefasst, die eine Universität sein und werden will, „die sich etwas zutraut, die in Lehre und Forschung mutig neue Wege geht, beherzt Neuland betritt und als Bildungspionier zur Lösung drängender gesellschaftlicher Fragen beiträgt“.

>> Derlei drängende gesellschaftliche Fragen gibt es im Bundesland Brandenburg zuhauf. Der demografische Wandel ist hier schon lange kein abstrakter statistischer Wert mehr,

sondern im Straßenbild zu sehen. Im Land Brandenburg (2.511.917 Einwohner, Stand 31. Dezember 2018) lebten im Jahr 2015 über eine halbe Million ältere Menschen im



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

ist seit 1/2019 Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB). Er war von 9/2016–12/2018 Dekan der MHB und bis zu seiner Emeritierung (2/2015) Inhaber des Lehrstuhls für Chirurgische Forschung und Direktor des Instituts für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) an der Universität Witten-Herdecke. Neben anderen Vorstandsaufgaben war er von (2007–2009) Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und von 2012–2018 Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) dessen Gründungsmitglied er auch ist. Er hat nach einem Ingenieurstudium in Aachen/Jülich in Marburg Chemie/Biochemie und Medizin studiert, 1982 in Chemie/Biochemie promoviert und 1988 in Theoretischer Chirurgie habilitiert. Neugebauer hat mehr als 980 wissenschaftliche Publikationen verfasst (in den letzten Jahren vorwiegend in der klinischen- und Versorgungsforschung), davon >350 Originalartikel. Er ist Herausgeber von 12 Büchern (Hirschfaktor 75, Zitationen > 27.400) <http://scholar.google.de/citations?hl=de&user=m4ZWdWMAAAAJ>. Er ist verheiratet und hat 2 erwachsene Söhne.

Link

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

Alter über 65 Jahre. Den höchsten Altenquotienten verzeichnete laut der Gesundheitsplattform Brandenburg 2015 der Landkreis Oberspreewald-Lausitz mit 46,8 über 65-Jährigen je 100 20- bis unter 65-Jährige, gefolgt von der kreisfreien Stadt Brandenburg an der Havel (45,7). Tendenz überall: steigend. Die Bevölkerungsentwicklung in Brandenburg wirkt sich schon jetzt auf die Zahl der Krankenhausfälle aus, beispielsweise ganz besonders bei Herzinfarkt bei Männern im Alter von mehr als 65 Jahren: Die Krankenhauseinweisungen werden sich von 2.869 im Jahr 2015 bis zum Jahr 2020 auf 3.273 Fälle (+14,1%) und bis zum Jahr 2040 auf 4.293 Fälle (+49,6%) erhöhen. Für die über 80-jährigen Männer wird ein besonders hoher Anstieg prognostiziert: Von 896 Fällen im Jahr 2015 erhöht sich die Fallzahl auf 1.330 im Jahr 2020 (+48,4%) und auf 2.105 Fälle in 2040 (+134,9%). Aber auch andere Krankenhauseinweisungen werden steigen, vor allem assoziiert mit Oberschenkelfrakturen, Depression und Diabetes.

Bei nahezu all diesen Indikationen liegt das Bundesland Brandenburg im Vergleich aller deutschen Bundesländer an der Spitze. Genau das soll sich ändern. Wenn es nach MHB-Präsident Neugebauer geht, der – ohne despektierlich zu sein – die Brandenburger Bevölkerung als Population begreift, der geholfen werden kann: durch Versorgungsforschung. „Kardiovaskulär ist genau darum einer unserer Profildomänen, weil Brandenburg von allen Ländern Deutschlands am schlechtesten abschneidet, aber keiner genau weiß warum.“ Weitere Profildomänen des neuen Zentrums für Versorgungsforschung Brandenburg (ZV-BB), das von Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze zunächst kommissarisch geleitet wird, der aber auch die Professur für Psychiatrie und Psychotherapie inne hat, kümmert sich um weitere Themenbereiche wie Versorgungsforschung in den weiteren Profildomänen Onkologie und seelische Gesundheit. Im Fokus steht dabei immer, dass es nicht nur um die Methodik geht, sondern explizit darum, die vielfältigen Probleme des Landes mit seiner alternden Bevölkerung lösen zu helfen. Und die ist, wie die Versorgungslandschaft Brandenburgs, die Neugebauer demnächst mit einer Graph-Datenbank kartografieren und vernetzen lassen wird, vordringlich, höchst dezentral. „Alle Lösungen, die wir erarbeiten, müssen in einem strukturschwachen Flächenland wie Brandenburg funktionieren“, erklärt Neugebauer. „Das heißt, dass wir Innovationen entwickeln und erproben müssen, die in der Lage sind, auf vielen Füßen zu stehen.“

Für die Forschung bedeutet das, dass in den bereits vorhandenen Kompetenzzentren – zum einen das Koordinierungszentrum für Klinische Studien Brandenburg (KKS-BB), zum anderen das Zentrum für Krankheitsorientierte Translationale Grundlagenforschung (ZKTG-BB) – Theorie und Praxis zusammenfließen und mit der Versorgungsforschung verschränkt werden müssen.

Hier treffen sich Praktiker und Theoretiker in bewusst dafür vorgesehenen integrierten kleinen Arbeitsgruppen zum ungezwungenen Austausch von Ideen und Konzepten: Die einen haben das Problem, die anderen vielleicht einen praktikablen Lösungsansatz, den es zu finden und dann zu ver- oder falsifizieren gilt. „Diese kleinen integrierten Arbeitsgruppen, die Theorie und Praxis zusammenbringen, sind das beste Format der Weiterentwicklung von Innovationen“, weiß Neugebauer aus seiner langen universitären Erfahrung, vor allem jener aus Witten-Herdecke, wo solche Core Centren seit langem etabliert sind. Hier können sich alle Beteiligten – forschende Studenten, Ärzte und Wissenschaftler – auf medizinische Forschungsbereiche konzentrieren, die dann mit den Methoden vor allem der Versorgungsforschung angegangen und im besten Falle gelöst werden können.

Damit kommt der Versorgungsforschung als Wissenschaftsrichtung eine ganz andere Rolle als bisher zu. Ist sie bisher eher in der rein deskriptiven, meist über Sekundärdaten agierenden Funktion angesiedelt, wird ihr in Brandenburg ein integraler, sogar steuernder Auftrag erteilt. Denn nur mit den Methoden der Versorgungsforschung kann eine Aufgabenverteilung ins Flächenland mitgedacht und immer auch miterprobt werden, die stets ganz speziell auf ein strukturschwaches Flächenland wie Brandenburg zugeschnitten sein muss. Zudem eine, die im Endeffekt auf alle anderen strukturschwachen Gebiete Deutschlands, im Prinzip sogar ganz Europas übertragen werden könnte.

Nun ist es so, dass die MHB eine staatlich anerkannte Universität ist, die in kommunaler und gemeinnütziger Trägerschaft betrieben wird. Deren Initiatoren – die Ruppiner Kliniken, das Städtische Klinikum Brandenburg, die Immanuel Diakonie (mit der Immanuel Klinik Rüdersdorf und dem Immanuel Klinikum Bernau Herzzentrum Brandenburg), die Stadtwerke Neuruppin und die Sparkasse Ostprignitz-Ruppin – wollen ihren selbst gesetzten Bildungsauftrag erfüllen, speziell den, Ärzte und Psychologen auszubilden, die willens und befähigt sind, im Land zu arbeiten. Zudem sind aktuell über 20 Kli-

niken und rund 100 Lehrpraxen sowie die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die Landesärztekammer Brandenburg und der Hausärzterverband Brandenburg Kooperationspartner der MHB.

Im April 2015 wurden die ersten Studierenden eingeschrieben, so dass nun – nach zehn Semestern Studium plus einem Jahr PJ (nur Mediziner) – die ersten Psychologen (M.Sc.) in diesem Frühjahr bereits fertig ausgebildet sind, und demnächst auch die ersten Ärzte fertig sein – und dann im besten Fall in Brandenburg tätig werden.

Um diese Entscheidung zu befördern, beteiligen sich die kooperierenden Kliniken im Sinne einer Nachwuchsförderung mit dem längerfristigen Ziel der nachhaltigen Personalgewinnung an den für Medizinstudierende anfallenden Studienbeiträgen. Dabei übernehmen sie von den 125.000 Euro, die das gesamte Studium der Medizin kostet, 80.000 Euro. Im Gegenzug verpflichtet sich der Studierende, im Anschluss an sein Studium und an sein PJ bei der Darlehen gebenden Klinik zu arbeiten, verbunden mit der Möglichkeit, hier seine fünf Jahre dauernde Facharztweiterbildung zu absolvieren. Nach vollständigem und erfolgreichem Absolvieren der Facharztweiterbildung hat sich das Darlehen in ein Stipendium gewandelt, das nicht mehr zurückgezahlt werden muss.

Nach dem Grundsatz „Jede und jeder soll studieren können“ wird von der MHB zudem eine Finanzierung des Studiums nach Art eines „Umgekehrten Generationenvertrags“ angeboten: Die Chancen eG übernimmt dabei für Studierende der Medizin rund 30 Prozent des Studienbeitrages, was einer Summe von 45.000 Euro entspricht. Medizinstudenten können darüber hinaus noch eine zusätzliche Finanzierung des Landes Brandenburg beantragen, allerdings verbunden mit einer längerfristigen Tätigkeit in diesem Bundesland.

Kein Wunder, dass inzwischen mehr als 400 Mediziner und Psychologen an der MHB studieren, wobei die Zahl der Studierenden aktuell noch einmal erhöht worden ist, um dem Ärztemangel noch aktiver begegnen zu können. Jedes Semester bewerben sich rund 700 Studienwillige, von denen dann ohne notenbasierten Numerus Clausus (Medizin) 48, ab 2020 dann 96, ausgewählt werden.

Neben der Finanzierung der reinen Lehre, die von den kommunalen und gemeinnützigen Trägern geschultert wird, braucht es aber auch Gelder für die Forschung. Diese kommen zum Teil aus der MBH-internen Forschungsförderung, die bis zu 500.000 Euro pro Jahr als eine Art universitätseigenes F&E-

Budget in Form von Anschubfinanzierungen für kleinere Projekte ausschüttet. Desweiteren werden leistungsorientierte Mittel (LOM-Mittel) für Publikationen und eingeworbene externe Drittmittel ausgeschüttet. Ein zunehmend größerer Teil ist für Clinical Scientist-Stellen (Kliniker, die zeitweise in der Forschung arbeiten) reserviert. „Unsere Träger sind schon sehr forschungsaffin“, freut sich Neugebauer.

Weitere Budgets kommen aus Drittmitteln von Projekten aus dem Innovationsfonds, der DFG und des BMBF, sollen künftig aber auch vom Land über eine Direktfinanzierung beigesteuert werden. Brandenburgs Ministerpräsident Dietmar Woidke spricht ganz offen von rund zehn Millionen Euro, die pro Jahr für Forschung an die MHB fließen sollen. Neugebauer: „Damit könnten wir einen ganz neuen Typus von Think Tank schaffen, der Medizin und Versorgungsforschung zu einer integralen Einheit formt, um so die gesundheitliche Versorgung einer alternden Bevölkerung nicht nur erforschen, sondern auch steuern zu können.“ <<



Univ.-Prof. Dr. med. Martin Heinze
Gründungs-Leiter des Zentrums für
Versorgungsforschung Brandenburg
(ZVF-BB) der MHB

>> Kann man sich Psychiatrie und Psychotherapie quasi als Mutter der sektorübergreifenden Versorgung verstehen?

Die Psychiatrie nimmt sicherlich seit vielen Jahren bei der sektorübergreifenden Versorgung eine Vorreiterrolle ein. Strukturell kann man diese Frage also durchaus bejahen, weil die Psychiatrie eine, wenn nicht die wesentliche Forderung einer vernünftigen Gesundheitspolitik bezüglich einer sektorübergreifenden Versorgung als erste der medizinischen Fächer umgesetzt hat.

Wie sieht es denn mit der Versorgungsforschung aus?

Als Mutter der Versorgungsforschung kann man die Psychiatrie guten Gewissens nicht ganz bezeichnen, weil alle medizinischen Fächer – vor allem die der chronifizierenden Krankheiten – ähnliche Versorgungs-Fragestellungen beantworten müssen. Durchweg alle haben die Herausforderung und die Notwendigkeit, Therapieketten ohne therapeutische Abbrüche zu schaffen. Auch hier hat die Psychiatrie durchaus vorgemacht, wie das funktionieren kann, doch ist letztendlich die Herausforderung für alle Fächer gleich, weil es zwischen der Behandlung einer chronischen Depression, eines chronischen Bluthochdrucks oder chronischen Diabetes viele Übereinstimmungen gibt. Im Endeffekt läuft vieles darauf hinaus, dass ein wesentlicher Erfolgsfaktor eine Art Lotsenfunktion ist, die einem betroffenen Menschen einen Ansprechpartner zur Seite stellt, der ihn durch seine Erkrankung eine lange Zeit begleitet.

Wo kann die Versorgungsforschung helfen?

Vor allem in struktureller Hinsicht, indem analysiert wird, wie Versorgungsmodelle aufgebaut sind, mit denen bestehende und gute, effiziente medizinische Versorgungsstrukturen organisiert sind. Die wichtigen Erfolgsstrukturparameter, die es zum Beispiel in der Psychiatrie, in der Onkologie und Gerontologie sowie Palliativmedizin gibt, könnten dann auf andere Fächer übertragen werden, die ähnliche Strukturen noch entwickeln müssen.

Gibt es ein denn eine Art Core-Ergebnis, das man skalieren kann?

Die kontinuierliche Beziehung zwischen Arzt und Patient ist sicher ein, wenn nicht das Kernthema. Medizin ist nun einmal neben der grundlegenden Qualifikation eine Frage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen denjenigen, die sich um die Behandlung kümmern und den Betroffenen und auch deren Angehörigen. Doch leider ist die dazu erforderliche Beziehungskontinuität in unserem deutschen Gesundheitssystem praktisch nicht vorhanden, was zu, zum Teil enormen Brüchen zwischen Krankenhaus und Ambulanz führt. In England beispielsweise ist das anders: Da hat der General Practitioner eine starke, verantwortungsvolle Lotsenfunktion.

Wäre das ein Thema, welches das Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg der MHB mit Evidenz unterlegen könnte?

Das wollen wir auf jeden Fall angehen.

Die ausgeschriebene Professor der MHB heißt darum explizit „Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung“, wobei wir die zweite Wissenschaftsrichtung, die natürlich eng mit der Versorgungsforschung verbunden ist, in den ersten Jahren stark fördern möchten. Dazu haben wir auch bereits das erste wissenschaftliche Projekt, in dem wir Daten zum Status der sektorübergreifenden Versorgung in Brandenburg erheben und in einer Wissensdatenbank analysieren wollen. Zuerst wird in dem Projekt erhoben, inwieweit Krankenhäuser von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten Gebrauch machen oder wie und wo im KV-System stationersetzende Leistungen erbracht werden. Danach kann man herausfinden, worin die grundlegenden Erfolgsfaktoren bestehen.

Das wichtige wäre sicher, die Trennung der Sektoren zu beenden.

Das sagt sich so leicht. Die aus den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts stammende Trennung der Sicherstellungsauftrags zwischen KVen und Bundesländern ist in Deutschland tief verankert. Die starke Trennlinie zweier Medizinbereiche, die praktisch strukturell nicht verbunden sind, kann nur ganz mühsam und kleinteiligst über viele Gesetzgebungsverfahren durchbrochen werden. Ich glaube nicht, dass irgendeine Regierung in der Lage wäre, die Trennung ganz aufzuheben, auch wenn man seit Jahren anerkennen muss, dass der Gesetzgeber immer wieder sektorübergreifende, integrierte Versorgungsmodelle anzustoßen versucht.

Was kann die Versorgungsforschung leisten, um ein besseres System zu erzeugen?

Sie kann die vorhandenen Modellprojekte, die das Gesundheitssystem anders, womöglich besser aufzustellen versuchen, analysieren und die Kernfaktoren, die zum Erfolg führen, darstellen. Eine Begleitforschung solcher Projekte in Bezug auf Outcomes größerer Patienten-Kohorten ist wichtig und die originäre Aufgabe der Versorgungsforschung. Die eng damit verbundene Gesundheitssystemforschung kann dann die strukturellen Rahmenbedingungen beschreiben.

Welche Schwerpunkte wollen Sie in dem neuen Zentrum für Versorgungsforschung in Brandenburg setzen?

Das ist zum einen die Gesundheitssystemforschung, zum anderen die Partizipationsforschung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Zum Beispiel werden wir eine Kartographie für Deutschland erstellen, die darstellen soll, wo und wie in unserem Ge-

sundheitssystem Patienten gehört und einbezogen werden und welches Stimmrecht sie haben. Aber auch, wer wo von wem etwas lernen kann. Denn der Arzt kann mindestens so viel vom Patienten lernen wie dieser von ihm. Auch Digital Health ist ein Thema, wobei wir wie in den skandinavischen Ländern das Fach „Partizipativ Digital Health“ präferieren, durch das Patienten mehr Rechte und Mitbestimmung im Gesundheitswesen erlangen und viel besser und schneller interagieren können. Nicht zuletzt steht bei uns die Rehabilitationswissenschaft im Fokus, weil auch die Reha ein ganzes Stück weit abgegrenzt von anderen Versorgungssystemen ist. Bei all dem soll es integrierte Arbeitsgruppen geben, die eng mit der Medizin zusammenarbeiten, damit Versorgungsforschung als integrativer Teil verstanden und auch gelebt wird. Sonst bleibt die Versorgungsforschung eine Insel, die mit dem restlichen medizinischen Geschehen wenig zu tun hat.

Was wollen Sie ganz persönlich erreichen?

Eine effizientere Medizin, mit dem Ziel eines möglichst hohen Nutzens für die Gesundheit der Patienten. Das zweite ist Partizipation, wobei ich davon träume, ein An-Institut zu dem Thema zu gründen. <<



Univ.-Prof. Dr. phil.
Christine Holmberg
Professur für Sozialmedizin
und Epidemiologie

>> **Patientenorientierung und Patientenbeteiligung sind im deutschen Gesundheitswesen sicherlich ausbaubar. Was halten Sie von einer Patienten-Universität?**

Zuerst muss man natürlich fragen, worauf eine Patienten-Universität abzielt. Es gibt ein großes öffentliches Interesse an medizinischen Themen. Diese an Universitäten zu bedienen, z.B. durch Ring-Vorlesungen

und die Vermittlung von Forschungsergebnissen über verschiedene Kanäle, stellt eine wichtige Brücke zwischen Wissenschaft und Gesellschaft dar. Meist geht das Konzept Patienten-Universität weit über einen solchen Dialog hinaus und zielt darauf, Patienten Kompetenzen zu vermitteln, um im Gesundheitswesen zurechtzukommen. Dazu gehört es, sich angemessen auf Arztbesuche vorzubereiten, Erkrankungen zu verstehen und sich ein Grundverständnis medizinischen und epidemiologischen Wissens anzueignen, um für sich angemessene Gesundheitsentscheidungen treffen zu können.

Wer sollte denn eine Patienten-Universität initiieren?

Für mich sind hier an erster Stelle die professionellen und die institutionellen Strukturen gefragt. So halte ich es für sinnvoll, eine Patienten-Universität als Konzept im Verbund mit institutionellen Anpassungen zu sehen. Institutionelle Versorgungsstrukturen müssen so agieren und aufgebaut sein, dass Patienten im System selbst befähigt werden können, Informationen zu erhalten und für sich angemessene Entscheidungen zu treffen. Es darf nicht den Patienten die Verantwortung übertragen werden, die für sie angemessene Versorgung einfordern zu müssen. Eine Patienten-Universität ist daher idealerweise in den Gesamtkontext eines Klinikums eingebunden.

Was auch heißt: Die Kliniken müssen mehr als bisher den Patienten in den Fokus nehmen.

Richtig. Zum Beispiel müssen neue Informationsvermittlungswege in den Kliniken angedacht werden, wie die Bereitstellung von Computerplätzen zur Recherche der eigenen Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten. Ebenso ist es wichtig, Patienten am Ende eines Arztgesprächs die wichtigsten Informationen schriftlich mitzugeben, um ihnen zu ermöglichen, sich im Nachgang und in Ruhe mit den Informationen auseinanderzusetzen. Ebenso wichtig ist die Vermittlung sozialmedizinischer Informationen zu verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten. Patienten durch den oft undurchsichtigen Dschungel an Institutionen und Verantwortlichkeiten zu führen, ist dabei zentral. Das deutsche Gesundheitswesen funktioniert gut, wenn Menschen soziale Netzwerke haben, die sie unterstützen und ihnen helfen, die für sie angemessene Versorgung zu erhalten. Diejenigen, die keine private Unterstützung erhalten, haben es aber schwer. Hier

sinnvolle Strukturen aufzubauen ist enorm wichtig. Zusammengefasst kann man also sagen: eine Patienten-Universität, deren Ziel es ist, institutionell und individuell zu unterstützen, halte ich für eine sehr gute und wichtige Möglichkeit, Patientenorientierung und -beteiligung im Gesundheitswesen zu stärken. Auch der geplante Masterstudiengang Versorgungsforschung, den die MHB im Rahmen der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät durchführen wird, wird Schwerpunktsetzungen im Bereich der Patientenorientierung, aber auch der individuellen und institutionellen Gesundheitskompetenz haben.

Wie und wo kann Ihr Fachgebiet ganz besonders dabei helfen, unser Gesundheitssystem weiter zu verbessern?

Meine Professur für Sozialmedizin und Epidemiologie steht in besonderem Maße für die Erhebung und das Verstehen der Betroffenenperspektive: Wie erleben Betroffene ihre Krankheit und welche Konsequenzen ergeben sich dadurch im Alltag? Durch die systematische Untersuchung von Patientenerfahrungen wird ein häufig vernachlässigtes Wissen „professionalisiert“, nämlich die Untersuchung und Dokumentation der alltäglichen, notwendigen Bewältigungsstrategien einerseits, aber auch der Erfahrungen in Kliniken und Praxen andererseits. Unser Fachgebiet nimmt daher eine Art Vermittlerrolle zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens ein.

Mit Hilfe welcher Instrumente und Methoden?

Wir entwickeln z.B. Tools und Methoden, die Patienten bei der Navigation gesundheitlicher Strukturen und Angebote unterstützen sollen. Das Fachgebiet steht dafür auch für die Wissensvermittlung über sehr unterschiedliche Kanäle, zusätzlich zu wissenschaftlichen Publikationen, um unserer Vermittlerrolle gerecht zu werden. So haben wir z.B. eine Webseite gemeinsam mit Künstlern erarbeitet, die einen Blick hinter die Kulissen der epidemiologischen Forschung erlaubt¹, sowie eine Webseite, die Patientenerfahrungen in den Mittelpunkt stellt². Schließlich finalisieren wir zur Zeit eine Broschüre für Patienten mit Lungenkrebs bzw. Schlaganfall, um sie bei der Suche nach Unterstützung in ihrer Versorgung zu unter-

1: www.wegedeswissens.net
2: www.krankheitserfahrungen.de
3: www.navicare-berlin.de

stützen³. Aber auch die Komplexität von Versorgung wissenschaftlich abzubilden, ist in unserem Fachgebiet eine zentrale Aufgabe. Denn erst über ein besseres Verständnis von Versorgung können Strukturen verbessert werden.

Da die Sozialmedizin und Epidemiologie nicht in der Versorgung selbst aktiv ist, kann sie überdisziplinär und unabhängig Versorgung und Behandlungsergebnisse in komplexeren Verhältnissen der Lebenswelten kritisch analysieren.

Was zeichnet in Ihren Augen die MHB in ganz besonderem Maße aus?

Die MHB steht wie keine andere medizinische Fakultät für das Miteinander von klinischen und theoretischen Fächern, und dem Einbezug von Patientenperspektiven in die Lehre. Dies wird in den interdisziplinären Seminaren gelebt, die auch für Lehrende immer wieder neue Perspektiven eröffnen. Studierende lernen dabei „science in the making“, oder wie wissenschaftliche Erkenntnis eben auch oder gerade durch den wissenschaftlichen Diskurs entsteht.

Aber auch die Vermittlung patientenorientierter Versorgung und Versorgungsforschung ist im medizinischen Curriculum fest verankert. Schließlich ist das Längsschnittcurriculum Methoden Wissenschaftlichen Arbeitens (MWA) Garant für die Ausbildung in evidenz-basierter Medizin und der Kompetenzvermittlung epidemiologischer Fertigkeiten zur Beurteilung klinischer Studien.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Im Vordergrund stehen für mich im Moment zwei Thematiken:

- 1.) die Entwicklung und Etablierung von Methoden für patientenorientierte Bedarfsanalysen zur Versorgungssituation; hier geht es auch darum, die vielfach informellen Strukturen der Versorgung in ländlichen Regionen zu analysieren und zu berücksichtigen.
- 2.) Versorgung und Medizin im Alter, vor allem im Hinblick auf die Entwicklung von Vernetzungsstrukturen verschiedener Fachdisziplinen, aber auch die Entwicklung von Versorgungszielen, die an die Bedürfnisse und Wünsche Älterer angepasst ist.

Eine zentrale Frage, die uns zur Zeit beschäftigt ist, welche Informationen für Patienten relevant sind und wie und wann diese am besten vermittelt werden. Schließlich

interessiert mich die Frage danach, wie man in den bestehenden Versorgungsstrukturen Entscheidungsräume für Patienten schaffen kann, die an der Versorgungsrealität angepasste Einbindung von Patienten ermöglichen. Schließlich haben wir eben einen Artikel finalisiert, der aus Betroffenenperspektive untersucht hat, was gute Versorgung (und damit den guten Arzt) ausmacht.

Gerahmt sind diese Themen von der Frage, wie wir soziale Komplexität, und damit Realität, wissenschaftlich so abbilden können, dass wir sie für die Weiterentwicklung unserer Versorgungsstrukturen im Sinne der Patienten einsetzen können. <<



Dunja Bruch
Wiss. Mitarbeiterin

>> Mit welchem Projekt sind Sie gerade an der MHB beschäftigt?

In dem Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland“ (Leitung Prof. Neugebauer) untersuchen wir den Beitrag von Zweitmeinungsverfahren für eine patientenzentrierte Versorgung. Mein Forschungsschwerpunkt ist dabei das Innovationspotenzial von telemedizinischen Verfahren zur Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung bei einer Operationsentscheidung. Telemedizinische Verfahren bieten die Möglichkeit, regionale Versorgungsdefizite, wie etwa den Mangel an Fachärzten und zeitnahen Terminen, zu kompensieren. Insbesondere können telemedizinische Verfahren Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder altersbedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, die Teilnahme an der ärztlichen Versorgung erleichtern.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung an der MHB erreichen?

Als Psychologin interessiert mich die Ein-

zelne im Kontext von strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Versorgungsforschung betrachtet Patienten, Angehörige von Gesundheitsberufen, Organisationen und Systemfaktoren zusammen. Das macht Versorgungsforschung sehr komplex, aber auch äußerst spannend. In unserem Projekt etwa fragen wir uns, welche Anforderungen an den Patienten gestellt werden, damit er/sie eine zweite ärztliche Meinung in Anspruch nehmen kann. Also z.B. welche Anforderungen an die Gesundheitskompetenz stellt ein Zweitmeinungsprozess? Auf der nächsten Ebene fragen wir uns, was macht das Einholen einer zweiten Meinung mit der Arzt-Patienten-Beziehung? Schließlich betrachten wir die gesetzlichen Rahmenbedingungen und bereits bestehende Strukturen zu Zweitmeinungsverfahren. Mein Anliegen ist, dass die Erkenntnisse unseres Projekts helfen, Zweitmeinungsverfahren entsprechend der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln. Versorgungsforschung hat ein enormes Veränderungspotential für die Praxis.

Warum arbeiten Sie an der MHB?

Als junge Hochschule bietet die MHB viele Möglichkeiten, sich bei der Gestaltung miteinzubringen. Als ich 2016 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an die MHB kam, gab es 26 Psychologiestudierende an der MHB, jetzt sind es über 170. Bevor ich zur Versorgungsforschung gekommen bin, habe ich als Mitarbeiterin im Bereich Curriculum zur Ausgestaltung der Psychologiestudiengänge organisatorisch und inhaltlich beigetragen. An der MHB wird Wissenschaft über die Fächergrenzen hinausgedacht. Das gilt nicht nur für Forschungs Kooperationen, sondern ist auch integraler Bestandteil des Studiums. So bietet das Studium fundamentale und die Summer School, die ich in der Vergangenheit organisiert habe, die Möglichkeit, dass Studierende sich mit philosophischen, künstlerischen und weiteren wissenschaftlichen Perspektiven auseinandersetzen und ihre eigene Person reflektieren.

Was zeichnet die MHB aus?

Die MHB ist eine Hochschule, die sich etwas traut, und in der viele Perspektiven einen Platz haben. Die MHB steht für Verbindung von Studium, Forschung und Praxis und den Aufbau von externen Kooperationen. Dass Studierende bereits im Studium Patientenkontakt haben und sich mit der realen Versorgungssituation auseinandersetzen, halte ich für sehr wertvoll. <<

Ein Gesundheitssystem, wie wir es verdienen

salu.TOP – Konstruktionsprinzipien für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem zählt nach den Darstellungen zahlreicher Gesundheitspolitiker und Funktionsträger zu den besseren auf dieser Welt. Stellt man jedoch die hohe Kompetenz der Leistungserbringer und Gesundheitswissenschaftler den eingesetzten Ressourcen zur Gesundheitsversorgung unseres Landes gegenüber, erkennt man zahllose Verbesserungspotenziale. Der Sterntitel vom 05.09.2019 „Ärzte fordern, Mensch vor Profit“ [Albrecht, 2019] und die Debatte um die Krankenhausversorgung, ausgelöst durch die Studie der Bertelsmann Stiftung [Loos et al., 2019] mit der Schließung der Hälfte der bisherigen Krankenhäuser, zeigen klar auf, dass unser Gesundheitssystem dringend eine Neuausrichtung braucht. Die nachfolgend vorgestellten Konstruktionsprinzipien für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems trägt den Namen salu.TOP*. Diese Prinzipien schaffen Gesundheits- und Versorgungsziele, ordnen Verantwortung zu und bieten umfassende Transparenz. Das so konstruierte System bildet eine Referenz für die Analyse des aktuellen Systems, für die Identifikation der wichtigsten Optimierungsmöglichkeiten und für die Priorisierung zur konkreten Umgestaltung.

>> Nach den OECD-Indikatoren 2017 [OECD, 2017] steht Deutschland mit 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) hinter USA (17,2%) und der Schweiz (12,4%) auf dem dritten Platz. Betrachtet man nur Beiträge und Steuergelder findet sich Deutschland sogar auf Platz 1. Bei der Zahl der Krankenhausbetten als wesentlichem Kostenfaktor belegt Deutschland mit 8,1 Betten pro 1.000 Einwohner hinter Japan, Korea und Russland Platz 4 (von 43).

Bei den Ergebnissen ändert sich das Bild: Diese Ressourcen bringen Deutschland nicht immer auf vordere Plätze. Auffällig sind im OECD-Bericht u.a. hohe Raten von Thrombosen und Embolien (419 bzw. 340 bei 100.000 Eingriffen) nach Hüft- und Knieeingriffen.

In einer Studie, die von der Gesundheitslast ausgeht und einen Index für Zugang und Versorgungsqualität berechnet, nimmt Deutschland nur Rang 20 von 50 ein [GBD 2015]. Ungünstig fielen auch die Ergebnisse für Deutschland bei Epilepsie, Hodenkrebs, Arzneimittelnebenwirkungen und Magengeschwüren aus. Bei dem von Bürgern wahrgenommenen Gesundheitszustand liegt Deutschland mit 64,5% positiver Antworten „gut oder sehr gut“ deutlich abgeschlagen auf Platz 25 (von 34). Dieser Eindruck variiert mit der Höhe des Einkommens der Bürger zwischen 78% (hohes Einkommen) und 50,5% (niedriges Einkommen) [OECD, 2017].

Im Laufe der Jahre haben Einstellungen (Angebotsausweitung, Ökonomie, Bürokratie) und Vorgehensweisen (Richtlinien, Verordnungen, Gesetzeskonvolute) Raum gewonnen, die eine zukunftsorientierte Entwicklung nicht nur behindern, sondern sogar blockieren. Unser Gesundheitssystem mit einer Bruttowertschöp-

fung von 370 Mrd. Euro [BMG, 2019] benötigt dringend Versorgungsziele und Werte, an denen sich die Leistungsgestaltung orientieren kann. Da diese noch nicht explizit definiert sind, lässt sich auch nicht bewerten, wie gut das Gesundheitssystem wirklich ist. Leistet es das, was es mit den umfangreichen Ressourcen wirklich leisten könnte? Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen bemängelt das Verhältnis von Aufwand und Wirkung seit mehr als zehn Jahren in seinen Gutachten [SVR, 2018].

In diesem Sinne hat Bismarcks großer Wurf aus dem Jahre 1883 [Reichstag, 1883] etwas Patina angesetzt und sollte dringend an aktuelle Erfordernisse und verfügbare Möglichkeiten angepasst werden. Dringlich und vom Sachverständigenrat wiederholt empfohlen sind verbindliche Zieldefinitionen. Auf der Grundlage dieser Ziele sollte eine Ergebnisverantwortung eindeutig zugeordnet werden.

Zielerreichung und Ressourcenverbrauch sind zeitnah für alle Bürger verständlich und transparent darzustellen.

Zahlreiche aktuelle Initiativen des BMG und anderer Institutionen des Gesundheitssystems zielen in diese Richtung. Das Konzept salu.TOP bietet einen orientierenden Rahmen für eine umfassende Neuausrichtung des Gesundheitssystems.

Neuausrichtung auf der Grundlage salu.TOP

Neuausrichtung des Gesundheitssystems bedeutet, dass Elemente, für die ein breiter Konsens besteht, über ein Regelwerk funktional und logisch verbunden werden. Die wesentlichen Elemente dieser Neuausrichtung finden sich in Tabelle 1.

Das Konzept für die Neuausrichtung (salu.

Schlüsselemente für die Neuausrichtung	
Orientierungen	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung wird in allen relevanten Aspekten umgesetzt, wie Patientenrechte, Patientensicherheit, Gesundheitskompetenz und Patienteninformation. • Die Entwicklung von salu.TOP orientiert sich am Versorgungsbedarf, am Nutzen für die Patienten, an den medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und unterstützenden Möglichkeiten, an technischen Optionen und an den verfügbaren Ressourcen.
Ziele und Werte	<ul style="list-style-type: none"> • Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele bestimmen die Ausrichtung des Systems. • Rahmenbedingungen und ethische Setzungen.
Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeiten für die Zielerreichung werden eindeutig zugeordnet. • Kompetenzen der Leistungserbringer werden in die Gestaltung eingebunden.
Bedarfe	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfe, die das Gesundheitssystem erfüllen soll, leiten sich aus Epidemiologie, medizinischer Evidenz, Soziodemografie und Geopolitischen Besonderheiten ab.
Vergütung und Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vergütung folgt den in der Behandlungskette definierten Leistungen. • Mit der allokativen Effizienz wird regelmäßig nachgewiesen, dass zugewiesene Mittel und erreichte Ergebnisse in einem angemessenen Verhältnis stehen.
Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele, Zielerreichungsgrad, Versorgungsqualität und Ressourcenverbrauch werden umfassend, zeitnah und verständlich öffentlich dargestellt (public reporting).
Digitale Transformation	<ul style="list-style-type: none"> • Eine interoperable IT-Plattform wird entwickelt und bereitgestellt. • Chancen im Rahmen der digitalen Transformation werden nach wissenschaftlicher Evaluierung genutzt.

Tab. 1: Schlüsselemente für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems.

* ist der Ort für unsere Gesundheit, den es noch nicht gibt, den es aber (eigentlich) geben sollte. Salus: (lat.) die Gesundheit oder das Wohlbefinden; ou topos: (altgriech.) der Nicht- (ou) Ort (topos) [vgl. Geißler, 2009].

TOP) ist durch folgende Schlüsselemente gekennzeichnet:

1. Orientierungen,
2. Ziele und Werte,
3. Verantwortung,
4. Bedarfe,
5. Vergütung und Effizienz
6. Transparenz,
7. Digitalisierung

salu.TOP beinhaltet einige Annahmen, die derzeit (noch) fest im System verankert sind. Manche Partner im System würden es fast als einen Aufruf zu einer sozialistischen Revolution darstellen, stellte man nachfolgende Setzungen in Frage: Sektorale Gliederung, föderale Entscheidungshoheit über Inhalte der Versorgung, duale Finanzierung der Krankenhäuser, gemischte Finanzierung aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung mit Zuschüssen aus Steuergeldern, ein knebelartiges DRG-System, hohe Vergütungen für technische und operativ-kurative Maßnahmen, Intransparenz der verbrauchten Mittel und der erzielten Ergebnisse, Ökonomisierung der Versorgung, um nur einige zu nennen. Die Liste ließe sich lange fortsetzen. Dies alles ist nicht neu und wurde schon früher und regelmäßig vom Sachverständigenrat und Gutachten verschiedener Stiftungen immer wieder kritisch dargestellt.

Teile werden hier als feste Annahme weitergeführt, nicht weil dies gut und richtig wäre – ganz im Gegenteil – sondern weil die beharrenden Kräfte so groß sind. Sachlogisch lassen sich die Annahmen nicht wirklich begründen. Allerdings zeigt sich im Regelwerk von salu.TOP, dass diese Annahmen regelhaft zu Widersprüchen in sich führen und eigentlich beseitigt werden sollten.

Orientierungen

Salu.TOP orientiert sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung, an den medizinischen Möglichkeiten, den wissenschaftlich akzeptierten Grundlagen und den verfügbaren Res-

sourcen. Kennzeichnendes Merkmal ist immer die Patienten- und Nutzenorientierung. Diese Orientierungen werden durch gesellschaftlich gesetzte Normen ergänzt. Technische Entwicklungen, wie die zu erwartende digitale Plattform für das Gesundheitswesen oder die inzwischen sogar verschreibungsfähigen Gesundheits-Apps werden ziel- und evidenzbasiert entwickelt, wissenschaftlich evaluiert und unter Berücksichtigung aller Patientenrechte eingesetzt.

Salu.TOP nutzt Kompetenz, Engagement und Schwarmintelligenz aller Beteiligten zum Wohle der Bürger und Patienten. Zielfreie Bürokratie und korporatistische Bevormundung finden im neuen System keinen Platz. Bürger finanzieren das System. Als Patienten sind sie weder Bittsteller noch Objekte, sie haben vielmehr einen rechtlichen Anspruch auf effiziente und gute Versorgung. Allerdings werden diese Rechte nach §§ 12 und 70 SGB V eher lückenhaft umgesetzt, finanzielle Aspekte stehen zu oft im Vordergrund – Einnahmen bei DKG und KBV sowie Kosten bei GKV-SV (Behandlungsauftrag).

