

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



**Titelinterview mit Prof.
Dr. Hagen Pfundner,
Vorstand der Roche
Pharma AG: „Den
gesellschaftlichen
Nutzen in den Blick
nehmen“**

„Wirtschaftlichkeit der Anschlussbehandlung nach Knie-OPs“ (Rychlik)

„Innovation des Innovationsfonds“ (Stegmaier/Roski)

„EGO – mehr Nach- als Vorteile für Versicherte“ (Wille/Ulrich)

Editorial

Nutzen für die Gesellschaft

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Gesellschaftlichen Nutzen in den Blick nehmen“

Im Interview: Prof. Dr. rer. nat. Hagen Pfundner, Vorstand der Roche Pharma AG

SmartHealthSystems: „Wollen reicht nicht“

Bertelsmann Stiftung stellt einen Digitalisierungsindex für EU- und OECD-Länder auf

Viele offene Fragen, viele Herausforderungen

Algorithmen in der digitalen Versorgung – Studie von ceres für die Bertelsmann Stiftung

„Eine Selbstverpflichtung zum win-win“

Im Interview: IGiB-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg

Auf der Spur von zwei Sozialinnovationen

Rückblick auf den 15. DGIV-Bundeskongress 2018

„Soziale Wissenschaft“ im Fokus

Serie (Teil 16): Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie, Marburg

„Innovation des Innovationsfonds“

Vorarbeit zum Innovationsfonds 2.0 von Peter Stegmaier und Prof. Dr. Reinhold Roski

EGO unter gesundheitsökonomischen Aspekten!

Abdruck aus dem Buch „Reformbedarf im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich“

Zahlen - Daten - Fakten

MS: Mehr Therapieoptionen = bessere Versorgung?

Standards

Impressum 2 News 23, 40

Dieser Ausgabe liegt in einer Teilaufgabe die Fachzeitschrift
„Pharma Relations“ bei.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des
DNVF auf den Seiten 41-44

WISSENSCHAFT

Dr. phil. Jan Breitzkreuz / Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH / Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

46

Saisonale Pollenallergien bei Kindern und Jugendlichen – Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapien

Saisonale Pollenallergien gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie können nicht nur belastende Symptome und damit Einbußen der Lebensqualität, sondern auch Folgeerkrankungen wie Asthma bronchiale bedingen. Auf Grundlage der anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK Nordost wurde die Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren untersucht.

Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA / Dr. med. Dr. rer. nat. Gordon Philipp Otto, M.Sc., MHBA / Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH / Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH

53

Eine Auszeichnung für attraktive ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Instrument gegen den Ärztemangel – Ergebnisse einer Pilotstudie

In diesem Artikel wird eine standardisierte Prüfungsmethodik für Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Krankenhauspersonal und die Ergebnisse einer Pilotstudie vorgestellt. Die Prüfungsmethodik nutzt eine Mitarbeiterbefragung, Arbeitgeberangaben sowie ein Audit.

Christoph Potempa, M.A. / Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

60

Wirtschaftlichkeit der Anschlussbehandlung nach Knieoperationen

Aus gesellschaftlicher Perspektive stellt die Anschlussbehandlung mit CPM-Schienentherapie die kostengünstigste Behandlungsmethode für Patienten nach Knieoperationen dar. Dieses Ergebnis verstärkt sich unter Berücksichtigung der intangiblen Effekte zusätzlich. Auch die Kombinationstherapie zeigte in diesem Zusammenhang ein besseres Ergebnis als die alleinige physiotherapeutische Behandlung.

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter

„Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 70-71

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

Redaktion

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

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

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 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

Das Packmaterial dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling

info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

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

außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbr. Auflage: 6.619 (IVW 4. Qu. 2018).



Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	Universitätsmedizin KREFELD	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	bhm Health Services Management	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	
	UNIVERSITÄT BAYREUTH	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	

Institute/Stiftungen

	bhwfib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Bernadette Klapper	

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

Akteure

	ANTI-DOPPLUNGSPATIENTENSICHERHEIT	Hedwig François-Kettner	
	AOK Die Gesundheitskasse Nordost	Harald Möhlmann	
	B.A.G SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Prof. Dr. Christian Franken	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer.pol. h.c. Herbert Rebscher	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	Lilly	Dr. Thomas M. Zimmermann	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. David Traub	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	

	ANTI-DOPPLUNGSPATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Die Gesundheitskasse Baden-Württemberg	Dr. Christopher Hermann	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	IGiB StimMT	Lutz O. Freiberg	
	INSIGHT HEALTH	Roland Lederer	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	MEDICAL CONTACT AG	Prof. Dr. Stephan Burger	
	OptiMedis AG	Dr. h.c. Helmut Hildebrandt	
	Deutsche RHEUMA-LIGA • GEMEINSAM WIRD BEWEGEN •	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	SANOFI	Prof. Dr. W. Dieter Paar	



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.

Nutzen für die Gesellschaft

MVF- Titelinterview mit Prof. Dr. Hagen Pfundner, Vorstand der Roche Pharma AG Deutschland > 6 ff.

Roche Deutschland Vorstand, **Prof. Dr. Hagen Pfundner**, sieht in der Digitalisierung eine große Chance, die Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen zum Nutzen des Patienten und der Gesellschaft zu verbessern. Er leitet „Gesundheit digital“, die Initiative des Bundesverbandes der Deutschen Industrie, „denn das Zusammenwirken von Diagnostik, Arzneimittel und ärztlicher Handlung – also der Medizineffekt – wird durch Daten in einen intelligenten Zusammenhang gesetzt.“ Ziel dieser Konvergenz ist eine vernetzte, digitalisierte und personalisierte Medizin.

Neu im Herausgeberbeirat: Uwe Schwenk, Bertelsmann Stiftung, und Felix Esser, Bundesverband der Deutschen Industrie > S. 3

Wir begrüßen zwei neue Mitglieder im Herausgeberbeirat: **Uwe Schwenk**, Director des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung, und **Felix Esser**, Abteilungsleiter Industrielle Gesundheitswirtschaft beim Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI). Wir heißen beide herzlich willkommen und freuen uns sehr über ihre Mitwirkung und das Engagement für die Versorgungsforschung.

Bereits in dieser Ausgabe haben wir aus der Arbeit der Bertelsmann Stiftung Beiträge zum Digitalisierungsindex für EU- und OECD-Länder und zum Einsatz von Algorithmen in der Gesundheitsversorgung. > S. 12 ff.
> S. 16 ff.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“ > S. 26 ff.

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr. Max Geraedts** und seinem Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg.

Innovationsfonds 2.0 > S. 29 ff.

In der Rubrik Wissen geben MVF-Chefredakteur **Peter Stegmaier** und MVF-Herausgeber **Reinhold Roski** einen Überblick zu Überlegungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds ab 2020. Wie kann man die Arbeit des Innovationsfonds und die Translation der Ergebnisse verbessern? Wir freuen uns über Kommentare und Diskussionsbeiträge dazu.

Wissenschaftliche Beiträge

Breitkreuz, Witte und **Zahn** analysieren auf der Grundlage von anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK Nordost Inanspruchnahme und Therapieresistenz bei saisonalen Pollenallergien von Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren. Die 3-Jahresprävalenz liegt bei 9,5%. Obwohl mit der spezifischen Immuntherapie eine gute Behandlungsmöglichkeit besteht, nehmen nur 12% der Kinder und Jugendlichen diese Therapie innerhalb von 5 Jahren nach Diagnosestellung in Anspruch. Außerdem brechen die Hälfte sie vorzeitig ab, obwohl das den Therapieerfolg maßgeblich verschlechtert. > S. 46 ff.

Carstensen, Otto, Schöffski und **Wehkamp** untersuchen die Rekrutierung von ärztlichem Personal für Krankenhäuser. Die Autoren stellen eine standardisierte Prüfungsmethodik für Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Krankenhauspersonal vor, die eine Mitarbeiterbefragung, Arbeitgeberangaben sowie ein Audit nutzt. Krankenhäuser, die für ihre guten Arbeitsbedingungen eine Auszeichnung erhalten haben, sind sicherlich besonders attraktiv. Dazu wird eine Pilotstudie vorgestellt. > S. 53 ff.

Potempa und **Rychlik** untersuchen die Wirtschaftlichkeit der Anschlussbehandlung nach Knieoperationen und vergleichen die Behandlungsoptionen CPM-Schientherapie, Physiotherapie und eine Kombinationstherapie aus beiden. Dazu nutzen sie für 243 Patienten eine Budget-Impact-Analyse unter Berücksichtigung der direkten Behandlungskosten in Kombination mit den Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Sicht unter Berücksichtigung von Effektivitätsparametern (Oxford-Knee-Score). > S. 60 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, interessante Lektüre und für Ihre Arbeit nützliche Informationen.

Mit herzlichen Grüßen



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. rer. nat. Hagen Pfundner, Vorstand der Roche Pharma AG Deutschland

„Gesellschaftlichen Nutzen in den Blick nehmen“

Hagen Pfundner ist Apotheker, Industriemanager, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) und des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) sowie Honorarprofessor der Universität Freiburg im Breisgau. Seit über einem Viertel Jahrhundert in der Pharmaindustrie tätig, setzt er sich ausdrücklich für eine Technologieoffensive ein, die von der Molekulardiagnostik über die „Rote Biotechnologie“ und Gentechnologie bis zu einer vernetzten, digitalisierten und damit auch personalisierten Medizin reicht. Dazu brauche es, sagt er im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“, „eine gemeinsame Strategie, einen kollaborativen Ansatz aller Beteiligten im Gesundheitswesen, der jenseits von Partikularinteressen den gesellschaftlichen Nutzen in den Blick nimmt“.

>> Herr Pfundner, Sie sind nicht nur Vorstand der deutschen Niederlassung der Pharma-Sparte von Roche, sondern auch Geschäftsführer der Roche Holding in Deutschland, in welcher die weiteren Niederlassungen in den Bereichen Diagnostik, Forschung & Entwicklung und Produktion vertreten sind. Zudem leiten Sie die im Januar 2018 gegründete BDI-Initiative „Gesundheit digital“. Ist diese breite Aufstellung quasi die Wegbeschreibung für das, was nach Pharma 1.0 kommt?

Richtig, das Zusammenwirken von Diagnostik, Arzneimittel und ärztlicher Handlung – also der Medizineffekt – wird durch Daten in einen intelligenten Zusammenhang gesetzt. Wir nutzen die damit verbundenen Möglichkeiten bereits heute in der Forschung, der klinischen Entwicklung und in der Versorgung von Patienten. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass wir unsere Kompetenzen, unser Denken und unser Handeln über die klassischen Branchengrenzen hinaus erweitern. Bei Roche gehen wir diesen Weg offensiv an. Pharma und Diagnostik arbeiten bei uns bereits seit Jahrzehnten erfolgreich unter einem gemeinsamen Dach. Kompetenzen im Bereich der Health-IT bauen wir intern gerade systematisch aus und gehen darüber hinaus gezielte strategische Allianzen ein. Beispielhaft dafür stehen unsere Akquisitionen von Flatiron Health und Foundation Medicine Inc. – zwei Start-ups, deren besondere Expertise darin besteht, Daten miteinander zu vernetzen und so aufzuarbeiten, dass sie für die Behandlung sowie die Forschung und Entwicklung nutzbar sind.

Wie re-definieren Sie das, was man landläufig und damit stark verkürzend unter dem Begriff „Pharma“ subsumiert?

Ich glaube nicht, dass der Kern dessen, was Pharma letzten Endes ausmacht, neu definiert werden muss. Auch in absehbarer Zukunft wird der Medizineffekt, also das, was dem Patienten letztlich nutzt, weiterhin mit Arzneimitteln erzielt werden. Und wir wissen, wie man Arzneimittel erforscht, entwickelt und auch herstellt. Das hatte übrigens schon immer auch mit Datenmanagement zu tun. Grundlegend verändern wird sich aber, in welchem Kontext das Therapeutikum zum Einsatz kommt. Am anschaulichsten ist das schon heute in der Onkologie zu beobachten: Die Bedeutung der Molekulardiagnostik für die zielgerichtete Therapie eines Tumors hat die Personalisierte Medizin in der Onkologie erst möglich gemacht. Heute verknüpfen wir die Daten aus der Anamnese mit den molekulargenetischen Informationen und beispielsweise radiologischen Befunden, gleichen diese mit anonymisierten Daten von Patienten mit einer ähnlichen Konstellation und bereits erfolgter Therapie ab und liefern so dem behandelnden Onkologen mehr Informationen, um die optimale, möglichst personalisierte Behandlung einzuleiten.

Ziel der von Ihnen damit apostrophierten Konvergenz ist die „Personalisierte Medizin“, wobei eine Dokumentation der Jahrestagung



des Deutschen Ethikrates 2012, auf der unter anderem auch Sie selbst vortrugen, kritisch hinzusetzte: „Patient als Nutznießer oder Opfer?“ Ihre Meinung?

Ich habe es seinerzeit sehr begrüßt, dass sich der Deutsche Ethikrat bereits im Jahr 2012 mit diesem Thema auseinandergesetzt hat. Und ich habe mich damals bereits für eine Technologieoffensive ausgesprochen und dafür plädiert, den Weg für die Molekulardiagnostik, die „Rote Biotechnologie“ und die Gentechnologie frei zu machen. Denn dies sind Grundvoraussetzungen, um „Personalisierte Medizin“ überhaupt zu ermöglichen. Damals wurde auch kritisch diskutiert, dass die Informationstechnologie noch gar nicht in der Lage dazu sei, die notwendigen Datenmengen zu verarbeiten. Und genau das hat sich jetzt grundlegend geändert: Heute können wir Millionen von Patientendaten zusammenführen und so sowohl für individuelle Therapieentscheidungen als auch die Forschung nutzbar machen – und

die damals noch diskutierte Fiktion ist heute bereits in der Versorgung angekommen. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Ethikrat im vergangenen Jahr eine Stellungnahme zu „Big Data in der Medizin“ veröffentlicht. Im Kern fasst der Ethikrat seine Stellungnahme mit den Schlagwörtern „Teilen ist Heilen“ zusammen. Er verweist auf die Chancen von Datenspenden, die insbesondere in der Medizin so nutzbar gemacht werden können, dass sie Leben verlängern und eine bessere Lebensqualität ermöglichen.

Mit der von Ihnen propagierten vernetzten, digitalisierten und damit auch „Personalisierten Medizin“, die – so das Quasi-Heilsversprechen – jedem Patienten die für ihn optimale Therapie ermöglicht, ergeben sich im Gesundheitswesen von morgen schon heute neue Aufgaben. Welche wären das?

Die Aufgaben verteilen sich auf Politik, Wissenschaft und Wirtschaft. Die Politik muss dafür Sorge tragen, dass wir mit 5G überhaupt erst einmal eine flächendeckende Infrastruktur und mit der elektronischen Patientenakte digitale Vernetzung schaffen können. Denn zu unserer Realität gehört auch, dass das Datenmanagement hierzulande noch immer stark fragmentiert ist und Informationen häufig noch auf dem Papier ausgetauscht werden. Es fehlt nach wie vor eine gemeinsame Strategie, ein kollaborativer Ansatz aller Beteiligten im Gesundheitswesen, der jenseits von Partikularinteressen den gesellschaftlichen Nutzen in den Blick nimmt. Die Wirtschaft kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Wir sammeln in diesem Zusammenhang gerade Erfahrungen in den USA: Dort hat unser Partner Flatiron Health innerhalb weniger Jahre eine Technologieplattform etabliert, die Daten von Krebspatienten erfasst, miteinander vernetzt und analysiert. Mittlerweile arbeitet Flatiron mit der Zulassungsbehörde FDA und über 280 US-Krebszentren zusammen und verwaltet die Daten von mehr als zwei Millionen Krebspatienten. Der Wissensschatz in diesen vernetzten Informationen kann von den Zulassungsbehörden, anderen Unternehmen, Kliniken sowie der Wissenschaft genutzt werden.

Ebenso sind, wollte man dieser neuen Form der Medizin zum Erfolg verhelfen, wahrscheinlich erhebliche Veränderungen im System nötig, die nur durch alle Partner im Gesundheitswesen gemeinsam erreicht werden können. Wo sehen Sie die wichtigsten Stellschrauben und von wem müssen diese bedient werden?

Ich gebe Ihnen völlig recht: Es geht nur gemeinsam und indem man allen Spielern die Teilhabe ermöglicht – denn es geht um die besten Ideen und technologischen Umsetzungsmöglichkeiten. Meine größte Sorge ist, dass der Gesetzgeber zu sehr auf die „Selbstheilungskräfte“ der Selbstverwaltung setzt. Die Selbstverwaltung sollte einer der, wenn nicht sogar der wichtigste Nutznießer der Digitalisierung sein. Aber ihr die Digitalisierung als Auftrag zu erteilen, kann nur zu Stillstand führen – das zeigt uns das Beispiel der elektronischen Patientenakte. Es liegt in der Natur der Digitalisierung, dass sie für alle Beteiligten Veränderungen bringt – gerade auch für die Selbstverwaltung. Das kann man nur von außen gestalten. Hier kann und muss die Politik den Rahmen vorgeben – oder er wird uns unkontrolliert vorgegeben werden. Und ohne Veränderungen in unserem Gesundheitssystem werden wir weder der heutigen Innovationsgeschwindigkeit gerecht, noch werden wir das Potenzial einer modernen, digitalisierten Medizin ausschöpfen können. Ein Beispiel: Heute

„Ich bin überzeugt davon, dass wir in absehbarer Zeit viel mehr Krebspatienten Heilung oder zumindest einen chronischen Krankheitsverlauf ermöglichen werden.“

ist es ethisch häufig nicht mehr vertretbar, Placebo-kontrollierte Studien durchzuführen. Wir haben zunehmend Evidenz dafür, dass existierende Daten aus der Versorgung, sogenannte Real World Data, als Vergleichsarm dienen können. Das setzt aber eine grundlegende Anpassung der Arzneimittelzulassung wie auch der Nutzenbewertung in solchen Fällen voraus. Ebenso gehören neue Studienkonzepte wie zum Beispiel tumoragnostische Basket- und Umbrella-Studien zur wissenschaftlichen Realität – hier kommen wir mit dem Festhalten an methodischen Grundprinzipien ebenfalls nicht weiter. Und deshalb hoffe ich, dass sich die Zulassungsbehörden und der G-BA diesen Diskussionen offen gegenüber zeigen.

Eine vernetzte, digitalisierte und „Personalisierte Medizin“ ist die Grundvoraussetzung, dass eine heute noch undenkbar scheinende Vision in der Onkologie Wirklichkeit werden könnte, die besagt, dass in nur zwanzig Jahren niemand mehr an Krebs sterben soll. Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen?

Wenn wir uns vergegenwärtigen, was sich in den letzten zehn, zwanzig Jahren in der Onkologie getan hat, dann bin ich zuversichtlich, dass diese Vision keine Vision bleiben muss. Die Fortschritte in der Onkologie sind mittlerweile so rasant, dass die Vision immer mehr in die Gegenwart rückt. Schauen wir auf die jüngsten Durchbrüche in der Krebstherapie: Wir reden heute von Arzneimitteln, die hochspezifisch in die Tumorpathologie eingreifen, wir reden von Krebsimmuntherapien, die unsere körpereigene Immunabwehr gezielt gegen den Krebs aktivieren, wir erleben die Anfänge der Gentherapie und heute schon arbeiten wir an Krebsimpfstoffen – Therapien, die individuell für jeden einzelnen Patienten hergestellt werden. Und der medikamentöse und technologische Fortschritt gehen in der Onkologie Hand in Hand: Mittels moderner Analyseverfahren, der automatisierten Gensequenzierung, lässt sich heute innerhalb kürzester Zeit von jedem einzelnen Tumor ein individuelles Profil, quasi der Fingerabdruck der Erkrankung, erstellen. Beim einzelnen Patienten kann dies die Therapiewahl unterstützen – durch die Vernetzung von tausenden Tumorphilen gewinnen wir gleichzeitig aber auch neue Ansatzpunkte für die Erforschung weiterer personalisierter Therapien. Ich bin überzeugt davon, dass wir in absehbarer Zeit viel mehr Krebspatienten Heilung oder zumindest einen chronischen Krankheitsverlauf ermöglichen werden – wenn Politik und Gesellschaft bereit sind, die zweithäufigste Todesursache in Deutschland zur Priorität des Handelns zu machen. Dass die Politik gerade die „Dekade gegen den Krebs“ ausgerufen hat, ist das richtige Signal. Jetzt heißt es aber „Butter bei die Fische“.

Roche hat mit „Herceptin“ bereits vor Jahrzehnten dem HER2-positiven Brustkrebs eine effektive Präzisionsmedizin entgegengestellt. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Was waren die Innovationshemmnisse?

Die Einführung von Herceptin in die Behandlung des HER2-positiven Mammakarzinoms wird von manchen als der „Urknall der modernen Personalisierten Medizin“ bezeichnet. Und anfänglich haben wir – wie auch die Behandler – das Potenzial dieses zielgerichteten Ansatzes unterschätzt. Weder war eine standardisierte Diagnostik verfügbar, noch stand eine ausreichende Menge des monoklonalen Antikörpers zur Verfügung. Die initialen Behandlungserfolge haben dieses Bild allerdings recht schnell zurechtgerückt. Sie müssen sich vorstellen: Man wusste, dass HER2-Positivität ein negativer prognostischer

Faktor war und die Patientinnen eine deutlich verkürzte Lebenserwartung hatten. Mit „Herceptin“ wurde aus der negativen eine gute Prognose.

Mittlerweile stehen uns drei moderne

Antikörper für die Behandlung von Frauen mit HER2-positivem Brustkrebs zur Verfügung – und die HER2-Testung ist längst fest etablierter Standard. Rechtzeitig diagnostiziert und behandelt, bieten diese Therapien Frauen mit fortgeschrittener Erkrankung die Chance auf ein signifikant verlängertes Überleben – im frühen Krankheitsstadium haben die HER2-gerichteten Therapien entscheidend dazu beigetragen, dass wir auch von Heilung sprechen können. Mit der Einführung von „Herceptin“ vor rund zwanzig Jahren haben sich somit auch die Hürden für weitere Innovationen in diesem Bereich verändert. Heute geht es darum, Frauen vor der Metastasierung zu bewahren. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass die Kombination aus „Perjeta“ und „Herceptin“ in der neoadjuvanten bzw. präoperativen Behandlung den Anteil der Patientinnen, deren Tumor zum Zeitpunkt der Operation pathologisch schon nicht mehr nachweisbar war, nahezu verdoppelte. Eine solche pathologische Komplettremission lässt sich bereits nach wenigen Monaten messen und ist mit einer langfristig besseren Prognose assoziiert. Von den Zulassungsbehörden wurde dieser Endpunkt akzeptiert – im deutschen Nutzenbewertungsverfahren war er hingegen nicht vorgesehen. Hier muss unser System flexibler und fortschrittlicher werden.

Ob sich Innovationen lohnen, können Studien zum sozioökonomischen Footprint belegen. Welche Studien hat Roche bereits durchgeführt, was konnte bewiesen oder auch nicht bewiesen werden?

Innovationen lohnen sich immer – wenn sie dem Menschen nutzen. Wir haben beispielsweise kürzlich mit dem WifOR-Institut eine Studie zum sozioökonomischen Nutzen einer Lymphomtherapie mit unserem Präparat „Gazyvaro“ durchgeführt. Im Rahmen dieser Analyse wurden die klinischen Studiendaten mit volkswirtschaftlichen Parametern verknüpft. Und das Ergebnis dieser Modellrechnung war deutlich.

Was kam denn dabei heraus?

Der frühe Einsatz von „Gazyvaro“ würde gegenüber dem bisherigen Standard bis zum Jahr 2030 zu fast 12.000 zusätzlichen Jahren an progressionsfreiem Überleben führen. Das lässt sich sogar volkswirtschaftlich beziffern: Es würde ein volkswirtschaftlicher Nutzen entstehen, der die Therapiekosten um rund 200 Mio. Euro übersteigt. Die Analyse zeigt uns also: Innovationen lohnen sich nicht nur für den einzelnen Patienten, sondern letztlich auch für unsere Gesellschaft als Ganzes.

In einer aktuellen Stellungnahme rügt der Wissenschaftsrat, dass das Potenzial klinischer Studien in Deutschland nicht ausgeschöpft wird. Unter anderem verlangt Professorin Martina Brockmeier, die Vorsitzende des Wissenschaftsrats „Studien, die wichtige Fragen aus der Versorgung adressieren, etwa die Frage, welche von mehreren verschiedenen Therapieoptionen die beste für den Patienten oder die Patientin ist“. Wie lautet da Ihre Meinung?

Das Anliegen ist durchaus berechtigt – auch die damit verbundenen Fragestellungen. Allerdings glaube ich nicht, dass klassische klinische Studien hier den Möglichkeiten gerecht werden – Dauer und Kosten sind einfach prohibitiv. Momentan werden etwa fünf Prozent der potenziell vorhandenen Patientendaten im Rahmen klinischer Studien erhoben. Das bedeutet im Umkehrschluss auch, dass der

„Der große Datenschatz ist in der Routineversorgung vergraben.“

große Datenschatz in der Routineversorgung vergraben ist. Die Erfassung und Analyse dieser Real World Data wäre zweifellos für alle Beteiligten im Gesundheitssystem ein Gewinn und

könnte viele Fragen beantworten, die wir bisher nur aus klinischen Studien kennen.

Prof. Dr. Michael Hallek, Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie e.V., forderte kürzlich auf dem Fachsymposium „Endpunkte in der Onkologie (MVF 06/18) statt Versorgungsforschung „forschende Versorgung“ oder „versorgende Forschung“. Können Sie dem zustimmen?

Professor Hallek spricht mir aus der Seele. Das ist teilweise ja auch heute schon Realität. Real World Data zu erfassen und zu nutzen, eröffnet dem Arzt die Chance, ähnliche Verläufe als Referenz zu finden; gleichzeitig ermöglichen die neuen Daten zukünftige Vergleiche. Die Verknüpfung molekular diagnostischer Methoden mit Daten aus Labor, Bildgebung und weiteren Quellen kann uns helfen, „Personalisierte Medizin“ heute Wirklichkeit werden zu lassen und gleichzeitig nutzbare Daten für zukünftige Entscheidungen zu generieren. Die Beschleunigung des Wissenszuwachses können wir damit noch einmal auf ein neues Niveau heben.

Was kann Roche tun, um den Evidenzgrad von Real World Data, das IQWiG-Leiter Prof. Dr. Jürgen Windeler mit dem Begriff „Dauer-geschwätz“ (MVF 06/18) abwertet, zu stützen oder gar zu beweisen?

Ich bedaure, dass Herr Windeler hier so apodiktisch ist. Den Vergleich zwischen RWD und klinischen Studien müssen wir unter bestimmten Voraussetzungen schon heute nicht scheuen. Unser Unternehmen Flatiron Health hat in den USA bereits RWD in solcher Qualität erarbeitet, dass die amerikanische Zulassungsbehörde FDA diese als zusätzliche Evidenz ersten Grades anerkannt und akzeptiert hat; auch Erstattungs-Institutionen in anderen Ländern stimmen hier zu. Die Übereinstimmung von RWD mit Daten aus klinischen Studie konnten wir sehr genau zeigen. Dasselbe gilt übrigens auch für die Post-Zulassungserfassung von seltenen Nebenwirkungen. Auch hier haben wir mit RWD den Zulassungsbehörden Evidenz liefern können, die in Post-Marketing-Studien nicht zu erheben waren. Das ist Fortschritt!

Herr Prof. Pfundner, vielen Dank. <<

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

Zitationshinweis

Pfundner, H., Stegmaier, P., Roski, R.: „Gesellschaftlichen Nutzen in den Blick nehmen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 6-8; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2113

Prof. Dr. rer. nat. Hagen Pfundner

ist seit 2006 Geschäftsführer der Roche Deutschland Holding GmbH und Vorstand der Roche Pharma AG Deutschland. Nach dem Studium der Pharmazie an der Universität Freiburg wurde er wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten von Marburg und Kiel. Mit der Dissertation: Beteiligung von Cytochrom P-450 an der Biotransformation von Amidinen; Untersuchungen mit gereinigten Enzymen und Antikörpern promovierte er 1991 zum Dr. rer. nat. an der Universität Kiel. Im Jahr 2008 wurde er in den Vorstand des VFA berufen und war von 2011 bis 2017 deren Vorsitzender, seit 2011 ist er Mitglied des Vorstandes des Instituts für Marktorientierte Unternehmensführung (IMU) der Universität Mannheim. Er ist Vorstandsmitglied des BDI und Vorsitzender des BDI-Ausschusses für industrielle Gesundheitswirtschaft. Die Fakultät für Chemie und Pharmazie der Universität Freiburg im Breisgau berief ihn 2016 zu ihrem Honorarprofessor, ebenso ist er Vorsitzender des Hochschulrates der DHBW Lörrach.

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

INSIGHT Health mit aktuellen Arzneimitteldaten zur Multiplen Sklerose

MS: Mehr Therapieoptionen = bessere Versorgung?

Die Multiple Sklerose ist die häufigste entzündliche Erkrankung des Nervensystems junger Menschen in Deutschland. Die Krankheit manifestiert sich in der Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, wobei Frauen rund drei Mal häufiger betroffen sind (vgl. Weißbuch Multiple Sklerose, 2016). Die Angaben zur Prävalenz sind uneinheitlich; im Jahr 2015 wird von knapp 224 Tsd. GKV-Versicherten mit einer gesicherten Diagnose ausgegangen (vgl. ZI Versorgungsatlas, 2017). Soweit die epidemiologischen Fakten. Doch welche Therapien stehen derzeit zur Verfügung und wie ist die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland? Diese Fragen beantwortet auszugswise der vorliegende Beitrag.

>> Die chronische Autoimmunerkrankung Multiple Sklerose (MS) mit unklarer Ätiologie wird in Abhängigkeit der Krankheitsaktivität und Progredienz in verschiedene Verlaufsformen eingeteilt (vgl. Weißbuch MS, 2016). Von der sogenannten schubförmig verlaufenden MS ist die überwiegende Mehrzahl der Patienten betroffen, wohingegen primär progrediente Verläufe mit ca. 10% deutlich seltener sind (vgl. AMSEL e.V., 2018). Die Behandlung der MS basiert maßgeblich auf der Therapie des akuten Schubs und der langfristigen, verlaufsmodifizierenden Therapie, zusammen auch als Stufentherapie bezeichnet, sowie der symptomatischen Therapie (vgl. dmsg e.V., 2018). Zur Stufentherapie stehen Arzneimittel zur Verfügung, die das Immunsystem modulieren oder supprimieren und deren Auswahl u.a. dem Krankheitsstadium und -verlauf angepasst wird.

Orale Arzneimittel mit steigenden Marktanteilen

Werden die im MS-Markt klassifizierten Fertigarzneimittel (ATC4 N07A0 nach EphMRA) nach dem jährlichen Verbrauch definierter Tagesdosen (DDD) in der GKV betrachtet, zeigt sich ein deutlicher Anstieg von knapp 20 Mio. DDD in 2010 auf über 33 Mio. DDD in 2018 (vgl. Abbildung 1). Dabei steigt der DDD-Verbrauch in 2015 um 22% im Vergleich zum Vorjahr besonders stark an. Maßgeblich dazu beigetragen haben die neu in 2014 zugelassene pegylierte Form des Interferon beta-1a sowie über 5 Mio. verordnete DDD des oralen Wirkstoffs Dimethylfumarat. Auch für Teriflunomid als dritte neu seit 2013 verfügbare orale Therapieoption sowie für den seit 2011 zugelassenen oralen Wirkstoff Fingolimod steigen die verordneten DDD kontinuierlich an. Entsprechend kommt es, wie in Abbildung 1 dargestellt, zu deutlichen Verschiebungen der Marktanteile für die verschiedenen Arzneimittelgruppen. So nimmt der DDD-Anteil der ABCRs (Interferone und Glatiramer, Akronym basierend auf Produktnamen) stetig von über 93% in 2010 auf ca.

47% in 2018 ab. Hingegen finden sich stark steigende Marktanteile bei den oral zur Verfügung stehenden MS-Therapeutika, die in 2018 mit nahezu 44% nur noch geringfügig unter den der ABCRs liegen. Damit könnte sich schon im aktuellen Jahr das Verhältnis zugunsten der oralen Arzneimittel verschieben.

Patienten und Arzneimittelversorgung regional

Wie Daten aus dem ZI Versorgungsatlas Bericht 2017 in Abbildung 2 zeigen, liegt die bundesweite Diagnoseprävalenz für MS im Jahr 2015 bei 0,32%, was in etwa den einleitend erwähnten knapp 224 Tsd. GKV-Versicherten mit einer gesicherten Diagnose entspricht. Regional zeigen sich allerdings deutliche Differenzen zwischen ost- und westdeutschen KV-Regionen. Die fünf Flächenländer im Osten der BRD weisen auch die fünf niedrigsten Diagnoseprävalenzen auf, während in Nordwestdeutschland Höchstwerte zu beobachten sind. Die im MS-Arzneimittelmarkt verordneten DDD je GKV-Versicherten zeigen eine ähnliche, wenn auch nicht gleiche, regionale Heterogenität. Mit Ausnahme von Brandenburg entfallen hier eben-

falls die geringsten DDD-Verbrauchszahlen auf die ostdeutschen Flächenländer. Mögliche Erklärungsansätze, wie räumlich heterogen verteilte MS-Risikofaktoren und die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume, außer Acht gelassen, zeigt die Gegenüberstellung der Datensätze, dass in Regionen, in denen vermehrt eine MS-Diagnosestellung erfolgt, auch entsprechend eine spezifische Arzneimitteltherapie eingeleitet wird.

Kein Zusatznutzen für Innovationen – oder doch?

In der letzten Dekade durchliefen in der Gruppe der Immuntherapeutika die Wirkstoffe Cladribin, Dimethylfumarat, Fingolimod, Ocrelizumab und Teriflunomid die frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. In Bezug auf die oralen Darreichungsformen attestierte der G-BA lediglich Fingolimod in einer Patientengruppe einen geringen Zusatznutzen. Der monoklonale Antikörper Ocrelizumab, dessen Bewertung im August 2018 abgeschlossen wurde, erhielt einen geringen Zusatznutzen für zwei Patientengruppen und stellt die bisher einzige Therapieoption in der MS für primär progrediente Krankheitsverläufe dar. Wird der Fertigarzneimittelmarkt für die innovativen

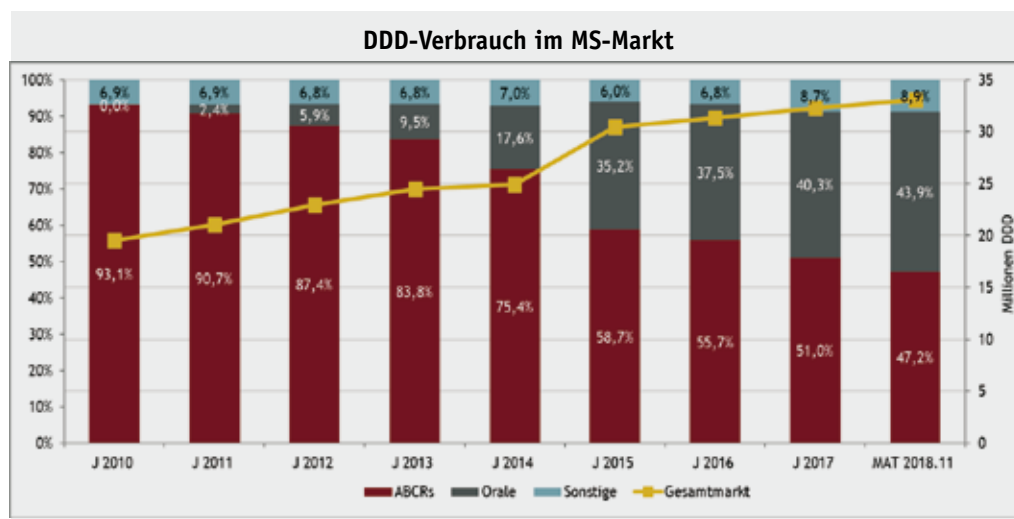


Abb. 1: Entwicklung des DDD-Verbrauchs im MS-Fertigarzneimittelmarkt (ATC4 N07A0 nach EphMRA) der GKV für die Jahre 2010 bis 2017 sowie den MAT Nov. 2018 nach Arzneimittelgruppen; ABCRs = Glatiramer, Interferon beta-1a, Interferon beta-1b, Peginterferon beta-1a; Orale = Cladribin, Dimethylfumarat, Fingolimod, Teriflunomid; Sonstige (ohne Mitoxantron) = Alemtuzumab, Daclizumab beta, Natalizumab, Ocrelizumab; Quelle: regioMA (INSIGHT Health).

Zitationshinweis

Pieloth, K.: „Multiple Sklerose: Mehr Therapieoptionen = bessere Versorgung?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), 10-11.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2114

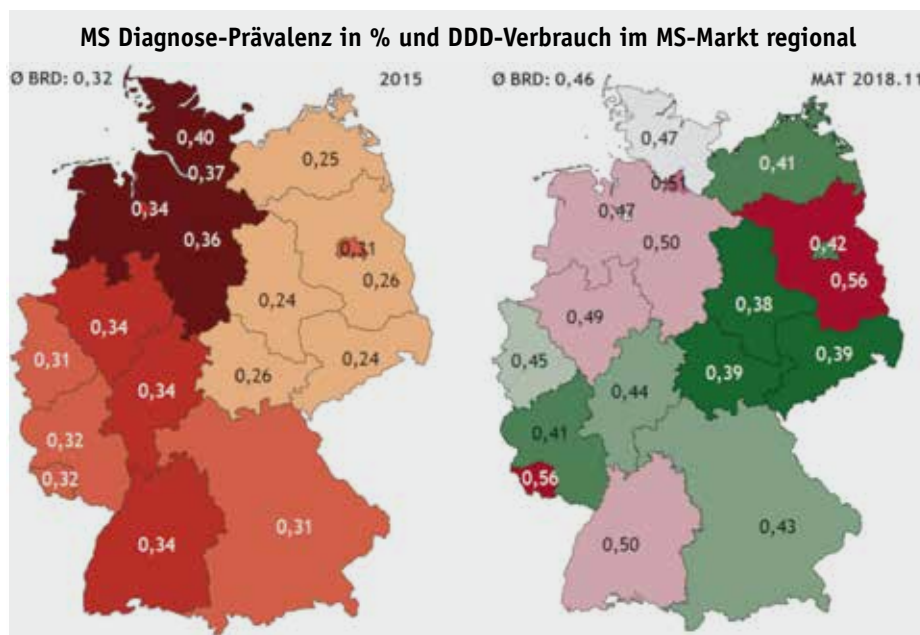


Abb. 2 links: Alters- und geschlechtsstandardisierte Diagnoseprävalenz der Multiplen Sklerose in % nach KV-Regionen im Jahr 2015; Quelle: ZI Versorgungsatlas Bericht Nr. 17/09; 12.2017. **Abb. 2 rechts:** DDD je GKV-Versicherten für den Zeitraum MAT Nov. 2018 im gesamten N07A0-Markt nach KV-Regionen; Quellen: regioMA (INSIGHT Health); KM6-Statistik Bund Stichtag 20.08.2018

Arzneimittel betrachtet (ohne Ocrelizumab) zeigt sich, dass das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung wohl kaum einen nennenswerten Einfluss auf die Marktdurchdringung hat. Dimethylfumarat erhielt im Oktober 2014 keinen Zusatznutzen und steigt dennoch bereits im Jahr der Zulassung auf über 5,3 Mio. DDD sowie aktuell auf über 6,1 Mio. DDD. Im Vergleich dazu liegt Fingolimod mit einem geringen Zusatznutzen für eine Patientengruppe bei einem deutlich geringeren DDD-Verbrauch von 4,5 Mio. DDD in 2018 (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Ungeachtet des nicht attestierten Zusatznutzens zeigen sich für alle hier betrachteten Arzneimittel über die Jahre steigende DDD-Verbrauchszahlen, so dass von einer weiter steigenden Marktdurchdringung ausgegangen werden kann. Damit scheinen bei einer komplexen chronischen Erkrankung wie der MS aber nicht gesundheitspolitische Instrumente, sondern vielmehr die Verlaufsform und die Krankheitsaktivität die Therapieentscheidung der Ärzte und damit den Behandlungsverlauf zu determinieren. Dies zeigt auch das Beispiel Cladribin.

Vom G-BA erhielt das innovative, hochpreisige Immuntherapeutikum im Mai 2018 keinen Zusatznutzen. Das orale Medikament mit Langzeitwirkung hinsichtlich der Schubaktivität und Behinderungsprogression wird in zwei kurzen Behandlungsphasen von je maximal zehn Tagen, die in einem Abstand von einem Jahr erfolgen, eingenommen. Die Jahre drei und vier des Behandlungszyklus sind arzneimittelfrei, was den patientenrelevanten Vorteil der geringeren Be-

lastung durch die gepulste Therapie einschließt.

Und die Versorgungsstrukturen?

Trotz der Ausweitung des DDD-Verbrauchs im gesamten MS-Markt sowie die Erweiterung des therapeutischen Spektrums mit innovativen Arzneimitteltherapien in den letzten Jahren, scheint es weiterhin strukturelle Defizite in der Versorgung zu geben, wie Daten zur Inanspruchnahme zeigen. Denn gerade um die Krankheit beherrschbar zu machen, ist eine möglichst früh beginnende und adäquate verlaufsmodifizierende Therapie entscheidend. Allerdings nimmt nur jeder zweite GKV-Patient mit dokumentierter Erstdiagnose MS noch im selben Jahr eine verlaufsmodifizierende Therapie in Anspruch und nur rund 30 bis 40 Prozent der Patienten nehmen die empfohlenen Medikamente zur Immuntherapie kontinuierlich ein (vgl. Weißbuch MS, 2016). Dass diese Patienten aufgrund ihrer komplexen Erkrankung eine koordinierte Unterstützung, nicht nur bei der medikamentösen Therapie, benötigen, ist unumstritten.

Die Region Nordrhein hat daher für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg sowie zweier BKKen seit Dezember 2017 ein Netzwerk aus über 390 Fachärzten und Psychotherapeuten an 260 Standorten u.a. für Patienten mit MS initiiert. In der sogenannten NPPV (Neurologisch-Psychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung) steht jedem Patienten ein Bezugsarzt zur Seite, der die Behandlungsschritte steuert und dafür aus diversifizierten Therapiemodulen auswählt.

Regionale Netzwerkmanager informieren die Ärzte über weitere Behandlungsmöglichkeiten wie Gruppentherapien oder Online-Selbsthilfen, die dann im Bedarfsfall niederschwellig bzw. kurzfristig für den Patienten erreichbar sind (vgl. NPPV, 2019). Zudem läuft bereits seit Mai 2006 die „Integrierte Versorgung von Patienten mit MS im Rheinland“ (IGV MS) des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und der AOK Rheinland/Hamburg bzw. weiterer Kassen und Leistungserbringer in Kooperation mit der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft. Sowohl die medizinische als auch prozessuale Qualitätssicherung, die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und die verstärkte Einbindung des Patienten sollen u.a. durch standardisierte Dokumentationsverfahren, Fallkonferenzen und Patientenschulungen erreicht werden. Mit der Leistungserbringung in der IGV MS in Form von definierten Behandlungspfaden konnten bereits mehr als 1.400 Patienten direkt erreicht werden. Obschon am Evaluationsbericht derzeit noch gearbeitet wird, wurden als erste Hauptergebnisse des Projekts eine nur halb so häufig vorkommende stationäre Behandlung der Patienten im Vergleich zur Regelversorgung sowie ein konstant bleibendes Niveau der Behinderung als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach vier Jahren publiziert (vgl. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2019).

Zu einer Verbesserung der Versorgung durch interdisziplinäre Teams und koordinierte Behandlungspfade gehört neben einer adäquaten medikamentösen Therapie auch eine gute Versorgung mit Hilfsmitteln und im Bedarfsfall die qualifizierte Pflege. Bei Letzterem spielen Qualifizierungsmaßnahmen wie bspw. die Fachausbildungen „Physiotherapie bei MS“ und die „MS-Schwester“ sowohl in spezialisierten Zentren als auch im ambulanten Versorgungsalltag eine entscheidende Rolle. Mehr Transparenz für den Patienten soll auf Seiten der Anbieterleistungen für alle Versorgungsebenen das Zertifikat „Anerkanntes bzw. Regionales MS-Zentrum“ schaffen. Dafür werden bspw. Qualitätsstandards wie modernste Diagnose-Verfahren, Behandlung nach DGN-Leitlinien, umfangreiche Erfahrung mit MS-Patienten (Mindestpatientenzahl) sowie regelmäßige Fortbildung/Schulungen abgebildet (vgl. dmsg, 2014). So kann mit den beschriebenen und einer Vielzahl weiterer Maßnahmen durch die Leistungserbringer, der Absicherung des patientenindividuellen, medikamentösen Therapiebedarfs sowie mit der Etablierung patientenorientierter Versorgungsstrukturen die komplexe Versorgung der Multiplen Sklerose in Zukunft weiter verbessert werden. <<

Autorin:
Kathrin Pieloth*

Bertelsmann Stiftung stellt einen Digitalisierungsindex für EU- und OECD-Länder auf

SmartHealthSystems: „Wollen reicht nicht“

Die Experten der Bertelsmann Stiftung sind sich sicher: Die Digitalisierung des Gesundheitssektors könnte zu einer verbesserten Versorgungsqualität führen. Ohne die Vernetzung und Digitalisierung des Gesundheitswesens komme das neue medizinische Wissen in der Versorgung nicht schnell genug an. In der Studie „#SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich“ zeigen die Autoren anhand eines detaillierten Index, dass Deutschland in der Digitalisierung des Gesundheitssystems mal wieder schlecht dasteht, sehr schlecht. Im Gegensatz zu den Vorreitern Estland, Kanada und Dänemark.

>> Deutschland hatte einmal einen Traum: eine moderne IT-Infrastruktur für das Gesundheitssystem, das das Land international zum Vorreiter in Sachen E-Health macht. „Heute muss man nüchtern feststellen: Das ist nicht gelungen. Zumindest vorerst nicht“, stellen Dr. Brigitte Mohn (Mitglied des Vorstandes) und Uwe Schwenk (Direktor „Versorgung verbessern – Patienten informieren“) von der Bertelsmann Stiftung im Vorwort der Studie fest. Während in anderen Ländern die wichtigsten Patientendaten seit mehreren Jahren in elektronischen Akten gespeichert und Rezepte digital übermittelt würden, arbeite Deutschland noch immer an den Grundlagen der digitalen Vernetzung und tausche Informationen überwiegend auf Papier aus.

Doch die Vorwort-Schreiber machen auch Mut: Nirgends verlaufe die digitale Transformation geradlinig. Die umfangreiche, immer-

hin 400 Seiten lange Analyse der Bertelsmann Stiftung trägt den Titel „#SmartHealthSystems – Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich“. Im ersten Teil der Studie mit dem Titel „Internationales Benchmarking und Digital-Health-Index“ ist der Status quo der Digitalisierung im deutschen und in den Gesundheitssystemen anderer Länder (insgesamt 17 EU- und OECD-Länder) abgebildet. Grundlage dafür bilden „34 Indikatoren zu Strategie, technischer Readiness oder digitalem Reifegrad und tatsächlichem vernetzten Gesundheitsdatenaustausch“. Außerdem enthält der erste Teil ein Benchmarking, das einen Ländervergleich im Hinblick auf die Digitalisierung erlaubt (s. Abb. 1).

Für den „Digital-Health“-Index und das Benchmarking hat die Bertelsmann-Stiftung in den entsprechenden Ländern Daten zu drei

Themenblöcken erhoben:

- Policy-Aktivität und politische Strategie,
- Technische Implementierung und Readiness,
- Tatsächliche Nutzung von Daten.

Deutschland befindet sich im Gesamt-Ranking der Länder (s. Abb. 1) mit 30 Punkten auf dem vorletzten Platz. Mit dieser Punktezahl gehört das Land zu der Schlusslichter-Gruppe Schweiz, Frankreich, Deutschland und Polen.

Die seit mehreren Jahren andauernden Versuche, Digital Health auf politischer Ebene voranzutreiben, zeigten nur mäßigen Erfolg, schlussfolgern die Studienautoren und verweisen auf den Sub-Index „Policy-Aktivität“, in dem sich Deutschland mit 44,2 Punkten ebenfalls auf dem vorletzten Platz befindet (s. Abb. 2). Neben für Deutschland typischen strengen Datenschutzbestimmungen mangle es an einer übergeordneten strategischen Orientierung und finanziellen Anreizen, die von der Industrie gefertigten und von der gematik zertifizierten Lösungen flächendeckend einzuführen, so die Kritik der Bertelsmann-Experten. Es finde keine zentrale politische Koordination durch eine entsprechende Agentur statt. Die Readiness in Deutschland sei die zweitniedrigste im gesamten Ranking (mit 30,1 Punkten auf Platz 16). Nationale digitale Anwendungen seien noch nicht in Betrieb. Problematisch sei auch die Tatsache, dass die gematik laufend neue Standards und Interoperabilitätsvorschriften veröffentlicht, die erfüllt sein müssen, damit digitale Lösungen an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen werden dürfen. Gleichzeitig sei aber weder die TI verpflichtend, noch müssen die Versorger in Deutschland sich nach der gematik richten – sie können eigene Lösungen entwickeln.

Dieser Sachverhalt spiegelt sich in der „tatsächlichen Datennutzung“ wider – hier liegt Deutschland mit 15,8 Punkten auf Platz 15. Generell werden Gesundheitsdaten zumeist elektronisch dokumentiert, und Versicherer verwenden Abrechnungsdaten der Ärzte zur gesundheitlichen Berichterstattung, so das Ergebnis der Studie.

Die Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen führe in Ver-

Rangplatz	Land	Digital-Health-Index	Gruppe
1	Estland	81,9	Gruppe 1 > 70
2	Kanada	74,7	
3	Dänemark	72,5	
4	Israel	72,4	
5	Spanien	71,4	
6	NHS England	70,0	Gruppe 2 ≤ 70
7	Schweden	68,3	
8	Portugal	67,2	
9	Niederlande	66,1	
10	Österreich	59,8	Gruppe 3 < 60
11	Australien	57,3	
12	Italien	55,8	
13	Belgien	54,7	
14	Schweiz	40,6	Gruppe 4 < 50
15	Frankreich	31,6	
16	Deutschland	30,0	
17	Polen	28,5	
Mittelwert		59,0	
Standardabweichung		16,9	

Leseanleitung: Tabelle 26 zeigt den Digital-Health-Index sortiert nach der Rangplatzierung der Länder. Der Digital-Health-Index kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei ein höherer Wert eine höhere Entwicklungsstufe im Bereich „Digital Health“ darstellt. Die Einzelheiten zur Berechnung finden sich in Kapitel 2.
Quelle: Bertelsmann Stiftung

Abb. 1: Länderrangfolge nach dem „Digital Health“-Index.

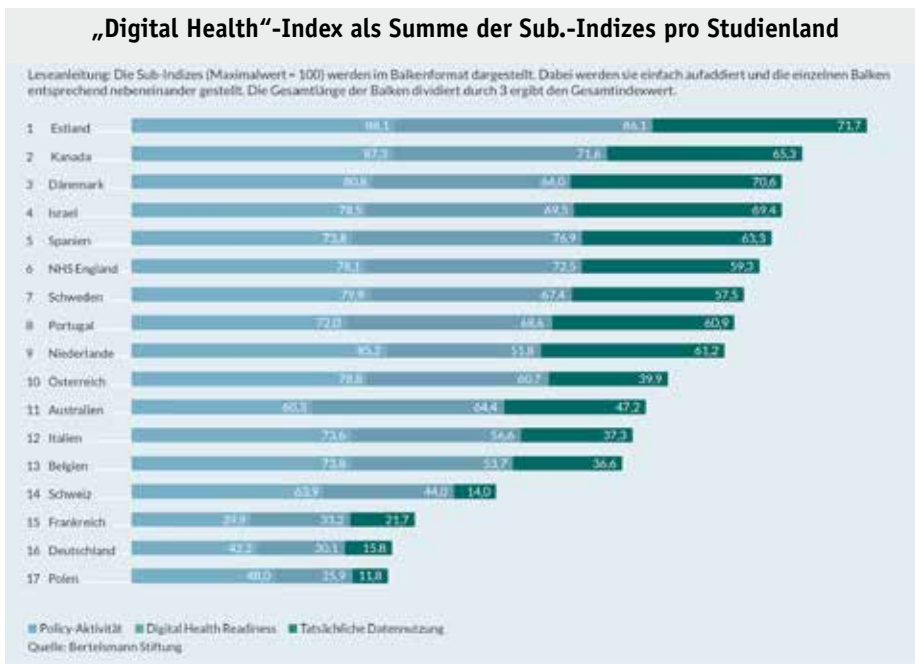


Abb. 2: „Digital Health“-Index als Summe der Sub.-Indizes pro Studienland.

bindung mit dem Selbstverwaltungsprinzip zu einer Vielzahl von „teils inkongruenten“ politischen Aktivitäten und Statements zum Thema „Digitale Gesundheit“ in Deutschland. Eine Gesamtstrategie und ein gemeinsames Zielbild, die etwa auch Forschungsaspekte und die Frage der mobilen Gesundheitsanwendungen (mHealth) kohärent umfassen, seien noch nicht in Sicht.

