

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit
Bundesgesundheitsminister
Hermann Gröhe: „Der Patienten-
nutzen muss im Vorder-
grund stehen.“

- „Kollektive Regelversorgung ist eine Blackbox“ (Weigeldt)
- „Chancen und Risiken des Innovationsfonds“ (Knieps)
- „Der unsichtbare Patient“ (Sayed)

Editorial

„Die tragende Säule“ 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Der Patientennutzen muss im Vordergrund stehen“ 6

Titelinterview mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Redaktion

„Kollektive Regelversorgung ist eine Blackbox“ 14

Interview mit Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes

„Keine Einorganerkrankung“ 20

Nationales Versorgungsforum Schmerz der DSG

Spuren der Ökonomisierung der Medizin 21

Zehn Jahre Hire a Doctor – zehn Jahre Ärzte auf Zeit

Neue Serie: „Versorgungsforschung inside“ 22

Folge 1: Das Institut für Community Medicine in Greifswald

WISSEN

Zehn Jahre digitale Customer Journey 28

von: Dr. Evelyn Kade-Lamprecht, Studienleiterin und Partnerin für den Geschäftsbereich Market Services Terraconsult / Dr. Michael Sander, TCP Terra Consulting Partners GmbH

Der mühsame Weg zum Substitutionsausschluss 32

von: Dr. Christoph von Rothkirch, Institut TakeCare
kommentiert von: PD Dr. Carsten Buhmann (UKE), Prof. Dr. med. Michael Schäfer (Deutsche Schmerzgesellschaft), Dr. med. Michael Überall (Deutsche Schmerzliga) und Dr. Martin Zentgraf (BPI).
ergänzt durch ein Interview mit: Prof. Josef Hecken (G-BA)

Zahlen - Daten - Fakten

Ohne Rezept gegen den Schmerz 12

Standards

Impressum 2

News 24, 31, 40

Rezension 31

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

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 62-63

WISSENSCHAFT

Dr. PH Mustapha Sayed, MPH 46

Der unsichtbare Patient - Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus gehören in Deutschland zum Personenkreis, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Anspruch auf eine medizinische Versorgung haben. Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden teilstandardisierte Experteninterviews (n=10) und Betroffeneninterviews (n=10) in den Städten Hannover und Bremen durchgeführt. Die Ergebnisse der durchgeführten Studie zeigen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus erschwert wird.

Sandra Jessel / Hans-Holger Bleß 52

Defizite und Lösungsansätze bei der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Bei rund zwei Prozent der Bevölkerung ist ein Vorhofflimmern dokumentiert. Betroffene haben ein fünffach erhöhtes Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden. Diese Schlaganfälle verlaufen häufig schwerer als Schlaganfälle anderer Ursache. Primäres Behandlungsziel bei VHF ist deshalb die Prävention von Schlaganfällen. Therapie der Wahl ist die orale Antikoagulation, deren Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Allerdings zeigen sich noch immer Versorgungsdefizite vor allem bei Hochrisikopatienten und älteren Patienten sowie bei der Therapieadhärenz, die auf Handlungsunsicherheiten bei Ärzten und Patienten hindeuten.

Isabelle Stoffregen / Dr. Jörg-Peter Klötzer / PD Dr. Stefan Christiansen, MHA 58

Existiert eine Über- und/ oder Fehlversorgung mit Opipramol?

Die Studie bestätigt die bereits bekannte Über- und Fehlversorgung mit Antidepressiva am Beispiel von Opipramol. Ein Grund dafür könnte die häufige Verordnung von Opipramol durch Fachärzte fachfremder Disziplinen sein.

INNOFONDS

Bitte beachten Sie die Sonderseiten (25-27) zum Innovationsfonds, mit denen MVF regelmäßig über den Entwicklungsstatus informiert wird.

Dieser Ausgabe liegen 3 Beilagen bei: die Fachzeitschrift „Pharma Relations“, die wiss. Fachzeitschrift „Monitor Pflege“ und der Programmfolder zum MVF-Kongress am 8.3.2016

Bildnachweis Gröhe: Seite 1 Steffen Kugler, Innenseiten Stephan Klonk

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
9. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

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
Wolfgang Dame
dame@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 90 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 60 Euro. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbreitete Auflage: 6.392 (IVW 4. Quartal 2015)



Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen



Dr. Christopher Hermann
AOK Baden-Württemberg,
Stuttgart



Prof. Dr. Wolfgang
Hoffmann, MPH
Universitätsmedizin Greifswald



Franz Knieps
BKK Dachverband, Berlin



Prof. Dr. Wolf-Dieter
Ludwig
Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft, Berlin



Prof. Dr. Axel C.
Mühlbacher
Hochschule Neubrandenburg



Prof. Dr. Prof. h.c.
Edmund A. M.
Neugebauer
IFOM, Private Universität
Witten/Herdecke



Prof. Dr. h.c. Herbert
Rebscher
DAK Gesundheit, Hamburg



Prof. Dr. Matthias
Schrappe
Köln



Prof. Dr. Stephanie Stock
Universität zu Köln



Bitte entnehmen Sie die Kontaktdaten der Beiräte dem MVF-Portal. Die Redaktion leitet Anfragen gerne an die Beiräte weiter.

Praxisbeirat

vertreten durch



Hedwig
François-Kettner



Nordost

Harald Möhlmann



Dr. Jens Härtel



Dr. Martin Danner



Dr. Marco Penske



Gerhard Stein



Prof. Dr. Christian
Franken



Frank Lucaßen



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Roland Lederer



Stephan Spring



Dr. Hans-Joachim
Helming



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Prof. Dr. Stephan
Burger



Dr. Andreas Kress



Dr. Thomas
Trümper



Ralph Lägel



Helmut
Hildebrandt



Prof. Dr.
W. Dieter Paar



Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve



Dr. Dominik Graf
von Stillfried





**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.



Link zum MVF-Kongress

Dieser QR-Code führt Sie direkt zum Internetportal von „Monitor Versorgungsforschung“ (www.m-vf.de) und dort auf die Seiten des MVF-Kongresses „Innovation 2016“ (www.monitor-versorgungsforschung.de/willkommen/kongresse/Innofonds_2016)

„Die tragende Säule“

MVF-Titelinterview mit Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit

> S. 6 ff.

„Die Lebensqualität der Menschen ist und bleibt der entscheidende Maßstab für den Erfolg unserer Gesundheitspolitik. Deshalb ist die Versorgungsforschung mit ihrem engen Praxisbezug auch eine tragende Säule unserer guten Gesundheitsversorgung.“ So das Fazit von Bundesgesundheitsminister Gröhe in unserem Titelinterview. Daraus folgt unter anderem: „Alleine seit 2010 sind die Mittel für die Ressortforschung im Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums von rund 20 auf über 30 Millionen Euro in 2015 angewachsen. Ein Großteil davon fließt in die Versorgungsforschung.“ Dazu kommt natürlich jetzt der Innovationsfonds. Das Interview gibt einen sehr guten Überblick zu den aktuellen Fragen unseres Gesundheitssystems und seiner Weiterentwicklung.

Herzliche Einladung: MVF-Fachkongress: Innovationsfonds - 1. Runde 2016

Um die erste Runde des Innovationsfonds geht es bei unserem 6. MVF-Fachkongress am **8. März 2016**. Im Fokus stehen die erste Antragsrunde und die Erwartungen für die zukünftigen Ausschreibungen. Auf das Programm, das wir Ihnen bieten können, sind wir besonders stolz. Bitte beachten Sie den beiliegenden **Programmfolder** oder nutzen Sie den nebenstehenden **QR-Code**. Wir präsentieren auf unserem Kongress die im März aktuellsten Informationen aus erster Hand. Seien Sie dabei. Sie sind herzlich eingeladen.

Interview mit Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender Deutscher Hausärzteverband

> S. 14 ff.

Natürlich geht es im Gespräch mit Ulrich Weigeldt um die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), ihre Vorteile und Chancen, aber auch um die Problemfelder. Sehr spannend zu lesen.

Rubrik Wissen: Digitale Customer Journey bei Krankenkassen und Substitutionsausschlussliste

Das „Neuland“ Internet ist für alle Krankenversicherten und auch für die Krankenkassen natürlich längst keines mehr. Die Webpräsenzen haben sich von digitalen Imagebroschüren hin zur ersten Service-Anlaufstelle für die Versicherten entwickelt. Aber es gibt große Unterschiede zwischen den Kassen.

> S. 28 ff

Die Substitutionsausschlussliste ist eine harte Nuss. von Rothkirch gibt eine Gesamt-schau zu Verfahren, Kriterien und eventuellen Verbesserungen, die von fünf hochrangigen Stellungnahmen ergänzt wird.

> S. 32 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Sayed untersucht die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. „Papierlose“ sind hinsichtlich der medizinischen Versorgung faktisch rechtlos.

> S. 46 ff.

Jessel und **Bleß** analysieren Defizite bei der Schlaganfallprävention für Patienten mit Vorhofflimmern. Die Versorgungsdefizite liegen vor allem bei Hochrisiko- und älteren Patienten. Lösungspotenziale liegen in der Aufklärung, der Diagnostik und in besserer Therapie-adhärenz.

> S. 52 ff.

Stoffregen, Klötzer und **Christiansen** untersuchen Differenzen zwischen leitliniengerechter Therapie und Versorgungsrealität bei Antidepressiva am Beispiel von 5.444 Versicherten, die Opipramol einnehmen. Dabei wurden Über- und Fehlversorgungen bestätigt. Ein Problem scheint die häufige Verordnung von Opipramol durch Fachärzte fachfremder Disziplinen zu sein.

> S. 58 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder eine interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

www.insight-health.de

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



Titelinterview mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

„Der Patientennutzen muss im Vordergrund stehen“

Bereits im letzten Jahr traten im Bereich Gesundheit und Pflege das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Erste Pflegestärkungsgesetz und das Präventionsgesetz in Kraft. Zum 1. Januar 2016 treten zahlreiche weitere Änderungen in Kraft, die ebenfalls allesamt von Bundesgesundheitsminister Gröhe angesprochen wurden: das Krankenhausstrukturgesetz, das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung, das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) und das Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsankennungsrichtlinie der EU. Damit gehört Gröhe zu den „produktivsten“ deutschen Gesundheitspolitikern aller Zeiten.

>> Herr Minister Gröhe, kein Gesundheitsminister vor Ihnen hat so viele Reformen und Gesetze in einer Legislaturperiode auf den Weg gebracht wie Sie. War der Zustand des deutschen Gesundheitssystems so schlecht?