Ziele und Werte

An erster Stelle und mit höchster Priorität

werden bundesweit gültige Gesundheits- und Versorgungsziele definiert. Ziele werden immer „smart“ formuliert (spezifisch, messbar, attraktiv, relevant und termingebunden). So lautet die oberste Regel: „Das BMG lässt patienten- und bedarfsorientierte Versorgungsziele für die gesamte Bevölkerung entwickeln. Diese basieren auf einem gesellschaftlichen Konsensprozess, betreffen mindestens 90% des Versorgungsvolumens und werden noch in dieser Legislaturperiode veröffentlicht.“

Für die Umsetzung in salu.TOP sind die Versorgungsziele und Verantwortlichkeiten klar geregelt. Inhalte von Medizin und Pflege basieren auf belastbarer wissenschaftlicher Evidenz.

Die Versorgungsziele werden von Rahmenbedingungen und ethischen Normensetzungen flankiert. Mit welchen Prozessen in der konkreten Umsetzung Ziele erreicht und Werte berücksichtigt werden, regelt die Selbstorganisation im Gesundheitssystem. Ergebnisse müssen zeitnah, umfassend und verständlich transparent dargestellt werden.

Das neue Gesundheitssystem salu.TOP verfolgt den Hauptzweck, Patienten zu versorgen. Bürger, Steuerzahler und Versicherte stellen alle

Ziele, Aufgaben und Ergebnisse					
Ebene	Kernaufgabe	Aufgaben	Handelnde	Ergebnisse	Fakten und Methoden
1	Ziele setzen	Ziele sowie Rahmenbedingungen und normative ethische Setzungen definieren Ressourcen beschaffen Zielerreichung monitoren	Vertreter der Gesellschaft Bundestag, Bunderrat, BMG	Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele	Medizinische/wissenschaftliche Evidenz, Epidemiologie, Soziodemografie, Versorgungsforschung, Gesundheitsberichterstattung
2	Selbst Organisieren	Gesundheitssystem selbst organisieren Behandlungspfade definieren Ressourcen zuordnen Allokative Effizienz evaluieren	1. Der „Neue GB-A“ 2. Nachgeordnete Selbstorganisation (GKV, KBV, DKG, BÄK, PFR)	Versorgungspfade Ressourcenplan nach Zielen und Aufgaben	Medizinische Evidenz, Epidemiologie, Soziodemografie, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Gesundheitsberichterstattung
3	Regionalisieren	Vorgaben an regionale Gegebenheiten anpassen Regionale Versorgungsziele Integrative Versorgung gewährleisten	Landesministerien Kommunale Einrichtungen (Bundesland, Bezirk, Landkreis, Kommune) Landesvertretungen der SO	Versorgungsketten Hierarchische, kooperative Versorgungsstrukturen Verbindung von Zielen, Aufgaben und Ressourcen	Regionale Epidemiologie, Soziodemografie und Geografie Planungsrelevante Qualitätsindikatoren Regionale Gesundheitsberichterstattung
4	Versorgung Organisieren	Integrative Versorgung umsetzen Patientenorientierte Organisation Koordination entlang der Versorgungskette	Krankenhäuser, MVZ, Praxen, Therapiezentren, ... Unterstützende Case Manager	Zielerreichungs- und Qualitätsberichte (Basis: §136, EPA, Plan QI.) Mitarbeiterzufriedenheit	Versorgungsmanagement Funktionale, organisationsbezogene Gesundheitsberichterstattung
5	Patienten Behandeln	Patientenorientierte Behandlung (Informierung, Patientensicherheit, Individualziele, partizipative Entscheidungsfindung bei planbaren Eingriffen)	Patient, Behandlungsteam	Outcome, Funktionalität, Arbeitsfähigkeit, Patientenzufriedenheit, Lebensqualität	Elektronische Patientenakte Material zur Patienteninformation

Tab. 2: Ziele, Aufgaben und Ergebnisse in den fünf Ebenen des Gesundheitssystems

Mittel bereit. In diesem Sinne „gehört“ ihnen das System. Gesundheitssysteme sind auch bedeutende Wirtschaftsfaktoren. Gewinnerzielung ist möglich, sie ordnet sich jedoch **immer** dem Zweck und dem Patientenwohl unter.

Verantwortung

Verantwortung durch Delegation

Als Grundlage für die Umsetzung werden Regeln vorgeschlagen, auf deren Grundlage salu.TOP entwickelt werden kann. Das angestrebte Gesundheitssystem nutzt die Stärken unseres Landes, eröffnet den Bürgern beste Chancen für ihre Gesundheit und schützt sie vor Fehlentwicklungen. Diese Regeln berücksichtigen einige zunächst als unverrückbar angenommene Vorgaben wie eine vertikale Gliederung in fünf Ebenen, eine föderal ausgerichtete Umsetzung und eine sektorale Gliederung der Selbstverwaltung. Natürlich wären auch weitergehende Optimierungen denkbar. So sollte die Sektorierung unbedingt und zeitnah überwunden werden kann.

Die fünf Ebenen des Gesundheitssystems sind nach ihren Funktionen gegliedert und operativ verbunden (Tab. 2).

Für jede Ebene werden drei Regeln formuliert: Z1 bis Z3, S1 bis S3, ... P1 bis P3. Diese hierarchisch gegliederten Funktionsebenen gestalten mit ihren Regeln, Rahmenbedingungen und ethischen Setzungen das Gesundheitssystem salu.TOP.

Verantwortung durch Selbstorganisation

In der **Ebene 1 „Ziele setzen“** werden die Grundlagen definiert, nach denen das Gesundheitssystem salu.TOP gestaltet wird. Die Gesundheitspolitik setzt den Prozess zur Definition der Ziele in Gang und stellt die erforderlichen Mittel bereit. Die Ziele selbst werden in breitem gesellschaftlichen Konsens erarbeitet. Politik und Bürger wirken dabei eng zusammen. Dieser Prozess ist von Partikular- oder politischen Interessen frei zu halten.

Die **Ebene 2 „Selbstorganisation“** ist funktional ausgerichtet, steht für „Das System selbst organisieren“ und ersetzt die überholte Bezeichnung „Selbstverwaltung“. Gesundheitsversorgung wird in salu.TOP ziel- und patientenorientiert selbst organisiert und nicht verwaltet.

An der Spitze dieser Ebene steht eine Einrichtung, die die komplexen Aufgaben zur

Gestaltung und Lenkung des Gesundheitssystems auch bewältigen kann. Dies könnte eine Weiterentwicklung des GB-A sein. Dieser **„Neue GB-A“** muss allerdings unabhängig von den Partialinteressen der bisherigen Organe der Selbstverwaltung sein. Diese Organe arbeiten vielmehr unter seiner Federführung konstruktiv und patientenorientiert zusammen. Dabei sind sie den Versorgungszielen und den sie begleitenden Normensetzungen verpflichtet.

Derzeit **müssen** die bisherigen Organe der Selbstverwaltung satzungsgemäß die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Diese Zwangssituation hindert sie daran, konstruktiv und innovativ ein neues zukunftssicheres und patientenorientiertes Gesundheitssystem zu gestalten. Mit der neuen Ausrichtung können sie mit der hohen Kompetenz in ihrem jeweiligen Gebiet gezielt mitwirken. Es ist offensichtlich, dass man ein so komplexes System wie unser Gesundheitswesen nicht mit Richtlinien und Strukturgesetzen in die Zukunft führen kann.

Die neue Einrichtung an der Spitze der Selbstorganisation bekommt einen niederschweligen Zugang zu wissenschaftlicher Kompetenz und zu validen Fakten. An vor-

Die Regeln im Detail				
	Ebene	Regeln	Verantwortlich	
Z	Ziele setzen	G1	Die Gesundheitspolitik definiert in breitem Konsens nationale Versorgungsziele und stellt angemessene Ressourcen bereit.	Gesellschaft, Bundestag, Bundesrat, BMG
		G2	Die Gesundheitspolitik legt Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe fest.	Gesellschaft, Bundestag, Bundesrat, BMG
		G3	Die Gesundheitspolitik delegiert die Erreichung der nationalen Versorgungsziele an die Selbstorganisation.	BMG
SO	Operationalisieren	S1	Die Selbstorganisation erstellt jährlich operative Versorgungsziele und definiert generische Behandlungspfade für die nachfolgenden Ebenen und Einrichtungen.	Der „Neue GB-A“
		S2	Die Selbstorganisation optimiert die Ressourcenzuordnung im Sinne allokativer Effizienz und gleicht Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit aus.	GKV-SV, KBV, DKG, Patientenrat, Ärztekammer, Pflegerat
		S3	Die Selbstorganisation schafft die Grundlagen dafür, dass die Versorgungsaufgaben in allen Regionen und auf allen Ebenen unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht erfüllt werden können.	GKV-SV, KBV, DKG
R	Regionalisieren	R1	Jede Region passt die operationalisierten Versorgungsziele den regionalen Gegebenheiten an; ihr Erreichungsgrad wird jährlich transparent berichtet.	Landesministerien mit Gesundheitsplanung
		R2	Regelmäßig aktualisierte Behandlungsketten binden die Einrichtungen verbindlich ziel- und patientenorientiert ein.	Gesundheitsplanung Land
		R3	Umfang und Qualität der Versorgung sind in allen Regionen angemessen und gleichmäßig.	Gesundheitsplanung Land/Kommunen
O	Versorgung Organisieren	O1	Die Einrichtungen erfüllen die bedarfsorientierten Versorgungsziele.	Einrichtungen (Krankenhäuser, MVZ, Praxen, Therapieeinrichtungen, ...)
		O2	Die Ziele werden über patientenorientierte und evidenzbasierte Prozesse erreicht.	Einrichtungen selbst
		O3	Effektivität und Effizienz werden regelmäßig und transparent berichtet.	Einrichtungen selbst
P	Patienten behandeln	P1	Der Patient entscheidet, was geschieht.	Patient, Behandler
		P2	Die Behandler entscheiden, wie die Maßnahmen durchgeführt werden.	Behandler, Patient
		P3	Der Nutzen muss immer größer sein als der Schaden.	Behandler

Tab. 3: Die Regeln im Detail.

derer Stelle stehen dabei wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie Einrichtungen aus den Gebieten wie Medizin, Epidemiologie, Medizinsoziologie, Gesundheitsmanagement, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Bevölkerungsdemografie, Gesundheitsberichterstattung und Statistik.

Auf der **Ebene 3 „Regionalisieren“** werden die inhaltlichen Vorgaben wie Behandlungspfade aus der Ebene 2 an die unterschiedlichen geopolitischen Bedingungen in den Regionen adaptiert. Die Hauptaufgabe besteht darin, aus den inhaltlich ausgerichteten Behandlungspfaden organisatorische Versorgungsketten so abzuleiten, dass trotz großer regionaler Unterschiede gleichwertige Lebensverhältnisse gesichert werden. In dieser Ebene arbeiten die föderalen und kommunalen Einrichtungen mit den Strukturen von GKV, DKG und KBV zusammen. Die Landesgesundheitsministerien verantworten die Ausrichtung und Umsetzung.

Auch in **Ebene 4 „Organisieren“** haben die Leistungsträger in Praxen, MVZs und Kliniken alle Optionen, die Versorgung selbst zu organisieren, solange sie die entsprechenden Vorgaben beachten: Behandlungspfade, Versorgungskette, Evidenzbasis, Patientenorientierung, Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe und Grundsätze. In **Ebene 5 „Behandeln“** kommt als Richtschnur für die Behandlung noch das Primat der Patientenmitentscheidung und der Grundsatz hinzu, dass der Nutzen immer größer als der Schaden sein muss.

Bedarfe

Die Notwendigkeit, das Gesundheitssystem am Versorgungsbedarf der Bevölkerung auszurichten, ist unstrittig. Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in mehreren Gutachten auf die Notwendigkeit hingewiesen, das Gesundheitssystem am Bedarf auszurichten und nicht am Angebot; zuletzt im Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ [SVR, 2018].

Dass die Ermittlung von Bedarfen im Bereich der ambulanten Versorgung möglich ist, belegt ein Gutachten des G-BA 2018 „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ [GB-A, 2018]. Für den stationären Bereich zeigt das aktuelle Gutachten der BertelsmannStiftung [Loos et al., 2019] Wege auf, wie Qualität, Effizienz und Bürgernähe entsprechend §70 SGB V „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ verbunden werden können. Methoden und Ergebnisse für die Abschätzung des strukturellen Bedarfs in der stationären Versorgung werden für eine Modellregion vorgestellt.

Vergütung und Effizienz

Kern des Systems salu.TOP ist die nachvollziehbare ziel- und bedarfsorientierte Verbindung von Aufgaben und Ressourcen. Epidemiologisch begründete Versorgungsbedarfe, Ziele und Zwecke werden auf den Ebenen 1 „Ziele setzen“ und Ebene 2 „Selbstorganisation“ verbindlich und transparent definiert. Sie bilden die Grundlage für die Zuweisung der Mittel an die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. **Die Mittel werden also nicht mehr pauschal den Sektoren zugewiesen, vielmehr folgen die Vergütungen den Leistungen innerhalb der Versorgungsketten.** Da Art und Umfang der Leistungen dem Versorgungsbedarf folgen und über die Behandlungsketten den Einrichtungen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zugewiesen sind, erübrigen sich alle Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung nach oben (Fallausweitung) als auch nach unten (Mindestmengen). Der Mittelverbrauch wird nach Gesichtspunkten der Angemessenheit entsprechend Art und Menge der Leistungen sowie deren Qualität regelmäßig im Sinne der allokativen Effizienz evaluiert und transparent dargestellt. Die Qualität orientiert sich an den mit den Behandlungsketten verbundenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des IQTiG.

Transparenz

Die technische Unterstützung von Dokumentation und Kommunikation durch Mittel und Methoden der modernen Informationstechnik werden durch die gesetzlich geforderte Standardisierung von Dokumentation und Interoperabilität zwischen allen Beteiligten strukturiert und gesichert. Dies bildet die Datengrundlage für eine ebenspezifische Gesundheitsberichterstattung über Ziele, Aufgaben, Verantwortung, Zielerreichung, Qualität und Mittelverbrauch.

Damit findet die Versorgungsforschung eine wertvolle Basis, um einerseits die Entscheidungsfindung auf den Ebenen 1 und 2 zu unterstützen und andererseits den Handlungsverantwortlichen in den Ebenen 3 und 4 eine Faktengrundlage zu geben, auf der sie ihre Leistungserbringung laufend optimieren können. Auf dieser Datengrundlage können auch weitere wissenschaftliche Auswertungen in den Fachgebieten Epidemiologie, Gesundheitsökonomie, Versorgungs- und Qualitätsmanagement durchgeführt werden.

Die Ergebnisse aller Auswertungen werden zeitnah und verständlich veröffentlicht.

Digitale Transformation

Für eine IT-basierte Kommunikation in integrativen Behandlungsketten und für eine

Evaluation im Sinne moderner Gesundheitsberichterstattung muss eine interoperable Technologieplattform mit verbindlichen Spezifikationen geschaffen werden.

Die im Rahmen der digitalen Transformation verfügbaren Optionen müssen entsprechend der Vorgehensweise bei Medikamentenprüfungen vor ihrer Einführung mit Methoden der Versorgungsforschung auf Nutzen, Risiken, Nebenwirkungen und Kontraindikationen geprüft werden. Mit Methoden der Gesundheitsökonomie müssen Aufwand und Nutzen abgewogen werden. Im Bereich der Selbstorganisation wird über die Zulassung entschieden.

Die Regeln und ihre Umsetzung

Die Regeln wurden ausgehend von der Beziehung zwischen Patienten und Behandlern in der **Ebene 5 „Behandeln“** von unten nach oben abgeleitet („bottom-up“). Die Herleitung beginnt bei der Regel „Der Patient entscheidet, was geschieht“. Kennzeichnend für die **Ebene 4 „Organisieren“** war der organisatorische Kontext, in dem die Einrichtungen im Sinne einer integrativen Versorgung zusammenarbeiten. Regionale Besonderheiten wurden in Ebene 3 „Regionalisieren“ identifiziert und berücksichtigt. Hier wirken die regionalen Organe der Selbstorganisation unter der Aufsicht der Landesgesundheitsministerien zusammen. Entscheidende Grundlagen zu Inhalten und Organisation der Gesundheitsversorgung werden in **Ebene 2 „System organisieren“** geschaffen. In dieser Ebene wird ein entscheidendes Hindernis für eine zukunftsorientierte Entwicklung beseitigt: Die Arbeit des bisherigen Gemeinsamen Bundesausschusses wird oft durch unauflösbare Zielkonflikte der „Bänke“ behindert („dead-lock“). Diese durch die Satzungen der Organe unauflösbare Verklammerung wird durch einen klaren, zielorientierten Arbeitsauftrag an die Ebene „Selbstorganisation“ aufgelöst. In **Ebene 1 „Ziele setzen“** werden verbindliche Gesundheits- und Versorgungsziele sowie ergänzende Normensetzungen geschaffen.

Für die Umsetzung wird das Regelwerk mit den Rahmenbedingungen und ethischen Normensetzungen **verbunden**. Die Umsetzung startet top-down auf der **Ebene 1 „Ziele setzen“** mit der Definition der Versorgungsziele (Regel G1). Die Aufgaben der Gesundheitspolitik beschränken sich darauf, die Erarbeitung von Zielen sowie von Rahmenbedingungen und ethischen Normen zu ermöglichen und die Bereitstellung von Ressourcen sicherzustellen. Eine Schlüsselfunktion bei der Umsetzung nimmt ein Delegationsverfahren ein. Damit wird die Verantwortung für die Operationalisie-

rung und Umsetzung der Ziele und Werte formal auf die **Ebene 2 „System selbst organisieren“** formal und strukturiert übertragen.

Dabei wird klar, dass die Einrichtung „Gemeinsamer Bundesausschuss“ in der bisherigen Form für die Bewältigung solcher Aufgaben nicht konstruiert wurde. Der „dead-lock“, in dem sich die Organe der bisherigen Selbstverwaltung gefangen haben, wird durch die Neudefinition einer Einrichtung an der Spitze der Ebene 2 „Selbstorganisation“ aufgehoben. Dieser **„Neue G-BA“** erarbeitet mit umfassender wissenschaftlicher Unterstützung Inhalte, Umfang und Art der Versorgung. Dabei orientiert er sich an den Versorgungsbedarfen, an der verfügbaren Evidenz und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Rahmenbedingungen und ethische Setzungen sind verbindliche Eckpfeiler.

Die bisherigen Organe werden damit von definitorischen Pflichten befreit, bekommen aber umfassende Umsetzungsaufgaben. Zusätzlich wird ihr impliziter Zielkonflikt zwischen den satzungsgemäßen Aufgaben zur Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder und der konstruktiven Mitwirkung an der Gestaltung des Gesundheitssystems als Ganzem aufgelöst. Immer steht das Patientenwohl über den Interessen der Mitglieder von GKV-SV, DKG und KBV. §70 im SGB V zu Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit wird operationalisiert.

In der **Ebene 3 „Regionalisieren“** werden die evidenzbasierten Inhalte der Gesundheitsversorgung aus Ebene 2 übernommen. Die Landesministerien sorgen zusammen mit kommunalen Organen für die regionale Ausgestaltung und die Anpassung der Bedarfe an die soziodemografischen und geopolitischen Bedingungen. Hier werden die Behandlungspfade der Ebene 2 in regionale Versorgungsketten übersetzt.

Dabei wirken die länderspezifischen Organe der bisherigen Selbstverwaltung konstruktiv und kooperativ mit. Immer steht das Patientenwohl über den Interessen der Organmitglieder. Für den Ressourceneinsatz gilt immer die Forderung nach allokativer Effizienz: die Mittel folgen immer dem Ziel und Zweck sowie Art, Umfang und Qualität der Leistungen.

In **Ebene 4 „Versorgung Organisieren“** wirken die ambulanten, stationären und rehabilitativen Einrichtungen auf der Basis der Behandlungsketten zusammen. Dazu folgen sie den Prinzipien von Donabedian und organisieren a) den Zugang zu ihren Einrichtungen, b) die interne Leistungserbringung und c) die Kontinuität der Versorgung im Zusammenwirken mit anderen Einrichtungen. In dieser Ebene treffen Vorgaben des Gesundheitssystems auf die betriebswirtschaftliche Orientierung der Einrichtungen. Diese sollen ein angemessenes

Betriebsergebnis erzielen. In salu.TOP steht das Patientenwohl immer über der Gewinnoptimierung.

Die Einrichtungen schaffen die Arbeitsbedingungen für die Leistungserbringer und damit die Voraussetzungen für eine optimale Versorgung in **Ebene 5 „Behandeln“**. Über die Behandlung selbst entscheidet der Patient im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten. Auf der Grundlage dieser informierten Entscheidung setzt das Behandlungsteam seine fachlichen Kompetenzen ein.

Als Grenzen für die Versorgung gelten der evidenzbasierte Bedarf und die verfügbaren Ressourcen sowie die Rahmenbedingungen und ethischen Setzungen der übergeordneten Ebenen. Die bewährte Forderung **„Nutzen ist größer als der Schaden“** stellt sicher, dass das Patientenwohl immer an erster Stelle steht, dabei spielt die Indikationsqualität eine besondere Rolle.

Die Regeln im Realitäts-Check

Nach Kriterien der Systemtheorie ist unser Gesundheitssystem ein komplexes System. Komplex bedeutet, dass die tatsächliche Wirkung von Eingriffen über Gesetze, Richtlinien oder Verordnungen grundsätzlich nicht vorausgesagt werden kann. Dies liegt an der hochgradigen internen Vernetzung und den zahllosen und intransparenten Spielregeln zwischen den Beteiligten.

Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, wie man Komplexität durch Ziele, Verantwortung und Transparenz reduzieren kann. So korrigiert und optimiert sich das Gesundheitssystem im Sinne eines lernenden Systems in weiten Bereichen selbst.

Aktuelle Gesetzesinitiativen

Die Funktionalität der salu.TOP-Regeln wurde anhand von sechs Gesetzesinitiativen aus dieser und der letzten Legislaturperiode geprüft. Ausgewählt wurden: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), Pflegepersonal-Untergrenzen Verordnung (PpUGV), planungsrelevante Qualitätsindikatoren (Plan-QI-RL), Implantatregister-Errichtungsgesetz (EIRD), Mindestmengen-Regelung (Mm-R), elektr. Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV). An ihnen zeigt sich, dass die Anwendung der Regeln die Initiativen überflüssig gemacht oder im Umfang zumindest deutlich reduziert hätte. [Piwernetz und Neugebauer, 2019].

Am Beispiel der Probleme mit Terminen bei Fachärzten zeigt sich die unterschiedliche Problembewältigung deutlich. Unter den aktuellen Bedingungen bedarfsgesetzlicher Regelungen

durch den Bundestag, um Terminprobleme zu lösen, mit den Methoden und Regeln von salu.TOP regeln das die Einrichtungen in Ebene 2 „Versorgung organisieren“ selbst. Die Ergebnisse werden in der regionalen Gesundheitsberichterstattung berichtet.

Ähnliche Unterschiede lassen sich auch für die Probleme „Pflegepersonal-Untergrenzen“ und für „Mindestmengen“ darstellen. Das Problem mit Mindestmengen existiert gar nicht, da salu.TOP ein bedarfsorientiertes System ist und der Versorgungsbedarf für diese Behandlungen an spezifischen, akkreditierten Zentren durchgeführt werden.

Die Hauptunterschiede bestehen darin, dass es im aktuellen Gesundheitssystem keine verbindlichen Ziele für die Handelnden gibt, Verantwortung für die Ergebnisse nicht zugeschrieben ist und dass keine Transparenz über die Verwendung der Ressourcen und die damit erreichten Ergebnisse gibt. Unter Ergebnissen ist immer der Gewinn an Gesundheit für Patienten und die Qualität der Organisation der Gesundheitsversorgung zu verstehen.

Zukunftsweisende Projekte

Mehrere aus den Regeln, den Rahmenbedingungen und ethischen Setzungen abgeleitete Forderungen wurden in einigen Ländern und Projekten bereits erfolgreich realisiert.

In Deutschland wurden bereits 2005 Gesundheitsziele beschrieben, aber nicht konsequent im Versorgungsalltag umgesetzt [Kurth, 2006; Hess, 2012; Busse, 2016]. Operationalisierte Versorgungsziele gibt es bisher nicht.

Ein Projekt der Konrad-Adenauer-Stiftung erarbeitete 2007 Grundlagen für ethische Normensetzungen. Die Ergebnisse sind noch immer aktuell. Dabei wurden insbesondere Zielkonflikte zwischen Humanität und Wettbewerb ausgelotet [Spahn, 2007; Hecken, 2007; Schmidt-Jortzig, 2007]. Hacker fasst als Herausgeber Vorschläge zusammen, wie man Medizin und Ökonomie gemeinsam weiterentwickeln könnte [Hacker, 2016].

Die Konzepte von Evidence-Based-Medicine [Sackett, 1996], Evidence-Based-Healthcare [Gray, 2004] und Value-Based-Healthcare [Porter, 2012] haben nichts an Aktualität eingebüßt. Sie zählen zu den grundlegenden Methoden, die in salu.TOP umgesetzt werden.

Österreich hat 2011 Gesundheitsziele veröffentlicht und Verantwortungen innerhalb des Systems zugeordnet [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Österreich (BMGF), 2011]. Über die Zielerreichung wird regelmäßig berichtet [BMGF, 2017].

Die Health Maintenance Organisation Innermountain HealthCare (IMHC) zeigt im

Literatur

- Albrecht Bernhard, 2019: Medizin für Menschen – Ärzte fordern Rückbesinnung auf Heilkunst statt Profit, Stern. Nr. 37 2019, SS 24-35
- Loos, Stefan; Albrecht, Martin; Zich, Karsten: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Uwe Schwenk (Hrsg.). Bertelsmann Stiftung Gütersloh 2019.
- OECD, 2017: Health at a Glance 2017: OECD Indicators; OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. ISBN 978-92-64-28040-3
- BMG, 2019: Gesundheitswirtschaft; <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft.html> (letzte Aktualisierung: 15.05.2019)
- Jakab, Zsuzsanna (Hrsg.): EUROPEAN HEALTH REPORT 2018 – More than numbers — evidence for all; Publication of the WHO Regional Office for Europe. 2019. ISBN 9789289053433
- Reichstag, 1883: Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, Deutsches Reichsgesetzblatt Band 1883, Nr. 9, Seite 73–104
- SVR, 2018 (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen); Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018
- G-BA, 2018 (Gemeinsamer Bundesausschuss); Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, Fassung vom 12. Juli 2018, Beschluss vom 20. September 2018
- Piwernetz, Klaus und Neugebauer, Edmund; 2019: Ein regelbasiertes Gesundheitssystem im Realitätscheck; DKVF, Berlin, 10.10.2019
- Kurth, B M, 2006: Epidemiologie und Gesundheitspolitik, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2006 · 49:637–647. DOI 10.1007/s00103-006-1291-y. Online publiziert: 2. Juni 2006
- Hess, Rainer, 2012; gesundheitsziele.de – Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden, G+G Wissenschaft. 2012 · Jg. 12, Heft 2 (April): 16–23
- Busse, Reinhard, 2016: Versorgungsziele international; Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung. 1. Treffen der ad-hoc Kommission zu Versorgungszielen. Berlin 14.09.2016
- Spahn, Jens, 2007: Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft; In: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. Herder Verlag Freiburg. 2007. ISBN 978-3-451-29974-2
- Hecken, Josef, 2007: Leitbild für die Gesundheitspolitik: Wie soll sich das Gesundheitssystem der Zukunft entwickeln?; In: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. Herder Verlag Freiburg. 2007. ISBN 978-3-451-29974-2
- Schmidt-Jortzig, Edzard, 2007: Humanität und Menschenwürde aus rechtlicher Sicht; In: Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – Probleme, Trends und Perspektiven. Herder Verlag Freiburg. 2007. ISBN 978-3-451-29974-2
- Hacker, Jörg (Hrsg.): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft; Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale). 2016. ISBN 978-3-8047-3656-6
- Sackett David L., Rosenberg W M C, Gray J.A. Muir et al.: Evidenced based medicine: what it is and what it isn't.; BMJ 1996; 312: 71-2
- Gray, J. A. Muir: Evidence-based Healthcare. How to make Health Policy and Management Decisions; Churchill Livingstone. Elsevier Ltd. 2nd edition, 2004. ISBN 0 443 06288 9
- Porter, Michael E., Guth, Clemens: Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Umfassende Strategie zur Reformierung des deutschen Gesundheitswesens; Springer Verlag. Heidelberg, Dordrecht, London, New York. 2012. ISBN 978-3-642-25683-7
- BMGF, 2011 (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Österreich): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung, Wien 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort. ISBN 978-3-903099-12-8
- BMGF, 2017 (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Österreich): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene – Zielsteuerung-Gesundheit; Wien 2017
- Abelson, Reed, 2016: A Novel Plan for Health Care: Cutting Costs, Not Raising Them; The New York Times, 17.02.2016
- James, Brent, 2018: The impact of reducing unwarranted variations; <https://www.siemens-healthineers.com/de/insights/news/brent-james.html>
- Sandman, Lars, 2018: Internationale Erfahrungen – Versorgungsziele in Schweden; DNVF-Forum. 16.05.2018. Berlin
- Broqvist, Mari; Elgstrand, Maria Branting; Carlsson, Per; Eklund, Kristina; Jakobsson, Anders: National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care. Revised Version; National Center for Priority Setting in Healthcare. SSN 1650-8475
- Jylling, Erik: Quality in Danish Health Care – Moving from accreditation to an improvement approach; <https://www.g-ba.de/service/veranstaltungen/qs-konferenz2018/>
- Norby, 2018: Nørby, Ellen Trane; Bundsgaard, Jacob; Lose, Stephanie; National Goals of the Danish Healthcare System, 2018. 1.Auflage. Published by the Ministry of Health, KL (Local Government Denmark), and Danish Regions Electronic Publication. ISBN: 978-87-7601-399-8
- DelBanco 2001: DelBanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschläger G, Plamping D, et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. Health Expect. 2001. 4: 144-50. PMID: DOI: 10.1046/j.1369-6513.2001.00145.x
- DelBanco, Tom; Walker, Jan et al.: Inviting Patients to Read Their Doctors' Notes: A Quasi-experimental Study and a Look Ahead, Ann Intern Med. 201

Bundesstaat Utah der USA seit Jahren, wie bei einem Umfang von mehr als 900.000 Versicherten ein leistungsfähiges und effizientes Versorgungssystem zu beiderseitigem Nutzen von Patienten und HMO konkret umgesetzt werden kann [Abelson, 2016; James, 2018]. Die bewährten Methoden können adaptiert werden.

Schweden hat Grundlagen für eine bedarfsorientierte Versorgung geschaffen [Broqvist, 2011] und evaluiert die Ergebnisse regelmäßig [Sandman, 2018]. In Dänemark hat die Regierung eine strukturierte Qualitätsinitiative mit konkreten Qualitätszielen auf den Weg gebracht [Nørby, 2018] und verbessert sie laufend [Jylling, 2018].

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen hat in anderen Ländern eine lange Geschichte. Die Forderung „Nothing about me without me“ stammt bereits aus dem Jahr 2001 [DelBanco et al., 2001]. Die Initiative „Open Notes“ hat 2012 Transparenz und Patientenorientierung auf eine neue Stufe gehoben. Sie öffnet den Patienten die Aufzeichnungen ihres behandelnden Arztes in elektronischer Form [DelBanco et al., 2012].

Ausblick

Regeln, Rahmenbedingungen und ethische Setzungen von salu.TOP bieten die grundlegenden Konstruktionsprinzipien für ein Gesundheitssystem, das ...

- sich zielorientiert am Patientenwohl ausrichtet,
- sich auf verfügbare Evidenz gründet,
- sich am Versorgungsbedarf orientiert,
- die verfügbaren Ressourcen zielgerichtet und effizient einsetzt,
- die Kompetenz und das Engagement der Leistungserbringer respektiert und nutzt,
- sich selbst organisiert, fortlaufend lernt und zukunftsorientierte Entwicklungen einbindet,
- und transparent in Ergebnissen, Leistungsgehehen und Ressourcenverbrauch ist.

salu.TOP liefert in diesem Sinne eine Blaupause für ein Gesundheitssystem, wie wir es eigentlich verdienen. Daraus ergeben sich drei Handlungsoptionen:

1. Die Referenz salu.TOP macht deutlich, an welchen Stellen unser Gesundheitssystem optimiert werden kann. Die zu reformierenden Elemente der aktuellen Versorgung werden offensichtlich.
2. Seit langem werden auf den fünf Ebenen Defizitanalysen berichtet. Mit salu.TOP kann man sie strukturieren und nach Folgen und Korrekturmöglichkeiten bewerten.

3. Auf dieser Grundlage können die in den jeweiligen Ebenen Verantwortlichen über Prioritäten und Zeitrahmen für konkrete Verbesserungen entscheiden und der Öffentlichkeit die Fortschritte regelmäßig transparent darstellen.

Zahlreiche bereits vorhandene und bewährte Elemente und Regelungen lassen sich in salu. TOP integrieren sowie Leuchtturmprojekte aus dem Ausland gezielt adaptieren.

In den Wirtschaftswissenschaften wurden zuletzt Nobelpreise dafür vergeben, dass man den „homo oeconomicus“ als Schimäre entlarvt hat. Auch einen „homo sanitarius“ – also das Wesen, das sich im Gesundheitssystem nur rational im Sinne des Gemeinwohls verhält – gibt es aus sich heraus nicht. Wer es sehen will, kann erkennen, dass man unser Gesundheitssystem allein über Eingriffe in Form von Gesetzen, Richtlinien oder Verordnungen weder rational lenken noch nachhaltig verändern kann.

Was wir heute brauchen, sind verbindliche Ziele, klare Verantwortlichkeiten und zeitnahe Transparenz. Der medizinische Fortschritt und die digitale Transformation warten nicht. Es ist höchste Zeit zum Handeln. <<

von:

Dr. Dr. Klaus Piwernetz,
Geschäftsführer medimaxx health
management GmbH
und
Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund
A. M. Neugebauer,
Präsident der Medizinischen Hochschule
Brandenburg Theodor Fontane (MHB).

Zitationshinweis

Piwernetz, K., Neugebauer, E.: „Ein Gesundheitssystem, wie wir es verdienen“ (05/19), S. 33-39; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2172

Korrespondenzadresse

© 2019. Klaus Piwernetz & Edmund Neugebauer. Bitte teilen Sie den Autoren Ihre Ansichten und Kommentare mit. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir in MVF eine Fachdiskussion dazu starten können: eMail: kpi@medimax.net / Edmund.Neugebauer@mhb-fontane.de

Datensammlung zu Diabetes mellitus Typ 2 in Brandenburg

>> Mit den Beiträgen zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 9 legt das Land Brandenburg eine aktuelle Datensammlung zu Verbreitung, Versorgung und Vermeidung des Diabetes mellitus Typ 2 in diesem Bundesland vor. Der Bericht beruht auf einer Expertise von AGENON im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF). Die Autoren sind Dr. Bianca Lehmann, Dr. Stefan Dudey, Dr. Heinz-Werner Priess und Ulrich Reinacher sowie Prof. Dr. Ulrich Alfons Müller, Leiter des FB Endokrinologie/ Stoffwechselerkrankungen/ Diabetes des Universitätsklinikums Jena, der das Team von AGENON mit seiner wissenschaftlichen Expertise unterstützt hat.

Der vorliegende Bericht stellt für das brandenburgische Ministerium eine „überzeugende Grundlage für Folgerungen“ dar. Im Kern

gehe es dabei um zwei Ziele: Zum einen sollen bereits an Diabetes erkrankte Personen besser versorgt werden und mit hoher Lebensqualität möglichst lange leben. Zum anderen sollen präventive Maßnahmen Neuerkrankungen verhindern. Grundlegende Maßnahmen zur Prävention, Behandlung und Versorgung von Krankheiten, so auch von Diabetes mellitus Typ 2, liegen zum großen Teil nicht in den Händen der Landespolitik, sondern in der Verantwortung des selbstverwalteten Gesundheitssystems.

Um dies mit vielen Beteiligten diskutieren zu können, veranstaltet das MASGF am 21. November 2019 eine Brandenburgische Diabeteskonferenz, zu der u.a. die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Fachleute und Mitglieder des Landtags eingeladen werden. <<

Brandenburger Landärzteprogramm: 74 Anträge für Stipendien

>> Das neue Stipendium für angehende Landärzte in Brandenburg ist gefragt: Vom 11. Juli bis zum Antragsschluss am 15. August gingen 74 Anträge von Studierenden der Humanmedizin ein. Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) wird alle Bewerbungen prüfen und dann die Stipendien rechtzeitig zum Start des neuen Studienseesters am 1. Oktober vergeben. Mit dem Stipendium verpflichten sich die Medizinstudierenden, nach ihrer Ausbildung für mindestens fünf Jahre in ländlichen Regionen Brandenburgs ärztlich tätig zu sein.