Seit Inkrafttreten des E-Health-Gesetzes 2016 existiere in Deutschland auf Bundesebene formal ein Fahrplan für die Etablierung von Digital Health, stellen die Studienautoren fest. Auch sei generell innerhalb der Selbstverwaltung, der Parteien und Verbände ein Bewusstsein für die Schlüsselrolle von digitalen Gesundheitsdiensten und -anwendungen für die Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems vorhanden.

Der Wille da, aber keine Gesamtstrategie

Trotz einzelner sinnvoller Maßnahmen (etwa laufender Einführung der Telematik-Infrastruktur, der Videosprechstunde oder der Etablierung von Patientenakten zum bundesweiten Austausch von Patientendaten, aber auch dem geplanten Aufbau eines Gesundheitsinformationsportals) mangle es jedoch an konkreter Strategie zur Unterstützung von technischer und semantischer Interoperabilität. „Als ein Schritt in diese Richtung kann die Aktivierung des Interoperabilitätsverzeichnis der gematik gesehen werden“, so die Bewertung der Autoren. Den Ansatz und das (Gesellschafter-)Konstrukt der gematik als Entwickler- und Betreibergesellschaft für die Telematik-Infrastruktur sehen sie

aber kritisch. Diese Struktur schein „rechtlich und politisch nicht befähigt, ein nationales zentrales System mit allen relevanten Stakeholdern zu koordinieren und zu steuern“.

Größere strategische „Leerstellen“ existieren zudem laut Analyse in den Kontexten „Telemedizin“ und „mHealth“. In Deutschland gebe es zwar seit vielen Jahren zahlreiche erfolgreiche Telemedizin-Projekte, jedoch werden die allermeisten nur regional oder im Rahmen von Selektivverträgen angeboten, sodass Patienten flächendeckend nicht davon profitieren können.

Es stelle sich die Frage nach Mitteln und Wegen zur Skalierung von nutzenstiftenden Ansätzen. Im Bereich „mHealth“ bestehe der größte Klärungsbedarf mit Blick auf adäquate Mechanismen für den Transfer von Anwendungen in die Regelversorgung.

Weitere Kritik der Studienautoren bezieht sich auf das Zeitmanagement: „Es gibt keine umfassenden verbindlichen Zielformulierungen, Richtlinien oder Fristen für ein digitales Gesundheitssystem als Ganzes.“ Lediglich einzelne Anwendungen wie etwa der Anspruch der Versicherten auf eine elektronische Patientenakte (ePA) ab dem 1.1.2021 seien im E-Health-Gesetz geregelt.

Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Finanzierung dar. Derzeit werde die Digitalisierung des Gesundheitssystems in Deutschland nicht durch ein spezielles Digital-Health-Budget gesichert oder durch eine eigens geschaffene Digitalisierungsbehörde unterstützt, bemängeln die Autoren. Sie sehen jedoch erste Reformansätze in dieser Richtung, da der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nun eine Abteilung für Digitalisierung gegründet hat, die Schnittstellenprobleme beseitigen und die nötigen politischen Grundlagen (etwa für telemedizinische Leistungen) erarbeiten soll.

Die Übersicht „Digital Health in Deutschland“ (Abb. 3) offenbart vor allem Nachholbedarf in der Digital-Health-Infrastruktur und bei den entsprechenden Anwendungen. Eine genauere Aufschlüsselung (s. Abb. 4) dieser Sparten zeigt, dass elektronische Gesundheitsdienste (wie etwa E-Rezept oder auch Informationsportale)

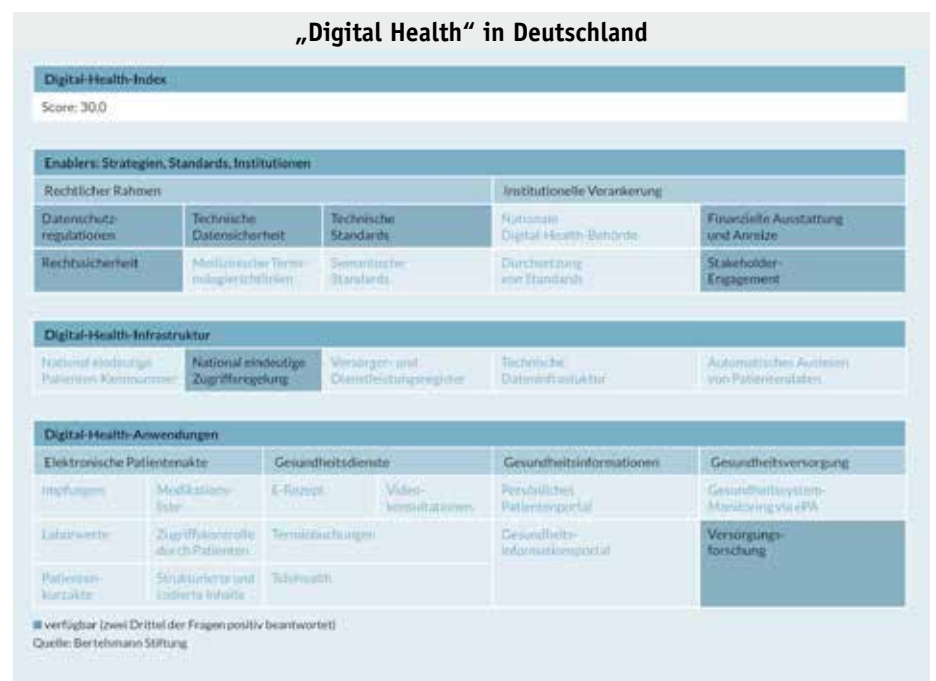


Abb. 3: Übersichtskarte „Digital Health“ in Deutschland.

zu wenig gefördert und genutzt werden. Einen großen kritischen Block bildet die Nutzung der Daten. Die größten Mängel attestiert die Analyse in den Punkten Interoperabilität, Verknüpfung und Austausch der Datensätze sowie Strukturierung und Codierung (s. Abb. 4).

Darüber hinaus fällt im „Digitalisierungsprofil Deutschland“ (Abb. 4) auf, dass lediglich eine Maßnahme als „vollständig umgesetzt“ bewertet ist – der Datenschutz. Die Privatsphäre von Patienten wird also offenbar bereits durch hinreichende Sicherheitsmaßnahmen geschützt. Die zweite und letzte gute Nachricht dieser Übersicht ist, dass der politische Wille zur Unterstützung von Datentransfer und -austausch „nahezu vollständig“ ausgeprägt ist. Im Großen und Ganzen ergibt sich aber ein negatives Bild: Lediglich ein kleiner Teil der Maßnahmen gilt als „teilweise“, der Großteil aber als „eher nicht“ oder „nicht“ umgesetzt (s. Abb. 4).

Empfehlungen: digitale Kurzakte und E-Health-Institut

Das Fazit der Studienautoren zum Status quo: „Gegenwärtig wird der Diskurs über Digital Health in Deutschland stark von haftungs- und datenschutzrechtlichen Fragestellungen dominiert.“ Die eigentlichen Chancen für die medizinische Versorgung durch die Digitalisierung würden dabei eher in den Hintergrund gedrängt. Sie plädieren dafür, über neue Ansätze zur Erneuerung von Governance-Strukturen und der Rolle der Gematik in Deutschland zu debattieren.

Im zweiten Teil der Analyse stehen unter dem Titel „Erfolgskriterien und Nutzungsgrade digitaler Anwendungen“ fünf Länder im Mittelpunkt: Dänemark, Frankreich, Israel, die Niederlande und die Schweiz. Dabei beleuchten die Studienexperten die politischen Handlungen und Strukturen sowie die Rahmenbedingungen, die sich als Erfolgsfaktoren, oder aber auch Barrieren in der Digitalisierung der Gesundheitssysteme erwiesen haben.

Anhand dieser Beispiele leiten sie Empfehlungen für das deutsche Gesundheitssystem ab:

- Fokussierung auf zwei zentrale, relativ schnell umsetzbare Nutzungsfälle: eine **elektronische Kurzakte** besonders relevanter allgemeiner Patientendaten (elektronisches Patient Summary) und damit verzahnt – neben dem geplanten E-Medikationsplan – die Einführung eines **E-Rezeptes**. Sogenannte elektronische Patientenkurzakte gehörten mittlerweile in den meisten Ländern zum laufenden Betrieb, Patientendaten würden so relativ leicht flächendeckend und sektorenübergreifend ausgetauscht. Deutschland verfüge in dieser Hinsicht beispielsweise mit dem Notfallda-

atensatz und dem Notfalldaten-Management (NFDM) über einen Ansatz, der bei genauere Sichtung die internationale Definition einer Patientenkurzakte erfüllt. Dementsprechend könnte der Notfalldatensatz Grundlage weiterer Nutzungsfälle unabhängig von der elektronischen Gesundheitskarte werden. Um die starke Rolle der Selbstverwaltungsakteure zu berücksichtigen, könnten einzelne Kurzakten-Systeme auf Kassenebene entwickelt werden. Auf nationaler Ebene könnte unter Einbindung aller relevanten Stakeholder dann ein Stammdatensatz in Form einer Patientenkurzakte definiert werden, damit Kerndaten bei Notfällen auch kassenübergreifend zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf die sich abzeichnenden „Inselösungen“ der jeweiligen Krankenkassen wäre ein solcher Ansatz realistisch und die entsprechenden Rahmenbedingungen sollten entwickelt werden, damit die bis 2021 geforderte ePA realisiert werden kann, so die Studienautoren.

- **Adäquate Versorgung im ländlichen Raum:** Nutzung der entstehenden Infrastruktur durch problemadäquate telemedizinische Werkzeuge.
- **Zweitverwendung erhobener Daten** durch andere Nutzer (z. B. andere Versorger oder Versorgungsforscher). Dies erfordert einen ethischen Rahmen und stringente Gesetze bzw. Richtlinien für den Datenschutz oder die IT-Sicherheit, insbesondere auch für die Weiterleitung von Gesundheitsdaten, den Zugriff darauf und die Analyse und Nutzung in Zweitverwertungskontexten. Dies sollte nicht nur auf der allgemeinen Ebene erfolgen, sondern auch die jeweils zugrunde liegenden Nutzungsszenarien und involvierten Nutzer berücksichtigen, betonen die Autoren. Tendenziell sollten ihrer Ansicht nach allgemeine Grundsätze eher in Gesetzen, Details dagegen eher in schneller an neue Gegebenheiten anpassbaren Rechtsverordnungen geregelt werden.
- Der **finanzielle Rahmen** sollte zuverlässig, angemessen und nachhaltig verfügbar sein. Die andauernde Förderung von neuen Pilotprojekten („Pilotitis“) führe hingegen zur Vergeudung von öffentlichen Geldern. Darüber hinaus böten sich finanzielle Anreize zur Förderung der schnelleren Einführung bzw. Nutzung der zentralen oder regionalen Datenaustauschplattformen sowie versorgerübergreifender Datenzugriffs- oder Austauschdienste an.
- Etablierung einer neuen Institution zur Umsetzung der Digital-Health-Agenda: eines mit umfassenden Befugnissen ausgestatteten **E-Health-Instituts**. Darunter verstehen die Bertelsmann-Experten eine Organisationseinheit, die übergreifend für den Aufbau,

das Management und die Pflege der digitalen Gesundheitsplattform und ihrer Infrastruktur-Dienste zuständig ist. Diese müsse vertrauensvoll mit spezialisierten Organisationen zusammenarbeiten, etwa aus dem E-Government in Bezug auf Cyber-Security oder etwa mit nationalen oder regionalen Organisationen zur Verwaltung elektronischer Identitäten für Bürger, Ärzte und andere Gesundheitsberufe.

- Die wichtigste Aufgabe des E-Health-Instituts sehen die Studienautoren darin, einen **Konsens und eine Kooperation** bei der Umsetzung der Digital-Health-Agenda zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems mit teils gegensätzlichen Interessen aufzubauen. Empfohlen wird, ein allgemeines – oder pro Anwendung ein getrenntes – Gremium zu etablieren und dies mit einem entsprechenden Governance-Rahmen, Durchsetzungsbefugnissen (u. a. für die verbindliche Entscheidungsfindung in einem angemessenen Zeitrahmen) sowie den erforderlichen Ressourcen auszustatten.
- Für die beschleunigte Umsetzung einer neu konzipierten E-Health-Politik und eine breitere Nutzung von E-Health-Lösungen in Deutschland seien die digitalen Kompetenzen der Versorger und der Bürger auszubauen. Dies werde auch die Planung entsprechender Kapazitäten in dem vorgeschlagenen deutschen Digital-Health-Institut einbeziehen müssen. Dort sei ein umfassendes Digital-Health-bezogenes Umsetzungs- und **Changemanagement** – einschließlich der Förderung von digitaler Kompetenz und Personalentwicklung – zu etablieren.
- **Zugriff auf oder Austausch von Daten** des Gesundheitssystems sowie deren Weiterverwendung, Weiterverarbeitung und Analyse. Um unnötige Fehlplanungen und Kosten eines reinen Technology Push im Digital-Health-Bereich zu vermeiden, sei es unabdingbar, sich zu vergegenwärtigen, dass der Datenzugriff bzw. -austausch kein Selbstzweck ist, sondern sich immer am Nutzen für den Dateneempfänger – ob Arzt, Patient oder Zweitauswerter – orientieren sollte. Und wenn sich für den Anbieter kein wie auch immer gearteter Nutzen erzielen lasse, werde es notwendig werden, ihm die bei der Bereitstellung und Übertragung entstehenden Kosten zu kompensieren. Falls der Nutzen letztendlich nicht bei einzelnen Akteuren zu verorten ist, sondern eher dem „Gesamtsystem“ zugutekommt, müsse dieses auch die damit verbundenen Kosten tragen.
- Wenn Daten und Informationen zwischen Akteuren ausgetauscht werden, die unterschiedliche IT-Systeme nutzen, werde **Interoperabilität** von entscheidender Bedeutung für

Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Wollen reicht nicht“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), 12-15.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2115

die Funktionalität des Gesamtsystems. Dabei genüge es nicht, Daten nur zwischen technischen Systemen auszutauschen. Vielmehr müssten die beteiligten Gesundheitsorganisationen und Personen die Daten verstehen und jeweils auch sinnvoll für die von ihnen vorgesehene Nutzung verarbeiten können. Die Lösung der damit verbundenen Interoperabilitätsfragen bilde das Herzstück einer jeden erfolgreichen nationalen oder regionalen Digital-Health-Infrastruktur und darauf fußender Anwendungen. Zu Ende gedacht impliziert dies, dass Interoperabilitätsfragen nicht durch allgemeine Standards, Wörterbücher oder abstrakte Regulierungen gelöst werden können, sondern nur durch nutzungsbezogene Analysen konkreter Szenarien (Use Cases oder Nutzungsfälle) und darauf aufbauende Lösungen und Spezifikationen aller relevanten Parameter. Es müssten jeweils konkrete Nutzungskontexte identifiziert werden, für die dann eine Vielzahl von Fragen und Details zu diskutieren und einer von allen Involvierten getragenen konsensualen Lösung zuzuführen sei.

- Auf technischer Ebene geben die Studienautoren folgende Strategie-Empfehlungen:
 1. Zunächst müssen die prioritären Nutzungsfälle (z. B. Kurz- oder Vollakte, Rezepte, Laborergebnisse, Entlassbriefe) festgelegt und in all ihren Facetten standardisiert beschrieben werden, da es im Gesundheitswesen aus den erörterten Gründen keine allgemeine Lösung von Interoperabilitätsfragen geben kann.
 2. Für jeden generischen Nutzungsfall sind die erforderlichen Informationen und Daten detailliert und präzise festzulegen.
 3. Es muss bestimmt werden, ob diese in Form eines einfachen Textes oder Dokumentes, als stringent strukturierte Dokumente oder aber in Teilen oder als Ganzes als voll standardisierte und codierte Daten ausgetauscht werden sollen. Je nach der Weiternutzung der Daten und den involvierten Kosten sind recht unterschiedliche Lösungen von Interoperabilitätsfragen denkbar und sinnvoll.
- Es sollte festgelegt werden, ob die Daten zentral, dezentral oder über Links jederzeit oder nur auf individuelle Anforderung zur Verfügung stehen. Denkbar seien auch rein **regional orientierte Plattform-Lösungen** (vor dem Hintergrund, dass Gesundheitsversorgung vor allem eine regional – und nicht national – orientierte Dienstleistung ist), die bei Anwendung der gleichen, möglichst auf offenen Anforderungen und Datenmodellen beruhenden Informationsaufbereitung leicht miteinander verbunden werden können.

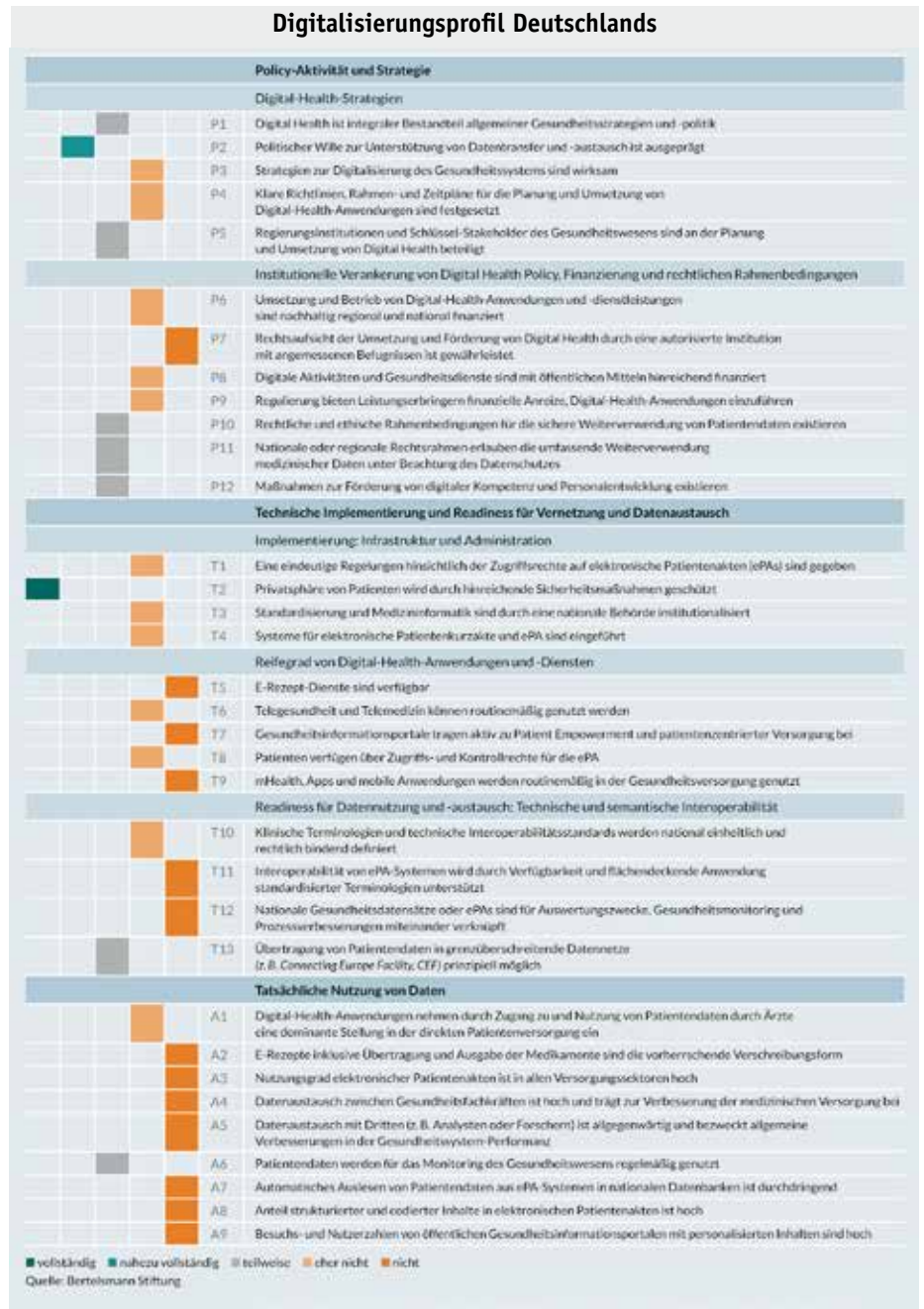


Abb. 4: Das Digitalisierungsprofil von Deutschland.

- Abgeleitet aus der Analyse der erfolgreich digitalisierten Länder, brauche es in Deutschland künftig konsequentes politisches Handeln und politische Führung – beruhend auf einem klaren, von den Akteuren geteilten Zielbild und einer eindeutigen **Umsetzungsstrategie**. Maßnahmen und notwendige Standards sollten dabei nicht „von oben“ verordnet, sondern unter Einbeziehung von Experten und – vor allem – Endnutzern entwickelt werden. Unter anderem würde sich die Etablierung einer „kraftvollen“ Organisationseinheit für einen solchen Einbeziehungsprozess in Form eines Digital-Health-Institutes eignen.

„Erfolgreiche Länder zeichnen sich aus durch

einen Dreiklang aus effektiver Strategie, politischer Führung und koordinierenden nationalen Institutionen, also ‚Agenturen für digitale Gesundheit‘ mit steuernder Funktion“, resümieren Mohn und Schwenk. Die deutsche Gesundheitspolitik soll ihrer Ansicht nach konsequent den Weg weitergehen, sie soll entschlossener handeln und ihre Führungsrolle bei der Gestaltung der Digitalisierung ausbauen. „Und nicht zuletzt müssen wir mehr Geschwindigkeit aufnehmen.“ <<

Autorin:
Olga Gilbers

Viele offene Fragen, viele Herausforderungen

Welche Folgen hat der Einsatz von Algorithmen in der Gesundheitsversorgung? Dieser Frage geht eine interdisziplinäre Analyse von ceres nach. Die Wissenschaftler haben untersucht, wo in der Medizin Algorithmen bereits eingesetzt und in Zukunft genutzt werden. Dabei legen sie großen Wert auf den Praxisbezug, indem sie konkrete Anwendungsfälle betrachten. Zwei Beispiele – aus der Gegenwart und Zukunft der Gesundheitsversorgung – sollen die ethischen Fragestellungen verdeutlichen, die sich aus dem Einsatz der Algorithmen für den Einzelnen, die staatlichen Institutionen und die Gesellschaft als Ganzes ergeben.

>> Die Studie „Algorithmen in der digitalen Gesundheitsversorgung“ markiert den Auftakt in einem größeren Projekt der Bertelsmann Stiftung mit dem Titel „Der digitale Patient“. Im Zentrum des Projekts stehen ethische und gesellschaftliche Herausforderungen, die mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens einhergehen. In der aktuellen Untersuchung identifizieren die ceres-Wissenschaftler folgende Anwendungsbereiche für Algorithmen in der Medizin:

- Public Health,
- Gesundheitsversorgung/Versorgungsforschung,
- medizinische Forschung,
- Prävention,
- Prädiktion und Risikoprofilbildung,
- Diagnostik,
- Therapie,
- Prognose,
- Rehabilitation
- sowie Pflege.

Als gegenwärtiges Beispiel aus dem Gebiet Public Health führen die Wissenschaftler Produkte der israelischen Firma MedAware an. Diese sollen Verschreibungsfehler von Ärzten identifizieren und dem Arzt einen Warnhinweis geben. Dazu verwendet das Unternehmen maschinelle Lernalgorithmen, mit deren Hilfe große Datenmengen aus Millionen von elektronischen Patientenakten verarbeitet werden. Hierbei werden die Verordnungsmuster aller Ärzte abgegriffen, um das „normale“ Behandlungsspektrum zu bestimmen. Auf dieser Grundlage erstellt MedAware ein mathematisches Modell, das diese realen Behandlungsmuster abbildet. Die Annahme ist, dass eine ärztliche Verschreibung, die von diesem Standard-Behandlungsspektrum abweicht, mit hoher Wahrscheinlichkeit fehlerhaft ist. Daraufhin werden verschiedene Entscheidungshilfen und Werkzeuge für das Risikomanagement angeboten, etwa das Produkt MedAware Alerting System (MedAS).

Immer wenn ein Arzt ein Rezept in das System eingibt, führt das System anhand des aktuellen Patientenprofils eine Echtzeitauswertung für das entsprechende Medikament durch. Stellt MedAS eine Abweichung vom normalen Behandlungsspektrum von Patienten mit ähn-

lichem Profil fest, erhält der Arzt einen Warnhinweis. Das System wird laufend aktualisiert und mit neuen Patientendaten, etwa zu neuen Blutwerten oder Diagnosen, angereichert. Der Arzt erhält darüber hinaus eine Nachricht, wenn neue Informationen über ein Medikament, etwa bislang unbekannte Wechsel- oder Nebenwirkungen, bekannt werden.

Aus der Gesundheitsversorgung beziehungsweise Versorgungsforschung beschreiben die Studienautoren ein weiteres Produkt von MedAware: Das Risk Management Decision Support Tool „MedRIM“ soll Prozesse in der Gesundheitsversorgung verbessern und Abläufe des Risikomanagements sowie der Qualitätskontrolle optimieren. Darüber hinaus soll es Ärzten Feedback bei potenziell fehlerhaften Verschreibungen geben.

Das System sammelt Patienten- sowie Rezeptdaten und gleicht diese mithilfe von Algorithmen mit den historischen Daten etwa eines Krankenhauses ab. Entdeckt „MedRIM“ Ausreißer, werden diese für eine weitere Analyse von einem Experten gekennzeichnet. Dadurch können Abteilungen mit außergewöhnlich hohen Raten an Verschreibungsfehlern, am häufigsten falsch verschriebene Medikamente oder auch einzelne Ärzte, die zu einer hohen Fehlerquote neigen, identifiziert werden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse können fehlerhafte Prozesse verbessert und insgesamt die Patientensicherheit erhöht werden, heißt es in der Studie.

Zukunft der Algorithmen

Die Untersuchung enthält sechs Anwendungsszenarien, die die Chancen und Herausforderungen von Algorithmen verdeutlichen sollen. Die gewählten Beispiele stammen aus der aktuellen Forschung und Praxis. Die Szenarien reichen von der Algorithmenanwendung bei der Analyse von Bildinhalten in sozialen Medien zur Prädiktion von depressiven Erkrankungen über Entscheidungsunterstützungssysteme für den Einsatz in verschiedenen klinischen Kontexten bis hin zu Monitoringsystemen, die Pflegebedürftigen dabei unterstützen, möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

Im Folgenden soll auf das Beispiel zur Da-

tenbasierten Unterstützung bei ärztlichen Therapieentscheidungen eingegangen werden, da dieses an das aktuelle Anwendungsbeispiel aus der Gesundheitsversorgung (s. o.) anknüpft. Dabei geht es um Empfehlungssysteme, die derzeit vermehrt im Online-Handel eingesetzt werden, um dem Nutzer gezielt Produkte vorzuschlagen.

In der Medizin werden Empfehlungssysteme bislang kaum eingesetzt, sie haben jedoch erhebliches Potenzial, so die Studie. Als Beispiel wird ein Therapieempfehlungssystem genannt, das auf zwei verschiedenen algorithmenbasierten Empfehlungssystemen beruht: dem „Collaborative Recommender“ und dem „Demographic-based Recommender“. Beide Empfehlungsalgorithmen verwenden sowohl explizite als auch implizite frühere Bewertungen der Benutzer als „Ausdruck der Präferenz“.

„Präferenz“ bedeutet, dass ein Patient positiv auf eine Therapie anspricht. Der „Collaborative Recommender“ berücksichtigt die Bewertungen anderer Benutzer, hier in erster Linie das Ansprechen dieser Patienten auf bestimmte Therapien, erklären die Studienexperten. Auf dieser Grundlage werden Vorhersagen über die Präferenzen weiterer Personen getroffen, also darüber, ob und wie verschiedene individuelle Patienten auf eine Therapie ansprechen. Dazu wertet der Algorithmus Daten über die Ergebnisse aller vorangegangenen medizinischen Konsultationen des Patienten aus. Der hybride „Demographic-based Recommender“ berücksichtigt neben diesen Daten auch noch weitere verfügbare patientenbezogene Daten.

Ziel eines solchen klinischen Entscheidungsunterstützungssystems ist es zu prognostizieren, welche Therapie für einen bestimmten Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt anzuraten ist. In der Studie wird ein Empfehlungssystem von Gräßer et al. angeführt, das anhand von Therapieempfehlungen für Patienten mit der Hautkrankheit Schuppenflechte (Psoriasis) getestet wurde. Als Datengrundlage dienten die Krankenakten von 213 Patienten aus der Klinik und Poliklinik für Dermatologie des Universitätsklinikums Dresden, die insgesamt Daten von 1.111 medizinischen Konsultationen dieser Patienten enthielten. Darin finden sich Patienten- und Therapiebeschreibungen, de-

Fürsorge mit Forschergeist verbinden – für ein besseres Leben

Medikamente können helfen, ein längeres und gesünderes Leben zu führen. Und sie ermöglichen Menschen wieder die Dinge zu tun, die ihnen wichtig sind. Bei Lilly erforschen wir seit rund 140 Jahren Medikamente, für die es einen dringenden Bedarf gibt und suchen neue Wege, um das Leben der Menschen zu verbessern.

Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de

Lilly

mographische Daten sowie Informationen zum Gesundheitszustand, zu Komorbiditäten sowie aktuellen Behandlungen. Diese Daten wurden aus den Krankenakten manuell in eine digitale Datenbank überführt; unvollständige oder fehlerhafte Daten wurden korrigiert oder entfernt. Die Daten wurden von den Algorithmen verarbeitet, um die potenziell effektivste Therapie für die jeweiligen Patienten zu empfehlen. In einem vorhergehenden Prognoseschritt wurde das individuelle Resultat aller verfügbaren Therapien geschätzt, die bei dem entsprechenden Patienten bislang noch nicht eingesetzt wurden.

Untersucht wurde die Wirksamkeit beider Algorithmen anhand der Genauigkeit und Präzision der Vorhersage. Dabei zeigte der „Collaborative Recommender“ bessere Ergebnisse als der „Demographic-based Recommender“. Eine Ursache liege in der Ähnlichkeitsberechnung, erklären die Autoren, die Letzterem zugrunde liegt und durch weniger relevante Informationen ungünstig beeinflusst wird, während wichtigere Faktoren gleichzeitig zu wenig Einfluss haben. Dies solle künftig insbesondere mithilfe von Methoden zur Auswahl und Gewichtung von Merkmalen verbessert werden. Darüber hinaus sei eine Berücksichtigung weiterer Informationen bei der Therapieempfehlung unerlässlich, wenn zu Patienten keine oder nur wenige Daten über bisher erfolgte Therapien vorliegen. Für das vorgestellte System verknüpften die Wissenschaftler die beiden Empfehlungsansätze, um den Nachteil fehlender Informationen auszugleichen und die jeweiligen Nachteile der Einzeltechniken des Data-Mining und Machine-Learning zu überwinden. Die Kombination beider Ansätze zeigte die größte Genauigkeit und Präzision der Vorhersage, resümieren die Ceres-Autoren.

„No human error“

Die Autoren der Studie sind überzeugt, dass Empfehlungssysteme vor allem Chancen im Hinblick auf eine verbesserte Patientensicherheit und eine erhöhte Effektivität der fachmedizinischen Tätigkeiten eröffnen. Als weitere Vorteile werten sie folgende Punkte:

- bessere Entscheidungen der Ärzte durch schnelleren und umfassenderen Zugriff auf relevante Informationen,
- deutliche Verbesserungen in der Prognostik, da systematisch geordnete Informationen aus der Patientenakte und den neuesten medizinischen Fachpublikationen zusammengebracht und relevante Muster, z. B. mögliche Wechselwirkungen, automatisch erkannt werden.
- Die durch Informationsmängel bedingte Fehler

werden vermieden und die Patientensicherheit erhöht.

- Der Arzt muss weniger Zeit für die Informationsbeschaffung aufwenden und hätte mehr Zeit für ausführlichere Patientengespräche und die Versorgung von mehr Patienten.
- Vermeidung von menschlichen Fehlern aufgrund von Konzentrationsmängeln, z. B. durch Übermüdung.
- Neue Erkenntnisse aus der Forschung können schneller und umfassender Einzug in die medizinische Praxis finden. Die Versorgung der Patienten wird stetig auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht.
- Wenn Erfahrungen aus der individuellen Praxis in elektronischen Patientenakten ihrerseits festgehalten und zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung freigegeben werden, ist ein verstärkter und beschleunigter Rückfluss neuer Erkenntnisse aus der Praxis in die wissenschaftliche Forschung zu erwarten.
- Ein umfassender Datenabgleich kann neuartige wissenschaftliche Erkenntnisse zutage fördern. Diese kommen den Patienten selbst zugute, da die Einordnung von Patienten in spezifische Risikogruppen verbessert werden kann.

Offene Fragen

Der Einsatz von den Empfehlungssystemen geht mit mehreren Herausforderungen und offenen Fragen einher. So fragen sich die Studienautoren aus der individuellethischen Perspektive, ob die medizinische Sicherheit durch Entscheidungsunterstützungssysteme tatsächlich in allen Anwendungsbereichen erhöht wird. „Sollten dergleichen Systeme in einigen Bereichen schlechtere Ergebnisse als menschliche Entscheider erzielen, wäre ihr Einsatz aus Gründen der Patientensicherheit ethisch problematisch und das Prinzip der Schadensvermeidung verletzt“, lautet ihre Schlussfolgerung.

- Die Frage nach der **Anwendungssicherheit** sei letztlich empirisch zu klären. Dabei müsse untersucht werden, wie mit möglichen Fehlern des Systems umgegangen wird. Was passiert, wenn behandelnde Ärzte die Kontrolle über Empfehlungen des Systems auch dann Folge geleistet wird, wenn menschliche Entscheider es besser könnten?
- Mögliche Auswirkungen von Entscheidungsunterstützungssystemen auf das **Arzt-Patienten-Verhältnis**: Dieses könnte insofern degradieren, als der Arzt zum bloßen „Erfüllungsgehilfen“ von Empfehlungssystemen und der Patient zum bloßen „Datensubjekt“ werden. Problematisch wäre es, wenn Ärzte

die durch das System bereitgestellten Informationen stärker gewichten, als die Informationen, die ihnen die Patienten selbst geben.

- **„automation bias“**: Ärzte und Ärztinnen unterliegen einem solchen Bias, wenn sie wertvolles kontextuelles Wissen, wie es ein Arzt allein im Patientengespräch gewinnen kann, weniger Aufmerksamkeit schenken als algorithmisch generierten Informationen. Sollte der Einsatz von Algorithmen einen Verlust menschlicher und professioneller Kompetenzen nach sich ziehen, stiege nicht allein das Risiko medizinischer Fehlentscheidungen, sondern auch das Risiko eines grundlegenden Vertrauensverlusts im Verhältnis zwischen Arzt und Patient, so die Befürchtung der Experten.
- Die menschliche Fähigkeit, auf persönliche Präferenzen, Ängste und Überzeugungen von Patienten einzugehen sei unabdingbar, um eine Prognose in eine ärztliche Empfehlung zu übersetzen. Nur wenn die individuellen Werte und Interessen von Patienten bekannt sind, könne eine individuelle Wahl zwischen verschiedenen „Trade-offs“ getroffen werden. Diese individuelle Wahl sei aufgrund des Respekts gegenüber der Selbstbestimmungsfähigkeit von Patienten ethisch „hochgradig bedeutsam“.

Nach den individuellethischen betrachten die Autoren die institutionenethischen Herausforderungen. Besonderes Augenmerk richten sie dabei auf Systeme, die lernende Algorithmen enthalten.

- In diesen Fällen würden oft weder die Programmierer noch die Anwender die für eine Empfehlungsgenerierung relevanten Prozesse in hinreichendem Maße überblicken. Daher stellten sich einige Herausforderungen, die vor allem die **Transparenz und Nachvollziehbarkeit** der Arbeitsweise von Algorithmen betreffen. „Verantwortliche klinische Entscheidungen verlangen eine hinreichende Kenntnis der Funktionsweisen des Systems, damit die Vorteile und Grenzen der jeweiligen Empfehlungen nachvollzogen und die automatisch generierten Vorschläge in der jeweils konkreten Situation bewertet und eingeordnet werden können.“
- Insbesondere **unüberwacht und teilüberwacht lernende Algorithmen** gingen mit Problemen einher. Diese erzeugten eigenständig neue Anweisungen und Modelle, die dann der Steuerung weiterer Prozesse zugrunde gelegt würden. Das Leistungsspektrum dieser Systeme bedinge damit zwangsläufig erhebliche Ungewissheit darüber, wie und warum bestimmte Ergebnisse generiert werden. „Die Anwender können entsprechend keine Unterscheidung

Zitationshinweis

Gilbers, O.: „Viele offene Fragen, viele Herausforderungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), 16-19.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2116

Was muss für den Einsatz von Algorithmen im Gesundheitswesen getan werden?

Technische Voraussetzungen schaffen

- Etablierung einheitlicher Standards bei Datenerhebung, -verarbeitung und -austausch
- Schaffung kompatibler Systeme
- Datengrundlagen (z.B. Elektronische Patientenakten) müssen gewissenhaft gepflegt werden und vollständig sein

Zusammenarbeit zwischen Mensch und Maschine stärken

- Technikkompetenzen z.B. durch Schulungen fördern
- Kritisch reflektiertes Technikverständnis fördern: Algorithmen als sinnvolles Werkzeug, Konflikt Mensch vs. Maschine
- Aufklärungskampagnen über technische Neuerungen, um Ängste und Vorurteile abzubauen
- Medizinisches Personal hinsichtlich Auswirkungen fehlerhafter Daten sensibilisieren
- Mehrebenen-Governance zur Stärkung von Vertrauen und Sicherheit

Sicherstellung einer informierten Einwilligung

- Erläuterung der Verwendung von Algorithmen als Teil der Patientenaufklärung
- Weitere Chancen und Risiken erforschen und dementsprechend aufklären
- Entwicklung neuer und angemessener Aufklärungsmaterialien
- Fragen der Gewährleistung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung klären
- Anforderungen an Erklärbarkeit von Algorithmen klären

Programmierung von Algorithmen ethisch gestalten

- Interdisziplinäre Teams zur Planung und Entwicklung von Algorithmen unter Berücksichtigung der möglichen Risiken und Folgen
- Klare Verhaltensregeln für die Programmierung von Algorithmen definieren

Zuverlässige Anwendung von Algorithmen

- Etablierung einheitlicher Standards z. B. für die Diagnosen bestimmter Erkrankungen
- Vermeidung des Auftretens/Entdecken von Scheinkorrelationen
- Ergebnisse von Entscheidungsunterstützungssystemen (Wahrscheinlichkeiten/Risiken) richtig interpretieren und vermitteln
- Regeln für den Umgang mit Nebenbefunden
- Juristische Klärung der Kompatibilität verschiedener Algorithmenarten und -anwendungen mit der seit 05/2018 gültigen EU-DSGVO

Vernetzte Strukturen schaffen

- Etablierung integrativer Versorgungsstrukturen in der klinischen Praxis (z.B. Ineinandergreifen ambulanter und stationärer Behandlung)
- Förderung der Zusammenarbeit von Forschungseinrichtungen
- Förderung der Interaktion verschiedener Disziplinen (z.B. Informatik und Ethik)
- Initiierung interprofessioneller Projekte, um algorithmengestützte Systeme zu entwickeln, zu evaluieren und in Versorgungsinnovationen zu überführen
- Initiierung interdisziplinärer Diskussion über soziale Konsequenzen der aktuellen Entwicklungen und Gestaltung eines öffentlichen Dialogs

Entwicklung einer Algorithmenethik und Algorithmenkontrolle

- Schaffung geeigneter Strukturen, um Algorithmen in der Gesundheitsversorgung je nach Art und Anwendungszweck zu prüfen, ggf. zu zertifizieren und zu kontrollieren
- Fokus auf ethische Regeln, die maschinellern zugrunde liegen sollten
- Überwachung von Deep-learning-Algorithmen auf diskriminierende Effekte

zwischen einzelnen Fehlleistungen (im Sinne individueller „system bugs“) und systematischen Fehlleistungen, z. B. aufgrund von „system bias“, treffen.

- Die Studienverfasser sehen daher institutionelle Akteure vor erheblichen Herausforderungen stehen, wenn es um die Ermöglichung verantwortlichen Handelns durch individuelle Akteure geht. Es gelte die Bedingungen zu klären, unter denen es Ärzten gestattet sein sollte, **Empfehlungen des Systems zu ignorieren**. In diesem Zusammenhang wird folgender Vorschlag erwähnt: Eine maschinell generierte Empfehlung für den behandelnden Arzt sollte in Abhängigkeit davon revidierbar sein, welche Risiken mit der jeweiligen Intervention verbunden sind und welche Kenntnisse der Komplikationsraten bei einem Eingriff und der Fehlentscheidungsrate des Empfehlungssystems existieren.

Vom gesellschaftspolitischen Standpunkt

aus fragen die Studienexperten schließlich nach der Verantwortung für ärztliche Fehlentscheidungen oder Fehler von Empfehlungssystemen.

- Das bisherige Haftungsrecht müsse möglicherweise angepasst werden.
- Geklärt werden muss außerdem, in welchen medizinischen Kontexten und für welche Ziele Empfehlungssysteme künftig eingesetzt werden dürfen. „Sollen Algorithmen dazu genutzt werden, Prognosen über die verbleibende Lebensdauer und -qualität schwer kranker Patienten zu generieren?“
- Weitere zu klärende Fragen sind: Sollen die Empfehlungssysteme eingesetzt werden, um Aussagen über die Effizienz unterschiedlicher Behandlungsmethoden zu treffen oder die Aussicht auf eine positive Kosten-Nutzen-Ratio bei individuellen Patienten zu bestimmen?
- Wie weit soll der Einsatz von Algorithmen in der Prognostik gehen?
- Sollen Algorithmen auch dann zur Unterstützung ärztlicher Entscheidungen in Frage kommen,

wenn es darum geht, lebenserhaltende Maßnahmen vorzuenthalten oder abzustellen?

- Werden Algorithmen eingesetzt, um eine umfassende Optimierung der Kosten-Nutzen-Bilanz zu erzielen, könnte das Vertrauen ins Gesundheitssystem nachhaltig erschüttert werden, da ein zentrales Prinzip der gesundheitlichen Versorgung hierbei auf der Strecke bliebe – die Würde des Individuums.

Schließlich müsse eine gesellschaftliche Diskussion darüber angestoßen werden, unter welchen Bedingungen ärztliche Entscheidungen durch Algorithmen unterstützt werden sollten und unter welchen Bedingungen ein solcher Einsatz digitaler Systeme nicht infrage kommt. <<

Link:
https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/ceres-Bertelsmann_Algorithmen.pdf

Autorin:
Olga Gilbers

Im Interview: IGiB-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg

„Eine Selbstverpflichtung zum win-win“

Die IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) hat sich die Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen zum Ziel gesetzt. Dafür entwickelt sie neue Versorgungsmodelle und -strukturen. Sie wurde 2009 von der damaligen AOK Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) gegründet. 2010 schloss sich die Barmer an. IGiB-Geschäftsführer Lutz O. Freiberg beantwortet im Interview Fragen zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der IGiB GbR.

>> Herr Freiberg, eine gute Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gibt es vielerorts. Was ist das Besondere an der IGiB?

Was uns von anderen Partnerschaften zwischen KVen und Krankenkassen unterscheidet, ist dauerhaft eng zu kooperieren und nicht nur temporär und bezogen auf Einzelthemen zusammenzuarbeiten. Wir stellen uns den Herausforderungen des Gesundheitssystems in Gänze und nicht aus dem Blickwinkel von Partikularinteressen. Das ist eine Selbstverpflichtung zum Geben und Nehmen und zum win-win. Den Schritt gehen viele andere nicht. Die Rechtsform der Gesellschaft des bürgerlichen Rechts GbR schafft hierfür die notwendige Verbindlichkeit.

Erfolgreiche Konzepte werden doch gern kopiert. Warum ist die IGiB GbR dennoch deutschlandweit einzigartig?

Tatsächlich hatte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf der IGiB-Konferenz 2017 gesagt, dass die IGiB ein bundesweites Modell für eine erfolgreiche und nachhaltige Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich sein könne. Wir haben aber nur ein Mandat für Brandenburg. Insofern bedarf es der Übernahme guter Lösungen durch Partner in anderen Bundesländern, um eine überregionale Wirkung zu erreichen. Insofern ist kopieren doch gar nicht schlecht.

Treten die – sicher zum Teil gegensätzlichen – Eigeninteressen der Partner immer in den Hintergrund?

Das Besondere ist, dass wir in der IGiB unternehmensübergreifend arbeiten. Gerade in der Anfangszeit mit völlig neuen Themen und Beteiligten war es zunächst schwer, aus den unternehmensspezifischen Verhaltens- und Denkmustern herauszukommen. Die Mitarbeiter aus den verschiedenen Häusern hatten gegenseitige Vorurteile oder Rituale im Umgang miteinander entwickelt. Man kannte sich gegebenenfalls aus Vertragsverhandlungen. Da saß man sich am Verhandlungstisch gegenüber und hatte nur die Interessen des eigenen Hauses zu vertreten. Das haben wir zwischenzeitlich bei Projekten der IGiB komplett überwunden. In den verschiedenen Arbeitsgruppen der IGiB wird für die IGiB gearbeitet. Mittlerweile sind da gute Teams entstanden. Die Mitarbeiter vergessen, dass sie nicht demselben Unternehmen angehören. In den Arbeitsgemeinschaften werden zum Teil Ideen entwickelt, von denen die Mitarbeiter absolut überzeugt

und begeistert sind – auch wenn sie zunächst nicht in die bestehende Linie ihres eigenen Unternehmens passen. Es entsteht eine Identität mit dem Projekt. Dazu haben auch praktische Elemente wie die in der IGiB entwickelte elektronische Kooperations- und Abrechnungsplattform KAP beigetragen, über die unternehmensübergreifend zusammengearbeitet werden kann.

Woran machen Sie den Erfolg der IGiB fest?

Wir werden in 2019 bereits zehn Jahre aktiv sein. Das ist im Gesundheitssystem keine lange Zeit. Dennoch werden wir von Außenstehenden extrem positiv gesehen. Mit unseren Produkten wurden wir mehrfach mit dem dFG-Award ausgezeichnet. Darüber hinaus sind wir seit mehreren Jahren in Folge als Innovationsträger im Masterplan Gesundheit Berlin-Brandenburg geführt und in der Politik stehen wir für gute Ideen und erfolgreiche Innovationen. Unsere Kongresse und Foren sind sehr gut besucht. Allein bei der 2. IGiB-Konferenz 2017 waren 400 Experten und Entscheider aus ganz Deutschland zu Gast. Und der Bundesgesundheitsminister Schirmherr. Von der IGiB haben daher viele profitiert, nicht nur die Partner KVBB, AOK Nordost und BARMER.

An welche Projekterfolge denken Sie konkret?

Die agnes^{zwei} ist eines unserer bekanntesten und erfolgreichsten Modelle. Die hochqualifizierte Fallmanagerin

kümmert sich ganzheitlich um oftmals multimorbide Patienten. Daneben entlastet sie die Ärzte im Land Brandenburg von klassisch delegierbaren Aufgaben. Das Curriculum ist mittlerweile von der Bundesärztekammer in der Ausbildung „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ übernommen worden und das neue Tätigkeitsfeld für medizinische Fachangestellte damit bundesweit verfügbar.

Sie sagen „eines unserer Modelle“. In seiner Replik „Grundlagen der eigenen Arbeit anerkennen“ (MVF 04/18) auf Ihren Artikel „Es wird Zeit für die Etablierung des Fallmanagements“ (MVF 03/18) erklärte Prof. Hoffmann, dass agnes^{zwei} auf dem in Greifswald entwickelten AGnES-Konzept basiert, agnes^{zwei} jedoch an regionale und aktuelle Anforderungen an die Versorgung angepasst wurde, doch Design, Curri-





ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

... **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art

... **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen

... **Einsatz:** 16.000 Beschäftigte geben jeden Tag ihr Bestes

... **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken

... **Vielseitigkeit:** 9 Klinika, 31 Tageskliniken, 5 Komfortkliniken, 15 Hauptstadtpflege Häuser, 12 MVZs, 1 Hospiz und mehr

... **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit

... **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser

... **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

Nah am Menschen, Nah am Leben



100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

Jedes Jahr schenken uns eine halbe Million Patient*innen ihr Vertrauen, indem sie unseren Rat suchen oder sich bei uns behandeln lassen. Etwa jedes 3. Berliner Baby wird in einer Vivantes Klinik geboren. Die Tendenz dieser Zahlen ist steigend – was uns auf unserem Weg bestärkt.

Ein Weg, der sich u. a. durch die Nähe auszeichnet, die unsere rund 16.000 Mitarbeiter*innen den ihnen anvertrauten Menschen entgegenbringen. Die Verbundenheit ist historisch gewachsen: Kein anderer Krankenhausbetreiber verfügt über ein so dichtes Netzwerk in Berlin wie Vivantes.

9 Krankenhäuser, 5 Komfortkliniken, 31 Tageskliniken, 15 Senioreneinrichtungen, 1 Hospiz, 12 Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen für ambulante Pflege und Rehabilitation.

Vivantes hat sich als zuverlässiger Partner etabliert – für Kranke und Gesunde, für Jung und Alt, für Menschen jeder Nationalität. In einem von Respekt geprägten Dialog helfen wir dabei, die Weichen für ein gesundes Leben zu stellen. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen. Der Weg ist garantiert nicht weit!



Zitationshinweis

Freiberg, L., Stegmaier, P.: „Eine Selbstverpflichtung zum win-win“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), 20-22.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2118

culum, Implementation und Evaluation des Konzeptes seines Wissens bisher nicht publiziert wurde. Wie steht es denn nun damit?

Wie bereits im MVF-Artikel in der Ausgabe 4/18 ausführlich nachlesbar, ist agnes^{zwei} eine Weiterentwicklung des AGnES-Konzeptes. Es bricht die dortigen Restriktionen auf – wie die Begrenzung auf nur unterversorgte Regionen, den Einsatz nur für Hausärzte und die Ausübung von nur delegationsfähigen Leistungen. Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management wurde ein Schulungskonzept entwickelt, in welchem das Fallmanagement für besonders betreuungsintensive, multimorbide und immobile Patienten im Mittelpunkt der agnes^{zwei}-Tätigkeit steht. Dies beinhaltet die Koordination und das Monitoring der medizinisch notwendigen Betreuung, stets in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, sowie die Organisation der krankheitsbezogenen kontinuierlichen Versorgung. Hierfür optimiert sie die Behandlungskette durch den Aufbau und die Pflege eines Behandlungs- und Betreuungsnetzwerks rund um den Patienten, so dass dieser selbstständig in der eigenen Häuslichkeit verbleiben kann. Die BÄK hat in ihrem Curriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“, welches im Jahr 2016 erstmalig veröffentlicht wurde, das Schulungskonzept für agnes^{zwei} integriert. Die Landesärztekammer Brandenburg hat auf

dieser Grundlage im Dezember 2018 bereits den zweiten Ausbildungskurs durchgeführt. Und seit 2012 werden kontinuierlich jedes Jahr agnes^{zwei}-Fachkräfte (ab 2017 sog. FallbegleiterINNEN) weiterqualifiziert. Aktuell gibt es in Brandenburg 151 qualifizierte agnes^{zwei}-Fachkräfte und zunehmend mehr FallbegleiterINNEN in anderen Bundesländern.