Im Gegenteil: Wir haben eine sehr gute Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das wird auch in Bürgerbefragungen deutlich. Aber auch Gutes kann besser werden. Außerdem werden wir mehr und mehr zu einer Gesellschaft des längeren Lebens: Dank guter Lebensumstände und medizinischem Fortschritt bekommen wir so viele gute Lebensjahre geschenkt. 81 Jahre ist unsere durchschnittliche Lebenserwartung heute. Tendenz steigend.

Das ist sicher eine gute Entwicklung.

Ja. Für uns alle ist das eine gute Entwicklung. Zumal viele ältere Menschen diese zusätzlichen Jahre mit dem Lebensgefühl verbinden: wir werden älter und fühlen uns jünger. Gleichzeitig haben nicht alle Menschen das Glück bei guter Gesundheit alt zu werden. Das bedeutet auch, dass künftig mehr Menschen medizinisch und pflegerisch versorgt werden müssen. Deshalb kann nicht alles so bleiben wie bisher. Das ist auch ein Grund dafür, dass wir z.B. die Unterstützung für Pflegebedürftige und ihre Familien durch mehrere Gesetze deutlich ausgeweitet haben.

Was sind die wichtigsten Herausforderungen?

Eine große Herausforderung ist der Umgang mit demenziellen Erkrankungen. Schon heute leben ungefähr 1,6 Millionen Menschen mit Demenz in unserem Land, in den nächsten 25 Jahren wird die Zahl voraussichtlich um eine weitere Million steigen. Studien weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit eines 70- bis 75-Jährigen, demenziell zu erkranken, bei gut drei Prozent, die eines 90- bis 95-Jährigen schon bei gut 30 Prozent liegt. Um zielgerichtet helfen zu können, haben wir zum Beispiel im Rahmenprogramm „Gesundheitsforschung“ ein „Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“ eingerichtet. Hier werden die Forschungsanstrengungen für diesen Bereich zusammengeführt, mit dem Ziel, die Behandlung zu verbessern. Natürlich geht es darüber hinaus immer auch um die Frage, wie die Lebensumwelt für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung gestaltet wird. Deshalb haben wir die „Allianz für Menschen mit Demenz“ ins Leben gerufen. Sie dient dazu, die Hilfe für Demenzkranke vor Ort zu verbessern und die Achtsamkeit im Umgang mit Demenzkranken zu stärken. Denn Menschen mit einer Demenz gehören in die Mitte der Gesellschaft.

Die Versorgungsforschung kann analysieren, was im System „Ge-

undheit“ geändert werden muss, um den kommenden Herausforderungen gerecht zu werden.

Unser Anspruch ist, dass alle Menschen Zugang zur bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung haben. Dafür ist Grundlagenforschung und klinische Forschung, aber eben auch Versorgungsforschung zwingend erforderlich. Denn genauso wie Fortschritt in der medizinischen Versorgung brauchen wir auch neue Versorgungsansätze, die passgenau auf die steigende Zahl älterer Patientinnen und Patienten zugeschnitten sind. Dabei geht es auch darum, die noch vorhandenen Fähigkeiten der Menschen besser zu nutzen.

Wird denn genug gefördert?

Alleine seit 2010 sind die Mittel für die Ressortforschung im Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums von rund 20 auf über 30 Millionen Euro in 2015 angewachsen. Ein Großteil davon fließt in die Versorgungsforschung, mit dem Ziel, die Versorgung und die Behandlungsabläufe im Sinne der Patienten zu verbessern.

Und nun kommen 300 Millionen Euro pro Jahr dazu.

Richtig. Wir werden mit dem Innovationsfonds in den nächsten Jahren 300 Millionen Euro jährlich dafür einsetzen, sowohl neue Versorgungsformen als auch Versorgungsforschung zu fördern. Denn beides gehört zusammen. Das kann die Patientenversorgung weiter verbessern.

Der Fonds ist jedoch befristet bis 2019.

2019 wird es einen Zwischenbericht mit einer wissenschaftlichen Auswertung zur Förderung aus dem Innovationsfonds geben. Dann wird zu entscheiden sein, ob der Innovationsfonds erfolgreich war und weitermachen soll.

Worum geht es Ihnen beim Fonds im Kern?

Wir haben in Deutschland große Erfolge dadurch erreicht, dass in einzelnen Disziplinen wirkliche Spitzenleistungen erbracht werden. Der Fokus auf die einzelne Erkrankung und auf den einzelnen Heileingriff hat auch viele Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten nachdrücklich geprägt. Viele Patienten gehen z.B. direkt zum Spezialisten. Um es in der Sprache des Fußballs zu sagen: Mir geht es darum, wie aus den Spitzenleistungen der einzelnen Spieler, eine noch bessere Mannschaftsleistung wird.

Wie soll das funktionieren?

Bei der Versorgung muss stärker von der Patientin, von dem Pati-

.....
„Wir werden mit dem Innovationsfonds in den nächsten Jahren 300 Millionen Euro jährlich dafür einsetzen, sowohl neue Versorgungsformen als auch Versorgungsforschung zu fördern. Denn beides gehört zusammen.“

enten her gedacht werden und was für sie oder ihn im Behandlungsverlauf Sinn macht – und nicht in Fach- und Sektorengrenzen. Es geht also um „sektorenübergreifende Versorgungsformen“. Was im Behandlungsverlauf für den Patienten Sinn macht, nutzt übrigens auch den Ärzten und Kliniken. Denn durch Abstimmung und Zusammenarbeit können z.B. Doppeluntersuchungen vermieden und Behandlungslücken geschlossen werden. Wenn Kritiker aus dem angelsächsischen Raum unser deutsches Gesundheitswesen betrachten, sagen sie richtigerweise oft, dass bei uns die sogenannte „Cooperative Care“ zu kurz kommt. Deshalb unterstützen wir sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen wie Netzwerke oder Kooperationen in besonderen Versorgungsformen durch das Versorgungsstärkungsgesetz. Dazu gehört, dass bürokratische Hemmnisse abgebaut und die rechtlichen Rahmenbedingungen von Verträgen der integrierten Versorgung und anderen besonderen Versorgungsformen erweitert werden. Und dazu gehört genauso der Innovationsfonds, durch den neue sektorübergreifende Versorgungsformen für die Regelversorgung erprobt werden sollen.

Hätten Sie dafür ein Beispiel?

Denken Sie beispielsweise an die Versorgung von Krebspatienten am Lebensende. Hier geht es darum, dass das onkologische, das schmerzmedizinische und das psychologische Wissen sowie pflegerische oder etwa physiotherapeutische Kenntnisse zusammengeführt werden, um eine umfassende Versorgung sicherzustellen. Das ist im Kern auch die Idee der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung. Dieses Thema gehen wir mit entsprechenden Verträgen an, die auch die Teambildung befördern.

Das Versorgungsstärkungsgesetz enthält auch Regelungen zu Selektivverträgen.

Selektivverträge sind ein gutes Instrument, um Brücken zwischen den Versorgungsbereichen und Fachrichtungen zu bauen. Sie stehen aber auch für neue Versorgungsformen und somit für Fortschritt in unserem Gesundheitswesen. Zwei Drittel der Ärzte sind ja auch der Ansicht, dass Selektivverträge die Versorgungssituation ihrer Patienten verbessern. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Psychonomics aus dem Jahr 2010. Deshalb fördern wir Selektivverträge mit dem Versorgungsstärkungsgesetz, indem für alle Beteiligten die Vertragsabschlüsse erleichtert werden. Deshalb haben wir unter anderem das Satzungserfordernis und die flächendeckende aufsichtsrechtliche Vorab-Kontrolle aller Selektivverträge gestrichen. Ebenso wurde klargestellt, dass auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand der Selektivverträge sein können, was wiederum die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner erhöht. Außerdem wurden die an unterschiedlichen Stellen geregelten Voraussetzungen für selektive Vertragsabschlüsse der Krankenkassen neu strukturiert und in einer Vorschrift zur besonderen Versorgung zusammengefasst.

Können Sie uns den Nutzen der Selektivverträge aus Ihrer Sicht an einem Beispiel deutlich machen?



Eine Krankenkasse hat zum Beispiel die verbesserten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung, die wir im letzten Jahr geschaffen haben, für die bei ihr versicherten Rheumapatienten genutzt und einen Versorgungsvertrag mit Hausärzten und Rheumatologen abgeschlossen. Der Vertrag sieht vor, dass der Hausarzt einen Patienten mit Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung an einen Rheumatologen überweist, der am Vertrag teilnimmt. Dort bekommt der Patient dann innerhalb von 14 Tagen einen Termin. Mit diesem zügigen Verfahren ist der Weg frei für eine zielgerichtete Diagnose und somit für die erforderlichen Behandlungsschritte. Wartezeiten, in der sich die Krankheit weiter verschlimmern kann, entfallen für die Menschen.

Geht es auch darum, Versorgungslücken zu schließen?

Wir wollen Versorgungsbrüche vermeiden – etwa nach einem Krankenhausaufenthalt. Deshalb haben wir mit dem Versorgungsstärkungsgesetz die Möglichkeit eingeführt, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte nun auch mengenmäßig begrenzt Arzneimittel verschreiben können. Das erspart dem Patienten den Gang zum ärztlichen Notdienst, wenn er z.B. am Wochenende aus dem Krankenhaus entlassen wird und weiter Medikamente benötigt. Und mit dem Krankenhausstrukturgesetz haben wir den Anspruch auf häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe erweitert und eine Kurzzeitpflege für Patienten eingeführt, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation vorübergehend noch Hilfe brauchen. In die gleiche Richtung gehen wir mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung: Damit verpflichten wir die Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen, um die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen weiter zu verbessern. All das trägt dazu bei, eine nahtlose Versorgung sicherzustellen.

Nun wissen wir alle, dass medizinische Versorgung auf hohem Niveau für eine Gesellschaft die insgesamt älter wird, fast zwangsläufig auch immer kostspieliger wird.