Mit dem Landärzteprogramm des Gesundheitsministeriums, von der Landesregierung initiiert und aus Landesmitteln finanziert, können pro Semester, beginnend ab Oktober 2019 und endend im April 2021, maximal 50

Stipendien neu vergeben werden, davon 25 monatliche Stipendien in Höhe von 1.000 Euro und 25 monatliche Co-Stipendien von bis zu 500 Euro. In der ersten Bewerbungsrunde wurden 68 Anträge für ein Stipendium und sechs Anträge für ein Co-Stipendium eingereicht. Bewerbungsschluss für den nächsten Förderbeginn zum 1. April ist der 15. Februar 2020. „Brandenburg braucht junge, engagierte Ärztinnen und Ärzte. Das neue Landärzteprogramm ist ein weiterer Anreiz, um angehende Medizinerinnen und Mediziner für Brandenburg zu gewinnen“, erklärte Gesundheitsministerin Susanna Karawanskij. Dies sei eine gute Investition für die Verbesserung der ärztlichen Versorgung vor allem im ländlichen Raum. <<

IF-Projekt QS-Notfall: Ergebnisse kommen 2020

>> Das Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister (B2HIR) hat im März 2017 das Projekt „QS-Notfall“ initiiert, das für drei Jahre mit 1,5 Millionen Euro aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert wird. QS-Notfall steht für Qualitätssicherung in der Notfallversorgung von Patienten mit Herzinfarkt. Dabei werden u.a. aus dem Rettungswagen EKG-Daten elektronisch in eine Klinik zu Fachärzten übertragen, um von dort eine sichere Diagnose zu erhalten und im Ernstfall eine schnellere Notfallversorgung zu erreichen. Beteiligt sind 22 Berliner Kliniken und die Kliniken Nauen und Hennigsdorf aus Brandenburg sowie die Rettungsdienste aus Berlin, Havelland und Oberhavel. In einer Pilotstudie konnte Konsortial-

fürer B2HIR zeigen, dass die Eindeutigkeit der durch den Rettungsdienst gestellten EKG-Erstdiagnose bei Infarktpatienten maßgeblich die Versorgungszeiten beeinflusst. Im Rahmen des IF-Projekts wird nun eine interventionelle Studie mit einem „Vorher-Nachher Vergleich“ durchgeführt, bei der die Daten des B2HIR und der teilnehmenden Rettungsdienste in Berlin, Oberhavel und Havelland analysiert werden. Aus der Evaluation, die 2020 vorliegen wird, sollen Interventionen abgeleitet und langfristig umgesetzt werden. Ziel des Projekts ist es, durch qualifizierte Notfallhilfe die Versorgung von Herzinfarktpatienten zu verbessern und damit letztendlich auch die Sterblichkeit am Herzinfarkt zu senken. <<



Prof. Dr. med. Franz Porzsolt / Dr. med. Susanne Isabel Becker MPH postgrad
Institute of Clinical Economics (ICE) e.V.

Bei jedem Masterplan des Gesundheitswesens muss gelten: Wissenschaft vor Wirtschaft

>> Für einen Masterplan des Gesundheitswesens wurden vom BMC sieben Vorschläge ausgearbeitet (1). Ein zentraler Punkt ist die Entwicklung von Geschäftsmodellen für Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen. Der Vorschlag wird wohl breite Akzeptanz finden, weil

- jeder Leistungserbringer nach Gewinn und jeder Leistungsnehmer nach Sicherheit strebt und
- beide Ziele menschlichen Grundbedürfnissen entsprechen.

Da Gesundheit eines der höchsten und wichtigsten Güter ist, lässt sich vorhersagen, dass Gewinn und Sicherheit leicht miteinander zu verbinden sind, wobei es sehr darauf ankommen wird, was man unter Sicherheit versteht.

Umgangssprachlich wird Sicherheit wie ein objektiver Zustand empfunden. Die Politik spricht von Sicherheit, wir diskutieren über Arzneimittelsicherheit und nutzen im Straßenverkehr Sicherheitsgurte. Aus wissenschaftlicher Sicht handelt es sich bei Sicherheit jedoch nicht um einen objektivierbaren Zustand: Sicherheit ist die subjektive Wahrnehmung objektiver Risiken (2, 3). Mit der Sicherheitsschleife (safety loop) haben wir dargestellt (Abb. 1), dass eine bedeutende Beziehung zwischen dem subjektiven Empfinden objektiver Risiken, d.h. der „Gefühlten Sicherheit“ und dem Effekt dieser subjektiven Empfindung auf die Veränderung von objektiven Risiken besteht (4, 5). Abb.1 erklärt, dass die Kommunikation (verbal oder non-verbal) die bedeutendste Stellschraube für die Wahrnehmung objektiver Risiken ist. Damit wird die Bedeutung der Sicherheitsschleife für die Diskussion von Geschäftsmodellen im Gesundheitssystem klar. Da alleine die Bewerbung des Geschäftsmodells „Gefühlte Sicherheit“ vermittelt und diese Wahrnehmung das objektive Risiko des Patienten beeinflusst, wird klar, dass gesundheitliche Risiken zunehmen, wenn die Aussagen eines Geschäftsmodells nicht zutreffen.

Das entstehende Dilemma beruht auf dem Fehlen einer akzeptierten Methode zum Nachweis der Alltagstauglichkeit (Real World Effectiveness). International wird die Ansicht vertreten, dass Randomized Controlled Trials (RCT) die besten Verfahren sind, um valide Daten im Gesundheitssystem zu erheben. Diese Aussage trifft für den Nachweis der „efficacy“, d.h. dem „proof of principle“ zu, allerdings nicht für den Nachweis der Alltagstauglichkeit. Unter den experimentellen Bedingungen eines RCT werden alle bekannten Stör- oder Risikofaktoren durch die Definition der Ausschlusskriterien gezielt vermieden. Damit lässt sich der proof of principle erbringen, nicht aber der Versorgungsalltag abbilden, weil Stör- und Risikofaktoren Teil des Versorgungsalltags sind.

In der letzten Dekade haben wir mit verschiedenen internationalen Gruppen ein System erarbeitet, das Pragmatic Controlled Trial (PCT), mit dem Effekte verschiedener Interventionen unter Alltagsbedingungen (ohne Randomisation) miteinander verglichen werden können (6, 7, 8). Das Verfahren beruht auf dem Bayes Theorem, das verfügbare Informationen nutzt, um eine Hypothese Schritt für Schritt zu bestätigen. Im zweiten Weltkrieg wurden Schlachten gewonnen und

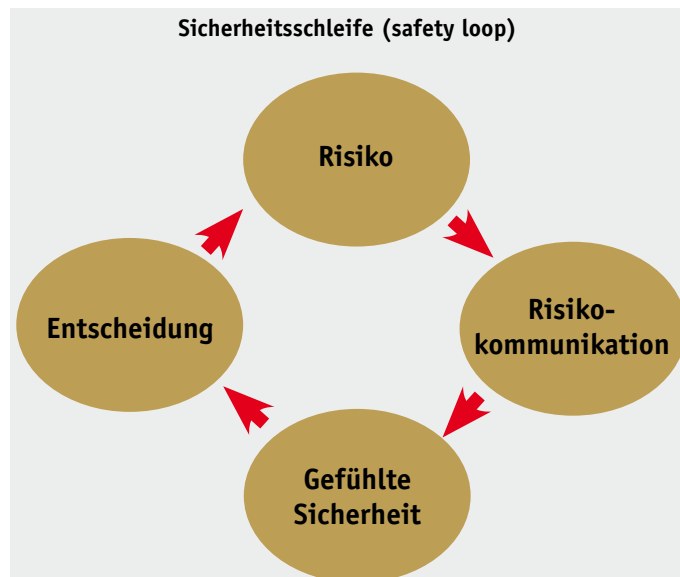


Abb. 1: Sicherheitsschleife (safety loop): Ein objektives Risiko ist definiert durch die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Höhe des Schadens und induziert den Bedarf an Kommunikation zur Abwägung verschiedener Strategien der Risikoreduktion. Als Ergebnis dieser Abwägung resultiert die subjektive Wahrnehmung (= Gefühlte Sicherheit) des objektiven Risikos. Alle Entscheidungen sind von dieser subjektiven Wahrnehmung des objektiven Risikos – nicht vom objektiven Risiko – abhängig. Die getroffene Entscheidung beeinflusst das objektive Risiko. Das Ergebnis der Risikokommunikation ist die Stellschraube der Sicherheitsschleife.

ein Geheimcode (Enigma) durch Anwendung dieses Theorems entziffert (9). Somit war das Theorem des presbyterianischen Pastors und Mathematikers Thomas Bayes (1701-1761) die erste Methode, mit der lange vor Entwicklung der Randomisation bereits gezeigt werden konnte, dass sich Koinzidenzen sehr wohl eignen, um durch eine intelligente Nutzung kausale Zusammenhänge abzuleiten (10).

Diese nicht-experimentellen Methoden sind zwingend erforderlich, um „big data“ zu analysieren. Wenn Prognosen zu Analysen verbreitet werden, wird häufig vergessen, dass „big data“ lediglich ein „charmantestes natürliches Chaos“ darstellen: Jeder Patient unterscheidet sich von allen anderen und nahezu keine Therapie ist mit einer anderen absolut identisch. Deshalb besteht die erste Herausforderung darin, bei der Analyse von „big data“ zunächst Algorithmen zu entwickeln, mit welchen Patienten und auch die Interventionen in weitgehend homogenen Gruppen für spätere Vergleiche zusammengefasst werden können. Dazu muss eine exakte Fragestellung in eine Sprache übersetzt werden, die von Computern verstanden wird.

Im Februar 2018 haben wir im Deutschen Ärzteblatt beklagt (11), dass die Entscheidungsträger im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) die Bedeutung der Alltagstauglichkeit (effectiveness) von Gesundheitsleistungen nicht anerkennen (12). In der Erwiderung auf unseren Kommentar wären sachliche Argumente hilfreich gewe-

sen, um unsere eigenen Aussagen nochmals zu überdenken (11). Das Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. hat sich auf die Fahne geschrieben, Methoden zu entwickeln und zu verbreiten, mit welchen der Mehrwert von Gesundheitsleistungen unter Alltagsbedingungen gesteigert und beschrieben werden kann (www.clinical-economics.com). Wir suchen Partner, die uns mit fundierten wissenschaftlichen Beiträgen unterstützen, um wissenschaftlich fundierte Kommentare zum Masterplan des Gesundheitssystems abgeben zu können, bevor wirtschaftliche Konzepte diskutiert werden. Dazu haben wir die Unterschiede von Wissenschaft und Wirtschaft aus unserer Perspektive zusammengestellt.

Der Unterschied von Wissenschaft und Wirtschaft

Wirtschaft und Wissenschaft sind gleichbedeutend. Wirtschaft wird durch Wissenschaft gerechtfertigt und Wissenschaft wird durch die Wirtschaft finanziert. Diese wechselseitige Abhängigkeit ist unvermeidbar, aber nicht unproblematisch. Durch die Umkehr der asymmetrischen Beziehungen können wirtschaftliche, aber keine Ziele der Gesundheitsversorgung erreicht werden. Soweit nicht gekennzeichnet, haben wir in Tab. 1 eigene Definitionen verwendet, weil es für die verwendeten Termini keine einheitlich akzeptierten Definitionen gibt.

Das bisher nicht erreichte Ziel sollte sein, für die Definition unterschiedlicher Inhalte auch unterschiedliche Termini zu finden.

Unterschiede der Entscheidungen in Wirtschaft und Wissenschaft			
		Wirtschaft	Wissenschaft
Definition	Primäres Ziel	Einkommen um Wohlfinden und Wohlstand zu finanzieren	Wissen für kausale Erklärungen zu generieren.
	Regeln	Organisation von Industrie und Handel z.B. nach den Prinzipien von Gregory Mankiw.	Anwendung philosophischer Prinzipien z.B. Ergründen, Analysieren, Systematisieren
	Instrumente	Vergleich von Kosten und Konsequenzen alternativer Handlungsmöglichkeiten	Beobachtungen und Experimente
Ausgangspunkte		Identifikation einer Aktion, die Einkommen generiert	Identifikation eines Problems und der Idee, die das Problem löst
Analyseschritte		Identifikation der Nachfrage	Präzise Definition der Fragestellung
		Identifikation d. Kostenträgers	Identifikation möglicher Antworten
		Identifikation von Störfaktoren	Identifikation von Störfaktoren
		Macht der Störfaktoren	Macht der Störfaktoren
Umsetzung		Optimierung des Einkommens beruhend auf verfügbarer Information	Optimierung der entwickelten Strategie und Taktik, um eine kausale Erklärung anzubieten
Qualitätskontrolle		Vergleich des erwarteten und beobachteten Einkommens	Falsifikation der Erklärung
Endpunkte	Intern	Einkommen des Anbieters	Öffentlich freie Verfügbarkeit einer kausalen Erklärung
	Extern	Nutzen des Kostenträgers	

Tab. 1: Unterschiede der Entscheidungen in Wirtschaft und Wissenschaft.

Zwei aktuelle Hinweise unterstützen die dringende Empfehlung, wirtschaftliche Konzepte mit belastbaren Daten zu unterstützen: Nicht überall, wo „Wissenschaft draufsteht, ist Wissenschaft drin“. John Ioannidis von der Stanford Universität hat dazu eine ganze Serie beachtenswerter Aufsätze geschrieben. Seine Arbeit aus dem Jahr 2005 „Why most published research findings are false (13)“ gehört zu den meistzitierten Publikationen. Das Magazin „Stern“ hat in der Ausgabe Nr 37, vom 5. September 2019 einen Ärzte-Appell gegen das Diktat der Ökonomie in unseren Krankenhäusern unter dem Titel „Rettet die Medizin“ publiziert, der initial von 215 Ärzten als Einzelpersonen und 19 Organisationen unterzeichnet wurde. Der Appell enthält drei Forderungen:

- „Das Fallpauschalensystem muss ersetzt oder zumindest grundlegend reformiert werden.
- Die ökonomisch gesteuerte gefährliche Übertherapie sowie Unterversorgung von Patienten müssen gestoppt werden. Dabei bekennen wir uns zur Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns.
- Der Staat muss Krankenhäuser planen und gut ausstatten, wo sie wirklich nötig sind. Das erfordert einen Masterplan und den Mut, mancherorts zwei oder drei Kliniken zu größeren, leistungsfähigeren und personell besser ausgestatteten Zentren zusammenzuführen.“

Dieser Appell wird sich nur unter sozial verträglichen Bedingungen umsetzen lassen. Niemand wird ihn unterstützen, wenn sie/er verunsichert wird. Der Appell wird von allen Patienten, bei welchen ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient besteht, uneingeschränkt unterstützt werden. Neben diesen Rahmenbedingungen sind die Voraussetzungen zu schaffen, die bereits in den nachfolgenden sieben Diskussionspunkten angesprochen wurden (1). Wir unterstützen einen Teil dieser Statements und begründen unseren Standpunkt, sofern er abweicht.

Die sieben Diskussionspunkte des BMC

1. Erstattung digitaler Anwendungen

Wenn für Arzneimittel und digitale Gesundheitsanwendungen ähnliche Auflagen gelten sollen, ist zumindest mit der Kostenerstattung der letzteren der Nachweis des Mehrwerts zu fordern, der durch die Verfügbarkeit dieser Gesundheitsanwendung entsteht.

2. Erweiterung der Zugriffsberechtigung auf die Telematik Infrastruktur

Diese Forderung ist zu unterstützen, wenn die Opportunitätskosten der zusätzlich finanzierten Leistungen, z.B. von Managementgesellschaften oder Patientenedukation, den zu erwartenden Mehrwert nicht nur versprechen, sondern nachweisen.

3. Weiterführung des Innovationsfonds

Mit diesem Punkt wird beklagt, dass die Begrenzung der Förderung auf 15 Vorhaben einer unklaren Logik folgt: Kleinere Projekte sollen einen vergleichbaren Erkenntnisgewinn wie größere erzielen können. Die Aussage, dass die angestrebten Fallzahlen häufig nicht erreicht werden und die Beschreibung erreichter Problemlösungen fehlt, ist erheblich bedeutender.

Die Aussage, dass durch die Anwendung eines anderen Studiendesigns geringere Fallzahlen erforderlich seien, wäre mit konkreten Daten belegt worden, wenn den Autoren dieses Satzes dessen Tragweite bewußt gewesen wäre.

Ausdrücklich unterstützen möchten wir den Vorschlag, die themen-

offenen Beiträge und die Laufzeit der Projekte nicht zu begrenzen. Aus Sicht des ICE e.V. sollte jeder Vorschlag - für einen Fachexperten verständlich - auf maximal einer Seite beschreiben

- a) welches Versorgungsproblem mit dem beantragten Projekt gelöst wird,
- b) welche Daten und Methoden dazu benötigt werden und
- c) durch welche Hinweise die Machbarkeit des Projekts bestätigt werden kann.

Fakten sind von Erwartungen durch Literaturzitate zu unterscheiden. Wenn allgemein bekannte Literaturzitate verwendet werden, verkürzt sich die Bearbeitungsdauer durch den Verzicht auf die Prüfung der Validität.

Wenn genehmigte Projekte allerdings nicht nur in Ausnahmefällen, z.B. wegen unzureichender Rekrutierung, scheitern, sind Mängel bei der Begutachtung zu hinterfragen, weil von einem Fachgutachter erwartet werden kann, diese Mängel zu erkennen, die im Falle eines Studienabbruchs nahezu immer ethische und wirtschaftliche Probleme bedingen.

Als erheblicher Mangel in der Begutachtung wird empfunden, wenn Projekte, die mit hohem Aufwand konzipiert wurden, ohne wissenschaftliche Begründung abgelehnt werden. Es entstehen erhebliche Zweifel, ob tatsächlich ein Peer Review angewandt wurde. Zudem sinkt bei unbegründeter Ablehnung die Motivation, sich an einer weiteren Ausschreibung zu beteiligen.

Wenn eine Weiterführung des Investitionsfonds vorgesehen ist, sollten:

- bei jedem Projekt die oben genannten Punkte a – c von einem Fachexperten beurteilt werden.

Wenn keine Mängel vorliegen, kann das Projekt auf die Liste der potentiell geförderten Projekte übernommen werden:

- bei bestehenden Mängeln sollte vermerkt werden, ob diese korrigierbar sind.
- bei nicht korrigierbaren Mängeln werden diese zur Begründung der wissenschaftlichen Ablehnung des Projekts genannt. Die nachvollziehbare Begründung schließt eine Förderung in der laufenden Antragsphase aus. Die Absage kann mit Begründung sofort erfolgen.
- bei korrigierbaren Mängeln werden Vorschläge zur Optimierung unterbreitet. Wenn diese fristgerecht nachgereicht werden, wird das Projekt auf die o.g. Liste gesetzt; andernfalls erfolgt eine Absage.

Beide Entscheidungen werden mit Angabe der Gründe publiziert. Die potentiell förderungswürdigen Projekte werden in einer Liste anhand der bestehenden Interessenskonflikte geordnet. Interessenskonflikte sind im Bereich der Versorgungsforschung leicht zu erkennen und zu benennen.

4. Kompetenzen der Geschäftsstelle

Die Versorgungsforschung ist ein relativ junges, lernendes Forschungsgebiet. Die Geschäftsstelle sollte deshalb in der Lage sein, Fehler bei der Konzeption oder der Umsetzung eines Projektes sowie bei der Evaluation und Interpretation der Daten zu erkennen. Wenn eine Idee förderungswürdig erscheint, könnte die Effizienz des gesamten Förderprogramms erheblich gesteigert werden, wenn alle verfügbare Expertise aufgeboten würde, um die erkannten Mängel zu beseitigen, solange sie noch korrigierbar sind. Es entstünde eine völlig neue Kultur der Projektförderung, welche die bereits bei der Antragstellung investierten Ressourcen nützen würde.

Das bisher übliche Verfahren, nicht geförderte Projekte ohne Begründung lediglich durch Mitteilung der negativen Entscheidung zu informieren, wird dem Aufwand nicht gerecht, den die Projektgruppen in die Antragstellung investiert haben

Es könnte überlegt werden, an Stelle von 15 Projekten, die über vier Jahre gefördert werden, eventuell 20 Projekte über zwei Jahre zu fördern, um nach zwei Jahren jene 10 Projekte auszuwählen, welche die meisten der präzise beschriebenen und konsekutiv abgearbeiteten Meilensteine erreicht haben. Diese 10 erfolgreichen Projekte werden über weitere zwei Jahre gefördert. Die verbleibenden 10 Projekte können je nach Fortschritt eine Förderempfehlung erhalten, und beim Nachweis belastbarer Ergebnisse sehr wahrscheinlich einen Sponsor finden.

Das überschaubare Feld der Versorgungsforschung könnte in Deutschland durch eine Professionalisierung der Förderungsstrategie erheblich transparenter und effizienter werden. Wenn Wissenschaftler, die in ihrer bisherigen Profession kaum mit Geschäftsmodellen zu tun hatten, die geeignetsten Geschäftsmodelle auszuwählen haben, ist zu befürchten, dass als Ergebnis dieses Selektionsverfahrens einige gute wissenschaftliche Projekte, aber kaum gute Geschäftsmodelle gefördert werden.

5. Standardisierung der Evaluation

Die in diesem Punkt geforderte Standardisierung der Evaluation

Literatur

1. BMC-Vorstand, Stegmaier P. „Hin zu einem Masterplan des Gesundheitswesens“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/19), S. 20-21; doi: 10.24945/MVF.04.19.1866-0533.2156.#
2. Porzolt F, Kilian R, Eisemann M. Gefühlte Sicherheit – Ein neuer gesellschaftlicher Wert. *Gesundh ökon Qual manag* 2007;12:7-10
3. Porzolt F, Polianski I, Görden A, Eisemann M. Safety and security: the valences of values. *Journal of Applied Security Research* 2011;6:4,483-490. <http://dx.doi.org/10.1080/19361610.2011.604069>
4. Porzolt F. Safety means perception of risk. *J Med Safety* 2016;0ct:18-24
5. Porzolt F. Clinical Economics – It is about Values not about Money. *Brazil J Medicine Human Health* 2016;4 (3). DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3386bjmhh.v4i3.1052>
6. Porzolt F, Eisemann M, Habs M, Wyer P. Form Follows Function: Pragmatic Controlled Trials (PCTs) have to answer different questions and require different designs than Randomized Controlled Trials (RCTs). *J Publ Health* 2013;21:307-313. DOI 10.1007/s10389-012-0544-5
7. Porzolt F, Rocha NG, Toledo-Arruda AC, Thomaz TG, Moraes C, Bessa-Guerra TR, Leão M, Migowski A, Araujo de Silva AR, Weiss C. Efficacy and Effectiveness Trials Have Different Goals, Use Different Tools, and Generate Different Messages. *Pragmatic and Observational Research* 2015;6:47-54. DOI <http://dx.doi.org/10.2147/POR.S89946>
8. Porzolt et al.: „Versorgungsforschung braucht dreidimensionale Standards zur Beschreibung von Gesundheitsleistungen – Teil 2“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/19). S 53-60, doi: 10.24945/MVF.0419.1866-0533.2163
9. Grayne SB. *The Theory That Would Not Die: How Bayes' Rule Cracked the Enigma Code, Hunted Down Russian Submarines, and Emerged Triumphant from Two Centuries of Controversy.* Yale University Press 2011. New Haven London.
10. Pearl J and Mackenzie D. *The book of why. The new science of cause and effect.* Basic books. May 2018. ISBN 046509760X (ISBN13: 9780465097609)
11. Porzolt F, Jauch K-W. Vielfalt und wissenschaftlicher Wert von randomisierten Studien. *Alltagstauglichkeit fehlt.* [Real World Usefulness is Missing] *Dtsch Ärztebl* 2018;115:214-215 DOI: 10.3238/arztebl.2018.0114c.
12. Lange S, Sauerland S, Lauterberg J, Windeler J. Vielfalt und wissenschaftlicher Wert randomisierter Studien. *Dtsch Ärztebl.* 2017;114:635-640
13. Ioannidis JPA Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005;2(8): e124.

Zitationshinweis

Porzolt, F., Becker, S.: „Bei jedem Masterplan des Gesundheitswesens muss gelten: Wissenschaft vor Wirtschaft“ (05/19), S. 40-43; doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2178

trifft zielsicher den Kern des Problems, verwässert ihn aber durch ungeordnete Vorschläge zu den Details. Am Beginn jeder Innovation steht eine Idee. Diese ist in eine konkrete Fragestellung zu überführen. Nur wenn die Mehrzahl aller Leser aus der gewählten Formulierung einer Fragestellung dasselbe Projektziel (objective) erkennt, ist die Fragestellung hinreichend präzise formuliert. Aus präzisen Fragestellungen sind geeignete Endpunkte abzuleiten, die im Projekt gemessen werden. Wer Endpunkte misst, ohne die Risiken zu berücksichtigen, die im Versorgungsalltag einen oder mehrere der gemessenen Endpunkte verzerren können, wird am natürlichen Chaos des Versorgungsalltags verzweifeln.

Mit der Wahl der Endpunkte beginnt die Qual, die geeignete Nachweismethode zu finden. Wir würden den Rahmen dieser Diskussion sprengen, wenn wir differenzierten, dass die Sensitivität und Spezifität der Nachweismethode nur die ersten beiden Eingangskriterien bei der Wahl des geeigneten Tests sind. Die klinische Relevanz des Testergebnisses wird deutlich, wenn sich nachweisen lässt, dass im Versorgungsalltag die weitere Konsequenzen unabhängig von erzielten Testergebnis abgeleitet werden.

6. Überführung von Innovationen in die Regelversorgung

Diese Entscheidungen sind immer von unterschiedlichen Wertvorstellungen geprägt und können deshalb nicht durch die Wissenschaft alleine gelöst werden – aber sicher auch nicht ohne sie.

7. Vermeidung von Interessenkonflikten des Systems

Die Förderung von Versorgungsinnovationen sollte ebenso einer Prüfung von Interessenkonflikten unterliegen wie die Diskussion über ein „free lunch“; es ist nicht sinnvoll, über die Konsequenzen eines Süppchens mit „G'schmäcke“ öffentlich zu diskutieren, aber die Fehlentscheidungen bei Finanzierung nicht durchführbarer Projekte in Millionenhöhe unter den Teppich zu kehren. Handeln & Haften sind auch bei der Vergabe von Fördermitteln notwendig.

Bei all dem hat zu gelten: **Die Optimierung der Gesundheitsversorgung lässt sich nicht an erfolgreichen Geschäftsmodellen, sondern an der Reduktion von Gesundheitsproblemen (Patient and Society Reported Outcomes) erkennen.** <<

Korrespondenzadresse

Wenn Sie Kontakt mit den Autoren aufnehmen wollen, nutzen Sie bitte die Angaben auf der Homepage: www.clinical-economics.com <<

Aufruf zum Dialog

Wenn auch Sie Ideen für einen Masterplan des Gesundheitswesens, wie ihn der BMC (MVF 04/19) und auch die Autoren Piwernetz und Neugebauer in dieser Ausgabe von MVF vorschlagen, beitragen wollen, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Chefredaktion auf. eMail: stegmaier@m-vf.de <<

Seminarhinweis der Redaktion

Kann man die mit RCT, oder auch PCT (Pragmatic Controlled Trials) und RWD gewonnenen Daten vergleichen oder gar matchen? Gibt es überhaupt Evidenzklassen? Wie können Bias vermieden werden? All das und noch viel mehr erklärt der Methodiker Prof. Dr. Franz Porzolt im 1. Fachseminar von MVF mit dem Titel: „Messung der Effectiveness im Versorgungsalltag“. Das Fachseminar findet am 28. Oktober, also am Vortag des MVF-Kongresses (29.10), von 16:00 – 20:00 Uhr in der AOK Nordost, Wilhelmstr. 1, 10963 Berlin, statt.

Siehe Beilage und Link: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/RWE_2019/MVF-Fachseminar-RWE

20 Jahre TMF



Copyright: TMF/Volkmar Otto

>> In der edlen Location des Microsoft Atriums Unter den Linden beging die Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. (TMF) sein zwanzigstes Jubiläum seiner Gründung als Dachorganisation der medizinischen Verbundforschung. Rund 60 Gäste aus Wissenschaft, Politik und Wirtschaft folgten der Einladung und folgten den Grußworten sowie der Podiumsdiskussion unter dem Leitmotiv „Roadmap Medizinforschung – Chancen für Patientenversorgung und Forschungsstandort nutzen!“ Auf dem Podium diskutierten (v.li.): Prof. Dr. Martin Gersch (Department für Wirtschaftsinformatik, FU Berlin), Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH (Geschäftsführender Direktor Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald sowie TMF-Vorstand), Dr. Michael Meyer (Vice President Clinical Products, Siemens AG HealthCare), Tino Sorge (MdB CDU/CSU), Dr. Siegfried Throm (Geschäftsführer Forschung, Entwicklung, Innovation, vfa e. V.) sowie Prof. Dr. Andrew Ullmann (MdB FDP). Es moderierte Ingo Bach, Chefredakteur für Gesundheit des Berliner „Tagesspiegels“. <<

Ludewig: „Wir müssen schneller werden“



>> Beim Europäischen Gesundheitskongress München (EGKM), wie der Hauptstadt kongress und der Gesundheitskongress des Westens seit Anfang 2018 unter der Ägide der zur Verlagsgruppe Springer Nature gehörenden Springer Medizin Verlag GmbH, traten Ende September rund 150 Referenten auf, die mit über 1.000 Kongressbesuchern gesundheitspolitische Fragen diskutierten. Dr. Gottfried Ludewig, Abteilungsleiter Digitalisierung im Bundesgesundheitsministerium, hat in einem eindringlichen Appell zu einer beschleunigten Nutzung digitaler Technologien im deutschen Gesundheitswesen aufgerufen. Deutschland müsse sich „dramatisch entwickeln“, so der BMG-Abteilungsleiter auf dem EGKM. Keiner möchte, dass die Angebote des Silicon Valley jene des SGB V ersetzen: Keiner wolle eine Amazon-Krankenkasse. Doch die gebe es schon. Seine Warnung: „Dann kommt eben die Veränderung von außen, weil wir sie nicht aufhalten können. Und dann werden die Rahmenbedingungen von Institutionen gelebt und gesetzt, die wir nicht beeinflussen können.“ So habe das elektronische Rezept jetzt besondere Priorität, denn es könne doch nicht wahr sein, dass wegen Fehlmedikation in Deutschland deutlich mehr Menschen sterben würden als im Autoverkehr und „wir achselzuckend daneben sitzen“. Ludewig mahnte auch einen anderen Umgang mit dem Datenschutz an. Seit 18 Monaten versuche die Medizininformatik-Initiative der deutschen Bundesregierung mit 16 Landesdatenschutzbeauftragten eine einheitliche Einverständniserklärung für medizinische Forschung hinzubekommen. Ludewig: „Das kann nicht angehen. Wir müssen schneller werden!“ <<

German Biobank Alliance (GBA) deutlich ausgebaut

>> Die 2017 eingerichtete German Biobank Alliance (GBA) konnte im Zeitraum von Mai bis September 2019 mit der BioBank Dresden, der FREEZE-Biobank Freiburg sowie der Zentralen Biobank des CCC Tübingen-Stuttgart gleich drei neue Partnerbiobanken in seinem Verbund begrüßen. Mit den ebenfalls noch recht neuen Partner-Biobanken (Berliner ZebanC, Westdeutsche Biobank Essen (WBE) der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum Essen, Comprehensive Biobank Marburg (CBBMR), Zentrale Biobank Regensburg), die dem Verbund bis Mai 2019 beigetreten waren, konnte somit die Zahl der Partnerstandorte seit der Gründung im Jahr 2017 von elf Biobankstandorten und zwei IT-Zentren auf nunmehr 18 Biobankstandorte und zwei IT-Zentren ausgebaut werden. Somit wächst der gemeinsame Proben-Pool der GBA, den Wissenschaftler durch die übergreifende IT-Infrastruktur in Zukunft gezielt nach bestimmten Eigenschaften durchsuchen können, stetig weiter.

14 (inkl. DKFZ) der 18 Biobanken der GBA nutzen bei ihrer Arbeit als zentrale IT-Lösung auf „CentraXX“, das Anbieter Kairos in steter und enger Abstimmung mit allen Anwendern

sukzessive erweitert und insbesondere mit Blick auf möglichst umfangreiche Standardisierung verbessert, so dass letztendlich alle Nutzer von den Erfahrungen und Anforderungen anderer Standorte, die in diese Systementwicklungen einfließen, gleichermaßen profitieren können.



Gerade wurde das „CentraXX“-Release 3.13.0 vorgestellt, das u.a. auch über ein Trial Master File-Modul (TMF) verfügt, so dass dem Forscher nun alle wesentlichen Akten seiner klinischen Studie in einer Dokumentensammlung zusammengefasst zur Verfügung stehen. <<

10. Gesundheitsforen-Kongress

>> Am 5. und 6. Dezember 2019 findet der 10. Partnerkongress der Gesundheitsforen in Leipzig statt. Eröffnet wird der Kongress, mit dem die Foren auch ihren 10-jährigen Geburtstag feiern, von Prof. Dr. Jörg Debatin, Leiter des im April eröffneten health innovation hub des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Fragestellung, wie es um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens bestellt ist. Ort: Leipziger Foren, Salles de Pologne Events Konferenzen, Hainstraße 16, 04109 Leipzig.

Das Programm bietet viele Highlights. Darunter sind Vorträge von Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem, Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement, Universität Duisburg Essen, der über „Die RSA-Reform – Erkenntnisse und Weiterentwicklung des Morbi RSA“ spricht, und von Roland Nagel, Geschäftsführer der Gesundheitsforen Leipzig GmbH, der gemeinsam mit Dr. Michael Haft, Gründer und CEO, Xplain Data GmbH, einen Fokus auf „Big Data und Analytics“ setzt.

Ebenfalls interessant werden die Gedanken von Jürgen Graalman, Geschäftsführender Gesellschafter der BrückenKöpfe GmbH, zum Thema: „Das Gesundheitswesen wird gestapelt: Neue Rollen der Akteure im Gesundheitswesen für mehr Prävention, Transparenz, Patientenorientierung und Stärkung der Pflege“. <<

BMBF-Förderrichtlinie „Psychische und neurologische Erkrankungen erkennen und behandeln“

>> Mit der Förderrichtlinie „Psychische und neurologische Erkrankungen erkennen und behandeln – Potenziale der Medizintechnik für eine höhere Lebensqualität nutzen“ will das BMBF neue medizintechnische Lösungen unterstützen, die dabei helfen, psychische und neurologische Erkrankungen besser zu erkennen und zu behandeln. Dabei setzt das das Forschungsministerium mit der vorliegenden Förderrichtlinie einen am Bedarf orientierten Themenschwerpunkt zu wichtigen zugrundeliegenden Diagnose-, Behandlungs- und Versorgungsfragen aus dem Fachprogramm Medizintechnik, Handlungsfeld „Patientennutzen“ um.

Gegenstand der Förderung sind industriegeführte, risikoreiche und vorwettbewerbliche Vorhaben der FuE, in der Regel in Form von Verbundprojekten, in denen die Erarbeitung von neuen, marktfähigen Versorgungslösungen auf Basis innovativer medizintechnischer Lösungen angestrebt wird, deren Ergebnisse am Nutzen für Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen orientiert sind.

Hinsichtlich der Förderung können Projektinteressierte alle Indikationen aus den

drei nachfolgenden Themenfeldern bearbeiten:

1) Psychische Erkrankungen:

Im Themenkomplex der psychischen Erkrankungen im Sinne dieser Fördermaßnahme sollen im Rahmen industrietriebener Forschung medizintechnische Innovationen für eine verbesserte Diagnostik und Patientenversorgung geschaffen werden.

2) Neurologische Erkrankungen

In diesem Themenfeld sollen neue Medizinprodukt-Innovationen im Fokus der FuE stehen, die im Rahmen produktnaher, industrietriebener Forschung etabliert werden. Folgende neurologische Erkrankungen sind als thematische Beispiele aufgeführt.

3) Seltene Erkrankungen:

Besonders förderwürdig sind weiterhin Lösungsansätze, die die Diagnose, Therapie und Rehabilitation seltener neurologischer oder psychischer Erkrankungen adressieren und zum Zeitpunkt der Antragstellung ein Leiden adressieren, welches nicht mehr als fünf von zehntausend Personen in der Europäischen Union betrifft. Forschungsvorhaben in diesem

Bereich können auch einen stärker grundlagenorientierten klinischen Ansatz hinsichtlich medizintechnischer Lösungen verfolgen.

Es können aber auch FuE-Projekte in nicht explizit genannten Anwendungsbereichen gefördert werden, solange die Lösungsansätze einen wesentlichen Beitrag zur oben genannten Zielstellung und Thematik der Förderrichtlinie leisten. Antragsberechtigt sind Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft sowie Hochschulen, forschende Kliniken und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen. Zum Zeitpunkt der Auszahlung einer gewährten Zuwendung wird das Vorhandensein einer Betriebsstätte oder Niederlassung (Unternehmen) bzw. einer sonstigen Einrichtung, die der Tätigkeit des Zuwendungsempfängers dient (Hochschule, forschende Kliniken und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen) in Deutschland verlangt. Die mögliche Förderdauer beträgt bis zu drei Jahre. In der ersten Verfahrensstufe sind dem Projektträger bis spätestens 31. Januar 2020 zunächst Projektskizzen über das elektronische Antragsystem „easy-Online“ (<https://foerderportal.bund.de/easyonline>) vorzulegen. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

BMG-Satellitensymposium auf dem DKVF am Mittwoch, 9.10.19

Neue Chancen: Real World Daten für die Versorgungsforschung

Am ersten Kongresstag findet ein zusammen mit dem Bundesministerium für Gesundheit organisiertes Symposium zum Thema „Real World Daten für die Versorgungsforschung“ statt. Es ist das vierte Satellitensymposium auf dem DKVF und setzt den Dialog zwischen Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung fort.

>> Die Medizin der Zukunft wird eine noch stärker datengetriebene Medizin sein. Eine bessere Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für Versorgung, Forschung und Planung stellt in einem heterogenen Gesundheitswesen eine besondere Herausforderung dar.“ Ein wichtiges Thema dabei ist die Interoperabilität von Real World Daten. Die Verknüpfung von Daten bietet neue Möglichkeiten für die Versorgungsforschung, wenn sie die Daten zur Verfügung hat.

Wie können Real World Daten zur Verfügung gestellt und so genutzt werden, dass es allen beteiligten Stakeholdern nutzt und vor allem die Patienten davon profitieren?

Ein wichtiges Thema dabei ist die Interoperabilität von Real World Daten. Die Verknüpfung von Daten bietet neue Möglichkeiten für die Versorgungsforschung, wenn

sie die Daten zur Verfügung hat.

Neben dem BMG mit einem Vortrag zum Thema „Chancen für eine bessere Vernetzung zwischen Forschung und Versorgung“ stellen Vertreter der Leistungserbringer, der Kostenträger, der Klinischen Krebsregister sowie der Medizininformatik Initiative in Impulsreferaten ihre Konzepte bzw. Standpunkte zur Nutzung von Real World Daten vor. Ergänzt werden die Referate durch eine juristische Perspektive zum Thema Datenschutz. Anschließend wird diskutiert, wie die Real World Daten zum Nutzen der Patienten, der Leistungserbringer, jedoch auch der Forschung verwendet werden können. Den Vorsitz übernehmen der Kongresspräsident Prof. Jochen Schmitt, und Prof. M. Klinkhammer-Schalke. Das Symposium wird moderiert von Prof. Wolfgang Hoffmann. <<

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn sie dies Heft in der Hand halten, steht der Kongress kurz bevor oder er ist in vollem Gange.

Wir freuen uns sehr, wieder ein Satellitensymposium mit dem Bundesministerium für Gesundheit durchführen zu können, diesmal zum Thema „Real World Daten für die Versorgungsforschung“.

Ein lernendes Gesundheitssystem braucht die Perspektive und die aktive Mitarbeit der Patienten. Der Patiententag am Donnerstag bietet ein Veranstaltungsprogramm mit vielen Sessions, die für Patienten besonders interessant sind. In einem World Café möchten wir in einem interaktiven Austausch erfahren, was Patienten von der Versorgungsforschung erwarten.