Gibt es noch weitere Projekte mit Ihrer Beteiligung?

Ein anderes Projekt mit bundesweiter Beachtung ist die „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, kurz StimMT. Dieses Innovationsfondsprojekt ist so groß und komplex, dass wir dafür eine eigene Tochtergesellschaft der IGiB GbR gegründet und zahlreiche weitere Partner – insbesondere den Krankenhauspartner SANA – eingebunden haben. Die IGiB StimMT gGmbH leitet als Konsortialführer das komplette Projekt.

Unabdingbar für den Erfolg dieses Projekts wird sein, dass die sektorenübergreifende Versorgung funktioniert. Nun hat sich in Templin kürzlich ein Arztnetz gegründet. Wie wird dieses eingebunden?

Das Arzt- und Psychotherapeutennetz „Gesund in Templin e.V.“ ist unmittelbar in die regionale Projektgruppenarbeit vor Ort und die Gremienarbeit der Projektpartner eingebunden. In dem hier in Templin gestarteten Projekt, in dem es darum geht, Versorgungsstrukturen generell zu überdenken und zu verändern, liegt viel Arbeit und Wissen bei denen, die tagtäglich die Menschen vor Ort versorgen. Hier ist das Arzt- und Psychotherapeutennetz Dreh- und Angelpunkt, um das Projekt erfolgreich umzusetzen. Zudem soll das Netz als Partner in die Diskussion zu neuen Träger- und Betreibermodellen eingebunden werden.

Irgendwann wird sicher auch die Diskussion geführt werden müssen, wem das im Zuge des öffentlich geförderten Projekts neu aufgebaute, ambulant-stationäre Zentrum eigentlich gehört. Wie lautet da Ihre Antwort? .

Die Trägerstruktur des zukünftigen ASZ ist ein wichtiger Baustein des Projektes, an dem im Moment noch gearbeitet wird.

Hat die IGiB weitere Anstöße gegeben?

Auch die Bereitschaftsdienstpraxen in Brandenburg waren eine Idee der IGiB. Die erste Bereitschaftsdienstpraxis in Potsdam und die kinderärztliche Bereitschaftspraxis in Cottbus waren Piloten, die Grundlage für ein landesweites Roll-Out. Mittlerweile gehören sie zur Regelversorgung und sind in der Bereitschaftsdienstreform der KVBB aufgegangen. Zentrale Elemente wie die Etablierung der Bereitschaftspraxen unmittelbar vor der Rettungsstelle und die gemeinsame Anmeldung waren schon im Grundkonzept enthalten.

Was lief nicht so gut in den vergangenen zehn Jahren?

Nicht so erfolgreich war sicherlich das Projekt Patientenbus, auch wenn es ihn als Shuttlebus zum KV RegioMed Zentrum in Templin weiterhin gibt. Denn die Idee, für Patienten die Erreichbarkeit der Praxen auch ohne eigenes Fahrzeug und in strukturschwachen Regionen zu sichern, ist richtig. Erreichbarkeit medizinischer Versorgung ist ein wichtiges Thema. Doch kann die IGiB dafür nur einen Anstoß geben, da weder die KV noch die Krankenkassen für den öffentlichen Nahverkehr und die Daseinsversorgung zuständig sind. Der „Patientenbus“ muss ein Angebot des öffentlichen Nahverkehrs sein.

Woran arbeiten Sie aktuell?

Unter anderem legen wir das Projekt Polypharmazie neu auf. Hierbei wird das Arzneimittelmanagement digital unterstützt. Wir greifen dabei auf das Innovationsfondsprojekt ADAM aus Nordrhein-Westfalen zurück, gehen aber noch einen Schritt weiter: Die Patienten werden von einer agnes^{zwei} begleitet. Denn gerade ältere Menschen können mit einem ausgedruckten Medikationsplan nur wenig anfangen. Hier braucht es die persönliche Unterstützung in der häuslichen Umgebung, damit nicht nur der Plan bestmöglich für den Patienten ist, sondern auch die Einnahme ohne vermeidbare Nebenwirkungen bleibt.

Herr Freiberg, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Innovationsfonds-Projekt „IGiB-StimMT“ – Strukturmigration im Mittelbereich Templin

Das Projekt IGiB-StimMT will die regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse im Mittelbereich Templin bedarfsorientiert und regionalspezifisch auf die veränderten Bedingungen des demografischen Wandels einstellen. Dafür wird ein Ambulant-Stationäres Zentrum Templin aufgebaut, in dem die stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten angepasst sowie fach- und einrichtungübergreifend miteinander verzahnt sind. Das geschieht auf mehreren Ebenen und umfasst die niedergelassenen Arztpraxen, das Krankenhaus und die pflegerische Versorgung. Der Aufbau eines Koordinierungs- und Beratungszentrums zur individuellen Beratung und Unterstützung von Patienten sowie der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützen diese Verzahnung. Das Projekt ist durch diese Verzahnung der Ebenen sehr komplex. Die Evaluation des Projektes berücksichtigt diese Vielschichtigkeit des Projektes und erfolgt auch auf mehreren Ebenen: Die Umwandlung der Versorgungsprozesse und -strukturen wird über die gesamte Phase kontinuierlich beobachtet. Mögliche Effekte wie beispielsweise eine geringere Inanspruchnahme der Notfallaufnahme werden ausgewertet und die Zufriedenheit aller Beteiligten wird evaluiert. Das Projekt wird für vier Jahre mit insgesamt ca. 14,5 Millionen Euro gefördert.

Konsortialpartner

Sana Kliniken Berlin Brandenburg GmbH, KV Consult- und Managementgesellschaft mbH (KV COMM), AGENON GmbH, inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH, KV Brandenburg, AOK Nordost, BARMER

„Wissen-generierende Versorgung“

>> Da sich der Krebs zunehmend in eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen – jede mit definierten, z.T. einzigartigen Merkmalen – aufspaltet, aber auch die mikroskopische Charakterisierung bösartiger Erkrankungen immer mehr von einer komplexen biologischen Diagnostik unter Verwendung molekulargenetischer und anderer Verfahren ergänzt wird, fordert die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) gemeinsam mit weiteren wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften* in ihrem im Januar 2019 veröffentlichten Positionspapier „Qualitätsgesicherte Molekulardiagnostik in der Onkologie“ unter Punkt 6 eine „Wissen-generierende Versorgung“.

Vor Ort sei in den jeweiligen Zentren ein kontinuierlicher Wissensaustausch zwischen den Diagnostikern und den Therapeuten unerlässlich. Zudem müsse das diagnostische Angebot ständig den sich rasch ändernden wechselnden Anforderungen angepasst werden, z. B. bei der Publikation Therapiestandard-verändernder Studiendaten oder bei Auftreten von Resistenzen unter Therapie mit gezielten Kinase-Inhibitoren.

Aus der Analyse des Ist- und des Soll-Zustandes molekularer Diagnostik in der Onkologie sowie angesichts der Fülle diagnostischer und therapeutischer Innovationen ergeben sich für die DGHO gesundheitspolitische Handlungsfelder auf verschiedenen Ebenen:

- Sicherung der flächendeckenden Verfügbarkeit molekularer Diagnostik in der Onkologie auf der Basis aktueller Empfehlungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
- Sicherung der zeitnahen, qualitätsgesicherten Durchführung molekularer Diagnostik
- Sicherung kontinuierlicher ärztlicher Fortbildung in der Molekulardiagnostik maligner Erkrankungen
- Kontinuierliche Analyse der Kosten und der Vergütungsstrukturen für molekulare Diagnostik im ambulanten und im stationären Bereich mit bedarfsgerechter Anpassung der Erstattung
- Verbindliche Interpretation des Gendiagnostikgesetzes zur Analyse von genetischen Aberrationen, die gleichzeitig prädiktiv für die individuelle Tumorthherapie sind, aber auch Hinweis auf eine hereditäre Belastung für den betroffenen Patienten und seine Angehörigen geben können. <<

* Das Positionspapier „Qualitätsgesicherte Molekulardiagnostik in der Onkologie“ wurde konsentiert von DGHO, DKG, DGP, DGS, DGVS, DGFU und DEGRO.

BKK Gesundheitsreport 2018

>> Mehr als ein Drittel der BKK Versicherten sind Beschäftigte, die 50 Jahre oder älter sind. Die Tendenz ist weiter steigend. In den vergangenen Jahren hat der Anteil der Beschäftigten der „Generation 50+“ in den Belegschaften zugenommen und wird, so die Prognose der Kasse, auch in den nächsten Jahren weiterwachsen. Während im Jahr 2007 gerade einmal ein Fünftel (20,8%) aller beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkassen 50 Jahre oder älter waren, waren es 2017 gut ein Drittel (33,9%). In den Branchen Energieversorgung sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung liegt deren Anteil sogar über 43%, im Gastgewerbe sind es immerhin 25%.

„Das sind markante Veränderungen in der Arbeitswelt. Diesen angehenden Rentnern folgt eine geringere Zahl an Berufseinsteiger“, sagt Prof. Dr. Holger Pfaff von der Universität Köln, Mitherausgeber des BKK-Gesundheitsreports 2018. Hier entstehe eine Erwerbstätigenlücke, der die Unternehmen heute nur damit begegnen können, indem junge Leute rekrutiert werden und gleichzeitig ältere Arbeitnehmer länger in der Arbeit gehalten werden müssen. Pfaff: „Mit der Generation Babyboomer steht eine Arbeitskraftreserve zur Verfügung, die einen hohen Erfahrungsschatz besitzt und die in volatilen Zeiten flexibel einsetzbar sind.“

Laut BKK-Report sind ältere BKK-Mitglieder nicht wesentlich häufiger krank als die jüngeren, allerdings ist die Krankheitsdauer bei den älteren oft länger. Daraus folge, dass mit steigendem Alter auch im Durchschnitt die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) ansteigt. Dennoch sind es die Arbeit selbst und vor allem die daraus entstehenden Belastungen, die bei den Fehlzeiten maßgeblichen Einfluss haben: Nach Angaben des BKK-Reports sind zum Beispiel die Beschäftigten im Gastgewerbe durchschnittlich rund einen Tag mehr arbeitsunfähig pro Jahr als die in der Energieversorgung (16,4 vs. 15,5 AU-Tage je Beschäftigten), obwohl die in der Energieversorgung Tätigen im Schnitt etwa fünf Jahre älter sind.

Betrachtet man die Wirtschaftsgruppen mit den meisten AU-Tagen 50+, so weisen diese in der überwiegenden Zahl auch schon bei den jüngeren Beschäftigten jeweils die meisten Fehltage auf. Ebenso verhält es sich bei Wirtschaftsgruppen mit den wenigsten AU-Tagen: Auch hier sind meist sowohl die Beschäftigten 50+ als auch die unter 50-Jährigen jeweils weniger Tage arbeitsunfähig als der Durchschnitt.

Der Link zum Report: <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport.html> <<

Studie zur Bürgerbeteiligung

>> Zahlreiche Bürgerinnen und Bürger wünschen sich mehr Mitsprachemöglichkeiten auf allen Ebenen des politischen Systems. In Baden-Württemberg können sie Gesetzesvorhaben der Landesregierung online kommentieren, bevor sie im Landtag beraten werden. Das Online-Beteiligungsportal des Landes ist bundesweit einzigartig. Ein Team um Kommunikationswissenschaftler Prof. Dr. Frank Brettschneider der Universität Hohenheim aus Stuttgart hat diese demokratische Innovation untersucht. Das Ergebnis des Experten: Die partizipative Beteiligung an Gesetzgebungsverfahren in Baden-Württemberg ist sehr erfolgreich und führt zu einer größeren Akzeptanz der Vorhaben. Alle Ergebnisse sind in dem Buch „Gesetzgebung mit Bürgerbeteiligung. Online- und Offline-Formate in Baden-Württemberg“ bei Springer VS veröffentlicht.

Auf kommunaler Ebene ist Bürgerbeteiligung schon lange üblich. Aber auf Landesebene gibt es für Bürgerinnen und Bürger deutlich weniger Beteiligungsmöglichkeiten. Und ein Bereich ist bislang weitgehend von der informellen Bürgerbeteiligung ausgeklammert: die Gesetzgebung.

In Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und Nordrhein-Westfalen fand eine informelle Beteiligung bei einzelnen Gesetzesvorhaben bereits statt – etwa in Rheinland-Pfalz beim Transparenzgesetz oder in Nordrhein-Westfalen beim Landesmediengesetz und bei der Novellierung des Hochschulgesetzes. Sie bilden aber Ausnahmen.

Mit der Möglichkeit, Gesetzesvorhaben der Landesregierung seit 2011 zu kommentieren, bevor sie im Landtag beraten werden, geht Baden-Württemberg hier einen anderen Weg. In der 15. Legislaturperiode (2011-2016) war dies zunächst bei ausgewählten Gesetzesvorhaben möglich. In der 16. Legislaturperiode wurde die partizipative Gesetzgebung auf alle Gesetzesvorhaben ausgeweitet.

Seit 2013 ist das Online-Beteiligungsportal des Landes Baden-Württemberg eine tragende Säule der partizipativen Gesetzgebung, auf dem Bürgerinnen und Bürger Gesetzesvorhaben der Landesregierung kommentieren und sich über Bürgerbeteiligung informieren können. Mit dieser partizipativen Gesetzgebung beschäftigen sich Studien der Universität Hohenheim. Sie kommen zu dem Ergebnis: „Die partizipative Gesetzgebung in Baden-Württemberg ist sehr erfolgreich“, meint Brettschneider vom Fachgebiet Kommunikationswissenschaft, insbes. Kommunikationstheorie der Universität Hohenheim und Leiter der Studien. <<

Rückblick auf den 15. DGIV-Bundeskongress 2018

Auf der Spur von zwei Sozialinnovationen

Die seit gut 15 Jahren bestehende Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) hat sich wahrlich keinen einfachen Selbstzweck gesetzt. Sie will die „konsequente, durchgreifende und nachhaltige Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung“ als eine der Hauptvoraussetzungen für die Verbesserung der Effizienz unseres Gesundheitssystems fördern und diskutiert dieses seit Jahrzehnten im Rahmen ihrer Bundeskongresse: Ende letzten Jahres mit besonderem Augenmerk auf die Aufgabenstellungen für die „Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung“, deren Arbeitsergebnisse – so DGIV-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Stefan G. Spitzer – „wohl die Grundlagen für größere gesundheitspolitische Reformen auf diesem Gebiet bilden sollen“.

>> Auf dem Bundeskongress der DGIV wurden in vielen Vorträgen die bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen der Versorgung auf Effizienz- und Effektivitätsreserven dargestellt, wohlwissend, dass – so Spitzer – „wir nicht erst seit heute wissen, dass im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär die größten Wirtschaftlichkeitspotenziale in Milliardenhöhe ausgeschöpft werden könnten.“ Er wählt dabei absichtlich den Konjunktiv, weil sich „an der Überwindung der altbackenen Sektorengrenzen“ bisher schon manche die Zähne ausgebissen hätten; nicht nur, weil die „aus dem Weg zu räumenden Brocken zu hart und darüber hinaus schwer verdaulich erschienen, sondern auch, weil man die Aufwände scheue und „lieber folgenden (Regierungs-)Generationen diese großen und komplexen Aufgaben überlassen wollte.“

Aus dem vielfältigen, interessanten Programm des DGIV-Kongresses stachen neben den Vorträgen der ersten Sitzung zur „Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung“ – „Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen – Einschätzungen und Ausblicke“ von Christian Klose (BMG), den drei Positionen des GKV-Spitzenverbandes, der Krankenhäuser und Ärzte zur sektorübergreifenden Versorgung – Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband), Marc Schreiner (BKG) und Dr. Bernhard Gibis (KBV) – besonders die der zweiten Sitzung heraus. Unter dem Metathema „Im Brennpunkt“ kamen hochkarätige Professoren zu Wort, die sich aus wissenschaftlicher Sicht den Chancen wie Hemmnissen auf dem langem Weg zur Integrierten Versorgung annahmen.

Den Anfang machte Prof. Dr. Boris Augurzký, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit beim Essener Wirtschaftsforschungsinstitut RWI, mit seinem Vortrag zur „Mittelverwendung des Strukturfonds – Standortbestimmung und Perspektiven“. Der Strukturfonds könnte, so Sitzungs-Moderator Prof. Dr. Alfred Holzgreve, Direktor für Klinische Forschung u. Akademische Lehre von Vivantes und stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, „der Hebel“ sein, mit dem die Strukturen – vor allem die des

Krankenhausbereichs – in Deutschland verändert werden können.

Dabei geht es diesem Sektor gar nicht mal so schlecht, wenn man die Zahlen des aktuellen vom RWI erstellten „Krankenhausreports 2018“ folgt, der sich allerdings aus den 2016er Zahlen speist. Über die Zeit habe sich – so Augurzký – die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser im Vergleich zu 2012 doch deutlich verbessert. Waren 2012 noch 33 Prozent aller Krankenhäuser mit einem Jahresverlust behaftet, waren es 2018 nur mehr 13 Prozent. Doch stelle sich die Krankenhauslandschaft sehr unterschiedlich dar. Allgemein gelte, dass:

- kleine Krankenhäuser schlechter abschneiden als große,
- die Spezialisierung wirtschaftlich und besonders bei Patientenzufriedenheit sehr vorteilhaft ist,
- Krankenhaus-Verbünde und -Ketten wirtschaftlich stärker sind als Solisten,
- die wirtschaftliche Lage im Süden Deutschlands schlechter ist als im Norden und Osten.

Beim letzten Punkt schlugen die alten Bundesländer mit einer hohen Krankenhausedichte durch, während vor allem die neuen Bundesländer mit ihrer deutlich geringeren Hausdichte eine meist gute wirtschaftliche Lage aufweisen. Nun aber ist den Worten Augurzkýs zufolge davon auszugehen, dass sich die generelle wirtschaftliche Lage aller Krankenhäuser seit 2017 – und auch in den folgenden Jahren – deutlich verschlechtert haben dürfte. Ein Grund dafür sei, dass die Fallzahlentwicklung im Jahr 2017 erstmals seit Einführung der DRG rückläufig gewesen ist, während die Verweildauer und die Zahl der Belegungstage schon seit Jahren kontinuierlich abnimmt.

Die in Deutschland vergleichsweise hohe, regional jedoch sehr unterschiedliche Krankenhausedichte verknüpft sich nun mit einer „etwas ungünstigen Nachfragestruktur“, womit man beim Thema der Integrierten Versorgung angekommen sei. Denn auch die Nachfragestruktur ist nach Ausführungen von Augurzký in Deutsch-

land eher ungünstig. Während in Deutschland 23,5 Krankenhaüsufälle je 100 Einwohner zu verzeichnen sind, haben alle anderen EU-Länder (mit Ausnahme Österreichs) deutlich weniger Krankenhaüsufälle pro Einwohner. In Dänemark beispielsweise wären es nur 13, in den Niederlanden und Island nur 11,5. Dies sei so, erklärt Augurzký, weil in diesen Ländern „ambulant und stationär immer zusammen gedacht“ werde. Dem aber stünden in Deutschland die unterschiedlichen Vergütungsmodelle entgegen, die „uns im Kopf das Denken erschweren“.

In diesem Zusammenhang ist nach Augurzký auch der Strukturfonds zu sehen. Dieser sei angetreten, um mit dem Budget von einer Milliarde Euro – die Hälfte aus dem Gesundheitsfonds, die andere Hälfte aus Mitteln der Bundesländer – die vorhandenen Strukturen zu optimieren. Wobei es nach Meinung des RWI-Forschers eigentlich immer im Eigeninteresse eines jeden Krankenhauses liegen müsste, die eigenen Strukturen zu optimieren. So war denn auch der erste Strukturfonds gleich zweifach überzeichnet: Bis zum 30. Mai 2018 wurden 409 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfondsanteil bewilligt, dazu kämen aber nochmal 400 Millionen aus Steuermitteln. Davon gingen die meisten Gelder nach Nordrhein-Westfalen (101 Mio. Euro), gefolgt von Bayern (77) und Baden-Württemberg (64). 90 Prozent dieser Fördermittel sind nach Augurzkýs Erkenntnissen für Konzentrationsmaßnahmen vorgesehen, was aber dreierlei sein kann: Konzentration, Umwandlung oder Schließung.

Mit letzterem geht es eher schleppend voran: Brutto waren es gerade einmal 5.300 Betten weniger; brutto deshalb, weil ein Teil der an einem Standort geschlossenen und abgebauten Betten an einem anderen Standort wieder aufgebaut wurden. Damit seien netto nur 2.800 Betten und 28 Standorte geschlossen worden. Umgerechnet und ausgegangen von der Bruttozahl kostet damit ein über den Gesundheitsstrukturfonds abgebautes Krankenhausbett etwa 155.000 Euro.

Doch das ist erst der Anfang. Das RWI hat schon vor einem Jahr berechnet, was der Übergang in eine Soll-Struktur insgesamt kosten wür-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Auf der Spur von zwei Sozialinnovationen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), 24-25.; doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2117

de. Wenn man Sachsen als Vorbildland bezüglich seiner Krankenhauslandschaft ansieht, müsste man den Worten Augurzky zufolge 11 Milliarden Euro investieren, um die Krankenhausstruktur in allen Bundesländern zu optimieren. In Zahlen bedeutet das nicht weniger als die Schließung von 286 Standorten mit insgesamt 26.500 Betten. Augurzky: „Nun haben wir ja schon einmal eine Milliarde Euro über den ersten Strukturfonds genutzt, also würden ich sagen: zehn weitere wären nötig.“

Nur wenige Milliarden hat hingegen der Innovationsfonds zur Verfügung, zu dem Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff, der gewählte Vorsitzende des Innovationsfonds-Ausschusses vortrug und sich selbst die schwierige Frage stellte: „Was leistet die Förderung durch den Innovationsfonds für innovative Strukturen in der Regelversorgung?“ Zunächst einmal stellte Pfaff den Innovationsfonds als „dritten Baustein“ in der Förderung der Versorgungsforschung dar – nach der von der DFG unterstützten Grundlagen- und der vom BMBF geförderten anwendungsnahen Grundlagenforschung. Obwohl im Innovationsfonds zum großen Teil die anwendungsnahe Erforschung der Neuen Versorgungsformen (NVF) im Fokus stünde, müsse man nach Meinung von Pfaff die Versorgungsforschung immer mitdenken und als „praktisch Grundlage für die neuen Versorgungsformen“ begreifen. Pfaff: „Wenn wir in Zukunft Innovationen forschersich begleiten möchten, brauchen wir im Hintergrund Professoren und Lehrstühle, die mit aufgebaut werden müssen.“ Da sei man zwar gerade dabei, doch müssten die Bemühungen intensiviert werden, denn – so Pfaff – „sonst kann es sein, dass wir bei den NVF eine Riesenwelle auslösen, aber zu schwach aufgestellt sind, um die Welle zu reiten“. Darum sei es dringend geboten, gleichzeitig und noch mehr als bisher die universitäre Versorgungsforschung auf- und ausbauen. Ein nützlicher Nebeneffekt sei aber schon jetzt bemerkbar: Durch die vielen gestellten und auch bewilligten Anträge an den Innovationsfonds würden die Kliniker auf einmal merken, dass Versorgungsforschung anscheinend „sehr wichtig“ ist. Nun brauche es nur noch die praktische Einsicht, dass man hier mehr Professuren vergeben muss, und nicht nur in dem biomedizinischen Bereich.

Insgesamt aber sieht er Deutschland schon auf dem richtigen Weg, zumindest auf dem ersten Schritten. Auf Dauer, so der Kölner Professor, brauchen wir „F&E im Bereich des Gesundheitswesens“; daran käme man einfach nicht mehr vorbei. Das sei jedoch keine Forschung & Entwicklung, wie sie in der Pharma- oder Medizintechnikindustrie seit langem fest etabliert sei, sondern „F&E für Innovation in Prozes-

sen und Strukturen“. In einem derartigen Innovationsstrukturfonds aber müsste Deutschland auf Dauer viel mehr Geld reinstecken als bisher; und auch mehr als in den bisher von 2017 bis 2020 mit 1,2 Milliarden Euro (plus 200 Euro p.a. in den folgenden Jahren) ausgestatteten Innovationsfonds.

Das Problem bei der Innovationsförderung an und für sich, ist nach Ausführungen Pfaffs indes ein eher systemimmanentes. Niklas Luhmann, der große Systemtheoretiker, habe einmal postuliert, dass es technische, organismische (hier medizinische), soziale und psychische Systeme gebe. Pfaff: „Man muss sich darum im Klaren sein, dass eine Versorgungsinnovation fast immer alle Systeme betrifft.“ Dies aber bedeute, dass man immer auch alle Systeme im Auge haben müsse und zudem das Ganze eine interdisziplinäre Angelegenheit zwischen Ingenieuren, Medizinern, Soziologen, Betriebswissenschaftlern und Psychologen ist. Was – und das vermisse man oft in Innovationsfondsanträgen oder integrierten Versorgungsplänen – „immer mitgedacht werden muss“. Denn jede Innovation werde und müsse in bestehende technische, medizinische, soziale und psychische System implementiert werden, wobei sich ein jedes System dagegen wehren kann. Doch werde, das erkläre hohe Drop-out-Raten und lange Umsetzungszeiten von Innovationen, meistens zu sehr in einer einzigen Systemkategorie gedacht, anstatt von vorneherein alle vier Ebenen der Systeme mitzudenken.

Das große Problem dabei: Wer alle vier Systeme mitdenken will, um ein umfassendes Gesamtbild einer Innovation zu bekommen, braucht viermal so viele Daten: biomedizinische, technische, psychosoziale und sozioökonomische. Pfaff: „Das alles ergibt eine beachtliche Komplexität, die erst einmal intellektuell geleistet werden muss.“ Wohl gemerkt: im Vorfeld!

Ist eine Innovation erst einmal positiv evaluiert, geht es ebenso komplex weiter. „Die große Herausforderung bei Innovationen ist, dass man sie nicht bloß vordenken, sondern sie nachher auch noch implementierten, in bestehende Organisationen einbauen muss“, legte Pfaff die zu überspringende Latte gerade für sektorübergreifende integrierte Versorgungsformen noch einen Tick höher. Und bei jedem Schritt, jeder Ebene

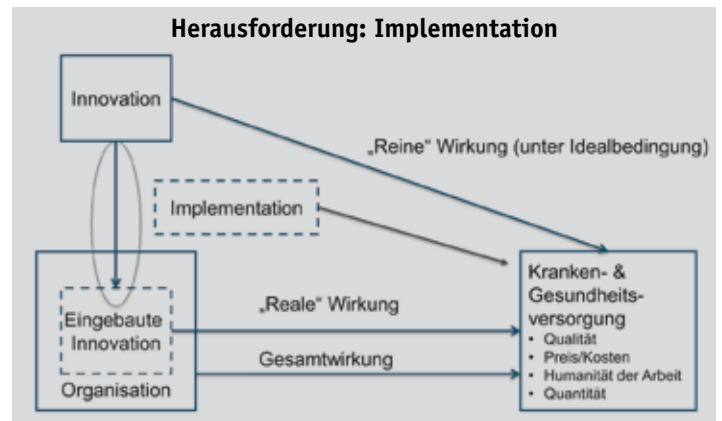


Abb. 1: aus Vortrag Prof. Dr. Holger Pfaff: „Was leistet die Förderung durch den Innovationsfonds für innovative Strukturen in der Regelversorgung?“, 15. DGIV-Bundeskongress, 2018.

geht immer etwas verloren (Abb. 1.), weshalb Systemtheroretiker zwischen Innovation und eingebauter Innovation, und damit zwischen reiner und realer Wirkung unterscheiden. Wobei offen bleibe, wie viel von der ursprünglichen Innovation beim Einbau eigentlich verloren geht und ob die intendierte Wirkung überhaupt noch erzeugt sein kann.

Darum, und daher präferiert er einen eigens dafür formulierten Translationsfonds, müsse man sich immer folgendes überlegen: „Wenn ein Projekt scheitert, kann es entweder an der Innovation selbst liegen, oder die Idee war gut, wurde aber schlecht implementiert.“ Nun aber sei im Gesetz (SGB V § 92a) formuliert worden, dass die positiv evaluierten Innovationsfondsprojekte der Neuen Versorgungsformen in die Regelversorgung überführt werden müssen. Der damit intendierte Sprung in die Regelversorgung, sei ein Punkt, der – so Pfaff – „noch nicht so richtig durchdacht worden“ sei; inklusive von der tatsächlichen medizinischen Notwendigkeit, möglichen Alternativen mit demselben Nutzen und der Frage der Wirtschaftlichkeit. Pfaff: „Wenn man diese drei Kriterien, um in die Regelversorgung zu kommen, wirklich anlegt, sind das schon massive Hürden.“

Aber vielleicht sind die ja auch ganz normal. Zumindest nach Worten von Pfaff, der als Vorsitzender des Innovationsausschusses wohl als einziger den Überblick hat, und sagt: „Der Innovationsfonds trägt aus meiner Sicht zu einer evidenzbasierten und wettbewerbsorientierten Versorgungsentwicklung bei.“ Da über die Auswahl der Projekte Wettbewerb stattfindet, müsse es nun einmal auch Verlierer geben – anders wäre das ja auch kein Wettbewerb, sondern reine Subvention. Doch müsse man dem Innovationsfonds auch eine gewisse Lernerfahrung zugestehen, denn dieser sei doch selbst „seine eigene Sozialinnovation“. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier



Serie (Teil 15): Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) an der Philipps-Universität Marburg

„Soziale Wissenschaft“ im Fokus

Wenn man aus dem im Bauhaus-Stil erbauten Gebäude, indem das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg untergebracht ist, nach draußen blickt, sieht man Grün, Grün und nochmals Grün – das des Neuen Gartens der Botanischen Gärten der Philipps-Universität auf den Lahnbergen. In dieser schönen Umgebung arbeitet – eng angebunden an die Marburger Uniklinik – das zehnköpfige Team rund um Prof. Dr. med. Max Geraedts, das sich vor allem mit der Analyse von Determinanten der Funktionalität von Gesundheitssystemen und ihrer Komponenten beschäftigt.

>> Die Forschung des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) der Philipps-Universität Marburg umfasst folgende Schwerpunkte:

- Gesundheitsversorgungsforschung mit dem Schwerpunkt Bewertung und Analyse der aktuellen Qualität der medizinischen Versorgung
- Evaluationsforschung: Evaluation der Einführung neuer gesundheitspolitischer Maßnahmen/Versorgungsformen
- Methodenentwicklung zur Qualitätsmessung und Qualitätsbewertung medizinischer Versorgung (Fokus: Messgrößen-/Qualitätsindikatorenentwicklung).

Was auf den ersten Blick etwas sperrig klingt, erklärt man am besten mit einem praxisnahen Beispiel. Wie etwa das der Kran-

kenhauswahl als Teil der Zugangsthematik, die Geraedts als elektiv bezeichnet. Obwohl die Wahl des richtigen Krankenhauses im hohen Maße outcome-relevant ist, wählen nach Erkenntnissen von Geraedts und seinem Team (1) viele Patienten gerade jene Klinik, die eigentlich nicht für den vorstehenden Eingriff, eine nötige Prozedur oder das gebotene Verfahren die allerbeste ist. Geraedts: „Das liegt unter anderem daran, dass Patienten die für diese Wahl wichtigen, eigentlich aber vorhandenen Informationen gar nicht verstehen.“ Mit anderen Worten: Die bisher vorliegenden Qualitätsberichte sind für Patienten in der bisherigen Form und Darstellung nicht geeignet. Bisher aber präferieren Patienten nach Erkenntnissen der Marburger oftmals nicht das allernächste Krankenhaus, sondern das Übernächste,



Prof. Dr. med. Max Geraedts, M.Sc.

ist seit Juni 2016 Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) an der Philipps-Universität Marburg. 01/2009 – 05/2016: Lehrstuhlinhaber und Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung der Univ. Witten/Herdecke. 05/2000 – 12/2008: Professur für Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 2000: Habilitation für das Fach Gesundheitssystemforschung an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 1998 – 2000: Wiss. Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Univ. Tübingen. 1998: Anerkennung im Bereich „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bezirksärztekammer Südwürttemberg. 1997 – 1998: DFG-Forschungsstipendium und Postdoctoral Fellowship „Health Services Research“, Univ. of California, San Francisco. 1993 – 1997: Wiss. Mitarbeiter am Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Univ. Tübingen. 1993: Wiss. Mitarbeiter am Institut für Statistik in der Medizin der Univ. Düsseldorf. 1993: Magister des öffentlichen Gesundheitswesens (Magister sanitatis, M.sc.) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 1991 – 1993: Studium der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin in Düsseldorf. 1991: Promotion zum Doktor der Medizin an der Philipps-Universität Marburg. 1989 – 1991: Ärztliche Tätigkeit an der Urologischen Klinik des Univ.-Klinikums Marburg. 1983 – 1989. Medizinstudium an der Philipps-Universität Marburg.

Link

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

wohl alleine deshalb, da man schlechte Erfahrungen aus einer ganz nahen Klinik eher hört als von einer etwas weiter entfernten. So kommt es dazu, dass Patienten im Schnitt 23 Minuten von der aufnehmenden Klinik entfernt sind, was aber auch auf die hohe Krankenhausdichte in Deutschland zurückzuführen ist. Darum arbeitet man in Marburg unter anderem an der Frage, wie man Patienten in die Lage versetzen kann, die jeweils für sie beste Entscheidung zu treffen, was wiederum am besten gemeinsam mit den behandelnden Ärzten funktioniert. „Der Arzt würde als Informationsvermittler oder -mittler eine wesentliche Rolle spielen“, sagt Geraedts, dessen Institut eine Studie erstellt hat, in der evaluiert wurde, welche Informationen Ärzte genau brauchen, um Einweisungsentscheidungen besser treffen zu können. Dabei spielen natürlich Fallzahlen eine Rolle, ebenso die Komplikationsrate, aber auch die Erfahrungen anderer Patienten, jedoch vor allem die eigenen, oft auch persönlichen Erfahrungen eines Arztes mit einer Klinik.

Ein anderes Beispiel wäre das Thema der Patientensicherheit, das nach Meinung von Geraedts über viele Jahre in Deutschland vernachlässigt worden sei, bis Anfang der 90er Jahre in den USA die Harvard Medical Practice Study veröffentlicht und die wahre Tragweite der Thematik mit dem Buch „Crossing the Quality Chasm“ publik wurde. Seitdem wird auch hierzulande die Frage gestellt, ob denn die Qualität der Versorgung wirklich so ist, wie man sie sich vorstellt, und vor allem, ob Patienten qualitativ hochwertig und sicher behandelt werden oder eben nicht. Weil nun eine systematische Übersichtarbeit des Sachverständigenrats Gesundheit nahelege, dass die vorhandenen ausländischen Studienerkenntnisse zur Qualität und Sicherheit der stationären Versorgung ausreichend seien, bekomme die Versorgungsforschung, die Geraedts genauer Gesundheitsversorgungsforschung genannt wissen will, seinem Gefühl nach fast keine entsprechenden Studienanträge durch. „Was ein Blödsinn“, meint der Wissenschaftler, der darum diesen Themenkreis darum im ambulanten Sektor erforscht.

Eben ist Geraedts Ausführungen zufolge die Datenerhebung für eine vom Innovationsfonds geförderte Studie zur Patientensicherheit in der ambulanten Versorgung beendet worden, bei der mehr als 10.000 Bundesbürger über 40 Jahre zu ihren Erfahrungen mit patientensicherheitsrelevanten Ereignissen befragt wurden. Schon jetzt las-

se sich in der Phase der Datenauswertung erkennen, dass wohl viel mehr patientensicherheitsrelevante Ereignisse berichtet werden als bisher angenommen wurden. Darunter seien natürlich Fälle, bei denen zwar falsch gehandelt wurde, aber kein Schaden entstand. „Das hätte aber für den Patienten auch anders ausgehen und gefährlich werden können“, erklärt Geraedts, der nun mit seinem Team in die Datenanalyse einsteigt, vor allem um Ansatzpunkte für Verbesserungspotenziale auf der System- und Populationsebene beschreiben zu können. Genau das ist für ihn die Aufgabe der klassischen Gesundheitsversorgungsforschung, nämlich herauszufinden, „wer macht was wann wie warum mit welchen Effekten in der Routineversorgung und wie kann man das Ganze besser machen“.

Genau das sind die in Marburg zu erforschenden Determinanten der Funktionalität von Gesundheitssystemen. Um diese zu erforschen, braucht man auf der einen Seite Sekundärdaten von Krankenkassen und Qualitätsberichten, auf der anderen aber auch eigens für bestimmte Fragestellungen erhobene Primärdaten. Wie etwa im eben begonnenen – vom Innovationsfonds geförderten – Forschungsprojekt QUASCH, bei dem die qualitätsgesicherte Schlaganfallversorgung in Hessen im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet erforscht wird.

Zusätzlich zur Forschung ist das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie eng in die Ausbildung eingebunden, enger als so manch anderer Lehrstuhlinhaber dieses Genres. Denn Geraedts sieht die Medizinstudenten weit öfter als andere Kollegen. Er lehrt medizinische Soziologie im ersten und zweiten Semester, danach im Querschnittsbereich 3 im 5. und 6. Semester, in dem die Gesundheitsökonomie, das Gesundheitssystem und das öffentliche Gesundheitswesen behandelt werden. Und dann noch einmal, wenn im 9. und 10. Semester kurz vor dem PJ die Sozialmedizin an die Reihe kommt. Geraedts: „Das heißt, wir sehen die Studenten vom 1. bis zum 10. Semester und können mit ihnen das große Thema diskutieren, welchen Einfluss die Gesellschaft auf Gesundheit hat, und das in immer neuen, verschiedenen Facetten.“

Ergänzend dazu ist Geraedts Sach-

1) Determinanten der Versorgungsqualität in Krankenhäusern – Analyse von Einflussfaktoren auf die Versorgungsqualität von Krankenhäusern. Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker – Analyse der Krankenhauswahl und des Wahlverhaltens chronisch Kranker (Förderer: BMBF 01GX1047).

verständiger beim IMPP (Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen) für den Bereich Sozialmedizin, einem Fach, bei dem sich Themen vieler Querschnittsbereiche überschneiden, das aber auch Bezugspunkte zur medizinischen Soziologie hat.

All das lernen Medizinstudierende in Marburg von Geraedts und seinem Team, der sagt: „Wir müssen unsere Studierenden so ausbilden, dass sie nachher wissen, in welchem System sie arbeiten und welche Einflüsse ihre Arbeit determinieren.“ Damit lernen die Marburger Studierenden die Bedeutung sozialer Bedingungen für Gesundheit und Krankheit und die gesellschaftlichen Vorkehrungen zur deren Bewältigung kennen – letztlich also das, was die Medizin-Granden Salomon Neumann und Rudolf Virchow so zusammenfassten: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft“. <<

Bisher in der Serie vorgestellt

MVF 01/16: Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald

MVF 02/16: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Univ.-Klinikum Heidelberg

MVF 05/16: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM) der Universität Bremen

MVF 06/16: Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin

MVF 02/17: Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Universität zu Köln

MVF 03/17: Abteilung Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

MVF 04/17: Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie des Universitätsklinikums Düsseldorf

MVF 05/17: Fachbereich Health Services Management der LMU München

MVF 06/17: Arbeitsgruppe „Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft“ der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

MVF 01/18: Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie/Pflegeberufen (IVDP) am UKE Hamburg

MVF 02/18: Institut für Medizinische Soziologie, Epidemiologie und Präventivmedizin der Universität Regensburg

MVF 03/18: Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg

MVF 04/18: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Hamburg

MVF 05/18: Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

MVF 06/18: Lehrstuhl für Medizinmanagement und Versorgungsforschung der Universität Bayreuth





Dr. med. Werner de Cruppé, MPH
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Was zeichnet in Ihren Augen das Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie aus und warum arbeiten Sie dort?

Das IVE ist in seiner heutigen Form eine Neugründung, gestaltet durch Prof. Geraedts Verständnis von Gesundheitsversorgungsforschung und eingebettet in die Forschungslandschaft sowie die Lehraufgaben unserer traditionsreichen Philipps-Universität zu Marburg. Diese drei konstituierenden Einflüsse sind im IVE durch eine Haltung miteinander verbunden, in deren Mittelpunkt das Ziel aller Gesundheitsversorgung steht, Menschen in ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch gesellschaftliche Bemühungen solidarisch zu helfen bzw. sie vor solchen Beeinträchtigungen zu schützen. Dies zu vermitteln ist wichtig in der Ausbildung der Gesundheitsberufe, hier bei uns vor allem angehenden Ärztinnen und Ärzten im vorklinischen und klinischen Abschnitt des Medizinstudiums nahe zu bringen. Dies ist aber auch wichtig in der Forschung, indem Patientenperspektiven und regionale Bezüge in der Versorgungsgestaltung berücksichtigt werden. Für mich ist diese Mischung aus Lehre in unterschiedlichen Phasen des Medizinstudiums, vielfältige Themen in den Forschungsprojekten zur Gesundheitsversorgung zusammen mit der Supervision engagierter junger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die beschriebene Grundhaltung, das entscheidende Motiv im IVE mitzuarbeiten.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt und was möchten Sie erreichen?

Vier Themenfelder stehen seit geraumer

Zeit im Mittelpunkt. Wer entscheidet über das Krankenhaus, in dem ein Patient behandelt wird und wie gehen Patienten vor, wenn sie darüber selber entscheiden? Wird die psychiatrische Behandlungskontinuität nach stationärer Versorgung durch feste Behandlungsteams gefördert? Welche Auswirkungen haben Mindestmengen in deutschen Krankenhäusern auf die Versorgung? Und: Wo treten aus Patientensicht welche Behandlungsfehler im ambulanten Versorgungssektor auf? So verschieden die konkreten Versorgungsfacetten dieser Projektthemen auch sind, es verbindet sie die Patientenperspektive, etwas weniger beim Mindestmengenthema. Ich wünsche mir einen kleinen Beitrag leisten zu können, diese Blickrichtung – aus der Perspektive derer weshalb es ein Gesundheitssystem überhaupt gibt – in unsere Bemühungen um eine gute und solidarische Gesundheitsversorgung einzubeziehen. <<



Annette Ortwein M.Sc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

>> Warum arbeiten Sie am Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie?

Das Institut bietet die Möglichkeit, die Schnittstelle zwischen Versorgung, Medizin und Geographie zu beforschen und aktiv neue Versorgungskonzepte mitzugestalten. Neben der interdisziplinären wissenschaftlichen Expertise der Kolleginnen und Kollegen gibt auch die Lehrtätigkeit im Studiengang Medizin Anregungen für neue Forschungsansätze.

Was zeichnet in Ihren Augen das Institut aus?

Ein hohes Maß an Innovationskraft und der Wille, auch außerhalb der etablierten Forschungsfelder neue Gebiete zu erschlie-

ßen. Dabei spielt das interdisziplinäre Arbeiten für sektorenübergreifenden Versorgungsthemen eine zentrale Rolle. Vor allem die Einbindung methodischer Herangehensweisen aus Nachbardisziplinen ohne dabei den Blick auf die praktische Anwendbarkeit der Forschung zu verlieren, zeichnet das Institut für mich besonders aus.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Momentan beschäftige ich mich mit der kleinräumigen Musteranalyse in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, um unabhängig von administrativen Grenzen Gesundheitsversorgungsregionen definieren zu können. Hierdurch kann unter anderem der Einfluss der räumlichen Komponente auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen besser eingeordnet werden. Welche räumlichen Netzwerke entstehen durch die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen, durch welche Faktoren werden sie charakterisiert und wie können sie modelliert werden? Zudem befasse ich mich mit den statistischen Möglichkeiten der räumlichen Differenzierung aggregierter Gesundheits- und Sozialdaten, wie sie aus kassenärztlichen Routinedaten und amtlicher Statistik vornehmlich vorliegen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich möchte dazu beitragen, die räumliche Komponente stärker in die Versorgungsforschung einzubinden, um eine flächendeckende, regional angepasste und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu erleichtern. Im Hinblick auf den globalen Wandel und dabei insbesondere auf die demografische Entwicklung Deutschlands, müssen jetzt Konzepte entwickelt werden, um die gesundheitliche Versorgung zukunftsfähig zu gestalten. Dies kann nur durch eine ganzheitliche Betrachtung des Systems geschehen, und damit unter Einbindung aller Forschungsdisziplinen – in meinem Fall: der Integration der Geographie. <<

Serien-Kompodium

Anlässlich des 17. DKVF erschien ein Kompodium, das die bisher publizierten Teile der Serie „Versorgungsforschung made in“ zusammenstellt, aber auch durch aktuelle Entwicklungen, eventuelle Personalveränderungen und Lehrpläne ergänzt.

Bestellbar ist der erste Teil des Serien-Kompodiums für 19 Euro plus Versand bei Anke Heiser unter heiser@m-vf.de

Vorarbeit zum Innovationsfonds 2.0

Die Innovation des Innovationsfonds

Rund 30% der Anträge des Innovationsfonds werden positiv beschieden – eine im Vergleich zu anderen Fördergebern recht hohe Erfolgsrate. Ablehnungen können verschiedene Gründe haben – angefangen bei formalen Fehlern, über inhaltliche Mängel bis hin zu politisch oder monetär begründeten Faktoren. Nun könnte es durchaus sein, dass in den knapp 70% der abgelehnten Anträge einige oder gar viele Projektideen und -ansätze verborgen sind, die dem Ziel einer besseren Versorgung für immer entzogen sind; zumindest dann, wenn die negativ beschiedenen Antragstellenden nicht doch noch den Mut finden, ihr Projekt in einer nächsten Ausschreibungswelle des Innovationsfonds oder auch bei anderen Drittmittelgebern erneut einzureichen. Wer über einen Innovationsfonds 2.0 nachdenkt, wie ihn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds“ (siehe MVF 04/18) angekündigt hat, darf nicht nur auf weitere Jahre jeweils 200 Millionen (statt bisher 300 Millionen) Euro an Versichertengeldern in die Hand nehmen wollen, sondern muss auch darüber nachdenken, wie diese besser (womöglich besser als bisher) eingesetzt werden können und wie die zentralen Stellschrauben aussehen, um dies zu erreichen.

>> Zu diesen Stellschrauben gehört unter anderem die in der letzten Legislatur negativ beschiedene Übertragbarkeit der Mittel, die laut Staatssekretär Lutz Stroppe neu diskutiert werde, wie er im August 2018 auf dem G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds“ zu Protokoll gab. Dazu gehört ebenso, dass „tatsächlich aus den Erfahrungen gelernt“ wird, wie es Spahn formulierte. Dazu sollte der Frage nachgegangen werden, „welche Details künftig anzupassen sind, und vor allem was regelhafter angelegt werden kann, damit Gutes auch in die Regelversorgung kommt“. Dazu soll unter anderem eine Evaluation des Innovationsfonds als solchem dienen, die das damit beauftragte Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmen Prognos im März 2019 dem Deutschen Bundestag vorlegen soll.

Dies wird allerdings nur – so die Planung – ein Zwischenbericht sein, welcher zum einen eine Bewertung des Innovationsfonds als Politikinstrument, zum anderen Handlungsempfehlungen zur Stärkung von dessen Wirksamkeit beinhaltet. Der Endbericht, der dem Bundestag erst im März 2021 vorgelegt wird, soll hingegen das tatsächliche, bis dahin evaluierbare Potenzial der geförderten Projekte zur Weiterentwicklung der Versorgung im Sinne der Ziele des Innovationsfonds beinhalten und – noch weitreichender – den wahren Impact des Innovationsfonds auf die Versorgung darstellen.

Das Problem dabei: Prognos wird und kann sich dabei nur auf die bis dahin vorliegenden Zwischen- oder auch Endevaluationen stützen, die die Antragsteller zu veröffentlichen haben. Wo und wie diese Veröffentlichung erfolgt, ist nicht genau festgelegt. In den geltenden „Allgemeinen Nebenbestimmungen“ (ANBest-IF), die sich der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss für Förderungen aus dem Innovationsfonds selbst gesetzt hat, steht nur,

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“. Darüber hinaus würde auch der Förderer, also der Innovationsausschuss, den Ergebnisbericht eines Projekts der Versorgungsforschung (VF) sowie den Evaluationsbericht bei einem Projekts zu Neuen Versorgungsformen (NVF) veröffentlichen.

Veröffentlicht werden können indes nur jene Ergebnisse, die aus den 30% der durch den Innovationsfonds geförderten Projekten stammen – ob diese nun in ihrer jeweiligen Endevaluation, wie erhofft, positiv oder negativ ausfallen; wobei letzteres ganz normaler Weise auch der Fall sein wird.

Hier gab der positiv denkende Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundes- und gleichzeitig Vorsitzender des Innovationsausschusses, auf dem G-BA-Kongress die Rate positiv evaluierter Projekte niedrig und pragmatisch vor: Seiner Meinung nach müssten 15 bis 30 Prozent der geförderten Projekte so erfolgreich sein, dass sie am Ende in die Versorgung kommen – ob in Form von Integrierten Verträgen, innerhalb von DMP oder in der Regelversorgung sei dahingestellt. Hecken: „Meine Messzahl ist nicht, dass 100 Prozent in die Regelversorgung übernommen werden, das wäre absurd“, denn Forschung bestehe eben auch darin zu erkennen, dass manche Dinge nicht funktionieren.

Was ist nun mit all den Projektansätzen, die im Auswahlprozess abgelehnt wurden? Verbergen sich vielleicht (oder gerade) in diesen 70% der nicht geförderten Projekten viele Ideen, Konzepte und Ansätze, die ebenfalls im Stande wären, die Versorgungsqualität in Deutschland weiter zu verbessern? Ob das so

ist, ist unbekannt, da bisher alle jene Projekte, die abschlägig beschieden worden sind, öffentlich nicht weiter betrachtet werden dürfen. Der Grund: Weder die Projektantragstellenden, noch die Titel, geschweige denn die dahinterstehenden Ideen und Ansätze, noch die involvierten Projektpartner werden an irgendeiner Stelle transparent.

Auf Anfrage der Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF), die um einen Einblick in alle Innovationsfonds-Anträge – damit auch die abgelehnten – bat, teilt der G-BA schriftlich mit: „Beim Innovationsausschuss erfolgt die Antragstellung nicht öffentlich und für jeden einsehbar, sondern vertraulich. Die Antragsteller verlassen sich darauf, dass im Rahmen ihrer Anträge, die personenbezogenen Daten sowie geistiges Eigentum bzw. Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisse enthalten, lediglich die Informationen veröffentlicht werden, deren Veröffentlichung sie auch zugestimmt haben. Dieses Vorgehen ist konform mit § 6 des Gesetzes zur Regelung des Zugangs zu Informationen des Bundes, wonach der Anspruch auf Informationszugang nicht besteht, soweit der Schutz geistigen Eigentums entgegensteht. Zugang zu Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen darf nur gewährt werden, soweit der Betroffene eingewilligt hat.“

Das könnte natürlich der Innovationsausschuss ändern, indem er seine „ANBest-IF“ abändert und künftige Förderentscheidungen auch davon abhängig macht, dass

- a) entweder alle Angaben zu eingereichten Förderprojekten in ein öffentlich zugängliches Register eingetragen werden, oder
- b) dem Antragstellenden selbst die Entscheidung überlassen wird, ob er zumindest die wichtigsten Projektangaben zugänglich machen und damit ergänzend eine Art Ideenschutz nach Art eines Gebrauchsmusterschutzes erhalten möchte.

Auf jeden Fall würde es – so ein von MVF befragter Experte – „Sinn machen, auch die Titel der angedachten, aber letztlich nicht geförderten Projekte zu veröffentlichen“. Auf jeden Fall sollten nebst einer wissenschaftlich fundierten Synopse die Basisdaten der Anträge (Jahr, Titel des Antrages, standardisierte Zuordnung der Erkrankungen nach ICD 10, Angabe des Versorgungsthemas und Indikationsbereichs nach ICD 10, Institution, Kontaktperson/-daten) aufgelistet werden.