Mir ist wichtig, dass Patientinnen und Patienten auch in Zukunft schnellen Zugang zu guter Medizin und Pflege erhalten und unser Gesundheitswesen zugleich nachhaltig finanzierbar bleibt – beidem dienen unsere Gesetzesvorhaben. Wir haben die Leistungen für ge-



setzlich Versicherte spürbar verbessert: zum Beispiel durch mehr Pflege- und Hygienepersonal im Krankenhaus und den Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Und wenn jetzt die Zusatzbeiträge moderat steigen, hat das auch mit dem Kostenanstieg bei den Arzneimitteln zu tun. Gegen Hepatitis C zum Beispiel gibt es neue, sehr teure Medikamente, durch die die Krankheit erstmals geheilt werden kann. Das kann Patienten sogar eine Transplantation ersparen. Das gibt es nicht zum Nulltarif. Angesichts unserer älter werdenden Gesellschaft und des medizinischen Fortschritts müssen wir mit steigenden Gesundheitskosten rechnen und zugleich die Beitragsentwicklung in Schach halten. Nicht ohne Grund galt das erste Gesetz dieser Koalition einer Eindämmung der Arzneimittelkosten. Damit haben wir die gesetzliche Krankenversicherung um jährlich 650 Millionen Euro entlastet. Wenn wir den Bundesländern helfen, Überkapazitäten im Krankenhausbereich abzubauen, wird auch unser Gesundheitswesen wirtschaftlicher. Und wenn wir jetzt Geld in die Hand nehmen für ein Präventionsgesetz, dann beugen wir Krankheiten vor und sorgen zugleich dafür, dass unser Gesundheitswesen auch morgen noch bezahlbar bleibt.

Nach vier Anläufen ist nun auch das Präventionsgesetz in Kraft.

In Deutschland wurde gut zehn Jahre über das Präventionsgesetz diskutiert. Jetzt steht es im Gesetzblatt. Das war überfällig. Ein gutes Gesundheitswesen braucht Strukturen, die das Bewusstsein für Gesundheit und Vorsorge verbessern und Krankheiten vermeiden helfen, bevor sie überhaupt entstehen. Dabei geht es darum, möglichst alle zu erreichen – nicht nur die, die sich ohnehin viel mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen. Deshalb müssen wir die Umgebung, in der wir leben, lernen und arbeiten, so gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützt – z.B. die Kita, die Schule, den Arbeitsplatz. Es gibt kein „zu früh“ in der Prävention, Prävention macht aber in jedem Lebensalter Sinn. Deshalb haben wir erstmalig die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Auch im hohen Alter kann Gesundheitsförderung dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern. Das entspricht auch dem

„Der Patient ist jederzeit Herr über seine Daten. Er allein entscheidet, ob und wer auf welche Daten zugreifen darf.“

Wunsch der allermeisten, so lange wie möglich selbständig zu leben. Deshalb schreiben wir auch mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz den Grundsatz „Reha vor Pflege“ groß.

Die Bundesregierung hat bereits 2012 ins Gesetz geschrieben, dass die Einstufung der Pflegebedürftigkeit die Feststellung eines Rehabedarfs enthalten soll. Nun gibt es eine weitere Regelung.

Bei 1,6 Millionen Pflege-Begutachtungen im Jahr führen zurzeit nur rund 5.000 zur Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Da ist noch gewaltig Luft nach oben! Mit dem neuen Begutachtungssystem, das wir durch das zweite Pflegestärkungsgesetz einführen, kann der wirkliche Reha-Bedarf besser erfasst werden. Die Kassen und die Medizinischen Dienste müssen dafür künftig bundesweit ein standardisiertes Verfahren anwenden, mit einheitlichen Vorgaben z.B. zur Qualifikation der Gutachter. Das hat aber auch viel mit dem berühmten Schalter im Kopf zu tun. Dass die Menschen „ambulant vor stationär“ vorziehen, weil sie einfach möglichst lange in den eigenen vier Wänden leben wollen, ist schon gelernt. Aber dass auch „Reha vor Pflege“ dazu beitragen kann, länger ein selbstbestimmtes Leben zu führen, muss noch in den Köpfen verankert werden.

Sicher auch, weil Reha vor allem in der Phase der Berufstätigkeit gelernt ist.

Tatsächlich denken die meisten bei Reha daran, möglichst schnell an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können. Es geht aber auch um Lebensqualität – und das in jedem Alter.

Für all das wäre eine funktionierende Telematik-Infrastruktur nicht das schlechteste.

Deshalb sollen die Chancen der digitalen Welt endlich auch in der Gesundheitsversorgung besser genutzt werden. Mit dem E-Health-Gesetz treiben wir das voran. Jetzt muss endlich der Patientennutzen im Vordergrund stehen.

Doch noch immer sind viele schwierige Fragen zu beantworten, z.B. die des Datenschutzes.

Sicher. Es geht ja auch um höchstpersönliche Daten. Deswegen ist Datenschutz ein ganz zentraler Punkt. Es gibt klare Zugriffsrechte, der Zugriff wird protokolliert, bei Missbrauch drohen strafrechtliche Konsequenzen. Anders als bei der EC-Karte sind die medizinischen Daten sogar doppelt verschlüsselt. Der Zugriff funktioniert nur durch PIN-Eingabe des Patienten und einen zweiten Schlüssel des Arztes, den Heilberufsausweis. Nur auf die Notfalldaten kann der Arzt im Ernstfall mit seinem Ausweis direkt zugreifen. Wichtig ist: Der Patient ist jederzeit Herr über seine Daten. Er allein entscheidet, ob und wer auf welche Daten zugreifen darf. Ich freue mich, dass sowohl die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit als auch der Präsident des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik erklärt haben, dass die elektronische Gesundheitskarte den Schutz der Patientendaten im Vergleich zu heute sogar noch verbessert.

Darüber hinaus aber werden Sie den Menschen erklären müssen, was sie eigentlich persönlich von der Telematik haben.



Patienten gut versorgen

Sie wollen neue Wege gehen? Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei Markteinführungen, Versorgungsmanagement, Patient-Relationship-Management, Supply Chain Management und Marketing & Sales Support.

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

arvato
BERTELSMANN

Hier ist der Notfalldatensatz ein gutes Beispiel. Wenn es nach einem Unfall schnell gehen muss, soll der Arzt künftig wichtige Notfalldaten direkt von der elektronischen Gesundheitskarte abrufen können, zum Beispiel Informationen zu Allergien, Implantaten oder Vorerkrankungen. Und ab 2018 sollen diese Notfalldaten dann auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können, wenn der Patient dies wünscht.

Zurzeit sterben mehr Menschen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen als im Straßenverkehr ...

... und das darf nicht so bleiben. Deshalb führen wir mit dem E-Health-Gesetz jetzt erstmals einen Medikationsplan ein, der den Patienten ausgehändigt wird und der für mehr Therapiesicherheit bei Arzneimitteln sorgt. Versicherte, die drei oder mehr Medikamente gleichzeitig anwenden, erhalten ab 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen solchen Medikationsplan. Wir wollen, dass ein Arzt direkt sehen kann, welche Medikamente sein Patient gerade einnimmt. So können gefährliche Wechselwirkungen verhindert werden. Das ist besonders wichtig bei Patienten, die bei mehreren Ärzten gleichzeitig in Behandlung sind, bei älteren Menschen, die an verschiedenen Krankheiten leiden oder auch bei Menschen mit Behinderungen. Apotheken sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Ab 2018 soll auch der Medikationsplan über die elektronische Gesundheitskarte abrufbar sein. Experten begrüßen diesen Schritt zu mehr Patientensicherheit.

Unsere Gesundheitsversorgung wird ja nicht umsonst oft als ein lernendes System beschrieben.

Ja. Und Aufgabe der Politik ist es, den gesetzlichen Rahmen immer wieder an veränderte Herausforderungen anzupassen. Dabei setzen wir natürlich auch auf die Förderung wissenschaftlicher Spitzenleistungen – zum Beispiel mit dem Gesundheitsforschungsprogramm, das wir gemeinsam mit dem Bundesforschungsministerium vorantreiben und das aus den Mitteln des Bundesforschungsministeriums finanziert wird. In den sechs „Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung“, die Teil dieses Programms sind, ist auch der

Erkenntnisgewinn der Versorgungsforschung enorm wichtig.

Sie und damit die Bundesregierung scheinen wirklich ein hohes Interesse am Ausbau der Versorgungsforschung zu haben.

Es geht mir darum, dass Patientinnen und Patienten von guten Ergebnissen profitieren können. Wir haben ja bereits in der letzten Wahlperiode mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Regelungen zur Datentransparenz in einem ersten Schritt deutlich verbessert. Zu Beginn dieses Jahres haben wir die Auswertungsmöglichkeiten noch einmal erweitert. Auch das neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen soll verstärkt die sogenannten Routinedaten, wie z.B. Abrechnungs- und Leistungsdaten, zur Erhebung und Darstellung der Versorgungsqualität, nutzen. Auf dieser Grundlage können dann wiederum Maßnahmen ergriffen werden, um die Behandlungsqualität weiter zu verbessern, vorhandene Schwachstellen zu erkennen und Qualitätsvergleiche zu ermöglichen.

Wird es einmal einen Nationalen Versorgungsforschungs-Plan geben?

Mit dem Aktionsplan Versorgungsforschung und dem Innovationsfonds haben wir entscheidende Schritte eingeleitet, um die Versorgungsforschung in Deutschland zu stärken. Bei aller Fortschritts-Begeisterung darf eines nie aus dem Blick verloren werden: Es geht nicht nur um neues Wissen und neue Techniken, es geht in erster Linie immer um eine bessere Gesundheitsversorgung der Menschen. Die Lebensqualität der Menschen ist und bleibt der entscheidende Maßstab für den Erfolg unserer Gesundheitspolitik. Deshalb ist die Versorgungsforschung mit ihrem engen Praxisbezug auch eine tragende Säule unserer guten Gesundheitsversorgung.

Herr Minister, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Hermann Gröhe

Bundesminister für Gesundheit, Staatsminister a. D., Rechtsanwalt

Geboren am 25. Februar 1961 in Uedem, Kreis Kleve; evangelisch; verheiratet, vier Kinder.

1980 Abitur, 1980 bis 1987 Studium der Rechtswissenschaften an der Universität zu Köln, 1987 erste juristische Staatsprüfung, 1991 bis 1993 Rechtsreferendariat am Landgericht Köln, 1993 zweite juristische Staatsprüfung, seit 1994 Rechtsanwalt (ruhend).

Von 1997 bis Oktober 2009 Mitglied des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), seit 1997 Mitglied der Synode des EKD; 2000 bis 2008 Vorsitzender des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirchengemeinden der Stadt Neuss; 2000 bis 2009 Mitherausgeber des Magazins „chrison“; seit 2001 Mitglied im Vorstand der Konrad-Adenauer-Stiftung.

1975 Eintritt in die Junge Union Stadtverband Neuss, seit 1977 Mitglied der CDU Deutschlands, 1983 bis 1989 Vorsitzender der Jungen Union Neuss, 1984 bis 1989 und 1993 bis 1994 Mitglied des Kreistages des Kreises Neuss, 1989 bis 1994 Vorsitzender der Jungen Union Deutschlands, 1991 bis 1993 Mitglied der CDU-Grundsatzprogrammkommission, 1990 bis 1994 und seit Oktober 2009 Mitglied des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands.