Die große Anzahl eingereicherter Abstracts mit einer Vielfalt von Themen zum Kongress Thema wird dafür sorgen, dass der Kongress alle Ebenen und Beteiligten in der Versorgungsforschung ansprechen und eine gemeinsame lebhaft Diskussionsplattform bieten wird. Viele weitere Symposien und Veranstaltungen widmen sich unterschiedlichen Themenbereichen und wir freuen uns auf den regen Austausch.

Darüber hinaus werden sich viele unserer Arbeits- und Fachgruppen während des Kongresses zusammensetzen und es wird sich eine neue Arbeitsgruppe zum Thema Rehabilitation sowie eine neue Fachgruppe zum Thema muskuloskeletale Medizin gründen. Die ehrenamtliche Arbeit ist das Fundament des DNVF und wir möchten allen Mitgliedern der Arbeits- und Fachgruppen für ihre hervorragende ehrenamtliche Arbeit danken.

Ein besonderes Highlight wird die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Prof. Friedrich Schwartz im Rahmen des Festabends sein. Ebenso wie die Verleihung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises nach der ersten Plenarsitzung am Mittwoch.

Mein besonderer Dank gilt dem Kongresspräsidenten Prof. Jochen Schmitt und seinem Team sowie der Geschäftsstelle des DNVF für die Organisation des Kongresses. Ich hoffe, Sie auf dem Kongress zu sehen. Mit allen guten Wünschen für Sie und eine gute Zeit

Ihre

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



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

BMG Satellitensymposium: Real World Daten für die Versorgungsforschung	
19:15 Uhr	Begrüßung und Einführung Prof. J. Schmitt und Prof. M. Klinkhammer-Schalke
19:20 Uhr	Chancen für eine bessere Vernetzung zwischen Forschung und Versorgung Jana Holland (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin)
19:35 Uhr	Eingangsstatements für die Diskussion
	• Dr. U. Marschall (BARMER)
	• Prof. O. Ortman (Deutsche Krebsgesellschaft, Uniklinik Regensburg)
	• Prof. M. Klinkhammer-Schalke (Universität Regensburg, Vorsitzende DNVF)
	• Dr. F. Wissing (Medizinischer Fakultätentag)
	• Prof. C. Dierks (Dierks + Company)
20:10 Uhr	Podiumsdiskussion mit den Referenten
ab 20:45 Uhr	Im Anschluss an das Symposium findet ein Empfang im Foyer statt, zu dem alle herzlichst eingeladen sind.

Kongresstag für Bürger und Patient sowie World Café

Für den Donnerstag, den 10. Oktober 2019, wurde ein Programm zusammengestellt, welches in besonderem Maße von Interesse für Patienten sein wird. Am Patiententag des DKVF gibt es die Gelegenheit, sich über die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung zu informieren, sich mit den Wissenschaftlern auszutauschen und ihnen Fragen zu stellen. Der Patiententag bietet in diesem Jahr darüber hinaus auch die Gelegenheit für Patienten, sich aktiv am wissenschaftlichen Geschehen und spannenden Diskussionen zu beteiligen.

>> Gemeinsame Verantwortung gelingt nur, wenn Wissenschaft, Patienten sowie andere Beteiligte in einen engen Austausch treten. Dazu wird ein interaktiver Workshop in Form eines World Cafés durchgeführt mit dem Thema: „Was erwarten Patienten von der Versorgungsforschung?“

Die Versorgungsforschung möchte in diesem offenen Dialog:

- Anstöße für Forschungsfragen bekommen,
- einen Dialog über das Thema Patientenbeteiligung in Gang setzen,
- über Möglichkeiten sprechen, Patienten als Forschende einzubinden,
- über Datenbereitstellung (Datenspenden) diskutieren und
- erfahren, wie die Mitarbeit im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung oder die Teilnahme am Deutschen Kongress Versorgungsforschung für Patienten attraktiv wird.

Der Workshop dient dazu, die Versorgungsforschung stärker an den Bedarfen und Fragestellungen der Patienten zu

orientieren: Für eine gute und bedarfsgerechte Versorgung braucht die Versorgungsforschung eine starke Einbindung und aktive Beteiligung von Patienten. Das Format World Café fördert den assoziativen informellen Austausch, aus dem Neues entstehen kann.

Der Eintritt ist für Patienten am 10. Oktober 2019 bei vorheriger Anmeldung kostenfrei.

Registrieren Sie sich bitte unter: <https://dkvf2019.de/registrierung/gebuehren-registrierung>

Programm Patiententag am 10.10.2019	
10:30 – 12:00 Uhr	Besuch verschiedener Vortragssessions zu Themen wie <ul style="list-style-type: none">• Patientensicherheit im ambulanten und stationären Sektor• Patientenorientierung• Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen
12:15 – 13:15 Uhr	Besuch von Lunchsymposien zu Themen wie <ul style="list-style-type: none">• „Welchen Beitrag kann Künstliche Intelligenz für eine patienten-/bürgerorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung leisten?“ (Roche Pharma AG)
13:30 – 15:00 Uhr	Plenarsitzung mit Podiumsdiskussion zum Thema „Bedarfsgerechte Ausgestaltung der Notfallversorgung“
15:05 - 17:05 Uhr	Aktive Teilnahme am World Café Was erwarten Patienten von der Versorgungsforschung?
17:15 – 18:45 Uhr	Besuch verschiedener Vortragssessions zu Themen wie <ul style="list-style-type: none">• Partizipative Entscheidungsfindung• Prozesse und Ergebnisse aus Patientenperspektive

Aktuelle Zahlen und News

>> Aus dem DNVF e.V.:

Das DNVF hat nach Aufnahme neuer Mitglieder (zuletzt im September) mittlerweile 220 persönliche Mitglieder. In diesem Jahr stieg die Anzahl der Mitglieder in der Sektion 4 (Natürliche Personen) von 196 zum 31.12.2018 um 24 Personen.

>> Das DNVF zwitschert wieder

Mit Freude verkünden wir, dass wir wieder aktiver auf Twitter sein werden. Der Kurznachrichtendienst bietet eine gute Plattform für den Austausch von Informationen und zur Diskussion.

Gemeinsam mit dem Vorstand wurde ein Konzept erarbeitet, welches ab September umgesetzt werden soll. Twitter soll eine Quelle für gute Information

sein. Dabei möchten wir den wissenschaftlichen Nachwuchs erreichen und gleichzeitig auf die vielseitigen Aktivitäten des Netzwerks aufmerksam machen. Weiterhin soll die Gemeinschaft zu den DNVF-Mitgliedern gestärkt werden, Twitter soll dabei auch als Bindeglied zwischen dem DNVF und der Community dienen.

Freuen Sie sich auf spannende Beiträge und verpassen Sie keine News mehr! Folgen Sie uns auf Twitter, unser Nutzernamen lautet @dnvf_ev.

>> DNVF-Spring-School 2020 vom 30.03.-02.04.2020 in Bonn

Im nächsten Jahr findet die schon 8. DNVF-Spring-School statt. Das Feedback der diesjährigen Spring-School fiel sehr positiv aus, weshalb es uns umso mehr

freut, dass nahezu alle Referenten auch für das nächste Jahr zugesagt haben. Das Programm kommt in Kürze online.

Vom 30.03. bis 02.04.2020 finden Sie uns wie schon in den Vorjahren im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn. Insgesamt 18 Module werden von mehr als 30 verschiedenen Referenten an den vier Veranstaltungstagen angeboten.

Die Online-Anmeldung wird im Oktober – voraussichtlich zum DKVF – freigeschaltet und die Anmeldung zum Frühbucherrabatt ist bis Anfang Februar möglich.

Alle Informationen zu den Modulen, den Referenten und organisatorische Hinweise stellen wir in Kürze auf der DNVF-Webseite www.dnvf.de bereit. Zögern Sie nicht, uns bei Rückfragen zu kontaktieren (info@dnvf.de).

Die Mitarbeiter der Geschäftsstelle helfen Ihnen gerne weiter!



Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

19. Kongress | 30.09.-02.10.2020 | Urania - Berlin

**SAVE
THE DATE**

19. Deutscher
Kongress für
Versorgungsforschung

Kongresstitel 2020:

Zugang, Qualität und Effizienz:
Gesundheitsversorgung international
vergleichen und verbessern

Kongresspräsident:

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

Technische Universität Berlin

Fakultät Wirtschaft und Management

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

WISSENSCHAFT / FORSCHUNG



VERSORGUNGSPRAXIS



GESUNDHEITSPOLITIK



www.dkvf.de

Weitere Symposien, Netzwerktreffen und Workshops

Der DKVF ist der Treffpunkt für die Versorgungsforschung. Das Programm des Kongresses wurde primär aus den 520 eingereichten Abstracts gestaltet, die in Vortrags- oder Postersitzungen präsentiert werden. Einige Sitzungen/Symposien oder Treffen wurden auf Anfrage der Partner des DNVF oder auf Einladung des Kongresspräsidenten bzw. des DNVF oder der AG Nachwuchsförderung geplant, die wir im Folgenden vorstellen wollen.

>> Der Mittwoch bietet zwei spezielle Veranstaltungen. Das Symposium der Deutschen Krebs Gesellschaft (DKG) zum Thema „Vernetzung von Forschung und Versorgung“. Dieses Symposium wird sich mit dem Thema des Übergangs (Translation) von Forschungsergebnissen in die Versorgung von Patienten mit Tumoren auseinandersetzen. Das Symposium diskutiert die Fragestellung, wie Daten zu diesem Prozess erhoben bzw. nutzbar gemacht werden können und zu Erkenntnissen über den Translationsprozess und die Behandlung führen. Am Abend folgt das in dieser Ausgabe näher beschriebene BMG-Satellitensymposium zum Thema: „Real World Daten für die Versorgungsforschung“.

Ausgerichtet von der AG Nachwuchsförderung des DNVF präsentieren am Mittwochnachmittag zum ersten Mal acht Studierende mit einem Bezug zur Versorgungsforschung ihre studentischen Arbeiten in der eigenen Postersession „Master's Corner“. Die acht Beiträge geben einen guten Überblick über die Themenbreite der Studiengänge und Abschlussarbeiten.

Der Donnerstag ist der Patiententag und der Kongresspräsident und sein Organisationsteam hoffen auf viele Bürger, Patienten und Patientenvertreter, die den Kongress besuchen und sich am World Café aktiv beteiligen. Besonders hinweisen möchten wir auf die Session des Bundesverbands Managed Care zum Thema Nutzenbewertung in einem dynamischen Umfeld. Ein besonderes Highlight verspricht wieder der Science Slam, der diesmal erstmalig im Rahmen des Festabends stattfinden wird.

Der wissenschaftliche Nachwuchs auf dem DKVF

Der Freitag startet mit einer Frühstückssession der AG Nachwuchsförderung, die um 9 Uhr alle interessierten Nachwuchsforscher zum Kennenlernen und Austausch einlädt.

Darauf folgt die Nachwuchs-Session, die einen Survey zur Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Ver-

sorgungsforschung vorstellt und die Frage stellt, wozu es Versorgungsforscher braucht. Am Freitag, vor der abschließenden Plenarsitzung, präsentiert die DFG Förderinstrumente für die Versorgungsforschung und die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Laufbahn.

Ebenfalls am Freitagmorgen findet eine gemeinsame Session mit der DGHO statt. Unter dem Titel „Bedarf, Zugang und Qualität der medizinischen Versorgung in der Onkologie“ werden Konzepte und Ergebnisse zur wissenschaftlich geleiteten Auseinandersetzung und der Erarbeitung von Lösungsansätzen für die langfristige Ausgestaltung einer angemessenen, modernen medizinischen Versorgung krebserkrankter Menschen präsentiert. Die Sitzung richtet sich an Kliniker, Patientenvertreter wie auch Versorgungsforscher und Versorgungsmanager.

Der DKVF beginnt am Mittwoch, dem 9. Oktober um 9 Uhr und endet am Freitag, dem 11. Oktober um 16.30 Uhr. An jedem Kongresstag findet eine Plenarveranstaltung im großen Humboldt-Saal statt, darüber hinaus können die Besucher i.d.R. zwischen sechs bis acht parallel laufenden Vortragsitzungen auswählen.

Aktuelles Programm und Programmheft siehe. www.dkvf2019.de. <<

Termine

11.-14.10.2019, Berlin

Jahrestagung der DGHO
> <https://www.haematologie-onkologie-2019.com/>

16.-19.10.2019, Mannheim

35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
> <http://www.dreilaendertagung2019.de>

29.10.2019, Berlin

9. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ zum Thema „Real-World-Evidenz“

>> https://www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/RWE_2019

News

>> Gute Praxis Datenlinkage (GPD) erschienen

Ein Autorenteam von 23 Mitgliedern der Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), der Arbeitsgruppe Validierung und Linkage von Sekundärdaten des DNVF sowie der Arbeitsgruppe IT-Infrastruktur und Qualitätsmanagement der TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V. haben eine Gute Praxis Datenlinkage herausgegeben.

Der GPD soll als Standard für Forschungsvorhaben in der Gesundheits- und Sozialforschung dienen, die mit einem Datenlinkage personenbezogener Daten auf Grundlage wissenschaftlicher Grundsätze arbeiten wollen. Er richtet sich an Dateneigner, Wissenschaftler, Gutachter wissenschaftlicher Projekte und Publikationen sowie Aufsichtsbehörden, Ethikkommissionen und Datenschutzverantwortliche. Der GPD ist zum einen Handlungsanleitung im Sinne einer Leitlinie und zum anderen für die oben beschriebene Zielgruppe eine Checkliste für die Planung oder Bewertung von Vorhaben. Neben einem umfangreichen Glossar und einem Überblicksdiagramm zum Gesamtprozess eines Forschungsvorhabens mit Datenlinkage enthält der GPD sieben Leitlinien zu diversen Themen.

>> zur Publikation (open access) <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0962-9933>

DNVVF

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

eMail: info@dnvf.de

Dr. PH Sebastian Schmidt-Kaehler MPH
Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer
Univ.-Prof. em. Dr. phil. Jürgen Pelikan

Fokus Gesundheitskompetenz

Transfer zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem

Mit seiner hohen Dichte an Versorgungseinrichtungen, einem kostenlosen Zugang zu medizinischen Leistungen, freier Arztwahl und einer hohen Ausdifferenzierung bietet das deutsche Gesundheitssystem seinen Versicherten ein breites Leistungsspektrum und eine Vielzahl an Wahlmöglichkeiten. Mündige und aufgeklärte Patientinnen und Patienten nutzen diese Freiheit und nehmen die Dinge immer häufiger selbst in die Hand: Sie sind besser informiert als jemals zuvor, hinterfragen, fordern ein, kennen ihre Rechte und wirken proaktiv an der Wiedererlangung oder Erhaltung ihrer Gesundheit mit. Eine derart selbstbestimmte und kompetente Nutzung des Versorgungssystems setzt voraus, dass Patienten mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen und sich aktiv in Entscheidungsprozesse einbringen können. Die aktuelle Studienlage deutet jedoch darauf hin, dass dies häufig nicht der Fall ist. Danach sieht sich über die Hälfte der deutschen Bevölkerung vor erhebliche Probleme gestellt, wenn es darum geht, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer et al. 2016). Die dafür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten werden als „Gesundheitskompetenz“ definiert. Ein kompetenter Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen bildet die Basis, um eine aktive Rolle im Behandlungsprozess einzunehmen, sich in der Instanzenvielfalt des Systems zurechtfinden und sich partizipativ an Entscheidungen im Behandlungsprozess beteiligen zu können. Der vom englischen „Health Literacy“ abgeleitete Begriff „Gesundheitskompetenz“ erfährt daher in der deutschen Fachliteratur seit einigen Jahren wachsende Popularität und wird in der Public Health-Debatte weltweit immer häufiger als signifikante Größe beschrieben (Sørensen et al. 2012).

>> Schon heute zeigt die Studienlage, dass geringe Gesundheitskompetenz mit erheblichen Risiken assoziiert ist: Sie geht mit geringerem Krankheitswissen, mehr stationären Aufenthalten und Wiedereinweisungen, häufigeren Problemen bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen, mehr Behandlungsfehlern, einer höheren Morbidität und Mortalität einher (Kickbusch et al. 2016, Schaeffer et al. 2016, HLS-EU Consortium 2012, Berkman et al. 2011). Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz nehmen Vorsorgeuntersuchungen seltener in Anspruch, treffen häufiger risikoreiche Gesundheitsentscheidungen

Zusammenfassung

Eine niedrige Ausprägung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hat Folgen für die Individuen, stellt aber ebenso die Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen, denn die Gesundheitskompetenz prägt auch die Nutzung der gesundheitlichen Versorgung nachhaltig. Gesundheitskompetenz ist keineswegs nur als persönliche Disposition zu verstehen, sondern ist immer auch Ausdruck der situativen Anforderungen, die ein System an seine Nutzer stellt. Der vorliegende Beitrag geht deshalb der Frage nach, wie ein nutzerfreundliches und gesundheitskompetentes Gesundheitssystem aussehen könnte. Er bezieht sich auf den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz, ebenso wie auf eine Reihe von Strategiepapieren, die im Nachgang des Aktionsplans publiziert wurden. In der Gesamtschau der strategischen Empfehlungen entsteht das Bild eines nutzerfreundlichen Gesundheitssystems, das den Umgang mit Informationen erleichtert und die Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten stärkt. Wichtige Handlungsfelder liegen dabei in der nutzerfreundlichen Gestaltung der Versorgungsstrukturen und der Informations- und Kommunikationslandschaft sowie in der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Versorgungsgestaltung.

Schlüsselwörter

Gesundheitskompetenz, Healthcare Usability, nutzerfreundliche Gesundheitsversorgung, nutzerfreundliches Gesundheitssystem, gesundheitskompetente Organisation, Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, gesundheitskompetentes System

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2173>

und nutzen das Gesundheitssystem – insbesondere die Notfallversorgung – häufiger (ebd.). Im Umkehrschluss wird Gesundheitskompetenz immer häufiger auch als Schlüssel zu besseren Behandlungs- und Versorgungsergebnissen, Sicherheit und Teilhabe in der Gesundheitsversorgung gesehen (Carmona 2004).

Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist kein triviales Unterfangen, denn sie erfordert Maßnahmen in ganz unterschiedlichen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Neben dem Gesundheitssystem betrifft dies beispielsweise das Bildungswesen, die Konsum- und Lebensmittelindustrie, aber auch Arbeitgeber, Kommunen und viele weitere Akteure. Um einen systematischen Überblick über die unterschiedlichen Handlungsfelder zu schaffen, verabschiedete die Regierung der Vereinigten Staaten bereits im Jahr 2010 einen Nationalen Aktionsplan zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, weitere Staaten wie Großbritannien, Kanada und Australien folgten. Im vergangenen Jahr legte eine zivilgesellschaftliche Initiative von Wissenschaftlern und Experten auch für Deutschland einen Nationalen Aktionsplan vor, in dessen vier Handlungsfeldern 15 konkrete Empfehlungen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Deutschland formuliert werden (Schaeffer et al. 2018).

Ein dort vertretener Ansatz zur Förderung der Gesundheitskompetenz besteht darin, relevantes Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch individuelles Lernen zu entwickeln und dabei Information, Beratung und Bildung in den Fokus zu rücken (Hurrelmann et al. 2018). Diese sinnvolle, ja sogar notwendige Strategie würde isoliert jedoch deutlich zu kurz greifen, da sie lediglich bei der Bevölkerung und den Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitssystems ansetzt. Gesundheitskompetenz ist jedoch keineswegs nur als persönliche Disposition zu verstehen: Sie ist immer auch Ausdruck der situativen Anforderungen, die ein System an seine Nutzer stellt (Münch & Dierks 2017, Pelikan 2016, Parker 2009) und entsteht also immer dann, wenn die systemseitigen Anforderungen mit den individuellen Lernvoraussetzungen, dem Vorwissen sowie den vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Einklang gebracht werden.

Die Beschaffenheit eines nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystems wurde auch in einer Reihe von Expertenworkshops thematisiert, die von den Initiatoren des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in den Jahren 2018 und 2019 durchgeführt wurden. Ziel der Workshops war es, einzelne Empfehlungen des Aktionsplans zu operationalisieren und konkrete Maßnahmen zu benennen. Hierzu wurden verschiedene Strategiepapiere veröffentlicht, die sich unter anderem mit der nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gestaltung des Gesundheitssystems (Schmidt-Kaehler et al. 2019) und den besonderen Anforderungen an die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung (Schaeffer et al. 2019) auseinandersetzen. In der Summe der strategischen Empfehlungen lassen sich drei zentrale Stränge zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Nutzerfreundlichkeit im Gesundheitssystem herauskristallisieren. Sie betreffen die Nutzerfreundlichkeit des Gesundheitssystems, die Gestaltung der Informations- und Kommunikationslandschaft sowie die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Versorgungsgestaltung.

„Healthcare Usability“

In unserem von Fragmentierung, Regulierung und Intransparenz gekennzeichneten Gesundheitssystem sind Patientinnen und Patienten täglich gefordert, eine Vielzahl komplexer Informationen zu verarbeiten, komplizierte Formulare auszufüllen, mit finanziellen Risiken umzugehen und zwischen Anbietern und Behandlungsalternativen zu wählen. Dies stellt einen nicht unerheblichen Teil der Bevölkerung vor große Herausforderungen. Anforderungen des Systems und individuelle Ressourcen liegen hier in Teilen weit auseinander. Das wirft die Frage auf, inwiefern unser Gesundheitssystem in der Lage ist, Komplexität zu reduzieren, Prozesse zu vereinfachen und so allen Bürgerinnen und Bürgern die Chance auf eine kompetente Nutzung zu gewähren.

Im Bereich komplexer technischer Systeme wird die Vereinfachung und Angleichung an die Nutzerbedürfnisse am Begriff der „Usability“, zu Deutsch „Gebrauchstauglichkeit“, festgemacht. Gemäß ISO-Norm definiert sie sich als das Ausmaß, „in dem ein Produkt, System oder ein Dienst durch bestimmte Benutzer in einem bestimmten Anwendungskontext genutzt werden kann, um bestimmte Ziele effektiv, effizient und zufriedenstellend zu erreichen“ (ISO-Norm DIN EN ISO 9241, 11). Je leichter und intuitiver Nutzerinnen und Nutzer ihr Ziel in der Interaktion mit dem System erreichen, desto höher ist die Usability einzustufen. Um technische Systeme möglichst nutzerfreundlich zu gestalten, wurde ein ausgefeiltes Methodenwerk entwickelt, in dem Nutzerinnen und Nutzer mit ihren Aufgaben, Zielen und Eigenschaften in den Mittelpunkt des Entwicklungsprozesses gestellt werden (ex. Abras 2004). Überträgt man diesen Ansatz auf die gesundheitliche Versorgung, so wäre ein nutzerfreundliches und gesundheitskompetentes Gesundheitssystem konsequent aus der Nutzerperspektive zu denken und so zu gestalten, dass es den Umgang mit Informationen erleichtert, Patientinnen und Patienten eine aktive Beteiligung an der Wiedererlangung und Erhaltung von Gesundheit ermöglicht und sie bei einer bedarfsgerechten Nutzung des Gesundheits- und Sozialsystems unterstützt.

Dies betrifft unter anderem die Komplexität der Prozesse und Strukturen in unserem durch Instanzenvielfalt gekennzeichneten und gleichzeitig stark regulierten Gesundheitssystem. Die komplizierten Regeln der Nutzung, die Intransparenz der Versorgungsstrukturen und die Vielfalt der Behandlungsoptionen stellen gerade Menschen mit

geringer Gesundheitskompetenz vor große Herausforderungen und erschweren eine kompetente Nutzung der Versorgungslandschaft. Ein nutzerfreundliches Gesundheitssystem übersetzt diese Komplexität in Einfachheit, bietet ausreichende Orientierungshilfen durch Information und Beratung und unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Navigation auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem.

In den Strategiepapieren werden dazu eine Reihe von Maßnahmen benannt, die mit dem Einsatz leicht verständlicher Formulare und Bescheide beginnen, über eine Vereinfachung von schriftlicher wie mündlicher Information zum Gesundheitssystem sowie von Antrags- und Verwaltungsverfahren gehen und bis zur Definition und Abgrenzung klarer und eindeutiger Zuständigkeiten der unterschiedlichen Akteure in den Sozialgesetzbüchern reichen. Die Schaffung von Transparenz über Leistungsansprüche, Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung bildet eine weitere wichtige Strategie, um Patientinnen und Patienten die Orientierung im Gesundheitssystem zu erleichtern. Hierzu bedarf es weit mehr als der bloßen Bereitstellung von Qualitäts- und Strukturinformationen im Internet, denn die Vielzahl der zu berücksichtigenden Kriterien, Indikatoren und Strukturmerkmale dürfte viele Menschen gerade im Krankheitsfall überfordern.

Ausgestaltung gesundheitsrelevanter Information und Kommunikation

In einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem ist die nutzer- und wirkungsorientierte Gestaltung der Informations- und Kommunikationslandschaft von zentraler Bedeutung: Um den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen zu erleichtern, ist es erforderlich, diese möglichst einfach, verständlich und nutzerfreundlich zu gestalten. Hierzu zählen die Formulierung von Texten gemäß den Konventionen einer einfachen Sprache (Bredel & Maaß 2016) ebenso wie der Einsatz multimedialer Vermittlungsformate und die Qualitätssicherung der Inhalte auf Basis der besten empirischen Evidenz. Gleichzeitig kann die Bündelung geprüfter Informationsangebote – wie sie im Rahmen des von der Bundesregierung geplanten Nationalen Gesundheitsportals angedacht ist – Nutzer bei der Suche nach vertrauenswürdigen Informationen unterstützen. Nichtsdestotrotz fokussieren derlei Aktivitäten vornehmlich auf das Finden und Verstehen von Informationen, während die nachgelagerte Rezeption, Aneignung und Anwendung des Wissens noch vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erfahren.

Im Zuge der verstärkten Internetnutzung haben sich Aufklärung und Information zu großen Teilen ins Netz verlagert. Die Konsultation von „Dr. Google“ hat sich längst zum Standardfall entwickelt (Haschke et al. 2018). Deshalb sind alle Bemühungen um Vereinfachung, Qualitätssicherung und Bündelung gesundheitsrelevanter Informationen im Internet sinnvoll und erforderlich. Sie dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Patientinnen und Patienten gerade bei der Informationsrecherche im Netz meist auf sich allein gestellt sind und häufig nicht die Unterstützung erhalten, die notwendig wäre, um eine informierte Entscheidungsfindung und Einwilligung in Behandlungsabläufe zu ermöglichen. Wie die empirischen Befunde zur Gesundheitskompetenz zeigen, ist ein erheblicher Teil der Bevölkerung eben gerade nicht in der Lage, diese Anforderungen aus eigener Kraft zu bewältigen. Um diese Menschen wirksam zu erreichen, braucht es mehr als die bloße Bereitstellung von Information. In den Strategiepapieren des Nationalen Aktionsplans wird deshalb der ergänzende Ausbau unabhängiger Angebote zur Beratung und Edukation, aber

auch von Lotsendiensten und Navigationshilfen gefordert, um die Erschließung und Aneignung von Information und Wissen wirksam zu unterstützen.

Im Zeitalter der digitalen Informationsgesellschaft sollten Informationen vor allem dort proaktiv angeboten und individuell erläutert werden, wo der Informationsbedarf entsteht: Im Gesundheitssystem. Ärzte wie auch die Angehörigen aller anderen Gesundheitsberufe sind – gewollt oder ungewollt – nicht mehr nur „Behandler“, sondern immer häufiger auch Informationsvermittler, die ihre Patientinnen und Patienten bei der Bewertung, Interpretation und Anwendung gesundheitsrelevanter Informationen unterstützen. Anders als bei der Internetrecherche basiert Informationsvermittlung hier auf individuell zugeschnittener, von einem Vertrauensverhältnis gestützten Kommunikation und didaktischer Kompetenz. Auch in den Strategiepapieren wird auf die Notwendigkeit methodischer Standards und die Bedeutung der Kommunikations- und Vermittlungskompetenz auf Seiten der Gesundheitsberufe hingewiesen. Dabei wird die Entwicklung und obligatorische Einführung interprofessionell angelegter Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung empfohlen.

Angesichts der Zunahme chronischer Krankheiten wird zudem darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten in dem oft langen Verlauf des Krankheitsgeschehens einen schwierigen Lernprozess durchlaufen, in dem sie sich mit dem Gesundheitssystem, vielfältigen Behandlungsfragen, negativen Begleiterscheinungen und auch mit Strategien der Krankheits- und Alltagsbewältigung auseinandersetzen müssen. Informationsvermittlung sollte sich in diesen Lernprozess einfügen und ist deshalb nicht als punktuelles Ereignis, sondern als Bestandteil eines fortlaufenden systematischen Informationsprozesses zu begreifen. Dabei gilt es, die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt individuell und passgenau zu vermitteln. Ein solches Informationsmanagement erfordert neben der Bereitstellung geeigneter Patienteninformationen in Klinik- und Praxissystemen vor allem eine gute Organisation, Kooperation und Koordination der an einer Behandlung beteiligten Einrichtungen und Akteure.

Einbeziehung und Patientenpartizipation

Als drittes schließlich ist die Partizipation von Patientinnen und Patienten anzuführen; gemeint ist konkret die Kommunikation und Interaktion im individuellen Behandlungs- und Versorgungsgeschehen, doch ebenso die Beteiligung an der Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Nutzerfreundlichkeit kann in diesem Zusammenhang an dem Ausmaß festgemacht werden, in dem ein Gesundheitssystem Beteiligung ermöglicht und Patientinnen und Patienten auch dazu befähigt, aktiviert und motiviert zu werden.

Auf dem Weg zu mehr Partizipation und Teilhabe gilt es zunächst, die informierte Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen, aber auch das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess konsequent zu verwirklichen. Zu fordern ist in diesem Zusammenhang nicht nur ein Recht auf Information¹ und Aufklärung, sondern ebenso ein Recht auf Anhörung, um der Stimme der Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess mehr Gehör zu verschaffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es gerade Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz schwerfallen dürfte, sich informiert und selbstbewusst in die Interaktion mit den unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen einzubringen. Eine partizipativ angelegte Kommunikation aktiviert und motiviert Patientinnen und Patienten daher, eigene Bedarfslagen, Bedürfnisse und Präferenzen zu erkennen und zu vertreten. Sie erleichtert es dem Gegenüber, zu informierten

Entscheidungen zu gelangen, sich aktiv einzubringen und koproduktiv zu handeln.

Darüber hinaus bildet die gesundheitsbezogene Selbsthilfe eine häufig unterschätzte Ressource, um Patientinnen und Patienten im Umgang mit Informationen zu unterstützen, subjektive Erfahrungen auszutauschen und sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Selbsthilfe kann zu einem besseren Behandlungs- und Therapieverständnis beitragen, sozialen Rückhalt bieten, vor allem aber lebensnahe Impulse für die Alltagsbewältigung liefern (Dierks & Kofahl 2019). Deshalb sollte die Selbsthilfeorientierung im Gesundheitssystem weiter gestärkt und die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und Gesundheitseinrichtungen intensiviert werden: In selbsthilfefreundlichen Organisationen werden Patientinnen und Patienten in allen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung regelhaft über Angebote der Selbsthilfe informiert, Selbsthilfegruppen werden unterstützt und in institutionelle Entwicklungsprozesse einbezogen (Trojan 2018).

Um zu nutzerfreundlichen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen zu gelangen und die Systementwicklung konsequent an den Interessen der Nutzer ausrichten zu können, ist neben der Patientenpartizipation auf individueller und organisatorischer Ebene auch eine kollektive Vertretung der Interessen von Patientinnen und Patienten erforderlich. Vielen Patienten- und Verbraucherorganisationen mangelt es nach wie vor an einer angemessenen Finanzierung und Ausstattung mit Arbeitsmitteln, um die ihnen zugeschriebene Rolle ausreichend auszufüllen zu können. Patientenbeteiligung strukturell sicherzustellen und zu stärken, gehört daher zu den künftigen Herausforderungen.

Gesundheitskompetente Organisationen

Der Wechsel von der individuellen Perspektive auf die systemimmanenten Einflussfaktoren von Gesundheitskompetenz eröffnet eine große Vielfalt an Handlungsperspektiven und unterstreicht gleichzeitig die Rolle des Gesundheitssystems und seiner Akteure. Dabei zeigt die Gesamtschau der in den Strategiepapieren aufgezeigten Handlungsstränge und Maßnahmen, dass die Entwicklung zu einem nutzerfreundlichen Gesundheitssystem auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen muss und nur im Zusammenspiel aller beteiligten Akteure gelingen kann. Das setzt ein koordiniertes und systematisches Vorgehen, vor allem aber die Sensibilisierung und Bereitschaft aller an der Versorgung beteiligten Akteure voraus.

Das US-amerikanische Institute of Medicine (IOM) hat in diesem Zusammenhang den Begriff der „gesundheitskompetenten Organisation“ geprägt (Brach et al. 2010). Dahinter steht die Idee, dass jede Organisation einen maßgeblichen Beitrag zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem leisten kann, indem sie die an die Nutzer gestellten Anforderungen innerhalb der eigenen Organisation herabsetzt, Information und Kommunikation auf allen Ebenen fördert und Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz effektiv unterstützt (Münch & Dierks 2017). Um diese Zielsetzung auf dem Wege der Organisationsentwicklung und eines nachhaltigen Change-Managements zu verfolgen, wurde das IOM-Konzept von Wissenschaftlern der Universität Wien adaptiert, erweitert und operationalisiert. Das dabei entwickelte Wiener Modell

1: Neben dem Recht auf Information muss im Sinne der informationellen Selbstbestimmung immer auch ein Recht auf Nicht-Information gewährleistet werden.

der Gesundheitskompetenten Krankenbehandlungseinrichtung stellt 9 Standards, 22 Substandards und 160 Indikatoren zusammen und wurde bereits an mehreren österreichischen Krankenhäusern erprobt (Pelikan 2017, Dietscher et al. 2014).

Eine Anwendung des Wiener Modells in deutschen Krankenhäusern oder eine Anpassung an andere Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung steht derzeit noch aus und könnte konkrete Erkenntnisse über die Wirksamkeit der unterschiedlichen Interventionen und Maßnahmen im Rahmen der Organisationsentwicklung liefern. Dabei sollten Handlungsstrategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz systematisch evaluiert und wissenschaftlich begleitet werden, um künftig Aussagen über deren Effektivität sowie über die Nutzerfreundlichkeit und Gesundheitskompetenz des Gesundheitssystems treffen zu können. <<

Literatur

- Abras, C./Maloney-Krichmar, D./Preece, J. (2004): User-Centered Design. In Bainbridge, W. (2004): Encyclopedia of Human-Computer Interaction. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Berkman, N.D./Sheridan, S.L./Donahue, K.E./Halpern, D.J./Crotty K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine* 155: 97–107.
- Brach, C./Dreyer, B./Schyyve, P./Hernandez, L.M./Baur, C./Lemerise (2010): Attributes of a health literate organization, Discussion Paper. Institute of Medicine. In: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Activities/PublicHealth/~media/Files/Activity%20Files/PublicHealth/HealthLiteracy/Discussion%20Papers/Attributes%20of%20a%20Health%20Literate%20Organization.pdf> (abgerufen am 6.4.2019).
- Bredel, U./Maaß, C. (2016): *Leichte Sprache: Theoretische Grundlagen*. Berlin: Dudenverlag.
- Carmona, R.H. (2004): Health Literacy in America: The Role of Health Care Professionals American Medical Association House of Delegates meeting, June 14, 2003 In: <http://www.surgeongeneral.gov/news/speeches/ama061403.htm> (abgerufen am 6.4.2019).
- Dierks, M.L./Kofahl, C. (2019): Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt* 62:17–25.
- Dietscher, C./Lorenc, J./Pelikan, J.M. (2014): Selbstbewertungs-Instrument für die organisationale Gesundheitskompetenz von Krankenhäusern. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research / Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen.
- Haschke, C./Grote-Westrick, M./Schwenk, U. (2018): Gesundheitsinfos. Wer sucht der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden. *Spotlight Gesundheit* Nr. 2/2018. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states. The European Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version). In: http://lbihpr.lbg.ac.at.w8.netz-werk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf (abgerufen am 9.4.2019).
- Hurrelmann, K./Bauer, U./Schaeffer, D. (2018): *Strategiepapier #1 – Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem fördern*. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.
- Kickbusch, I. (1997). Think health: what makes the difference. *Health Promotion International*, 12: 265–272.
- Kickbusch, I./Pelikan, J.M./Haslbeck, J./Apfel, F./Tsuuros, A. (Hrsg.) (2016). *Gesundheitskompetenz. Die Fakten*. In: www.careum.ch/documents/20181/113461/KPB_WHO_Gesundheitskompetenz_Fakten/1b5693c2-cfa7-4c8c-82a1-e6edf4dab1db (abgerufen am 6.4.2019).
- Münch, I./Dierks, M.-L. (2017): Health Literate Organizations – ein Konzept für den deutschen stationären Sektor? *Public Health Forum*, 25,1: 71–73.
- Parker R. (2009): *Health Literacy, Part 1 „The Basics“*. WHCA Action Guide. Axbridge: World Health Communication Associates.
- Pelikan, J.M. (2017): Gesundheitskompetente Krankenbehandlungseinrichtungen. In *Public Health Forum* 2017; 25(1): 66–70
- Rudd, R.E./Anderson, J.E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers – Partners for Action: Making your healthcare facility literacy-friendly. National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and the Health and Adult Literacy and Learning Initiative. Boston: Harvard University, School of Public Health.
- Rudd, R.E. (2015): The evolving concept of Health literacy: New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8,1: 7-9.
- Schaeffer, D./Hurrelmann, K./Bauer, U./Kolpatzik, K. (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D./Vogt, D./Berens, E.M./Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht 2016*. Verfügbar unter: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (abgerufen am 6.4.2019).
- Sørensen, K./van den Broucke, S./Fullam, J./Doyle, G./Pelikan, J./Slonska, Z./Brand, H. (2012): Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12: 80.
- Trojan, A. (2018): *Integration von Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal in Qualitätsmanagement-Systemen und -strukturen im Gesundheitswesen*. Berlin: NAKOS.