Dies hätte den Vorteil, dass zum einen interessante Projekte frühzeitig bekannt werden, zum anderen so teilnahmewillige potenzielle Projektpartner einfacher als bisher zusammenfinden können. Und als weiteren Bonus: Auf der Basis der so entstehenden Transparenz könnte öffentlich diskutiert werden, ob ein abgelehntes Projekt zu Recht abgelehnt wurde. Dies kann Gründe haben, die nichts mit der Güte der dahinterstehenden Idee zu tun haben müssen. Um dies zu verstehen, muss man allerdings tiefer in zwei komplexe Welten eintauchen; zum einen in die Fördersystematik des Innovationsfonds, zum anderen in die ihm zu Grunde liegende Logik.

Die Fördersystematik

Die Fördersystematik des Innovationsfonds wird determiniert durch das zwei-, eigentlich dreistufige Entscheidungsmodell des Innovationsausschusses. Rechtsgrundlage für die Arbeit des beim G-BA eingerichteten Innovationsausschusses sind die Paragraphen 92a und 92b des Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Der Innovationsausschuss, dem nach § 92b Abs. 1 SGB V elf Mitglieder angehören, legt in den jeweiligen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien zur Vergabe der Mittel aus dem Innovationsfonds fest und entscheidet letztendlich über die eingegangenen Förderanträge. Wie er dies tut, hat der Innovationsausschuss selbst in einer – vom BMG genehmigten – Geschäftsordnung beschlossen. Diese regelt insbesondere, wie die Aufgaben, Besetzung und Bestellung der Mitglieder des Innovationsausschusses auszusehen haben, welche Formalien der Beschlussfassungen – wie z.B. Stimmrechte und deren Verteilung – zu beachten sind, wie die Einsetzung und Arbeitsweise der Arbeitsausschüsse auszusehen soll, welche Aufgaben die Geschäftsstelle und welche der beauftragte Projekttträger zu übernehmen, und ebenso, wie die Arbeitsweise des Expertenbeirats in der Zusammenarbeit mit dem Innovationsausschuss auszusehen hat.

Welche Projekte überhaupt für eine Förderung in Frage kommen, wird in einer ebenfalls vom Innovationsausschuss selbst erarbeiteten und erneut vom BMG genehmigten Verfahrensordnung geregelt. Hier ist definiert, wie das Antrags- und Förderverfahren auszusehen hat, wie die Festlegung und Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen definiert ist; aber auch, wer die Antragsberechtigten sind und wie die Kriterien und Verfahren der Antragsbewertung einschließlich der Arbeitsweise des Expertenbeirates lauten.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit berufene Expertenbeirat hat die Aufgabe, zum einen wissenschaftlichen, zum anderen aber auch versorgungspraktischen Sachverstand in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses einzubringen. Dies tut der ehrenamtlich tätige Expertenbeirat mit einer durchaus aufwändigen, sehr zeitintensiven Bewertung der eingegangenen Projektanträge.

Dabei empfiehlt der Innovationsausschuss den Antragstellern, schon vor Abgabe eines Antrags mit dem Projekttträger Kontakt aufzunehmen. Projekttträger ist der Verein des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR) e.V., der vom Innovationsausschuss mit der Abwicklung der Fördermaßnahme beauftragt wurde. Unter anderen hatte sich das Deutsche Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V. gut begründet für die Einsetzung eines zumindest in der Grundlagenforschung erfahrenen Projekttträgers ausgesprochen.

Das DLR stellt für die Antragsteller eine Beratungshotline zur Verfügung, über die – wie Hecken auf dem G-BA-Kongress ausführte – bereits mehr als 10.500 „intensive Telefonate mit Antragstellern“ geführt worden sind, um Detailfragen zu diskutieren. Des weiteren seien 7 Webinare mit über 1.300 Teilnehmenden sowie 2 weitere zu laufenden Projekten mit über 400 Teilnehmenden veranstaltet, zudem über 150.000 Formulare und Unterlagen von der Website des Innovationsfonds heruntergeladen worden (alle Zahlen: Stand August 2018).

Ebenfalls mit Stand August 2018, dem Veranstaltungsmonat des Innovations-Kongresses des G-BA, sind laut Ausführungen Heckens 914 Anträge bearbeitet und 1.498 rechtsverbindliche Bescheide erlassen worden, da zusätzlich zum Förderbescheid weitere Bescheide erforderlich sein können, wenn es um genehmigungspflichtige Änderungen innerhalb eines Projekts geht. Inzwischen (Tab. 1) kamen 55 weitere neue Projekte zur Versorgungsforschung

(VF), sowie 39 Projekte zu Neuen Versorgungsformen (NVF) hinzu, wobei die Förderquote bei VF (bei in dieser Welle 200) Einreichungen bei den bisherigen 30% geblieben ist, indes bei den NVF auf gut 40% gestiegen ist, da diesmal „nur“ 93 Anträge eingereicht wurden und so die in dieser Welle zur Verfügung stehende Fördersumme besser ausgeschöpft werden konnte.

Insgesamt wurden seit 2016 – dem Start des Innovationsfonds – 389 Anträge im Bereich der NVF und weitere 529 Anträge beim Part der Versorgungsforschung (VF) gestellt. Davon wurden 120 NVF-Projekte und 173 VF-Projekte positiv beschieden und damit aus dem Innovationsfonds gefördert. Damit ergibt sich erneut die Frage: Sind die bislang positiv beschiedenen Projekte wirklich die richtigen, die im Stande sind, die Versorgung nachhaltig zu verbessern? Ein von MVF befragter Experte sagt dazu: „Wenn man schon in einem öffentlichen Fördersektor, der mit Zwangsgeldern organisiert wird, unterwegs ist, muss man sich auch darum bemühen, nicht nur ausreichend gute, sondern die besten Innovationsideen zu fördern.“

Wobei bei der Beantwortung dieser recht schwierigen Frage klar sein muss, dass es das erklärte Ziel der Politik ist, mit dem Innovationsfonds insbesondere Vorhaben zu unterstützen, welche die sektorenübergreifende Versorgung verbessern und die ein Umsetzungspotenzial aufweisen, sowie solche, deren Ziel eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung ist.

Ob das Ziel der dauerhaften Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung tatsächlich erreicht wird, kann man jedoch erst dann sagen, wenn die Endevaluationen veröffentlicht werden und feststeht, wie eine solche Implementierung/Translation überhaupt aussehen kann. Allerdings kann man auf Basis der bisher positiv beschiedenen und in Kurzform veröffentlichten Förderbescheide schon jetzt bezweifeln, dass es überhaupt genug Projekte gibt, welche die sektoren-übergreifende Versorgung verbessern könnten.

Nach einer im Jahr 2018 erstellten Auswertung des Berliner Wissensmanagement-Unternehmens Ordinary People haben schon die Themenvorgaben der einzelnen Förderwellen keinen nachvollziehbaren inhaltlichen Zusammenhang zur sektoren-übergreifenden Versorgung. So tragen auch nur zehn Projekte den Begriff (inklusive sektorenübergreifend-koordiniert) im Titel, weitere fünf erwähnen die Begriffe „transsektoral“, „multissektoral“ oder „intersektoral“:

Neue Versorgungsformen (NVF)							
Förderbekanntmachung	Anzahl Anträge	Beantragte Fördermittel in Mio. Euro	Beschlussdatum	Geförderte Projekte	Förder-rate	Fördermittel in Mio. Euro	Förder-rate
NVF 2016 v. 08.04.16	120	868	20. Okt 16	29	24,2%	210,7	24,3%
NVF 2016 v. 11.05.16	107	485	16. Mrz 17	26	24,3%	111,6	23,0%
NVF 2017 v. 20.02.17	69	260	18. Okt 17	26	37,7%	101,1	38,9%
NVF 2018 v. 20.10.17	93	439,8	18. Okt 18	39	41,9%	187,6	42,7%
Gesamt (bisher)	389	2.052,8		120	30,8%	611,0	29,8%
Versorgungsforschung (VFS)							
VSF 2016 v. 08.04.16	142	156,7	24. Nov 16	55	38,7%	64,2	41,0%
EVA 2016 v. 08.04.16	9	5,8	24. Nov 16	4	44,4%	2,6	44,8%
SAPV 2016 v. 08.04.16	9	6	24. Nov 16	3	33,3%	3,7	61,7%
VSF 2017 v. 20.02.17	159	242,8	02. Nov 17	50	31,4%	66,1	27,2%
EVA 2017 v. 20.02.17	5	4,6	02. Nov 17	4	80,0%	3,2	69,6%
VSF 2018 v. 20.10.17	200	301	16. Aug 18	55	27,5%	69,1	23,0%
EVA 2018 v. 20.10.17	1	0,6	16. Aug 18	0	0,0%	0	0,0%
KFE 2018 v. 20.10.17	4	1,5	16. Aug 18	2	50,0%	0,9	60,0%
Gesamt (bisher)	529	719		173	32,7%	209,8	29,2%

Tab. 1: Gesamtübersicht Eingänge und Förderung. Die Förderentscheidung über den Themenbereich Neue Versorgungsformen (Antragsende am 19. März 2019) und Themenbereich Versorgungsforschung (Antragsende am 19. Februar 2019) wird im Laufe des Jahres 2019 getroffen.

- Avenue-Pal – Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung
- Dent@Prevent – Implementierung von Routinedaten & PROMS in die evidenzinformierte intersektorale (zahn-)medizinische Versorgung
- EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement
- GerNE – E-Health-basierte, sektorenübergreifende geriatrische Versorgung / Geriatrisches Netzwerk
- HerzEffekt MV – Entwicklung und spezifischer Aufbau eines sektorenübergreifenden Care-Centers zur Versorgungsoptimierung chronischer Herzerkrankungen in MV
- INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland
- isPO – integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie
- MSTVK – Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektoren- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes bei Majoramputation
- PROMISE – Prozessoptimierung durch interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung bei Hüft- und Kniearthrosen
- PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie (PsychCare)
- RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen
- RemugVplan – Regionale multisektorale geriatrische Versorgungsplanung
- Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe
- TELnet@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur
- TIGER – Transsektorales Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung in Regensburg

Nach der Einschätzung von Ordinary People ist die Themenkaskade zum einen undurchschaubar, zum anderen trotz der Vorgaben der Ausschreibungen eher forschergetrieben. Auch lägen vielfältige „Projekt-Doppelungen“ und Überschneidungen vor. Das Problem: Ohne (Versorgungs)-Zielvorhaben sowie standardisierte Projektmanagement- und Implementierungsbedingungen lässt sich nach Ansicht von OP weder eine transparente, vergleichende und steuerbare Projektländerschaft aufsetzen, noch evident beurteilen.

Damit steht zu vermuten, dass das eigentlich intendierte, die Versorgung wirklich verbessernde Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung nur marginal erreicht werden kann.

Das wiederum hat zwei Gründe. Der Erste: „Während in einer klinischen Studie nur die Studieranforderungen zu beachten sind, verlangen Interventionen im Versorgungsalltag in der Regel eine nachhaltige Veränderung von Prozessen und Strukturen, und damit oft auch von Alltagsroutinen“, schreiben die Expertenbeiräte in ihrem Beitrag „Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds“ (3). Sie verweisen in dem Artikel darauf, dass wissenschaftliche und praktische Erfahrungen zeigen würden, dass eben dies häufig nicht gelinge – „eine Ursache dafür kann der Widerstand gegen den Wandel sein“. Der Expertenbeirat empfiehlt deshalb eine „explizite

Implementierungsstrategie in der Studienphase und in der Zeit nach der Studie“, die dafür sorgen könne, „dass die Intervention nicht wie ein Fremdkörper abgestoßen, sondern angenommen und akzeptiert wird“.

Der zweite Grund ist ganz einfach der, dass es eben nur zwei Handvoll geförderter Projekte gibt, die auf eine sektorenübergreifende Versorgung – zumindest in Teilen – fokussieren.

Woran liegt das? Weil es zu wenig Einreichungen gab, die dieses, von der Politik an fast oberste Priorität gesetzte Ziel aufgreifen und angehen wollten? Das Problem: Die Frage kann man nicht beantworten, weil abgelehnte Anträge mit Hinweis auf den in § 6 des Informationsgesetzes intendierten Ideenschutz nicht veröffentlicht werden.

Warum aber könnten Anträge, die die sektorenübergreifende Versorgung verbessern wollen – wenn es sie denn überhaupt in hinreichender Menge und Güte gegeben hat – abgelehnt worden sein?

Dazu hat „Monitor Versorgungsforschung“ einige Antragsteller und Projektpartner befragt, die angenommene und abgelehnte Anträge überblicken und die darum vergleichen können.

Nun könnte man annehmen, dass bei der Beantwortung der Frage auch ein Blick in die Ablehnungsbescheide zielführend wäre, die es allerdings erst ab der zweiten Förderwel-

le gibt. Allerdings sind die Ablehnungsbescheide nicht öffentlich zugänglich.

Auch hätten sie wahrscheinlich einen nur begrenzten Nutzwert. Das liegt vor allem daran, wie einer der von MVF in Einzelinterviews befragten Experten erklärt, dass die Ablehnungsbescheide rechtswirksam formuliert sind. Das heißt: Auf Basis dieser Erklärungen zur Ablehnung des jeweiligen Förderantrags kann ein Antragsteller gegen den Innovationsausschuss gerichtlich vorgehen. Das haben denn auch zwei Antragsteller getan – indes ohne Erfolg.

Schon anhand dieser im Vergleich zur Menge der Einreichungen niedrigen Zahl der Rechtsverfahren wird deutlich: Der beim G-BA angesiedelte Innovationsausschuss fasst die ablehnenden Bescheide natürlich so ab, dass der Antragsteller (respektive dessen Anwälte) keine ausreichenden Ansatzpunkte hat. Das mache der Innovationsausschuss mitunter so, dass – so einer der interviewten Experten – „der Einreichende den Eindruck hat, dass es eine Frechheit war, dass er überhaupt eingereicht hat“. Da würde auf „irgendwelchen Schwachstellen herumgeritten, nur um eine möglichst rechtssichere Begründung für die Ablehnung zu finden“.

Mit den wahren Ablehnungsgründen wird das oft recht wenig zu tun haben. Bei einigen der Befragten war es sogar so, dass ihr jeweiliges Lieblingsprojekt, von dem sie absolut sicher waren, dass es zum einen methodisch sauber aufgestellt, zum anderen die Versorgung – zumindest für bestimmte Subpopulationen – verbessern würde, nicht in die Förderung durch den Innovationsfonds gekommen ist. Dies sei aus verschiedensten, zum Teil nachvollziehbaren, zum Teil völlig intransparenten Gründen geschehen.

Die Logik des Innovationsfonds

Wie wird ein Antrag im Fördersystem des Innovationsfonds verarbeitet? Der Antrag muss nach Veröffentlichung der Ausschreibung beim Innovationsausschuss (1) und dem DLR (2) über ein Onlineportal (4) beim Projektträger DLR eingereicht werden. Dieser prüft den Antrag nach formalen Kriterien, unter anderem auf Vollständigkeit und auf Vorhandensein, vielleicht auch Stimmigkeit, des Evaluationskonzepts. Anträge, die diese erste Hürde überwunden haben, gehen zum Innovationsausschuss und dem 12-köpfigen Expertenbeirat (5). Dieser ist vom BMG unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe berufen und seitdem personell nicht verändert worden. Ihm gehö-

ren Wissenschaftler an, die sowohl aus der Versorgungsforschung stammen, als auch aus der direkten Patientenversorgung und der Lehre, aber auch ein Krankenhauschef sowie ein ehemaliger prominenter Kassenmanager sind dabei.

Bei der Menge der Einreichungen werden Anträge aus Kapazitätsgründen nicht vom Vollplenum des Expertenbeirats beurteilt, sondern pro Antrag immer zwei Mitglieder mit der Erstbewertung betraut. Schon dabei kann es zu unterschiedlichen Konstellationen kommen. Doch zuallererst müssen die mit einem Antrag konfrontierten Expertenbeiräte erklären, ob sie befangen sind. Hier ist eine erste Schwachstelle verborgen: Was ist befangen? Reicht es, wenn ein Expertenbeirat den Antragsteller kennt, was sicher häufig der Fall sein wird? Früher mit dem Antragsteller zusammengearbeitet hat, derselben Fachgesellschaft oder demselben Verein angehört? Oder müssen deutlichere Interessenkonflikte bestehen, um eine Befangenheit erklären zu müssen – etwa, dass der Expertenbeirat oder dessen Arbeitgeber in das Projekt selbst eingebunden ist? Erst wenn die „Befangenheit“ geklärt ist, wird der Antrag beurteilt. Nun kann es sein, dass

- a) ein methodisch perfekter Antrag mit einer kleinen Wahrscheinlichkeit der Umsetzung an zwei Expertenbeiräte gerät, die von der Methodik begeistert sind, aber der späteren Translationsmöglichkeit etwas weniger Beachtung schenken (**Methodik wichtiger als Verwendbarkeit**)
- b) ein die Versorgung wirklich verbessernder Antrag mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der Umsetzung, indes einem methodisch nicht ganz so sauberen Antrag von zwei Expertenbeiräten beurteilt wird, die von der Idee begeistert sind, und darum die Güte der Methodik hinten anstellen (**Verwendbarkeit vor Methodik**).

Wenn beide Experten zum gleichen Ergebnis kommen, wird der Antrag direkt dem Innovationsausschuss mit einer positiven oder negativen Bewertung (die nicht veröffentlicht wird) zur Entscheidung vorgelegt. Kommen beide Experten jedoch nicht zum gleichen Ergebnis, muss sich das Gesamtplenum des Expertenbeirats mit dem betreffenden Projekt befassen und zu einer einstimmigen Beschlussfassung (die nicht veröffentlicht wird) kommen. Danach geht der Antrag zur finalen Entscheidungsfindung an den Innovationsausschuss.

Einer der befragten Expertenbeiräte sagt über die eigene Arbeit: „Wenigstens werden

nicht die schlechtesten Anträge gefördert.“ Ein anderer befragter Wissenschaftler weist jedoch an der Stelle auf nicht wenige positiv beschiedene Anträge hin, die entweder „von hoffnungsfroher Ignoranz geprägt“ oder aber einfach „im real existierenden Versorgungssystem nicht umsetzbar“ seien. „Da haben sich viele zusammengefunden, die der komplexen Mechanik des Fördergeschehens nicht mächtig sind“, gibt ein weiterer Befragter aus der Kassenszene zu bedenken. Zwar hätten die Antragsteller „viel Geld bekommen, schaffen es aber nicht, die Projekte entsprechend umzusetzen, weil Geld eben nicht die Gesetzgebung aushebelt“. Noch ein weiterer Fakt kommt hinzu: Bisher waren quasi die Kassenwächter des auszugebenden Versicherungsgeldes, nach den Förderrichtlinien sei das aber nun der Projektträger, der nach Einschätzung des befragten Experten wiederum keine Ahnung von der Sozialgesetzgebung habe.

In der ersten Förderwelle war es so, dass der Expertenbeirat – wohlgermerkt alles ehrenamtlich – viel Mühe auf seine Bewertungen verwandt hat, der Innovationsausschuss aber nicht selten von dieser Bewertung in beide Richtungen abgewichen ist. Wie oft und warum das geschah, ist (weil nicht veröffentlicht) unbekannt. Das heißt: Ein Antrag kann gefördert werden, obwohl der Expertenbeirat dagegen hat, ein anderer Antrag wird nicht gefördert, obwohl der Expertenbeirat eine positive Bewertung abgegeben hat. Das hat sich jedoch ab der zweiten Förderwelle geändert, weil der Expertenbeirat beim Innovationsausschuss intervenierte und auf seine durchaus wertvolle Bewertungsarbeit pochte; seitdem soll es keine Abweichungen mehr gegeben haben.

Diese Vorgehensweise kann man nun aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten, wo es kein richtig oder falsch gibt:

- a) Ist das Projekt förderwürdig, das mit einem hohen methodischen Goldstandard aufgesetzt ist?
- b) Ist das Projekt förderwürdig, das in der Lage ist, die Versorgung nachhaltig zu verbessern?
- c) Ist das Projekt förderwürdig, das vielleicht nicht dem Goldstandard entspricht, aber dem G-BA eine hinreichende Evidenz für eine praktische Entscheidung liefert, ein Detail der Versorgung zum Besseren zu verändern?
- d) Ist das Projekt förderwürdig, das – wenn es um die noch nicht definierte Translation in die Regelversorgung geht – bei den beteiligten Banken (oder auch nur einem davon) kein stoppendes Veto auslösen wird?

Allein anhand dieser Fragen wird deutlich, dass die Förderung oder Ablehnung eines Innovationsfonds-Projekts nicht nur mit der Güte des Projekts oder der Idee als solcher zu tun haben muss. Es wird dabei immer um eine Kompromiss-Entscheidung gehen, wobei jeder Antrag dem Spiel der Kräfte unterworfen ist; nämlich der Einflüsse der im G-BA aktiven „Bänke“ (6), gebildet aus GKV-Spitzenverband sowie den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer DKG, KBV, KZBV, die in der gleichen Konstellation (jedoch hier ergänzt um einen Vertreter des BMBF sowie zwei des BMG) im Innovationsausschuss (7) aktiv sind.

Letzteres ist ein absolutes Novum in der Selbstverwaltung, die sich ansonsten dagegen verwehrt, die Politik in ihre Gremien einzubinden. Hecken argumentiert hier, dass es absolut sinnvoll sei, die Vertreter der Ministerien in den Innovationsfonds-Ausschuss einzubinden, da im Zuge der geplanten späteren Überführung positiv evaluierter Projekte der Gesetzgeber gefordert sein kann. So sagte Hecken im MVF-Titelinterview (01/17): „Es ist ein Paradigmenwechsel, der mit dem Innovationsfonds verbunden ist. Die Versorgung flächendeckend zu verbessern, ist das Hauptziel, das man nur erreichen kann, wenn alle Verantwortlichen am Tisch sitzen. Wenn die Parteien, die den G-BA und auch den Innovationsausschuss tragen, in einem einstimmigen Auswahlprozess im Beisein von zwei Bundesministerien jene Projekte beschließen, von denen sie selbst annehmen, dass sie für die Regelversorgung tauglich sind, wird es nach vier Jahren leichter sein, auch für die Translation zu sorgen“ (8).

Jede der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer – aber natürlich auch die der Krankenkassen – hat ihre eigene Agenda, manchmal eine verborgene (hidden agenda), oft aber eine recht offensichtliche. Nun wäre es zu simplifizierend zu sagen, ein Projekt würde von einer „Bank“ nur deshalb abge-

lehnt, weil es der zu vertretenden Klientel Einkommenseinbußen oder politische Nachteile bringen oder einfach das Gesamtbudget der GKV sprengen könnte, so sinnvoll das Ziel auch sein mag.

Mögliche Ablehnungsgründe können viel kleiner und spezieller sein. Zum Beispiel, in dem sich der Vertreter einer der „Bänke“ nicht eingebunden und übergangen fühlt, weil sich ein – sagen wir – Systemfremder anmaßt, sich um einen Kernbereich zu kümmern, der zum ursächlichen Betätigungs-, aber auch Identifikationsfeld der Leistungserbringerschaft (oder der Kostenträger) gehört, für das die betreffende „Bank“ zuständig ist. Die sich jedoch nicht in ausreichendem Maße um die entsprechende Detailfrage gekümmert hat, da das betreffende Projekt auf diesen anscheinend nach wie vor real existierenden Qualitätsmangel hinweist und diesen beheben will. Alleine schon deshalb kann von der betreffenden „Bank“ ein Veto ausgesprochen werden. Wahrscheinlich jedoch mit einer anders lautenden Begründung versehen, die aber wiederum nicht Veröffentlichungspflichtig ist.

Ablehnungsgründe dürften deshalb recht schnell für all jene Projekte gefunden werden, die den Zielen einer „Bank“ zuwider laufen oder nicht in deren Strategie passen. Was wohl die meisten sektorenübergreifenden Projekte betreffen dürfte, denn diese würden – wären sie denn erfolgreich – die bisherige Sektorenaufteilung und -honorierung gefährden, mit der viele „Bänke“ der Selbstverwaltung sich ganz gut arrangiert haben.

Was passiert wohl mit einem Antrag, zu dem im Vorfeld der Entscheidungsberatungen ein „Bänke“-Vertreter sagt: „Selbst wenn sich das Projekt bewährt, werde ich – wenn es hinterher umgesetzt werden soll – ein Veto einlegen!“ Wird dieses Projekt gefördert? Obwohl alle wissen, dass ein im Vorfeld angekündigte Veto nahezu eine Stoppwirkung haben wird?

Nun ist es so, dass theoretisch eine einzelne „Bank“ im G-BA-Plenum, wenn es um eine mögliche, weil evident sinnvolle Umsetzung in die Regelversorgung geht, von den anderen überstimmt werden kann. Doch haben im Zweifel alle „Bänke“ eines oder gar mehrere Projekte, die sie aus den verschiedensten Gründen lieber nicht realisiert sehen möchten. „Da gilt im Vorfeld bestimmter Entscheidungen der Grundsatz, dass sich die Veto-Player zu Paketen einigen“, erklärt einer der befragten Kassenmanager, der sich ziemlich sicher ist, dass Verhandlungen im G-BA nach folgendem Muster laufen: die DKG will drei bestimmte Projekte nicht, die KV drei andere nicht und der Spitzenverband wiederum drei weitere nicht. Der befragte Experte: „Damit hat man schon neun Projekte, die auf keinen Fall umgesetzt werden.“

Die Krux ist nur, dass eben gerade die Projekte mit hohem Verbesserungspotenzial den „Bänken“ unangenehm werden könnten.

Eine Gretchenfrage: Macht es dann überhaupt Sinn, solche Projekte zu fördern?

Die Antwort könnte positiv ausfallen, wenn das Gesundheitssystem – vor allem dessen Protagonisten – veränderungswillig wäre. Weil sie das indes en gros nicht sind, könnte es aus Sicht der Beitragszahler (die den Innovationsfonds mit vielen Millionen finanzieren, die somit der Versorgung entzogen sind) durchaus besser sein, Projekte, die hinterher sowieso nicht umsetzbar sind oder im real existierenden System nicht lebensfähig sein werden, erst gar nicht zu fördern. So lange – so ein Experte – Bänke im G-BA Sitz und Stimme haben und sagen können, „dem stimmen wir sowieso nicht zu“, sei der Verbleib solcher, selbst bester Projekte „Verschwendung von Versichertengeldern“.

Auch das führt wieder zu der Frage: Sind die 30% der geförderten Projekte wirklich die besten oder nicht?

Die Antwort: Man weiß es leider nicht. Genau aus diesem Grunde ist einerseits eine

Literatur

- 1) https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract_2018/mvf04-18/G-BA-Kongress-2-J-Innovationsfonds; „Stärkerer Fokus oder vielleicht gar Versorgungsziele“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 04/18
- 2) https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/52/2017-02-20_Foerderbekanntmachung_VF_2017-1_offen.pdf
- 3) https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/95/InnoFonds_ExpB_methodische-Ausgestaltung-Antraege.pdf
- 4) https://www.dlr.de/pt/desktopdefault.aspx/tabid-11212/16307_read-48805/pro-0540/
- 5) https://ptoutline.eu/app/VSF1_2017
- 6) <https://innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss/expertenbeirat/>
- 7) <https://www.g-ba.de/institution/struktur/plenum/>
- 8) „Enormes Innovationspotenzial im System“, in „Monitor Versorgungsforschung 01/17, doi: 10.24945/MVF.01.17.1866-0533.1997
- 9) <https://www.cost.eu/>
- 10) https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/faq_amnog/amnog_faq.jsp
- 11) <https://www.g-ba.de/institution/struktur/>
- 12) „Große gemeinsame Chance für Politik und Akademia“, in „Monitor Versorgungsforschung 03/18, doi: 10.24945/MVF.03.18.1866-0533.2079
- 13) https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2018/04/2018_04_Handlungsempfehlungen-Weiterentwicklung-Innovationsfonds.pdf
- 14) <https://idw-online.de/de/news695594>
- 15) <https://dgtelmed.de/de/presse/2018/2018-12-04.php>
- 16) <https://www.tk.de/tk/themen/medizinische-versorgung/innovationsbudget-fuer-neue-versorgungsformen/956182>

Veröffentlichung der geförderten Projekte (mitsamt der Entscheidungshistorie) in einer online-gestützten Wissens-Datenbank sinnvoll. Dann könnten Querverbindungen hergestellt und Auffälligkeiten entdeckt werden, was in den bisher vom Innovationsausschuss ins Netz gestellten PDFs kaum möglich ist, weil die Auswertung zu aufwendig ist: Die PDFs kann man zwar durchscrollen, um nacheinander je eine Seite pro Projekt durchzulesen, mehr aber auch nicht. Andererseits müssen aber auch die abgelehnten Projektanträge veröffentlicht werden, damit die Öffentlichkeit, vor allem die Community aus Wissenschaft, Versorgern, Politikern und auch Patientenvertretern erfährt, welche Projekte und Ideen mit womöglich hohem Verbesserungspotenzial Gefahr laufen, zu verschwinden – wenn sie denn nicht bei anderen Drittmittelgebern erneut eingereicht werden.

Was durchaus ein Grund für eine gewollte Nichtveröffentlichung sein kann; oder wie ein befragter Wissenschaftler meint: „Es geht hier letztlich um Ideen, die nicht geschützt sind.“ Nebenbei: Anfangs war es beim Innovationsfonds ein absolutes „No go“, ein schon einmal anderswo abgelehntes Projekt zu fördern. Das aber wurde im Laufe der Zeit nicht mehr so eng gesehen.

Zu diskutieren ist, welche Angaben im Zuge des § 6 des Informationsgesetzes möglich, vor allem aber nötig und sinnvoll sind. Dazu sollten der Name und die Institution des Einreichenden, die Konsortialpartner sowie vor allem eine möglichst fundierte, standardisierte Synopse gehören. Einer der befragten Experten aus der Wissenschaft geht sogar so weit, dass er nicht nur fordert, künftig die „Summe aller Anträge an den Innovationsfonds zu nutzen“, sondern auch rät, als eine grundlegende Förderaufgabe aufzunehmen, dass „ein auf 400 Worte begrenztes Abstract z.B. mit zwei relevanten Literaturzitate abzufassen ist, das alle notwendigen Informationen enthält, die für eine belastbare Bewertung erforderlich sind“. Die Bewertung sollte dann aber nicht ein Expertenbeirat, sondern eine Art Peer Review leisten, indem eine möglichst große Zahl von erfahrenen Gutachtern eingebunden ist.

Wie könnten die erforderlichen Informationen aussehen? Ein interviewter Wissenschaftler entwirft dazu ein Zwei-Stufen-Modell:

1. Politische Dimension: Trägt bei positivem Abschluss das Projekt potenziell zur Verbesserung der Versorgung bei? Die mögliche Verbesserung ist im Klartext und allgemeinverständlich darzustellen.

2. Wissenschaftliche Dimension: Kann die formulierte Fragestellung mit den beschriebenen Methoden überhaupt beantwortet werden? Wenn ja, wie?

Beide Antworten müssen – so der Wissenschaftler – mit wenigen stichhaltigen Argumenten begründet und dann vom Projektverantwortlichen und dem schon benannten Evaluator unterschrieben werden. Der Grund: Es wird bei den Neuen Versorgungsformen anzunehmen sein, dass die erste Frage auf der Basis von Versorgungskompetenz, die zweite Frage hingegen nur auf der Basis einer sehr profunden wissenschaftlichen, speziell methodisch-exakten Kompetenz beantwortet werden kann.

Ein anderer zu diesem Themenkreis befragter Wissenschaftler verweist an dieser Stelle auf Erfahrungen, die er mit EU-Innovationsprojekten gemacht hat. Er erwähnt unter anderem das „European Cooperation in Science and Technology“-Network (9), ein internationales Multi-Stakeholder-Fördernetzwerk, an dem viele politische Entscheidungsträger, die Zivilgesellschaft, aber auch der Privatsektor beteiligt sind. Die Mitglieder haben die gemeinsame, internationale und gemeinnützige COST-Vereinigung gegründet, die Ausschreibungen zu den verschiedensten Themen (auch zu Gesundheit) veröffentlicht, wobei es allerdings nicht nur möglich ist, sehr strukturierte Einzelanträge zu stellen, sondern auch an laufenden Aktionen teilzunehmen, die dann über den normalen Finanzierungszeitraum von vier Jahren weiter ausgebaut werden können. Wichtig ist, dass die Angebotsbewertung auf Förderfähigkeit nicht nur auf Vorschlag durch den wissenschaftlichen Ausschuss mit anschließender Antragsgenehmigung durch das CSO (Committee of Senior Officials) erfolgt, sondern auch durch unabhängige externe Experten und Ad-hoc-Überprüfungsgremien anhand folgender Bewertungskriterien bewertet werden: Science & Technology Excellence (Höchstzahl 15 Punkte), Networking Excellence (15 Punkte), Impact (15 Punkte) und Implementation (5 Punkte). Dabei soll das Verfahren zur Einreichung, Bewertung, Auswahl und Genehmigung von Vorschlägen „vollständig wissenschafts- und technologiegetrieben“ sein und einen „einfachen, transparenten und wettbewerbsfähigen“ Bewertungs- und Auswahlprozess für Vorschläge gewährleisten, der die Bottom-Up-, offenen und integrativen Prinzipien von COST widerspiegelt. Also all das, was dem Innovationsfonds derzeitiger Ausprägung noch fehlt.

Natürlich haben auch solche Peer-Review-Verfahren neben Vorteilen auch Schattenseiten. Man bräuchte – so ein weiterer befragter Wissenschaftler – zum einen einen „transparenten Bewertungsprozess, der auch Vetterwirtschaft aufdeckt“, vor allem aber ein „alternatives System“, in dem nicht nur Versorgungsforscher mitwirken, sondern vor allem auch aktiv an der Realversorgung Beteiligte sowie erfahrene Kassenmanager ihre Perspektiven einbringen.

Womit man aber annähernd wieder bei der Besetzung des Innovationsausschusses samt seines Expertenbeirats angelangt ist. Eine ergänzende Möglichkeit wäre es jedoch, das bisherige Entscheidungssystem durch eine Art Schiedsstelle zu ergänzen, wie es zum Beispiel beim AMNOG (10) der Fall ist. Dazu müsste allerdings das Gesetz entsprechend verändert werden. Das müsste dann das BMG in die Wege zu leiten.

Die Governance

Ein weiteres, durch die Hidden Agenda-Thematik schon offenkundig gewordenen Problem, ist die im § 92b SGB V geregelte Installation des Innovationsausschusses beim G-BA. Ob das tatsächlich ein Problem ist, kommt auf die Sichtweise an.

Natürlich wäre es möglich, den Innovationsausschuss dem direkten Zugriff des G-BA zu entziehen, wozu allerdings zuerst § 92b entsprechend geändert werden müsste, der schon in der Überschrift eine eindeutige Zuordnung trifft, weil er betitelt ist mit: „Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.“ Hätte der Gesetzgeber eine andere Zuordnung des Innovationsfonds und seines Ausschusses gewollt, wäre der Paragraph anders überschrieben worden. Nun hätte eine Zuordnung des Innovationsausschusses in einem – sagen wir – unabhängigeren Umfeld als dem des G-BA seine Vorteile; aber eben auch Nachteile.

Der im Jahr 2004 mit § 22 des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) errichtete Gemeinsame Bundesausschuss übernahm die Aufgaben seiner Vorgängerorganisationen und damit die der früheren Bundesausschüsse der Ärzte/Zahnärzte und Krankenkassen, sowie des Ausschusses Krankenhaus sowie des Koordinierungsausschusses (11). Seitdem bestimmt das, „was der Versorgung nutzt und schadet“ (0-Ton eines befragten Experten) der G-BA. Solange das so ist – wo-

bei sich im aktuell diskutierten TSVG durch eine erste Änderung abzeichnet – muss nach Worten des Experten „die nachgeordnete Logik des Innovationsausschusses der grundsätzlichen Logik des G-BA, die sich aus dem entsprechenden Gesetz ergibt, folgen“.

Wer sich diese mögliche Sichtweise zu eigen macht, muss auch zugestehen, dass damit auch die Wissenschaft, die sich um Gelder aus dem Innovationsfonds bemüht, diese Logik ebenfalls anerkennen muss. Der Experte: „Wenn der Innovationsfonds dazu dienen soll, die Versicherungsgelder adäquat auszugeben, statt ein Projekt zu bezahlen, das einen hübschen Impact-Artikel ergibt, ist er beim G-BA genau richtig aufgehängt.“ Dann aber ist der gesamte Innovationsfonds samt Ausschuss und Beirat und all seinen Förderprojekten eine Art „Zuarbeit für den G-BA“, die sich damit in die gleiche Reihung wie das IQWiG oder das IQTIG stellt. Der Experte: „Genau darum darf man hier nicht nur den Goldstandard im Kopf haben, sondern muss sachgerecht die Projekte abblocken, die am Ende sowieso keine Chance haben werden.“

Zudem wird der, der dieser Logik – Innovationsausschuss als Vorbereitungseinheit für Entscheidungen des G-BA – zustimmt, zwangsläufig zu anderen Ergebnissen kommen als jener, der sich der Wissenschaftslogik verbunden fühlt.

Wer als Wissenschaftler freier forschen will, müsste eine Förderung beim BMBF beantragen, wobei klar ist: Jede auf Anwendung zielende Forschungsförderung wird ein Kompromiss sein. „Ein Wissenschaftler, der sich darauf einlässt, per Förderung einem System zuzuarbeiten, das nicht der Wahrheit, sondern dem Geld und der Macht verpflichtet ist, muss sich damit abfinden, dass Entscheidungen anders laufen“, sagt dazu ein interviewter Experte.

Fazit

Wenn die Politik ihr Fördervorgehen wirklich verändern möchte, wäre zu überlegen, an welchen Hauptzielen (das wäre ein großes, weiteres Thema, nämlich das der „Versorgungsziele“ (12)) sich ein Innovationsfonds 2.0 orientieren sollte und wie er neu aufgestellt werden könnte. Das heißt: Er sollte nicht nur transparenter und effizienter werden, sondern für veröffentlichte Ideen vielleicht sogar eine Art Gebrauchsmusterschutz bieten.

Vor allem muss definiert werden, wie eine vernünftige Adaption des Innovationsfonds außerhalb des G-BA – falls das überhaupt

sinnvoll ist – vorstellbar sein könnte.

Wie man dieses sehr hoch gesteckte Ziel jenseits eines Innovationsfonds erreichen kann, ist völlig offen. Der Bundesverband Managed Care e.V. stellte dazu Mitte 2018 ausführliche „Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds“ (13) vor. Unter anderem wird darin angerissen, dass teilweise Projektanträge aufgrund formaler Kriterien trotz sinnvoller Konzepte scheitern würden. Der BMC fordert daher, dass „bei abgelehnten Projekten das Votum des Expertenbeirats mitgeteilt werden sollte, ebenso wie eine Information darüber, ob die Wiederanreichung des Konzeptes empfohlen wird.“

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. konkretisiert den BMC-Vorschlag, in dem es fordert (14), dass sich der „Input des Innovationsausschusses sich noch mehr auf Fragen der Praxisrelevanz und eine Einschätzung des Translationspotenzials fokussieren“ sollte. Gleichzeitig sollte nach Ansicht des DNVF die Rolle des Expertenbeirates gestärkt und die „Letztentscheidung über die Förderung von beiden Gremien gemeinsam und gleichberechtigt getroffen“ werden. Hierbei müssten Interessenkonflikte offen gelegt, zudem sollten die Entscheidungskriterien transparent sein und die Voten – negative wie positive – veröffentlicht werden.

Handlungsempfehlungen gab es im November 2018 auch von der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin e.V. (15). Die DG Telemed regt darin unter anderem an, dass schon bei der Prüfung der Förderanträge eine frühzeitige Plausibilisierung der Projekte in Bezug auf ihr Strukturpotenzial und die Tragfähigkeit für eine spätere Übernahme in das GKV-Versorgungssystem erfolgen sollte. Zudem sollte sich ein künftiger Schwerpunkt der Ausschreibung auf die dringend notwendige Förderung sektorübergreifender und interdisziplinärer zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen beziehen, die Mittel des Innovationsfonds entsprechend verstärkt (ca. 2/3), strukturbezogen statt themenbezogen eingesetzt werden, um so Lösungsansätze für die vorhandenen strukturellen Versorgungsdefizite zu generieren.

Die Techniker Krankenkasse favorisiert hingegen einen ganz anderen Weg. Die TK schlug schon Anfang 2018 vor, statt der Wiederauflage des Innovationsfonds ein „Innovationsbudget“ (16) zur Förderung neuer Versorgungsformen in Form eines Mindestausgabenwerts von 2,50 Euro je Versichertem zu etablieren. Der Grund: Erste Erfahrungen hätten gezeigt, dass die bisherige „Form der zentralistischen Förderung“ nicht in der Lage

Zitationshinweis

Stegmaier, P., Roski, R.: „Die Innovation des Innovationsfonds“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 29-35, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2119

sei, den Innovationsstau nachhaltig aufzulösen. Das Problem dabei wird sein, dass bei diesem Ansatz jede Kasse machen kann, was sie will und von Transparenz, auch von der Förderung von Versorgungsforschung, keine Rede mehr sein wird.

Dabei hatte noch Prof. Dr. Eberhard Wille, bis Ende 2018 stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, auf dem G-BA-Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds“ (1) den budgetären Part für die Versorgungsforschung „für unproblematisch“ und „sicher gerechtfertigt“ gehalten, weil Deutschland in diesem Bereich gegenüber anderen Ländern hinterherhinken würde. Beim weit größeren Budget für die Neuen Versorgungsformen sollte seiner Meinung nach jedoch die Frage gestellt werden, ob man diese über den Innovationsfonds finanzieren müsse, oder ob man das nicht auch anders machen könne. Denn, so Prof. Wille, das Geld könnte man ja auch für die Versorgung oder in der Pflege einsetzen, so gesehen sei die „Legitimation hierfür schon beachtlich“.

Umso mehr muss man bereit sein, darüber nachzudenken, wie man das der Versorgung entzogene und für die pure Hoffnung auf mehr Evidenz eingesetzte Budget so einsetzen kann, dass es dem großen Ziel der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland am nächsten kommt. Oder wie es Prof. Hecken – der persönlich sehr viel dafür getan hat, dass der Innovationsfonds überhaupt umgesetzt und für sonstige G-BA-Verhältnisse recht schnell ans Laufen gekommen ist – auf dem Kongress „Zwei Jahre Innovationsfonds“ im August 2018 formuliert hatte: Das große Fiasko wäre, wenn wir „in drei Jahren blauäugig in der Gegend stehen und 1,2 Milliarden in die Luft geschossen haben“. Wenn das das Ergebnis wäre, würde er sich schämen, denn – so Hecken weiter – „das kann nicht unser Ziel sein“.

von:

Peter Stegmaier und
Prof. Dr. Reinhold Roski

Korrespondenzadresse

Innovationsfonds 2.0! Bitte teilen Sie den Autoren Ihre Ansichten und Kommentare mit. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir in MVF eine Fachdiskussion dazu starten können: stegmaier@m-vf.de / roski@m-vf.de

Abdruck aus dem Buch „Reformbedarf im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich“

Die einheitliche Gebührenordnung unter gesundheitsökonomischen Aspekten

Eine einheitliche Gebührenordnung für den ambulanten Versorgungsbereich zielt im Sinne seiner Befürworter vornehmlich darauf ab, die nach ihrer Ansicht im deutschen Gesundheitswesen existierende „Zwei-Klassen-Medizin“ abzubauen. Danach führen die beiden derzeit bestehenden Gebührenordnungen infolge ihrer unterschiedlichen Vergütung von gleichen Leistungen dazu, dass privat Versicherte über niedrigere Wartezeiten auf Arzttermine einen besseren Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung als gesetzlich Versicherte erhalten. Parallel hierzu begünstige dieses duale Vergütungssystem tendenziell eine Überversorgung bei privat Versicherten und trage in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Gefährdung einer flächendeckenden hochwertigen Gesundheitsversorgung bei. Die Ablösung des dualen Vergütungssystems durch eine einheitliche Gebührenordnung kann, wie von den meisten Befürwortern gewünscht, einen relevanten Schritt in Richtung einer Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen wie in der GKV darstellen, sie lässt sich aber auch als isolierte Maßnahme durchführen und damit unter gesundheitsökonomischen Aspekten analysieren.

>> Bei einer Darstellung und Würdigung der beiden derzeit bestehenden Gebührenordnungen gilt es auch, ihr jeweiliges Verhältnis zu den zugehörigen Leistungskatalogen mit in die Betrachtung einzubeziehen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in der GKV basiert auf einer kollektiven Vereinbarung. Der Bewertungsausschuss, der sich aus drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt, beschließt den EBM. Auf den zugehörigen Leistungskatalog besitzen alle Versicherte der GKV den gleichen rechtlichen Anspruch. Ausnahmen bilden lediglich die quantitativ relativ unbedeutenden Satzungsleistungen, mit denen sich die Krankenkassen hinsichtlich ihres Angebotes unterscheiden können.

Im Unterschied dazu korrespondiert in der privaten Krankenversicherung (PKV) die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die auf einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit fußt, mit einem sehr flexiblen Leistungskatalog, der den privat Versicherten eine Vielfalt von vertraglichen Abschlüssen zu bestimmten Leistungen bietet. Die privat Versicherten besitzen somit die Möglichkeit, sich ihren speziellen Leistungskatalog entsprechend ihren Präferenzen zusammen zu stellen. Diese individuelle Auswahl kann mehr, aber auch weniger Leistungen als der entsprechende Katalog der GKV umfassen. Zudem weisen die einzelnen Leistungen in diesen beiden Katalogen keine durchgängig einheitliche bzw. gleiche Definition und Abgrenzung auf. Diese Unterschiede in den Leistungskatalogen von GKV und PKV, auf denen die beiden Gebührenordnungen jeweils aufbauen, verdeutlichen bereits die Probleme, beide Systeme zu einer einheitlichen Gebührenordnung zusammenzufassen.

Bei der GKV und der PKV handelt es sich insofern um solidarische Versicherungssysteme,

als ex post weitgehend gesunde Versicherte die Schadensfälle von sehr kranken Patienten finanziell mittragen. Beide Systeme streben auch eine bestmögliche Leistungsqualität in Verbindung mit einer hohen Patientenzufriedenheit sowie eine optimale Effizienz der Leistungserstellung an, setzen bei der Verwirklichung dieser Ziele aber unterschiedliche Schwerpunkte. Die PKV bietet neben einer höheren Flexibilität bei der Leistungsauswahl eine besonders niedrige Barriere beim Eintritt neuer innovativer Leistungen, während bei der GKV die Wirtschaftlichkeit der Leistungen in Verbindung mit der Evidenz ihres (Netto-)Nutzens stärker im Vordergrund steht. Entsprechend setzt die GKV auch gezielt Instrumente zur Mengenbegrenzung ein.

Bei einer Wahl zwischen den beiden derzeitigen Gebührenordnungen dürfte der EBM der GKV mit ca. 72,5 Mio. Versicherten gegenüber der PKV mit knapp 8,8 Mio. Versicherten im Sinne der Befürworter einer einheitlichen Gebührenordnung eindeutige Priorität besitzen. Bei der GOÄ als einheitlicher Gebührenordnung für beide Versicherungssysteme bestünde wegen deren Einzelleistungsvergütung die Gefahr einer erheblichen Mengenausweitung mit einem entsprechenden (zusätzlichen) Ausgabenwachstum. Im Sinne ihrer Zielsetzung schließt die einheitliche Gebührenordnung Preiszuschläge für gleiche bzw. identische Leistungen aus, soweit diese den Leistungskatalog der GKV betreffen. Unklar bleibt dabei aber das Preissystem für Leistungen, die z.B. im Rahmen von Zusatzversicherungen über den Leistungskatalog der GKV hinausgehen. Die Preise für diese Leistungen können die Entscheidungen der niedergelassenen Ärzte bei ihrer Terminvergabe aber durchaus – zumindest in Grenzen – beeinflussen.

Bei diesem Beitrag handelt es sich um einen von den Autoren genehmigten Abdruck aus dem Buch „Reformbedarf im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich nach der Wahl – 22. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen“, Verlag Peter Lang 2018

Einfluss einer einheitlichen Gebührenordnung auf Budgetierung und Rationierung

Mit der Einführung der Bürgerversicherung, die unabhängig von verfassungsrechtlichen Problemen eine Übergangsphase von mindestens einer Generation benötigen würde, wäre zwingend auch die Einführung einer EGO im ambulanten Bereich verbunden. Die heute geltenden Gebührenordnungen müssten von der Höhe der Vergütung, der Funktionalität und der Abrechnungsarithmetik vereinheitlicht werden.

Beide Abrechnungssysteme weisen eine unterschiedliche monetäre Bewertung und partiell auch eine unterschiedliche Abgrenzung der Leistungen auf. Daher kann eine durchgeführte Behandlung je nach Versicherungsschutz des Patienten mit einer unterschiedlichen Vergütung einhergehen. Grundsätzlich erhalten die Leistungserbringer für die Behandlung von privat versicherten Patienten eine höhere Vergütung, die überwiegend auch nicht budgetiert ist. Für den stationären Sektor stellt sich die Situation anders dar, da bei den Krankenhäusern über die Vergütung mit Hilfe von Fallpauschalen weitgehend ein einheitlicher Preis vorliegt. Eine EGO in einem von der GKV dominierten beitragsfinanzierten Versicherungsmarkt ist letztlich nur vorstellbar, wenn die Systematik der GKV zum Tragen kommt, da nur hier die bislang in der GKV durchgeführte Mengensteuerung Fortbestand hätte. Ein reines Einzelleistungssystem ohne Mengenbegrenzung scheidet für eine Bürgerversicherung eher aus. Der Regulierungsapparat des EBM mit Budgetierung, Mengenbegrenzungen, Quotierungen und Abstaffelungen würde dann auch in der PKV gelten.

Eine solche Neuordnung wirft aber noch mehr Fragen auf. Nicht nur nach der Gestaltung der Gebührenordnung, sondern auch nach ihrem Leistungsumfang oder nach der Gestaltung einer Konvergenzphase und möglicher Kompensationszahlungen insbesondere an die niedergelassenen Ärzte aufgrund des Wegfalls von Einkünften aus der GOÄ. Denn obwohl der Privatversicherungsanteil in Deutschland bei nur 11% liegt, lösen diese Versicherten 24% der Praxisumsätze aus. Aktuelle empirische Arbeiten betonen, dass sich der Mehrumsatz von privat Versicherten im ambulanten Bereich für das Jahr 2015 auf bis zu 6 Mrd. Euro belaufen hatte. Für jeden niedergelassenen Arzt in Deutschland entspräche dies im Schnitt einem Mehrumsatz von etwa 50.000 Euro im Jahr. Auf Basis der Daten des Jahres 2010 kommt eine andere Studie auf ein Kompensationsvolumen von über 4 Mrd. Euro (bei vollständiger Kompensation) mit errechneten Zuschlagsfaktoren auf die bisherige ambulante Vergütungssumme in Höhe von 13% bis 17% für die Jahre 2010 bis 2030. Ohne Kompensation fehlt zudem die Basis der Finanzierung für Personal und Investitionen. Viele Praxen könnten dem wirtschaftlichen Druck nicht standhalten. Entweder würde die Versorgungslandschaft weiter ausgedünnt und/oder die Versorgungsqualität müsste sinken.

Hinzu kommt, dass sich in diesem Fall sicherlich ein Markt mit Zusatzversicherungsangeboten für Premiumpatienten herausbilden dürfte, da der PKV der Abschluss von Zusatzversicherungen nicht verwehrt werden kann. Diese Situation hat sich auch in der Schweiz und in den Niederlanden ergeben, nachdem dort ein einheitlicher Versicherungsmarkt vom Gesetzgeber initiiert wurde.

Mengensteuerung

Die Unterschiede von GOÄ und EBM erklären den PKV-Mehrumsatz im ambulant ärztlichen Bereich aber nur zum Teil. Darüber hinaus wirken in der GKV Mechanismen zur Mengensteuerung, die auf eine Ausgabenbegrenzung abzielen, die es in dieser Form in der PKV nicht gibt.

Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von den KVen einer Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen, wodurch auch eine Ausgaben- und Mengenbegrenzung erfolgt. Bei der Plausibilitätsprüfung wird die ordnungsgemäße Abrechnung der ärztlichen Leistungen überprüft und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung die ausreichende, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungserbringung der Vertragsärzte. Ärztliche Leistungen dürfen das notwendige Maß nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Die so genannten Regelleistungsvolumina

in der GKV tragen ebenfalls zur Ausgabenbegrenzung bei. Inzwischen ist es den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) freigestellt, Regelleistungsvolumina anzuwenden oder andere Regelungen zu treffen. Das Regelleistungsvolumen ist ein ex ante festgelegter Teil der Praxiseinnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Das Regelleistungsvolumen erschwert eine übermäßige Leistungsausweitung, da erbrachte Leistungen nur bis zur vereinbarten Höhe mit einem festen EBM-Punktwert vergütet werden, wogegen ab einer Überschreitung eine Abstufung des Punktwertes erfolgt.

Bei Privatversicherten erfolgt die Steuerung der Leistungsausgaben allein über den privatrechtlichen Versicherungsvertrag. Dort sind der Leistungsumfang, Erstattungshöchstgrenzen, und Selbstbeteiligungen vereinbart. In der GOÄ wird das Ausgabenvolumen durch Einschränkungen bzw. Begrenzungen in der Anzahl und parallelen Abrechenbarkeit einzelner Gebührenpositionen beschränkt. Weitere Mengenbegrenzungen existieren hingegen nicht. Durch die Systemunterschiede können Versorgungsdifferenzen entstehen. Dies gilt insbesondere auch für neue Behandlungsmethoden. Nicht in der GOÄ enthaltene ärztliche Leistungen kann der Arzt bei Privatpatienten analog mit einer gleichwertigen ärztlichen Leistung der GOÄ berechnen (§ 6 Abs. 2 GOÄ).

In der GKV dürfen neue Behandlungsmethoden im ambulanten Sektor dagegen erst dann als Krankenkassenleistung verordnet werden, wenn eine Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgt ist und dieser das Ergebnis für den Patienten als nutzbringend, notwendig und wirtschaftlich einstuft. Im ambulanten Sektor stehen daher neue Behandlungsmethoden in der GKV unter einem Erlaubnisvorbehalt. Diese unterschiedlichen Innovationstreiber sind sicherlich Teil des Mehrumsatzes von Privatversicherten.

Honorarvolumen der EGO

Die EGO würde zu einem Wegbrechen der erwähnten Mehrumsätze in Höhe von 6,1 Mrd. Euro für die ambulante Vergütung und/oder für die Finanzierung der medizinischen Infrastruktur führen. Alternativ käme es zu einer Mehrbelastung der Beitragszahler. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die Mehrumsätze der nach GOÄ-Versicherten tragen. Der Beitragssatz in der neuen Bürgerversicherung würde sich um etwa einen Prozentpunkt von 15,7% auf 16,7% erhöhen. Der monatliche Höchstbeitrag in der GKV würde entsprechend von heute 683 Euro auf dann 725 Euro steigen.

Die Mehrbelastung würde nicht nur Besserver-

diener betreffen, sondern auch Facharbeiter und Angestellte aus der Mittelschicht. Berechnungen zeigen, dass beispielsweise ein Facharbeiter im Bauhauptgewerbe jährlich 393 Euro, ein Lokomotivführer bis zu 417 Euro, ein Meister im Kfz-Gewerbe 486 Euro oder eine leitende Krankenschwester im öffentlichen Dienst 506 Euro zusätzlich in der Bürgerversicherung zahlen müssten.

Leistungs- und Preisdifferenzierung trotz EGO?

Bei der Frage nach der Leistungs- und Preisdifferenzierung in einer EGO stellt sich zunächst die Frage, wie umfangreich der zugrunde gelegte Leistungskatalog ist. Die bisherige Annahme, dass die Basis für eine EGO in der Tendenz der EBM sein dürfte, reicht hier nicht unbedingt aus, da der EBM gegenwärtig auch Leistungen umfasst, welche nicht Bestandteile der GOÄ sind, beispielsweise stationäre Vorsorge- oder Reha-Kuren.

Umgekehrt verhält es sich beispielsweise mit Blick auf nicht verschreibungspflichtige Leistungen oder homöopathische Mittel. Der Umfang des abgeschlossenen Leistungsvertrags mit der PKV kann daher grundsätzlich weniger umfangreich oder aber umfangreicher im Vergleich zum GKV-Leistungskatalog ausfallen. Leistungsdifferenzierungen, etwa über Satzungs- und Wahlleistungen, wären aber auch weiterhin möglich.

Falls der GKV-Leistungskatalog in Teilen umfangreicher wäre, würde dieser Leistungskatalog nun allen Versicherten angeboten. Das könnte dazu führen, dass das gesamte System teurer wird. Wahrscheinlicher ist aber eher der umgekehrte Fall: der bisherige Leistungsumfang der PKV war größer, so dass ceteris paribus ein Bedarf nach einer Zusatzversicherung entstehen würde, den es dann zu finanzieren gilt.

Während im hausärztlichen Bereich in weiten Strecken ein gemeinsamer Grundleistungsbereich für die überwiegende Zahl von Patienten festgestellt werden kann und vor allem chronisch kranke Menschen besonderen Behandlungsaufwand erfordern, sind die Behandlungsanlässe im fachärztlichen Bereich differenzierter. Die EGO bedroht daher insbesondere die medizinische Infrastruktur in der fachärztlichen Versorgung. Mit einer EGO würden insbesondere der hochspezialisierten Facharztversorgung notwendige finanzielle Ressourcen entzogen.

Wettbewerbspolitische Folgen für GKV und PKV

Die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt ist eines der wesentlichen Kriterien für die Qualität medizinischer Versorgung. Gesundheitssysteme bemessen sich auch

daran, wie schnell sie in der Lage sind, Innovationen in die Regelversorgung zu überführen. International betrachtet steht Deutschland beim Zugang zu Innovationen sehr gut da. Versicherte und Patienten haben einen schnellen und umfassenden Zugang zu Innovationen.

Dass dies so ist, ist auch dem Systemwettbewerb aus GKV und PKV zu verdanken. Übernimmt nämlich bei medizinischen Innovationen ein Versicherungssystem eine Vorreiterrolle, muss sich im Systemwettbewerb das jeweilig andere Versicherungssystem mit eben dieser Innovation auseinandersetzen, seine eigene Position begründen und gegebenenfalls reagieren. Letztlich schützt der Systemwettbewerb nicht nur vor Leistungskürzungen, sondern unterstützt auch die Einführung von Innovationen. In Deutschland nimmt die PKV im Systemwettbewerb mit der GKV häufig die Rolle des Treibers von Innovationen ein. In der PKV ist die schnelle Finanzierung und Erstattung medizinischer Innovationen die Regel, während in der GKV dagegen der verlangsamte Zugang zu Innovationen und das verhältnismäßig niedrige Finanzierungsniveau die Regel sind, die nur durch Selektivverträge durchbrochen werden können. Damit ist die PKV ein zentraler Wettbewerbsfaktor für einen schnellen und umfassenden Zugang zu Innovationen in Deutschland. Langfristig wird die EGO zum alleinigen Standard für die Vergütung im ambulanten Bereich werden. Insbesondere die Modernisierung der medizinischen Infrastruktur wird dabei auf einen harten Prüfstand gestellt.

Unterschiedliche Wartezeiten: Umfragen zu ihrer Relevanz

Wartezeiten können den Zugang zu einer medizinischen Versorgung erheblich behindern und dadurch den Behandlungsprozess der betreffenden Patienten mit dem Risiko schlechterer gesundheitlicher Ergebnisse verzögern. Grundsätzlich erlauben Wartezeiten per se aber noch keine fundierten Aussagen über ihre medizinische Angemessenheit, denn es bleibt zunächst noch offen, ob es sich hierbei um einen akuten Behandlungsbedarf oder um eine gesundheitlich unbedenkliche und vertretbare Termingestaltung des betreffenden Arztes handelt. Diese Feststellung gilt unabhängig von den jeweiligen terminlichen Wünschen der betreffenden Patienten. Gleichwohl besteht ein gesundheitspolitisches Interesse dahingehend, die Unterschiede in den Wartezeiten im nationalen und internationalen Vergleich zu beleuchten, kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls Reformmaßnahmen abzuleiten. Mangels offizieller statistischer Daten basieren die jeweiligen Ergebnisse auf diversen Umfragen.

Nach einer repräsentativen Bevölkerungs- bzw. Versichertenbefragung der KBV erhielten im Jahre 2016 43% der gesetzlich Versicherten am gleichen Tage einen Termin beim Haus- oder Facharzt. Bei den Hausarztterminen liegt dieser Prozentsatz mit 56% bei gesetzlich und privat Versicherten gleich hoch und bei den Fachärzten fällt er mit 22% (GKV) zu 23% (PKV) nahezu

identisch aus. Bei einer Wartezeit bis zu einer Woche kommen Versicherte der GKV beim Hausarzt mit 88% nur geringfügig später zum Zuge als Versicherte der PKV mit 91%. Beim Facharzt liegt dieses Verhältnis bei 60% zu 40% zugunsten der privat Versicherten. Dabei haben sich diese Unterschiede in den Wartezeiten zwischen GKV- und PKV- Versicherten seit den ersten Umfragen in 2008 verringert. Länger als 3 Wochen mussten im Jahre 2016 15% der gesetzlich Versicherten auf einen Arzttermin warten, wobei hinsichtlich der Bundesländer die Spanne von 10% in Bremen und im Saarland bis 22% in Brandenburg reicht. Um diese Situation zu verbessern, installierte die Bundesregierung mit dem Versorgungsstärkungsgesetz bei den KVen regionale Terminalsstellen, die Patienten mit einer als dringlich gekennzeichneten Überweisung innerhalb von 4 Wochen einen Termin beim Facharzt oder Psychotherapeuten vermitteln sollen. Die Inanspruchnahme dieser seit Anfang 2016 existierenden Servicestellen fiel mit 110.000 Terminvergaben bei 580 Mio. Behandlungsfällen vergleichsweise niedrig aus.

Im internationalen Vergleich, der auf einer repräsentativen Patientenbefragung des Commonwealth Fund aufbaut, weist Deutschland unter allen in dieser Studie erfassten Ländern durchgängig die geringsten Wartezeiten auf. So betrug im Jahre 2016 der Anteil der Befragten, die länger als 2 Monate auf einen Termin beim Facharzt warten mussten, in Deutschland 3% und z. B. in den Niederlanden

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. (2017), Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV.KJ1- Statistik.
- Finkenstädt, V. (2017), Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Vergleich. Köln.
- Finkenstädt, V. (2017), Wartezeiten auf Arzttermine. Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, in: WIP-Diskussionspapier 3/2017, Dezember.
- Friedrich-Ebert-Stiftung (2016), Positionspapier „Der Weg zur Bürgerversicherung. Solidarität stärken und Parität durchsetzen“, 24/2016, Bonn.
- Hagemeyer, S. und Wild, F. (2017), Mehrrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/17, Köln.
- Loskamp, N. et al. (2017), Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV), in: RPG, 23(1), S.10-26.
- Kaiser, H.-J. (2017), Experiment Bürgerversicherung, Bedrohung der medizinischen Infrastruktur, herausgegeben vom Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung-KBV (2017), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017: Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, Mai/ Juni 2017-
- Köster, A.-D. (2014), Der Systemwettbewerb als Innovationsmotor, in: Welt der Krankenversicherung, 2-3/2014, S. 45-49.
- Loskamp, N., Genett, T., Schaffer, D. und Schulze Ehring, F. (2017), Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV), in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 58, Sonderausgabe 1/2017.
- Neubauer, G. (2012), Einheitliche Vergütung. Ein Bollwerk gegen Zweiklassenmedizin? Arbeitsgemeinschaft zur Förderung gesundheitspolitischer Bestrebungen e.V. Folien eines Vortrags am 16. Mai 2012 in Köln.
- Niehaus, F. (2015), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/15, Köln.
- OECD (2016), Health at a Glance. Paris.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn.
- Schaffer, D. und Schulze Ehring, F. (2017), Transaktionskosten der Bürgerversicherung: Wer bezahlt Was für die Bürgerversicherung, in RPG, 23(3), S.89-96.
- Schmid, K., Marten, O., Kühne, C., Zeidler, J. und Frank, M. (2017), Einflussfaktoren auf die Standortwahl von hausärztlichen Land- und Stadtärzten in Niedersachsen, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 22. Jg., S. 280-289.
- Statistisches Bundesamt (2017), GBE-Bund. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Wiesbaden.
- vbw – Verband der Bayerischen Wirtschaft (2017), Position. Leitlinien für ein Gesundheitssystem mit Zukunft, Stand: Juni 2017, München.
- Walendzik, A. Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem, in: GGW 13(2), S.16–24.
- Wasem, J. et al. (2013), Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung. Zur Diskussion über eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls, Studie unterstützt durch eine Förderung der Techniker Krankenkasse, Duisburg, Essen.
- Wasem J. et al. (2013): Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden, Nomos.
- Zeitgespräch (2012), Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?, mit Beiträgen von Klaus Jacobs, Friedrich Breyer, Jürgen Wasem, Anke Walendzik und Klaus-Dirk Henke, in: Wirtschaftsdienst, 10(3), S.651-666.

7%, in Schweden 19% und in Norwegen 28%. Der Anteil der Patienten, die am selben oder am nächsten Tage einen Termin beim Hausarzt erhielten, lag im Jahre 2015 in Deutschland mit 64% deutlich höher als z.B. in den Niederlanden mit 51%, Norwegen mit 39% oder Schweden mit nur 19%. Angesichts dieser Ergebnisse überrascht es nicht, dass im Jahre 2014 in Deutschland nur 9% der befragten Patienten „keine Wartezeit“ als ein wichtiges Kriterium für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung im eigenen Land ansahen bzw. einstuften. Demgegenüber liegen diese Werte z.B. in den Niederlanden mit 23%, Schweden mit 35% und Dänemark mit 41% deutlich höher, An der Spitze rangiert hier Finnland mit 54%. In diesen Ländern besteht offensichtlich ein virulentes und nachvollziehbares Interesse der Patienten an einer deutlichen Verkürzung der Wartezeiten auf Arzttermine. Diese Befragungen zu den Wartezeiten auf Haus- und Facharzttermine in Deutschland und vor allem entsprechende internationale Vergleiche deuten darauf hin, dass die Bürger bzw. Patienten in Deutschland die derzeitigen Wartezeiten weit weniger problematisch sehen bzw. als relevante Belastung empfinden, als es die Diskussionen in bestimmten politischen Gremien vermuten lassen.

Eine einheitliche Gebührenordnung verspricht für die gesetzlich Versicherten hinsichtlich ihrer Wartezeiten nur eine äußerst geringe Verbesserung, was sich tendenziell schon aus dem Marktanteil der PKV von nur ca. 10,9% ableiten lässt. Bei einer gleichen Vergabe von Arztterminen, d.h. ohne die Existenz von privat Versicherten, würde sich die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt für die Versicherten der GKV bestenfalls um einen Tag verkürzen. Diese Berechnung lässt vielfältige Umgehungsversuche, die z.B. aus persönlichen und sozialen Beziehungen zu den jeweiligen Ärzten sowie Anreizen durch lukrative Einnahmen aus Zusatzversicherungen oder attraktive Geschenke der Patienten bestehen können, noch außer Betracht. Schließlich gibt es auch im Rahmen des derzeitigen Systems, d.h. bei Fortbestehen der beiden Gebührenordnungen, noch Möglichkeiten, die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten noch etwas zu verkürzen. So können z.B. selektive Verträge zwischen den Krankenkassen und ausgewählten Ärzten bestimmte Wartezeiten bindend vorsehen. Bei ihrer hausarztzentrierten Versorgung und den darauf aufbauenden Facharztverträgen vereinbarte z.B. die AOK Baden-Württemberg mit den teilnehmenden Ärzten eine Wartezeit von höchstens 14 Tagen. Zudem könnte eine Änderung der quartalsbezogenen Pauschalen von bestimmten fachärztlichen Leistungen die Wartezeiten

ebenfalls noch absenken. Die derzeitige Honorierung setzt finanzielle Anreize, die einzelnen Leistungen einer bestimmten Pauschale nicht in einem Termin zu erbringen, sondern auf zwei Quartale zu verteilen. Insgesamt gesehen bieten die derzeitigen Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten unter Versorgungsaspekten keinen relevanten Anlass für eine einheitliche Gebührenordnung in GKV und PKV.

Weitere Hürden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Neben langen Wartezeiten können auch ein eingeschränkter Leistungskatalog mit zahlreichen Ausschlüssen, ein verpflichtendes Gatekeeping mit einer Einschränkung der freien (Fach-)Arztwahl und empfindliche obligatorische Zuzahlungen die von den Patienten gewünschte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen behindern. Die GKV sieht gegenüber anderen sozialen Krankenversicherungssystemen im internationalen Vergleich einen sehr umfangreichen Leistungskatalog vor. Im Unterschied zur GKV enthält z.B. das Basispaket der sozialen Krankenversicherung in den Niederlanden weder physiotherapeutische noch zahnmedizinische Leistungen. Die zahnmedizinische Versorgung gehört in fast keinem der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme und auch nicht in der Schweiz zum Katalog der obligatorischen Krankenversicherung. Die Arzneimittelversorgung basiert in nahezu allen Ländern auf Positivlisten, die den Leistungsanspruch der Patienten begrenzen. Dagegen erstattet die GKV als einzige soziale bzw. gesetzliche Krankenversicherung in der Europäischen Union (EU) alle rezeptpflichtigen neuen Medikamente unmittelbar nach ihrer Zulassung.

Verpflichtendes Gatekeeping stellt für die Patienten insofern eine Zugangshürde zur gewünschten Gesundheitsversorgung dar, als es die freie Arztwahl einschränkt. Während die Patienten in der GKV die Freiheit besitzen, zwischen Haus- und Fachärzten nach ihren Präferenzen auszuwählen, sieht ein verpflichtendes Gatekeeping eine Registrierung beim Hausarzt vor und für eine Behandlung beim Facharzt benötigt der Patient entweder eine Überweisung oder er muss sich den Zugang zum Facharzt mit einer Zuzahlung erkaufen. Deutschland bietet in der GKV den Patienten neben einigen wenigen Ländern, wie Luxemburg und Österreich, den freien Zugang zum Facharzt. Eine Einschränkung der Wahlfreiheit liegt allerdings nicht vor, wenn sich ein Versicherter freiwillig in ein Gatekeeping-System einschreibt und damit die Notwendigkeit einer erforderlichen Überweisung zum Facharzt vertraglich akzeptiert.

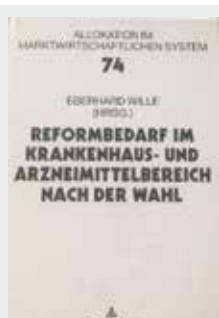
Empfindliche Zuzahlungen können Patienten,

vor allem solche mit niedrigem Einkommen, von einer medizinisch möglicherweise gebotenen Versorgung bzw. ambulanten Behandlung abhalten. In der GKV müssen die Versicherten bzw. Patienten auch im internationalen Vergleich nur moderate Zuzahlungen leisten, wobei zudem noch einkommensabhängige Überforderungsklauseln gelten. Der Anteil der Zuzahlungen, der zu fast 50% auf die Kostenbeteiligung beim Zahnersatz entfällt, macht derzeit mit sinkender Tendenz etwa 3,2% an den gesamten Ausgaben der GKV aus. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung erhebt die GKV überhaupt keine Zuzahlungen. Bei der zahnmedizinischen Versorgung weist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich einen relativ geringen Anteil an Patienten auf, die aus finanziellen Gründen auf eine entsprechende Behandlung verzichten.

In nahezu allen Ländern besitzen die Versicherten die Möglichkeit, für bestimmte erwünschte Leistungen, die der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung nicht bietet, eine private Zusatzversicherung abzuschließen oder die betreffenden Leistungen aus eigener Tasche zu begleichen. Es liegt nahe, dass gerade in Ländern mit einem eingeschränkten Leistungskatalog in der sozialen Krankenversicherung, starker Rationierung und obligatorischem Gatekeeping mit langen Wartezeiten zahlreiche Versicherte auf den privaten Krankenversicherungsmarkt ausweichen.

In Großbritannien z.B. sehe sich die Versicherten, die eine Rationierung von Leistungen oder zu lange Wartezeiten umgehen möchten, gezwungen, die gesamte Gesundheitsversorgung ohne eine Verrechnung mit der Leistungsgewährung des National Health System (NHS) privat abzuschließen oder aus eigener Tasche zu bezahlen. Die Klassenunterschiede in der ambulanten medizinischen Versorgung fallen deshalb in den meisten steuerfinanzierten Gesundheitssystemen erheblich stärker aus als in Deutschland, wo die GKV mit einem sehr umfangreichen Leistungskatalog, einer moderaten Zuzahlung, freier Arztwahl und geringen Wartezeiten allen Versicherten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung garantiert.

Unabhängig von der Finanzierung der jeweiligen Gesundheitssysteme besteht in fast allen europäischen Ländern im ambulanten Bereich eine ungleiche Verteilung der niedergelassenen Ärzte zwischen Ballungszentren und strukturschwachen ländlichen Regionen. Insofern steht auch die Gesundheitspolitik in Deutschland vor der Aufgabe, den Bürgern eine flächendeckende medizinische Versorgung auf einem gleich hohen Niveau zu gewährleisten. In diesem Kontext bewirkt eine einheitliche Gebührenordnung,



Angaben zum Buch:

Reformbedarf im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich nach der Wahl
 22. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen
 Reihe: Allokation im marktwirtschaftlichen System
 Herausgeber: Eberhard Wille
 Verlag: Peter Lang, Berlin 2018
 ISSN 0939-7728
 ISBN 978-3-631-76749-8 (Print)
 E-ISBN 978-3-631-77137-2 (E-PDF)
 DOI: <https://doi.org/10.3726/b14822>
 Formate: EPUB/PDF/Print
 Preis: 46,70 Euro
 Link: https://www.peterlang.com/view/9783631771389/html/06_Frontmatter04.xhtml

dass wegen regional unterschiedlichen Verteilung der privat Versicherten bei einer aufkommensneutralen Einebnung von EBM und GOÄ die niedergelassenen Ärzte in den Ballungszentren geringere und diejenigen in den strukturschwachen Gebieten höhere Honorare erhielten. Diese regionale Umverteilung der Honorare könnte im Sinne der Befürworter einer einheitlichen Gebührenordnung der Landflucht der niedergelassenen Ärzte entgegenwirken. Diese These überschätzt jedoch die Bedeutung der Honorare auf die Standortwahl niedergelassener Ärzte.

Zunächst erzielen die Haus- und Fachärzte in strukturschwachen ländlichen Gebieten schon heute tendenziell nicht niedrigere, sondern häufig höhere Honorare als in Ballungsgebieten, wenn auch mit einem spürbar vermehrten Arbeitseinsatz. Zudem spielt für die Niederlassungsentscheidungen der ambulant tätigen Ärzte, wie Umfragen belegen, das Umfeld für die Familie, d.h. die Arbeitsmöglichkeiten für den Partner, die Betreuungs- und Bildungsmöglichkeiten für die Kinder, die Verkehrsstruktur und die Freizeitangebote die entscheidende Rolle und erst danach kommen finanzielle Faktoren. Schließlich besitzen die KVen die Möglichkeit, mit Hilfe von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V niedergelassene Ärzte in diesen Regionen finanziell zu unterstützen.

Fazit: Einheitliche Gebührenordnung mit mehr Nach- als Vorteilen für die Versicherten

Die GKV zeichnet sich im internationalen Vergleich der sozialen Krankenversicherungssysteme durch eine einmalige Kombination aus umfangreichem Leistungskatalog, unbegrenzter Wahlfreiheit zwischen Haus- und Fachärzten, geringen Wartezeiten der Patienten, mode-

raten Zuzahlungen und schnellem Zugang zu innovativen Behandlungsmöglichkeiten aus. Diese Vorzüge bei der Inanspruchnahme der gewünschten Gesundheitsleistungen erwachsen für die gesetzlich Versicherten auch aus der Dualität zwischen GKV und PKV sowie den zugehörigen unterschiedlichen Gebührenordnungen. Da im Unterschied zur GKV die PKV auch im ambulanten Bereich keinen Erlaubnisvorbehalt für neue Gesundheitsleistungen durch den GBA kennt und diese auch höher vergütet, übernimmt sie im Gesamtsystem die Rolle des Vorreiters bei Innovationen. Dadurch gerät die GKV in politischer und wettbewerblicher Hinsicht quasi unter Zugzwang, sodass mittelbar auch die Versicherten der GKV von der innovativen Flexibilität der PKV profitieren. Ein für die Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte aufkommensneutraler Übergang zu einer einheitlichen Gebührenordnung würde den Versicherten der GKV zunächst eine Erhöhung ihrer Beitragssätze, aber nahezu keine Vorteile bei den Wartezeiten bringen. Zudem droht dieser Eingriff in die bestehende Dualität der beiden Systeme die derzeitigen im internationalen Vergleich nahezu einmaligen Zugangsmöglichkeiten der gesetzlich Versicherten zu den gewünschten Gesundheitsleistungen auf Dauer zu gefährden.

Nach einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach bewerten 91% der privat Versicherten und 86% der gesetzlich Versicherten die Gesundheitsversorgung in Deutschland als „gut“ oder „sehr gut“. Mit ihrer eigenen medizinischen Versorgung äußerten 96% der privat Versicherten und 85% der gesetzlich Versicherten ihre Zufriedenheit. Diese äußerst positive Resonanz bei den Bürgern schließt nicht aus, dass das deutsche Gesundheitssystem noch zahlreiche Möglichkeiten, insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren, für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung bietet. Zu den hierzu erforderlichen Reformen gehört eine einheitliche Gebührenordnung jedoch eindeutig nicht. Die teilweise ideologische Debatte um dieses Thema lenkt eher von den eigentlichen Problemen des deutschen Gesundheitswesens ab. <<

Autoren:

Prof. Dr. Eberhard Wille (hatte von 1975 bis 2010 den Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim inne und war bis Ende 2018 Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) und Prof. Dr. Volker Ulrich (Lehrstuhlinhaber an der Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbesondere Finanzwissenschaft)

Förderung für Versorgungsforschung

>> Mit je zwei Leitlinien und Handlungsfeldern will das „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung“ Forschung und Innovation fördern, um – so die selbstgesetzte Mission des BMBF – „die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen verbessern“. Das Rahmenprogramm ist in die Hightech-Strategie 2025 eingebettet und leistet einen maßgeblichen Beitrag zur internationalen Gesundheitsforschung in Kooperation mit europäischen und internationalen Partnern. Ziel des Programms ist es, den medizinischen Fortschritt rascher zu den Patientinnen und Patienten zu bringen und den Standort Deutschland in der Gesundheitsforschung an die internationale Spitze zu führen.

Während die beiden Leitlinien („Der Mensch im Mittelpunkt“, „Personalisierung und Digitalisierung als Schlüssel“) die Metathemen beschreiben, skizzieren die drei Handlungsfelder die Schwerpunkte der künftigen Gesundheitsforschungspolitik, die das BMBF im Rahmen der vorhandenen Haushaltsvorsorge realisieren will. Dabei soll kein Handlungsfeld für sich allein stehen, da verschiedene Aktivitäten zwei oder alle drei Handlungsfelder miteinander verbinden, was auch gewollt ist, denn so könnten sie noch mehr Wirkung erzielen.

Im Handlungsfeld 1 „Forschungsförderung – Krankheiten vorbeugen und heilen“ soll neben der Ursachenforschung von Volkskrankheiten und globalen medizinischen Forschungsaufgaben auch die Public-Health-Forschung mit einer „zukunftsweisenden Strategie“ ausgebaut werden. So sollen Präventions- und Versorgungsmodelle auf verschiedene Bevölkerungsgruppen ausgerichtet, die Kinder- und Jugendgesundheit ins Zentrum gerückt sowie Wege zur Förderung der Gesundheit sozial benachteiligter Menschen aufgezeigt und Modelle für eine bessere Versorgung auf dem Land entwickelt werden.

Doch auch die Versorgungsforschung soll gestärkt werden. Neben dem Innovationsfonds, mit dem innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte und Vorhaben der praxisnahen Versorgungsforschung substantiell gefördert würden, spielen die Versorgungsforschung auch in der Ressortforschung des Bundesministeriums für Gesundheit eine zentrale Rolle.

Das BMBF will nun darüber hinaus die Versorgungsforschung in Bereichen der Grundlagenforschung und Methodenentwicklung sowie durch gezielte Fördermaßnahmen zu forschungspolitisch besonders bedeutsamen Themen (wie zu Fragen der Versorgung im ländlichen Raum und zu Fragen der Pflege) unterstützen. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

DKVF 2019: Call for Abstract bis zum 31. März 2019

Gemeinsam Verantwortung übernehmen für ein lernendes Gesundheitssystem

Der 18. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) wird unter dem Motto „Gemeinsam Verantwortung übernehmen für ein lernendes Gesundheitssystem“ vom 9. bis 11. Oktober 2019 in der Urania Berlin stattfinden. Der Kongress verdeutlicht mit diesem Motto, wie die Versorgungsforschung durch die Integration der Perspektiven von Patienten mit allen anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung sowie durch die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Regelversorgung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitssystems beiträgt. Zur Einreichung von Beiträgen laden Sie der Kongresspräsident, Prof. Dr. med. Jochen Schmitt (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung an der Universitätsmedizin Dresden), und das DNVF herzlich ein. Die Deadline zur Beitragseinreichung ist der 31. März 2019.

>> Der 18. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung legt in diesem Jahr seinen thematischen Schwerpunkt auf den transferorientierten und integrativen Charakter der Versorgungsforschung. Im Rahmen des Kongresses sollen insbesondere Forschungsvorhaben präsentiert werden, die sich mit der gemeinsamen Verantwortung aller beteiligten Akteure im deutschen Gesundheitssystem für die evidenzgeleitete Weiterentwicklung einer guten Versorgung für die Patientinnen und Patienten beschäftigen. Folglich liegt ein besonderes Augenmerk auf den Themen Versorgungsziele, Konsentierungsmethoden und Bürgerbeteiligung. Als weitere wichtige Themen der Versorgungsforschung werden erste Ergebnisse aus dem Innovationsfonds, von BMBF-geförderten Projekten aus der Versorgungsforschung sowie Best Practice-Beispiele für den Transfer von Forschungsergebnissen in die Routineversorgung vorgestellt. Auch die Themen Versorgungsqualität und Patientenzentrierung werden wie in den Kongressen der Vorjahre wieder eine zentrale Rolle spielen.

Der Kongress bietet darüber hinaus ein Forum für die Diskussion neuer Evidenz zu innovativen digitalen Medizinprodukten und zu Versorgungsmodellen auf Basis moderner Kommunikationstechnologien.

Der DKVF lebt durch seine unterschiedlichen Beitragsarten mit Plenarsitzungen,

Symposien, Podiumsdiskussionen, Postersessions und Science Slams, welche spannende Kongresstage garantieren. Nutzen Sie den Kongress zur Präsentation Ihrer Forschungsergebnisse, zur Diskussion und zum fachlichen Austausch und nicht zuletzt zum Voneinander lernen, denn es werden in 2019 bis zu 1.000 Besucher aus Wissenschaft, Klinik, Patientenvertretern, Gesundheitswirtschaft und Politik erwartet.

Die Eröffnungsveranstaltung des Kongresses wird beleuchten, wie ein „lernendes Gesundheitssystem“ national aber auch international verstanden wird. Strukturelle Qualitätsmaßnahmen zur Verbesserung der Versorgung anhand mehrerer Best Practice-Beispiele bilden den Schwerpunkt der Plenarsitzung am folgenden Kongresstag.

Zwei international renommierte Wissenschaftlerinnen sind unserer Einladung als Referentinnen für die Plenarsitzungen des dritten Tages gefolgt. Prof. Paula Williamson vom Institute of Translational Medicine, University of Liverpool, wird einen Überblick zu Core-Outcome-Sets und deren Implementierung und Übertragung in Leitlinien geben. Ein weiterer internationaler Beitrag zu dieser Plenarsitzung wird von Dr. Christina Rånge- mark Åkerman geliefert. Sie war langjährige Präsidentin des International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) und Seniorpartnerin des Institute for Strategy

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein neues Jahr hat begonnen und viele Herausforderungen und gemeinsame Vorhaben liegen vor uns. Das DNVF wird wieder an vielen Ihrer Veranstaltungen und Kongresse mit der Expertise unserer Mitglieder aktiv teilnehmen.



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

Wir werden für alle Interessierten vom 1. bis 4. April 2019 wieder die Spring School durchführen, das 7. Forum Versorgungsforschung zum Thema „Forschungsbedarf und Ergebnistransfer – Gemeinsam entwickeln“ am 8. Mai 2019 und den 18. Kongress für Versorgungsforschung mit der Thematik „Gemeinsam Verantwortung übernehmen für ein lernendes Gesundheitssystem“ vom 9. bis 11. Oktober 2019.

Dies sind nur einige Beispiele, die Sie in dieser Ausgabe auch ausführlicher dargestellt finden.

Ich möchte Sie ganz herzlich einladen mit uns diese Schwerpunkte mitzugestalten und durch fruchtbare Diskussionen zu prägen. Für alle Anregungen, Wünsche und neue Vorhaben zur Stärkung und Lebendigkeit unseres Netzwerkes sind wir dankbar und offen.

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung damit wir unsere Mission „Zusammen mit unseren Mitgliedern schaffen wir als DNVF wichtige Voraussetzungen für evidenzbasierte Entscheidungen zur Verbesserung der Versorgung und der Gesundheit der Bevölkerung“ weiter voranbringen.

Die Geschäftsstelle des DNVF befindet sich zurzeit im Umzug von Köln nach Berlin mit vielen neuen Herausforderungen und der Einstellung neuer Mitarbeiter, die wir Ihnen ganz zeitnah vorstellen werden. Auch für uns als Vorstand beinhaltet das neue Aufgaben und Möglichkeiten, die wir mit Freude gemeinsam aufgreifen und gut zu bewältigen versuchen.

Mit allen guten Wünschen für Sie, Ihre Familien und Mitarbeiter für ein gesundes und ereignisreiches Neues Jahr 2019 voller Freude und Leben

Ihre

PD Dr. Monika
Klinkhammer-Schalke,
Vorsitzende des DNVF e.V.

and Competitiveness (ISC) an der Harvard Business School.

Auch beim DKVF 2019 werden die Sitzungen in erster Linie aus den eingereichten Beiträgen zusammengestellt. Abstracts können zu 14 Themen eingereicht werden.

Darüber hinaus ist aber auch die Einreichung von Beiträgen zu freien Themen möglich. Beiträge werden als Vorträge, Poster oder für den Science Slam akzeptiert.

Eine Besonderheit des diesjährigen Call for abstract ist, dass Sie neben der inhaltlichen Zuordnung Ihres Beitrages auch festlegen können, ob der Beitrag eher den Fokus auf der wissenschaftlichen Methodik, der Ergebnispräsentation oder dem Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis haben soll. Mit dieser Einteilung soll es den Kongressbesuchern erleichtert werden, noch gezielter die Vorträge und Sessions auszuwählen, die für Sie von Relevanz sind.

Das Kongressteam aus Dresden (Abb.) und eine interprofessionell besetzte Gutachterkommission werden den Kongresspräsidenten und das Programmkomitee bei der Auswahl der Beiträge für den Kongress unterstützen.

Alle Informationen zur Abstract-Einreichung stehen auf der Kongresswebseite bereit: www.dkvf2019.de <<

von:
Prof. Dr. Jochen Schmitt
und
Denise Küster

Das Kongressteam aus Dresden



Prof. Dr. Jochen Schmitt



Denise Küster



Felix Walther



Toni Lange

7. DNVF-Forum Versorgungsforschung

„Forschungsbedarf und Ergebnistransfer – Gemeinsam entwickeln“

>> Das 7. DNVF-Forum Versorgungsforschung des DNVF „Forschungsbedarf und Ergebnistransfer – Gemeinsam entwickeln“ findet am 8. Mai 2019 von 10:30 - 14:30 Uhr im KARL STORZ Besucher- und Schulungszentrum in Berlin statt.

Ziel der Versorgungsforschung ist es, die Gesundheitsversorgung in den unterschiedlichen Ebenen und in der Breite zu verbessern. Viele Projekte sind hierzu auf dem Weg und werden mit hohem Engagement vorangetrieben. Denken wir von der Versorgung aus, müssen wir offene Fragen erkennen und aufnehmen, den Forschungsbedarf ableiten, die Forschung mit adäquaten Designs in die richtigen Settings implementieren und die Ergebnisse zielgerichtet und zeitnah wieder in die Praxis übersetzen und umsetzen.

Doch wie gelingt dieser Kreislauf? Welche Maßnahmen brauchen wir, damit die relevanten Fragestellungen der Praxis in die

Forschung aufgenommen und beantwortet werden sowie im Anschluss auch zeitnah wieder in der Versorgung bei Behandlern und/oder Betroffenen ankommen?

In diesem Forum wollen wir diese für die Versorgungsforschung zentralen Fragen zunächst von Seiten bisher vorhandener Förderschwerpunkte des BMBF, internationaler Beispiele, des Innovationsfonds, der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen aufgreifen. Vor allem die Sicht des Versorgers und die Anliegen der Teilnehmer werden ein Mittelpunkt dieses Forums sein, um in der anschließenden Podiumsdiskussion ein gemeinsames Vorgehen zu diskutieren und voranzubringen.

Wir möchten Sie herzlich zum 7. DNVF Forum Versorgungsforschung einladen und freuen uns jetzt schon, Sie in Berlin begrüßen zu können und mit Ihnen engagiert zu diskutieren. <<

>> Link: <https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=7-dnvf-forum-versorgungsforschung>

Gefördert durch die Stiftung Kindness for Kids

Stiftungs-Professur „Versorgungsforschung bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter“ am UKE

Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) wurde zum 1. Januar 2019 eine neue Professur für „Versorgungsforschung bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter“ implementiert. Die Stiftungsprofessur wird für fünf Jahre bis 2023 von der Stiftung Kindness for Kids gefördert und ist angesiedelt am Institut und der Poliklinik für Medizinische Psychologie (Direktor: Prof. Dr. Dr. Martin Härter). Es handelt sich um eine Brückenprofessur, an der sich auch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin (Direktorin: Prof. Dr. Ania C. Muntau) und die Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (Direktor: Prof. Dr. Stefan Rutkowski) beteiligen und die eng mit dem Martin Zeitz Centrum für Seltene Erkrankungen am UKE (wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. Christoph Schramm) und dem Center for Health Care Research am UKE kooperieren wird.

>> In Deutschland leben etwa vier Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung. Seltene Erkrankungen sind meist nicht heilbar und sehr häufig genetisch bedingt oder mitbedingt. Etwa die Hälfte der seltenen Erkrankungen zeigen bereits im Kindesalter erste Symptome. Die Patientinnen und Patienten und deren Familien sind mit besonderen Herausforderungen und Versorgungsbedingungen konfrontiert. Sie benötigen eine umfassende und spezialisierte Versorgung, wobei gleichzeitig über viele seltene Erkrankungen nur wenig Informationen verfügbar und zudem vorhandene Informationsmöglichkeiten vielen Betroffenen nicht bekannt sind.

Die Seltenheit der Erkrankungen führt oftmals zu Verzögerungen in der Diagnosestellung. Auch ist aufgrund der jeweils geringen Anzahl Betroffener eine fachlich angemessene Versorgung häufig nur in singulären hoch spezialisierten Zentren realisierbar. Von einer flächendeckenden Versorgung

ist in der Regel nicht auszugehen, was für die Betroffenen unter Umständen weite Wege bedeutet.

Die Professur „Versorgungsforschung bei seltenen Erkrankungen im Kindesalter“ wurde besetzt mit Prof. Dr. Corinna Bergelt, die sich durch langjährige Erfahrung und Expertise im Bereich Versorgungsforschung auszeichnet. Sie hat zahlreiche Forschungsvorhaben zur Versorgung chronischer Erkrankungen, mit einem Fokus auf Krebserkrankungen, zu patientenorientierter Versorgung und zu Arzt-Patienten-Kommunikation erfolgreich durchgeführt und ist Expertin im Bereich chronische Erkrankung und Familie.

Die Forschungsagenda: Die zentralen Forschungsthemen und -fragen der Professur werden sich auf die Versorgungssituation der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern und Geschwister beziehen. Als Gegenstand der Forschung sind hier unterschiedliche Versorgungsmodelle und deren Evaluation ebenso von Interesse, wie bspw. die Adressierung von Schnittstellenproblemen in der sektorenübergreifenden Versorgung und transitionsmedizinische Fragestellungen (Übergang von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin). Ein weiterer Schwerpunkt der Professur wird in Analysen zur psychosozialen Situation, zur Lebensqualität und zu Belastungen von betroffenen Kindern sowie deren Eltern und Geschwistern



Stiftung für Kinder mit Seltenen Erkrankungen

bestehen. Dabei werden Unterstützungsbedürfnisse und Unterstützungsangebote ebenso wie deren Inanspruchnahme und Wirksamkeit und die Zufriedenheit der betroffenen Familien, die die Angebote in Anspruch nehmen, untersucht werden.

Bei Interesse an der Professur und den Forschungsfragen gerne Kontakt aufnehmen: Prof. Dr. Corinna Bergelt (Mail: bergelt@uke.de). <<



Prof. Dr. Corinna Bergelt

UTC stellt sich neu auf

Das Universitäre Transplantations Centrum (UTC) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) hat eine neue Struktur. Damit sollen Abläufe und Strukturen noch besser auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten vor, während und nach einer Organtransplantation ausgerichtet werden. Außerdem sollen Forschung und Lehre im Bereich Transplantationsmedizin gestärkt werden. Geleitet wird das UTC von Priv.-Doz. Dr. Florian Grahammer aus der III. Medizinischen Klinik des UKE. In der neugeschaffenen Position eines Forschungs koordinators im UTC setzt sich künftig Priv.-Doz. Dr. Malte Kluger, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, für die Entwicklung eines Forschungsprogramms ein, das insbesondere die Grundlagenforschung als auch klinische und epidemiologische Forschung beinhaltet.

7. DNVF-Spring-School, 01. bis 04. April 2019, GSI Bonn

Jetzt anmelden: Frühbucherrabatt bis 3. Februar 2019

Vom 01.04. bis zum 04.04.2019 wird nun schon zum siebten Mal die Spring-School des DNVF stattfinden. Auch dieses Mal steht für Sie ein breites Kursangebot im Umfang von insgesamt 18 Modulen bereit.

>> Neben zahlreichen bewährten Modulen wurden auch einige neue Module in das Programm der DNVF-Spring-School 2018 aufgenommen, so zum Beispiel die Fortgeschrittenen-Module „Implementierungsforschung im Gesundheitswesen“ (ID 5) und „Gesundheitsökonomische Evaluation versorgungsbezogener komplexer Interventionen – methodische Herausforderungen“ (ID 12).

Ergänzt wird das Kursprogramm durch zwei spannende Vortragsabende. Am ersten

Vortragsabend (2.4.19) referieren Herr Prof. Dr. Gerd Glaeske (SOCIUM, Bremen) und Herr Dr. Frank Verheyen (Leiter Arzneimitteldistribution Techniker Krankenkasse (TK)) zum Thema „Transfer braucht Evaluation – vorher und nachher! Wechselwirkung zwischen Versorgungsmodellen und Versorgungsforschung als Basis für Veränderungen...“. Herr Christian Klose (Ständiger Vertreter der Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovation“ im Bundesministerium für Gesundheit) wird am zweiten Vortragsabend (3.4.19) zum Thema

„Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung und Ergebnistransfer“ referieren sowie Frage und Antwort stehen. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

Das komplette Seminarprogramm und die Beschreibung aller 18 Module finden Sie auf der Webseite des DNVF e.V. (www.dnvf.de).

Die Online-Anmeldung ist freigeschaltet und bis zum 3. Februar ist die Anmeldung zum Frühbucherrabatt möglich. Die Vergabe der begrenzten Plätze erfolgt nach Eingang der Anmeldungen. <<

Kurse	Referenten
Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen <small>basic</small>	Prof. Dr. N. Ernstmann, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Dr. T. Lunau, Dr. N. Pohontsch, Dr. N. Scholten
Evaluieren und Implementieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Theorien und Methoden <small>basic</small>	Prof. Dr. L. Ansmann, Prof. Dr. M. Hellmich
Patient-Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen <small>basic</small>	Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, Prof. Dr. M. Koller
Patient-Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis <small>advanced</small>	Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke, Prof. Dr. M. Koller
Implementierungsforschung im Gesundheitswesen <small>advanced</small> NEU	Prof. Dr. M. Wensing, Prof. Dr. S. Kuske
Komplexe Interventionen: Methoden zur Entwicklung und Evaluation <small>basic</small>	Dr. R. Möhler
Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Erstellung von systematischen Reviews/Evidenzsynthesen <small>advanced</small>	Dr. R. Möhler
Definition und Planung von Registern <small>basic</small>	Prof. Dr. J. Stausberg
Datenschutz in der Versorgungsforschung <small>basic</small>	Dr. J. Drepper, Prof. Dr. K. Pommerering
Routinedaten in der Versorgungsforschung: Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage und praktische Beispiele <small>advanced</small>	Prof. Dr. F. Hoffmann, Prof. Dr. J. Schmitt
Gesundheitsökonomische Evaluation versorgungsbezogener Interventionen – methodische Grundlagen <small>basic</small>	Dr. A. Alayli, Dr. D. Müller, Prof. Dr. S. Stock
Gesundheitsökonomische Evaluation versorgungsbezogener komplexer Interventionen – methodische Herausforderungen <small>advanced</small> NEU	Dr. A. Alayli, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Prof. Dr. J. Köberlein-Neu, Dr. M. Vomhof
Mixed-Methods-Studien – Grundgedanken, Varianten, Potenziale und Herausforderungen der Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden für die Versorgungsforschung <small>basic</small>	Prof. Dr. C. Holmberg, Dr. N. Pohontsch
Gruppendiskussionen als qualitative Methode in der Versorgungsforschung <small>advanced</small>	Dr. K. Klindtworth, Dr. M. Xyländer
Qualitätsindikatoren – Entwicklung, Auswahl und Interpretation <small>basic</small>	Dr. D. Boywitt, Dr. K. Döbler, Prof. Dr. M. Geraedts
Publizieren wissenschaftlicher Ergebnisse der Versorgungsforschung <small>basic</small>	Dr. R. Palm, Prof. Dr. M. Wensing
Systematische Reviews <small>basic</small>	Prof. Dr. C. Apfelbacher, S. Deckert
Drittmittel für eigene Projekte einwerben <small>basic</small>	Dr. A. L. Brütt, Dr. A. Buchholz

Die Referenten der Spring-School 2019					
					
Alayli	Ansmann	Apfelbacher	Boywitt	Brütt	Buchholz
					
Deckert	Döbler	Drepper	Ernstmann	Farin-Glattacker	Geraedts
					
Hellmich	Hoffmann	Holmberg	Icks	Klindtworth	Klinkhammer-S.
					
Köberlein-Neu	Koller	Lunau	Möhler	Müller	Palm
					
Pohontsch	Pommerering	Schmitt	Scholten	Stausberg	Stock
					
Vomhof	Wensing	Xyländer			



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

eMail: info@dnvf.de



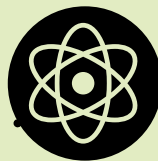
Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

09. - 11.10.2019 | Urania - Berlin

Save the date

18. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



**Kongresstitel 2019:
Versorgungsforschung:
Gemeinsam Verantwortung übernehmen für
ein lernendes Gesundheitssystem**

**Kongresspräsident:
Prof. Dr. med.
Jochen Schmitt, MPH**
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

www.dkvf.de



Dr. phil. Jan Breitzkreuz
Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH
Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

Saisonale Pollenallergien bei Kindern und Jugendlichen – Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie

Die pollenbedingte allergische Rhinitis (Heuschnupfen) gehört zu den häufigsten allergischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Schmitz et al. 2017). In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz eines ärztlich diagnostizierten Heuschnupfens bei den 3 bis 17-Jährigen 9,9% (Poethko-Müller et al. 2018). Dabei kommt es zu einer allergischen Reaktion der Nasenschleimhaut sowie der Augenbindehaut auf bestimmte Pollen, zum Beispiel die der Birke, welche unter anderem zu vermehrter Sekretion, Niesen, Einschränkungen bei der Nasenatmung und Juckreiz führt. Obwohl die Symptome einer Pollenallergie sehr belastend sein und die Lebensqualität und auch den schulischen Erfolg sehr einschränken können, werden sie häufig bagatellisiert (Greiner et al. 2011). Darüber hinaus werden der allergischen Rhinitis und deren Folgeerkrankungen, zum Beispiel Asthma bronchiale und später COPD, hohe direkte und indirekte volkswirtschaftliche Kosten zugeschrieben (Pfaar et al. 2014).

>> Kinder und Jugendliche leiden häufig an mehreren atopischen Erkrankungen gleichzeitig oder entwickeln im Verlauf unterschiedliche Ausprägungen einer solchen. So ist ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von pollenbedingter allergischer Rhinitis, Asthma bronchiale und Neurodermitis bekannt (Jacob et al. 2016). Insbesondere pollenbedingte allergische Rhinitis und Asthma bronchiale treten häufig gemeinsam auf. Das Risiko, an Asthma bronchiale zu erkranken, ist beim Vorliegen einer allergischen Rhinitis etwa vierfach erhöht (Shaban et al. 2008). Wichtig ist es deshalb, zum einen über präventive Möglichkeiten aufzuklären und zum anderen allergische Erkrankungen besonders im Kindes- und Jugendalter angemessen zu versorgen, so lassen sich Folgeerkrankungen und Kosten positiv beeinflussen. Als einzige kausale Therapie gegen die pollenbedingte allergische Rhinitis steht die spezifische Immuntherapie (SIT) zur Verfügung. Sie kann zu einer deutlichen Symptomreduktion führen und es konnten zudem tertiärpräventive Effekte, zum Beispiel die Reduktion von Neusensibilisierungen, und ein vermindertes Asthmarisiko nachgewiesen werden (Pfaar et al. 2014). Für die SIT gegen die pollenbedingte allergische Rhinitis stehen Produkte zu Verfügung, die subkutan durch Spritzen (SCIT) oder sublingual, zum Beispiel durch Tabletten oder Tropfen (SLIT), verabreicht werden können (Pfaar et al. 2014). Obwohl die

Zusammenfassung

Saisonale Pollenallergien gehören im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie können nicht nur belastende Symptome und damit Einbußen der Lebensqualität bedingen, sondern auch Folgeerkrankungen wie Asthma bronchiale. Auf Grundlage der anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK Nordost wurden die Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie bei Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren untersucht. Innerhalb dieser Versichertengruppe beträgt die 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien 9,5%. Mit der spezifischen Immuntherapie steht für die saisonalen Pollenallergien eine kausale Therapie mit gut belegtem Nutzen zur Verfügung. Innerhalb von 5 Jahren nach erstmaliger Diagnosestellung nimmt sie mit 12% jedoch nur die Minderheit der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlich dokumentierten Diagnose in Anspruch. In Abhängigkeit von der Definition des Therapieabbruchs bricht zudem etwa die Hälfte (55% oder 48%) diese vorzeitig ab, obgleich der Therapieerfolg maßgeblich von der Persistenz beeinflusst wird.

Schlüsselwörter

AOK Nordost, GeWINO, Kinderheilkunde, Pädiatrie, spezifische Immuntherapie, Therapieadhärenz, Versorgungsforschung

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2120>

SIT die einzige kausale Therapie darstellt und ihr Nutzen als gut belegt gilt, nimmt sie nur die Minderheit der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlich bestätigten Diagnose in Anspruch. Bei den 11 bis 17-Jährigen erhielten in der zweiten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) etwa 30% der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine spezifische Immuntherapie (Poethko-Müller et al. 2018).

Entsprechend der Leitlinien sollte eine SIT über drei Jahre durchgeführt werden, wobei die Therapieadhärenz als entscheidender Faktor für den Therapieerfolg gilt (Pfaar et al. 2014). Jedoch ist der Anteil derjenigen, die eine Therapie vorzeitig abbrechen, hoch. Eine Analyse von GKV-Verordnungsdaten von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 18 Jahren ermittelte eine Persistenzrate von 44,1% im 3. Therapiejahr (Eberle et al. 2013). Um Ansätze für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer pollenbedingten allergischen Rhinitis zu finden, wurden die Inanspruchnahme der spezifischen Immuntherapie in den Nordost-Regionen sowie die Faktoren, welche die Inanspruchnahme und die Therapieadhärenz beeinflussen, untersucht.