Seit 1994 Mitglied des Deutschen Bundestages, 1994 bis 1998 Sprecher der „Jungen Gruppe“ und 1998 bis 2005 Sprecher für Menschenrechte und humanitäre Hilfe der CDU/CSU-Fraktion, von Sept. 2001 bis Nov. 2009 Vorsitzender der CDU im Rhein-Kreis Neuss, Nov. 2005 bis Sept. 2008 Justiziar der CDU/CSU-Fraktion, April 2006 bis Sept. 2008 Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im 1. Untersuchungsausschuss der 16. WP, Oktober 2008 bis Oktober 2009 Staatsminister bei der Bundeskanzlerin, seit Oktober 2009 bis Dezember 2013 Generalsekretär der CDU Deutschlands, seit Dezember 2013 Bundesminister für Gesundheit.

Entgeltliche Tätigkeiten neben dem Mandat

Christlich Demokratische Union Deutschlands, Berlin, Generalsekretär (bis 17.12.2013)

Funktionen in Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts

Evangelische Kirche in Deutschland (EKD), Hannover,

Mitglied der Synode, ehrenamtlich

ZDF, Mainz, Mitglied des Fernsehrates (bis 17.12.2013)

Funktionen in Vereinen, Verbänden und Stiftungen

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V., St. Augustin,

Mitglied des Vorstandes, ehrenamtlich

GEMEINSAM ZU MEHR THERAPIEERFOLG

indikationsbezogene
Patienten-Begleitprogramme



WERDEN SIE PARTNER!

E-Mail an: patientenprogramme@docmorris.de

INSIGHT Health zur Selbstmedikation mit Analgetika

Ohne Rezept gegen den Schmerz

Die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Analgetika ermöglicht Patienten, akute Schmerzen ohne eine ärztliche Verordnung direkt selbst zu behandeln. Bei einem verantwortungsvollen Umgang und sinnvollen Einsatz leisten die schmerzdämpfenden Wirkstoffe aus der Apotheke deshalb einen wichtigen Beitrag zur Versorgung bei leichten bis mittelstarken Schmerzen unterschiedlicher Genese. Jedoch ist bei der Selbstmedikation mit Analgetika ohne ärztliche Überwachung die Gefahr einer Fehlanwendung erhöht. Die Analyse der letzten Jahre zeigt einen eher konservativen Markt, in dem sich dennoch einige Trends abzeichnen.

>> Schmerz ist kein einheitliches Phänomen sondern eine individuelle Erfahrung, die neben dem körperlichen Leiden auch von emotionalen Faktoren abhängt. Die ethische Dimension der Linderung von Schmerzen zeigt sich darin, dass die Organisation Human Rights Watch den Anspruch auf eine Schmerztherapie zu den Menschenrechten zählt. Somit hat auch die Sicherstellung der Therapie akuter und chronischer Schmerzen im Gesundheitswesen eine hohe Priorität (vgl. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. – DSG). Tatsächlich schränken Schmerzen in jeglicher Form die Lebensqualität und Belastbarkeit der Patienten erheblich ein. In den Statistiken der GKV zeigt sich die gesellschaftliche Bedeutung: Muskel- und Skeletterkrankungen, die in der Regel mit Schmerzen verbunden sind, sowie Atemwegsinfekte und psychische Erkrankungen sind die häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeitstage.

Geregelte Versorgung bei Schmerz

Als Leitfaden in der Anwendung von Schmerzmitteln hat die World Health Organisation (WHO) ein Stufenschema definiert. Danach umfasst die erste Gruppe Nicht-Opioidanalgetika, die leichte bis mittelstarke Schmerzen am Ort des Entstehens bekämpfen. Sie haben neben der schmerzstillenden auch eine stark entzündungshemmende Wirkung und können teilweise ohne Rezept bezogen werden (vgl. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.). Die Opioidanalgetika zur Therapie mittelstarker bis starker Schmerzen unterliegen aufgrund ihres hohen Suchtpotentials der Rezeptpflicht und gehören zum Teil zur Gruppe der Betäubungsmittel. Sie werden vornehmlich zur stationären Behandlung starker Schmerzen sowie zur ärztlich überwachten Langzeittherapie chronischer Schmerzen eingesetzt und von der GKV erstattet. Abbildung 1 zeigt in einem abgewandelten WHO-Stufenschema auch den Markt der rezeptfreien Analgetika und ordnet deren Bedeutung in der Schmerztherapie entsprechend ein. Zum Bereich der Selbstmedikation bei Schmerzen gehört auch die Wirkstoffgruppe der Triptane zur Behandlung der Migräne.

Seit das GKV-Modernisierungsgesetz am ersten Januar 2004 in Kraft trat, sind alle frei

verkäuflichen Medikamente grundsätzlich vom Patienten zu zahlen – Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen sind von dieser Regelung ausgenommen. Für einige dieser OTC-Präparate hat der Gemeinsame Bundesausschuss jedoch Ausnahmen zum geltenden Verordnungs-ausschluss festgelegt. Darunter fällt beispielsweise niedrig dosierte Acetylsalicylsäure, die als Therapiestandard zur Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen gilt. In Konsequenz werden diese eigentlich rezeptfreien Arzneimittel im Rahmen einer Leitlinientherapie vom behandelnden Arzt verordnet und von der GKV erstattet und fallen somit nicht in den Bereich der Selbstmedikation.

Selbstmedikation bei Schmerzen: eine Herausforderung?

Bei akuten Schmerzen im Alltag ist der direkte Zugang zu rezeptfreien Analgetika ein wichtiger Baustein im Bereich der ambulanten Versorgung. Beispielsweise ist bei einem Migräneanfall eine möglichst schnelle Behandlung erforderlich, die durch eine rezeptfreie Abgabe der Arzneimittel in der Apotheke gewährleistet wird. Zudem überlegen viele Patienten, ob ein Arztbesuch notwendig ist, oder ob sich geringfügige Erkrankungen mit rezeptfreien Medikamenten aus der Apotheke behandeln lassen. Entscheidet sich ein Patient da-

für, ohne vorherige Arztkonsultation rezeptfreie Arzneimittel anzuwenden, werden auf der einen Seite ein potentieller Arztbesuch und die damit verbundenen Ausgaben eingespart. Auf der anderen Seite kann eine fehlerhafte Selbstmedikation gesundheitliche Folgen für den Patienten und damit verbundene höhere Ausgaben für die Krankenkassen mit sich bringen. Insbesondere die unkontrollierte Einnahme von freiverkäuflichen Arzneimitteln parallel zur ärztlich verordneten Medikation kann laut Berufsverband Deutscher Internisten e.V. Arzneimittelwirkungen aufheben bzw. gefährliche Wechselwirkungen hervorrufen. Hier stellt die Eigenverantwortung des Patienten neben der Chance des einfachen und direkten Zugangs auch eine Herausforderung dar. Prof. Kay Brune von der DSG meint dazu: „Im Großen und Ganzen gehen die Deutschen mit Schmerzmitteln verantwortungsvoll um. Trotzdem gibt es Missbrauch.“ Eine Aufklärung in der Apotheke, wie Schmerzmittel wirken und wann ihr Einsatz sinnvoll ist, wirkt dem entgegen. Darüber hinaus gibt es heute auch im Internet fundierte Informationsangebote. Beispielsweise stellt die AWMF neben medizinischen Leitlinien auch Patienteninformationen über die Schmerztherapie zur Verfügung.

OTC-Arzneimittel stellen einen wichtigen Teil der ambulanten Gesundheitsversorgung dar. 57 Prozent der verkauften Packungen in der Offizin-Apotheke entfallen auf Arzneimittel, die

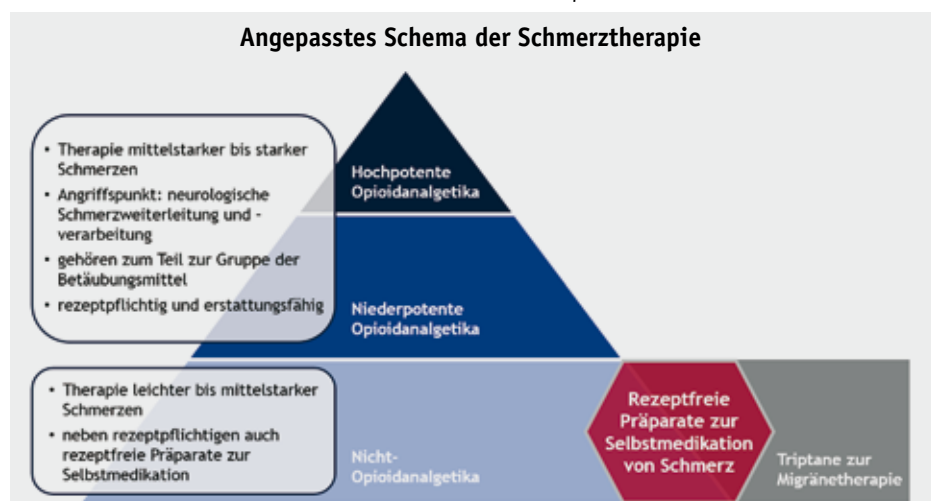


Abb. 1: Angepasstes Schema der Schmerztherapie mit Einordnung rezeptfreier Analgetika und Migränetherapie (eigene Darstellung in Anlehnung an das Stufenschema der WHO).

ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen. Präparate zur Schmerztherapie sind in diesem Bereich mit 10,6 Prozent der abgegebenen Packungen der absatzstärkste OTC-Markt. Dennoch ist der Verkauf rezeptfreier Analgetika in der Offizin und im Versandhandel in den letzten Jahren insgesamt leicht rückläufig - eine Entwicklung, die insbesondere vor dem Hintergrund der starken Grippewellen in 2013 und 2015 auffällig ist. Während im Jahr 2009 noch 110 Millionen Packungen rezeptfreier Schmerzmittel abgegeben wurden, waren es in 2015 mit knapp 101 Millionen gut acht Prozent weniger (Quelle: Apo Fusion, INSIGHT Health).