Transfer towards a user-friendly and health literate health system

A low level of health literacy in the population has consequences for individuals, but also poses major challenges to health systems, as health literacy also has a lasting impact on the use of healthcare. Health literacy is by no means just a personal disposition, but is always also an expression of the situational demands a system places on its users. The present paper therefore asks how a userfriendly healthcare system that promotes health literacy could look like. It makes reference to the National Health Literacy Action Plan as well as to a series of strategy papers published in its wake. The strategic recommendations as a whole create the image of a user-friendly healthcare system that facilitates the handling of information and strengthens the ability of patients to take an active part in their care. Important aspects include a user-friendly design of care structures and the ways information and communication are handled, as well as the inclusion of patients in the shaping of their care.

Keywords

health literacy, healthcare usability, user-friendly healthcare, user-friendly health system, health literate organization, National Action Plan Health Literacy, health literate system

Zitationshinweis

Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Pelikan, J.: „Transfer zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem“ in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 49-53, doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2173

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Dr. PH Sebastian Schmidt-Kaehler MPH

ist geschäftsführender Gesellschafter der Patientenprojekte GmbH. Von 2011 bis 2015 war der Gesundheitswissenschaftler und Diplom-Sozialpädagoge als Bundesgeschäftsführer für die strategische und operative Steuerung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) verantwortlich.

Kontakt: schmidt-kaehler@patientenprojekte.de



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer

ist Professorin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie studierte Soziologie und Erziehungswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum und an der Freien Universität Berlin. Sie war u.a. am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in der Arbeitsgruppe „Public Health“ tätig.

Kontakt: Doris.Schaeffer@uni-bielefeld.de



Univ.-Prof. em. Dr. phil. Jürgen Pelikan

ist Prof. i.R. für Soziologie der Universität Wien und Direktor des WHO-Kooperationszentrums für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und Gesundheitswesen an der Gesundheit Österreich GmbH in Wien. Er ist auch Adjunct Professor des Centre for Environment and Public Health der Griffith University, Brisbane, Australia.

Kontakt: Juergen.Pelikan@goeg.at



Prof. Dr. rer. pol. Armin Töpfer
Dipl.-Kfm. Dipl.-Psych. Georg Brabänder MA

Personalisierung von Behandlungspfaden – Das Potenzial digitaler Technologien

Obwohl die Trends im deutschen Gesundheitswesen auf eine höhere Bedeutung des Gutes Gesundheit für Versicherte und Patienten hinweisen, orientiert sich die Gesundheitsversorgung noch zu wenig an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten. Insbesondere wird bei der Wahl von Diagnose- und Therapieverfahren die Patientenperspektive nicht ausreichend berücksichtigt. So stellten die Versorgungsforscher zur Eröffnung des 17. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) in Berlin¹ die aktuelle Situation dar. Studien haben auch gezeigt, dass die Erwartungen an Konzepte wie die partizipative Entscheidungsfindung (PEF), welche die Integration von Patienten fördern sollen, sich bislang nur unzureichend haben erfüllen lassen und dass die Ärzteschaft von einer souveränen Übernahme der Grundprinzipien professioneller Gesprächsführung und Kommunikation zur Beteiligung und zur Integration des Patienten zum Teil noch weit entfernt ist.² Damit können wesentliche Potenziale für die Erhöhung des Outcome, also des Wirkungsniveaus, einer Gesundheitsleistung nicht gehoben werden, und die gesetzlichen Ansprüche des Patientenrechtgesetzes werden damit ebenfalls noch nicht erfüllt.

>> Durch die Konvergenz der Informationstechnologie mit der Biotechnologie, der sogenannten „Superkonvergenz“³, und den sich daraus ergebenden Kombinationsmöglichkeiten (medizin-)technischer Innovationen sowie ihrer Anwendungstrends lassen sich in Form von personalisierten Behandlungspfaden die Potenziale einer Integration des Patienten und ggf. seiner Angehörigen ausschöpfen. Aus den Kombinationen geeigneter Komponenten der jeweiligen Technologien können Gesundheitsleistungen 4.0 entwickelt werden, mit denen sich Qualität und Wert von Gesundheitsleistungen steigern lassen (siehe Abb. 1), und der Anbieter kann schneller auf Marktentwicklungen und Wettbewerb reagieren (siehe Abb. 2).

Gesundheitsleistungen 4.0 bezeichnen die Verzahnung von bisher üblichen Gesundheitsleistungen, die im deutschen Gesundheitssystem von gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert und von stationären und ambulanten Leistungserbringern erbracht werden – mit den Technologien der Digitalisierung. In den dadurch entstehenden cyber-physischen Prozessen (engl. cyber physical processes) sind zentrale Komponenten der Digitalisierung der durchgängige Einsatz von Sensoren zum Monitoring von Biomarkern, der Ausbau der Mensch-Computer-Interaktion, die Nutzung mobiler Endgeräte (mHealth), die Big-Data-Technologien und der Einsatz des Maschinlernens. Dabei kommen Technologien zum Einsatz, mit denen die Lücke zwischen der virtuellen und

Zusammenfassung

Das Potenzial digitaler Technologien für die Verwendung bei Gesundheitsleistungen ist ebenso wie das Nutzenpotenzial einer gemeinsamen Wertschöpfung durch Patienten und Anbieter bei weitem nicht ausgeschöpft. Mit Gesundheitsleistungen 4.0 – der Verzahnung von üblichen Gesundheitsleistungen mit den Digitalisierungstechnologien sowie ihren Kombinationen – lassen sich sowohl der Outcome der einzelnen Leistung erhöhen als auch die regulatorischen Veränderungen und Vorgaben zielgerichteter erfüllen. Notwendig sind dazu eine Erweiterung der gesamten Wertschöpfungskette Behandlungspfad über alle drei Sektoren (stationär, ambulant, zuhause) hinweg sowie die Fähigkeiten und Ressourcen des Anbieters für ein dynamisches Ausbalancieren von Exploitation und Exploration. In diesem Beitrag werden die wesentlichen internen Werttreiber, externen Erfolgsfaktoren sowie die intern und extern ausgerichteten Wertgeneratoren für die Gestaltung von Gesundheitsleistungen 4.0 genauer analysiert.

Schlüsselwörter

Personalisierung von Behandlungspfaden, Gesundheitsleistungen 4.0, Cyber-Physische Systeme, Translation von Innovationen, Customer Journey, Ambidextrie

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2174

der realen Welt geschlossen werden kann und die in der Lage sind, mit Menschen und Dingen zu interagieren.⁴ Cyber-physische Systeme stellen in Verbindung mit dem Cloud Computing (d.h. Ressourcen der Informationstechnik werden über Netzwerke bereitgestellt) eine Querschnittstechnologie für reale Diagnose-, Therapie- und Pflegeleistungen dar, mit denen realitätsbasierte Leistungen virtualisiert, ubiquitär, in Echtzeit erbracht und multimedial gesteuert und kommuniziert werden können.⁵ Auf diese Weise können bisher analoge Prozesse digitalisiert sowie neue, nur digital angebotene Prozesse – also im engeren Sinne cyber-physische Prozesse – und datengesteuerte Entscheidungsunterstützungssysteme für die reale Behandlung von Patienten eingesetzt werden, die es – unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – ermöglichen, nutzensteigernde standardisierte sowie individualisierte Teilleistungen als Gesundheitsleistungen 4.0 miteinander zu verknüpfen. Die intensive Integration des Patienten in den gemeinsamen Leistungserstellungsprozess stellt dazu einen entscheidenden Hebel dar.

Damit entsteht das Potenzial, viele bestehende Wertschöpfungsketten in den drei Sektoren des Gesundheitswesens (stationär, ambulant und zuhause) zu verändern, neue entstehen zu lassen und so Leistungen bereitzustellen, die individuell an die Bedürfnisse und Lebensrealitäten des einzelnen Patienten angepasst werden können. Patienten und Angehörige stärker in die Behandlungsprozesse zu integrieren, bedeutet grundsätzlich eine Individualisierung von Gesundheitsleistungen als generellen konzeptionellen Ansatz einer Ausrichtung auf – nach bestimmten Kriterien vergleichbaren – Individuen zur Überwindung einer unspezifischen Standardisierung. Dies läuft in der Regel auf die Bildung von Standards für einzelne Gruppen hinaus. Eine Personalisierung ist dann weiterführend,

1: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/973414/versorgungsforscher-patientenbeduerfnisse-staerkerberuecksichtigen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_TELEGRAMM.2018-10-11.Versorgungsforschung.x. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

2: Schmacke 2018, S. 40 ff.

3: Vgl. Hahn/Schreiber 2018, S. 323.

4: Bruhn/Hadwich 2017, S. 16.

5: Vgl. acatech 2012, S. 40 ff.

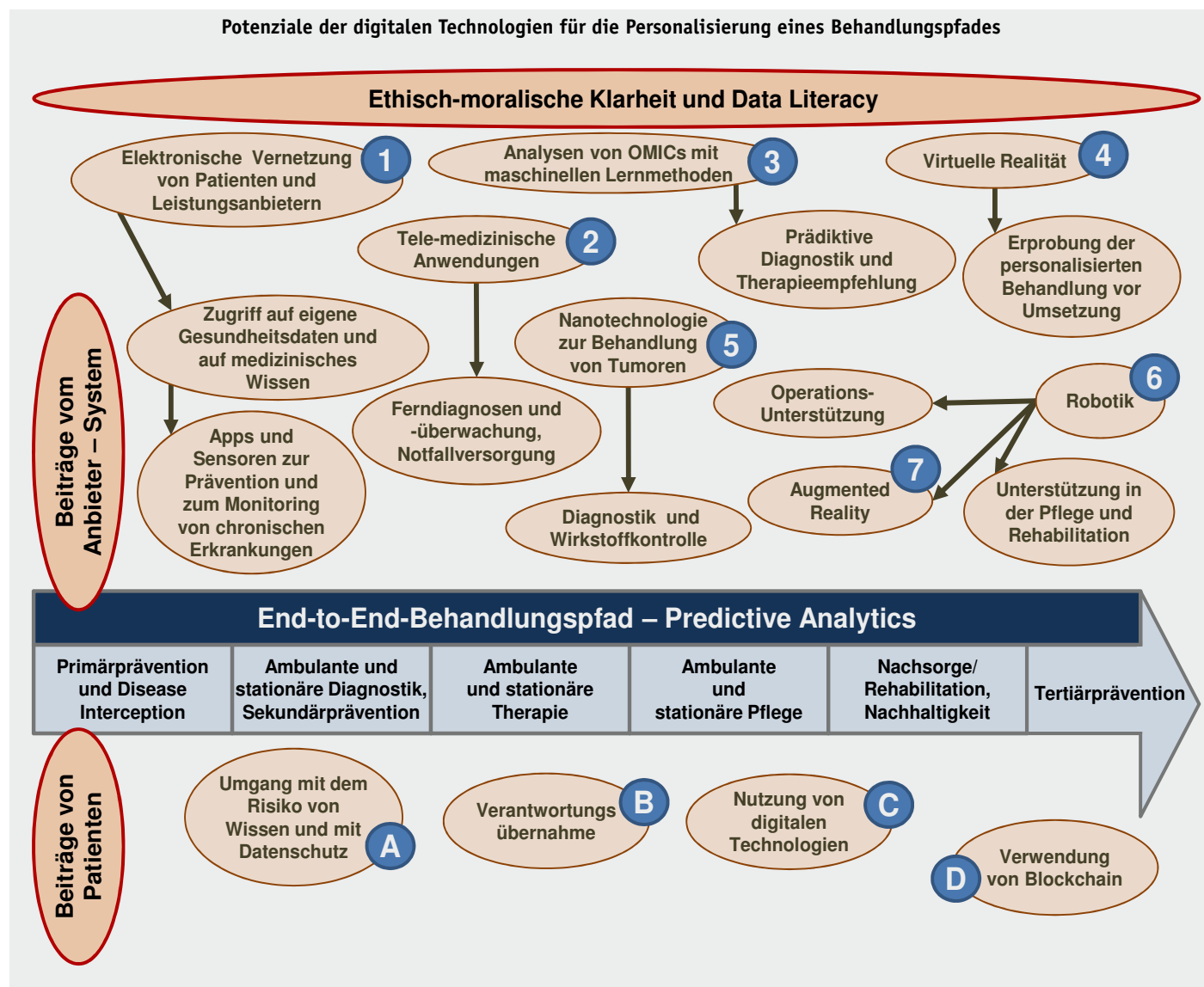


Abb. 1: Beispiele für die Potenziale der digitalen Technologien für die Personalisierung eines Behandlungspfades. Legende: OMICs – siehe Text.

wenn eine noch stärkere Differenzierung und Detailierung sowie konkrete Umsetzung auf die einzelne Person bzw. den einzelnen Patienten mit seinem spezifischen Krankheitsbild und seinen persönlichen Lebensumständen stattfindet.⁶

Generell wird die Wertschöpfung einer Dienstleistung in der unmittelbaren Interaktion des Anbietersystems mit den Beiträgen des Kunden erbracht (siehe Abb. 1). Deshalb stellen die direkt wertschöpfenden Behandlungsprozesse den wichtigsten Hebel zur Erreichung von Wettbewerbsvorteilen dar. Die Personalisierung der Behandlungsprozesse – im besten Falle in Form von Behandlungspfaden – bildet somit den Dreh- und Angelpunkt für Strategie, Organisation, Umsetzung und Wirksamkeit der Behandlungsinhalte und -abfolgen.⁷ Durchgängiges Prozessmanagement – auf der Basis einer ethisch-moralischen Grundlage angesichts der Bedeutung einer Gesundheitsleistung und einer „Data Literacy“, also einer Kompetenz mit Daten kompetent umgehen zu können⁸ – schafft die Voraussetzung für Patientennutzen, Produktivität und Outcome

und kennzeichnet damit den wichtigsten Werttreiber, damit der Patientenfokus bei allen Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeleistungen gesichert ist.

Potenziale der digitalen Technologien für die Personalisierung von Behandlungsprozessen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten

Generell haben die digitalen Technologien ein hohes Potenzial, stationäre und ambulante sowie sektorenübergreifende Versorgung qualitativ hochwertiger und zugleich wirtschaftlicher zu erbringen. Dies erfolgt sowohl durch die Beschleunigung der Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zwischen Patienten und den Leistungserbringern sowie zwischen den Leistungserbringern selbst als auch durch die Entwicklung von innovativen Diagnose- und Behandlungsverfahren in den einzelnen medizinischen Fachgebieten. Beispielhaft seien hierzu Technologien aufgeführt, die von Seiten des Leistungserbringers zur Personalisierung eines Behandlungspfades eingebracht werden können (siehe Abb. 1).

Die elektronische Vernetzung (1) von Patienten mit den Leistungsanbietern und diesen untereinander bietet viele Möglich-

6: Vgl. Töpfer/Brabänder 2018, S. 28.

7: Stöger 2018, S. 2.

8: Kuhn 2018, S. A636.

keiten, die Leistungsprozesse in Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge effizienter und effektiver zu gestalten sowie den Patienten bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen durch die Nutzung von Apps und Sensoren zur Messung von Biomarkern stärker einzubinden. Patienten bekommen durch die elektronische Vernetzung leichter Zugang zu ihren eigenen medizinischen Daten und zu medizinischem Wissen und können so zum Kunden auf dem „Gesundheitsmarkt“ werden.⁹ Ein Beispiel für die Möglichkeiten der Vernetzung auf der Systemebene ist in Deutschland das Wertschöpfungsnetzwerk „Gesundes Kinzigtal“¹⁰, eine Kooperation von verschiedenen Haus-, Fach- und Klinikärzten, Psychotherapeuten, Pflege- und Reha-Einrichtungen. Es plant und koordiniert im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung die Behandlung von Versicherten bestimmter Krankenkassen. Der Fokus des Geschäftsmodells liegt hier nicht auf inkrementalen Innovationen, sondern auf Innovationen, die neue Produktausprägungen in Verbindung mit neuen Geschäftsmodellen schaffen und die unter Nutzung innovativer Informations-, Kommunikations- und Big Data-Technologien auf Outcome, also auf konkrete Wirkung, statt auf eine Erhöhung der Leistungsmenge, ausgerichtet sind.

Die Anwendung telemedizinischer Leistungen (2) wurde durch die Änderung der Musterberufsordnung für die Ärzte auf dem 121. Ärztetag 2018 in Frankfurt weiterentwickelt und der – aus der ärztlichen Perspektive – relevante Nutzen für die Anwendung von telemedizinischen Leistungen definiert. Im weitesten Sinne wird darunter die Überwindung zeitlicher und/oder räumlicher Distanzen im Rahmen von medizinischen Sachverhalten verstanden. Das beinhaltet hauptsächlich die Messung, Erfassung und Übermittlung von Informationen oder die Anwendung medizinischer Verfahren mit Hilfe der Informations- und Kommunikationstechnik zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Patienten, ggf. unter Einbindung von nichtärztlichem Fachpersonal.¹¹ Mittlerweile gibt es schon eine Reihe von Anwendungsbeispielen, wie die Fernanwendung für die Versorgung und kontinuierliche Nachsorge von Patienten mit Herzschwäche (Telecoaching) und die ambulante Nachsorge von Schlaganfallpatienten (Telestroke).¹² Auch speziell ausgewählte Patienten mit Herzinsuffizienz ziehen aus einer telemedizinischen Fernüberwachung erheblichen Nutzen. Sie verbringen weniger Tage wegen Herzinsuffizienz im Krankenhaus und haben eine geringere Sterblichkeit. Das sind die Kernergebnisse der TIM-HF2-Studie, an der 1.538 Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien II/III aus 113 kardiologischen Praxen und Zentren sowie 87 Hausarztpraxen deutschlandweit teilnahmen.¹³

Telemedizinische Leistungen stellen ein großes Potenzial für die Anpassung an die Präferenzen des Patienten dar, für den damit tätigen Arzt ist allerdings der Nutzen geringer. Der Arzt muss die Zeit für die Leistung online wie offline erbringen, und die Rüstzeiten für die telemedizinische Infrastruktur kommen noch hinzu.

Aus den Analysen von Gensequenzen (Genomics), epigenetischen Modifikationen (Epigenomics), RNA-Transkripten (Transcriptomics), Proteinen (Proteomics) und von Stoffwechselprodukten (Metabolomics)¹⁴, den sogenannten OMICS-Technologien (3), können mit maschinellen Lernverfahren aus großen Datenmengen biologische und psychosoziale Subtypen von Krankheiten identifiziert werden, die mit traditionellen Diagnosekategorien inkongruent sind. Aber aufgrund der Zuordnung lassen sich prädiktiv Therapieempfehlungen geben und Behandlungseffekte mit hoher Genauigkeit voraussagen.¹⁵

Ein Beispiel für die Bedeutung der Genforschung und die Bedeu-

tung der translationalen Ausrichtung für zukünftige zielgerichtete Behandlungsmethoden, beispielsweise von schweren depressiven Erkrankungen, ist die Entdeckung von 30 neuen genetischen Varianten, die mit Depressionen in Verbindung stehen. Auf der Basis weiterer Forschung sind wirksamere und nebenwirkungsärmere Medikamente für bestimmte Patientengruppen zu erwarten.¹⁶

Die Behandlung von Akuter Lymphatischer Leukämie bei Kindern und einer speziellen Form von Lymphomen kann mittels CAR-T, der Entwicklung von „chimären Antigen-Rezeptoren“, für jeden Patienten individuell durchgeführt werden. Damit lassen sich Leukämiezellen erkennen und abtöten. Erste Ergebnisse zeigen zum Teil eine vollständige Remission und das Fehlen sichtbarer Tumorzellen im Computertomogramm.¹⁷ Ein weiterer Pluspunkt dieser Behandlungsmethode ist, dass diese Form der Krebstherapie in Zukunft die Stammzelltransplantation ersetzen könnte.¹⁸

Die Anwendungen der virtuellen Realität (4), also der Imitation der physischen Wirklichkeit mit all ihren physikalischen Eigenschaften in einer computergenerierten, interaktiven, virtuellen Umwelt¹⁹ können in der Ausbildung von Medizinstudenten und der Erprobung von personalisierten Behandlungsansätzen genutzt werden. So kann mit einer – von Künstlicher Intelligenz gestützten – rechnerischen Methode die Herzfunktion modelliert (Digitaler Zwilling²⁰) und mit der interdisziplinären Integration klinischer Patientendaten können cyber-physikalisch maßgeschneiderte Behandlungen vor der konkreten Umsetzung erprobt werden. Auch bei der Behandlung von Angsterkrankungen²¹ und von Suchterkrankungen²² kann die Technologie eingesetzt werden.

Mit der Nanotechnologie (5) können winzige Geräte und Partikel hergestellt werden, die im menschlichen Körper für die In-Vivo-Diagnostik und für den Wirkstofftransport von Medikamenten genutzt werden.²³

Die Anwendungen der Robotik (6) werden von Computern mit

9: Wilhelm 2006, S. 40.

10: Vgl. Hildebrandt 2014, S. 29 ff.

11: <https://www.kbv.de/html/telemedizin.php>. Letzter Aufruf am 18.03.2019.

12: <http://www.carusconsilium.de/projekte/telemedizin/ccs-telehealth-ostsachsen>. Letzter Aufruf am 08.03.2019.

13: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/969766/telemedizin-fernueberwachte-patienten-herzschwaechelieben-laenger.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_TELEGRAMM.2018-08-29. Telemedizin.x. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

14: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2014_Zukunftsreport_Langfassung_web.pdf. Letzter Aufruf am 14.03.2019.

15: Bzdok et al. 2018, S. 869 ff.

16: <https://www.nature.com/articles/s41588-018-0090-3>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

17: <https://deutsch.medscape.com/artikel/4901732>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

18: https://www.welt.de/print/die_welt/article182333610/Zielgerichtetes-Instrument.html. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

19: Specht 2018, S. 189.

20: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/977489/kuenstliche-intelligenz-digitale-zwillinge-gipfel-highlight.html?utm_campaign=AEZ_NL_TELEGRAMM&utm_source=2018-12-04-AEZ_NL_TELEGRAMM--%20&utm_medium=email&tid=TIDP235575XE43E818F56BB4859A813A9186F1C62CYI4. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

21: <https://www.aerztezeitung.de/panorama/article/941916/virtuelle-realitaet-heilen-kuenstlicher-wirklichkeit.html>. Letzter Aufruf am 14.03.2019.

22: https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/973587/projekt-antaresvr-brille-anstatt-zigarette.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-10-16. Suchtkrankheiten.x. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

23: Vgl. Bogdan 2018, S. 210 ff.

Programmen der Künstlichen Intelligenz gesteuert. Sie können zum Beispiel – je nach benutzter Software – als Unterstützung für körperlich schwere Arbeiten in der Pflege und in der Rehabilitation sowie als Unterstützungssysteme im Operationssaal dienen.

Mit einem interdisziplinären Ansatz von Verfahren aus Neurotechnik, klinischer Neurologie, Robotik und Computersimulation haben Forscher Prothesen entwickelt, mit denen Patienten sich natürlicher bewegen können. Stromimpulse werden so simuliert, dass das Gehirn sie wie aus einem natürlichen Arm kommend interpretiert. Damit können Patienten genauer zugreifen.²⁴ Einzelne Operations- und Unterstützungsprozesse können mit Brainlab strukturiert, digitalisiert und automatisiert werden. Die Operationsschritte werden angesagt, abgearbeitet und gleichzeitig dokumentiert. Dadurch werden eine bessere Ergebnisqualität und eine höhere Wirtschaftlichkeit erreicht.²⁵

Das Robotersystem MicroSurge wurde entwickelt am Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR) für den Einsatz bei minimalinvasiven Eingriffen. Die Geräte werden von Roboterarmen gehalten und vom Chirurgen ferngesteuert. Das System liefert dabei nicht nur die optische Einsicht ins Operationsgebiet, sondern ermöglicht sogar ein haptisches Feedback.²⁶ In der Verbindung mit der Methode der Augmented Reality (7) (der Nutzer erlebt die reale Welt um eine virtuelle Komponente erweitert²⁷) können komplexe Operationen geübt und detailliert geplant sowie direkt für eine intraoperative Unterstützung genutzt werden. Mit SpectoVive lassen sich in Echtzeit Computertomografie-Daten in eine dreidimensionale virtuelle Umgebung umwandeln, die dem Operateur ein realistisches Bild der Umgebung gibt.²⁸

Die Gewinnung von neuen Informationen aus allen diesen Daten, die aus der Nutzung dieser Technologien anfallen bzw. generiert werden und vielleicht auch für andere Zwecke erhoben worden sind, ist ein Kerngedanke von Big-Data-Konzepten.²⁹ Diese Analysen können auch direkt am Patienten in einem strukturierten Behandlungspfad zur Verbesserung der Behandlung beitragen, indem aus den großen Mengen von Informationen aus unterschiedlichen Quellen – gespeichert in sogenannten Big-Data-Lakes³⁰ – mit Predictive Analytics³¹ prognostische Aussagen abgeleitet werden können (siehe Abb. 1).

Bisherige Hemmnisse und Barrieren für digitalisierte Lösungskonzepte

Im deutschen Gesundheitswesen bestehen allerdings noch erhebliche Hemmnisse und Barrieren, welche die Übernahme und die Anwendung innovativer und digitaler Leistungen erschweren bzw. (noch) unmöglich machen.

Umsetzungshindernisse bestehen durch die weitgehende Inkompatibilität der Informations- und Kommunikationssysteme, welche die Integration von Daten und ihre standortübergreifende Nutzung aufgrund der (noch) fehlenden Strukturgleichheit erschwert. In der Medizininformatik-Initiative DIFUTURE haben sich deshalb Exzellenzuniversitäten und klinische Partner zusammengeschlossen, um die Datenmengen aus den unterschiedlichen Forschungsbereichen und digitalen Produkten zusammenzuführen, damit jeder Arzt, jeder Forscher und jeder Patient Zugang zu den für ihn erforderlichen Informationen hat.³² Neben den Hindernissen bezüglich des Datenschutzes und der Datensicherheit fehlen auch gemeinsame Standards, und nicht alle heilberuflich Tätigen sind von den digitalen Techniken überzeugt und in der Anwendung geschult.³³

Als weitere Erschwernis für die Translation von Innovationen kommt hinzu, dass die Kosten erst dann von den Kassen übernommen werden, wenn sie ihren klinischen Nutzen unter Beweis gestellt haben, und bei den relativ kleinen Fallzahlen ist dies schwierig. Eine Veränderung bzgl. der Kostenerstattung bahnt sich derzeit dadurch an, dass Novartis ein Erstattungsmodell für die CAR-T-Zell-Therapie mit Betriebskrankenkassen vereinbart hat. Danach erhält die Kasse einen Teil der Kosten für das Medikament „Kymriah“ zurück, falls der Patienten innerhalb eines vorher definierten Zeitraums stirbt.³⁴

Während für Krankenhäuser der sogenannte Verbotsvorbehalt bezüglich des Einsatzes innovativer Methoden gilt, ist es für den ambulanten Sektor mit dem Erlaubnisvorbehalt entgegengesetzt geregelt.³⁵ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) dürfen im stationären Sektor solange erbracht werden, bis der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Bewertung vorgenommen hat. Im ambulanten Sektor bedeutet Erlaubnisvorbehalt, dass Leistungen erst dann erbracht werden können, wenn der G-BA sie vorher geprüft, bewertet und erlaubt hat. Dies gibt dem G-BA eine mächtige Rolle, die aufgrund der Zusammensetzung des Gremiums von vielen Akteuren kritisch gesehen wird. Dazu zählt, dass auf der einen „Bank“ fünf Vertreter der Kassen sitzen und auf der anderen „Bank“ fünf Leistungserbringer, verteilt auf Kliniken, Niedergelassene und Zahnärzte. Dadurch können Leistungserbringer nicht als Einheit betrachtet werden, die gemeinsam Innovationen befördern könnten. Einen Ausweg könnte der Vorschlag einer „fast lane“ für Innovationen vom Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) sein. Danach könnten im Rahmen von Selektivverträgen – also innerhalb von Verträgen der Leistungserbringer mit einzelnen Krankenkassen – Innovationen für fünf Jahre räumlich und zeitlich begrenzt eingeführt und evaluiert werden. Voraussetzung sei, dass der Bundestagsgesundheitsausschuss einen Innovationsausschuss bildet, der ein direktes Antragsrecht beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat.³⁶ In der aktuellen

24: https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische-krankheiten/article/972884/greifen-fuehlen-praezisieren-armprothesen-feingefuehl.html?wt_mc=n.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-10-02.Neuro-psychiatrische+Krankheiten.x. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

25: www.brainlab.com/de. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

26: <https://www.dlr.de/rm/desktopdefault.aspx/tabid-11674#gallery/28728>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

27: Specht 2018, S. 199.

28: <https://www.unibas.ch/en/News-Events/News/Uni-Research/Virtual-Reality-in-Medicine.html>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

29: Landrock/ Gadatsch 2018, S. 45.

30: <https://bigdatablog.de/2016/06/21/big-data-der-medizin/>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

31: Vgl. Seiter 2017, S. 133 ff.

32: <http://www.medizininformatik-initiative.de/de/konsortien/difuture>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

33: https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/938653/e-health-kuenstliche-intelligenz-bald-rueckgrat-des-versorgungsalltags.html. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

34: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/982427/deal-geld-zurueck-garantie-car-t-zell-therapie.html?utm_campaign=AEZ_NL_TELEGRAMM&utm_source=2019-03-06-AEZ_NL_TELEGRAMM--&utm_medium=email&tid=TIDP270413X08AE4F24369D4527B8D2CCFDE7EC7D61YI4. Letzter Aufruf am 12.03.2019.

35: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

36: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/978740/versorgung-fast-lane-innovationen.html?wt_mc=n.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-12-27.Politik+%26+Gesellschaft.x. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

gesundheitspolitischen Diskussion zeichnet sich ab, dass auch das Gesundheitsministerium die langen Entscheidungswege der Selbstverwaltung bemängelt und Änderungen plant.³⁷

Generell stellt die enge und sektorenübergreifende Kooperation der Kliniker mit innovativen Partnern, nämlich den Forschungseinrichtungen und der Medizinindustrie, einen wichtigen Werttreiber für die Translation innovativer Leistungen dar (siehe Abb. 2) und bietet als wichtigen Erfolgsfaktor für Patienten innovative Leistungsvarianten und Wahlmöglichkeiten bzgl. Ort, Zeit, Akteur und Methoden in hoher medizinischer Qualität und auf dem neuesten Stand der Forschung.

Erweiterung der Wertschöpfungskette Behandlungspfade – Auflösung der Organisationsgrenzen

Die Gesundheitsversorgung wird sich in der Zukunft weniger in den Warteräumen der niedergelassenen Ärzte und der Kliniken als vielmehr auf dem Smartphone abspielen.³⁸ Die physische Abhängigkeit vieler Leistungsprozesse von der Präsenz des Patienten kann unter den Bedingungen digitaler Infrastruktur und Vernetztheit aufgehoben werden. Sensorik und smarte Diagnostik-Geräte am Point-of-Care liefern unabhängig vom jeweiligen Anbieter und im besten Falle kompatibel mit den relevanten Systemen vollumfassende Diagnostik. Telemedizinische Leistungsprozesse erlauben es, dass Wertschöpfungsketten in Form von Behandlungspfaden weiter gedacht und verlängert werden, so dass vorher nicht-bekannte oder nicht-realiserbare Methoden und neue Geschäftsmodelle entstehen können. Somit stehen wesentlich mehr Optionen zur Verfügung, Gesundheitsleistungen über alle drei Sektoren (ambulant, stationär, zuhause) hinweg in einem durchgängigen End-to-End-Behandlungspfad abzubilden und individuell zu behandeln (siehe in Abb. 1 unten). Gesundheitsleistungen können so – am optimalen Ablauf für den Patienten orientiert – personalisiert werden.³⁹

Wenn die Daten aus den oben genannten Technologien verwertet werden, lässt sich immer besser verstehen, wie Krankheiten entstehen und wie krankmachende Prozesse im Körper von gesunden Menschen (also von Menschen ohne krankheitswertige Symptomatik) frühzeitig zu erkennen sind. Dann lässt sich mit immer früheren Diagnosen und wirksamen Interventionen frühzeitig eingreifen, statt erst zu therapieren, wenn die Krankheit bereits um sich greift.⁴⁰ Die Alzheimer-Demenz zum Beispiel kündigt sich in einigen Formen offenbar schon lange vor dem eigentlichen Krankheitsbeginn an. Das bringt Zeit, um die Erkrankung zu verhindern – womöglich sogar bis zu 20 Jahre.⁴¹ So können zum Beispiel beim Diabetes Typ I und nach einer Untersuchung des genetischen Risikos Wirkstoffe schon vor dem Ausbruch einer Erkrankung eingesetzt werden.⁴²

Die frühzeitige Ansprache und Integration des Patienten erlaubt es damit, die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zu verringern und mit einer Früherkennung den Blick schon zeitnah auf eine Primärprävention zu richten.⁴³

Damit entwickelt sich die Medizin von einer reaktiven Medizin mit dem One-size-fits-all-Ansatz zu einer proaktiven und antizipierenden Präventionsmedizin, die eine Behandlung zielgenauer mit Therapiekombinationen planen kann, statt wie bisher häufig auf Trial-and-Error-Verfahren angewiesen zu sein. Dies erfordert allerdings von Seiten der Patienten eine Reflexion über die eigene Position hinsichtlich des Umgangs mit Daten, des Risikos bzgl. Wissen und Nicht-Wissen (Abb.1: A), sowie eine gesellschaftliche Debatte darüber, wo Krankheit beginnt, was also in den Leistungskatalog

der Krankenkassen gehört.⁴⁴

Für den Anbieter von Gesundheitsleistungen bedeutet dies, dass die Kontaktkette mit potenziellen Patienten und Angehörigen (Customer Journey) wesentlich früher beginnen muss, um wesentliche Touchpoints zu identifizieren und proaktiv auf individuelle Lösungen hinzuweisen, die sich ohne große Reibungsverluste für den Patienten in den Alltag integrieren lassen.

Gemeinsame Wertschöpfung mit Betroffenen und Angehörigen

Ein zentrales Element erfolgreicher Behandlungen stellt die Integration des Patienten in den Diagnose- und Behandlungsprozess dar, sie ist auch im Patientenrechtegesetz kodifiziert. Damit sollen mehr Wissen und Kontrolle über die Erkrankung bzw. Gesundheitsleistung sowie eine höhere Compliance/Adhärenz erreicht werden.

Die Integration ermöglicht dem Anbieter Zugang zu dem impliziten Patientenwissen und zu Rückmeldungen, aus denen Verbesserungsprozesse und Innovationen entwickelt werden können.⁴⁵ Aber auch in ihrer Funktion als Anwender können Patienten und Angehörige als Innovatoren fungieren. Ihr Wissen über die Erkrankung bildet ein großes Potenzial für Prozess- und Produktinnovationen insbesondere im Bereich der seltenen Erkrankungen.⁴⁶ Dies setzt die Bereitschaft des Patienten voraus, selbst Verantwortung für den Gesundungsprozess zu übernehmen und dem Behandler Rückmeldungen zu geben (Abb. 1: B).

Mit den digitalen Technologien wie den telemedizinischen Gesundheitsleistungen und den Verwendungsmöglichkeiten leistungsstarker Sensoren in Verbindung mit dem Cloud-Computing (siehe Abb. 1) können Smartphones und Wearables, also Computersysteme, die am Körper getragen und/oder in die Kleidung integriert sind, die Patientenintegration unabhängig von Ort und Zeit möglich machen. Sie stellen damit eine erhebliche Nutzensteigerung für den Patienten im Rahmen von Prävention, Diagnose und Behandlung dar, der zur Nutzung der Technologien bereit und fähig sein muss (Abb.1: C). Im Rahmen der Modellierung eines Behandlungspfades auf der Grundlage eines Behandlungskonzepts fördert eine derartige Personalisierung die Beziehung zwischen Anbieter und Patient im Sinne einer spezifischen Kundenorientierung, und

37: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 11.01.19, S. 17.

38: https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4907041?nid=123280_3142&src=WNL_bom_180613_MSCPEDIT_DE&uac=240735HJ&faf=1. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

39: Vgl. Töpfer/Brabänder 2018.

40: <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/johnson-und-johnson-forschungschef-stoffels-wir-erleben-eine-neue-aera-der-medi-zin/22625396.html?ticket=ST-6851827-E3sgxoSYoWFnVRB2HnB-ap2>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

41: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/artikel/973536/demenz-alzheimer-anzeichen-bereits-25-jahre-ausbruch.html?sh=1&h=-1956598000>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

42: <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/johnson-und-johnson-forschungschef-stoffels-wir-erleben-eine-neue-aera-der-medi-zin/22625396.html?ticket=ST-6851827-E3sgxoSYoWFnVRB2HnB-ap2>. Letzter Aufruf am 07.01.19.

43: Arbeitskreis Ökonomie im Gesundheitswesen der Schmalen-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V., S. 204.

44: <http://www.faz.net/asv/disease-interception/das-sagen-experten-zu-dem-neuen-forschungsgebiet-15804423.html>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

45: Vgl. Lucius-Hoene/ Palant 2015, S. 69 ff.

46: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2144325. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

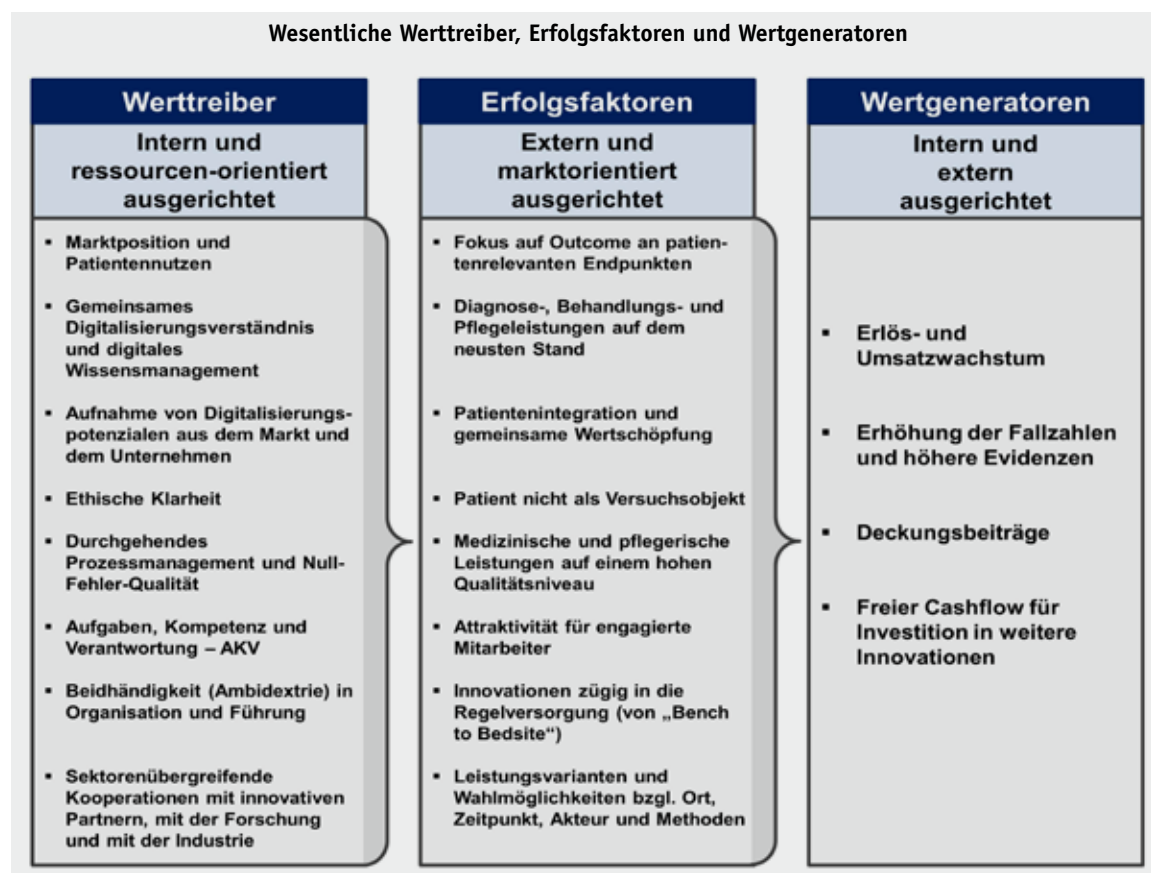


Abb. 2: Wesentliche Werttreiber, Erfolgsfaktoren und Wertgeneratoren einer Personalisierung von Behandlungspfaden (Quelle: Töpfer 2017, S. 207, 212 f.).