Studienpopulation und Methodik

Grundlage der Analysen ist die anonymisierte Forschungsdatenbasis der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse mit ihren rund 1,8 Millionen Versicherten. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf den GKV Abrechnungsdaten der Jahre 2010 bis 2017. Alle Versicherten der AOK Nordost, die im jeweiligen Analysejahr mindestens 6 und höchstens 17 Jahre alt, während des betrachteten Jahres vollständig versichert waren und in den drei Bundesländern Berlin, Brandenburg beziehungsweise Mecklenburg-Vorpommern lebten, sind Teil der Studienpopulation. Im Jahr 2010 umfasst die Studienpopulation circa 128 Tausend versicherte Kinder und Jugendliche, bis zum Jahr 2017 stieg deren Anzahl auf etwa 148 Tausend an.

Auf Basis der Studienpopulation wurden verschiedene Analysen durchgeführt. Dazu zählen neben der Bestimmung von Prävalenz und Inzidenz saisonaler allergischer Rhinopathien auch deren Therapie in Form von Hyposensibilisierungen sowie die entsprechende Therapiepersistenz. Ferner fand eine Betrachtung ausgewählter Einfluss-

faktoren auf die Therapiepersistenz statt, um diese gegebenenfalls positiv beeinflussen zu können.

Bei den zugrunde liegenden Analysen wurden saisonale Allergien betrachtet, die im Rahmen dieser Untersuchung anhand des ICD10-GM-Kataloges wie folgt definiert sind: H10.1 (Akute allergische Konjunktivitis), J30.1 (Allergische Rhinopathie durch Pollen), J30.2 (Sonstige saisonale allergische Rhinopathie). Aufgrund der Chronizität dieser Erkrankung sowie der lückenhaften Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei noch geringem Leidensdruck und der erwähnten Bagatellisierung allergischer Erkrankungen wurde eine 3-Jahresprävalenz gebildet. Versicherte gelten dabei als von einer saisonalen allergischen Rhinopathie betroffen, wenn bei ihnen binnen dreier Analysejahre mindestens eine gesicherte ambulante oder eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose mit einem der oben genannten ICD10-GM-Codes dokumentiert wurde.

Während des gesamten Zeitraumes mussten sie bei der AOK Nordost vollversichert sein. Gleiches gilt für die Inzidenzbestimmung, wobei hier eine Diagnose als inzident gilt, wenn in den drei Jahren vor dem Quartal der Erstdiagnose keine derartige Diagnose erfasst wurde. Diese Prävalenz- und Inzidenzbestimmungen bilden die Grundlage für alle weiterführenden Analysen.

Zur Analyse der Behandlungen wurden die ATC-Codes aus Tabelle 1 betrachtet, die für SIT gegen saisonale Allergene in Frage kommen. Der ATC-Code V01AA20 subsumiert verschiedene Allergene. Hier wurden die tatsächlich verordneten Präparate auf PZN-Ebene betrachtet und auf saisonale Allergene eingegrenzt (Tab. 1).

Für das Jahr 2017 erfolgten Analysen hinsichtlich der Thera-

ATC-Codes für SIT	
ATC-Code	Allergen
V01AA02	Gräserpollen
V01AA05	Baumpollen
V01AA10	Blüten
V01AA20	Verschiedene

Tab. 1: ATC-Codes für SIT bei saisonalen, allergischen Rhinopathien.

pieform subkutan (SCIT) oder sublingual (SLIT). Hierfür wurden die relevanten ATC-Codes selektiert und die Informationen zur Darreichungsform auf PZN-Ebene ausgewertet.

Zur Analyse der Therapiepersistenz wurden zunächst Versicherte mit saisonaler allergischer Rhinitis selektiert. Die hiervon betroffenen Versicherten bilden die Basis zur Bestimmung derer, die eine Hyposensibilisierung (SCIT oder SLIT) begannen. Die Persistenz wurde dabei lediglich für SCIT bestimmt. Die Entscheidung für die ausschließliche Betrachtung der SCIT erfolgte, da bei dieser die Therapiepersistenz exakter zu bestimmen ist. SLIT ließen sich zwar grundsätzlich anhand der verordneten Präparate identifizieren. Hierbei kann jedoch keine Aussage zur Therapiepersistenz getroffen werden. Ferner ist eine genaue Unterscheidung der verschiedenen Schemata (präseasonal, ganzjährig) nicht möglich, wodurch die Persistenz der SLIT nur näherungsweise zu bestimmen wäre. Zumal die SLIT wesentlich seltener durchgeführt wird (siehe Ergebnisse).

Die Operationalisierung der SCIT erfolgte anhand der tagesgenau abgerechneten Gebührenordnungsposition (GOP) 30130 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018) Diese umfasst Hyposensibilisierungsbehandlungen (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en). Selbige GOP deckt allerdings auch SCIT gegen perennierende Allergene ab. Daher wurde

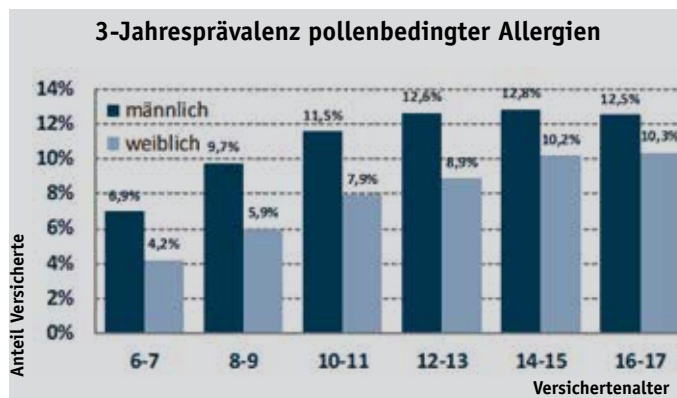


Abb. 1: 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien nach Alter und Geschlecht (2014-2016)

ferner eruiert, ob die jeweiligen Versicherten im Quartal der SCIT selbst oder den beiden Quartalen zuvor einen für die SCIT bei saisonalen Allergien relevanten ATC Code erhielten.

Ergebnisse

Prävalenz

Bei der Studienpopulation (Alter: 6 bis 17 Jahre) liegt die 3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien bei 9,5%. Mit dem Alter steigt bei Kindern und Jugendlichen auch die Rate allergischer Erkrankungen, ferner sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern offenkundig. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, liegt die 3-Jahresprävalenz bei 6-7-jährigen Jungen bei 6,9%, bei den gleichaltrigen Mädchen beträgt die Erkrankungsrate lediglich 4,2%. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenzrate sukzessive an und liegt ab dem 12. Lebensjahr bei den männlichen Versicherten bei mehr als 12%, bei den weiblichen Versicherten bei 8,9%. Allerdings steigt die Erkrankungsrate bei den weiblichen Versicherten zwar zunächst weniger stark, dafür aber länger an und erreicht den Höchstwert unter den betrachteten Altersklassen mit 10,3% erst bei den 16 bis 17-Jährigen.

Offenkundig sind dabei regionale Unterschiede: Vor allem im südlichen Brandenburg, im Osten Mecklenburg-Vorpommerns, wie auch im Osten Berlins werden Prävalenzraten von mehr als 11% verzeichnet. In ausgedehnten Gebieten im Westen Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns hingegen sind die Erkrankungsraten mit weniger als 9% durchweg unterdurchschnittlich (vgl. Abbildung 2). Ebenso sind in den küstennahen Gebieten – abgesehen von Rostock und dessen Umland – beinahe flächendeckend unterdurchschnittliche Prävalenzraten zu erkennen.

Inanspruchnahme der spezifischen Immuntherapie und Verordnungsgeschehen

Die einzige kausale Therapie allergischer Erkrankungen und gleichzeitige Möglichkeit der Sekundärprävention bieten Hyposensibilisierungen. Je früher eine SIT begonnen wird, desto wahrscheinlicher und größer ist dabei der Therapieerfolg. Ausgehend von den Versicherten mit inzidenter Allergiediagnose im Jahr 2013 – dies waren 1.845 Personen – wurde analysiert, wie viele Versicherte anteilig eine SIT begannen. Als Therapiebeginn wurde das Einlösen von Rezepten relevanter Therapeutika definiert. Als relevant gelten dabei Präparate, die bei pollenbedingten Allergien für eine SIT indiziert sind.

Abbildung 3 veranschaulicht, dass nur wenige Kinder und Jugend-

3-Jahresprävalenz pollenbedingter Allergien im Nordosten Deutschlands

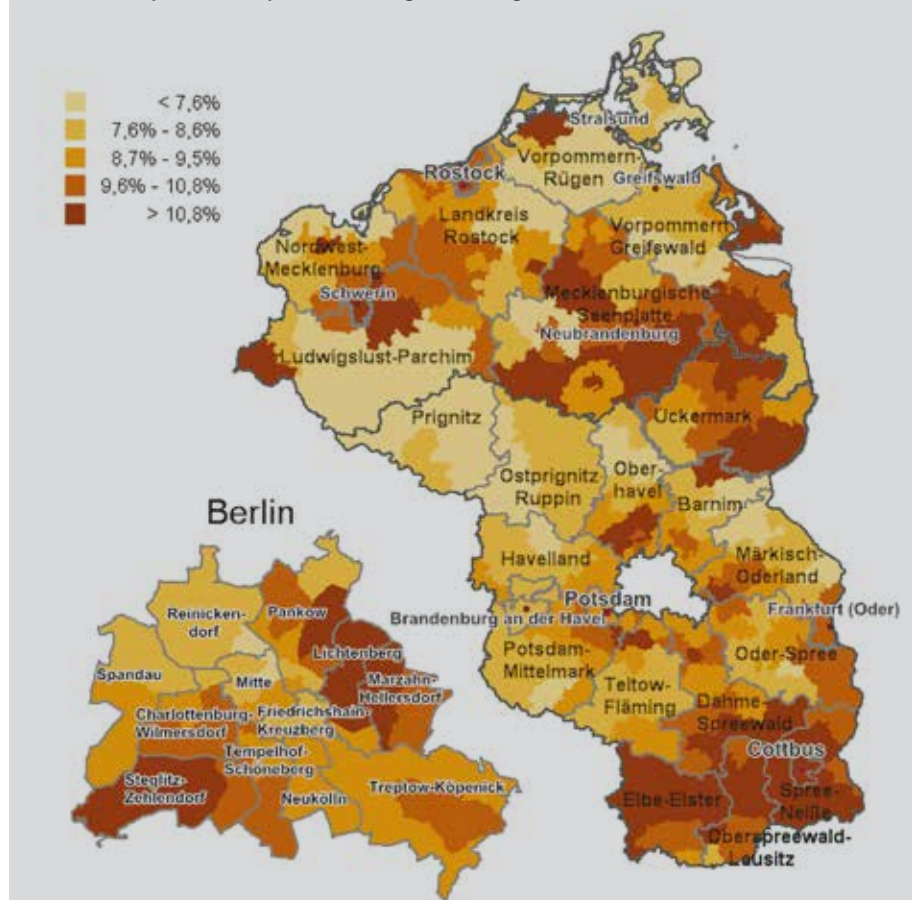


Abb. 2: 3-Jahresprävalenz (2014-2016) saisonaler Pollenallergien, alters- und geschlechtsstandardisiert, räumlich geglättet.

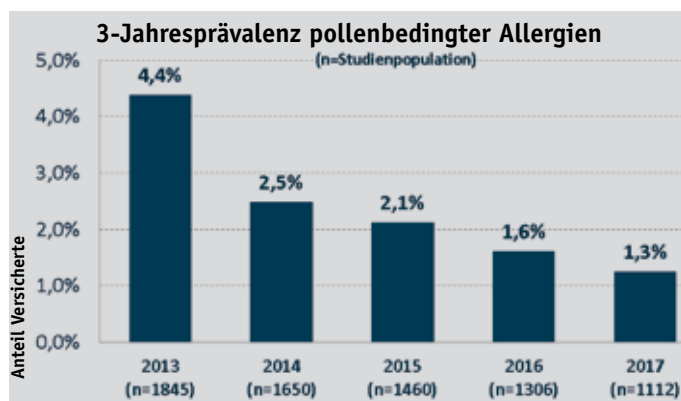


Abb. 3: Anteil Versicherte mit Erstdiagnose pollenbedingter, saisonaler Allergien im Jahr 2013 und dem Anteil der Therapiebeginner nach Jahren.

liche binnen fünf Jahren ab dem Jahr der Erstdiagnose eine SIT beginnen. Sind dies im Jahr der Erstdiagnose noch 4,4%, so sinkt die Therapiebereitschaft mit der Zeit sukzessive. Im Jahr 2017 begannen lediglich 1,3% der in diesem Jahr noch zur Studienpopulation gehörigen Versicherten eine SIT.

Zwar werden auch in den Folgejahren noch weitere Versicherte eine SIT beginnen, jedoch scheint die Therapiebereitschaft vergleichsweise gering und mit der Zeit rückläufig. Innerhalb von 5 Jahren nehmen also ca. 12% aller in 2013 erstmals diagnostizierten Kinder und Jugendlichen eine SIT in Anspruch.

Einblicke hinsichtlich der Therapieoptionen und Präferenzen

ärztlicher Fachgruppen liefert eine Betrachtung des aktuellen Verordnungsgeschehens: Analysen der Studienpopulation des Jahres 2017 mit einer SIT-Verordnung ergaben, dass Pädiater die SIT Therapie am häufigsten einleiten. Bei der untersuchten Altersgruppe führen Kinderärzte mehr SIT durch als alle anderen Fachgruppen zusammen. Verglichen mit den HNO-Ärzten – hinsichtlich der Verordnungshäufigkeit die zweitwichtigste Fachgruppe – verordnen sie mehr als doppelt so vielen Patienten Präparate für eine SIT. Insgesamt führen Pädiater 55% aller SIT durch, gefolgt von den HNO-Ärzten (25%) und den Dermatologen (10%). Für die verbleibenden 10% der Patienten mit einer SIT-Verordnung zeichnen die verbleibenden Fachgruppen verantwortlich. Für einige Folgeanalysen wurden lediglich Fachgruppen mit nennenswerten Verordnungsanteilen ausgewiesen, also Pädiater, HNO-Ärzte und Dermatologen. Die beiden erstgenannten Fachgruppen führen zusammen bereits mehr als 80% sämtlicher SIT durch.

Deutliche Disparitäten im Ordnungsverhalten bestehen bei einer differenzierteren regionalen Betrachtung: Wie erwähnt, erhalten Kinder und Jugendliche in 55% der Fälle ihre Verordnung für eine SIT vom Pädiater. Während dieser Anteil in Berlin mit 58% und 63% in Brandenburg übertroffen wird, fällt die Relevanz der Pädiater in Mecklenburg-Vorpommern (MV) mit 37% diesbezüglich deut-

lich ab (vgl. Abb. 4).

Ohnehin ist das Ordnungsverhalten der Fachgruppen in MV deutlich diverser als in den beiden anderen Bundesländern. In Berlin dominieren Pädiater und HNO das Ordnungsverhalten deutlich und versorgen gemeinsam 86% der Versicherten mit SIT-Verordnung. In Brandenburg vereinen beide Fachgruppen 80% auf sich. Gründe für die Unterschiede im Ordnungsverhalten können etwa in der Erreichbarkeit sowie der Verfügbarkeit der Facharztgruppen für die Versicherten liegen.

Die beiden hinsichtlich der Durchführung von SIT relevantesten Facharztgruppen, Pädiater und HNO-Ärzte, sollen im Folgenden genauer beleuchtet werden. Abbildung 5 visualisiert dafür die Versicherten mit einer SIT-Verordnung, anteilig differenziert nach SCIT und SLIT (siehe Abb. 5).

Zunächst ist zu erkennen, dass – über die drei Bundesländer hinweg – Pädiater mit 83% deutlich häufiger SCIT durchführen als HNO-Ärzte (66%). Besonders hoch ist deren Quote mit 92% in Berlin, am geringsten mit zwei Dritteln in MV. Des Weiteren ist über beide Fachgruppen hinweg ein regionaler Gradient ersichtlich: Berlin hat bei jeweils den höchsten Anteil an subkutanen Therapien und MV den geringsten. Brandenburg hat die mittlere Position inne. Augenfällig ist bei dieser Darstellung der vergleichsweise hohe Anteil von SLIT-Therapien in Mecklenburg-Vorpommern, vor allem bei HNO-Ärzten, wo diese einen Anteil von 43% erreichen. Beim Einbeziehen weiterer Fachgruppen wie Dermatologen und Pneumologen verfestigt sich dieses Bild: Über alle Facharztgruppen erreichen die SLIT in Mecklenburg-Vorpommern mit 36% den höchsten Anteil der drei Bundes-

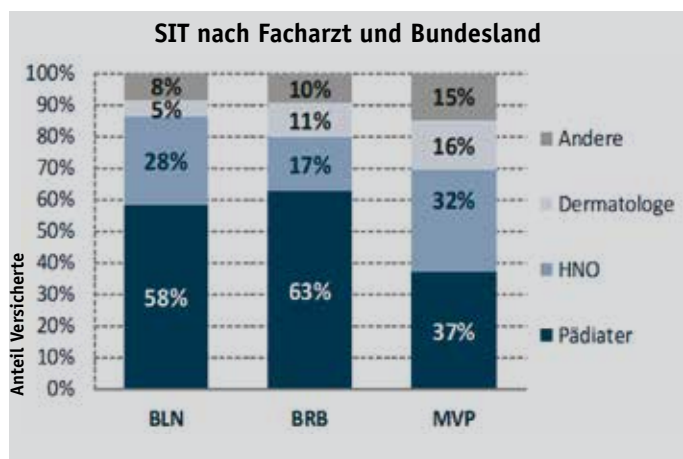


Abb. 4: Versicherte mit einer SIT nach Facharzt und Bundesland im Jahr 2017.

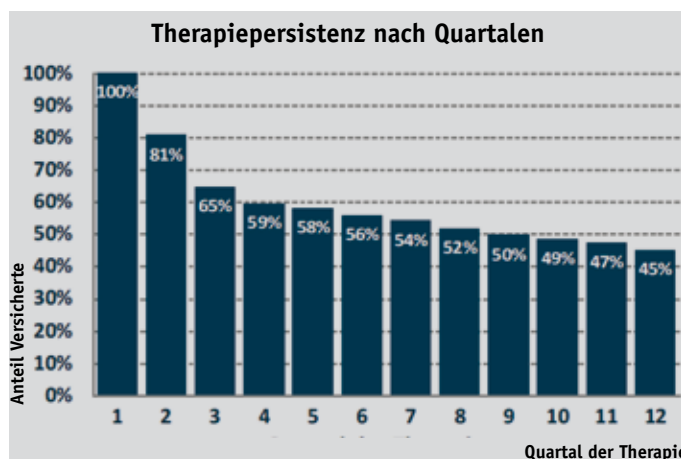


Abb. 6: Therapiepersistenz nach Quartalen ab dem Therapiebeginn.

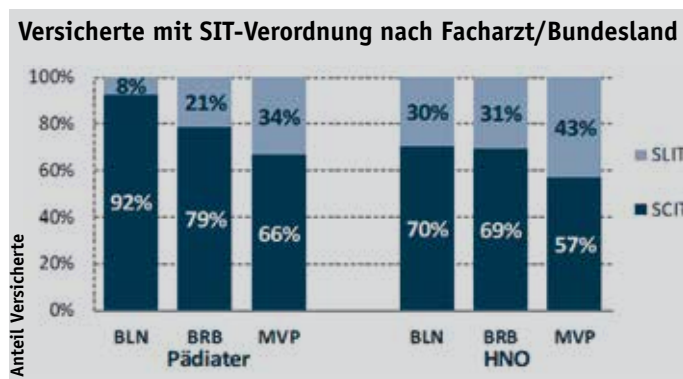


Abb. 5: Versicherte mit Verordnung für eine SIT nach Facharzt und Bundesland im Jahr 2017.



Abb. 7: Therapiepersistenz nach verschiedenen Definitionen des Therapieabbruchs.

länder. Zum Vergleich: in Brandenburg liegt deren Anteil bei 24%, in Berlin bei 14%. In diesem Kontext muss die überwiegend ländliche Prägung in Mecklenburg-Vorpommern berücksichtigt werden. Neben fachgruppenspezifischen Präferenzen kann dies als Antwort auf die weiten Wege und erodierenden Facharztstrukturen in den ländlichen Regionen von MV interpretiert werden.

Zwar bieten SIT die einzige kausale Therapieoption bei allergischer Rhinitis, allerdings sichert nur eine langfristige Therapie bestmögliche Therapieerfolge. Drei Jahre sollte die Therapie daher mindestens durchgeführt werden. Dann ist die SIT langfristig – verglichen mit einer Pharmakotherapie – zugleich kosteneffektiver (Pfaar et al. 2014). Dieser Effekt ist jedoch von der Persistenz abhängig. Die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zum Therapieabbruch einschließlich der Identifikation von Einflussfaktoren können Anhaltspunkte zur Verbesserung der Therapiepersistenz aufzeigen.

Therapiepersistenz bei SCIT

Bei den folgenden Analysen wurden ausschließlich SCIT analysiert. Diese Therapieart dominiert mit 78% gegenüber den SLIT (22%) und hat den Vorteil, dass die Persistenz anhand der Routinedaten exakt bestimmt werden kann. Denn jede einzelne Injektion wird über die GOP 30130 des EBM abgerechnet, wodurch der gesamte Therapieverlauf nachvollzogen werden kann. Die Basis für die folgenden Analysen bilden Versicherte mit einer saisonalen allergischen Rhinitis, die im Analysezeitraum eine SCIT begannen. Zuvor durfte mindestens ein Jahr keine SCIT durchgeführt worden sein, dann galten die jeweiligen Versicherten als therapienaiv. Um quantitativ belastbare Daten zu

erhalten, wurden die Kohorten quartalsweise gebildet und anschließend zeitlich übereinander gelegt. Dies betrifft den Beginn der Intervention im Zeitraum von Q1/2011 bis Q3/2014. Ab dem Quartal des Therapiebeginns wurde jeweils die gemäß Leitlinien empfohlene Mindstdauer von drei Jahren (12 Quartale) betrachtet. Damit musste eine Vollversicherung für mindestens vier konsekutive Jahre vorgelegen haben. Auch hier galt die Altersgrenze von 17 Jahren. Die ältesten Versicherten, die in die Analysen eingeschlossen wurden, waren zu Therapiebeginn damit maximal 15 Jahre alt. In Summe konnten so 637 Therapieverläufe betrachtet werden.

Die Analysen sind schrittweise aufgebaut. Das heißt, zunächst erfolgt eine strikte Definition des Therapieabbruchs. Sobald in einem Quartal keine Injektion erfolgte, galt dies als Therapieabbruch. Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse hierzu: Die Persistenz liegt am Ende der drei Jahre bei lediglich 45%. Das heißt 55% haben die empfohlene Therapiedauer nicht erreicht und somit – lt. Definition – die Therapie abgebrochen. Besonders auffällig: Die Mehrheit der Therapieabbrüche findet bereits im ersten Jahr statt. Nach einem Quartal brachen bereits 19% die Therapie ab, damit findet mehr ein Drittel aller Abbrüche bereits nach dem ersten Quartal statt. Nach dem ersten Jahr liegt die Persistenz noch bei 59%. In den folgenden beiden Jahren steigt die Abbruchquote deutlich langsamer an. Sieben Prozent der Therapien werden im zweiten Jahr abgebrochen und weitere sieben Prozent im dritten und damit letzten der betrachteten Soll-Therapiedauer.

Die Definition des Therapieabbruchs in Abbildung 6 geht von ganzjähriger SCIT aus, welche auch die überwiegende Anzahl der Versicherten erhält. Neben diesem klassischen ganzjährigen Schema

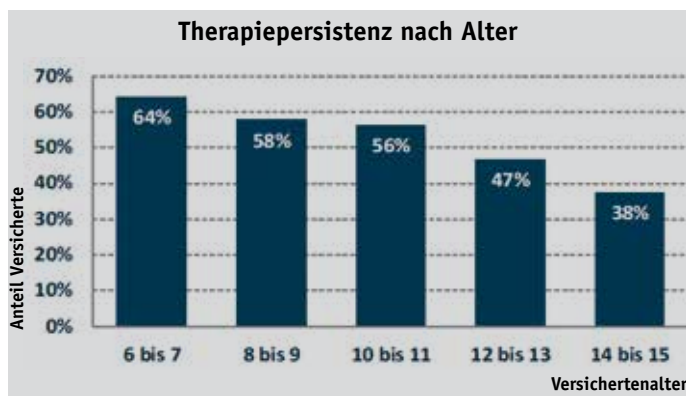


Abb. 8: Therapiepersistenz nach Alter bei Therapiebeginn.

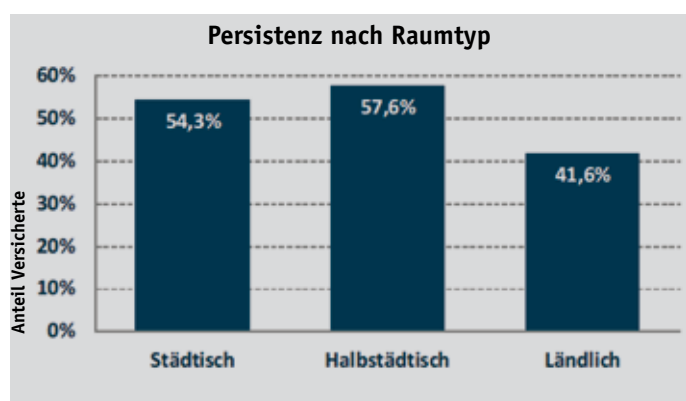


Abb. 9: Therapiepersistenz nach Raumtyp des Versichertenwohnortes bei Therapiebeginn.

gibt es jedoch auch präseasonale Schemata. Dabei kann die Therapie während der Allergiesaison gänzlich ausgesetzt werden. Im Anschluss an die Allergiesaison wird die Behandlung wieder fortgeführt. Der Goldstandard für die Behandlungsdauer von drei Jahren hingegen unterscheidet sich nicht bei den verschiedenen Varianten (Pfaar et al. 2014).

Die Berücksichtigung der präseasonalen Schemata bildet die Grundlage der weiterführenden Analysen und Darstellungen und ist wie folgt operationalisiert: Zunächst gilt für sämtliche Schemata, dass ein Wechsel zwischen ganzjährigem und präseasonalen Schema nicht erlaubt ist. Ferner gilt für die präseasonalen Schemata, dass zwei konsekutive Quartale ohne Therapie für die Persistenz unerschädlich sind.

Bei Anwendung dieser Definition erhöht sich die Therapieper-

sistenz moderat. Waren es bei der strikten Definition des Therapieabbruches 45% der Versicherten, die die Therapie drei Jahre absolvierten, sind es unter Berücksichtigung der als präseasonal definierten Schemata 52% (vgl. Abbildung 7). Das Ergebnis der differenzierteren Persistenzdefinition bildet die Grundlage für die folgenden Analysen hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren.

Wie die Analysen zeigen, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten bei Therapiebeginn und der Persistenzrate. Je jünger die Versicherten sind, desto größer der Anteil derer, die die Behandlung mindestens drei Jahre durchführen. Bei den Sechs- bis Siebenjährigen liegt die Persistenzrate bei 64%. Bei den Jugendlichen ab 12 Jahren hingegen fällt diese Rate unter 50%. Bei den 14- und 15-Jährigen liegt sie schließlich bei lediglich 38%. Mit zunehmender Selbständigkeit der Jugendlichen und mutmaßlich abnehmendem Einfluss der Eltern nehmen die Persistenzrate und damit zugleich auch die Therapieeffekte ab. Neben dem Einfluss des Alters wurde von den demografischen Merkmalen auch der Einfluss des Geschlechts überprüft, der allerdings nicht signifikant war.

Neben den bereits beschriebenen demografischen Aspekten fand auch eine Prüfung räumlicher Zusammenhänge statt. Konkret erfolgte eine Analyse der Persistenz in Abhängigkeit vom Raumtyp (Besiedlungsdichte) des Versichertenwohnortes zu Therapiebeginn. Um diesen Faktor näher zu untersuchen, wurden die Gemeinden in der Region Nordost auf Grundlage der Eurostat-Gemeindetypisierung in ländlich, halbstädtisch und städtisch unterteilt. Abbildung 9 visualisiert die Ergebnisse. Auffällig ist der Unterschied zwischen städtischen und halbstädtischen Gebieten einerseits und ländlichen Gebieten andererseits. Während in den dünnbesiedelten ländlichen Gebieten die Persistenz bei 41,6% liegt, beträgt sie in städtischen Gebieten 54,3% und 57,6% in halbstädtischen. Dieser geringe Unter-

Ergebnis der Logistischen Regression			
Merkmal/Merkmalsausprägung	Odds Ratio	95% KI-Grenzen	
Alter: 12 bis 15 ggü. 6 bis 11	1,738	1,255	2,405
Starthalbjahr: Frühjahr/Sommer ggü. Herbst/Winter	1,589	1,138	2,219
Gemeindetyp: halbstädtisch ggü. städtisch	0,861	0,575	1,290
Gemeindetyp: Ländlich ggü. städtisch	1,532	1,019	2,304

Tab. 2: Ergebnis der Logistischen Regression zu Einflussfaktoren auf den Therapieabbruch. Fläche unter der ROC-Kurve: 0,62.

Literatur

- Eberle, P., Schreder, H., Shah-Hosseini, K. & Mösges, R. (2013). Medikamenten-Persistenz bei Kindern und Jugendlichen unter einer Langzeit-Hyposensibilisierung mit Gräserpollenextrakten. Ergebnisse einer Versorgungsstudie anhand von Versorgungsdaten. *Allergologie*, 36 (1), 9-18.
- Greiner, A.N., Hellings, P.W., Rotiroli, G., & Scadding, G.K. (2011). Allergic rhinitis. *Lancet*; 17; 2112-2122.
- Jacob, L., Keil, T., & Kostev, K. (2016). Comorbid disorders associated with asthma in children in Germany - National analysis of pediatric primary care data. *Pediatr Allergy Immunol*; 27(8), 861-866.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). <http://www.kbv.de/html/ebm.php> (abgerufen am: 27.09.2018).
- Pfaar, O., Bachert, C., Bufe, A., Buhl, R., Ebner, C., Eng, P., Friedrichs, F., Fuchs, T., Hamelmann, E., Hartwig-Bade, D., Hering, T., Hutegger, I., Jung, K., Klimek, L., Kopp, M. V., Merk, H., Raber, U., Saloga, J., Schmid-Grindlmeier, P., Schuster, A., Schwerk, N., Sitter, H., Umpfenbach, U., Wedi, B., Wöhrl, S., Worm, M., Kleine-Tebbe, J. (2014). Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. *Allergo Journal International*, 23 (282), 28-65.
- Poethko-Müller, C., Thamm, M., Thamm, R. (2018). Heuschnupfen und Asthma bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 55–59.
- Schmitz, R., Thamm, M., Ellert, U., Kalcklösch, M., Schlaud, M., & KiGGS Study Group (2014). Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl*, 57, 771–778
- Shaaban, R., Zureik, M., Soussan, D., Neukirch, C., Heinrich, J., Sunyer, J., Wjst, M., Cerveri, I., Pin, I., Bousquet, J., Jarvis, D., Burney, P.G., Neukirch, F., & Leynaert, B. (2008). Rhinitis and onset of asthma: a longitudinal population-based study. *Lancet*, 372 (9643), 1049-57.
- Sondermann, N., Shah-Hosseini, K., Henkel, K., Schwalfenberg, A., Mösges, R. Erfolgsfaktoren der Adherence bei Hyposensibilisierung. *Allergologie* 2011; 34:441-6.

schied zwischen halbstädtisch und städtisch erweist sich im logistischen Regressionsmodell auch als nicht signifikant (Tab. 2).

Der Unterschied zwischen den urbanen Gebieten einerseits und den ländlichen andererseits hingegen ist signifikant. Selbiges gilt für die Unterscheidung der Versicherten in die Altersklassen der 6 bis 11-Jährigen einerseits und der 12- bis 15-Jährigen andererseits. Zuletzt wurde mittels des Modells der Startzeitpunkt der Therapie geprüft. Beginn eine Therapie im ersten Halbjahr, ist die Adhärenz bei den Versicherten offenbar geringer als bei denen, die die Therapie in der zweiten Jahreshälfte begannen. Die Mehrheit der saisonalen Allergene entfaltet ihre Wirkung parallel in der ersten Jahreshälfte. Therapien sollten zumeist im Anschluss an die Allergiesaison bzw. mit ausreichendem Vorhalt zur nächsten beginnen. Tun sie dies tatsächlich, ist die Persistenz nachweislich signifikant höher.

Diskussion

Unter den Versicherten der AOK Nordost lag die Persistenz – in Abhängigkeit der Definition des Therapieabbruchs – zwischen 45% und 52%. Damit bricht etwa Hälfte der wenigen jungen Versicherten, die eine SIT Therapie beginnen, diese vorzeitig ab, obgleich der Therapieerfolg maßgeblich von der Persistenz beeinflusst wird. Das Erhöhen der Therapiepersistenz gilt auch von ärztlicher Seite als einer der bedeutendsten Aspekte, um die Therapiewirksamkeit gewährleisten zu können (Pfaar et al. 2014). Aus Sicht der Krankenkassen sind SIT ein „Investment“, das sich langfristig finanziell auszahlt – vorausgesetzt, die Therapie wird leitliniengerecht absolviert und abgeschlossen.

Ansätze, die Therapietreue zu erhöhen, müssen daher an verschiedenen Punkten ansetzen. Um die Persistenz zu erhöhen, sollte der Fokus besonders auf den Therapiestart bzw. das erste Jahr gelegt werden, da bereits dann ein Großteil der Abbrüche stattfindet. Selektivverträge mit Ärzten (bspw. im Rahmen von AOK Junior bei der AOK Nordost) sind hierfür eine bereits genutzte Option. Genaue Informationen der Versicherten zur Therapie und ihren Nebenwirkungen zählt ebenso dazu wie bspw. ein Terminerinnerungsservice für die Versicherten, um die Therapie in ihrer notwendigen Regelmäßigkeit zu absolvieren. Im Rahmen der Selektivverträge werden Ärzte monetär incentiviert.

Denkbar sind aber auch Möglichkeiten, für die Versicherten Anreize zu schaffen, die Therapie langfristig durchzuführen – zum Beispiel im Rahmen eines Bonus-Programmes. Diese Honorierungen individueller Art haben möglicherweise einen größeren motivationalen Effekt, als vergleichbare Zusatzvergütungen es auf die Praxiseinnahmen haben. Finanziell können sich beide Ansätze für die Krankenversicherungen auch monetär lohnen.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass weitere Faktoren einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, mit der Therapien abgebrochen werden. Dazu zählt ein junges Lebensalter. Zugleich profitieren besonders junge Versicherte mit einer noch wenig schwerwiegenden Allergie prospektiv besonders von einer SIT (Pfaar et al. 2014). Hieraus ergibt sich ein zweifach positiver Effekt: Erhöhte Persistenz bei zugleich positiveren Therapieeffekten.

Ferner zeigen die vorliegenden Analysen, dass in dünnbesiedelten, ländlichen Regionen die Persistenz am geringsten ist. Ein bestehender Zusammenhang ist naheliegend. Denn Fahrtwege zum Arzt und der damit verbundene zeitliche Aufwand in ländlichen Gebieten können objektiv größere Hürden darstellen als in städtischen oder halbstädtischen Gebieten. Natürlich trifft dies nicht per se auf alle

Versicherten im ländlichen Raum zu. Aber Ärzte sollten diesen Aspekt im Patientengespräch abfragen und bei der Therapiewahl berücksichtigen. Gegebenenfalls kann eine Entscheidung zu Gunsten der weniger zeitintensiven SLIT getroffen werden. Hier verringern sich sowohl die Anzahl der Arztkontakte sowie die Verweildauer beim Arzt, da eine Nachbeobachtung wie bei der SCIT nicht nötig ist. <<

Children and young people with pollen allergy: Utilization and therapy persistence regarding specific immunotherapy

Pollen allergies are one of the most common chronic diseases in childhood and adolescence. They may cause not only severe symptoms resulting in restricted quality of life but also secondary diseases such as bronchial asthma. Use of and compliance with specific immunotherapy among children and young adolescents (6 to 17 years) were analyzed using data from a major regional German statutory health insurance in Northeastern Germany. Results are indicating a 3-year prevalence of 9.5% in the study population. Although a causal evidence based treatment is available, only 12% of children and young adolescents start a specific immunotherapy within 5 years after pollen allergy is diagnosed for the first time. Furthermore, depending on the definition of treatment discontinuation, about half of them (55% or 48%) end therapy early, even though compliance is crucial for a successful therapy.

Keywords

allergen-specific immunotherapy, AOK Nordost, care research, GeWINO, paediatrics, therapy persistence

Zitationshinweis

Breitkreuz, J., Witte, C., Zahn, T.: „Saisonale Pollenallergien bei Kindern und Jugendlichen - Inanspruchnahme und Therapiepersistenz der spezifischen Immuntherapie“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 46-52, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2120

Autorenerklärung

Der Beitrag entstand im Rahmen der Tätigkeit im Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost der AOK Nordost in Berlin. Dr. J. Breitkreuz führte die Datenanalysen durch und erstellte das Manuskript für diesen Beitrag. C. Witte und Prof. Dr. T. P. Zahn haben an der Interpretation der Ergebnisse sowie der Manuskripterstellung mitgearbeitet.

Dr. phil. Jan Breitkreuz

ist seit 2017 als Spezialist datenbasierter Analysemethoden im Bereich der Versorgungsforschung beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse tätig. Zuvor befasste er sich als Consultant mit datenbasierter Vertrieboptimierung bei Unternehmen aus der Pharmabranche.

Kontakt: tp_gewino@nordost.aok.de



Dipl.-Psych. Christine Witte, MPH

ist seit 2014 als Versorgungsforscherin beim Gesundheitswissenschaftlichen Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost tätig. Zuvor arbeitete sie als wissenschaftliche Referentin bei einer Patientenorganisation sowie im Koordinierungszentrum für Klinische Studien an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Kontakt: tp_gewino@nordost.aok.de



Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn

ist Leiter des fib Forschungsinstituts der bbw Hochschule und Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts Nordost (GeWINO) der AOK Nordost – die Gesundheitskasse. Er hat medizinische Informatik, klinisches Management und Wirtschaftsinformatik in Deutschland sowie den USA studiert und promovierte im Fachgebiet Neuroinformatik.

Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de



Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA
Dr. med. Dr. rer. nat. Gordon Philipp Otto,
M.Sc., MHBA

Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH

Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH

Eine Auszeichnung für attraktive ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Instrument gegen den Ärztemangel – Ergebnisse einer Pilotstudie

Eines der Hauptmotive für die Abkehr vieler Mediziner von der ärztlichen Versorgung in Deutschland sind nachweislich als schlecht empfundene Arbeitsbedingungen mit einer unbefriedigenden Work-Life-Balance, systematisch zu hoher Arbeitsbelastung und langen sowie unflexiblen Arbeitszeiten (Via medici 2006). Diese resultieren zum einen aus dem Mangel per se (unbesetzte Stellen führen zur Überlastung kompensierender Stellen) zum anderen können sie aber auch als eine anhaltende Folge der 80er und 90er Jahren gesehen werden. In jener Zeit der „Ärztenschwemme“ wurde eine hohe Arbeitsbelastung von Medizinern hingenommen, da das Stellenangebot bei hoher Stellennachfrage sehr knapp war. Auch damit verbundene Verstöße gegen Arbeitsrecht oder das Arbeitszeitgesetz wurden und werden auch heute häufig nicht gemeldet oder geahndet (dpa 2017; Via medici 2014; Peters 2013). Die hohe Arbeitsbelastung entsteht aber nicht ausschließlich durch ärztliche Tätigkeiten an sich, sondern vermehrt auch durch eine zunehmende Bürokratisierung des Berufs. In einer Ärztebefragung aus dem Jahr 2010 äußerten mehr als 50% der befragten Mediziner, dass sie mehr als ein Viertel der täglichen Planarbeitszeit für Verwaltungstätigkeiten verwenden (IQME 2011). Da in der Zeit der „Ärztenschwemme“ ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung standen, wurde in der Vergangenheit nur begrenzt Wert auf Effizienz oder eine Optimierung der Strukturen und Prozesse gelegt. Während die Struktur- und Prozessdefizite teilweise erhalten blieben, nahmen Personal- und wirtschaftliche Ressourcen kontinuierlich ab, sodass diese Konstellation für die gegenwärtige Arbeitsbelastung als ursächlich betrachtet werden kann. Dies bedeutet jedoch auch, dass sich in diesen Strukturen und Prozessen heute noch ein immenses Potenzial zur Steigerung der Effizienz verbirgt. So gibt es Stationen und Krankenhäuser, in denen an nicht-ärztliches Personal delegierbare Tätigkeiten wie Blutentnahmen oder die Organisation von Dokumenten weiterhin von ärztlichem Personal ausgeführt werden.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren hat sich für Krankenhäuser eine zunehmend angespannte Situation bei der Rekrutierung von ärztlichem Personal entwickelt. Die Qualität des Fachpersonals stellt gleichzeitig einen wesentlichen Qualitätsbaustein dar. Eine Auszeichnung für attraktive Arbeitsbedingungen und hohe Mitarbeiterzufriedenheit könnte für Krankenhäuser ein erfolgversprechendes Instrument sein, da es einen unmittelbaren Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenhäusern darstellt.

In diesem Artikel wird eine standardisierte Prüfungsmethodik für Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Krankenhauspersonal vorgestellt sowie die Ergebnisse einer Pilotstudie präsentiert. Die Prüfungsmethodik nutzt eine Mitarbeiterbefragung, Arbeitgeberangaben sowie ein Audit. Aufgrund des Wettbewerbsvorteils für ausgezeichnete Krankenhäuser durch eine gesteigerte Reputation stellt eine solche Auszeichnung einen expliziten Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen dar. Da als schlecht empfundene Arbeitsbedingungen ein Hauptmotiv für praktizierende Mediziner darstellen, ihre ärztliche Tätigkeit einzustellen, könnte eine flächendeckende Verbesserung der Arbeitsbedingungen vermutlich dazu führen, dass mehr Mediziner ihre ärztliche Tätigkeit beibehalten. Folglich stellt eine solche Auszeichnung ein Instrument gegen den Ärztemangel dar.

Schlüsselwörter

Arbeitsbedingungen, Mitarbeiterzufriedenheit, Ärztemangel, Auszeichnung, Arbeitsplatzattraktivität, Work-Life-Balance

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2121

>> In naher Zukunft ist mit einer weiteren Verschärfung des Mangels ärztlicher Arbeitskräfte zu rechnen, da der Bedarf einerseits durch den demografischen Wandel und die damit verbundene ältere und morbidere Patientenschaft stetig zunimmt, es andererseits durch die gestiegene Bedeutung der Work-Life-Balance mit höherer Nachfrage nach flexiblen Arbeitszeiten und Teilzeitmöglichkeiten zu einer weiteren Verknappung kommen kann.

Intensiver Wettbewerb um Nachwuchskräfte

Als Resultat aus dem vorherrschenden Ärztemangel besteht mittlerweile ein ausgeprägter Wettbewerb um Nachwuchskräfte. Die meisten Krankenhäuser geben in Umfragen an, dass Probleme bei der Stellennachbesetzung bestehen (Meißner/Osterloh 2012). Die Bedeutung des Mangels ist hierbei von Region zu Region und von Fachgebiet zu Fachgebiet sehr unterschiedlich ausgeprägt. Manche

Hintergrund

In Deutschland hat sich in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ein progressiver Ärztemangel entwickelt (Kopetsch 2010; Osterloh 2015). Je nach zugrunde liegender Quelle sind 3.000 bis 5.000 Arztstellen nicht besetzt, bei steigender Tendenz (Marburger Bund 2016; Flintrop 2010). Betroffen von diesem Mangel sind alle Sektoren, Fachrichtungen, Landesteile, städtische wie ländliche Regionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; Stukenberg/Elmer 2015). Während Abteilungsleitungen zu Beginn der 2000er Jahre in der Regel auf ein Überangebot von Arbeitssuchenden im ärztlichen Dienst zugreifen konnten, hat sich dies mittlerweile gewandelt. Nun sind es zunehmend die Stellensuchenden, welche aus verschiedenen Arbeitsangeboten wählen können. Die für den vorherrschenden Mangel zugrundeliegenden Ursachen sind multifaktoriell. Manche Mediziner nehmen die ärztliche Tätigkeit nach dem abgeschlossenen Studium erst gar nicht auf oder geben diese im Verlauf auf, um in eine andere Branche zu wechseln (Pharmazeutische Industrie, Versicherungen, Management). Auch beobachtet man seit Jahren eine Auswanderung von Medizinern, häufig in Staaten, in denen diese bessere Arbeitsbedingungen vorfinden können (Ilg 2010; Kopetsch 2008).

Krankenhäuser versuchen dem durch die Einstellung von internationalem ärztlichem Personal gegenzuwirken (Bouncken et al. 2013). Unbesetzte Stellen können für Krankenhäuser ein ernstzunehmendes Risiko darstellen. Da bei unbesetzten bzw. längerfristig schwierig zu besetzenden Stellen die Patientenzahlen meist trotzdem konstant bleiben, entsteht ein Mehraufwand pro ärztlichem Mitarbeitendem, der das entsprechende Krankenhaus als Arbeitgeber noch weiter unattraktiv werden lässt. Besser qualifizierte Arbeitnehmer mit Alternativangeboten verlassen das Unternehmen aufgrund der schlechteren Bedingungen bzw. entscheiden sich im Bewerbungsprozess für attraktivere Arbeitsstellen. Die schlechter qualifizierten oder weniger flexiblen Kandidaten bleiben erhalten. Dies kann eine Abwärtsspirale verursachen, die eine potentiell erhebliche negative Wirkung auf die Versorgungsqualität und langfristig die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses bewirkt. Den negativen Einfluss schlecht empfundener Arbeitsbedingungen auf die Stellenbesetzungsprobleme hat Blum 2010 für Arbeitsbelastung und Arbeitszeitgestaltung gezeigt (s. Abb. 1).

Vor dem Hintergrund der dargestellten Probleme und Risiken, versuchen einige Arbeitgeber bereits die Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten. So werden früher kaum für möglich gehaltene Veränderungen wie flexiblere Arbeitszeiten eingeführt, Überstunden durch Prozessoptimierung reduziert und vergütet, eine übertarifliche Vergütung angeboten, attraktivere Dienstmodelle genutzt, vermehrt Teilzeitstellen gefördert und Weiterbildungsmöglichkeiten erweitert. Diese Entwicklungen sind bisher allerdings unstrukturiert und nicht flächendeckend.

Erfassung von Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit

Für Krankenhäuser mit attraktiven Arbeitsbedingungen und hoher Mitarbeiterzufriedenheit stellt sich die Frage, wie diese Information transparent gemacht und nach außen kommuniziert werden kann. Eine Möglichkeit hierzu könnte eine Auszeichnung für attraktive Arbeitsbedingungen und hohe Mitarbeiterzufriedenheit sein, welche nach externer Prüfung vergeben wird.

Eine Methodik zur Erfassung der Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit, die eine solche Auszeichnung ermöglicht, sowie ihre Anwendung in einer Pilotstudie wird in diesem Artikel dargestellt. Ziel der Prüfungsmethodik ist die weitestgehend standardisierte Feststellung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Arbeitsbedingungen für ärztliches Krankenhauspersonal. Bei attraktiven Arbeitsbedingungen und einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit kann eine Auszeichnung vergeben werden. Hierfür ist das Festlegen der Mindestanforderungen an die Vergabe notwendig. Die Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit der Krankenhäuser bzw. Abteilungen sollen objektiv verglichen werden können. Es ist bekannt, dass Arbeitsbedingungen und Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern zwischen einzelnen Abteilungen stark differieren können. Daher soll die Prüfung abteilungsweise möglich sein.

Prüfungsmethodik

Mehrdimensionales Konzept von Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsfacetten

Zunächst erfolgte die Operationalisierung der Mitarbeiterzufriedenheit. Hierzu greift die Prüfungsmethodik auf das mehrdimensionale Konzept der Mitarbeiterzufriedenheit zurück, welches in mehreren

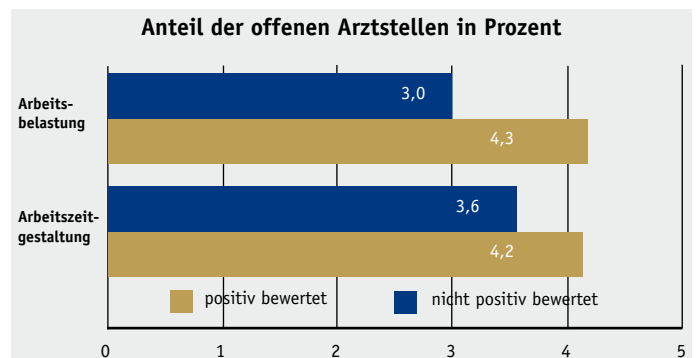


Abb. 1: Zusammenhang der Stellenbesetzungsprobleme mit Arbeitsbedingungen (vgl. Blum/Löffert 2010)

Studien der Arbeits- und Organisationspsychologie bereits etabliert wurde (vgl. Felfe 2006). Das Konzept ermöglicht die spezifische Untersuchung der den Dimensionen entsprechenden Arbeitsfacetten.

Es erfolgte eine Anpassung des Konzepts an das ärztliche Umfeld mit Definition der Arbeitsfacetten. Zur Identifikation aller relevanten Arbeitsfacetten wurden bereits bestehende Instrumente zur Arbeitszufriedenheit im Allgemeinen berücksichtigt wie der „Job Satisfactory Survey“ von Spector (Spector 1997) oder der „Arbeitsbeschreibungsbogen“ von Neuberger/Allerbeck (Neuberger/Allerbeck 1978). Hieraus konnten Arbeitszeitgestaltung, Arbeitsatmosphäre, Führungskultur, Vergütung und Weiterentwicklung als relevante Arbeitsfacetten identifiziert werden. Außerdem wurde Literatur berücksichtigt, die speziell Mitarbeiterzufriedenheit bei ärztlichem Personal behandelt (vgl. Kaiser 2005; Blum/Löffert 2010; Schmidt et al. 2011; Buxel 2012; Meißner/Osterloh 2012; MB-Monitor 2015, 2017). So konnten folgende weitere Arbeitsfacetten identifiziert werden: Erfüllung in der Tätigkeit, Selbstbestimmung, Fairness, Wertschätzung und Zeit für Patienten. Alle zehn identifizierten und in der Prüfungsmethodik verwendeten Arbeitsfacetten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Arbeitsfacetten
Arbeitszeitgestaltung
Arbeitsatmosphäre
Führungskultur
Vergütung
Weiterentwicklung
Erfüllung in der Tätigkeit
Selbstbestimmung
Fairness
Wertschätzung
Zeit für Patientinnen und Patienten

Tab. 1: In der Prüfungsmethodik verwendete Arbeitsfacetten.

Instrumente der Prüfungsmethodik und Vorgehen

Vier Instrumente wurden zur Datenerhebung eingeschlossen: Mitarbeiterbefragung, Selbstassessment der Abteilungsleitung, Kennzahlen der Abteilung und Audit.

Mitarbeiterbefragung

Ziele der Mitarbeiterbefragung sind Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit, der einzelnen Arbeitsfacetten sowie der Identifikation des Optimierungspotenzials und der Gestaltungsideen aus Mitar-

beitersicht (Bottom-up). Bei der Gestaltung der Befragung wurden Items aus bestehenden Fragebögen „Fragebogen zur Arbeitsanalyse“ (Frieling 1978) und „Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse“ (Keller et al. 2013) übernommen und ergänzt. Außerdem enthält die Befragung noch Items zu Organisation, Personal und Infrastruktur. Die Mitarbeiterbefragung ist anonym und erfolgt online. Die Bearbeitung für Mitarbeitende beträgt 15-25 Minuten. Die Beantwortung der Items erfolgt hauptsächlich anhand einer Zustimmungsskala mit vierstufiger Antwortskala (Likert-Skala). Außerdem enthält die Befragung Items mit Freitextangabe sowie weitere Items, in welchen die Befragten die persönliche Wichtigkeit der einzelnen Arbeitsfacetten angeben können.