Viele Präparate, wenige Wirkstoffe

Die rezeptfreien Analgetika unterteilen sich in Wirkstoffe zur Behandlung von Schmerzen mit unterschiedlicher Ursache und Substanzen zur Migräne-Therapie. Darunter fällt der Bereich der Selbstmedikation, der sich auf Arzneimittel beschränkt, die ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung abgegeben werden. Patienten erhalten die Präparate zur Selbstmedikation in Deutschland entweder in der Offizin oder über den Versandhandel. Im Vergleich zu mehr als 220 rezeptfreien Präparaten zahlreicher Hersteller, gibt es nur wenige schmerzdämpfende Wirkstoffe. Mit 92 Prozent der abgegebenen Packungen bestimmen die Wirkstoffe Ibuprofen, Acetylsalicylsäure und Paracetamol den Markt. Auf rezeptfreies Diclofenac in oraler Form entfallen bisher drei Prozent des Absatzes, da sich diese Präparate vergleichsweise kurz auf dem Markt befinden. Rezeptfreie Migränemittel spielen mit vier Prozent der abgegebenen Packungen ebenfalls eine untergeordnete Rolle. Als absatzrelevanter Wirkstoff im Bereich der Selbstmedikation bei Migräne ist Naratriptan zu nennen (Quelle: Apo Fusion, INSIGHT Health).

Größere Packungen im Trend?

Bei der Abgabe von Analgetika ohne Rezept zeigt sich, dass zu über 71 Prozent mittlere Packungsgrößen mit einer Anzahl von 20 Stück abgegeben werden. Insgesamt war die Abgabe dieser Packungsgröße in Offizin und Versandhandelsapotheken in den vergangenen drei Jahren mit 4,9 Prozent leicht rückläufig. Hingegen verzeichnen Packungen mit einem Inhalt von 50 Stück, die im Gesamtabsatz mit einem Anteil von lediglich 4,7 Prozent weiterhin eine geringe Rolle spielen, ein Wachstum von 35 Prozent (Quelle: Apo Fusion, INSIGHT Health). Der leichte Trend zu größeren Packungen zeigt sich vor allem im Versandhandel. Während Apo-

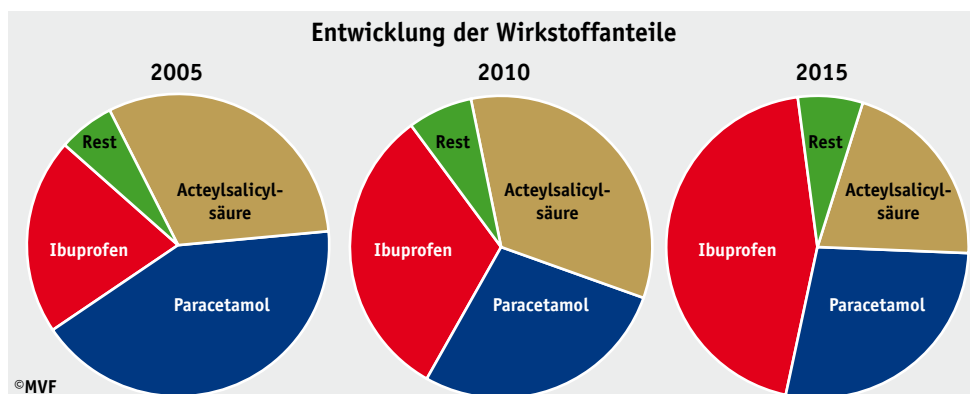


Abb. 2: Absatzanteile von Wirkstoffen rezeptfreier Analgetika nach Packungseinheiten im pharmazeutischen Großhandel in den Jahren 2005, 2010 und 2015; Quelle: NPI (INSIGHT Health).

theken die unmittelbare Versorgung bei akuten Schmerzen sicherstellen, wird im Versandhandel meist vorsorglich und kostengünstiger bestellt. Im Jahr 2012 wurde darüber diskutiert, ob eine Begrenzung der Packungsgröße bei freiverkäuflichen Schmerzmitteln die Patienten vor einer ärztlich unkontrollierten und übermäßig langen Einnahme schützt und damit einen wesentlichen Beitrag zur Patientensicherheit leisten kann.

Das Bundesministerium für Gesundheit folgte der Empfehlung des Sachverständigen-Ausschuss im 13. Entwurf zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) in diesem Punkt jedoch nicht. Allerdings gibt es seit April 2009 eine teilweise Rezeptpflicht für Paracetamol, wenn in einer Packung mehr als 10 Gramm des Wirkstoffes enthalten sind. Erwachsene sollten pro Tag nicht mehr als vier Gramm einnehmen, wobei die zulässige Dosis von Alter und Körpergewicht abhängt (vgl. ABDA, 2009).

Wie zuvor beschrieben, dominieren die Wirkstoffe Ibuprofen, Acetylsalicylsäure und Paracetamol den Markt der rezeptfreien Analgetika. Bei nahezu gleichbleibenden Absätzen im gesamten Marktsegment steigt der Verkauf rezeptfreier Analgetika, die als Hauptwirkstoff Ibuprofen enthalten, stetig an. Es zeigt sich eine deutliche Verschiebung der Wirkstoffanteile: Anstelle von Arzneimitteln, die Paracetamol und Acetylsalicylsäure enthalten, werden deutlich mehr Ibuprofen-haltige Präparate über den Großhandel abgegeben (vgl. Abb. 2). Im Jahr 2015 wurden mit knapp 54 Millionen Packungen mehr als doppelt so viele Packungen des Wirkstoffes Ibuprofen verkauft als noch vor 10 Jahren. Damit einhergehend verringerte sich die Abgabe von Präparaten mit Acetylsalicylsäure und Paracetamol im 10-Jahreszeitraum um fast 50 Prozent. Die Verschiebung der Wirkstoffanteile könnte auch eine Folge von Medienberichten zu Risikoprofilen und Nebenwirkungen der unterschiedlichen Analgetika sein. Gemäß einer Studie der europäischen Arzneimittelbehörde EMA ist in einem von sechs Fällen des akuten Leberversagens eine

Überdosis Paracetamol der Auslöser (vgl. Pharmazeutische Zeitung, 2015). Ibuprofen hingegen gilt als Wirkstoff mit gutem Nebenwirkungsprofil, der im Vergleich zur Acetylsalicylsäure auch keinen Einfluss auf die Blutgerinnung hat und bei Kindern das Mittel der Wahl darstellt.

Fazit

Die Selbstmedikation mit Schmerzmitteln stagnierte in den vergangenen Jahren bei einem Absatzvolumen von gut 100 Millionen Packungen – im Durchschnitt also mehr als eine Packung pro Einwohner. Neben einem leichten Trend zur Abgabe größerer Packungen ist bei den rezeptfreien Analgetika eine deutliche Verschiebung der Wirkstoffanteile zu sehen. Während die Absätze von Präparaten mit Paracetamol zurückgehen, gewinnen Analgetika mit Ibuprofen deutlich Marktanteile. Patienten entscheiden sich also bewusst für einen bestimmten schmerzdämpfenden Wirkstoff. Ob diese Entscheidung auf guter Information beruht oder möglicherweise einem Trend im Arzneimittelmarkt folgt, ist nicht eindeutig zu klären.

Um die Möglichkeiten der Selbstmedikation für Patienten zu verbessern, müssen die Risiken insbesondere in Bezug auf die unkontrollierte Einnahme reduziert werden. An dieser Stelle kann beispielsweise der behandelnde Arzt im Gespräch aktiv die Selbstmedikation erfragen, diese dokumentieren und den Patienten auf mögliche Wechselwirkungen aufmerksam machen. Ebenso können Aufklärungsprogramme, eine fachlich fundierte Beratung in der Apotheke und die Erstellung eines individuellen Medikationsplans dazu beitragen, dass die ambulante Schmerzversorgung der Patienten durch einen verantwortungsbewussten Umgang mit rezeptfreien Analgetika weiter verbessert wird. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth,
Jana Heiler,
Esther Zöllner*

Interview mit Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes

„Kollektive Regelversorgung ist eine Blackbox“

Seit 2007 ist Ulrich Weigeldt, der nach seinem Medizinstudium in Kiel und der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Hausarzt in Bremen tätig war, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes. Davor war er bis 2001 stellvertretender Vorsitzender der KV Bremen, ab 2000 Vorsitzender des beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung und ab 2005 Vorstand der KBV, zuständig für den hausärztlichen Versorgungsbereich der KBV. Damit kennt er die kollektivvertragliche Regelversorgung aus dem Effeff, die er mit der von ihm propagierten Hausarztzentrierten Versorgung ein Stück weit verändern helfen will. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ benennt der stets diskussionsfreudige ärztliche Standesfunktionär die damit verbundenen Chancen und Problemfelder.

>> Sehr geehrter Herr Weigeldt, welche Vorteile hat die hausarztzentrierte Versorgung?

Die Hausarztzentrierte Versorgung, kurz HZV, hat auf verschiedenen Ebenen ganz entscheidende Vorteile. Zum einen auf der administrativen Ebene. In der Hausarztzentrierten Versorgung sind deutlich schlankere Prozesse als im Kollektivvertragssystem möglich. Dies wird übrigens öffentlich kaum thematisiert. Die andere, am Ende des Tages natürlich entscheidende Dimension sind die qualitativen Vorteile, die durch die Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main für Baden-Württemberg evaluiert und unter anderem auch in „Monitor Versorgungsforschung“ beschrieben worden sind. Es lohnt sich dennoch, einen genaueren Blick auf die vielen Milliarden von Euro zu werfen, die alleine die Administration der KBV- und KV-Landschaft pro Jahr verschlingt. Hier wären noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, die bisher seitens der Politik nicht entdeckt worden sind.

Zumindest bislang noch nicht. Wie sieht denn die evaluierte, sowohl qualitative als auch ökonomische Dimension aus?

Hier ist es zunächst einmal wichtig zu wissen, dass es sich dabei um eine Evaluation der ersten zwei Jahre handelt. Versorgungsforschung dauert nun mal ihre Zeit, wenn man sie gründlich machen will. Und sie kostet auch Geld. Doch die Erkenntnisse daraus sind wichtig, einerseits für die HZV als solche, andererseits aber auch für das Gesamtsystem.

Warum?

Weil hier endlich einmal der Patient im Mittelpunkt steht. In Deutschland redet man zwar recht viel von Patientenversorgung, viele nehmen aber nicht allzu ernst, was die Patienten zu ihrer Versorgung sagen.

Sind die Patienten denn mit der HZV zufrieden?

Sie sind sogar sehr zufrieden. Sie fühlen sich intensiver betreut, auch intensiver körperlich untersucht. Sie beschreiben eine höhere Zuwendung und es gibt darüber hinaus einen weiteren, wenn auch indirekten Parameter.

Welches Surrogat sprechen Sie damit an?