Auch wenn die Herausforderungen von Google, Apple, Facebook, Amazon (GAFA) und vielen kleinen Gesundheits-Apps als Antreiber wirken, erscheinen die Beharrungskräfte in den einzelnen Sektoren der Gesundheitswirtschaft (noch) sehr stark. In einem Bereich, der so sehr von Komplexität durch Regulierungen, unterschiedlichen Anreiz- und Abrechnungssystemen sowie von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Absicherungsroutinen und Datenschutzregelungen geprägt ist, gelten die schwierigeren Rahmenbedingungen wie in der Industrie 4.0 noch nicht. Den-

noch geht auch im deutschen Gesundheitswesen mit der Digitalisierung und dem Fokus auf die Translation eine Veränderung der Arbeits- und Organisationsstrukturen sowie eine veränderte Führungskultur einher.

bewirkt eine interaktive Wertschöpfung im Sinne eines Co-Design-Prozesses.⁴⁷ Mit der Blockchain-Technologie (Abb.1: D) kann ein System aufgebaut werden, das alle Daten sammelt und vom Eigentümer der Daten nur für bestimmte Nutzer freigegeben werden kann.⁴⁸ Damit ließen sich wesentliche Probleme wie die Verstreutheit und die Sicherheit der medizinischen und sozialen Daten lösen. Blockchain-Daten sind eher komplett, genau, vertrauenswürdig und breit verfügbar.⁴⁹ Es wäre dann nicht mehr möglich, dass Daten ohne das Wissen von Patienten für andere Zwecke benutzt würden. Das gäbe dem Patienten mehr Sicherheit und Autonomie im Umgang mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen.

Durch diese Entwicklung wird sich die Rolle des Arztes grundlegend verändern. Durch den für alle zugänglichen und einfachen Zugriff auf Informationen und Wissen wird der Arzt nicht mehr wie früher als unverzichtbarer Wissensträger für die Weitergabe von Wissen zuständig sein, sondern er wird mehr in der Rolle eines Beraters und Coachs mit dem Patienten einen personalisierten Vorsorge- und/oder Behandlungspfad mit Gesundheitsleistungen 4.0 konfigurieren und mit Empathie und ethischer Klarheit den Gesamtprozess steuern, damit der Patient sich nicht als „Versuchsobjekt“ funktioniert fühlt.

Neues Wissen wirksam machen

Die Digitalisierung wird die Zukunft der Arbeit auch im Gesundheitswesen verändern, wohl (noch) nicht so radikal, wie dies für die Industrie 4.0 mit ihren Rahmenbedingungen Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity (VUCA) gilt.⁵⁰

Die Herausforderungen für Anbieter bestehen darin, die Organisation und die Mitarbeiter für die Entwicklung von eigenen Innovationen und für die Übernahme von innovativen Diagnose-, Behandlungs- und Pflegeleistungen aus den pharmazeutischen und (medizin-)technischen Forschungseinrichtungen zu befähigen. Damit werden das Management automatisierter und nicht-automatisierter Behandlungsprozesse sowie deren Verknüpfung zum Qualitäts- und Risikomanagement mit einer Null-Fehler-Qualität zu den wichtigsten Werttreibern sowie zugleich zu den erfolgskritischen Voraussetzungen für unternehmerisches Handeln als Anbieter von Gesundheitsleistungen (siehe Abb. 2).

Das Unternehmen muss dabei den Zielkonflikt zwischen Exploitation und Exploration immer wieder neu austarieren. Bei der Exploitation als Verwertung und Nutzbarmachung entsteht neues Wissen durch Spezialisierung und Verfeinerung des vorhandenen Wissens im kontinuierlichen Verbesserungsprozess, bei der Exploration wird neues Wissen entwickelt, indem (radikal) neue Anwendungs- und Lösungsmöglichkeiten für die Belange der Nutzer geschaffen werden.⁵¹ Beide Ansätze sind zu verfolgen, indem eine Beidhändigkeit

47: Vgl. Reichwald/Piller 2009, S. 45 ff.

48: <https://www.proof.work/blog/>. Letzter Aufruf am 21.03.2019.

49: Bogdan 2018, S.96.

50: Vgl. Bruckner/Werther 2018, S. 15 ff.

51: Vgl. March 1991, S. 72 ff.

(Ambidextrie) in der Organisationsstruktur und im Führungsverhalten realisiert wird – ein Ansatz, der in den Zeiten der digitalen Transformation auch für die Expertenorganisationen im Gesundheitswesen relevant ist. Diese dynamische Fähigkeit stellt einen wesentlichen Werttreiber für die Gesundheitsorganisation dar, um nachhaltig wettbewerbsfähig zu werden bzw. zu bleiben.

Ambidextrie kann in unterschiedlichen Organisationsmodellen – je nach Größe, nach vorhandenen Ressourcen und nach gewählter Innovationsstrategie – umgesetzt werden:

- In einem kooperativen Organisationsmodell werden in bestimmten Domänen Exploration, in anderen hingegen Exploitation betrieben (Domänen-Ambidextrie), zum Beispiel im Konzept eines dualen Betriebssystems.⁵²
- Im autonomen Organisationsmodell betreibt ein Unternehmen Exploration und Exploitation in jeweils getrennten Organisationseinheiten, die von autonomen Einheiten geführt sind (strukturelle Ambidextrie).
- Im Falle der temporalen Ambidextrie wechselt ein Unternehmen periodisch zwischen den Phasen von Exploration und Exploitation.
- Im integrierten Organisationsmodell betreiben die Geschäftseinheiten parallel Exploration und Exploitation, d.h. die Verantwortung für Innovationen liegt in einer Hand (kontextuelle Ambidextrie).⁵³

Alle vier Organisationsformen haben ihre Berechtigung und Erfolgchancen. Bei Gesundheitsleistungen 4.0 stellt neben dem

dritten vor allem das vierte Organisationsmodell das größte Erfolgspotenzial dar. Organisationen im deutschen Gesundheitswesen sind einer Vielzahl von Regulierungen und Budgetierungen unterworfen, die im Regelfall keinen Spielraum für zusätzliche Einheiten haben, so dass überwiegend eine kontextuelle Ambidextrie in einem integrierten Organisationsmodell in Frage kommt. Ambidextrie ist auch in Netzwerken gut untersucht⁵⁴ und deshalb auch für die Übertragung auf Ärztenetze relevant, die im deutschen Gesundheitssystem eine immer größere Rolle für die Versorgung spielen.

Durch die Digitalisierung entstehen neue Formen der Zusammenarbeit untereinander, aber auch mit Maschinen und Systemen der Cyber-Welt, so dass auch schon von einer Arbeit 4.0 gesprochen wird.⁵⁵ Durch das Verschmelzen von Software, Hardware und neuen Diagnose- und Behandlungsleistungen werden etablierte Denkmuster und Routinen generell hinterfragt werden müssen, um im Wettbewerb um anspruchsvollere und informierte Patienten zu bestehen. Die Fokussierung auf eine translationale Ausrichtung mit der konsequenten Verwendung von innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden und ihrer Abbildung in personalisierten Behandlungspfaden erfordert einen Rahmen, der innovatives Denken und Handeln möglich macht, konsequent Wissen verarbeitet und allen – auch den Patienten – verfügbar macht. Nicht das Wissen selbst steht damit im Vordergrund, sondern die methodische Kompetenz, das Wissen wirksam für die einzelne Gesundheitsleistung einzusetzen.⁵⁶ Dies braucht grundsätzlich eine wertorientierte und eine wertorientierte Grundhaltung im Fokus mehrerer Anspruchs-

Literatur

- acatech-Studie (2012): Integrierte Forschungsagenda Cyber-Physical Systems, München 2012.
- Arbeitskreis Ökonomie im Gesundheitswesen der Schmalen-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V. (2018): Digitalisierung im Krankenhaus: Technische Entwicklungen und deren Implikationen für Behandlungsprozesse, in: Krause, S./ Pellens, B. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Implikationen der digitalen Transformation, Wiesbaden 2018, S. 203-219.
- Bogdan, B. (2018): MedRevolution – Neue Technologien am Puls der Patienten, Berlin 2018.
- Bruckner, L./ Werther, S. (2018): Allgemeiner Überblick über Arbeit 4.0, in: Werther, S./ Bruckner, L. (Hrsg.): Arbeit 4.0 aktiv gestalten, Berlin 2018, S. 15-21.
- Bruhn, M./ Hadwich, K. (2017): Relevanz von Dienstleistungen 4.0 in Wissenschaft und Praxis, in: Bruhn, M./ Hadwich, K. (Hrsg.): Dienstleistungen 4.0 – Konzepte – Methoden – Instrumente, Band I, Wiesbaden 2017, S. 5-40.
- Burkhardt, S./ Grabmeier, S. (2017): Der Einfluss von Digital Leadership auf Organisationen im Gesundheitswesen, in: Matusiewicz, D./ Pittelkau, C./ Elmer, A. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, S. 255-261.
- Bzdok, D./ Karrer, T.M./ Habel, U./ Schneider, F. (2018): Big-Data-Ansätze in der Psychiatrie: Beispiele aus der Depressionsforschung, in: Der Nervenarzt, August 2018, Jg. 89, Nr. 8, S. 869-874.
- Duwe, J. (2018): Beidhändige Führung, Stuttgart 2018.
- Ebers, M. (2017): Organisationsmodelle für Innovation, ZfbF (2017), 69: 81-109.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2019): Spahn macht Fettabsaugen zur Kassenleistung, 11.01.19, S. 17.
- Hahn, H./ Schreiber, A. (2018): Potenziale der Digitalen Transformation in der Medizin, in: Neugebauer, R. (Hrsg.): Digitalisierung – Schlüsseltechnologien für Wirtschaft & Gesellschaft, Fraunhofer Forschungsfokus, Berlin Heidelberg 2018, S. 323-345.
- Hildebrandt, H. (2014): Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung, in: „Monitor Versorgungsforschung“, 7. Jg., 01/14, S. 29-33.
- Kaltenecker, S. (2017): Selbstorganisierte Unternehmen – Management und Coaching in der agilen Welt, Heidelberg 2017.
- Koch, T./ Töpfer, A./ Heller, A.R. (2017): Team Management im Krankenhaus für eine Lernkultur, in: Albrecht, D.M./ Töpfer, A. (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus, 2. Auflage, Berlin 2017, S. 587-608.
- Kotter, J.B. (2015): Accelerate, München 2015.
- Kuhn, S. (2018): Transformation durch Bildung, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.115, Heft 14, 6. April 2018, S. A633-A638.
- Landrock, H./ Gadatsch, A. (2018): Big Data im Gesundheitswesen kompakt, Wiesbaden 2018.
- Lucius-Hoene, G./ Palant, A. (2015): Zwei verschiedene Welten – Wie medizinisches Personal von Patientenerfahrungen lernen kann, in: KU Gesundheitsmanagement, 84, Oktober (2015) 2015, S. 69-71.
- March, J.G. (1991): Exploration and Exploitation in organizational Learning, Organization Science, Vol. 2, No.1, 1991, S. 71-87.
- Reichwald, R./ Piller, F.T. (2009): Interaktive Wertschöpfung, 2. Auflage, Wiesbaden 2009.
- Richter, M. (2005): Dynamik von Kundenerwartungen im Dienstleistungsprozess, Wiesbaden 2005.
- Rüping, S./ Sander, J. (2018): Big Data in Gesundheitswesen und Medizin, in: Haring, R. (Hrsg.): Gesundheit digital, Berlin 2018, S. 15-31.
- Schmacke, N. (2018): Der Schlüssel zur Partizipation, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 03/2018, S. 40-42.
- Schumacher, F. (2014): Quantified Self, Wearable Technologies und persönliche Daten, in: Langkafel, P. (Hrsg.): Big Data in Medizin und Gesundheitswirtschaft, Heidelberg 2014, S. 227-241.
- Seiter, M. (2017): Business Analytics, München 2017.
- Specht, P. (2018): Die 50 wichtigsten Themen der Digitalisierung, München 2018.
- Stöger, R. (2018): Prozessmanagement, 4. Auflage, Stuttgart 2018, S. IX.
- Töpfer, A. (2017): Analyse der Prozesslandschaft und Prozesssteuerung als Erfolgsvoraussetzung, in: Albrecht, D.M./Töpfer, A. (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus, 2. Auflage, Berlin 2017, S. 189-216.
- Töpfer, A./ Brabänder, G. (2018): Personalisierung von Gesundheitsleistungen – Gestaltungsempfehlungen zur Umsetzung, in: ZEFQ Jg. 130, 2018, S. 27-34.
- Töpfer, A./ Duchmann, C. (2017): Motivationseffekte bei den Mitarbeitern durch die Krankenhaus-Kultur, in: Albrecht, D.M./ Töpfer, A. (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus, 2. Auflage, Berlin 2017, S. 529-537.
- Wessel, L./ Gersch, M./ Goeke, C. (2010): Netzwerk-Ambidextrie: Ist eine Balance explorativen und exploitativen Lernens auch in Netzwerken möglich?, in: Stephan, M./ Kerber, W. (Hrsg.): Jahrbuch Strategisches Kompetenz-Management, Band 4: „Ambidextrie“: Der unternehmerische Drahtseilakt zwischen Ressourcenexploration und -exploitation, München Mering 2010, S. 121-147.
- Wilhelm, A. (2006): Der Patient im deutschen Gesundheitssystem: Einstellungen, Präferenzen und Erwartungen, in: Gellner, W./ Wilhelm, A. (Hrsg.): Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur, Baden-Baden 2006, S. 18-57.

gruppen, in der Patientenorientierung und eine „klinische Glaubwürdigkeit“⁵⁷ ebenso fest verankert sind wie eine konsequente betriebswirtschaftliche Orientierung. Dazu wird eine Unternehmenskultur nötig sein, die auf beides ausgerichtet ist. Selbstorganisation und Partizipation, eine Entwicklung der Teams von der bisherigen hierarchischen Steuerung zu Selbststeuerung, Selbstgestaltung bis hin zur Selbständigkeit⁵⁸ und zum Entrepreneur im Unternehmen sind dazu wesentliche Gestaltungselemente.⁵⁹

Nötig wird ein Führungsverständnis sein, das den „Schieberegler“ von transaktionaler und transformationaler Führung beherrscht, das die Veränderung der Tätigkeitsspektren und Rollenbilder sowie die steigenden Anforderungen sowohl an die technischen als auch emotionalen Kompetenzen der Mitarbeiter begleiten kann. Damit kommt zur organisationalen Ambidextrie auch eine „Beidhändigkeit“ der Führung,⁶⁰ eine Qualifikation, die zum einen auf Effizienz und Exzellenz („linke Hand“) und zum anderen stärker auf Geschwindigkeit und Innovation („rechte Hand“) ausgerichtet ist und diesen Spagat zwischen einerseits großer Offenheit sowie andererseits straffer Führung auch aushalten und kommunizieren kann.⁶¹

Fazit

Digitale Technologien existieren bereits in vielen Branchen und werden nach und nach auch in die Medizin übernommen, wobei viele (berufs-)rechtliche, gesundheitspolitische und ethische Fragestellungen noch völlig ungeklärt sind und deren Diskurs kaum mit der Entwicklung der Digitalisierungstechnologien Schritt halten kann. Es ergeben sich viele Chancen und auch berechtigte Aussichten auf qualitativ hochwertige, präzise und in weiten Teilen nebenwirkungssärmere Diagnose- und Behandlungsleistungen, die proaktiv und personalisiert in unterschiedlichen Geschäftsmodellen eingesetzt werden können. Ob die Hoffnungen auf eine auch wirtschaftlichere Versorgung eingelöst werden können, steht noch dahin.

⁵²: Vgl. Kotter 2015, S. 16 ff.

⁵³: Vgl. Ebers 2017, S. 85 ff.

⁵⁴: Vgl. Wessel/Gersch/ Goeke 2010, S. 121 ff.

⁵⁵: Vgl. Bruckner/Werther 2018, S. 15 ff.

⁵⁶: Vgl. Stöger 2016, S. VII.

⁵⁷: Koch/Töpfer/Heller 2017, S. 592.

⁵⁸: Kaltenecker 2017, S. 33.

⁵⁹: Töpfer/Duchmann 2017, S. 531 ff.

⁶⁰: Burkhart/Grabmeier 2017, S. 256.

⁶¹: Vgl. Duwe S. 19 ff.

Personalisation of treatment pathways – the potential of digital technologies

The potential of digital technologies for use in health services and the potential benefit of mutual added value for patients and providers are far from exhausted. With Health Services 4.0 – the interlinking of standard health services with digital technologies and the combination of the two – it is possible to both increase the outcome of the individual service and comply with the regulatory changes and requirements in a more targeted way. This requires an extension of the entire value chain treatment pathway across all three sectors (inpatient, outpatient, home care) and also the skills and resources of the provider for the dynamic balancing of exploitation and exploration. This paper is a closer analysis of the critical internal value drivers, the external factors for success and the internal and externally oriented value generators for the structuring of Health Services 4.0.

Keywords

Personalisation of treatment pathways, Health Services 4.0, Cyber-physical systems, Innovation translation, Customer journey, Ambidexterity

Die wesentlichen Herausforderungen für den Anbieter im Wettbewerb bestehen neben den rechtlichen und technischen Fragestellungen hauptsächlich darin, Prozess- und Produktinnovationen in einer sich kontinuierlich verändernden Arbeitswelt selbst zu entwickeln und/oder (medizin-)technische und pharmakologische Innovationen aus Kooperationen mit Forschung und Entwicklung in die eigenen Leistungsprozesse aufzunehmen und einzupassen.

Die Fähigkeit des Unternehmens zu einer Ambidextrie von Organisation und Führung stellt in den Zeiten des digitalen Wandels eine dynamische Fähigkeit dar, mit der ausreichend Flexibilität für neue Entwicklungen und genügend Stabilität für eine wert- und wertorientierte Grundhaltung gegeben ist. <<

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Töpfer, A., Brabänder, G.: „Personalisierung von Behandlungspfaden – Das Potenzial digitaler Technologien“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 54-61, doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2174

Prof. Dr. rer. pol. Armin Töpfer

ist Chairman der Forschungsgruppe Marktorientierte Unternehmensführung (FGMU) der Technischen Universität Dresden und des MBA-Studiengangs Health Care Management an der Dresden International University sowie der M+M Consulting GmbH in Kassel.

Kontakt: armin.toepfer@tu-dresden.de



Dipl.-Kfm. Dipl.-Psych. Georg Brabänder MA

ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Homburg/Saar und Vorstand der Gesundheitsgenossenschaft Homburg/Saarpfalz (GeHoSa) sowie Doktorand an der Forschungsgruppe Marktorientierte Unternehmensführung (FGMU) der Technischen Universität Dresden.

Kontakt: georg.brabaender@t-online.de



Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker
 Dr. rer. medic. Jan Böcken
 Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH

Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung

Im Rahmen des Projektes „Neuordnung der Krankenhausversorgung“¹ der Bertelsmann Stiftung wurde ein Zielbild für die deutsche Krankenhauslandschaft im Jahr 2030 erarbeitet, das sich vor allem an höheren Qualitätsanforderungen orientiert, ohne dass es dadurch zu einer schlechteren Erreichbarkeit käme. Ausgangspunkt des Projekts „Neuordnung der Krankenhauslandschaft“ der Bertelsmann Stiftung ist die von zahlreichen Experten des Gesundheitswesens geteilte Einschätzung, dass der Krankenhausbereich in Deutschland nach wie vor durch Überkapazitäten, besonders viele kleine Krankenhäuser sowie unzureichende Konzentration und Spezialisierung geprägt ist, die zu Defiziten in der Behandlungsqualität, einer überdurchschnittlich häufigen Akquisition von Patienten über die Notfallaufnahme sowie zur Behandlung von Patienten ohne stationäre Behandlungsbedürftigkeit (sog. „ambulant-sensitive Konditionen“), Effizienzverlusten und teilweise ruinöser Konkurrenz führen.

>> Begleitet wird diese Situation einerseits durch einen seit Jahrzehnten anhaltenden Investitionsstau aufgrund zu geringer Investitionsmittel der Bundesländer, der durch die vorhandenen Überkapazitäten naturgemäß noch verschärft wird. Denn die Verwendung von Investitionsmitteln für eigentlich nicht benötigte Krankenhäuser entzieht diese Mittel den Krankenhäusern, die tatsächlich für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung benötigt werden. Andererseits erschöpft sich die Krankenhausplanung der Länder, die eigentlich zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern führen soll, vielfach in der Fortschreibung von existierenden Krankenhausstrukturen bzw. in der Bestätigung von real bereits vollzogenen Veränderungen. Qualität als ein weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung wurde erst sehr spät in die Krankenhausgesetzgebung aufgenommen, spiegelt sich aber in der konkreten Planung so gut wie nicht wider.

Viele kleine und kleinste Krankenhäuser – häufig mit schlechter Ausstattung

Hinzu kommt, dass es in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser gibt: Von allen deutschen Krankenhäusern verfügten im Jahr 2017 666 oder rund ein Drittel über maximal 100 Betten. Weitere knapp 23% verfügten über 100 bis 200 Betten (Statistisches

Zusammenfassung

Überkapazitäten, viele kleine Krankenhäuser mit vielfach nicht adäquater medizintechnischer und personeller Ausstattung sowie eine unzureichende Konzentration und Spezialisierung kennzeichnen die gegenwärtige vielfach als problematisch angesehene Situation der deutschen Krankenhausversorgung. Dies führt zu Defiziten in der Behandlungsqualität, einer überdurchschnittlich häufigen Akquisition von Patienten über die Notfallaufnahme sowie zur Behandlung von Patienten ohne stationäre Behandlungsbedürftigkeit (sog. „ambulant-sensitive Konditionen“), Effizienzverlusten und teilweise ruinöser Konkurrenz. Das im Rahmen des Projekts „Neuordnung der Krankenhausversorgung“ der Bertelsmann Stiftung erarbeitete und in diesem Beitrag dargestellte „Zielbild für eine zukünftige Krankenhauslandschaft“ zeigt Wege aus dieser Misere auf: Eine auf Qualitätsanforderungen basierende deutlich höhere Konzentration der Krankenhauslandschaft mit erheblich stärkerer Spezialisierung führt zu höherer Versorgungsqualität, ohne dass es dadurch zu einer schlechteren Erreichbarkeit käme. Dabei halten die Autoren ein Mengengerüst von deutlich unter 600 Kliniken für die effiziente Versorgung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2030 für ausreichend.

Schlüsselwörter

Krankenhausversorgung, Überkapazitäten, Ambulantisierungspotenzial, ambulant-sensitive Krankheitsfälle, Qualitätsanforderungen, Spezialisierung, Konzentration, Erreichbarkeit

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2175

Bundesamt 2018). Insgesamt verfügten also knapp 57% aller deutschen Krankenhäuser über weniger als 200 Betten. Diese Vielzahl an kleinsten und kleinen, zum größten Teil nicht spezialisierten Krankenhäusern trage – so wird häufig argumentiert – zu einer guten Erreichbarkeit der Krankenhausversorgung insgesamt bei. Dies stellt sich bei genauerer Betrachtung jedoch als problematisch heraus, weil hiermit gleichzeitig in doppelter Hinsicht negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität verbunden sind: Denn auch Patienten mit notwendiger stationärer Indikation werden heute in Deutschland vielfach in solchen kleinen Krankenhäusern versorgt, die zwar gut erreichbar sind, von denen die Mehrheit – mit einem substanziellen Teil der Patienten – aber weder medizinisch noch personell adäquat ausgestattet sind. So verfügten 2017 34% der Plan-Krankenhäuser nicht über einen Computertomographen, und 61% nicht über eine Koronarangiographie (Basis: 1.329 allgemeine Plan-Krankenhäuser). Vor allem im Hinblick auf eine Notfallversorgung muss dies als problematisch gelten.

Die Folge der inadäquaten Ausstattung mit Personal ist, dass in diesen Krankenhäusern die Versorgung von Patienten durch Fachärzte vielfach erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung erfolgt, weil nachts und an Wochenenden im Bereitschaftsdienst im Krankenhaus nur Assistenzärzte Dienst tun, Fachärzte dagegen aus der Rufbereitschaft erst ins Krankenhaus gerufen werden müssen. Der vermeintliche Vorteil der guten Erreichbarkeit verwandelt sich so in einen gravierenden Qualitätsnachteil, der insbesondere durch eine stärkere Konzentration und Spezialisierung der Krankenhausversorgung vermieden würde.

1: Für ihre Mitwirkung im Rahmen des Projektes und bei der Erstellung des Zielbildes danken die Autoren dem Review Board (Prof. Dr. Boris Augurzyk, RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; Prof. Dr. Andreas Beivers, Hochschule Fresenius für Wirtschaft und Medien GmbH; Prof. Dr. Max Geraedts, Philipps-Universität Marburg; Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg (bis 02.11.2018); Prof. Dr. Bernd-Peter Robra, Universität Magdeburg; Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics) sowie Dr. Stefan Loos, Dr. Martin Albrecht und Karsten Zich vom IGES Institut Berlin.

Dass vielfach Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dafür weder personell noch technisch adäquat ausgestattet sind, zeigt sich auch an der hohen Zahl der Verlegungen: Nach den Daten der Krankenhausstatistik wurden 2017 insgesamt rund 770.000 Patienten in andere Krankenhäuser verlegt (Statistisches Bundesamt 2018).

Die dargestellten Gründe tragen zum Paradox der personellen Ausstattung in Deutschland bei: Pro Einwohner gibt es in Deutschland mehr Personal als in anderen Ländern, pro Patient bzw. Bettentag (durch die vielen Fälle/Bettentage) aber weniger. Der Pflegepersonalmangel in Kliniken als aktuell dominierendes gesundheitspolitisches Thema stellt sich damit als (Spät-)Indikator eines ruinösen, letztlich die Versorgungsqualität beeinträchtigenden, vorwiegend auf ökonomischen Anreizen beruhenden Krankenhauswettbewerbs dar.

Die hohen Überkapazitäten führen dazu, dass in deutschen Krankenhäusern vielfach Patienten behandelt werden, die keiner stationären Behandlung bedürfen. Dies wird u.a. daran deutlich, dass immer mehr Patienten (inzwischen rund 50%) über die Notaufnahmen generiert werden. Dies wird im Zeitablauf deutlich: Während 2005 noch 60% (9,6 Mio.) aller stationären Patienten eingewiesen wurden, waren es 2016 nur noch 47% (8,9 Mio.). Gleichzeitig hat der Anteil der über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten von 34% (5,4 Mio./2005) auf 45% (8,6 Mio./2016) zugenommen. Hinzu kommt, dass hier das Fallwachstum bei solchen Indikationen, die den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen zuzuordnen sind, auch im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern besonders hoch ist.

Fehlanreize im G-DRG-Vergütungssystem

Die Überkapazitäten im Krankenhausbereich werden nicht abgebaut, sondern stattdessen vielfach mit leichten oder gar nicht stationär behandlungsbedürftigen Fällen belegt. Das ist auch auf Fehlanreize im gegenwärtigen G-DRG-Vergütungssystem zurückzuführen. So ist unbestritten, dass das Vergütungssystem erhebliche Anreize zur Fallzahl-Ausweitung ebenso wie zum Fall-Splitting und zur Durchführung nicht indizierter Prozeduren beinhaltet, die – trotz vielfacher Detail-Reformen – immer noch nicht vollständig ausgeräumt worden sind. Deutlich wird dies u.a. an der hohen Zahl von Stunden- und Tagesfällen (in 2016 knapp 700.000 Fälle). Gleichzeitig stellt die – gemessen an Durchschnittskosten – überproportionale Gewinn-Aussicht bei bestimmten Leistungen im gegenwärtigen DRG-System – so etwa bei technisch-apparativen Verfahren und in der Gelenkersatz- und Rücken Chirurgie – einen klaren Anreiz zur Gründung von „Pseudo-Zentren“ in dafür eigentlich qualitativ und ausstattungs-mäßig nicht geeigneten Krankenhäusern dar. Krankenträger reagieren mit solchen Maßnahmen immer wieder auf finanzielle Schief lagen von – vor allem kleineren – Kliniken, um auf diese Weise deren Schließung zu vermeiden. Grundsätzlich führt das fallpauschalierende DRG-System, das mit weitgehend klinikunabhängigen und vom einzelnen Krankenhaus nur sehr begrenzt beeinflussbaren Durchschnittspreisen arbeitet, dazu, dass das Krankenhaus seinen wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg nur über die Kostenseite und das Leistungsportfolio, also die Art und Menge der behandelten Fälle, beeinflussen kann.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die hohe Krankenhaus- und Bettendichte in Deutschland zusammen mit dem hohen Anteil kleinster und kleiner Krankenhäuser mit häufig unzureichender medizintechnischer und personeller Ausstattung zu hohen

und steigenden Fallzahlen und drei miteinander verzahnten Problemen führt:

- (1) unangemessen viele Patienten,
- (2) die vielfach in personell und technisch nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern behandelt werden, wobei
- (3) das Betreuungsverhältnis Personal pro Patient bzw. pro Bettentag im Durchschnitt gegenüber den europäischen Nachbarländern eher niedrig ist.

Hohes Ambulantisierungspotenzial

Ein großer Teil der Überkapazitäten in der stationären Versorgung ist vermeidbar. Das zeigt schon ein Blick auf das Ambulantisierungspotenzial, also auf die Fälle, die entweder ambulant behandelt oder ambulant operiert werden könnten. Busse und Berger zeigen im Krankenhausreport 2018 (Berger/Busse 2018), dass es sich hierbei in ausgewählten Indikationsbereichen um bis zu 35% aller Krankenhausfälle handelt. Insgesamt sind das rund 5 Millionen Krankenhausfälle jährlich oder 14.000 Krankenhausfälle pro Tag. Das allein entspricht dem Patientenaufkommen von rund 500 durchschnittlichen Krankenhäusern, also bereits einem Drittel der Kapazität der deutschen Allgemeinkrankenhäuser.

Zu ähnlichen Ergebnissen im Hinblick auf den Umfang des ambulanten Potenzials (ambulant behandelbare Fälle) führt der methodische Ansatz der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ (ASK). Sundmacher et. al. (Sundmacher/Schüttig/Faist 2015) haben hierzu eine Liste relevanter ambulant-sensitiver Krankheitszustände veröffentlicht, die im Rahmen einer Delphi-Studie von Ärzten in Deutschland konsentiert wurden. Die entsprechenden Krankheitszustände gliedern sich in 40 Diagnosegruppen, von denen 22 eine Kernausswahl bilden, die 90% der mit den 40 Gruppen erfassten Krankenhausfälle abdecken und für die im Rahmen der Studie eine Vermeidbarkeit von über 85% geschätzt wurde. Betrachtet man den Anteil der vermeidbaren ASK für die 14 fallzahlstärksten Hauptdiagnosen im Jahr 2016, ergibt sich hier ein Anteil der vermeidbaren Fälle (ASK) im Umfang von knapp 38%. Insgesamt ergibt die Anwendung des ASK-Ansatzes rund 4 Millionen vermeidbare Krankenhausfälle.

Große Qualitätsunterschiede

Hinzu kommt, dass es in Deutschland derzeit auch bei unumstritten stationär zu behandelnden Fällen große Qualitätsunterschiede in Abhängigkeit von der jeweils behandelten Fallzahl gibt (Volume-Outcome-Zusammenhang), wie neuere Untersuchungen deutlich zeigen (vor allem Nimptsch/Mansky 2017). Dort wurde für einen Großteil der untersuchten Behandlungsarten ein deutlicher Zusammenhang zwischen der jährlichen Fallzahl des behandelnden Krankenhauses und der Krankenhaussterblichkeit beobachtet. Zusätzlich ergaben die Berechnungen von Nimptsch und Mansky, dass Zentralisierungsmaßnahmen zur Qualitätsverbesserung und insbesondere zur Verringerung vermeidbarer Todesfälle beitragen würden (jeweils mehr als 1.000 vermeidbare Todesfälle bei akutem Herzinfarkt und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung).

Weitere Studien zeigen darüber hinaus, dass der Volume-Outcome-Zusammenhang zusätzlich zur Krankenhaussterblichkeit auch für die Häufigkeit von Re-Operationen bei einer Reihe von Behandlungsarten nachgewiesen werden kann (Pross/Busse/Geissler 2017). Insgesamt zeigt sich hier, dass eine deutlich stärkere Konzentration

und Spezialisierung der deutschen Krankenhauslandschaft zu einer erheblichen Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung führt – zumindest bei der Sterblichkeit und bei Re-Operationen.

Vor diesem Hintergrund möchte die Bertelsmann Stiftung mit ihrem Projekt einen Beitrag zur Diskussion darüber leisten, wie die als notwendig erachtete Veränderung der Krankenhausstrukturen in Deutschland erreicht werden können. Die erste Phase des Projekts diente der Entwicklung eines Zielbildes für die als sinnvoll und wünschenswert erachteten Veränderungen der deutschen Krankenhausstrukturen. Dabei sollten sowohl international wie auch national diskutierte Anforderungen und Modellansätze für eine bedarfsgerechte sowie ressourceneffiziente Krankenhausstruktur identifiziert und strukturiert werden. Im Fokus standen dabei vor dem Hintergrund der oben dargestellten Ist-Situation Ansätze, die auf den Abbau von Überkapazitäten sowie eine stärkere Konzentration und Spezialisierung von Krankenhäusern gerichtet sind.

Dieses Zielbild wird nachfolgend beschrieben.

Ausgangspunkt ist dabei das gegenwärtige Mengengerüst der Krankenhausversorgung in Deutschland mit 1.329 allgemeinen Plan-Krankenhäusern mit 398.000 Betten, 35 Universitätskliniken mit rund 45.000 Betten sowie 285 psychiatrischen Krankenhäusern mit rund 47.000 Betten; insgesamt also ca. 1.650 Krankenhäuser mit >490.000 Betten und 19,5 Mio. Fällen (Stand 2017/Statistisches Bundesamt 2018). Die Überlegungen zum Zielbild gehen von einer vollständigen Berücksichtigung des genannten Ambulantisierungspotenzials, dem Ausschluss nicht indizierter Prozeduren und Fälle sowie einer systematischen Berücksichtigung qualitativer Kriterien aus. Eine weitere Rahmenbedingung ist, dass nach einem solchen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft in jeder Region eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche (24/7) vorhanden ist.

Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft

Die Überkapazitäten im deutschen Krankenhausbereich und der damit unmittelbar verbundene, ruinöse, letztlich die Versorgungsqualität beeinträchtigende, vorwiegend auf ökonomischen Anreizen beruhende Krankenhauswettbewerb sowie die Fehlanreize im gegenwärtigen G-DRG-Vergütungssystem führen wie gezeigt zur Behandlung eines nennenswerten Anteils von Patienten in Krankenhäusern, obwohl diese Patienten keiner stationären Behandlung bedürfen. Fehlende Konzentration und Spezialisierung führen darüber hinaus unter anderem zu mangelnder technischer Ausstattung und geringer Personalbesetzung pro Fall bzw. Bettentag. Dies alles hat erhebliche Qualitätseinbußen zur Folge, die durch Kapazitätsabbau, Konzentration sowie Spezialisierung der Versorgung hin zu weniger, aber deutlich größeren Krankenhäusern bzw. Standorten beseitigt werden kann. Diese Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ sind dann aber in der Lage, die heute erforderliche medizinische Behandlungsqualität auch in Notfällen in der Breite der dort vertretenen Fachabteilungen mit einer adäquaten medizinisch-technischen Ausstattung und 24/7-Personalbesetzung auch bei Fachärzten zu gewährleisten.

Daraus ergibt sich zwingend eine Abkehr vom bisherigen drei- und zum Teil vierstufigen deutschen Krankenhausversorgungsmodell (Grundversorgung, Regelversorgung, überörtlicher Schwerpunktversorgung sowie Maximalversorgung, meist durch Universitätskliniken; darüber hinaus werden Fachkliniken zugelassen), aus dem

insbesondere im Bereich der Grund- und Regelversorgung häufig sehr kleine bis kleine Krankenhäuser resultieren. Die hier entwickelte und dargestellte zukünftige Krankenhausstruktur sieht – insbesondere aus Qualitätsgesichtspunkten, die weiter unten detailliert erläutert werden – stattdessen ein Versorgungssystem mit „Neuer Regelversorgung“ (mit der Versorgungsmöglichkeit für Herzinfarkte, Schlaganfälle etc.) in Mittelzentren und „Maximalversorgung“ in Groß- und Oberzentren vor.

Dabei halten wir als Mengengerüst für die effiziente Versorgung der Bevölkerung in Deutschland (Ende 2017 hatte Deutschland rund 82,7 Millionen Einwohner) rund 360 Versorgungskrankenhäuser (neue Regelversorgung sowie Spezialversorgung) und rund 50 Maximalversorger für ausreichend, wie im Zielbild-Szenario dargestellt (siehe Tabelle „Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario“). Jedes dieser insgesamt 410 Krankenhäuser hat damit im Rahmen der Regelversorgung rund 200.000 Einwohner zu versorgen²; im Rahmen der Maximalversorgung ist jeweils ein Maximalversorger für rund 1,65 Millionen Einwohner zuständig. Insbesondere die „Neue Regelversorgung“ wird dabei von Krankenhäusern erbracht, die deutlich größer und personell sowie qualitativ besser ausgestattet sind als das heutige normale deutsche Kreiskrankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Deutlich wird dies insbesondere anhand der weiter unten dargestellten Qualitätsanforderungen.