In einem Pretest wurden 23 Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Befragung eingeladen, von denen 16 (70%) an der Befragung teilnahmen. Die rückgemeldete Bearbeitungsdauer war etwa 20 Minuten. Technisch wurden keine Probleme verzeichnet. Mit 4,1% (75 von insgesamt 1.840 Antworten) zeigten sich wenige Enthaltungen, was darauf hindeutet, dass die gestellten Items verständlich sind, die Befragten eine Meinung zu diesen haben und mitteilen möchten.

Selbstassessment der Abteilungsleitung

Das Selbstassessment der Abteilungsleitungen dient dazu, zu erfahren, welchen Stellenwert die einzelnen Arbeitsfacetten in der Abteilung einnehmen. Hier soll dargelegt werden, ob die geprüften Arbeitsfacetten in Strategien, Leitbild o.ä. verankert sind und ob Maßnahmen oder Konzepte bezüglich der Arbeitsfacetten bestehen (beispielsweise ein Fortbildungskonzept).

Kennzahlen der Abteilung

Die erfragten Kennzahlen erstrecken sich über die Themengebiete Abteilungsstruktur, Personalstruktur und -entwicklung, Zeitmanagement, Arbeitsablauf sowie Vergütung. Beispiele für die erhobenen Kennzahlen sind die Fluktuationsrate in der Abteilung, bewilligte bzw. genommene Fortbildungstage und die Drop-out-Quote (Anteil der Mitarbeitenden, die in der Facharztausbildung die Stelle beginnen und vor Ende der Facharztausbildung bereits die Stelle verlassen). Hierbei ist zu beachten, dass die Mitarbeiterzufriedenheit nicht zwangsläufig mit einer einzelnen Kennzahl korreliert, sondern mit dem Konstrukt aus mehreren dieser.

Audit

Ziel des eintägigen Audits ist es, die bisher gewonnenen Informationen aus Mitarbeiterbefragung und Arbeitgeberangaben (Selbstassessment und Kennzahlen) zu verifizieren. Dies geschieht in semistandardisierten Interviews, in denen die Mitarbeitenden gezielt befragt werden. Die Items werden großteils nach Erhalt der Informationen aus Mitarbeiterbefragung und Arbeitgeberangaben vor dem Audit formuliert. Außerdem werden die Arbeitsplätze begangen und nach Eignung, Atmosphäre und Ergonomie beurteilt.

Auswertung der Informationen

Die Auswertung der erhobenen Informationen erfolgt in zwei Dimensionen. Zum einen werden nach einem Scoringssystem für alle Teilabschnitte insgesamt bis zu 100 Punkte vergeben. Hierbei werden bis zu 55 Punkte für die Mitarbeiterbefragung, bis zu 25 für die Arbeitgeberangaben und bis zu 20 für das Audit vergeben. Auch sind Punktabzüge durch das Audit möglich, wenn positiv gewertete Aussagen nicht verifiziert werden können. Des Weiteren werden die Arbeitsfacetten einzeln bewertet. Hierzu werden alle Informationen

berücksichtigt, welche die jeweilige Arbeitsfacette betreffen. Aus der Mitarbeiterbefragung und dem Audit gehen die Items mit verschiedener Gewichtung in die Bewertung einer Arbeitsfacette ein. Zusätzlich kann durch die Kennzahlen aus den Arbeitgeberangaben standardisiert eine Hochkorrektur erfolgen. Am Ende der Auswertung steht für jede Arbeitsfacette eine Bewertung auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 10 die beste und 1 die schlechteste Bewertung widerspiegeln und 5,5 eine neutrale Bewertung bedeutet. Zusätzlich werden die Arbeitsfacetten subsummiert und in einem Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm dargestellt.

Als Mindestvoraussetzung zum Verleihen der Auszeichnung wurde eine Mindestpunktzahl von 60 Punkten festgelegt sowie eine Bewertung aller einzelnen Arbeitsfacetten von mindestens 5,5/10. Die Rationale hierfür ist, dass in Anlehnung an das mehrdimensionale Konstrukt von Mitarbeiterzufriedenheit nicht die am besten empfundenen Einflussfaktoren die Zufriedenheit determinieren, sondern die am schlechtesten empfundenen. Ein als schlecht empfundener Einflussfaktor kann bereits das Gefühl von Zufriedenheit deutlich reduzieren.

Pilotstudie

Study-Site

Die entwickelte Prüfungsmethodik wurde in einer Krankenhausabteilung in einer Stadt mit etwa 120.000 Einwohnern durchgeführt. Die Abteilung verfügte zum Zeitpunkt der Studie über 20 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 37 Normalstationsbetten und 14 Überwachungsstationsbetten. Die Abteilung ist eingebunden in ein akademisches Lehrkrankenhaus der Schwerpunktversorgung mit etwa 500 Planbetten, 16 Kliniken und etwa 1.300 Angestellten. Jährlich werden 24.000 Patientinnen und Patienten behandelt.

Ergebnisse

Feasibility

Die Prüfungsmethodik zeigte sich in der Pilotstudie als durchführbar. Die Informationserhebung, -verarbeitung und -auswertung waren problemlos möglich. Gemäß den festgelegten Mindestanforderungen an die Vergabe einer Auszeichnung ist eine Auszeichnungsvergabe in der hier untersuchten Abteilung nicht möglich.

Mitarbeiterzufriedenheit

Rund 93% der Mitarbeitenden beantworteten das Item „Ich bin mit meiner Arbeitsstelle zufrieden“ mit „Trifft zu“ oder „Trifft eher zu“. Die allgemeine Mitarbeiterzufriedenheit wurde nach der vorliegenden standardisierten Methodik mit 6,8 bewertet. Auch 93% der Mitarbeitenden gaben an, dass sie in den nächsten Jahren bei dem Arbeitgeber bleiben möchten. Den gestellten Alarm-Items (Items, die einen großen Handlungsbedarf erkennen lassen) ist zu entnehmen, dass 29% der Befragten häufig an einen Jobwechsel denken, 0% aktiv einen Jobwechsel verfolgen und 14% aus Unzufriedenheit häufig an einen Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit denken.

Insgesamt erreichte die Abteilung 61 Punkte. Für die Befragung wurden 34, die Arbeitgeberangaben 15 und das Audit 12 Punkte vergeben. Positiv in die Bewertung aufgenommen wurde zusätzlich das ausgearbeitete Konzept zur Fortbildung des ärztlichen Personals in der Facharztausbildung. Informationen zu diesem Konzept wurden dem Selbstassessment und den Freitextfragen der Mitar-

beiterbefragung entnommen und im Audit verifiziert. Zusätzlich positiv bewertet wurde das regelhafte Verwenden längerfristiger Arbeitsverträge. Weiterhin floss positiv in die Bewertung ein, dass die Fortbildungsmöglichkeiten mehrfach explizit in den Freitextangaben positiv erwähnt wurden. Die Punktvorgabe aus den Kennzahlen beruhte auf einer vorhandenen elektronischen Arbeitszeitdokumentation, einer niedrigen Fluktuationsquote (< 10 %), einer niedrigen Drop-out-Quote (< 15 %) und der vorhandenen ärztlichen Zuarbeit durch nicht-ärztliches Personal. Die Räumlichkeiten erwiesen sich als geeignet und ergonomisch. Abzüge bei der Punktevergabe ergaben sich nicht, da keine Widersprüche im Audit auftraten und die bereits gewonnenen Informationen verifiziert werden konnten.

Arbeitsfacetten

In der Priorisierung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden zeigten sich Arbeitsatmosphäre und Arbeitszeitgestaltung als die am wichtigsten empfundenen Arbeitsfacetten, wobei Selbstbestimmung und Vergütung als die vergleichsweise am wenigsten wichtigen Arbeitsfacetten angegeben wurden. Entsprechend der standardisierten Methodik wurden die Arbeitsfacetten bewertet. Mit einer Bewertung von 7,6 war Führungskultur die am besten bewertete Arbeitsfacette gefolgt von Wertschätzung (7,4) sowie Arbeitsatmosphäre und Fairness (jeweils 6,8). Es erfolgte die Subsumierung der einzelnen Arbeitsfacetten in einem anwenderfreundlichen Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm (Abb. 2) mit Darstellung der Bewertungen von Mitarbeiterzufriedenheit, Führungskultur, Arbeitsbedingungen, Weiterentwicklung und Work-Life-Balance.

Mit einerseits der Priorisierung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden sowie andererseits der Einzelbewertungen der Arbeitsfacetten in der Methodik ist es möglich, Schwächen zu identifizieren. Hier handelt es sich um die schlecht bewerteten Arbeitsfacetten, die gleichzeitig hoch priorisiert werden. In der untersuchten Abteilung zeigte sich die Arbeitszeitgestaltung als Schwäche. Denn die Bewertung war mit 5,7 relativ niedrig und gleichzeitig wurde sie von den Mitarbeitenden als zweitwichtigste Arbeitsfacette angegeben.

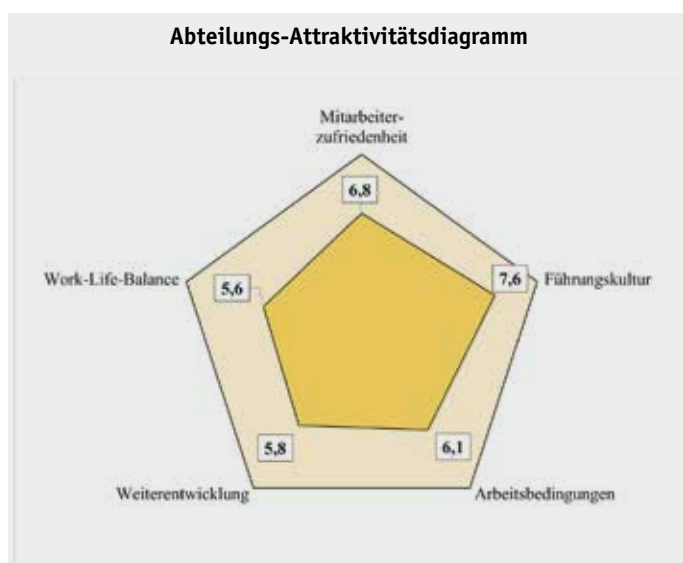


Abb. 2: Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm mit Bewertung der für Bewerber wichtigen Unterpunkte Mitarbeiterzufriedenheit, Führungskultur, Arbeitsbedingungen, Weiterentwicklung und Work-Life-Balance.

Effekte einer Auszeichnung attraktiver ärztlicher Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Im Zeitalter des Fachkräftemangels ist es bereits zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen gekommen. Denn derzeit beurteilen Mediziner im Krankenhaus ihre Arbeitsbedingungen besser als noch vor Jahren. Während in einer Umfrage des Marburger Bundes 2010 noch 42% der Befragten ihre Arbeitsbedingungen als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ angaben, waren es 2017 nur noch 24% (IQME 2011; Marburger Bund 2017).

Vor dem Hintergrund der Ärzteknappeit und dem wachsenden Bewusstsein für die Wichtigkeit der Arbeitsplatzattraktivität kann eine Auszeichnung attraktiver Arbeitsbedingungen und hoher Mitarbeiterzufriedenheit für Krankenhäuser ein ideales Instrument darstellen, um im Wettbewerb um Fachkräfte zu bestehen. Eine solche Auszeichnung stellt durch den in Aussicht gestellten Wettbewerbsvorteil einen Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen dar. Krankenhäuser können mit einer solchen Auszeichnung die Forderungen der jüngeren, selbstbewussten Ärztegeneration nach verbesserten Arbeitsbedingungen erfüllen und die Talente aus dieser Generation an sich binden. Die Auszeichnung erhöht den Wirkungsbereich der verbesserten Arbeitsbedingungen und erreicht nicht nur die bereits angestellten Mitarbeitenden. Sie ermöglicht Krankenhäusern, ohne weiteren Aufwand attraktive Arbeitsbedingungen nach außen zu kommunizieren, sodass die Anzahl und Qualität der sich Bewerbenden vermutlich deutlich zunehmen. Beispielsweise kann das Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm öffentlichkeitswirksam auf Stellenanzeigen und auf der Website des Krankenhauses verwendet werden.

Neben der erwarteten Verbesserung der Arbeitsbedingungen für ärztliches Krankenhauspersonal, die sich aus der Anreizwirkung einer solchen Auszeichnung ergibt, ist auch eine direkte Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahrscheinlich. So erlaubt das in der Prüfungsmethodik verwendete etablierte Konzept der mehrdimensionalen Mitarbeiterzufriedenheit Stärken und Schwächen in der Mitarbeiterorientierung zu identifizieren und Maßnahmen hieraus abzuleiten. Außerdem haben die Mitarbeitenden im Mitarbeiterfragebogen mittels geeigneten Freitext-Items und dem Audit im Interview Gelegenheit, konkrete Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Mit der Gewichtung der Arbeitsfacetten durch die Mitarbeitenden können Arbeitgeber zusätzlich den Handlungsbedarf zur Verbesserung einzelner Arbeitsfacetten einschätzen. Bereits das Teilnehmen an einer Mitarbeiterbefragung kann für die Mitarbeitenden positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit haben, wenn für sie das Gefühl entsteht, dass der Arbeitgeber ihre Meinung würdigt.

Mitarbeiterorientierung beim aktuell vorherrschenden ökonomischen Druck

Krankenhäuser stehen in Deutschland unter einem zunehmenden wirtschaftlichen Druck. Während in den letzten Jahren Krankenhäuser in vielen Bereichen Optimierung erfahren haben (beispielsweise in den Bereichen der Leistungs- und Kodierprozesse), scheint das Optimierungspotenzial des wichtigen Erfolgsfaktors Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung in deutschen Krankenhäusern noch sehr hoch. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Notwendigkeit alle Optimierungspotenziale zu erschließen, gewinnen Mitarbeiterorientierung und -bindung zunehmend an Bedeutung.

Es ist elementar für Krankenhäuser, die ineffizienten Prozesse und Strukturen zu identifizieren, die zu Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden führen, da Unzufriedenheit zu einer geringeren Produktivität führt.

Bei Unternehmen verschiedener Wirtschaftsbereiche wurde der Zusammenhang von Mitarbeitermotivation und Unternehmenserfolg bereits untersucht. Es wurde dabei unterschieden in Unternehmen mit hohem (obere 25%) vs. niedrigem (untere 25%) Mitarbeiterengagement. Für die Unternehmen mit hohem Mitarbeiterengagement zeigten sich eine um 21% höhere Produktivität und eine um 22% höhere Rentabilität. Auch zeigten sich 48% weniger Sicherheitszwischenfälle in den Unternehmen mit hohem Mitarbeiterengagement (Sorenson 2013). Es ist ebenfalls vorstellbar, dass eine erhöhte Akzeptanz des Krankenhauses durch gute Arbeitsbedingungen des

ärztlichen Personals zu einer erhöhten Förderbereitschaft bei Spendern und Förderern führt. Erklärung für einen solch positiven Effekt auf die zunehmend wichtige Finanzierungsquelle Fundraising ist die Beeinflussbarkeit von Förderverhalten durch ein positives Image des Krankenhauses. Eine nach außen kommunizierte Auszeichnung attraktiver Arbeitsbedingungen kann diesen Effekt weiter verstärken.

Einen anderen Ansatz für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Mitarbeiterorientierung stellt das Konfliktkostenmodell dar, in dem Kosten durch Reibungsverluste wie Mitarbeiterfluktuation, aber auch kontraproduktives oder unternehmensschädliches Verhalten von Mitarbeitern untersucht werden (Insam 2009). Bei einer niedrigen Mitarbeiterzufriedenheit ist von einem höheren Konfliktpotenzial auszugehen. Durch Konfliktlösung sind diese Kosten reduzierbar. Der vorherrschende ökonomische Druck sollte also

Literatur

- Blum, K./ Löffert, S. (2010): Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhaus Institut (DKI). In: https://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztmangel_Endbericht_1.pdf zugegriffen am 07.02.2018
- Bouncken, R. B., Reuschl, M., Pfannstiel, A. (2013): Strategischer Fokus bei der internationalen Personalakquise. In: Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus I, DOI 10.1007/978-3-658-00873-4_19, Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Bund, K. (2014): Wir sind jung ... und brauchen das Glück: Wie die Generation Y die Berufswelt verändert und warum alle von diesem Wandel profitieren. In: Zeit online. In: <http://www.zeit.de/2014/10/generation-y-glueck-geld>, zugegriffen am 03.07.2018
- Buxel, H., (2012): Arbeitsplatzbedingungen und -zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Münster.
- dpa (2017): Kliniken - Gewerbeaufsicht geht gegen Arbeitszeit-Verstöße vor. Focus online. In: http://www.focus.de/regional/hannover/gesundheits-kliniken-gewerbeaufsicht-geht-gegen-arbeitszeit-verstoesse-vor_id_7255172.html. zugegriffen 04.09.2017
- Felfe, J. (2006): Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment, in: Fischer L. (Hrsg.): Arbeitszufriedenheit – Konzepte und empirische Befunde, 2. Auflage, S. 37-61, Göttingen: Hogreve.
- Flintrop, J. (2010): In den Krankenhäusern fehlen 5 500 ärztliche Vollzeitkräfte – Tendenz steigend. in: Dtsch Arztebl 2010, 107(40), A-1890 / B-1663 / C-1635
- Frieling, E. (1978): Fragebogen zur Arbeitsanalyse (FAA). Bern: Huber
- Sorenson, S. (2013): How Employee Engagement Drives Growth. In: <https://www.gallup.com/workplace/236927/employee-engagement-drives-growth.aspx> aufgerufen am 08.09.2018
- Hawkins, W. E., Tan, P. P., Hawkins, M. J. (1999): Depressive symptomology and specificity of social support,+. In: Psychological Reports, 1999, 84, 1180-1186
- Ilg, P. (2010): Mediziner Flucht ins Ausland in: ZEIT ONLINE, 22.05.2010, <http://www.zeit.de/karriere/beruf/2010-05/mediziner-abwanderung>, zugegriffen am 04.09.2017
- Insam, A. (2009): Konfliktkostenstudie – Die Kosten von Reibungsverlusten in Industrieunternehmen, KPMG AG
- IQME – Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (2011): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Marburger Bund 2010 - Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Landau. In: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mitgliederbefragung-2010-gesamtauswertung.pdf> (zugegriffen am 08.08.2018)
- Kaiser, R. H. (2005): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ (Abschlussbericht) – Kommentierte Zusammenfassung und Vergleich mit eigenen Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen. In: https://www.laekh.de/images/Aerzte/QV/Projekte_Veroeffentlichungen/qv_veroeff_2005_01.pdf (zugegriffen am 08.09.2018)
- Keller, M., Bamberg, E., Kersten, M., Nienhaus, A. (2013): Validierung des Instruments zur stressbezogenen Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte (ISAK), Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O (2013), 57, S. 3-21
- Kopetsch, T. (2008): Ärztwanderung: Das Ausland lockt in: Dtsch Arztebl 2008, 04.04.2008, 105(14), A-716 / B-626 / C-614
- Kopetsch, T. (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlageentwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Ley, U./ Kaczmarczyk, G. (2013): Führungshandbuch für Ärztinnen: Gesunde Führung in der Medizin, Berlin Heidelberg: Springer
- Maio, G. (2016): Geschäftsmodell Medizin – Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Berlin: Suhrkamp
- Marburger Bund (2016): MB Survey 2016 - Umfrage zur Arbeitssituation im ärztlichen Dienst kommunaler Krankenhäuser. In: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/artikel/downloads/2016/viele-arztstellen-kommunalen-krankenhaeusern-unbesetzt/mb-survey-2016.pdf> (zugegriffen am 07. September 2017)
- Marburger Bund (2017): MB-Monitor 2017. In: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mb-monitor-2017-zusammenfassung.pdf> zugegriffen am 05.08.2018
- Matyssek, A. K. (2011): Wertschätzung im Betrieb: Impulse für eine gesündere Unternehmenskultur. Norderstedt: Books on Demand GmbH
- Meißner, M./Osterloh, F. (2012): Ärztemangel im Krankenhaus: Erfolgsfaktor Familie. In: Dtsch Arztebl 2012, 16.11.2012, 109(46), A-2280 / B-1858 / C-1822
- Neuberger, O./ Allerbeck, M. (1978): Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB). Bern: Huber
- Osterloh, F. (2015): Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Dtsch Arztebl 2015, 112(16), A-703 / B-597 / C-577
- Peters, S. (2013): Nach Unfalltod in Krefeld Arbeitszeitverstöße: Bußgeld gegen Helios-Klinikum; In: RP ONLINE. In: <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/krefeld/arbeitszeitverstoesse-bussgeld-gegen-helios-klinikum-aid-1.3226742>, zugegriffen am 04.09.2017
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Kurzfassung, Bonn/Berlin, Juni 2014, S. 103
- Schmidt, C., Möller, J., Schmidt, K., Gerbershagen, M., Wappler, F., Limmroth, V., Padosch, S., Bauer, M., (2011): Generation Y: recruitment, retention and development. Der Anaesthesist. 60: 517–524
- Schürmann, B. (2014): Die Generation Y, Die Integration verschiedener Generationen funktioniert nur dann, wenn Jüngere und Ältere Verständnis füreinander entwickeln. in: Dtsch Arztebl 2014, 111(29-30)
- Spector, P. E. (1997): Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences, in: British Journal of Industrial Relations. Dec98, Vol. 36, Issue 4: 672-674
- Stukenberg, T./ Elmer, C. (2015): Datenlese Blog, Örtlich betäubt in: Spiegel online: <http://www.spiegel.de/gesundheits-diagnose/landaerzte-datenanalyse-zum-mangel-wo-aerzte-ehlen-a-1013906.html>, zugegriffen am 04.09.2017
- Via medici (2006): Motivationsbarometer 2006: Motivation für den Arztberuf – Umfrage unter 2 672 Medizinstudierenden und Ärzten. In: <http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/politik/motivationsbarometer.html> zugegriffen am 20.06.2013
- Via medici (2014): Arbeitsrecht und Überstunden im Arztberuf. In: <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-allgemeine-infos-1570/a/arbeitsrecht-und-ueberstunden-im-arztberuf-23861.htm>, abgerufen am 04.09.2017

nicht als Argument gegen, sondern vielmehr als Argument für eine Stärkung der Bedeutung von Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit auch im Gesundheitswesen dienen. So sollten Maßnahmen zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit als Investitionen betrachtet werden.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Die aktuelle Tendenz zu einem höheren Bedarf bei gleichzeitiger Knappheit an Medizinerinnen macht eine entschlossene, nachhaltige Gegensteuerung notwendig. Hierbei sind einerseits Maßnahmen zu berücksichtigen, welche die Anzahl des ärztlichen Personals erhöhen, als auch Maßnahmen, die zu einer gesteigerten Effizienz in der ärztlichen Tätigkeit führen.

Gängiger Ansatzpunkt ist eine Erhöhung der Studierendenzahl. Zu beachten dabei jedoch ist, dass Drop-out-Quoten von 14% während des Studiums und 12% der Absolventen nach Abschluss des Humanmedizinstudiums bestehen (Kopetsch 2010). Ein weiterer Ansatz ist das Anwerben von internationalem ärztlichem Personal. Hier kritisch zu betrachten ist neben der Sprachbarriere für Patienten und Ärzte der globale „Brain Drain“, den das Anwerben internationaler Mediziner als Dominoeffekt nach sich zieht. Denn in ihrem Land besteht meist ebenfalls ein Bedarf an Medizinerinnen und das Defizit dort wird durch den Wegzug weiter verstärkt. Dies verschlechtert die medizinische Versorgung in jenen Staaten weiter.

Mit einer Auszeichnung attraktiver ärztlicher Arbeitsbedingungen im Krankenhaus kann auf mehreren Ebenen dem Ärztemangel entgegengewirkt werden. Insbesondere durch ihre Anreizwirkung kann sie über eine breitflächige Verbesserung der Arbeitsbedingungen dazu führen, dass weniger Mediziner die ärztliche Tätigkeit beenden. Auch ist wahrscheinlich, dass weniger Mediziner ins Ausland ziehen, um dort ärztlich tätig zu sein, da der Unterschied in den Arbeitsbedingungen zwischen den Staaten weniger bedeutend wird. Somit bleiben vermutlich mehr Mediziner deutschen Krankenhäusern und Praxen erhalten und führen ihre ärztliche Tätigkeit fort.

Eine solche Auszeichnung stellt erstmals einen expliziten Anreiz zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern dar und kann so dabei helfen, den Prozess der Verbesserung zu beschleunigen. Die dargestellte Prüfungsmethodik orientiert sich gleichmäßig an den Bedürfnissen der Krankenhäuser als auch der Mediziner. Die in der Methodik berücksichtigte Work-Life-Balance spielt für die jüngere Medizinergeneration bei gleichzeitigem Wunsch nach Sinnhaftigkeit eine zunehmend große Rolle. Die Mediziner der Generation „Y“ beschäftigen sich intensiv mit der Frage, ob sie in einem Umfeld leben, das sie glücklich werden lässt und in dem sie den Rest ihres Berufslebens verbringen möchten (Bund 2014; Schürmann 2014). Die Selbstverwirklichung wird als höheres Gut angesehen als die Treue zum Arbeitgeber. Wertschätzung stellt einen wichtigen Gesundheitsfaktor dar (Matussek 2011), fördert Arbeitsfähigkeit (Ley/Kaczmarczyk 2013) und reduziert Ängste sowie das Depressionsrisiko (Hawkins 1999). Zeit für Patientinnen und Patienten sowie das Patienten-Arzt-Verhältnis ist ein zentraler Faktor für Zufriedenheit im ärztlichen Setting (Maio 2016).

Viele Mediziner wünschen sich mehr Transparenz bei der Stellensuche. Die bisherigen Möglichkeiten sich über die Arbeitsbedingungen einer möglichen neuen Stelle zu informieren, beschränken sich meist auf die Aussagen aktuell Mitarbeitender während einer

Hospitation oder Erfahrungsberichte, die im Internet veröffentlicht werden. An der Gültigkeit der Aussagen können für Bewerber allerdings Zweifel bestehen, da die Motivation der aktuell Mitarbeitenden sowie der Autoren von Erfahrungsberichten die Beurteilung stark verzerren können. Vorteilhaft an der Prüfungsmethodik ist die standardisierte, objektivierte Prüfung der Arbeitsbedingungen, die nicht nur auf die subjektive Darstellung von Abteilungsleitung oder den Mitarbeitenden, sondern auch auf objektive Kennzahlen zurückgreift, welche auf attraktive Arbeitsbedingungen schließen lassen. Um dem Wunsch nach mehr Transparenz nachzukommen, können Krankenhäuser beispielsweise das in der Methodik beschriebene Abteilungs-Attraktivitätsdiagramm nach außen kommunizieren. Mit diesem sind für Interessierte wie Bewerber die Stärken einer Abteilung ersichtlich und die Arbeitsbedingungen verschiedener Abteilungen können verglichen werden. <<

An award recognizing attractive working conditions in hospitals as a mechanism to combat the physician shortage – a pilot study

Recruiting and retaining medical staff has become increasingly challenging for German hospitals in recent years. Qualified medical staff play a critical role in determining the quality of care in a hospital. An award recognizing hospitals for attractive working conditions and high physician satisfaction could be a promising tool for hospitals to attract and retain physicians.

This article describes a standardized methodology for the evaluation of working conditions and physician satisfaction in hospitals and presents the results of a pilot study. The methodology uses an employee survey, an audit, as well as data concerning working conditions provided by the employer.

The positive impact on a hospital's reputation as a result of this award results in a competitive advantage, thus providing an incentive for hospitals to improve satisfaction in the workplace. Given that one of the primary reasons physicians provide for leaving medicine in Germany is poor working conditions, a widespread improvement would encourage them to continue practicing. Therefore, an award recognizing hospitals for attractive working conditions and high physician satisfaction could represent a useful mechanism to combat the physician shortage.

Keywords

working conditions, physician satisfaction, physician shortage, award, attractive workplace, work-life balance

Autorenerklärung

Dr. Carstensen ist Geschäftsführer der Treatfair GmbH in Stuttgart. Neben Dr. Carstensen arbeiteten an Studie und Veröffentlichung mit: Dr. Dr. Gordon Otto, Prof. Dr. Oliver Schöffski und Prof. Dr. Kai Wehkamp. Sie haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Zitationshinweis

Carstensen et al.: „Eine Auszeichnung für attraktive ärztliche Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als Instrument gegen den Ärztemangel – Ergebnisse einer Pilotstudie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 53-59, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2121

Dr. med. Benedict Carstensen, MHBA

hat Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg studiert und ist aktuell Assistenzarzt für Innere Medizin am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart. 2017 absolvierte er ein Studium zum Master of Health Business Administration an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen-Nürnberg. Seitdem widmet er sich der Bedeutung der Mitarbeiterzufriedenheit im Gesundheitswesen. Seit 2018 ist er Geschäftsführer der Treatfair GmbH. Kontakt: benedict.carstensen@treatfair.org



Dr. med. Dr. rer. nat. Gordon Philipp Otto, M.Sc., MHBA

hat an der Justus Liebig Universität in Gießen Humanmedizin studiert und begann am Klinikum der Friedrich Schiller Universität in Jena seine Tätigkeit als Assistenzarzt für Innere Medizin/Nephrologie. Später wechselte er in die Industrie in den Bereich Medical Affairs bei Baxter und SHIRE und ist nun für Sandoz im Bereich klinische Entwicklung tätig. Kontakt: gordonpotto@googlemail.com



Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH

ist seit 2000 Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und Projektleiter des BMBF-Projekts „Begleitforschung Gesundheitsregionen der Zukunft“ an der FAU. In Forschung und Lehre beschäftigt er sich mit den ökonomischen Fragen des Gesundheitswesens, sein Forschungsschwerpunkt sind gesundheitsökonomische Evaluationen. Kontakt: oliver.schoeffski@fau.de



Prof. Dr. med. Kai Wehkamp, MPH

hat Humanmedizin und Public Health studiert und ist aktuell als Geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin I am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel sowie als Professor für Public Health im Department Medizinmanagement an der Medicalschool Hamburg tätig. Verschiedene Aktivitäten im Gesundheitswesen, u. a. seit 2017 Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Kontakt: kai.wehkamp@uksh.de



Christoph Potempa, M.A. / Prof. Dr. rer. soc.
Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

Wirtschaftlichkeit der Anschlussbehandlung nach Knieoperationen

Ein Vergleich zwischen CPM-Schientherapie, Physiotherapie und Kombinationstherapie

Orthopädische Operationen zählen zu den häufigsten Operationen in deutschen Krankenhäusern und werden ersten Prognosen zufolge im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft weiterhin an Bedeutung gewinnen [1, 2]. Um Immobilisationsschäden zu vermeiden und den Heilungsverlauf gezielt unterstützen zu können, sollte bei Operationen an Kniegelenken möglichst frühzeitig mit Maßnahmen zur Mobilisation begonnen werden, die in der frühen postoperativen Phase (fast) ausschließlich passiv durchgeführt werden müssen. Dies gilt insbesondere dann, wenn seitens des Patienten noch keine aktiven Eigenübungen durchgeführt werden können oder dürfen [3-7]. Neben physiotherapeutischen Behandlungen hat sich zur passiven Bewegung der Gelenke der Einsatz von motorbetriebenen Bewegungsschienen (Continuous Passive Motion – CPM-Schienen) in der Praxis etabliert. Im Bereich des Knies werden CPM-Bewegungsschienen häufig nach endoprothetischem Gelenkersatz, Knorpel-, Sehnen- und Bandrekonstruktionen sowie bei übungstabilen Osteosynthesen eingesetzt [8-13]. Zahlreiche Studien befassen sich mit der rehabilitativen Nachsorge von Patienten nach Gelenkoperationen, jedoch nur selten im Versorgungskontext der ambulanten Anschlussbehandlung in Deutschland. Die vorliegende Arbeit rückt die tatsächliche Versorgungssituation von Patienten in Deutschland im Sinne der real world evidence in den Vordergrund. Ausgangspunkt ist eine Prozesskostenanalyse, welche die postoperative Nachbehandlung von Patienten nach einer Operation am Kniegelenk dokumentiert. Der Fokus liegt dabei auf der Evaluierung der Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsalternativen. Die postoperative Mobilisierung kann durch den Einsatz von CPM-Bewegungsschienen, Physiotherapie oder einer Kombination aus beidem realisiert werden. Über die Heilmittel-Richtlinie ist der Einsatz von Physiotherapie reguliert, CPM-Bewegungsschienen werden im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V unter anderem für das Kniegelenk als fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen aufgeführt [14].

>> Es kann davon ausgegangen werden, dass aus Perspektive der Kostenträger, aber auch aus gesellschaftlicher Perspektive, ein Eingriff am Kniegelenk erhebliche finanzielle Auswirkungen hat. Da in der Literatur nur wenige Analysen zu den Kosten der Rehabilitationsbehandlung zu finden sind [15], untersucht die vorliegende gesundheitsökonomische Modellierung die Wirtschaftlichkeit der folgenden drei Behandlungsalternativen: die Behandlung mit einer CPM-Bewegungsschiene, Physiotherapie sowie die Kombination

Zusammenfassung

Hintergrund: Orthopädische Operationen am Kniegelenk gehören zu den häufigsten operativen Eingriffen in deutschen Krankenhäusern und werden künftig weiterhin an Bedeutung gewinnen. Um Immobilisationsschäden zu vermeiden und den Heilungsverlauf gezielt unterstützen zu können, sollte nach Gelenkoperationen frühzeitig mit Mobilisationsmaßnahmen des entsprechenden Gelenks begonnen werden. Zur therapeutischen Umsetzung der Mobilisation existieren unterschiedliche Behandlungsoptionen. Dazu gehören u.a. auch die Physiotherapie und die CPM-Schientherapie sowie die Kombination aus beiden Ansätzen. Die Wirtschaftlichkeit dieser drei Therapiealternativen soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit evaluiert werden.

Methodik: Die Wirtschaftlichkeit der drei Behandlungsoptionen (CPM-Schienenbehandlung, Physiotherapie, Kombinationstherapie) wurde zunächst mithilfe einer Budget-Impact-Analyse (BIA) unter Berücksichtigung der direkten Behandlungskosten evaluiert. Anschließend wurden die Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Sicht unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Effektivitätsparametern (Oxford-Knee-Score) ermittelt. Die Daten wurden im Rahmen einer Prozesskostenanalyse erhoben, in der 243 Patienten nach Knieoperationen zu jeweils zwei Zeitpunkten im Abstand von sechs Wochen hinsichtlich ihrer postoperativen Anschlussbehandlung befragt wurden.

Ergebnisse: Die Oxford-Scores fielen für Patienten nach Knieoperationen in der CPM-Gruppe signifikant besser aus als für Patienten die ausschließlich physiotherapeutisch bzw. mit einer Kombinationstherapie behandelt wurden. Insgesamt ergaben sich aus gesellschaftlicher Sicht effektivitätsadjustierte Kosten in Höhe von 163,82 Euro für die Behandlung mit CPM-Schientherapie am Kniegelenk, welche damit deutlich geringer ausfielen als für physiotherapeutisch behandelte Patienten (495,64 Euro) und Patienten mit Kombinationstherapie (350,81 Euro). Damit zeigte sich, dass die CPM-Schientherapie sowohl die kostengünstigste als auch kosteneffektivste der drei Behandlungsoptionen darstellt. Betrachtet man lediglich die Kosten (ohne Effektivitätsparameter) sind im Rahmen der BIA pro Patient mit CPM-Schientherapie nach einer Knieoperation direkte Therapiekosten in Höhe von 820,41 Euro angefallen (Physiotherapie: 960,71 Euro; Kombinationstherapie: 1.396,48 Euro). Für alle in einem Jahr stattfindenden Knieoperationen ist daher bei einer durchschnittlich sechswöchigen Nachbehandlung ein Einsparpotenzial von bis zu 50 Millionen Euro im Vergleich zur Physiotherapie möglich. Die Sensitivitätsanalysen konnten trotz teilweise großer Kostenspannen die Robustheit dieser Ergebnisse bestätigen. Die Analyse aus der gesellschaftlichen Perspektive fiel ähnlich positiv für die Behandlung mit CPM-Schienenbehandlung aus. Die Gesamtkosten (inklusive indirekter Kosten) nach Knieoperationen fielen für die CPM-Schienenbehandlung (2.563,80 Euro) geringer aus als für Patienten mit alleiniger physiotherapeutischer Behandlung (2.592,22 Euro). Deutlich höher waren dagegen die Gesamtkosten für Patienten mit Kombinationstherapie (3.606,36 Euro).

Konklusion: Aus gesellschaftlicher Perspektive stellt die Anschlussbehandlung mit CPM-Schientherapie die kostengünstigste Behandlungsmethode für Patienten nach Knieoperationen dar. Dieses Ergebnis verstärkt sich unter Berücksichtigung der intangiblen Effekte zusätzlich. Auch die Kombinationstherapie zeigte in diesem Zusammenhang ein besseres Ergebnis als die alleinige physiotherapeutische Behandlung.

Schlüsselwörter

Versorgungsstudie, CPM, Physiotherapie, Orthopädie, Rehabilitationsbehandlung, Budget Impact Analyse

Crossref/doi

doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2122

beider Alternativen. Zunächst wird eine Auswertung der direkten Kosten vorgenommen, im Anschluss werden die gesamtgesellschaftlichen finanziellen Aufwendungen für die Nachsorge von Knieoperationen in Deutschland evaluiert.

Methodik

Da in der vorliegenden Arbeit sowohl die Kosten aus der Perspektive der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch aus gesellschaftlicher Sicht ermittelt werden sollen, wurde die Analyse in zwei Schritte unterteilt.

In einer Budget-Impact-Analyse (BIA) wurden zunächst die

direkten finanziellen Konsequenzen der einzelnen Therapiealternativen zur rehabilitativen Nachsorge aus Perspektive der GKV evaluiert. Dabei sind der Anteil der Patienten, die eine Therapieoption erhalten, die Verbreitung der Therapie im deutschen Gesundheitssystem sowie die mit der Erstattung der einzelnen Behandlungsoptionen einhergehenden Kosten zu berücksichtigen [16, 17]. Die Robustheit der Ergebnisse wurde zudem durch Sensitivitätsanalysen geprüft und mithilfe von Tornado-Diagrammen visualisiert.

In einem zweiten Teil wurden anschließend die gesellschaftlichen Gesamtkosten unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Effektivitätsparametern evaluiert. Hierzu wurden zusätzlich auch indirekte Kosten in Form von Produktivitätsverlusten sowie intangible Effekte, operationalisiert durch Lebensqualitätsparameter, berücksichtigt.

Im Detail werden im Rahmen der BIA sowie den Ausführungen zu den gesellschaftlichen Kosten die folgenden drei Behandlungsalternativen nach Knieoperationen miteinander verglichen:

- **Behandlungsbarm 1:** Patienten, die eine CPM-Schienenbehandlung erhalten haben (CPM-Gruppe)
- **Behandlungsbarm 2:** Patienten, die nur physiotherapeutische Behandlung erhalten haben (Physiotherapie-Gruppe)
- **Behandlungsbarm 3:** Patienten, die sowohl eine CPM-Schienenbehandlung als auch physiotherapeutische Behandlung erhalten haben (Kombinations-Gruppe)

Die durchgeführten Berechnungen wurden mithilfe der Programme Microsoft Excel, R und TreeAge Pro errechnet. Der Zeithorizont der Kalkulation umfasste dabei einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Zeitpunkt der ersten Visite (maximal zehn Tage nach der Operation) und wurde durch retrospektive Angaben der Untersuchungspersonen zur stationären postoperativen Behandlung ergänzt.

Prozesskostenanalyse

Im Rahmen einer kürzlich durchgeführten Prozesskostenanalyse wurden insgesamt 243 Patienten nach Knieoperationen zu jeweils zwei Zeitpunkten im Abstand von sechs Wochen hinsichtlich ihrer postoperativen Anschlussbehandlung befragt. Statistisch signifikante Unterschiede der soziodemographischen Angaben zum Alter und Geschlecht sowie hinsichtlich der Alltagsfunktionalität konnten zwischen den Gruppen im Rahmen der 1. Visite nicht festgestellt werden. Damit war die Grundvoraussetzung für die statistische Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen gewährleistet.

Ziel der Prozesskostenanalyse war die Beschreibung der Versorgungskonstellation sowie entsprechender Kostenvariablen. So wurden u.a. Patientenangaben zur Dauer des stationären Aufenthaltes, zur Art der Operation sowie detaillierte Angaben zum Ablauf der rehabilitativen Nachsorge erhoben. Zusätzlich wurde die Alltagswirksamkeit der verwendeten Rehabilitationsverfahren unter Berücksichtigung der patientenrelevanten Parameter Schmerz, Funktionalität, Lebensqualität und Stabilität ermittelt.

Da der Literatur keine hinreichenden Angaben zu den Übergangswahrscheinlichkeiten der tatsächlich stattfindenden Versorgung in Deutschland zu entnehmen waren, diente die Befragung als Grundlage für die BIA.

Kostenparameter

Die vorliegende BIA wurde aus Sicht der gesetzlichen Kranken-

kasse in Deutschland durchgeführt. Entsprechend sind die direkten Kosten der postoperativen rehabilitativen Nachsorge der Patienten relevant. Hierzu zählen die Rehabilitationsbehandlung, Physiotherapie sowie die Nutzung von sonstigen therapeutischen Leistungen, Hilfsmitteln und Arzneimitteln. Zuzahlungen und Eigenanteile der Versicherten werden in den Berechnungen bewusst ausgeklammert, da die entsprechenden Patienten teilweise zuzahlungsbefreit waren. Die Operation sowie im Rahmen der Nachbehandlung eventuell anfallende Arztbesuche wurden ebenfalls nicht in die Berechnung mit einbezogen. Die Erfassung der relevanten Kostenparameter beginnt direkt im Anschluss an die Kniegelenksoperation und deckt damit die postoperative Nachsorge sowohl für den stationären als auch den ambulanten Sektor ab. Alle im Modell angenommenen Kostenparameter sind in 1 dargestellt.

Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes wurde über die Daten der Prozesskostenanalyse ermittelt. Diese wurde anschließend für die jeweiligen Therapieoptionen mit dem Basisfallwert für den stationären Aufenthalt des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) verrechnet. Der Bundesbasisfallwert (BBFW) stellt den Ausgangspunkt für die Berechnung dieser, dem postoperativen stationären Aufenthalt zugeordneten, Kosten dar. Die Kostenspanne pro stationärem Aufenthaltstag wurde demzufolge auf 90-385 Euro (Mittelwert: 235 Euro) festgelegt. In diesen Kosten ist über die entsprechende DRG auch die stationäre Physiotherapie sowie die stationäre Schienenbehandlung enthalten, da die Krankenhäuser CPM-Bewegungsschienen einmalig erwerben und die Behandlung dementsprechend nicht zusätzlich vergütet werden muss.

Ambulante physiotherapeutische Behandlungen fließen gemäß der Vergütungsliste Physikalische Therapie (vdek) mit einem Grundwert von 16,62 Euro je 20-minütiger Behandlung in die BIA ein. Für die BIA wurde aus den Daten der Prozesskostenanalyse ein Durchschnittswert entnommen. Die Angaben zu den sonstigen Therapieleistungen variierten innerhalb der betrachteten Arme deutlich. Hier wurde jeweils auf Grundlage der Vergütungsliste Physikalische Therapie (vdek) ein Durchschnittswert entsprechend der erhaltenen Therapieleistungen für die einzelnen Arme in die Berechnung einbezogen [18].

Die Kosten für die sechswöchige ambulante Schienentherapie basieren auf Hilfsmittelverträgen mit diversen Krankenversicherungen. Je nach Leistungsinhalten des Vertrages liegen die Kosten für eine sechswöchige Versorgung mit CPM-Kniebewegungsschienen zwischen 300-450 Euro. Um die Variabilität dieser Kosten abzubilden, wurde der Mittelwert errechnet. Im Rahmen der sechswöchigen Behandlung ergeben sich somit für die Knie-Indikation durchschnittliche Kosten in Höhe von 375 Euro.

Die weiteren Hilfsmittel wurden mit durchschnittlichen Marktpreisen versehen, die Kosten sind entsprechend der jeweils genannten Häufigkeiten in die Kalkulationen der unterschiedlichen Gruppen eingeflossen. Die am häufigsten verwendeten Hilfsmittel waren Gehstützen sowie Orthesen bzw. Bandagen.

Gleiches gilt für die Auflistung der aufgrund der Operation eingenommenen Arzneimittel. Hier wurde in den einzelnen Armen entsprechend der genannten Häufigkeit ein Durchschnittspreis auf Basis der Roten Liste 2017 ermittelt [19]. Die am häufigsten dokumentierten Wirkstoffe waren Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol, Oxycodon, Paracetamol und Tilidin.

Gesamtpopulation

Da die Prozesskostenanalyse sehr deutlich auf die Abbildung der

Kostenparameter der Budget-Impact-Analyse		
Parameter	Quelle	Kosten (spanne) in Euro
Dauer stationärer Aufenthalt	InEK Basisfallwert stationärer Aufenthalt [20, 21]	90-385 (pro Tag)
stationäre Schienenbehandlung	*	in DRG enthalten
stationäre Physiotherapie	*	In DRG enthalten
Erwerbstätigkeit/ Produktivitätsverluste	Hannoveraner Konsens [22, 23]	90 (pro Tag)
physiotherapeutische Behandlungen	Vergütungsliste Physikalische Therapie (vdek)	16,62 (pro 20 Minuten)
ambulante CPM-Schienenbehandlung	div. Hilfsmittelverträge u.a. GWQ, AOK	300-450 (pro 6 Wochen)
weitere Hilfsmittel	div. Hilfsmittelverträge, u.a. Barmer	diverse Preise
sonstige Therapieleistungen	Vergütungsliste Physikalische Therapie (vdek)	diverse Preise
Schmerzmittel / Arzneimittel	Rote Liste	diverse Preise

Tab. 1: Die Kostenparameter der Budget-Impact-Analyse. Legende: * = Berücksichtigung nicht/ oder indirekt erfolgt (nähere Erläuterungen im Text).

tatsächlichen Versorgungsrealität (real world evidence) des Patienten abzielt, wurden die Patienten unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung oder Operationsart in die Auswertung mit eingeschlossen. Entsprechend variierten die Angaben zur Art der Knieoperation (siehe Tab. 2).

Um eine einheitliche Berechnungsgrundlage zu schaffen, wurden alle relevanten Knieoperationen anhand entsprechender ICD-10 Codes ermittelt. Im Detail ergaben sich die Patientenzahlen aus der Krankenhausstatistik des Jahres 2016 (Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern) [24]. Für die durchgeführte Hochrechnung im Rahmen der BIA belief sich diese Schätzung auf 352.599 Knieoperationen.

Ergebnisse

Budget Impact Analyse

Nach Abschluss des sechswöchigen Beobachtungszeitraums wurden im Rahmen der stationären und ambulanten Anschlussbehandlung mit CPM-Bewegungsschienen nach Knieoperationen für Patienten direkte Therapiekosten in Höhe von 820,41 Euro pro Patient (3) generiert. Im Vergleich dazu sind direkte Kosten von 960,71 Euro pro Patient angefallen, wenn die Anschlussbehandlung lediglich aus der Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen bestand. Mit 1.396,48 Euro ergab die Kombinationsbehandlung aus CPM-Schienenbehandlung und Physiotherapie die höchsten Behandlungskosten für Patienten nach Knieoperationen.

Die CPM-Schienenbehandlung ist dementsprechend aus der Perspektive der GKV die kostengünstigste der drei Behandlungsalternativen. Insbesondere die Kosten für postoperative stationäre Aufenthalte fielen günstiger aus als für Patienten mit alleiniger physiotherapeutischer Behandlung bzw. Kombinationstherapie. Dies ist insbesondere deshalb auffällig, weil in vielen Fällen im Anschluss an die Operation nur passive Bewegungen erlaubt sind und eine sinnvolle physiotherapeutische Behandlung erst deutlich später möglich wird. Daher sind bei langfristigen Betrachtungen (> 6 Wochen) noch höhere Kosten durch die Physiotherapie zu erwarten. Die höheren Kosten für Hilfsmittel im CPM-Behandlungsarm sind auf einen größeren Anteil von Patienten zurückzuführen, die neben der CPM-Schienenbehandlung eine Orthese erhalten haben (rund 80% und damit deutlich mehr als in den zwei anderen Gruppen).

Sensitivitätsanalysen

Um die Robustheit der Kostenparameter und der darauf basierenden Ergebnisse zu untersuchen, wurden unterschiedliche Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Im Rahmen dieser wurden die folgenden Kostenparameter variiert:

- I. Dauer des stationären Aufenthaltes
- II. physiotherapeutische Behandlungen (bis 6 Wochen)
- III. ambulante CPM-Behandlung
- IV. weitere Hilfsmittel
- V. sonstige Therapieleistungen
- VI. Schmerzmittel/ Arzneimittel

Kostenparameter der Budget-Impact-Analyse
Art der Knieoperation
vordere bzw. hintere Kreuzbandplastik
Arthrolyse/ Arthrofibrose
größere Meniskuseingriffe
komplexe Eingriffe (mehrere Indikationen)
Frakturen
Totalendoprothese des Knies
Umstellungsosteotomie
Knorpel- und Sehnen- Eingriffe
Synovitis/ Synovektomie
sonstige Bänder & Sehnen inkl. Patellaluxation

Tab. 2: Genannte Indikationen bzw. Operationen im Rahmen der Prozesskostenanalyse.

Ergebnisse der Budget-Impact-Analyse			
Parameter	Arm 1	Arm 2	Arm 3
Stationärer Aufenthalt	324,78 Euro	450,17 Euro	530,35 Euro
Physiotherapie	0,00 Euro	382,92 Euro	408,36 Euro
Ambulante Schienentherapie	375,00 Euro	0,00 Euro	375,00 Euro
Weitere Hilfsmittel	81,17 Euro	72,81 Euro	43,17 Euro
Sonstige Therapieleistungen	6,21 Euro	8,08 Euro	12,10 Euro
Arzneimittel	33,25 Euro	46,72 Euro	27,50 Euro
Direkte Kosten	820,41 Euro	960,71 Euro	1.396,48 Euro

Tab. 3: Ergebnisse der Budget-Impact-Analyse (Perspektive der GKV).

Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen finden sich in Tabelle 4. Dabei wurden für die ersten beiden Modellvariablen aus der Prozesskostenanalyse die Standardabweichungen übernommen¹. Die Kosten für die ambulante Schienenbehandlung variieren je nach Leistungsinhalten des Hilfsmittelvertrages.

Die statistische Unsicherheit der Kostendaten für Hilfsmittel, Therapieleistungen und Arzneimittel wurde mit einer Abweichung von ±20% des Basisfallwertes abgebildet.

Im Rahmen der Analyse der Knie-Indikation schwanken die direkten Behandlungskosten je nach Behandlungsarm zwischen einem Minimalwert von 102,09 Euro und einem Maximalwert von 3.030,21 Euro. Bei Betrachtung der Maximalwerte ist zu beobachten, dass auch im Rahmen der Sensitivitätsanalysen die CPM-Schienenbehandlung am kostengünstigsten bleibt. Insgesamt lässt sich daher festhalten, dass die Stabilität der Ergebnisse trotz der teilweise großen Kostenspannen im Rahmen der Sensitivitätsanalysen erhalten bleibt. Diese Kostenspannen (und in diesem Zusammenhang auch die Kosten im Minimalfall von stellenweise 0 Euro) sind auf die Standardabweichungen der Daten der Versorgungsstudie zurückzuführen. Keine Kosten treten selbstverständlich jedoch nur dann auf, wenn keine physiotherapeutische oder stationäre Behandlung erfolgt ist (vgl. 4).