Eines, welches es im Kollektivvertragssystem gar nicht gibt. Patienten, die sich für die HZV entschieden haben, können nach einem Jahr diese Versorgungsform wieder verlassen und in die Kollektivversorgung zurückkehren. Doch das findet praktisch nicht statt, abgesehen von einem sehr kleinen einstelligen Prozentbereich, hinter

dem sich meist Sterbefälle oder Umzüge verbergen. Das Gleiche gilt übrigens auch für die Ärzte, die sich ebenfalls pro oder kontra HZV entscheiden können, denn es ist für beide ein freiwilliges System.

Über 90 Prozent der Ärzte, die das Hausarztzentrierte Versorgungssystem verlassen, verlassen es nur deshalb, weil sie die Praxis aufgeben, meist aus Altersgründen.

Das ist ein Zeichen von Stabilität aufgrund von Zufriedenheit?

Durchaus. Die HZV ist eben kein Strohfeuer wie so mancher IV-Vertrag.

Ein häufig zu lesender Kritikpunkt ist auch der sogenannte Einschreibe-Bias.

Der Kritikpunkt war derjenige, dass sich vor allem jüngere und gesündere Patienten in die HZV einschreiben würden. Die Evaluationsergebnisse machen jedoch deutlich, dass diese Annahme völlig falsch ist. Es ist vielmehr genau umgekehrt: In der HZV findet eine Morbiditätsverdichtung statt, denn hier werden vor allem die chronisch kranken und älteren Patienten versorgt.

Die diese Versorgung ja auch brauchen ...

... und die sich aktiv dafür entscheiden. Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass dieser Akt der Einschreibung keine Einbahnstraße ist, sondern letztlich eine Verpflichtung und auch Verantwortung für die teilnehmenden Ärzte beinhaltet.

Versammelt die HZV vielleicht die etwas engagierteren Ärzte?

Sagen wir einmal so: Wenn ich mich als Arzt für nichts interessieren würde, würde ich diese Versorgungsform sicher nicht wählen. Außerdem schreibt die HZV ja schon gewisse Qualifikationskriterien vor, die im abzuschließenden Versorgungsvertrag festgelegt werden.

Welche wären das?

Das sind zum einen natürlich vor allem qualitative, zum anderen aber auch quantitative Kriterien. Das umfasst beispielsweise die Qualifikation einer psychosomatischen Grundversorgung oder auch den Bereich der Fortbildung.

In der HZV kann man also nicht z.B. zwei Jahre lang nur Fußpilzveranstaltungen besuchen, um sich damit 250 Fortbildungspunkte zu sichern?

Genau das geht eben nicht. Aber so etwas von überhaupt nicht. Hausarztspezifische Fortbildungen sind für uns hier ein ganz entscheidender Aspekt, um die hohe Qualität sicherzustellen. Der Begriff

„hausarztspezifisch“ ist dabei eminent wichtig, denn diese Fortbildung bringt jedem teilnehmenden Arzt etwas ganz Konkretes für seine Praxis.

Wobei der Arzt damit auch für seine Patienten aus dem Kollektivvertragssystem weiterbildet.

Der Fortschritt in der Fortbildung kommt allen Patienten zugute. Das ist auch gut so. Der HZV-Arzt hat eben keine Schere im Kopf, und behandelt seine Patienten, die nicht in der HZV eingeschrieben sind bewusst anders als seine HZV-Patienten.

Bestrafen derartige, wenn auch positive Abstrahleffekte nicht den Innovator?

So ist das Leben. Letztlich gewinnt hier aber der Patient. Ich habe auch bei keinem unserer Vertragspartner auf der Kassenseite erlebt, dass es irgendwelche Verelendungswünsche für die Versicherten der Konkurrenz gegeben hätte. Wenn alle Patienten profitieren, dann ist das zunächst einmal eine durchweg positive Sache.

Eine ressourcenschonende Versorgung muss sich auch mit den Themen Delegation und Substitution beschäftigen. Wie stehen Sie dazu?

Das ist eine Gespensterdiskussion, die vor allem von Funktionären, aber gewiss nicht von Praktikern geführt wird. Aus meiner ganz praktischen 25-jährigen Praxiserfahrung kann ich Ihnen versichern, dass es immer Mitarbeiterinnen gibt, die eine hohe Qualifikation haben und die man alleine zum Patienten vor Ort losschicken kann. Mit dem VERAH-Konzept haben wir dies in geregelte Bahnen geführt. Davon profitieren Patienten und Ärzte enorm. Letztlich muss es jedoch immer jemanden geben, der die Gesamtverantwortung trägt. Und es muss ebenso immer jemand die Supervision übernehmen und dafür ausgebildet sein, bestimmte Gefahrenpunkte frühzeitig zu erkennen. Das ist bei uns nun einmal der Arzt.

Es gilt also auch bei Ihnen das Mantra, die Oberverantwortung muss beim Arzt bleiben.

Die letzte Verantwortung hat der Arzt und sie bleibt beim Arzt. Das ist kein Mantra, sondern eine ganz hohe Verantwortung.

Die Versorgungsforschung müsste doch eigentlich vehement für das Primärarztssystem eintreten, weil man nur hier wirklich evaluieren kann, wie die Versorgung tatsächlich läuft.

Das stimmt. Der Patient tritt im Kollektivvertragssystem nie als Person in Erscheinung. Dort ist er nur ein Fall: Einer beim Orthopäden, einer im Krankenhaus usw. Dass es sich dabei um ein und denselben Patienten handelt, kann das Kollektivvertragssystem bisher nicht sauber zusammenführen.

Die Krankenkassen könnten das sehr wohl lösen, wenn sie es denn dürften. Doch damit sind wir bei den großen Problemen der Sektorengrenzen.

Eines der wesentlichen Probleme des deutschen Gesundheitssystems sind in der Tat die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Doch bisher sind leider alle Versuche, die Mauern dazwischen etwas niedriger zu machen, damit beantwortet worden, dass man auf die Mauer noch eine Rolle Stacheldraht legt oder sie noch höher macht.

Ist die hausarztzentrierte Versorgung nicht so etwas wie eine Brücke über solche Grenzmauern?



Doch, absolut! Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die HZV ein Einschreibesystem ist. In dem Moment, in dem sich ein Patient bei einem Hausarzt einschreibt und damit ausdrücklich bestätigt, dass dieser seine Gesundheitsinformationen zusammen zu führen und dessen Weg durch die Versorgung zu steuern hat, überträgt er ihm Verantwortung. Da zählt die Ausrede eines schlechten Entlassmanagements oder fehlenden Arztbriefs nicht mehr. Alleine schon deswegen ist das Einschreibesystem sinnvoll.

Führt es auch zu einer Art Kulturänderung?

Das kann durchaus sein. Wir sind derzeit unter anderem mit zwei zentralen Herausforderungen konfrontiert: Das eine sind die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das andere ist die Tatsache, dass wir ein relativ amorphes ambulantes Versorgungssystem haben, das nur eine Pseudosteuerung über irgendwelche EBM-Ziffern zulässt. Nun spüren wir immer mehr, dass wir damit an Grenzen stoßen. Wir behaupten zwar immer noch, wir hätten die beste Versorgungsqualität, die Realität zeigt aber zunehmend, dass das immer weiter in Frage gestellt werden muss. Wir behaupten immer, die Leute kämen wegen der hervorragenden Versorgungsqualität wieder nach Hause, wenn sie im Ausland krank werden, doch das ist meist nur darin begründet, dass eben nicht jeder ausländische Arzt deutsch spricht, sondern wohl eher türkisch, spanisch oder italienisch.

Die Sprachbarriere war und ist sicher ein wichtiger Grund, im Krankheitsfall nach Hause zu kommen. Kommen wir aber nicht vor allem auch wegen der guten Versorgungsqualität in Deutschland nach dem Urlaub gern nach Hause?

Das behaupten wir zwar immer, die Frage der Versorgungsqualität wird aber immer drängender. Um eine hohe Qualität sicherzustellen braucht man ein gut ausgebildetes System an Hausärzten in Verbindung mit hervorragenden Spezialisten. Um es mal deutlich auszudrücken: Der Rheumatologe hat sich nicht qualifiziert fortgebildet, um Oma Meiers Kleinzeharthrose zu behandeln. Der Rheumatologe braucht seine Zeit und seine Zuwendung eher für jene Patienten, die rheumatische Erkrankungen haben. Das verbessert die Versorgungsqualität wirklich. Darum haben wir zum Beispiel mit den Rheumatologen sehr schnell einen entsprechenden Vertrag schliessen können.

In dem steht was?

Es geht dabei vor allem um die Steuerung der Behandlungsabläufe gemeinsam mit den Patienten. Die Hausärzte sind im Primärarztssystem

stem diejenigen, die den Überblick haben und bei Bedarf die Patienten an einen Spezialisten überweisen. Was so trivial klingt, beginnt schon bei einer intensiveren und sachgerechteren Kommunikation zwischen den Ärzten.

Wie das?

Denken Sie nur mal an den Überweisungsschein im kassenärztlichen Kollektivvertrag vor, auf dem beidseitig nur etwa fünf bis zehn Prozent Platz für medizinische Informationen vorhanden sind, während der große Rest der Administration samt Gebührenordnung und Codes dient.

Ist dieser Überweisungsschein das einzige Kommunikationsmittel?

Im Kollektivvertrag so ziemlich. Leider. Alleine das zeigt schon, dass wir, wenn wir unsere Patienten gemeinsam medizinisch besser versorgen wollen, mit den Kassen und mit Fachärzten wieder mehr ins Gespräch kommen müssen und die Kommunikation fundamental verbessern. Auf manchen Ebenen funktioniert das schon sehr gut. So haben wir beispielsweise mit den Diabetologen - und zwar mit stationär wie ambulant tätigen - vereinbart, wie wir auf vernünftige Weise kommunizieren und die Versorgung verbessern können.

Spricht das nicht auch für die elektronische Patientenakte?

Absolut! Da muss ich aber leider sagen: Ich war während meiner Zeit bei der KBV zweieinhalb Jahre im Verwaltungsrat der gematik. Seitdem bin ich der festen Überzeugung, dass aus diesem Gremium so schnell nichts herauskommt, was nachher in eine elektronische Patientenakte münden könnte, so sinnvoll dies auch ohne Zweifel wäre.

Warum ist das so?

Wir verkennen im Moment, dass es sich bei der Telematikinfrastruktur vor allem um eine nationale Aufgabe handelt. Darum müssen die Grundregeln dieser IT-Infrastruktur jetzt festgelegt werden. Und dazu gehört zuvorderst eine ganz wichtige Frage: Wer darf direkt mit einander reden?

Wie das?