Dabei werden nicht zwingend alle ambulantisierbaren Fälle in der bisherigen Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung versorgt werden müssen und können. Hierfür ist – insbesondere bei ambulantisierbaren Operationen – vielmehr an die Etablierung von ambulanten Operationszentren an den zukünftigen Krankenhäusern der „Neuen Regelversorgung“ zu denken. Ähnliches gilt für die Umwandlung von kleinen, nicht mehr als Akutkrankenhäuser fungierenden bisherigen allgemeinen Krankenhäusern in multidisziplinär arbeitenden „Intermediäre/integrierte Behandlungs- und Versorgungszentren“. Sie könnten z.B. die Funktionen bisheriger Medizinischer Versorgungszentren und ambulanter OP-Zentren zusammenfassen und darüber hinaus auch die poststationäre Versorgung sowie Beobachtung bei Verdacht auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit übernehmen. Zusätzlich sollte die Möglichkeit der hochspezialisierten ambulanten Behandlung an Krankenhäusern deutlich vereinfacht und erweitert werden.

Qualitative und strukturelle Anforderungen an die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft

In einer zukunftsfähigen Krankenhauslandschaft müssen einige zentrale qualitative Kriterien erfüllt sein. Diese Kriterien sind insbesondere:

- **Bessere technische Ausstattung:** Die Fähigkeit aller Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ zur umfassenden Akutbehandlung von Herzinfarkten und Schlaganfällen. Herzinfarkte und Schlaganfälle sind die zentralen lebensbedrohlichen Zustände, für die eine Behandlung in Krankenhäusern erforderlich ist. Gleichzeitig ist die dafür erforderliche Ausstattung der Krankenhäuser von zentraler Bedeutung, so etwa medizintechnische Geräte zur umfassenden Diagnostik. Beim (ischämischen) Schlaganfall ist darüber hinaus die Existenz einer Stroke Unit zur effektiven Behandlung entweder mit der Thrombolysierung oder in dafür geeigneten Fällen mit der Thrombektomie erforderlich. Beim Herzinfarkt ist heute die primäre perkutane Koronarintervention (PCI) die Be-

handlung der Wahl. Hierfür ist ebenfalls zusätzlich zur umfassenden diagnostischen Ausstattung mit entsprechenden bildgebenden Verfahren ein Herzkatheterlabor erforderlich.

- Mehr und höhere Mindestmengen: Die Erfüllung von international wissenschaftlich anerkannten Mindestmengen, insbesondere für die Leistungen Transplantationen, Versorgung von Früh- und Neugeborenen, Geburten, Knie-Endoprothetik, Hüft-Endoprothetik, Rücken Chirurgie sowie Krebschirurgie und koronarchirurgische Eingriffe, durch alle Krankenhäuser im neuen, hier skizzierten Versorgungssystem.

Das Konzept der Mindestmengen baut dabei auf dem Gedanken auf, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in einem konkreten Zusammenhang mit der Menge der erbrachten Leistung steht und es insofern eine Beziehung zwischen der Wahrscheinlichkeit des Behandlungserfolges und der routinierten Leistungserbringung der am Behandlungsprozess maßgeblich beteiligten Akteure gibt. Mindestmengen sind heute in der internationalen wissenschaftlichen Literatur für eine ganze Reihe von medizinischen Leistungen anerkannt. In Deutschland werden Mindestmengen bisher jedoch nur sehr zögernd genutzt. So gibt es international für sehr viel mehr Indikationen vorgeschriebene Mindestmengen; außerdem liegen die genutzten Mindestmengen international vielfach deutlich höher als derzeit in Deutschland. Die verstärkte, an international anerkannten Mindestmengen orientierte Nutzung dieses Qualitätsinstrumentes wird zu einer deutlich verbesserten qualitativen Versorgung in den betroffenen Indikationen führen, setzt jedoch auch eine entsprechende Konzentration der betroffenen Leistungen an deutlich weniger Krankenhäusern voraus.

Die Erfüllung der hier genannten qualitativen Kriterien schließt die Versorgung in (kleinen) Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, die typischerweise nur mit den Abteilungen Innere, Chirurgie und zum Teil Geburtshilfe ausgestattet sind, für die Zukunft aus, weil in solchen meist kleinen Krankenhäusern weder die Akutversorgung von Herzinfarkten und Schlaganfällen noch die Einhaltung von Mindestmengen gewährleistet werden kann. Hinzu kommt, dass bei Wegfall von „echten Krankenhausfällen“ (wie Herzinfarkt oder Schlaganfall) bei den gegenwärtig in Deutschland geltenden Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung die Gefahr sehr groß ist, dass kleine Häuser ihre Betten mit Fällen füllen, die dem ambulanten Potential zugerechnet werden müssen – eine Verhaltensweise, die bereits unter den heute gegebenen Bedingungen an vielen Orten zu erkennen ist.

Darüber hinaus sollten die zukünftig an der Versorgung teilneh-

- — — — —
- 2: Hierbei wird angenommen, dass der tatsächliche Einzugsbereich zwischen 150.000 und 250.000 liegt. 150.000 dürfte die absolut untere Grenze für ein Einzugsgebiet darstellen. In solch einem Gebiet gibt es bei durchschnittlicher Bevölkerungsstruktur ca. 4 Geburten und je 1 Patienten mit akutem Herzinfarkt sowie Schlaganfall (jeweils pro Tag). Bei noch weniger Fällen wäre die angestrebte 24/7-Versorgung und das Vorhalten der personellen und technischen Ausstattung wirtschaftlich nicht zu rechtfertigen.
 - 3: In wirklich ländlichen Kreisen mit Einwohnerdichten <75 Einwohnern/qkm – derzeit 28 Kreise in 8 Bundesländern – wird eine Erreichbarkeit von max. 30 Minuten kaum möglich sein, ohne die Qualität zu gefährden, da die dafür erforderlichen Krankenhäuser dann doch wieder sehr klein würden. Hier werden die maximalen Fahrzeiten zwar etwas länger; aber dafür ist eine Besetzung mit Fachärzten mit 24/7-Anwesenheit gewährleistet, wodurch sich die „Netto“-Zugangszeit bis zur fachärztlichen Versorgung trotzdem verringert und damit die Versorgungsqualität deutlich verbessert. Hinzu kommt, dass bei der Prüfung der Erreichbarkeit immer auch die Möglichkeit einer Versorgung in Nachbarkreisen berücksichtigt werden muss.

menden Krankenhäuser eine Reihe struktureller Voraussetzungen erfüllen:

- Erreichbarkeit für Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ für die jeweils zu versorgende Bevölkerung: im Regelfall max. 30 Minuten³
- Erreichbarkeit für Maximalversorger: max. 60 Minuten
- In allen für die Notfallversorgung zentralen Abteilungen bzw. Fachrichtungen auf allen Versorgungsstufen eine 24-Stunden-Bereitschaft von Fachärzten direkt im Krankenhaus
- Mindestausstattung der Krankenhäuser der „Neuen Regelversorgung“ mit allen für die Versorgung auf dieser Ebene und insbesondere die Notfallversorgung erforderlichen Fachabteilungen bzw. den entsprechenden fachübergreifenden medizinischen Zentren.

Aus den genannten Vorgaben ergibt sich für das Zielbild-Szenario bei Berücksichtigung der ASK-Fälle (ca. 4 Mio.), der Verlegungen (knapp 0,8 Mio.) und der Stunden- und Tagesfälle (rund 0,7 Mio.) eine Fallzahl von nur noch rund 14 Millionen. Dabei handelt es sich um eine eher konservative Schätzung des Anteils der reduzierbaren Krankenhausfälle, denn eine Reihe weiterer Reduktionsmöglichkeiten der Fallzahl sind hierbei nicht berücksichtigt (so etwa Krankenhausfälle, die nicht behandlungsbedürftig sind, Operationen, Prozeduren und stationäre Krebsbehandlungen, die ambulant durchführbar sind und nicht vom ASK-Ansatz erfasst werden oder Fälle, die sich durch medizinisch nicht indiziertes Fallsplitting ergeben).

Aus der reduzierten Fallzahl von 14 Millionen ergibt sich eine durchschnittliche Fallzahl für Versorgungskrankenhäuser von rund 30.000/Jahr und eine durchschnittliche Fallzahl für Maximalversorger von knapp über 60.000 Fälle/Jahr. Eine solche Größenordnung garantiert für alle Versorgungsstufen – wie oben bereits dargelegt – auch die erforderliche Personalausstattung, um die aus Qualitätsgesichtspunkten insbesondere für die Notfallversorgung notwendige Rund-um-die-Uhr-Besetzung mit Fachärzten in den für Notfälle zentralen Bereichen zu gewährleisten, da derzeitiges klinisches Personal aller Krankenhäuser erhalten bleibt und ebenfalls konzentriert wird. Gleichzeitig ermöglichen die auf diese Weise erreichbaren Fallzahlen zusätzlich zu guter medizinischer Qualität – u.a. durch die Erfüllung von Mindestmengen-Anforderungen – auch die Möglichkeit einer nachhaltigen ökonomischen Betriebsführung.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über das Mengengerüst der Ausgangssituation sowie des Zielbild-Szenarios.

Internationaler Vergleich

Dass das deutsche Krankenhaussystem über erhebliche Überkapazitäten verfügt, wird im Übrigen auch durch den Vergleich mit dem europäischen Durchschnitt gestützt: Gegenüber dem EU-15-Durchschnitt verfügt Deutschland über 65% mehr Betten. Diese drastischen Überkapazitäten gehen gegenüber dem EU-15-Durchschnitt mit 50% mehr Fällen und 70% mehr Bettentagen pro Einwohner in Deutschland einher. Der in diesem Zielbild-Szenario dargestellte Kapazitätsabbau würde bedeuten, dass Deutschland im Jahr 2030 dem europäischen Durchschnitt von heute entspräche.

Wir gehen davon aus, dass der eingeleitete Strukturwandel in jedem Fall auch eine umfassende Ambulantisierung von – medizinisch erforderlichen, aber ambulant durchführbaren – Operationen, Krebstherapien etc. zur Folge haben würde. Um welchen Umfang der heutigen deutschen Krankenhausfälle es sich dabei handelt, lässt

Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario		
	Deutschland heute	Zielbild- Szenario 2030
Krankenhausfälle	19,5 Mio.	14,0 Mio.
Krankenhausfälle/100 Einwohner	24	17 (-30%)
Verweildauer (Tage)	7,3	6,0 (-20%)
Bettentage/Einwohner	1,7	1,0 (-40%)
Resultierende Betten bei ca. 80% Auslastung	480.000 (de facto >490.000)	285.000
Betten/Versorgungs Krankenhaus	<300 (über alle KH)	610 (360 KH)
Betten/Maximalversorger		1.300 (50 KH)
Fälle/Versorgungs Krankenhaus	<12.000 (über alle KH)	30.000
Fälle/Maximalversorger		64.000

Tab. 1: Zielbild für die zukünftige deutsche Krankenhauslandschaft: Ausgangssituation und Zielbild-Szenario.

sich ebenfalls an internationalen Vergleichen darstellen, insbesondere am Vergleich auf europäischer Ebene (EU15). Dieser zeigt, dass geringere Krankenhaushäufigkeiten in anderen Ländern maßgeblich auf eine weitergehende Ausschöpfung des ambulanten Potenzials zurückzuführen sind (z. B. größere Anteile ambulanter Operationen), ohne dass es dadurch zu qualitativen Einbußen kommt.

Orientiert an den derzeit – gemessen vor allem an Effizienz und Verweildauer – besten europäischen Nationen (insbesondere Dänemark) würde sich ein gegenüber dem oben dargestellten Zielbild-Szenario nochmals radikaleres Szenario ergeben, in dem für dann rund 10 Millionen Krankenhausfälle jährlich vielleicht noch 300 Versorgungskrankenhäuser mit jeweils rund 500 Betten und 45 Maximalversorger mit jeweils rund 1.100 Betten erforderlich wären. Wie insbesondere das Beispiel Dänemark zeigt, kann eine solche radikale Verringerung der stationären Krankenhauskapazitäten bei gleichzeitiger Spezialisierung und Konzentration zu einer nachweisbaren Verbesserung der stationären Behandlungsqualität führen. <<

Literatur

- Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser 2017: Wiesbaden
- Berger, E./Busse, R. (2018): Vom planerischen Bestandsschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2018. Stuttgart: Schattauer. S. 149-170.
- Sundmacher, L./Schüttig, W./Faisst, C. (2015): Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Versorgungsatlas.de. Bericht Nr. 15/18.
- Nimptsch U./Mansky, T. (2017): Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. *BMJ Open* 2017; 7:e016184. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016184
- Pross, C./Busse, R./Geissler, A. (2017): Hospital quality variation matters – a time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006-2014. *Health Policy* 121(8): 842-852

Better Quality of Care by increased Concentration and Specialization

Overcapacity, many small hospitals with often non-adequate medical-technical equipment and staff as well as insufficient concentration and specialization characterize the often as problematic considered actual situation of inpatient care in Germany. That leads to deficits in the quality of care, to increased acquisition of inpatients through emergency departments as well as to inpatient treatment without real need ("ambulant-sensitive conditions"), to loss of efficiency and partly cut-throat competition. The "Target Image for Future Inpatient Care", developed as part of the Bertelsmann Stiftung project "Reorganization of Hospital Care" and described in this article, shows ways out of this calamity. A much higher concentration of inpatient care, oriented on quality requirements and accompanied by much higher specialization leads to much higher quality of care without deterioration of accessibility. For the year 2030 the authors consider a quantity of well under 600 hospitals to be sufficient.

Keywords

Inpatient care, overcapacity, potential for outpatient treatment, ambulant-sensitive conditions, quality requirements, specialization, concentration, accessibility

Autorenerklärung

Jan Böcken ist Mitarbeiter der Bertelsmann Stiftung in Gütersloh und war auf Seiten der Stiftung verantwortlich für die Erstellung des in diesem Beitrag skizzierten Zielbilds zur Neuordnung der deutschen Krankenhauslandschaft. Uwe Preusker und Reinhard Busse waren auf Honorarbasis zentraler Bestandteil des Kernteams dieser Ausarbeitungen. Das Projekt wurde ausschließlich aus Mitteln der Bertelsmann Stiftung realisiert.

Zitationshinweis

Preusker, U., Böcken, J., Busse, R.: „Höhere Versorgungsqualität durch mehr Konzentration und Spezialisierung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 62-67, doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2175

Dr. rer. pol. Uwe K. Preusker

ist Sozial- und Gesundheitswissenschaftler mit langjähriger Erfahrung in verschiedenen Management- und Leitungspositionen in Deutschland und Finnland. Seit zwei Jahrzehnten ist er europaweit als strategischer Berater und Publizist im Gesundheitsbereich tätig. Zusätzlich lehrte er an verschiedenen europäischen Hochschulen in den Spezialgebieten „nordeuropäische Gesundheitssysteme“ und „Krankenhausmanagement“. Kontakt: uwe.preusker@kolumbus.fi



Dr. rer. medic. Jan Böcken

ist als Senior Project Manager bei der Bertelsmann Stiftung tätig. Er ist Betriebswirt und Politikwissenschaftler. 2009 promovierte er am Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke.

Kontakt: jan.boecken@bertelsmann-stiftung.de



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. Kontakt: rbusse@tu-berlin.de



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

Sekundärdatenanalyse zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen

Im Bereich der Arbeitsunfähigkeit (AU) stellen laut Meyer und Kollegen in den letzten Jahren verschiedene Krankenkassen eine deutlich steigende Bedeutung der Depression fest [7]. Laut Daten des aktuellen Gesundheitsreportes der Techniker Krankenkasse (TK) ist es zwischen 2006 und 2014 zu einer deutlichen Zunahme von Fehlzeiten aufgrund psychiatrischer Störungen um mehr als vier Fünftel gekommen. Diese Fehlzeiten stagnieren erst in den Jahren 2014 bis 2017 weitgehend stabil auf einem hohen Niveau. Zwischen 2000 und 2017 wird ein Anstieg von 90% berichtet [8]. Ähnliche Angaben sind dem aktuellen Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) zu entnehmen. Daten der DAK zeigen, dass die Dauer von AU bei psychischen Störungen in den letzten 20 Jahren kontinuierlich auf das Dreifache angestiegen sind. Im Jahr 2017 stieg, wenn auch nur geringfügig, die Zahl der Fehltag aufgrund psychischer Störungen um 1,5% mehr als im Vorjahr an [9]. Mit 16,7% der Ausfalltage stehen psychische Störungen an zweiter Stelle hinsichtlich des AU-Tage-Volumens. Auch in den Ergebnissen des Reports des Dachverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK) rangieren psychische Störungen mit 16,6% aller AU-Tage auf dem zweiten Platz der Ursachen von AU [10]. Die weitaus meisten Fehltag wurden durch Depressionen verursacht [9, 10].

>> Bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen psychischer Störungen lag die Unipolare Depression bei 83,4 AU-Tagen und die rezidivierende depressive Störung bei 30,9 AU-Tagen [9]. Menschen mit depressiven Störungen weisen doppelt so viele AU-Tage im Vergleich zu Menschen ohne diese Diagnose auf. Die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund affektiver Störungen haben sich im Zeitraum von 2000 bis 2013 mehr als verdoppelt [2]. Wie für alle psychiatrischen Diagnosen gilt, dass ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich geringer ist als ihr Anteil an AU-Tagen, d. h. es handelt sich zumeist um längerfristige Krankheitsverläufe [9, 10]. Krankschreibungen wegen Depression wurden bisher selten auf der Ebene einzelner Arztpraxen untersucht. Das Ziel dieser Studie war es, die Dauer der Krankschreibung wegen Depression und den Einfluss der demografischen Faktoren sowie der Depressionsschwere auf die Krankschreibungsdauer zu ermitteln.

Zusammenfassung

Ziel: Ziel dieser Studie war es, anhand einer Sekundärdatenanalyse, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten, die in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen behandelt werden, zu ermitteln.

Methode: Patienten im Alter zwischen 25 und 60 Jahren mit einer Depressionsdiagnose (F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) und einer Krankschreibung in 2017 bei Hausärzten (HA) oder Psychiatern (PS) wurden ausgewählt. Die mittlere Gesamtdauer der Krankschreibung wurde kalkuliert und nach Geschlecht und Altersgruppen ausgewertet. Der Einfluss der demographischen Variablen auf das Risiko der langen Krankschreibungsdauer (>42 Tage) wurde mittels multivariater logistischer Regression ermittelt.

Ergebnisse: Die Dauer der Krankschreibung war im Schnitt 54 Tage (SD: 88) bei HA und 100 Tage (SD: 121) bei PS. 26% der Patienten bei HA und 45% der Patienten bei PS hatten eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen. Das Risiko der langen Krankschreibung stieg signifikant mit dem Alter; Geschlecht hatte nur einen geringen Effekt. Patienten mit der Dokumentation der Arbeitsplatzprobleme waren signifikant häufiger über 42 Tage krankgeschrieben.

Schlussfolgerungen: Neben Maßnahmen der betrieblichen Prävention sollte die Einbeziehung niedergelassener HA und PS in den Rehabilitationsprozess organisatorisch und wissenschaftlich mehr Beachtung finden.

Schlüsselwörter

Arbeitsunfähigkeit, Depression, Sekundärdatenanalyse, Hausärzte, Psychiater

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2176

Methode

Datenbasis

Die vorliegende Sekundärdatenanalyse bezieht sich auf Daten der Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA). Sie ermöglicht einen anonymen Zugriff auf eine ausgewählte Stichprobe von niedergelassenen Praxen und Patienten [11]. Die Daten der Disease Analyzer-Datenbank werden über standardisierte Schnittstellen direkt aus dem Praxiscomputer generiert. Die im Arztcomputer gespeicherten Patientendaten werden monatlich an die IQVIA übertragen. Die Daten werden vor der Übertragung verschlüsselt und entsprechen in Umfang und Detaillierungsgrad der Patientenakte [11]. In den Studien von Becher et al. [12] und von Rathmann et al. [13] über die Validität und Repräsentativität der Disease Analyzer-Datenbank zur Anwendung in pharmakoepidemiologischen und pharmakoökonomischen Studien konnte gezeigt werden, dass die Datenbank als repräsentativ und valide angesehen werden kann.

Depression

Die Depression gehört in Europa und weltweit zu den bedeutsamsten sowie häufigsten psychischen Störungen [1, 2] und stellt hinsichtlich ihrer Schwere eine der am meisten unterschätzten Störungen dar [3]. Daraus sowie aus der hohen Krankheitslast ableitend, ergibt sich eine hohe Public Health Relevanz [4]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) postuliert, dass weltweit mehr als 300 Millionen Menschen jeden Alters unter Depressionen leiden – mit einem Anstieg von mehr als 18% zwischen 2005 und 2015 [5]. Bis zum Jahr 2020 werden Depressionen respektive affektive Störungen weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein [3]. Die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland in ihrem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) für Deutschland ermittelte 12-Monats-Prävalenz der Unipolaren Depression liegt nach Jacobi und Kollegen bei 7,7%, was 4,9 Millionen Betroffene im Alter von 18 bis 79 Jahren darstellt. Die Geschlechterverteilung zeigt den Daten zufolge, dass Frauen mit 10,6% im Gegensatz zum Männern mit 4,8% doppelt so häufig von dieser Störung betroffen sind [6].

Studienpopulation

Der Studienelektionsprozess ist Abb. 1 zu entnehmen. Patienten im Alter zwischen 20 und 60 Jahren, die in gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, mit Diagnose einer unipolaren sowie rezidivierenden Depression der bekannten Schweregrade (F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) und einer Krankschreibung in 2017 bei Hausärzten (HA) oder Psychiatern (PS) wurden ausgewählt. Diese Auswahl basiert auf der Annahme, dass die Personen im Alter 20-60 Jahren berufstätig sind, wenn sie keine Familienmitversicherung oder Rentenstatus aufweisen. Berufstätigkeit ist dabei die Voraussetzung für die Notwendigkeit einer Krankschreibung.

Statistische Methoden

Die mittlere Gesamtdauer der Krankschreibung wurde kalkuliert und nach Geschlecht und Altersgruppen ausgewertet. Der Einfluss der demographischen Variablen auf das Risiko der langen Krankschreibungsdauer (>42 Kalendertage) wurde mittels multivariater logistischer Regression ermittelt (siehe Abb. 2), adjustiert für Alter, Geschlecht, Depressionsschweregrad und Facharztgruppe. Die Krankschreibungsdauer wurde auf maximal 42 Kalendertage beschränkt, da aufgrund gesetzlicher Bestimmung zum Krankengeld nach 42 Kalendertagen nicht mehr der Arbeitgeber, sondern die Krankenkasse die Zahlung übernimmt [14].

Ergebnisse

Patientencharakteristika

Insgesamt wurden 5.319 Patienten aus psychiatrischen Praxen sowie 19.475 Patienten aus Hausarztpraxen, für welche mindestens eine Krankschreibung in 2017 dokumentiert war, einbezogen (Abb. 1). Die Patientencharakteristika sind Tab. 1 zu entnehmen. Das Altersmittel betrug 42,7 Jahre. 58,9% waren weiblich. Die Ausprägung der Schweregrade der Depression waren 16,9% leichte Depression, 60,3% mittelgradige Depression und 22,8% schwere Depression. Bei 5,3% der betrachteten Patienten wurden zusätzlich Arbeitsplatzprobleme dokumentiert.

Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko einer langfristigen Krankschreibung

Abbildung 2 sind die Ergebnisse zum Zusammenhang respektive zur Assoziation der Krankschreibungsdauer mit demographischen sowie weiteren relevanten Variablen (z. B. Schweregrad der Depression, Arbeitsplatzprobleme) zu entnehmen.

Der Median der Dauer der Krankschreibung betrug bei HA 19 und bei PS 32 Tage. 28,6% der Patienten bei HA und 44,5% der Patienten bei PS hatten AU-Tage von mehr als 42 Tagen (OR: 1.75, $p < 0.001$). Die Dauer der Krankschreibung durch Psychiater war demnach deutlich höher als durch HA. Der Schweregrad der Depression kann ebenfalls mit einer zunehmenden Dauer an AU-Tagen assoziiert werden. So zeigen sich aufsteigend höhere Mediane als auch prozentuale Verteilungen. Am stärksten ist dies bei Patienten mit einer schweren Depression ausgeprägt. Diese weisen sowohl im Median (29) sowie mit 39% bei einer Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen die höchsten Werte auf (OR: 2.13, $p < 0.001$). Das Risiko mehr als 42 Kalendertage krankgeschrieben zu werden, steigt

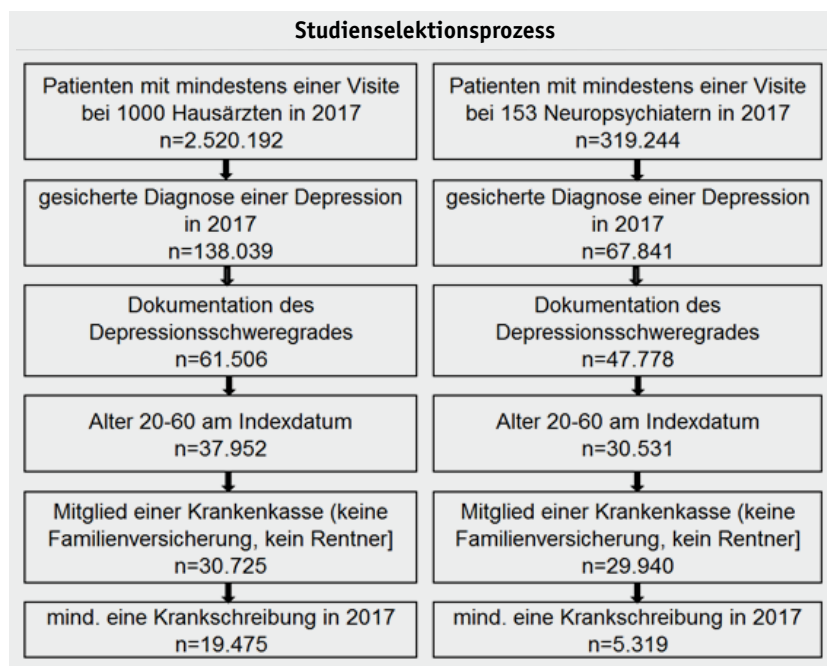


Abb. 1: Studienselektionsprozess.

Variable	N (%)
Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	42,7 (11,2)
Alter 20-30	18,9
Alter 31-40	21,7
Alter 41-50	27,4
Alter 51-60	32,0
Frauen	58,9
Männer	41,1
leichte Depression	16,9
mittelgradige Depression	60,3
schwere Depression	22,8
Psychiater	21,5
Hausärzte	78,5
Arbeitsplatzprobleme	5,3
Keine Arbeitsplatzprobleme	94,7

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienpatienten.

mit zunehmenden Alter der beobachteten Patienten. Am stärksten konnte dies mit 37,5% in der Altersgruppe der 51-60-Jährigen beobachtet werden (OR: 1,71, $p < 0.001$). Der Anstieg an AU-Tagen kann also mit einem zunehmenden Alter der Betroffenen assoziiert werden. Patienten, bei denen zusätzlich Arbeitsplatzprobleme dokumentiert wurden, weisen mit 39,6% den größten Anteil der Patienten mit einer Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen auf (OR: 1,55, $p < 0.001$).

Diskussion

Wie wir in unserer Studie zeigen konnten, lag die Dauer der Krankschreibung durch PS im Median als auch in der Krankschreibung über 42 Tage höher als durch HA ($p < 0.001$). Ferner konnten wir zeigen, dass mit zunehmenden Schweregrad eine Zunahme an

Krankschreibungen assoziiert ist ($p < 0.001$). Beide Befunde können mit dem Schweregrad der Depression assoziiert werden. Hierbei ist zu konstatieren, dass die Versorgung der Depression in Deutschland über alle Schweregrade hinweg aufgrund struktureller Gegebenheiten häufiger von Hausärzten als von Fachärzten erfolgt [15]. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Depressionsdiagnose von Fachärzten wesentlich gezielter respektive genauer erfolgt und daher auch die tatsächliche Schwere eindeutiger diagnostiziert wird [16]. Die fundiertere Diagnosestellung von Fachärzten kann wiederum zur Folge haben, dass die Rekonvaleszenzzeit länger eingeschätzt und somit die Krankschreibung längerfristig ausfällt. Ferner ist bekannt, dass Patienten mit einem zunehmenden Schweregrad der Depression ein vermehrtes Maß an Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sowie der Lebensqualität erfahren [15, 17, 18]. Dass Depressionen ein Hauptgrund für langfristige AU-Tage sind, wurde in der Studie von Koopmans und Kollegen beschrieben [19]. Ferner zeigten Schneider und Kollegen, dass die AU-Dauer mit Depression korreliert [20].

Der Zusammenhang mit dem Alter erwies sich als statistisch signifikant ($p < 0.001$). Am Stärksten konnte dies in der Altersgruppe der 51-60-Jährigen beobachtet werden. Dies spiegelt sich ebenfalls durch die Angaben der Gesundheitstreporte nationaler Krankenkassen wider [9]. Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Versicherten ist darauf zurückzuführen, dass langfristige Arbeitsunfähigkeiten im Altersverlauf zunehmen und einen erheblich größeren Anteil am Krankheitsgeschehen ausmachen. Am höchsten sind

die Werte den Daten der DAK zufolge bei Versicherten der Altersgruppe 60+. Diese Altersgruppe verursacht knapp 60% des Krankenstandes durch ein langfristiges AU-Geschehen von einer Dauer von über 6 Wochen [9]. Ältere Arbeitnehmer haben zwar eine geringere Anzahl an AU-Fällen, jedoch steigen deren AU-Tage stark an [9]. Dieser Befund deckt sich also ebenfalls mit bisherigen Ergebnissen. In Bezug auf das Geschlecht konnte in unserer Untersuchung kein signifikanter Einfluss ermittelt werden ($p = 0.248$). Dementgegen ist dem Gesundheitsreport der TK zu entnehmen, dass im Jahr 2017 psychische Störungen bei Männern in Bezug auf ihre anteilige Bedeutung am Krankenstand an zweiter Stelle geführt werden. Bei weiblichen Erwerbspersonen führten psychische Störungen 2017 demgegenüber zu den meisten gemeldeten AU-Tagen [8]. Es gilt als ein international stabiler Befund, dass Frauen ca. doppelt so häufig von einer Depression betroffen sind als Männer [1, 6]. Zusätzlich zeigen die Daten des DAK Gesundheitsreportes, dass Frauen in allen Altersgruppen einen höheren Krankenstand aufweisen als Männer [9]. Zusätzlich zeigte sich, dass Patienten, bei denen der Arzt Arbeitsplatzprobleme dokumentiert hat, signifikant länger krankgeschrieben waren ($p < 0.001$). Dieser Befund steht im Einklang mit bisherigen Erkenntnissen. Wie Daten des DAK-Gesundheitsreports zeigen, ist ein schlechtes Betriebsklima, welches Arbeitsplatzprobleme zur Folge hat, neben einer hohen Arbeitsbelastungen, ein zentraler Einflussfaktor auf den Krankenstand [9], was unseren Befund somit erklären kann. Rau und Henkel zeigten, dass je höher die Arbeitsintensität, desto größer das Risiko an einer Depression

Literatur

- [1] Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von de-pressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 56(5/6), 733–739.
- [2] Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Zugriff am 12. November 2018 unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>
- [3] Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2018). Depression. Zugriff am 12. November 2018 unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/depression.html>
- [4] Pass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Dtsch Arztebl Int, 111(38), 629–638.
- [5] Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2018). „Depression: let’s talk“ says WHO, as de-pression tops list of causes of ill health. Zugriff am 12. November 2018 unter <http://www.who.int/news-room/headlines/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- [6] Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S. et al. (2014). Psychische Störungen in der All-gemeinbevölkerung. Nervenarzt, 85, 77–87.
- [7] Meyer, M., Wehner, K. & Cichon, P. (2017): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2016, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2017 Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung (S. 281–484).
- [8] Techniker Krankenkasse TK (2018). Gesundheitsreport. Fit oder fertig? Erwerbsbiografien in Deutschland. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter <https://www.tk.de/resource/blob/2035612/168c6d8c6e4a6a2919450f0281a03474/gesundheitsreport-2018-data.pdf>
- [9] Deutsche Angestellten-Krankenkasse DAK (2018). DAK-Gesundheitsreport 2018. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-1970840.pdf>
- [10] Betriebskrankenkassen Dachverband BKK (2018). Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Zugriff am 13. Dezember 2018 unter <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport.html>
- [11] Dombrowski, S. & Kostev, K. (2017). Use of Electronic Medical Records in the Epidemiological Research. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- [12] Becher, H., Kostev, K. & Schröder-Bernhardi, D. (2009). Validity and representative-ness of the „Disease Analyzer“ patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies. Int J Clin Pharmacol Ther, 47(10), 617–626.
- [13] Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T.G., et al. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 77, 120–126.
- [14] Herr, D. (2018). Datenquelle zum Krankengeld im deutschen Gesundheitswesen – eine Übersicht sowie Empfehlungen für die Versorgungsforschung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 135, 56–64.
- [15] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. Zugriff am 22. Dezember 2018 unter <http://www.leitlinien.de/nvl/depression>
- [16] Trautmann, S., Beeso-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., et al. (2017). The treatment of depression in primary care - a cross-sectional epidemiological study. Dtsch Arztebl Int, 114(43): 721–728.
- [17] Poulsen, R., Hoff, A., Fisker, J., Hjorthøj, C., Eplöv, L.F. (2017). Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 18(1), 578.
- [18] Kaldo, V., Lundin, A., Hallgren, M., Kraepelien, M., et al. (2018). Effects of internet-based cognitive behavioural therapy and physical exercise on sick leave and employment in primary care patients with depression: two subgroup analyses. Occup Environ Med, 75, 52–58.
- [19] Koopmans, P.C., Roelen, C.A., Groothoff, J.W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. Int Arch Occup Environ Health, 81: 711–719.
- [20] Schneider, A., Hilbert, S., Hamann, J., Skadsem, S., Glaser, J., Löwe, B., Bühner, M. (2017). The implications of psychological symptoms for length of sick leave – burnout, depression, and anxiety as predictors in a primary care setting. Dtsch Arztebl Int, 114, 291–7.
- [21] Rau, R., Henkel, D. (2013). Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und psychischen Erkrankungen: Review der Datenlage. Nervenarzt, 84(7), 791–798.
- [22] Strobel, H. (2013). Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten: Teil 1: Überblick über den Stand der Wissenschaft und Empfehlungen für ein guten Umgang in der Praxis. Iga.Report 23. Zugriff am 11. Januar 2019 unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_23_Staendige_Erreichbarkeit_Teil1.pdf

Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko, mehr als 42 Tage krankgeschrieben zu werden				
Variable	Mediane Dauer der Krankschreibung in Tagen	Anteil der Patienten mit Krankschreibungsdauer von über 42 Tagen (%=)	Odds Ratio (95% CI)	p- Wert
Alter 20-30	18	24,7	Referenz	
Alter 31-40	20	28,3	1,17 (1,07-1,28)	<0,001
Alter 41-50	23	33,4	1,45 (1,33-1,57)	<0,001
Alter 51-60	27	37,5	1,71 (1,57-1,85)	<0,001
Frauen	22	31,8	0,97 (0,92-1,02)	0,248
Männer	22	32,3	Referenz	
leichte Depression	15	19,8	Referenz	
mittelgradige Depression	23	32,7	1,75 (1,61-1,91)	<0,001
schwere Depression	29	39,0	2,13 (1,93-2,34)	<0,001
Psychiater	32	44,5	1,75 (1,64-1,87)	<0,001
Hausärzte	19	28,6	Referenz	
Arbeitsplatzprobleme	28	39,6	1,55 (1,38-1,75)	<0,001
Keine Arbeitsplatzprobleme	22	31,6	Referenz	

Tab. 2: Assoziation zwischen definierten Variablen und dem Risiko, mehr als 42 Tage krankgeschrieben zu werden (multivariates logistisches Regressionsmodell).

zu erkranken ist [21]. Außerdem wurde aufgezeigt, dass je niedriger der zur Verfügung stehende Handlungsspielraum, je niedriger die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, je höher das Ungleichgewicht zwischen Anforderung und Verausgabung der erhaltenen Anerkennung ist, desto höher ist das Risiko an einer Depression zu erkranken [21]. Schneider und Kollegen haben in ihrer Studie herausgefunden, dass HA psychische Belastungen und arbeitsplatzbedingte Stressfaktoren in 85 Fällen explorierten. Depressionen waren bei diesen Patienten höher angegeben [20].

Diese retrospektive Studie hat verschiedene Limitationen. Die erste Limitation bezieht sich auf die Patientenpopulation. Nur die Personen mit mindestens einer Krankschreibung wurden analysiert. Viele Menschen mit einer, insbesondere leichten Depression, werden nicht krankgeschrieben oder möchten nicht krankgeschrieben werden. Nicht untersucht wurde der Einfluss der anderen Komorbiditäten auf die Krankschreibungsdauer. Außerdem fehlt die Information über den Beruf der Patienten, aber auch Details der beruflichen Situation. Auf der anderen Seite wurde in dieser Studie eine große Anzahl der Patienten aus einer repräsentativen landesweiten Datenbank eingeschlossen sowie demografische und klinische Variablen gleichzeitig analysiert, was die Stärken dieser Studie ausmacht.

Psychische Störungen verzeichnen den Gesundheitsreporten der Krankenkassen zufolge [8, 9, 10] die auffälligsten Entwicklungen und den bedeutensten Anstieg in Bezug auf den Krankenstand. In der heutigen Zeit ist das Arbeitsleben geprägt von ständiger Erreichbarkeit – geschuldet den modernen Informations- und Kommunikationstechnologien. Diese Form der Rufbereitschaft der Arbeitnehmer wirkt sich signifikant auf die psychische Belastung aus [22]. Die moderne, stressassoziierte Arbeitswelt ist vor dem Hintergrund steigender psychischer Belastungen für Arbeitnehmer sowie für Arbeitgeber eine Herausforderung, an die sich beide genannten Gruppen adaptieren müssen. Neben den für Arbeitgeber gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen wie Arbeitsschutz und Betriebliches Eingliederungsmanagement, müssen Strategien der Betrieblichen

Gesundheitsförderung (BGF), wie Stressmanagement und funktionales Coping, im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) entwickelt und implementiert werden. Eine systematische Implementierung von Maßnahmen der BGF in einem BGM kann zur Senkung des Krankenstands in Unternehmen beitragen. Um einen Rückgang von Langzeitarbeitsunfähigkeiten zu erreichen, bedarf es gesonderter Programme für ältere Arbeitnehmer. Altersdiversität und -sensitivität spielen hierbei auf Seiten der Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber eine Rolle. <<

Secondary data analysis of the duration of inability to work in depression patients treated in general and psychiatric practices

Aim: The aim of this study was to use secondary data analysis to determine the duration of inability to work in depression patients treated in general or psychiatric practices.