In Tabelle 5 wurden die Kostenparameter aus der fallzentrierten Analyse auf die Gesamtheit aller Knieoperationen in Deutschland hochgerechnet. Die Tabelle bildet somit die direkten Gesamtkosten für eine sechswöchige Nachbehandlung aller in einem Jahr stattfindenden Operationen ab. Mit direkten Kosten in Höhe von 289.274.188,36 Euro sind die jährlichen Gesamtausgaben für Patienten mit CPM-Schienenbehandlung am Kniegelenk am niedrigsten. Unterstellt man eine sechswöchige Nachbehandlung, besteht hier im Vergleich zur Physiotherapie ein Einsparpotenzial von bis zu 50 Millionen Euro. Deutlich höher sind die Gesamtkosten für die Kombinationstherapie (492.398.130,98 Euro). Das Tornadodiagramm in 1 veranschaulicht die Kostenspannen der Sensitivitätsanalysen zusätzlich. Es ist für Patienten nach Knieoperationen deutlich ersichtlich, dass die Parameter stationärer Aufenthalt und Physiotherapie im vorliegenden Datensatz die größten Kostenspannen aufweisen. Diese beiden Parameter üben damit den stärksten Einfluss auf die Unsicherheit des gesundheitsökonomischen Modells aus und sollten hinsichtlich der Interpretation der Ergebnisse limitierend berücksichtigt werden.

Kosten aus der Perspektive der Gesellschaft

Aus der Perspektive der Gesellschaft sind neben den direkten Behandlungskosten auch indirekte Kosten in Form von Produktivitätsausfällen sowie intangible Effekte (Lebensqualitätsparameter) zu berücksichtigen. Zunächst werden die indirekten Kosten betrachtet.

Indirekte Kosten

Da das Durchschnittsalter der Patienten aus der Prozesskosten-

Sensitivitätsanalyse (pro Patient) Knie-Indikation				
Parameter		min	base	max
Stationärer Aufenthalt	Arm 1	0,00 Euro	324,78 Euro	1.127,95 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	450,17 Euro	1.523,59 Euro
	Arm 3	0,00 Euro	530,35 Euro	1.645,48 Euro
Physiotherapie	Arm 1	0,00 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	382,92 Euro	756,32 Euro
	Arm 3	20,59 Euro	408,36 Euro	835,41 Euro
Ambulante Schienentherapie	Arm 1	300,00 Euro	375,00 Euro	450,00 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
	Arm 3	300,00 Euro	375,00 Euro	450,00 Euro
Weitere Hilfsmittel	Arm 1	64,94 Euro	81,17 Euro	97,40 Euro
	Arm 2	58,25 Euro	72,81 Euro	87,37 Euro
	Arm 3	34,53 Euro	43,17 Euro	51,80 Euro
Sonstige Therapieleistungen	Arm 1	4,97 Euro	6,21 Euro	7,45 Euro
	Arm 2	6,47 Euro	8,08 Euro	9,70 Euro
	Arm 3	9,68 Euro	12,10 Euro	14,52 Euro
Arzneimittel	Arm 1	26,60 Euro	33,25 Euro	39,90 Euro
	Arm 2	37,38 Euro	46,72 Euro	56,06 Euro
	Arm 3	22,00 Euro	27,50 Euro	33,00 Euro
Direkte Kosten	Arm 1	396,51 Euro	820,41 Euro	1.722,69 Euro
	Arm 2	102,09 Euro	960,71 Euro	2.433,04 Euro
	Arm 3	386,80 Euro	1.396,48 Euro	3.030,21 Euro

Tab. 4: Sensitivitätsanalyse (pro Patient) Knie-Indikation.

analyse bei 51,59 Jahren lag, erscheint eine zusätzliche Betrachtung der indirekten Kosten durch krankheitsbedingte Produktivitätsausfälle sinnvoll. Es zeigte sich, dass Patienten nach Knieoperation mit Kombinationstherapie für alle Indikationen ähnlich hohe Arbeitsausfälle in Tagen aufwiesen (CPM-Schienenentherapie: 32,63 Tage; Physiotherapie: 33,30 Tage; Kombinationstherapie: 33,06 Tage). Die Erwerbsquote lag mit 74% für Patienten mit Kombinationstherapie deutlich über den Vergleichswerten der CPM-Schienenentherapie (59%) und Physiotherapie (54%). Zu einer möglichen Frühberentung lagen im Kontext der Prozesskostenanalyse keine Informationen vor.

Die indirekten Kosten setzen sich aus der Arbeitsunfähigkeitsdauer der erwerbstätigen Teilpopulation und dem durchschnittlichen Grundwert gemäß des Hannoveraner Konsens (90 Euro pro Tag Arbeitsunfähigkeit) zusammen [23]. Die Höhe dieser indirekten Kosten ist 6 zu entnehmen. Für Patienten nach Knieoperationen sind die durch den Produktionsausfall entstehenden Kosten bei der alleinigen Behandlung mit Physiotherapie am geringsten (1.631,52 Euro). Etwas höhere Kosten fallen bei der CPM-Schienenbehandlung an (1.743,40 Euro), die höchsten indirekten Kosten generierten aufgrund der höheren Erwerbsquote Patienten mit ei-

1: Im Zuge dieser Berechnungen wurden nicht plausible Ausreißer aus den Versorgungsdaten aus der Kostenanalyse ausgeschlossen. So wurden beispielsweise Patienten, die längere Arbeitsausfälle berichteten, als durch die Studiendauer möglich, nicht berücksichtigt.

Sensitivitätsanalyse Gesamtkosten (Populationshochrechnung) Knie-Indikation				
Parameter		min	base	max
Stationärer Aufenthalt	Arm 1	0,00 Euro	114.516.484,63 Euro	397.712.581,21 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	158.730.098,06 Euro	537.216.033,01 Euro
	Arm 3	0,00 Euro	186.999.634,06 Euro	580.194.890,64 Euro
Physiotherapie	Arm 1	0,00 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	135.017.610,29 Euro	266.677.835,28 Euro
	Arm 3	7.261.358,53 Euro	143.988.796,58 Euro	294.564.597,07 Euro
Ambulante Schienentherapie	Arm 1	105.779.700,00 Euro	132.224.625,00 Euro	158.669.550,00 Euro
	Arm 2	0,00 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
	Arm 3	105.779.700,00 Euro	132.224.625,00 Euro	158.669.550,00 Euro
Weitere Hilfsmittel	Arm 1	22.897.779,06 Euro	28.620.460,83 Euro	34.343.142,60 Euro
	Arm 2	20.538.891,75 Euro	25.672.733,19 Euro	30.806.574,63 Euro
	Arm 3	12.175.243,47 Euro	15.221.698,83 Euro	18.264.628,20 Euro
Sonstige Therapieleistungen	Arm 1	1.751.006,63 Euro	2.188.758,29 Euro	2.626.509,95 Euro
	Arm 2	2.279.764,09 Euro	2.849.705,12 Euro	3.419.646,14 Euro
	Arm 3	3.414.086,68 Euro	4.267.608,35 Euro	5.121.130,02 Euro
Arzneimittel	Arm 1	9.379.087,69 Euro	11.723.859,62 Euro	14.068.631,54 Euro
	Arm 2	13.178.812,31 Euro	16.473.515,39 Euro	19.768.218,47 Euro
	Arm 3	7.756.614,53 Euro	9.695.768,16 Euro	11.634.921,80 Euro
Direkte Kosten	Arm 1	139.807.573,39 Euro	289.274.188,36 Euro	607.420.415,30 Euro
	Arm 2	35.997.468,16 Euro	338.743.662,04 Euro	857.888.307,53 Euro
	Arm 3	136.387.003,22 Euro	492.398.130,98 Euro	1.068.449.717,73 Euro

Tab. 5: Sensitivitätsanalyse Gesamtkosten (Populationshochrechnung) Knie-Indikation.

Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Perspektive			
Parameter	Arm 1	Arm 3	Arm 3
direkte Kosten	820,41 Euro	960,71 Euro	1.396,48 Euro
indirekte Kosten	1.743,40 Euro	1.631,52 Euro	2.209,88 Euro
Gesamtkosten	2.563,80 Euro	2.592,22 Euro	3.606,36 Euro
Oxford Score Verbesserung	15,65	5,23	10,28
effektivitäts-adjustierte-Kosten	163,82 Euro	495,64 Euro	350,81 Euro

Tab. 6: Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Perspektive.

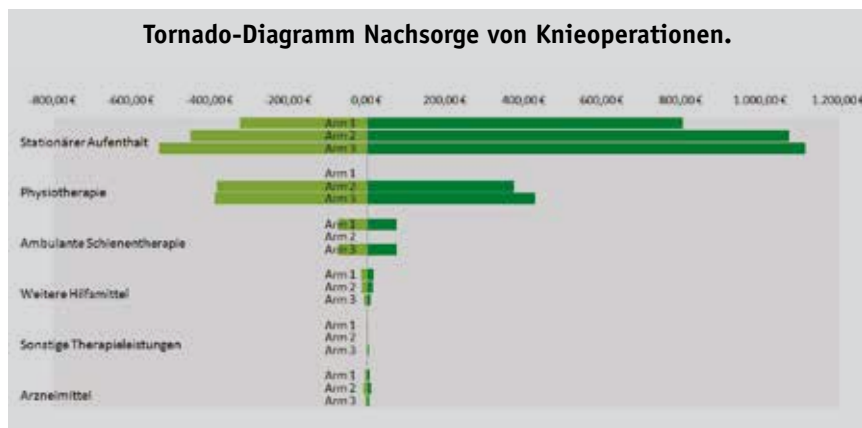


Abb. 1: Tornado-Diagramm Nachsorge von Knieoperationen. Die Kostenspannen zwischen Minimal- und Maximalwert für die ambulante Schienentherapie, die weiteren Hilfsmittel und Therapieleistungen sowie für die Arzneimittel fielen im Gegensatz dazu vergleichsweise gering aus.

ner Kombinationstherapie (2.209,88 Euro).

Gesamtkosten

Direkte und indirekte Kosten bilden gemeinsam die Gesamtkosten aus gesellschaftlicher Perspektive. Diese sind ebenfalls 6 zu entnehmen. Hier zeigt sich, dass die Gesamtkosten für Patienten mit CPM-Schienentherapie am geringsten sind (2.563,80 Euro). Etwas kostenintensiver ist die Physiotherapie (2.592,22 Euro). Die höchsten Gesamtkosten fielen für Patienten nach Knieoperationen für die Kombinationstherapie an (3.606,36 Euro). Dabei machen die Produktivitätsverluste, der stationäre Aufenthalt und die physiotherapeutische Behandlung jeweils die größten Kostenblöcke aus.

Intangible Effekte (Alltagsfunktionalität)

Eine reine Evaluation der (Gesamt-)Kosten ist aus gesellschaftlicher Perspektive in vielen Fällen nicht aussagekräftig genug und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgerichtig durch die Effektivitätsparameter aus den Daten der Prozesskostenanalyse ergänzt. Diese im Rahmen der Prozesskostenanalyse zusätzlich erhobenen Wirksamkeitsparameter wurden bei den Patienten nach Knieoperation mithilfe einer validierten Version des Oxford Knee Scores (OKS) [25] ermittelt.

Dieser Oxford Score wird als Assessment-Instrument im Zusammenhang empirischer Studien angewendet, um die patientenbezogene Alltagsfunktionalität sowie Lebensqualität nach Knieoperationen zu evaluieren. Eine Behandlung wird im Rahmen der Entscheidungsbaumanalyse dann als erfolgreich definiert, wenn der Oxford Score bei einem Gesamtscore von 30 oder mehr Punkten liegt. Der Wertebereich liegt insgesamt zwischen 0-48, wobei steigende Werte einer besseren Alltagsfunktionalität der Patienten entsprechen. Gemäß Dawson [26, 27] liegt damit für den Patienten lediglich eine schwache bis moderate Einschränkung vor, welche hausärztlich versorgt werden kann. Bei einem Oxford-Score von ≥ 40 Punkten sind sogar keine weiteren Behandlungsschritte notwendig.

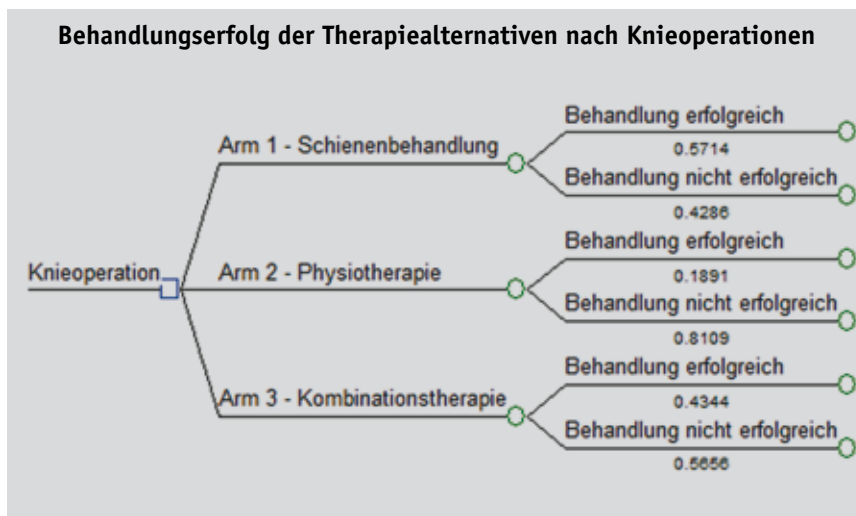


Abb. 2: Behandlungserfolg der Therapiealternativen nach Knieoperationen.

Ergebnisse der Prozesskostenanalyse				
Erhebungs-instrument	Behandlungsarm	Visite 1	Visite 2	Differenz
Oxford Knee Score	Arm 1 - Schienenbehandlung	16,51	32,16	15,65
	Arm 2 - Physiotherapie	15,83	21,06	5,23
	Arm 3 - Kombinationstherapie	17,70	27,97	10,28

Tab. 7: Ergebnisse der Prozesskostenanalyse – Oxford-Score Mittelwerte/ Mittelwertdifferenz (V2-V1).

Abbildung 2 illustriert die Ergebnisse der Prozesskostenanalyse anhand eines Entscheidungsbaum-Modells. Die CPM-Schienenbehandlung führt für Patienten nach Knieoperationen zu den größten Anteilen erfolgreicher Behandlungen (57%). Die Anschlussbehandlung mithilfe physiotherapeutischer Maßnahmen resultierte hingegen im geringsten Anteil erfolgreicher Behandlungen (19%).

Deutlich positiver als für die Physiotherapie fallen die Ergebnisse für die Kombinationstherapie aus, in der die physiotherapeutische Behandlung durch eine CPM-Schienenbehandlung ergänzt wird. Die Berücksichtigung der Lebensqualitätsparameter ist für die Bewertung der Behandlungsarme nicht unerheblich, weshalb zusätzlich zur BIA auch intangible Effekte in Form effektivitäts-adjustierter Kosten herangezogen wurden. Zur Berechnung dieser intangiblen Effekte wurde die Differenz des Oxford Knee Scores zwischen beiden Visiten im Rahmen der Prozesskostenanalyse ermittelt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 festgehalten. Zieht man die Verbesserung der Oxford Scores zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten heran, bestätigt sich die Tendenz der Evaluation der Gesamtkosten und zeigt im Hinblick auf die effektivitäts-adjustierten Kosten in 6 ein deutliches Bild.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser 2016. 2016; Available from: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DRGOoperationen.html>.
2. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. 2015, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
3. O'Driscoll, S.W. and N.J. Giori, Continuous passive motion (CPM): theory and principles of clinical application. J Rehabil Res Dev, 2000. 37(2): p. 179-88.
4. Levangie, P.K. and C.C. Norkin, Joint Structure and Function: A Comprehensive Analysis. 2011: F.A. Davis Company.
5. Münch, E.-O., Nachbehandlung der vorderen Kreuzbandplastik. Arthroskopie, 2010. 23(1): p. 23-29.
6. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, S2k-Leitlinie 033/004: Gonarthrose. Aktueller Stand: 01/2018. 2017.
7. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, S1-Leitlinie 012/024: Patella-Luxation. Aktueller Stand: 06/2014. 2014.
8. Hill, A.D., et al., Use of Continuous Passive Motion in the Postoperative Treatment of Intra-Articular Knee Fractures. J Bone Joint Surg Am, 2014. 96(14): p. e118.
9. Holschen, M. and P. Lobenhoffer, [Treatment of extension contracture of the knee by quadriceps plasty (Judet procedure)]. Oper Orthop Traumatol, 2014. 26(4): p. 353-60.
10. Kirschner, P., [CPM--Continuous Passive Motion: treatment of injured or operated knee-joints using passive movement. A meta-analysis of current literature]. Unfallchirurg, 2004. 107(4): p. 328-40.
11. Lobb, R., S. Tumilty, and L.S. Claydon, A review of systematic reviews on anterior cruciate ligament reconstruction rehabilitation. Phys Ther Sport, 2012. 13(4): p. 270-8.
12. Rogan, S., et al., [Effect of continuous passive motion for cartilage regenerative surgery - a systematic literature review]. Z Orthop Unfall, 2013. 151(5): p. 468-74.
13. McCarthy, M.R., et al., The effects of immediate continuous passive motion on pain during the inflammatory phase of soft tissue healing following anterior cruciate ligament reconstruction. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 1993. 17(2): p. 96-101.
14. Spitzenverband, G. Hilfsmittelverzeichnis - Produktgruppe 32 „Therapeutische Bewegungsgeräte“. 2001 21.02.2018]; Available from: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktartlisteZurPG_input.action?paramGruppeId=32.
15. Bretzke, P., et al., Behandlungskosten nach Knieprothesen-OP-Ein Vergleich zwischen der ambulanten und stationären Rehabilitationsbehandlung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2017. 22(05): p. 255-263.
16. Lauterbach, K.W., Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine: Handbuch für Praxis, Politik und Studium. 2010: Schattauer Verlag.
17. Sullivan, S.D., et al., Budget impact analysis—principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. Value in health, 2014. 17(1): p. 5-14.
18. KV Berlin. Vergütungsliste Physikalische Therapie (Stand Februar 2018). 2018 21.02.2018]; Available from: https://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/20heilmittel/hm_verguetung/verguetung_physio.pdf.
19. Liste, R., Arzneimittelverzeichnis für Deutschland. 2017.
20. Bundesärztekammer, B., 1. Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und-finanzierung ab dem Jahr 2009. 2008.
21. Freistühler, M., N. Roeder, and D. Franz, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Zeitschrift für Herz-, Thorax-und Gefäßchirurgie, 2017. 31(6): p. 422-429.
22. Greiner, W., Die Berechnung von Kosten und Nutzen, in Gesundheitsökonomische Evaluationen. 2008, Springer. p. 49-63.
23. von der Schulenburg, J.-M.G., et al., Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation-dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2007. 12(05): p. 285-290.
24. des Bundes, G., Krankenhausstatistik-Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, 2015.
25. Naal, F., et al., The 12-item Oxford Knee Score: cross-cultural adaptation into German and assessment of its psychometric properties in patients with osteoarthritis of the knee. Osteoarthritis and Cartilage, 2009. 17(1): p. 49-52.
26. Dawson, J., et al., Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement. J Bone Joint Surg Br, 1998. 80(1): p. 63-69.
27. Dawson, J., et al., The Oxford shoulder score revisited. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 2009. 129(1): p. 119-123.

Eine Verbesserung des OKS um einen Scorepunkt ist im Rahmen der CPM-Schienenbehandlung am günstigsten zu erreichen (163,82 Euro). Ein bereits deutlich schlechteres Kosten-Effektivitätsverhältnis weist die Kombinationstherapie auf (350,81 Euro). Die Physiotherapie schneidet unter Berücksichtigung der Parameter der Alltagswirksamkeit am schlechtesten ab (495,64 Euro). Die Ergebnisse zu den gesellschaftlichen Kosten zeigen demnach deutlich, dass es sich bei der CPM-Schienenbehandlung um die kostengünstigste und auch kosteneffektivste der drei Behandlungsoptionen handelt. Als etwas kostenintensiver ist insgesamt die Kombinationstherapie zu bewerten, die eine ähnlich gute Effektivität mit höheren Kosten erreicht. Das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis der physiotherapeutischen Behandlungsstrategie fällt im Vergleich zu den anderen Behandlungsoptionen am ungünstigsten aus.

Diskussion

Die vorliegende BIA hat die Kosten dreier Rehabilitationsverfahren (CPM-Schientherapie, Physiotherapie, Kombinationstherapie) zur ambulanten, postoperativen Nachsorge nach Kniegelenkoperationen aus zwei unterschiedlichen Perspektiven untersucht. Durch die Budget-Impact-Analyse wurde die Perspektive der GKV abgebildet. Zusätzlich erfolgte eine Evaluation der Gesamtkosten aus Sicht der Gesellschaft. Für die CPM-Schientherapie wurden nach Knieoperationen direkte Kosten in Höhe von 820,41 Euro für eine sechswöchige postoperative Behandlung beobachtet. Damit stellte sie die kostengünstigste der drei Behandlungsalternativen dar. Diese Ergebnisse blieben auch nach Evaluation der Gesamtkosten erhalten und verstärkten sich durch die Berücksichtigung von intangiblen Effekten zusätzlich. Hier konnte gezeigt werden, dass die Behandlung mit CPM-Bewegungsschienen am Kniegelenk sowohl aus Sicht der GKV als auch aus der gesellschaftlichen Perspektive die kostengünstigste und kosteneffektivste der drei Behandlungsoptionen darstellt.

Die Ergebnisse der BIA und der Gesamtkostenbetrachtung liefern zusätzliche empirische Hinweise dafür, wie eine wirtschaftliche postoperative Nachsorge im Anschluss an Knieoperationen aussehen kann. Der Versorgungsanspruch der CPM-Schientherapie, welcher innerhalb der orthopädischen Versorgungslandschaft seit 1996 im Hilfsmittelverzeichnis verankert ist, wird durch die vorliegenden Ergebnisse zusätzlich unterstrichen. Die tatsächliche Versorgungssituation in Deutschland ist äußerst komplex und vielfältig. Die Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit bestätigen jedoch erste Tendenzen aus vergleichbaren Studien. So zeigte eine kürzlich veröffentlichte Arbeit im Rahmen einer Kosten-Effektivitätsanalyse die Überlegenheit der Kombinationstherapie (CPM + PT) im Vergleich zur stationären Nachbehandlung gemäß Reha-Standard mit alleiniger Physiotherapie bei Knieprothesen-Operationen [15]. Die vorliegende Arbeit löst die Unklarheit auf, inwieweit sich diese Ergebnisse auch im gruppenübergreifenden ambulanten Setting bestätigen. Die vorliegende BIA weist jedoch auch einige Limitationen auf, die im Zuge der Diskussion nicht unerwähnt bleiben sollen. Diese sind teilweise in den gesundheitsökonomischen Modellannahmen, vor allem aber in der zugrundeliegenden Datenbasis auszumachen. Die im Rahmen der Prozesskostenanalyse zusätzlich erhobenen Lebensqualitätsparameter wurden indikationsübergreifend ermittelt und können eine umfassende Lebensqualitätsstudie zu den jeweiligen Indikationen nicht ersetzen.

Die Hochrechnungen der Gesamtkosten auf die einzelnen Indi-

kationen basieren auf Werten der Krankenhausstatistik [24]. Hierbei muss betont werden, dass die Angaben der Patienten für eine spezifische Indikation nicht immer deckungsgleich mit den gängigen ICD-10 Codierungen waren. Daher sind die Operationshäufigkeiten und ihr Einfluss auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten lediglich als Modellannahmen zu werten. Dadurch, dass die Physiotherapie im Rahmen der Prozesskostenanalyse fast obligatorisch zum Einsatz kommt, wäre eine genaue Prüfung der Notwendigkeit, des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit von physiotherapeutischen Maßnahmen eine Grundvoraussetzung für deren starken Verbreitungsgrad. Die mangelnde Standardisierbarkeit von physiotherapeutischen Behandlungen macht solche Analysen im Vergleich zur CPM-Schienenbehandlung vergleichsweise schwierig. Insgesamt lässt sich jedoch attestieren, dass die ambulante Nachbehandlung der Patienten nach einer Knieoperation mit der CPM-Schientherapie die kostengünstigste sowie kosteneffektivste Behandlungsoption darstellt. <<

Economic evaluation of post-operative knee rehabilitation in Germany - A comparison between CPM therapy, physical therapy and combination therapy

Background: Orthopaedic surgery of the knee joint is one of the most common surgical procedures in German hospitals and is likely to be increasingly important in the foreseeable future. To avoid impairment caused by immobilisation and to support the healing process, mobilisation of the corresponding joint should be initiated at an early stage after the intervention. There are a variety of treatment options for the therapeutic implementation of this mobilization, which include physical therapy and CPM therapy as well as the combination of both approaches. The economic aspects of these three therapy alternatives are calculated.

Methods: The cost-effectiveness of the three treatment options (CPM, physical therapy, combination therapy) was evaluated by applying a cost effectiveness analysis (CEA), including direct treatment costs. Subsequently, the total costs were determined from a societal perspective while simultaneously addressing effectiveness parameters (Oxford Knee Score). The data were by a survey in which 243 patients after knee operations were asked about their postoperative follow-up treatment at two intervals of six weeks.

Results: The Oxford scores were significantly superior for patients after knee surgery in the CPM group compared to patients treated with physical therapy or combination therapy. From a societal perspective, the total costs of treatment with CPM therapy at the knee joint were 163.82 Euro, which was significantly lower than for patients treated with physical therapy (495.64 Euro) and patients treated with combination therapy (350.81 Euro). This revealed that CPM therapy is both the most inexpensive and cost-effective of the three treatment options. Considering only the costs (without effectiveness parameters), direct therapy costs of 820.41 Euro per patient with CPM therapy (physical therapy: 960.71 Euro; combination therapy: 1,396.48 Euro) were generated. For all knee operations taking place over the course of a year in Germany, an average follow-up treatment of six weeks can therefore save up to 50 million Euro compared to physical therapy. The sensitivity analyses were able to confirm the robustness of these results despite large cost margins in some areas. The analysis from a social perspective showed comparably positive results for treatment with CPM therapy. The total costs (including indirect costs) after knee operations were lower for CPM treatment (2,563.80 Euro) than for patients with physiotherapeutic treatment (2,592.22 Euro). In contrast, the total costs for patients with combination therapy were significantly higher (Euro 3,606.36).

Conclusion: From a social perspective, follow-up treatment with CPM-therapy is the most cost-effective treatment option for patients after knee surgery. This result is further enhanced with regard to the intangible effects. The combination therapy also showed better results in this context than the stand-alone physiotherapeutic treatment.

Keywords

health services study, continuous passive motion, physical therapy,, orthopaedics, rehabilitation treatment, cost effectiveness analysis

Autorenerklärung

Prof. Dr. Dr. Reinhard P.T. Rychlik ist Leiter des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid. Christoph Potempa ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung des Verbandes CPM Therapie e.V. und wurde vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie in Burscheid durchgeführt.

Zitationshinweis

Potempa, C., Rychlik, R.: „Wirtschaftlichkeit der Anschlussbehandlung nach Knieoperationen im deutschen Versorgungskontext – Ein Vergleich zwischen CPM-Schientherapie, Physiotherapie und Kombinationstherapie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/19), S. 60-67, doi: 10.24945/MVF.01.19.1866-0533.2122

Christoph Potempa, M.A.

ist Survey-Methodologe und Soziologe und arbeitet seit 2016 am Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) im Fachbereich Statistik/Biometrie. Zu seinen Aufgabenbereichen gehören neben der Versorgungsforschung und Studienplanung sowie -durchführung insbesondere die Aufbereitung und Auswertung empirischer Datensätze zur Beantwortung versorgungsrelevanter Fragestellungen. Kontakt: christoph.potempa@ifeg.de



Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik

studierte Humanmedizin, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften sowie Psychologie. Er lehrt Gesundheitsökonomie an der medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, ist Gastprofessor für Gesundheitsökonomie der 1. Medizinischen Fakultät der Karls-Universität Prag seit 1999 und adjunct Professor für Pharmacoeconomics an der School of Pharmacy der Temple University in Philadelphia seit 2000. Seit 1992 leitet er das IfEG. Kontakt: reinhard.rychlik@ifeg.de



Gemeinsame Tagung der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65+ und des Vereins Consumer Health Care

„Strategien der Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft“

Am 9. November 2018 fand im Berliner Magnus-Haus eine Tagung statt, die sich einem Thema widmete, das früher oder später jeden angeht: Die Medizin hat in den vergangenen Jahren beeindruckende Erfolge bei der Verlängerung des Lebens erzielt und damit gleichzeitig neue Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft geschaffen. Wie diesen Herausforderungen begegnet werden kann, wurde unter der Moderation von Prof. Dr. Marion Schaefer, Vorsitzende des Vereins Consumer Health Care und aktives Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65+, gemeinsam mit Medizinern, Gesundheitspolitikern, Soziologen, IT-Experten und Apothekern diskutiert.

>> Einleitend beschrieb Herr Privatdozent Dr. Dr. Claus Köppel, langjähriger Chefarzt des Zentrums für Altersmedizin im Vivantes Wenckebach-Klinikum Berlin und Mitglied der AG Gesundheit 65+ die besonderen Herausforderungen des Alterungsprozesses. Gestützt auf seine Erfahrungen beim Aufbau von geriatrischen Abteilungen in mehreren Krankenhäusern betonte er die Komplexität von Erkrankungen im Alter und vor allem den zwingend individuellen Ansatz bei ihrer Behandlung. Auch in Deutschland bestehen noch immer Defizite bei der Erforschung typischer Alterskrankheiten und der Nutzenbewertung ihrer Therapie. Dies spiegelt sich auch in den vorliegenden epidemiologischen Daten wider. Eine gezielte Weiterbildung von Ärzten zum Facharzt für Geriatrie ist deshalb ebenso zwingend erforderlich wie die Verbesserung des Informationsstandes bei der Generation 50+. Denn der Alterungsprozess lässt sich nur verzögern bzw. bei besserer Gesundheit erleben, wenn wirksame Gegenstrategien zeitig genug eingeleitet werden.

Dass die gesundheitlichen Konsequenzen aus der demographischen Entwicklung besonders die strukturschwachen ländlichen Gebiete vor neue Aufgaben stellt, erläuterte Dr. med. Hans-Joachim Helming anhand des Innovationsfonds-Förderprojektes „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ (IGiB-StimMT). Mit Hilfe der zusätzlichen finanziellen Mittel von 14,5 Mio. Euro wird versucht, die ambulante und stationäre Versorgung zu einer Funktionseinheit zu verschmelzen, um ärztliche Arbeitszeit und patientennahe gesundheitliche Dienstleistungen bedarfsgerecht und effektiver zum Vorteil der oft hochaltrigen Patienten nutzen zu können. Eine Integration von Apothekern ist in einer weiteren Ausbaustufe ebenso vorgesehen wie die Einbindung der Pflegedienste bereits praktiziert wird. Eine Evaluation des Förderprojektes, die letztlich darüber entscheiden wird, ob und in welcher Form zusätzliche Leistungsangebote in die Regelversorgung überführt werden können, ist vom Gesetzgeber verpflichtend vorgeschrieben.

Dr. Michael de Ridder, Internist, Rettungsmediziner, Gründer eines Hospizes und nicht zuletzt

Buchautor, stellte das Thema „Gebrechlichkeit“ in den Mittelpunkt seines Vortrags. Sie ist bisher nur unscharf durch einen Komplex von Symptomen definiert, der mit zunehmendem Alter assoziiert ist, aber nicht allein dadurch erklärt werden kann. Denn nur 25 bis 50% aller über 85-Jährigen sind davon betroffen. Gebrechlichkeit geht in der Regel einher mit einem erhöhten Risiko für Stürze, Verwirrheitszuständen, Behinderungen sowie dauernder Pflegebedürftigkeit und oft auch vorzeitigem Tod. Bereits erprobte Interventionsmaßnahmen beziehen sich vor allem auf körperliches Training und Ernährung, aber auch auf die Anwendung von Vitamin D und Kalzium. Bislang fehlen dazu aber wirklich überzeugende bzw. eindeutige Belege aus wissenschaftlichen Studien. Wichtig sei in diesem Zusammenhang, sich nicht auf einzelne Symptome oder Risikofaktoren zu konzentrieren, sondern den alten Menschen ganzheitlich zu betrachten. Der Redner erwartet in diesem Zusammenhang auch wichtige Impulse aus der Arzneimittelanwendungsforschung, um den Eintritt einer Gebrechlichkeit zumindest zu verzögern.

Das Nachmittagsprogramm wurde von Dr. Larissa Pfaller, Institut für Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, eröffnet. Sie ging nicht nur auf gesellschaftliche Leitbilder eines gesunden Alterns ein, sondern stellte auch das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ aus dem Jahre 2012 sowie die WHO-Initiative „Active Aging“ vor. Noch immer sind Begriffe eines „erfolgreichen“ Alterns – auch in der Gerontologie – nur unscharf definiert: die häufig erwähnte Abwesenheit von Krankheit, die Aufrechterhaltung der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind zwar ein wünschenswertes Ziel, müssten aber weit differenzierter betrachtet werden. Nachdenklich stimme auch der Fakt, dass Lebenserwartung und Chance auf Gesundheit nach wie vor sehr stark vom jeweiligen Sozialstatus bestimmt werden.

Ihr Kollege, PD Dr. Mark Schweda von der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, ging anschließend

auf ethische Aspekte einer technisch-assistierten Gesundheitsversorgung im Alter ein. Entsprechende Lösungen beziehen sich vor allem auf Alarmsysteme oder Monitoringfunktionen, aber auch die so genannte Pflegerobotik zur Erleichterung körperlich schwerer Pflegetätigkeiten durch Assistenzsysteme, die auch bei altersbedingten Behinderungen ein Weiterleben in der häuslichen Umgebung ermöglichen sollen. Trotz des erkennbaren Nutzens stellen sich aber auch hier ethische Fragen u.a. nach der informierten Zustimmung, dem Eingriff in die Privatsphäre und der zugrunde liegenden Algorithmen bzw. einer möglichen sekundären Datenverwertung. Denn die medizinethischen Grundsätze der Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit dürfen auch durch digitale oder technische Lösungen nicht verletzt werden.

Dass auch das Design Thinking einen wichtigen Beitrag für eine optimale Patientenbetreuung leisten und gleichzeitig bessere Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter schaffen kann, illustrierte Christoph Thetard aus Jena. Er analysierte mit seinem kürzlich gegründeten Unternehmen die geriatrische Rehabilitation in einer Klinik, um Arbeitsabläufe sicherer und effektiver zu gestalten und für die Patienten eine Umgebung zu schaffen, die den Heilungsprozess wirkungsvoll unterstützen kann. Dadurch wird in den Kliniken eine echte Patientenfokussierung umgesetzt, die letztlich allen Beteiligten zu Gute kommt. Frühzeitig in Erwägung gezogen, können Fehlinvestitionen vermieden, aber auch vorhandene Strukturen so verändert werden, dass sich die Patienten wohl fühlen und die Mitarbeiter entlastet werden.

Noch einen Schritt weiter ging Dr. Michael John vom Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS in Berlin, der mehrere telemedizinische Assistenzsysteme bzw. Projekte vorstellte, die das Patientenselbstmanagement zum Beispiel nach einer Krankenhausentlassung unterstützen sollen. Neben der Nachsorge können sie auch, sofern dies ärztlich angezeigt ist, für ein Patientenmonitoring genutzt werden und damit auch der Prävention dienen. Kern der technischen Lösungen ist in der Re-

65 PLUS Leitungsteam: Karsten Köhler (Luckau/Görlsdorf), Rudolf Bals (Wustermark/OT Elstal).
Postanschrift: Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS c/o Rudolf Bals, Heide-
 weg 12, 14641 Wustermark/OT Elstal,
 E-Mail: bals@gesundheits-65plus.de
 Website: www.gesundheits-65plus.de

gel die Telemedizin-Plattform „Meine Reha“, die einen schnellen und transparenten Informationsfluss zwischen Leistungserbringern und Patienten ermöglicht. Durch die therapiebegleitende Interaktion und Rückkopplung mit den Nutzern kann eine Optimierung etwa von Rehabilitationsmaßnahmen erzielt werden. Die Entwicklung entsprechender Angebote ist teilweise schon abgeschlossen, so dass zum jetzigen Zeitpunkt die Umsetzung in die Praxis, inklusive die Regelung der Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkassen und Rentenversicherung, im Mittelpunkt der Aktivitäten steht.

Jens-Peter Claußen von der Medipus TUR GmbH Berlin und ebenfalls Mitglied der AG Gesundheit 65+ ging in seinem Vortrag auf die besondere Funktion von Therapeuten im Pflegeprozess ein. Denn Physiotherapeuten, Logopäden, Podologen und andere haben in der Regel ein sehr enges Verhältnis zu den Pflegebedürftigen und können so Informationen aufnehmen und weiterleiten, die für das differenzierte Eingehen auf den Einzelnen von Bedeutung sind. Allerdings muss gewährleistet sein, dass die so gewonnenen Kenntnisse auch die richtigen Adressaten erreichen und ihre Weitergabe mit dem Patienten, dem zu Pflegenden oder seinen Angehörigen abgestimmt ist.

Den Abschluss des inhaltlich sehr abwechslungsreichen und informativen Programms bildete traditionsgemäß eine Absolventin des 2017 eingestellten Studiengangs Consumer Health Care. Apothekerin Renate Wittig hatte in ihrer Masterarbeit untersucht, inwieweit alternative Therapieverfahren die noch immer beträchtliche Psychopharmakaaanwendung in Senioreneinrichtungen zumindest teilweise ersetzen können. Zu diesem Zweck hat sie eine systematische Literaturrecherche durchgeführt und Studien identifiziert, die diesem Anliegen Rechnung tragen. Trainingsprogramme mit kombiniertem körperlichem und kognitivem Training zeigten dabei die größte Effektivität, die Entwicklung einer Demenz zu verzögern und die Selbständigkeit von Senioren in Pflegeeinrichtungen zu erhalten. <<

von: Prof. Dr. Marion Schaefer

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Versorgungsforschung zeigt, wie das Gesundheitssystem funktioniert

www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 06/18 11. Jahrgang

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



„Gesundheitskompetenz in vulnerablen Bevölkerungsgruppen“ (Schaefer)
 „Schlechte Forschung ist einfach schlecht“ (Windeler)
 „Wahrnehmung lebensverändernder Diagnosen“ (Porzolt)

www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 05/18 11. Jahrgang

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



„Versorgungssituation von Patienten mit Demenz“ (Schulte)
 „Stärkung der Gesundheitskompetenz im Bildungssektor“ (Bauer)
 „Zur Versorgung mit CPM-Bewegungsschienen“ (Rychlik)

www.monitor-versorgungsforschung.de www.m-vf.de 04/18 11. Jahrgang

VERSORGUNGS FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



„Eine Wette auf die Zukunft des deutschen Systems“ (May/Wasem)
 „Kosten- und Mengeneffekte des MICADO-Selektivvertrags“ (Jacob)
 „Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaefer)

**FOCUS:
 Bio-similars**

Wie das geht, und wer was macht, das lesen Sie in „Monitor Versorgungsforschung“

6 Ausgaben kosten pro Jahr 120 € zzgl. MwSt. und Versandkostenanteil in Höhe von 9,99 € pro Jahr in Deutschland (Ausland: 54 €) – inklusive Online-Zugang zum 10-Jahres-Archiv

www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-76382801
Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - Content in Health
 Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - mail@m-vf.de



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Versorgungsnahe Entwicklung einer elektronischen Patientenakte (PEPA)

Der Versorgungsalltag chronisch kranker Patienten ist geprägt von einem häufig sehr komplexen Miteinander verschiedener Behandler aus dem ambulanten und stationären Sektor. Die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren stößt nicht selten an systemimmanente Grenzen, die es durch gezielte Maßnahmen zu überbrücken gilt. In der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Gesundheitsregion Rhein-Neckar stand daher das Ziel im Vordergrund, gesundheitsbezogene Einrichtungen zu vernetzen, versorgungsrelevante Patientendaten zusammenzuführen und somit die Versorgung chronisch Kranker über Sektorengrenzen hinweg nachhaltig zu verbessern.

Dieses Ziel wurde im Rahmen des Projekts „INFOPAT“ (Informationstechnologie für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung in der Metropolregion Rhein-Neckar) durch die Neu- und Weiterentwicklung einer komplexen IT-Infrastruktur und einer damit verbundenen Anpassung von Behandlungsprozessen unter Zuhilfenahme einer persönlichen, einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (PEPA) verfolgt.

Zwischen 2012 und 2017 arbeiteten insgesamt 27 Partner (siehe auch <https://www.infopat.eu/partner/>) aus Wissenschaft und Industrie gemeinsam an der Entwicklung, Implementierung und Evaluation innovativer Produkte und Prozesse.

Bereits in der Ausgabe 03/2015 wurde die Entwicklung der PEPA als ein Kernelement des Gesamtprojekts beschrieben. Nun wollen wir Ihnen nach dem Ende der Projektlaufzeit einen weiteren Einblick in die Ergebnisse und Erfahrungen geben, die aus INFOPAT generiert werden konnten.

Ihr

Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Zusammenarbeit im Konsortium

In vier Clustern setzten sich interdisziplinäre Teams jeweils mit einem spezifischen Thema der Digitalisierung innerhalb des Gesundheitswesens auseinandersetzen.

So widmete sich Cluster 1 der Entwicklung und Evaluation einer PEPA, Cluster 2 dem Thema „Arzneimitteltherapiesicherheit“, Cluster 3 konzentrierte sich auf netzbasierendes Case Management und Cluster 4 setzte sich mit der Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke mittels einer Forschungsplattform auseinander.

Jedes Teilprojekt gliederte sich zudem in ein Entwicklungs- und ein Anwendungsprojekt (Abb. 1).

Die Entwicklungsprojekte setzten sich schwerpunktmäßig mit der Entwicklung und Anpassung der Technologien auseinander. Die Anwendungsprojekte

stellten ihrerseits die Evaluation und Implementierung dieser Technologien in den Arbeitsfokus und wurden federführend durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg als Studienzentrale organisiert.

Neue Methode zur patientenorientierten Entwicklung

Durch die Aufteilung in Entwicklungs- und Anwendungsprojekte fand der Austausch mit den späteren Endnutzern der zu entwickelnden Technologien in erster Linie durch die Projektpartner innerhalb der Anwendungsprojekte statt. Die Untersuchungsergebnisse des Teilprojekts P3 zeigten beispielsweise, dass die Patienten sich eine Stärkung ihrer Patientenautonomie und Partizipation wünschen. Im Hinblick auf die Stärkung der interdisziplinären und intersektoralen Versorgung ist es patientenseitig beispielsweise durchaus denkbar, eine zentralere Rolle einzunehmen, mithilfe der PEPA Informationen zu verbinden, und so den Informationsfluss zwischen verschiedenen Behandlern zu moderieren. Unter Berücksichtigung dieser zentraleren Rolle des Patienten waren Prozesse zur sektorenübergreifenden Kooperation durch den Einsatz einer PEPA im Cluster 1 neu zu denken und teils neu zu organisieren.

Es galt somit diese Nutzeranforderungen im PEPA-Konzept abzubilden und in den technischen Entwicklungsprozess einfließen zu lassen. Aus diesem Grund unterstützte das P3-Anwendungsprojekt das Entwicklungsprojekt P2, das vom Zentrum für Informations- und Medizintechnik am Universitätsklinikum Heidelberg geleitet wurde, durch stetige Rückkopplung bezüglich Anwenderfreundlichkeit des PEPA-Prototyps und Erfüllung der zielgruppenspezifischen Bedürfnisse. Es zeigte sich jedoch, dass die Nutzeranforderungen, die aus Fokusgruppen, Usability Tests, Interviews und quantitativen Befragungen gewonnen wurden, nicht ohne weiteres in den technischen Entwicklungsprozess übersetzt werden konnten. Im Cluster 1 wurde daher der Rückkopplungszyklus zwischen Anwendungs- und Entwicklungsprojekt im Laufe des Projekts angepasst [1].

Der Rückkopplungszyklus wurde dahingehend verändert, dass ein Mitarbeiter des Anwendungsprojekts als Teil des im Entwicklungsprojekt angewandten Scrum-Prozesses eingesetzt wurde (Abb. 2).

Durch diese prozessuale Veränderung konnte der Austausch zwischen beiden Projekten optimiert werden, wodurch die nutzerorientierte Entwicklung des PEPA-Prototyps profitierte. Als Basis für den gemeinsamen Austausch wurde ein neues Instrument etabliert,

Abb. 1: Darstellung der Projektorganisation

	Entwicklungsprojekte	Anwendungsprojekte
Cluster 1: Patientenakte	P2	P3
Cluster 2: Arzneimittel	P4	P5
Cluster 3: Case Management	P6	P7
Cluster 3: Monitoring	P8	P9

welches als Action Sheets titulierte wurde. Die Action Sheets dienen als eine Art Kommunikationsbrücke zwischen den verschiedenen, am Entwicklungsprozess beteiligten Professionen. Abbildung 2 verdeutlicht das Vorgehen gemäß des Action Sheets-basierten Ansatzes.

Aktive Rolle des Patienten

Die Besonderheit der PEPA als zentrale Komponente des Gesamtprojekts ist die Rolle des Patienten. Dieser agiert im PEPA-Konzept nämlich als „Gatekeeper“, indem er Ärzte, andere Gesundheitsberufler oder auch Angehörige für den Zugriff auf die in seiner PEPA enthaltenen Inhalte berechtigen kann. Schon in der ersten Studienphase wurden verschiedene Vorbehalte zu diesem Modell – insbesondere von Ärzten – geäußert. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie wurde der PEPA-Prototyp unter realen Versorgungsbedingungen getestet [2, 3]. Die teilnehmenden Patienten begrüßten ihre Rolle weitestgehend, sahen aber nur begrenzte Beweggründe, Zugriffe auf ihre Akte aktiv einzuschränken. Hinzu kam, dass das Handling der Berechtigungsvergabe sehr komplex und damit schulungs- bzw. unterstützungsaufwendig war. Vor diesem Hintergrund erscheint es umso wichtiger, patientenorientierte Entwicklungen zu fördern und auch Schulungs- und Supportaspekten bei eHealth-Projekten einen hohen Stellenwert zuzuschreiben.

5 Jahre INFOPAT: Ein Fazit

Trotz der Herausforderungen, die im Laufe dieses groß angelegten Projektes zu überwinden waren, trug die Vielseitigkeit der Teilprojekte dazu bei, dass innovative Produkte und Konzepte entwickelt und Voraussetzungen einer gelingenden Technikimplementierung untersucht wurden. Dabei wurde über alle Teilprojekte hinweg insbesondere eine Stärkung der Rolle der Patienten im Blick behalten und durch teils neue Methoden forciert. Neben den bereits veröffentlichten Artikeln (s.u.), werden im Laufe des Jahres weitere Ergebnisse publiziert und können über die Homepage der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung recherchiert werden. Informationen zu INFOPAT finden Sie zudem auf der Website www.infopat.eu.

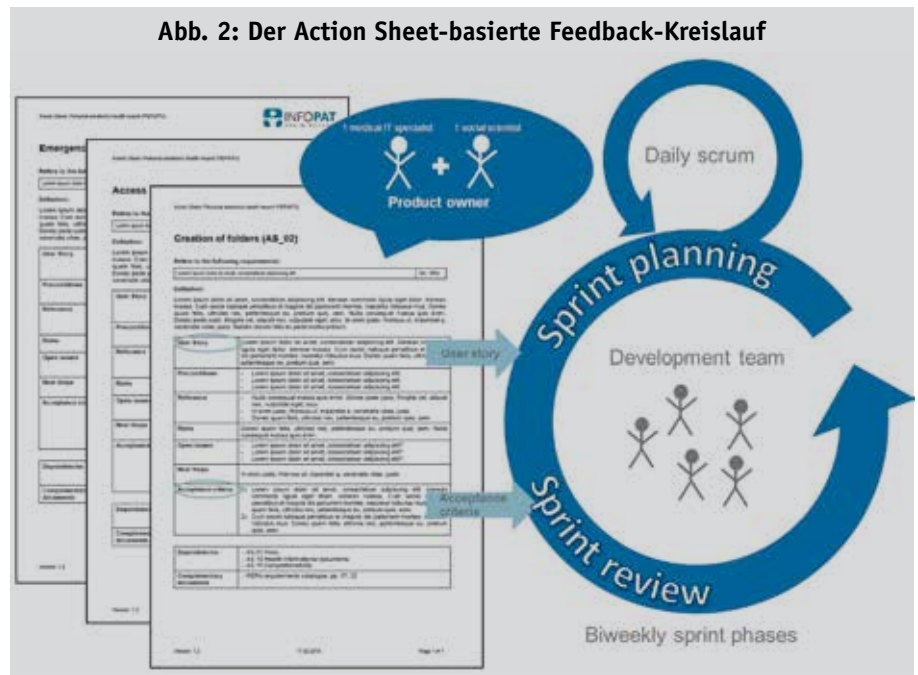
Kontakt/Fragen

Aline Kunz (M.Sc.) – Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
aline.kunz@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Kunz A, Pohlmann S, Heinze O, Brandner A, Reiß C, Kamradt M, Szecsenyi J, Ose D: Strengthening Interprofessional Requirements Engineering Through Action Sheets: A Pilot Study. *JMIR Hum Factors*. 2016 Oct 18;3(2):e25.
- [2] Poss-Doering R, Kunz A, Pohlmann S, Hofmann H, Kiel M, Winkler EC, Ose D, Szecsenyi J: Utilizing a Prototype Patient-Controlled Electronic Health Record in Germany: Qualitative Analysis of User-Reported Perceptions and Perspectives. *JMIR Formativ Res* 2018;2(2):e10411.

Abb. 2: Der Action Sheet-basierte Feedback-Kreislauf



- [3] Ose D, Baudendistel I, Pohlmann S, Winkler EC, Kunz A, Szecsenyi J: Persönliche Patientenakten im Internet. Ein narrativer Review zu Einstellungen, Erwartungen, Nutzung und Effekten. *Personal health records on the Internet. A narrative review of attitudes, expectations, utilization and effects on health outcomes*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2017 May;122:9-21.
- [4] Ose D, Kunz A, Pohlmann S, Hofmann H, Qreini M, Krisam J, Uhlmann L, Jacke C, Winkler EC, Salize HJ, Szecsenyi J: A Personal Electronic Health Record: Study Protocol of a Feasibility Study on Implementation in a Real-World Health Care Setting. *JMIR Res Protoc*. 2017 Mar 2;6(3):e33.
- [5] Baudendistel I, Winkler EC, Kamradt M, Brophy S, Längst G, Eckrich F, Heinze O, Bergh B, Szecsenyi J, Ose D: Cross-sectoral cancer care: views from patients and health care professionals regarding a personal electronic health record. *Eur J Cancer Care*. 2017 Mar;26(2).
- [6] Längst G, Seidling HM, Stützle M, Ose D, Baudendistel I, Szecsenyi J, Wensing M, Mahler C. Factors associated with medication information in diabetes care: differences in perceptions between patients and health care professionals. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Oct; 9:1431-41.
- [7] Bernhard G, Ose D, Baudendistel I, Seidling HM, Stützle M, Szecsenyi J, Wensing M, Mahler C. Understanding challenges, strategies, and the role of support networks in medication self-management among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2017 Apr; 43(2):190-205.
- [8] Bernhard G, Mahler C, Seidling HM, Stützle M, Ose D, Baudendistel I, Wensing M, Szecsenyi J. Developing a shared patient-centered web-based medication platform for type 2 diabetes patients and their healthcare providers: a qualitative study on user requirements. *J Med Internet Res*. 2018 Mar 27;20(3):e105.
- [9] Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Ose D, Besier W, Mayer M, Krisam J et al. (2014): Practice network-based care management for patients with type 2 diabetes and multiple comorbidities (GEDIMApus): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014 Jun 21;15:243.
- [10] Kamradt M, Krisam J, Kiel M, Qreini M, Besier W, Szecsenyi J, Ose D (2017): Health-Related Quality of Life in Primary Care: Which Aspects Matter in Multimorbid Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in a Community Setting? *PLoS One*. 2017 Jan 26;12(1):e0170883.
- [11] Kamradt M, Bozorgmehr K, Krisam J, Freund T, Kiel M, Qreini M et al. (2014): Assessing self-management in patients with diabetes mellitus type 2 in Germany: validation of a German version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-G). *Health Qual Life Outcomes*. 2014 Dec 18;12:185.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Die Akte **live**

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

SPEICHELSCAN
ABGESCHLOSSEN

www.iges.com/timunddina