Natürlich ist es sinnvoll, wenn wir uns Gedanken über Arzneimittelsicherheitstools, Medikationspläne und Arztbriefe machen. Doch die drängendste Frage der IT-Infrastruktur ist eine gemeinsame Kommunikationsbasis. Wir müssen dahin kommen, dass beispielsweise eine VERAH auf einem Hausbesuch über die IT-Infrastruktur direkt mit der Pflegerin kommunizieren kann, die für diesen Patienten zuständig ist – ohne sich lange vor Ort verabreden zu müssen oder zu telefonieren, was nur viel Zeit kostet. Hierzu brauchen wir eine einheitliche Telematikinfrastruktur, damit auch die verschiedenen Versorgungsbereiche miteinander kommunizieren können.

Was auch die Sektorengrenzen etwas niedriger machen würde.

Genau das sehen viele als Gefahr. Das ist einer der Gründe, warum die gematik nicht funktioniert.

Das ist auch eine ganz andere Dimension als jene, die gemeinhin diskutiert wird und die sich damit aufhält, die möglichen Produkte zu definieren, die einmal auf der IT-Infrastruktur laufen werden.

Das reicht mir aber nicht. Ich möchte, dass sozusagen die Schiene festgelegt und definiert wird, ob wir nun Rechts- oder

Linksverkehr haben. Ansonsten haben wir – bildlich gesprochen – irgendwann Rechtsverkehr für Autos- und Linksverkehr für Lastwagen. So etwas geht nicht gut.

Genauso wenig wie proprietäre Lösungen zukunftsfähig sind.

Exakt. Proprietäre Lösungen sind immer endlich. Falls die KBV mit ihrem KV-Safenet meint, alles in den Griff zu bekommen, irrt sie sich gewaltig. Selbst wenn sie irgendwann den vertragsärztlichen Bereich durchdringt, würden sich die Krankenhäuser mit Sicherheit nicht dem KV-Safenet anschließen.

Warum ist die Selbstverwaltung nicht in der Lage, das ordentlich hinzubekommen? Weil die Egoismen der Sektoren zu groß sind?

Das wäre durchaus eine Bewertung, die man teilen kann. Dabei stoßen hier nicht einmal nur subjektive, sondern ganz objektive Interessen aufeinander. Die DKG möchte die Daten im Krankenhaus haben. Die KBV möchte die Daten in der der KBV behalten, die Apotheker ihre bei der ABDA. Und die Zahnärzte haben wieder ein ganz eigenes Modell. Die Kassen wiederum wollen sowieso alles, aber nichts oder möglichst wenig bezahlen. Insofern war das eben verabschiedete E-Health-Gesetz mehr als notwendig.

„Wir verkennen im Moment, dass es sich bei der Telematikinfrastruktur vor allem um eine nationale Aufgabe handelt.“

Auch in Hinblick auf andere Länder?

Sicher. Nehmen Sie nur mal das Beispiel Estland, das als kleines Land in der schönen Lage ist, auf vernünftigeren und bürokratieärmeren Strukturen aufbauen zu können. Dort läuft bereits eine IT-Infrastruktur, über die deren gesamtes Gesundheitswesen gesteuert wird. Ebenso in Dänemark, wo jeder Däne mit 15 Jahren eine Codenummer ähnlich unserer Steuernummer bekommt und damit Zugang zu seiner Patientenakte hat. Warum funktioniert es dort, nur bei uns nicht?

Das ist eigentlich das Stichwort der Interoperabilität.

Von wegen. Die gibt's bei uns bisher nicht. Darum müssen für die wichtigsten Bereiche Standards festgelegt werden, egal ob das einigen Praxissoftwareherstellern passt oder nicht. Die leben doch häufig nur von Abschottung, weil das ihre Programme unaustauschbar macht, immer frei nach dem Motto: „Vermeide jedwede Interoperabilität, dann hast du deine Kunden sicher.“

So etwas geht doch nur, solange die handelnden Akteure Transparenz gar nicht wollen.

Auch dem kann ich zustimmen. Das gilt im Übrigen für ganz verschiedene Bereiche, auch für die Versorgungsforschung um auf dieses Thema zurückzukommen. Bis auf Modellversuche, die nach § 63 SGB V evaluiert werden müssen, gibt es überhaupt keine Evaluationsverpflichtung. All das, was wir gemeinhin als Regelversorgung im kollektivvertraglichen System bezeichnen, ist eine Blackbox. Nehmen wir mal ein böses Beispiel: Solange die IM-Spritzen vergütet wurden, wurden sie in vielen orthopädischen Praxen eingesetzt. Seitdem die IM-Spritzen nicht mehr bezahlt werden, aber dafür Akupunktur, gibt es genauso viele, die jetzt auf Akupunktur setzen.

Wurde denn IM gegen Akupunktur evaluiert?

Wo denken Sie hin? Es gibt keine einzige ernst zu nehmende Evaluation darüber, ob die Einführung der sehr gut bezahlten Akupunktur besser ist oder ob sich irgendetwas in der Versorgung verändert. Doch dieselben, die sich um solche und viele andere Fragestellungen überhaupt nicht scheren, verlangen von uns nahezu jeden Tag, dass



INNOVATION FÜR DAS LEBEN

HOFFNUNG MOTIVIERT UNSERE FORSCHER, DIE GRENZEN MEDIZINISCHER INNOVATIONEN ZU ÜBERWINDEN. JEDEN TAG.

Um Dengue-Fieber, Hypercholesterinämie, Diabetes und atopische Dermatitis zu bekämpfen, entwickeln unsere Forscher aus Erkenntnissen neue Therapien. Bis zum Jahr 2018 ist eine Vielzahl von Markteinführungen geplant. Damit gibt Sanofi vielen Millionen Patienten und Partnern im Gesundheitswesen Hoffnung.

www.sanofi.com

© Gabo Morales/Capa Pictures - B&B

AVS 903 15 018

SANOFI 

die Hausarztzentrierte Versorgung evaluiert werden müsste.

Und was machen die Kassen?

Ich denke, dass die Frage der Codierung im Zusammenhang mit der Gestaltung des Morbi-RSA wesentlich mehr Motivation für Kassen ist, irgendetwas zu tun, als zum Beispiel die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Hier muss man sich wirklich fragen, ob die geltende Balance der Steuerungsimpulse richtig ist.

Da sprechen Sie ein ganz grundsätzliches Problem an.

Ich bekomme ja auch ständig viele Schläge dafür.

Das sind auch Fragestellungen für die Versorgungsforschung.

Kein Wunder, viele klassische Behandlungen und Medikationen sind nicht evaluiert, doch bei den neuen setzt man die Standards immer höher. Nehmen wir wieder mal ein Beispiel, und zwar das der bildgebenden Verfahren.

Ist es denn wirklich sinnvoll, jemanden mit einem akuten Rückenschmerz sofort einem bildgebenden Verfahren auszusetzen?

Häufig sind bildgebende Verfahren nicht unbedingt der beste Weg. Wenn man beispielsweise bei Rückenschmerzen immer die gesamte Palette der bildgebenden Verfahren anwendet, ist es ganz natürlich, dass man früher oder später auf irgendetwas stößt, beispielsweise auf eine Randzacke am fünften Lendenwirbel. Dass es überhaupt keinen Beleg dafür gibt, dass Randzacken an irgendwelchen Wirbeln irgendwelche Beschwerden auslösen, sei einmal dahingestellt. Doch dann kann man den Patienten wenigstens irgendetwas, angeblich „genaues“ sagen. Und das belohnt unser System auch noch.

Und in Ihrem HZV-System?

Da haben wir eine Qualitätssicherung in unser Einschreibesystem integriert. Es ist longitudinal nachvollziehbar, was unsere Ärzte tun.

Wie sieht es denn aktuell mit der bundesweiten Verbreitung der Hausarztzentrierten Versorgung aus?

Es geht gut vorwärts auch wenn wir bundesweit noch nicht so ganz zufrieden mit der Verbreitung sind. Es gibt immer noch ein paar Bundesländer ohne HZV-Vollversorgungsverträge, wie Brandenburg, oder Mecklenburg-Vorpommern. Doch insgesamt haben wir derzeit immerhin 16.700 teilnehmende Hausärzte, die 3,8 Millionen Versicherte betreuen. Dabei sprechen wir von 63 Verträgen, 25 davon sind geschiedst. Doch wenn man die 63 Verträge auseinandernimmt, erkennt man, dass es sich hier eigentlich um rund 600 Einzelverträge handelt, weil jeder Vertrag eben nur pro KV gelten darf.

Vor welchen Schwierigkeiten stehen Sie derzeit?

Wir müssen dringend noch mehr Flächendeckung in die Verträge bekommen. Es wird immer dann besonders schwierig, wenn wir auf eine Praxis treffen, in der nur wenige Patienten bei einer bestimmten Krankenkasse versichert sind, mit der wir einen Vertrag abgeschlossen haben. Dann ist dem Arzt der Rüstaufwand einfach zu hoch.

Sonst haben Sie keine Probleme?

Wir haben natürlich nicht nur Freunde, die uns unterstützen, besonders wenn es um die Bereinigung geht, was aber ein endliches Problem ist. Das wird sich mit der Zeit durch die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und regionalen KVen geben. Ein weiteres Problem ist manchmal die Umsetzung der einzelnen Verträge über die

Software. Dazu muss unser hausärztliches Prüfmodul in die jeweilige Praxissoftware implementiert werden, damit die Vertragsinhalte nach modernen Kriterien ablaufen können. Dadurch ist, was aber nur ein willkommener Nebeneffekt ist, Baden-Württemberg als Startland der HZV in Deutschland, wenn nicht in ganz Europa der größte zusammenhängende, über eigene Konnektoren sicher vernetzte Arztbereich. Die Abrechnung unserer Verträge funktioniert in der Regel sehr gut, sie ist für die Ärzte deutlich leichter als im Kollektivvertrag. Manche Softwareanbieter weigern sich jedoch dies den Ärzten anzubieten. Das führt natürlich zu Verzögerungen.

Was passiert in den nächsten fünf Jahren?

Ich bin als Prophet total ungeeignet. Wir wollen weiterhin kontinuierlich nach vorne kommen, indem wir unsere Teilnehmerzahlen in einer überschaubaren Periode verdoppeln.

Gibt es dafür Anhaltspunkte?

Es gibt, sagen wir, bestimmte Elemente, die dafür sprechen.

Das Element heißt Bayern?

Richtig, das ist eines der Elemente. Dort scheint die Bremse gelockert worden zu sein, weil die AOK Bayern wieder in einen Vertrag einsteigt. Auch gehen wir davon aus, dass Nordrhein-Westfalen als das bevölkerungsreichste Land Deutschlands mit seinen zwei KV-Regionen nach vorne kommt, nachdem hier das Schiedsverfahren erfolgreich abgeschlossen wurde.