Method: Patients between the ages of 20 and 60 years with a diagnosis and a sick note from a general practitioner (GP) or psychiatrist (PS) in 2017 were selected. The average total duration of the sick leave was calculated and evaluated based on sex and age group. The influence of the demographic variables on the risk of a long period of sick leave (>42 days) was determined using multivariate logistic regression.

Results: The average duration of the sick leave was 54 days (SD: 88) in GP patients and 100 days (SD: 121) in PS patients. In total, 26% of GP patients and 45% of PS patients were unable to work for more than 42 days. The risk of a long period of sick leave was associated with higher age and workplace-related problems.

Conclusion: To preventive measures in the workplace, the involvement of GP and PS in private practice in the rehabilitation process should be given stronger consideration, both from an organizational and a scientific perspective.

Keywords

inability to work, depression, secondary data analysis, general practitioners, psychiatrists

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter des Unternehmens IQVIA in Frankfurt. Marcel Konrad ist Mitarbeiter der FOM Hochschule für Oekonomie & Management. Die Autoren haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von IQVIA durchgeführt.

Zitationshinweis

Konrad, M., Kostev, K.: „Sekundärdatenanalyse zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Depressionspatienten in hausärztlichen und psychiatrischen Praxen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 68-72, doi: 10.24945/MVF.0519.1866-0533.2176

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



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

ist Research 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



Dipl.-Kfm. Timo Schulte MBA
 Andree Rabenberg MSc
 Dr. h.c. rer. medic Helmut Hildebrandt
 Prof. Dr. Sabine Bohnet-Joschko
 Prof. Dr. Martin Wehling

FORTA: Ein Algorithmus zur Bewertung und Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten

Die Alterung der Gesellschaft mit einer deutlichen Zunahme der betagten und hochbetagten Patienten ist als gesellschaftspolitische und damit auch medizinische Herausforderung bekannt (World Population Ageing 2017). Ältere Patienten leiden meist an mehreren chronischen Erkrankungen und müssen deshalb zahlreiche Arzneimittel parallel einnehmen: Multimorbidität und Multimedikation, auch Polypharmazie genannt, sind daher in diesem Zusammenhang schon seit längerem im Fokus des medizinischen Interesses (van den Akker et al. 1998, Kaufman et al. 2002). Daher kann es für die behandelnden Ärzte schwierig sein, die richtige Balance zwischen Über- und Unterversorgung zu finden; es gilt, nachteilige Arzneimittel zu vermeiden und günstige Arzneimittel dabei nicht zu vergessen, also Risiken (z.B. Nebenwirkungen) zu minimieren, aber auch Chancen (z.B. weniger Schlaganfälle) nicht zu verpassen (Maher et al. 2014, Barnett et al. 2012). Ältere Patienten sind weiterhin unterrepräsentiert in der klinischen Forschung, so dass es wenig Evidenz zur Angemessenheit und Sicherheit vieler Arzneimittel im Alter gibt (Wehling 2011). Zur Unterstützung der Ärzte wurde die FORTA-Klassifikation (Fit for The Aged) und daraus die FORTA-Liste in einem Delphi-Konsensus-Verfahren entwickelt (Wehling 2008, Kuhn-Thiel et al. 2014), in der Wirkstoffe in Verbindung mit altersrelevanten Indikationen durch über 20 medizinische und pharmakologische Experten hierarchisch von A (positiv) bis D (negativ) bewertet werden (A-*bsolutely*, B-*eneficial*, C-*areful*, D-*on't*). Die Anwendung der FORTA-Liste war in einer randomisierten Endpunktstudie (VALFORTA) klinisch erfolgreich und ließ sich als Lerninstrument relativ einfach und effizient vermitteln (Wehling et al. 2016). Dieser Bewertungsansatz soll nun auch IT-basiert als automatisierter Algorithmus zur Medikationsoptimierung getestet und eingesetzt werden.

>> Das Grundprinzip von FORTA ist eine diagnoseabhängige Positiv- und Negativbewertung von Arzneimitteln bzw. Substanzen, die Patienten ab 65 Jahren häufig und in der Regel länger als vier Wochen erhalten. Insgesamt werden derzeit 296 Substanzen in Kombination mit 30 Diagnosegruppen anhand der wissenschaftli-

Zusammenfassung

Die Arzneimitteltherapie älterer Menschen ist eine Herausforderung, erst recht, wenn die Patienten multimorbide sind und zahlreiche Medikamente parallel einnehmen. Risiken wie schwere Neben- oder Wechselwirkungen müssen vermieden, gleichzeitig Chancen, wie zum Beispiel die Verhinderung von Schlaganfällen, genutzt werden. Der basierend auf der FORTA (Fit for The Aged) Klassifikation entwickelte Algorithmus FORTA-EPI, der Wirkstoffe in Verbindung mit altersrelevanten Indikationen hierarchisch von A (positiv) bis D (negativ) bewertet (A-*bsolutely*, B-*eneficial*, C-*areful*, D-*on't*), soll als elektronisches Tool nun Entscheidungsunterstützung bei der Anpassung der Arzneimitteltherapie geriatrischer Patienten bieten. Nach klinischer Validierung der Sinnhaftigkeit des FORTA-Konzepts wurde der Algorithmus dementsprechend entwickelt und auf regionaler Ebene getestet. Grundlage waren GKV-Routinedaten von Krankenkassen in Verbindung mit Integrierten Versorgungssystemen im Kontext von OptiMedis. In den Testregionen ermittelte der Algorithmus durchschnittlich etwas mehr als 4 Abweichungen von den FORTA-Empfehlungen pro Patient ab 65 Jahren. Etwa ein Drittel der Abweichungen geht auf Überversorgung zurück, die anderen zwei Drittel auf Unterversorgung. Die Ergebnisse, die von der regionalen Ebene auch heruntergebrochen werden können auf die Ebene der Versorgungseinrichtungen bzw. der Patienten, können wiederum genutzt werden, um Verbesserungspotenziale zu ermitteln und Schulungsmaßnahmen daran anzuschließen.

Schlüsselwörter

Sichere und effektive Arzneimitteltherapie, AMTS – Arzneimitteltherapiesicherheit, intelligente Algorithmen, Health Data Analytics, geriatrische Patienten, Systeme zur Entscheidungsunterstützung

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2177

chen Evidenz bezüglich Sicherheit, Effektivität und der allgemeinen Angemessenheit im Alter bewertet (Pazan et al. 2019a). Die Grundregel ist, dass mit A bewertete Substanzen zuerst gegeben werden sollen bzw. müssen (Pflichtmedikation), dann B-Substanzen additiv oder alternativ eingesetzt werden können, auf C-Substanzen nur zurückgegriffen werden soll, wenn alle besser bewerteten Alternativen ausgeschöpft wurden und D-Substanzen – bis auf wenige Ausnahmefälle – vermieden werden sollen. Damit stellt FORTA einen erweiterten Ansatz gegenüber rein substanzorientierten Arzneimittelbewertungen dar (häufig umgesetzt als reine Negativlisten), welche ohne den Einbezug patientenrelevanter Faktoren, wie z.B. des Erkrankungsspektrums, bislang größtenteils keine Evidenz bezüglich der Verbesserung patientenrelevanter Outcome-Parameter liefern konnten (Cooper et al. 2015).

Durch eine parallele Bewertung von Diagnosegruppen anhand der Diagnose-Codes der International Classification of Diseases 10 German Version (ICD-10 GM) und der Substanzen bzw. Substanzgruppen anhand der Kodierung der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) lässt sich der Positiv-Negativ-Bewertungsansatz von FORTA größtenteils auch datenbasiert programmieren. Eine persönlich und händisch durchgeführte, vollständige FORTA-Bewertung eines Patienten ist zwar exakter als die datenbasierte, da weitere Parameter berücksichtigt werden können, die in den Daten nicht abgebildet sind, wie z.B. das Schmerzempfinden eines Patienten, welche Medikamente dieser neben den rezeptierten zusätzlich einnimmt oder welche Unverträglichkeiten bestehen. Sie nimmt dafür im Schnitt aber auch etwa 10-15 Minuten Zeit in Anspruch, sofern entsprechend auf die FORTA-Prinzipien geschult wurde. Insofern kann der datenbasierte Algorithmus FORTA-EPI (FORTA epidemiological algorithm) eine sinnvolle Entscheidungsunterstützung darstellen, da potenzielle Problembereiche schneller identifiziert und angezeigt werden. Die finale Entscheidung, ob eine Medikation tat-

sächlich angepasst werden sollte, verbleibt jedoch weiterhin bei den medizinischen Experten (Rabenberg et al. 2019).

Datengrundlage für FORTA-EPI können im Prinzip sämtliche Quellsysteme sein, die ausreichend Informationen zur Diagnostik und zur Medikation von Patienten enthalten. Dies sind zum einen Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Routinedaten) und ambulant-ärztliche Abrechnungsdaten aus den Praxisverwaltungssystemen (PVS-Daten) oder von kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Daten). Da der Bewertungsansatz grundsätzlich patientenbasiert erfolgt (patient-in-focus-listing approached PILA; Pazan et al. 2019b), kann eine sektorenübergreifende Bewertung nur durch Nutzung von GKV- oder KV-Daten erfolgen, bei der Nutzung von PVS-Daten bleibt die Bewertung derzeit beschränkt auf Diagnostik und Arzneimittel-Verordnungen aus der übermittelnden Praxis bzw. kann etwas umfangreicher bewertet werden, wenn zusammengeschlossene Praxisnetze Daten übermitteln. Von Vorteil bei PVS-Daten kann hingegen sein, dass auch einige klinische Parameter wie z.B. der Blutdruck oder der HbA1c-Wert in einige Bewertungen einbezogen werden können.

Unabhängig von der Datengrundlage ist das Ziel von FORTA-EPI das Aufdecken von Unter- und Überversorgung mit Arzneimitteln bei älteren Patienten. Dazu wird für alle Patienten ab 65 Jahren, die in der Datengrundlage enthalten sind, ein patientenindividueller FORTA-Score berechnet. Jede in der FORTA-Klassifikation abgebildete Kombination aus Diagnosen und Substanzen wird durch den Algorithmus überprüft. Grundsätzlich gilt folgendes Bewertungsschema:

- Unterversorgung (z.B. keine empfohlene Medikation zu dokumentierter Diagnose) = 1 FORTA-Score-Punkt
- Überversorgung (z.B. Medikation ohne eine dazu passende Diagnose, oder suboptimale Medikation) = 1 FORTA-Score-Punkt

Wird durch FORTA-EPI erkannt, dass es zu einer dokumentierten Diagnose eine angemessenere Medikation als die zum jeweiligen Zeitpunkt verordnete Medikation gegeben hätte, werden 2 FORTA-Score-Punkte ausgelöst – 1 FORTA-Score-Punkt für die Unterversorgung mit der angemesseneren Alternative und 1 FORTA-Score-Punkt für die Überversorgung mit der weniger geeigneten Substanz. Der eigentliche FORTA-Score ist die Summe aus diesen Einzelpunkten pro Patient.

Zur Demonstration der Ergebnisse von FORTA-EPI wurden GKV-Routinedaten aus Versorgungsregionen mit populationsorientierten integrierten Versorgungsverträgen (IV-Regionen) herangezogen, die durch die OptiMedis AG mitbetreut werden. Auf Basis der Routinedaten aus diesen IV-Regionen konnten FORTA-Score-Werte für 13.557 Patienten ab 65 Jahren berechnet werden. In den Netzwerken finden regelmäßig Arzneimittel-Konsile basierend auf den FORTA-Empfehlungen statt, die zukünftig durch datenbasierte Ergebnisse von FORTA-EPI unterstützt werden.

Übersicht zu den häufigsten Abweichungen von den FORTA-Empfehlungen

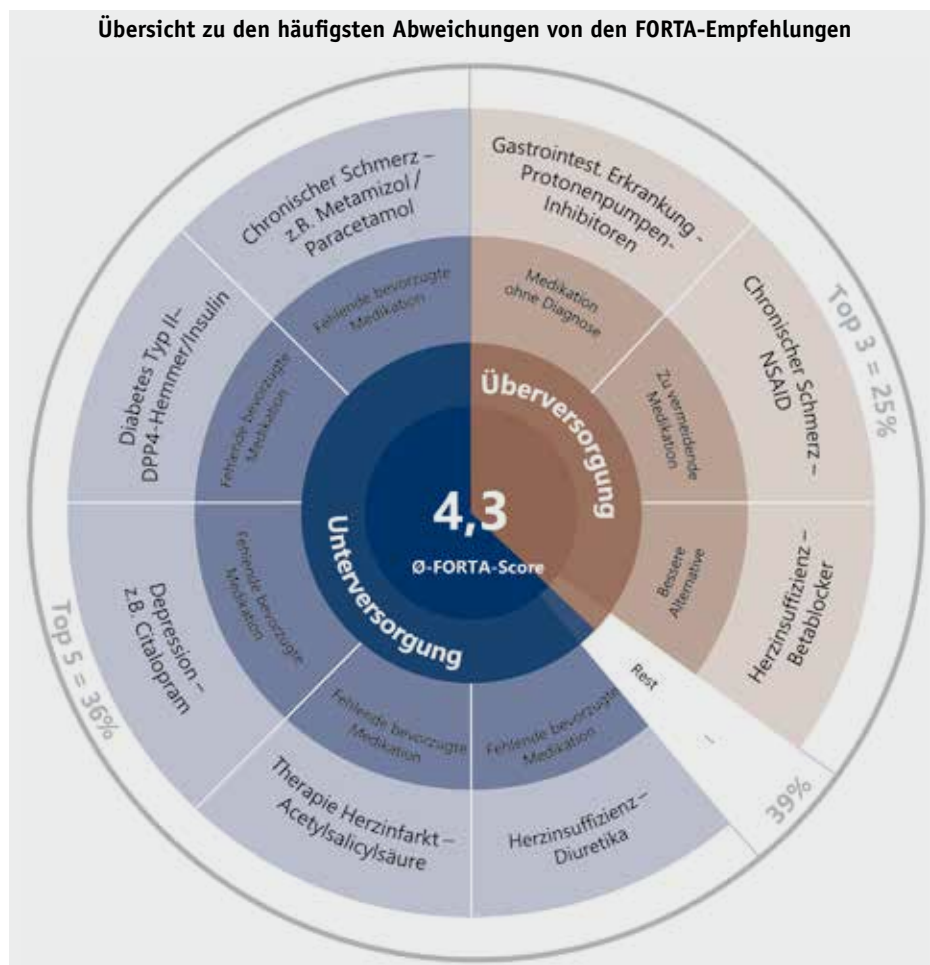


Abb. 1: Übersicht zu den häufigsten Abweichungen von den FORTA-Empfehlungen auf regionaler Ebene.

FORTA-Auswertungen auf regionaler Ebene

Angewandt auf die Daten einer Region liefert FORTA-EPI zunächst eine Übersicht, in welchen Bereichen der Algorithmus das größte Verbesserungspotenzial ermittelt hat. Dazu werden die Themenfelder grafisch aufbereitet, die den größten Anteil am regionalen FORTA-Score haben. Je größer der FORTA-Score, desto mehr Abweichungen von den FORTA-Empfehlungen wurden von FORTA-EPI ermittelt. In der ersten Ebene in der grafischen Aufbereitung wird unterteilt in Abweichungen aus Überversorgung und Unterversorgung.

In den IV-Regionen war die Verteilung des FORTA-Scores auch in der Betrachtung über mehrere Jahre relativ stabil und unterteilt sich in ca. ein Drittel Überversorgung und in zwei Drittel Unterversorgung. Der durchschnittliche FORTA-Score in den IV-Regionen lag im Betrachtungszeitraum zwischen 4,17-4,33. Lediglich 12-15% der Patienten ab 65 Jahren wiesen gar keine Abweichungen zu den FORTA-Empfehlungen auf. Am häufigsten und damit etwa bei jedem zehnten Patienten ab 65 Jahren wurde in den IV-Regionen eine Unterversorgung mit passender Schmerzmittelverordnung ermittelt, sofern eine entsprechende Diagnose vorlag. Der häufigste Grund für eine Überversorgung war die Dokumentation von Protonenpumpen-Inhibitoren bei Patienten, die keine begründende Diagnose wie etwa die einer gastrointestinalen Erkrankung aufwiesen. Abbildung 1 fasst die häufigsten Abweichungen in Form einer regionale Übersichtsdarstellung für die IV-Regionen im Jahr 2017 zusammen, die dann wiederum Thema für Arzneimittel-Konsile oder Qualitätszirkel sein können.

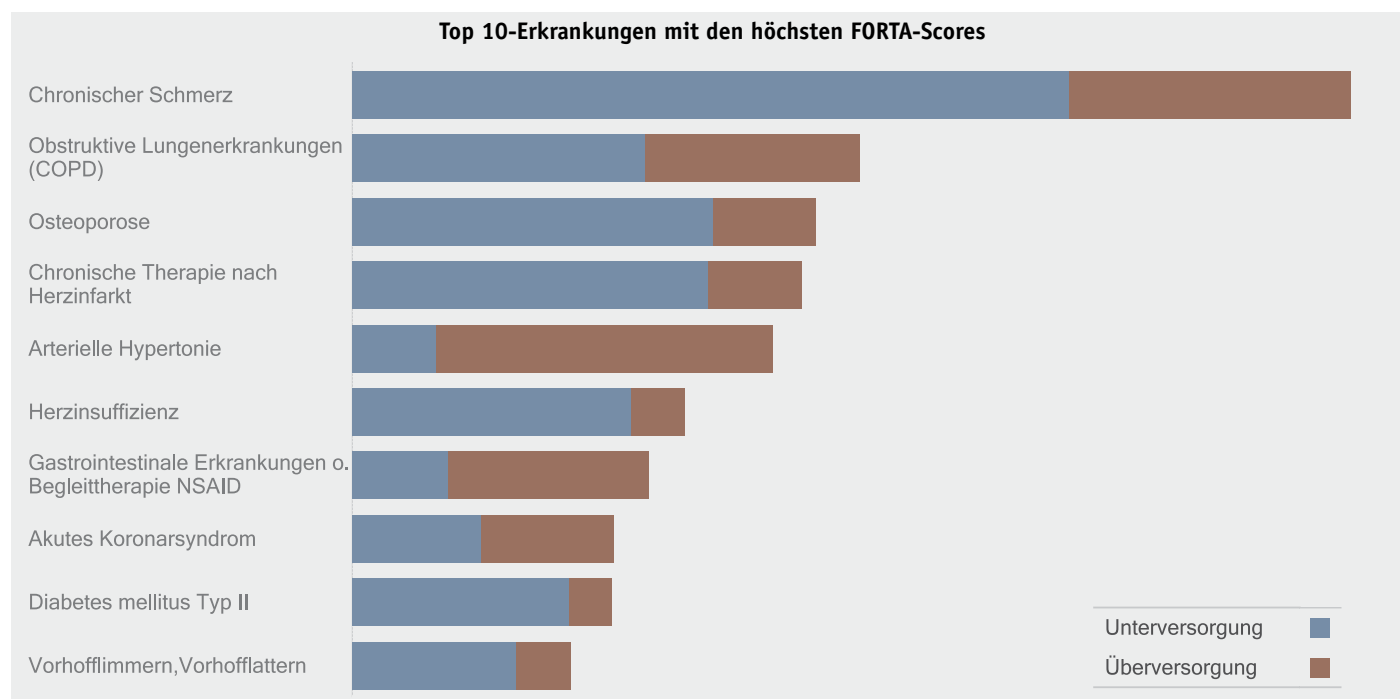


Abb. 2: Top 10-Erkrankungen mit den höchsten FORTA-Scores in den IV-Regionen absteigend sortiert nach Häufigkeit der (fehlenden) Arzneimittel-Verordnungen.

Ebenso ist es mit FORTA-EPI möglich, den FORTA-Score nach Indikationsgruppe anzeigen zu lassen. In diesem Fall stehen die Erkrankungsgruppen im Fokus. In den IV-Regionen wurden für Patienten mit chronischem Schmerz, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung und Osteoporose am häufigsten Abweichungen von den FORTA Empfehlungen ausgewiesen, wobei in der Mehrzahl der Fälle eine mögliche Unterversorgung angezeigt wurde (siehe Abb. 2).

FORTA-Auswertungen auf Ebene der medizinischen Leistungserbringer

Für den Fall, dass der Quelldatensatz auch Informationen zu handelnden bzw. verordnenden Leistungserbringern enthält, kann

die Ebene der Abweichungs-Analyse hinsichtlich der FORTA-Empfehlungen innerhalb einer Gesamtregion auch auf die dort tätigen Leistungserbringer erweitert werden. Dadurch wird z.B. ein Vergleich ermöglicht, in welchen Fachgruppen oder in welchen Praxen am häufigsten Abweichungen vorkommen. Dies lässt sich auch auf einzelne Erkrankungen oder die Unterkategorien der Über- und Unterversorgung filtern, um zum Beispiel zu erfahren, in welchen Praxen häufig eine Pflichtmedikation für Patienten mit Diabetes mellitus Typ II fehlt.

In den IV-Regionen lag der maximale FORTA-Score einer Praxis im Jahr 2017 bei 5,48, was einer Abweichung von etwa 1,2 gegenüber dem Durchschnitt von 4,30 entsprach. Eine Analyse des Zeitverlaufs zwischen 2012 und 2017 ergab nur moderate Schwankungen zwischen 5,38-

5,73 in der entsprechenden Praxis. Da ohnehin nur Patienten ab 65 Jahren betrachtet werden, wurde auf eine Altersadjustierung der Ergebnisse verzichtet, auch weil dadurch im Praxisvergleich andere Werte entstehen würden, als wenn die einzelnen Patienten innerhalb einer Versorgungseinrichtung betrachtet und aggregiert werden. Abbildung 3 zeigt einen Ausschnitt einer absteigend sortierten Rangliste verschiedener Versorgungs-

Region IV-Region	Praxis Alle	Jahr 2017	Quartal Alle	Top N 10
Region	Praxis			
IV-Region	Praxis 0	5,48		186
	Praxis 1	5,15		224
	Praxis 2	4,98		156
	Praxis 3	4,93		252
	Praxis 4	4,90		48
	Praxis 5	4,79		230
	Praxis 6	4,78		111
	Praxis 7	4,78		337
	Praxis 8	4,77		209
	Praxis 9	4,71		41
		Ø FORTA-Score		Patienten ≥ 65 Jahre mit FORTA-Score ≥ 1

Abb. 3: Vergleich von Versorgungseinrichtungen hinsichtlich des durchschnittlichen FORTA-Score-Wertes, visualisiert mit Tableau.

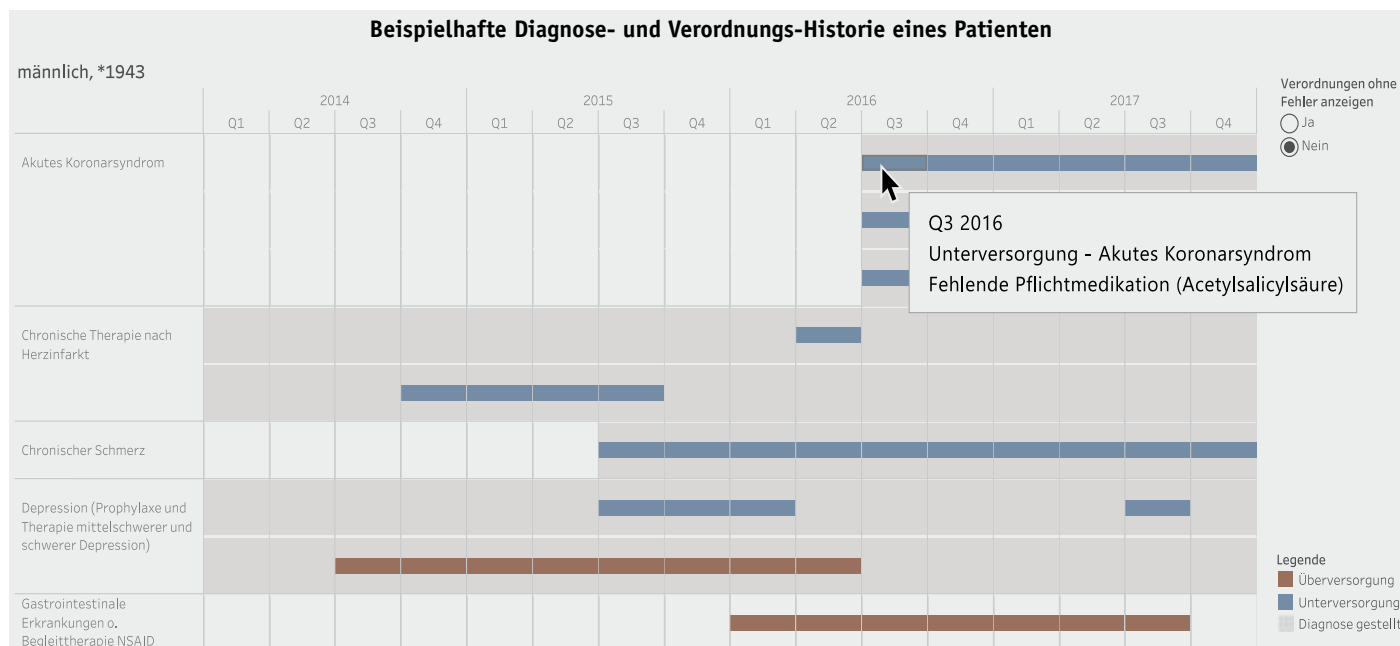


Abb. 4: Beispielhafte Diagnose- und Verordnungs-Historie eines Patienten, bewertet gemäß der FORTA-Prinzipien, mittels FORT-A-EPI, visualisiert mit Tableau.

einrichtungen, basierend auf dem durchschnittlichen FORTA-Score unter Angabe der Anzahl der Patienten, für die eine FORTA-EPI Auswertung durchgeführt wurde.

FORTA-Auswertungen auf Patientenebene

Um die durch den Algorithmus erkannten Abweichungen nachzuvollziehen und die sich daraus ergebenden Empfehlungen zu

überblicken, ist die Analytik von FORTA-EPI bis auf die Einzelpatienten-Ebene möglich. Für den in Abbildung 4 dargestellten Patienten werden 5 Erkrankungsgruppen angezeigt, für die im Zeitraum 2014-2017 Abweichungen zu den FORTA-Empfehlungen festgestellt wurden. Im gezeigten Fall beginnt die Diagnostik für das akute Koronarsyndrom ab dem 3. Quartal 2016, wodurch auf die entsprechende Pflichtmedikation geprüft wird. Da ein Thrombozytenaggregationshemmer und ein ACE-Hemmer gegeben werden (in der Grafik

Literatur

- Barnett, K./Mercer, S.W./Norbury, M et al. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. In: *Lancet*. 2012, 380:37-43.
- Cooper, J.A./Cadogan, C.A./Patterson, S.M. et al. (2015): Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. In: *BMJ Open*. 2015, 5:e009235.
- Dalton, K./O'Brien, G./O'Mahony, D./Byrne S. (2019): Computerised interventions designed to reduce potentially inappropriate prescribing in hospitalised older adults: a systematic review and metaanalysis. In: *Age Ageing*. 2019, 47:670-678.
- Kaufman, D.W./Kelly, J.P./Rosenberg, L./Anderson, T.E./Mitchell, A.A. (2002): Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. In: *JAMA*. 2002, 16;287(3):337-44.
- Kuhn-Thiel, AM/Weiß, C/Wehling M (2014): Consensus Validation of the FORTA List: A Clinical Tool for Increasing the Appropriateness of Pharmacotherapy in the Elderly. In: *Drugs Aging*, 31 (2): 131-40
- Maher, R.L./Hanlon, J./Hajjar (2014): ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin*. In: *Drug Saf*, 2014, 13:57-65.
- McIntosh, J./Alonso, A./MacLure, K./Stewart, D./Kempen, T. et al. (2018): A case study of polypharmacy management in nine European countries: Implications for change management and implementation. In: *PLoS ONE*. 2018, 13:e0195232.
- O'Connor, M.N./O'Sullivan, D./Gallagher, P.F. et al. (2016): Prevention of hospital-acquired adverse drug reactions in older people using screening tool of older persons' prescriptions and screening tool to alert to right treatment criteria: a cluster randomized controlled trial. In: *J Am Geriatr Soc*, 2016, 64:1558-66.
- Pazan, F./Kather, J./Wehling, M. (2019b): A systematic review and novel classification of listing tools to improve medication in older people. In: *Eur J Clin Pharmacol*, 2019, 75:619-625
- Pazan, F./Weiß, C./Wehling, M. (2019a): The FORTA (Fit for The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. In: *Drugs Aging*, 2019, 36:481-484.
- Rabenberg, A./Schulte, T./Hildebrandt, H./Wehling, M (2019): The FORTA (Fit for The Aged)-EPI (epidemiological) algorithm: Application of an IT tool for the epidemiological assessment of drug treatment in older people. In: *Drugs and Ageing* (in press).
- van den Akker, M./Buntinx, F./Metsemakers, J.F./Roos, S./Knotterus, J.A. (1998): Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. In: *J Clin Epidemiol*. 1998, 51(5):367-75.
- Wehling M (2008) Drug therapy in the elderly: too much or too little, what to do? A new assessment system: fit for the aged (FORTA). In: *Dtsch Med Wochenschr*, 133:2289-2291
- Wehling M. (2011): Guideline-driven polypharmacy in elderly, multimorbid patients is basically flawed: there are almost no guidelines for these patients. In: *J Am Geriatr Soc*, 2011, 59:376-7.
- Wehling, M/Burkhardt, H/Kuhn-Thiel, A/Pazan, F/Throm, C/Weiss, C/Fronhofen, H (2016): VALFORTA: A Randomised Trial to Validate the FORTA Classification. In: *Age Ageing*, 45:262-7
- World Population Ageing 2017. United Nations, New York, 2017. Abrufbar unter: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf. Zugriffen am 02. August 2019

sind korrekte Kombinationen aufgrund der Übersichtlichkeit ausgeblendet), weitere in FORTA gelistete Pflichtmedikamente wie Acetylsalicylsäure (in der Abbildung als Tooltip angezeigt), Atorvastatin und Nitrospray als Bedarfsmedikation aber noch fehlen, werden für das akute Koronarsyndrom drei FORTA-Score-Punkte gewertet.

Da sich das Medikationsprofil für das akute Koronarsyndrom zwischen dem 3. Quartal 2016 und dem 4. Quartal 2017 nicht verändert hat, werden die FORTA-Scores in jedem Quartal vergeben. Dasselbe Prinzip zeigt sich bei der Diagnose chronischer Schmerz, wobei in diesem Fall nach dem Beginn der Diagnostik im 3. Quartal 2015 nie eine passende Medikation dokumentiert wurde. Anders verhält es sich bei der Depression, bei der größtenteils gemäß den FORTA-Empfehlungen therapiert wird (z.B. mit Citalopram, Escitalopram, Mirtazapin, etc.), aber zwischenzeitlich eine Episode aufgedeckt wird, in der zum Teil zusätzlich ersetzend mit Johanniskraut therapiert wurde, welches in FORTA als zu vermeidendes D-Medikament gekennzeichnet ist. Im Falle der gastrointestinalen Erkrankungen wurde gar keine Diagnose dieser Gruppe gestellt, allerdings werden zwischen dem 1. Quartal 2016 bis zum 3. Quartal 2017 und somit über einen längeren Zeitraum Protonenpumpen-Inhibitoren verordnet, die sich insofern keiner begründenden FORTA-Diagnose zuordnen lassen.

Limitationen und Ausblick

Im Sinne einer Beta-Version kann nicht ausgeschlossen werden, dass in FORTA-EPI noch einzelne Programmierfehler oder fehlerhafte logische Verknüpfungen enthalten sind, die durch praktische Anwendung aber immer besser erkannt und behoben werden können. Weiterhin ist die Praxis der Kodierung von Diagnosen eine mögliche Quelle für Probleme, wenn diese uneinheitlich, ungenau oder zum Teil gar nicht dokumentiert werden und die klinische Situation eines Patienten insofern nur unscharf abbilden. Dass bestimmte Medikamente als OTC-Präparate (z.B. bestimmte Schmerzmittel) verfügbar sind, kann zudem dazu führen, dass Abweichungen angezeigt werden, die real gar nicht existieren. Diese werden jedoch nicht von vornherein ausgeschlossen, da ansonsten Fälle herausgefiltert würden, bei denen tatsächlich keine Medikation vorliegt. Als „patient-in-focus-listing-approach“ werden bei FORTA-EPI insofern tendenziell eher etwas mehr Abweichungen angezeigt, als real existent sind, um den Blick auch auf solche Indikationsbereiche zu schärfen. Für den Fall, dass ein verordnetes Medikament zu mehreren Diagnosen klassifiziert ist, wird lediglich die am besten passende Diagnose-Verordnungs-Kombination bewertet.

FORTA-EPI soll eine Hilfestellung für Entscheidungsträger und medizinische Leistungserbringer sein, um Über- und Unterversorgung besser erkennen und die FORTA-Prinzipien besser nachvollziehen zu können. Gleichzeitig soll die Darstellung auf Patientenebene die Umsetzung erleichtern, indem Abweichungen nicht mühsam selbst ermittelt werden müssen, sondern durch den Algorithmus vorgeschlagen werden. Grundsätzlich wird die medizinische Anwendung von IT-basierten Informationssystemen national und international mit großem Interesse verfolgt und kann auch hinsichtlich der besseren Verfügbarkeit von Daten und ihrer automatisierten Analyse klinisch nützlich sein (Dalton et al. 2016, McIntosh et al., 2018).

Auch vor diesem Hintergrund ist es das mittelfristige Ziel der Autoren, den Algorithmus breiter zum Einsatz zu bringen, um einerseits relevante Handlungsfelder auf unterschiedlicher regionaler Ebene zu identifizieren sowie Unterschiede zwischen Versor-

gungseinrichtungen zu ermitteln und eine Entscheidungsunterstützung für die individuelle Arzneimitteltherapie älterer Patienten zu ermöglichen. Lassen sich die Ergebnisse im klinischen Kontext auch in der breiteren Anwendung replizieren, hat FORTA das Potenzial Über- und Unterversorgung zu reduzieren und dadurch z.B. sowohl adverse Arzneimittelinteraktionen als auch Krankenhausaufenthalte durch eine sinnvolle Arzneimitteltherapie zu vermeiden. <<

FORTA: An Algorithm for the Assessment and Optimization of Drug Therapy in Older People

Drug therapy for the elderly is a challenge, especially when patients are multimorbid and take numerous drugs in parallel. Risks such as severe side effects or interactions must be avoided, while at the same time taking advantage of opportunities such as the prevention of strokes. Based on the FORTA (Fit FOR The Aged) classification, the FORTA-EPI algorithm, which evaluates active substances in combination with age-relevant indications hierarchically from A (positive) to D (negative) (A-absolutely, B-eneficial, C-areful, D-on't), is intended to be an electronic tool to provide decision support in adapting the drug therapy of geriatric patients. After clinical validation of the usefulness of the FORTA concept, the algorithm was developed accordingly and tested at a regional level. This was based on health services data from sickness funds cooperating with integrated care systems in the context of OptiMedis. In the test regions, the algorithm measured on average just over 4 deviations from the FORTA recommendations per patient aged 65 and over. About one-third of the deviations are due to oversupply, the other two-thirds to undersupply. The results, which can also be broken down from the regional level to the level of care facilities or patients, may in turn be used to identify potential for improvement and to follow training sessions.

Keywords

Safe and efficacious drug therapy, intelligent algorithms, health data analytics, geriatric patients, decision support systems

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Schulte et al: „FORTA: Ein Algorithmus zur Bewertung und Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/19), S. 73-78, doi: 10.24945/MVF.0519.1866-0533.2177

Dipl.-Kfm. Timo Schulte MBA

ist Head of Health Data Analytics & IT bei der OptiMedis AG, Hamburg und externer wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Doktorand an der Universität Witten-Herdecke. Im Rahmen seiner Arbeit bei OptiMedis verantwortet er die Erstellung von Versorgungsanalysen, gesundheitsökonomischen Evaluationen und Feedbackberichten für Leistungserbringer im Rahmen Integrierter Versorgungsnetzwerke. Kontakt: t.schulte@optimedis.de



Andree Rabenberg MSc

ist Manager Business Intelligence & Data Warehouse Development bei der OptiMedis AG, Hamburg. Dort ist er zuständig für die Entwicklung des FORTA-EPI-Algorithmus sowie die Auswertungen und Visualisierungen der Ergebnisse. Darüber hinaus wirkt er an der stetigen Weiterentwicklung des firmeninternen Data-Warehouses und der Datenbanken mit. Kontakt: a.rabenberg@optimedis.de



Dr. h.c. rer. medic. Helmut Hildebrandt

ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG. Er entwickelt seit Jahren regionale, populationsorientierte Versorgungssysteme und publizierte viele themenbezogene Fachartikel. Er arbeitete bereits als Temporary Advisor für die WHO zu „Health Promoting Hospitals“ und führte über 200 strategische Beratungen für Klienten der Gesundheitswirtschaft und politische Ministerien durch. Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de



Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bohnet-Joschko

ist Inhaberin der Walcker-Stiftungsprofessur für Management und Innovation im Gesundheitswesen der Universität Witten/Herdecke und im Vorstand des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung (IZVF). Sie forscht zu Ansätzen des Wissens- und Innovationsmanagements und fokussiert Schnittstellen zwischen den Sektoren der Gesundheitswirtschaft. Kontakt: Sabine.Bohnet-Joschko@uni-wh.de



Prof. Dr. Martin Wehling

ist seit 2007 in Mannheim als Ordinarius für Klinische Pharmakologie und seit 2009 Direktor des Instituts für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg tätig. Er beschäftigt sich seit 20 Jahren mit der Arzneimitteltherapie im höheren Lebensalter, hat 2000 das erste Zentrum für Gerontopharmakologie in Deutschland mitbegründet und ist Urheber des FORTA-Bewertungsprinzips. Kontakt: martin.wehling@medma.uni-heidelberg.de





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

Sie suchen Kontakte? Wir haben die Adressen!

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

OECKL  **de**

DIE GUTE ADRESSE



Mit einem Klick zum Ziel

Multiple Datenquellen – ein Ziel:

Real Life Evidence