Das mit dem Schiedsen ist so eine Sache.

Schiedsverfahren sind ein durchaus sinnvolles Verfahren, wenn es sonst zu keiner Einigung kommt.

Was müsste sich gesetzlich ändern, damit Sie es leichter hätten?

Die Gesetzeslage ist gar nicht so schlecht, wenn denn alle sie auch beachten würden. Ein Beispiel: Im § 73 SGB V wird sehr wohl in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgungsebene unterschieden. Die Bedarfsplanung verwässert diese klare Trennung durch die Aufteilung der Fachärzte in allerlei Untergruppen. Wenn Sie mich fragen, halte ich das für den falschen Weg.

Weil es der Wirklichkeit widerspricht?

Wir haben nun einmal in Deutschland einen hausärztlichen Bereich, der primärärztlich flächendeckend und vor allem über lange Zeit die Menschen versorgt. Wenn ich noch in der eigenen Praxis arbeiten würde, würde ich jeden Patienten, der wirklich eine Spezialversorgung benötigt, zu den bestmöglichen und bestverfügbaren Spezialisten schicken, die es gibt. Mir wäre es dabei aber völlig egal, ob dieser Facharzt im Krankenhaus, in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ ist. Hauptsache erreichbar und ausreichend spezialisiert für das betreffende Patientenproblem.

Das scheint auf dem Land eher nicht so zu sein.

Das stimmt sicher. Die viel beschworene freie Arztwahl ist ein Recht, das Bewohnern von Großstädten zu Kernarbeitszeiten zusteht; aber gewiss nicht jenen, die auf dem Land wohnen: Dort gibt's nur noch einen einzigen Arzt, wenn überhaupt.

Bundesgesundheitsminister Gröhe sagte einmal, dass durch die Not in den dünn besetzten Gebieten in manchen Regionen kreative Ideen entstehen würden, so dass nachher Leute in der Stadt fragen

würden, ob sie so etwas nicht auch haben dürften.

Möglich wäre es zumindest. Es gibt ja auch durchaus Fortschritte. Durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen ist es uns beispielsweise zugestanden, hausärztliche Versorgungszentren zu gründen. Damit können sich mehrere Hausärzte in einem Versorgungszentrum zusammenschließen und beispielsweise eine dünn besiedelte Region aus diesem Versorgungszentrum heraus gemeinschaftlich versorgen. Solche Versorgungszentren geben Ärzten die Möglichkeit, in Angestelltenverhältnissen teilzeitig, flexibel und vielleicht auch in einer dünner besiedelten Region zu arbeiten.

Wenn es ihnen da nicht gefällt, gehen sie halt irgendwann wieder.

Genau das ist das Problem. Im hausärztlichen Bereich ist zu berücksichtigen, dass es sogenannte Klebeeffekte gibt: Hausärzte sind nun einmal Beziehungsmediziner. Ärzte werden fast überall gut angenommen, werden wertgeschätzt und bleiben dann auch länger in einer Gegend. Man muss darum immer versuchen, die Vorteile beider Systeme miteinander zu kombinieren.

Für HVZ-Patienten soll die Wartezeit grundsätzlich nur 30 Minuten betragen. Warum schaffen das Ihre Ärzte, während es anscheinend bei allen anderen schon ein großer Fortschritt ist, wenn ein Termin online vergeben werden kann.

Ich weiß es nicht. Das ist auch sehr unterschiedlich. Manche Landärzte zum Beispiel vergeben gar keine Termine, das haben sie noch nie gemacht und werden das sicher auch nie tun. Hausärzte sind eben Primärversorger. Wenn ein Patient mit einem akuten Problem kommt, können wir nicht sagen: „Kommen Sie in acht Wochen wieder.“ Dann muss halt eben etwas mehr und länger gearbeitet werden. Das ist ja auch ein Spezifikum der Selbstständigkeit. Ärzte haben nun mal keinen nine-to-five-Job.

Wie verändert Online das Arzt sein?

Online ist natürlich die Zukunft, in den meisten anderen gesellschaftlichen Bereichen längst die Gegenwart. Ich würde mir wünschen, dass wir das zukünftig etwas schneller hibekommen als sonstige Innovationen im Gesundheitssystem, die ja gerne einmal viele Jahre in Anspruch nehmen. Denn damit könnten wir gerade auch jüngeren Menschen besser helfen. Die wollen sich nicht mehr zum Hausarzt ins Wartezimmer setzen und eine Illustrierte durchblättern, sondern vielleicht nur wissen: Ist das, was ich habe, ernsthaft oder nicht. Und warum sollte ein Arzt seinen Terminkalender nicht online stellen, wenn das heute fast jede Sportstätte und jedes Restaurant kann?

Geht das auch in einem Kollektivsystem?

Eher nicht. Bei eingeschriebenen Patienten in einem Hausarztprogramm aber schon. Dann ist es nämlich keine Fremdbehandlung, sondern die eines eingeschriebenen Patienten, den sein Arzt jederzeit beraten kann. Und wenn der Arzt obendrein eine Pauschalvergütung wie in den HVZ-Verträgen bekommt und nicht jedem Patienten jedes Quartal persönlich die Hand geben muss, geht das umso besser. Die Krankenkassen versuchen auch, solche Termin-Portale anzubieten. Das stößt häufig nur auf überschaubares Interesse, weil die Patienten in der Regel die Termine direkt bei ihrem Arzt, den sie kennen und vertrauen, machen wollen.

Damit die Kassen weiterhin innovative Arzneimittel bezahlen können,

wurde unter anderem das AMNOG erfunden.

Wobei wir teilweise das Problem haben, dass sich im AMNOG moderne Präparate gegen oft völlig obsolete, aber dafür super billige Altpräparate vergleichen müssen – als wenn beim Diabetes irgendjemand noch Sulfonylharnstoff verschreiben würde. Sorry, das Thema ist verfehlt. Über die AMNOG-Bewertung erfahren Ärzte in den Praxen zudem nur wenig.

Wie sieht die Translation des AMNOG in die ärztliche Praxis aus?

Aus Kassensicht mag es durchaus verständlich sein, möglichst alle Verschreibungen im rabattierten Bereich zu halten, und nur keine teuren Präparate zu verschreiben. Das kann aber nicht die ärztliche und damit die medizinische Sichtweise sein. Ärzte brauchen für eine moderne Therapie einen ausreichenden Korridor, damit Arzneimittel ausgetauscht werden können, wenn Unverträglichkeiten, unerwünschte Nebenwirkungen oder einfach ein Therapieversagen feststellbar sind.

Das leidige Thema Substitution.

Generika sind eben nicht gleich. Es muss nicht einmal sein, dass ein Generikum mit derselben Substanz dasselbe Indikationsspektrum hat. Auch wird ein Generikum in der Regel nie das Indikationsspektrum des Originals haben. Da besteht rechtlich die Gefahr, in die Situation des Off-Label-Uses zu geraten.

Was für den einen passt, muss nicht für den nächsten passen.

Menschen sind unglücklicherweise unterschiedlich. Auch sitzen in den Praxen ganz selten Statistiken, dafür umso häufiger wirkliche Menschen. Und unter denen mag es auch welche geben, die keine grünen Tabletten nehmen, schon aus Prinzip nicht. Auch für diese Menschen muss es die Möglichkeit einer Alternative geben. Dazu brauchen wir einen Verhandlungsspielraum, um einen Therapiekorridor bilden zu können.

Wird der Innovationsfonds denn etwas bewegen können?

Wenn ich mir ansehe, wer im Innovationsbeirat sitzt, würde ich stark annehmen, dass wieder die üblichen Kandidaten am meisten profitieren werden. Auch klingen 1,2 Milliarden Euro über drei Jahre zwar recht viel, aber im Vergleich zum Gesamtbudget des deutschen Gesundheitswesens ist das dann eben doch nicht mehr so viel. Nur mal zum Vergleich: Dänemark hat mit seinen fünf Millionen Einwohnern einen Innovationsfonds von fünf Milliarden Euro. Die scheinen auch etwas richtig gemacht zu haben, indem sie die Krankenhäuser stark reduziert und echte strukturelle Entscheidungen vorgenommen haben.

Ihre Hoffnungen halten sich also eher in Grenzen.

Mit dem Terminus Hoffnung arbeite ich gar nicht, doch meine Erwartungen halten sich zugegebenermaßen in Grenzen. Alleine, weil es sich bei diesem sogenannten Innovationsfonds um ein Verfahren handelt, das über die Selbstverwaltungsorgane abgewickelt wird, die an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten sind. Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow, der Ehrenvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes, würde dazu vielleicht sagen: „Das ist so, als wenn man durch Sauer-teig schwimmen will.“

Herr Weigoldt, danke für das Gespräch. <<

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

Nationales Versorgungsforum Schmerz der DGS

„Keine Einorganerkrankung“

Schmerzmedizin erfordert funktionell-orthopädische, neurologische, psychosoziale, psychiatrische und anästhesiologische Kompetenzen. Die wenigen bestehenden multimodalen, multiprofessionellen Netzwerke können eine flächendeckende schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland nicht gewährleisten. Schmerzexperten forderten deswegen auf dem „Nationalen Versorgungsforum Schmerz“ einen Facharzt für Schmerzmedizin.

>> Die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland übernehmen derzeit Hausärzte, Fachärzte, Klinikambulanzen und teil- bzw. vollstationäre schmerzmedizinische Einrichtungen an Krankenhäusern. Ärzte ohne spezielle Schmerzqualifikation werden dabei unterstützt durch rund 1.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, die an der Qualitätssicherungs-(QS-)vereinbarung Schmerztherapie nach § 135 SGB V aus dem Jahr 2005 teilnehmen, von denen etwa 400 eine ausschließliche Schmerzversorgung anbieten. Schmerztherapeutisch qualifizierte Fachärzte bewegen sich allerdings immer innerhalb der Grenzen ihrer Fachgebiete. So kann ein Neurologe keine anästhesiologische Schmerzmedizin leisten und abrechnen, und ein Anästhesist keine funktionelle Diagnostik. Für PD Dr. med. Michael Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga e.V. (DSL), ein hausgemachtes Problem: „Unsere Versorgung ist zu standardisiert. Jeder Arzt macht innerhalb seines Fachgebiets das Bestmögliche, aber eben nach ‚Katalog‘.“ Habe der Patient weiterhin Beschwerden, reiche der Arzt ihn weiter. Bleiben die Beschwerden immer noch, werde der Patient psychologisiert. Überall: „Jeder Patient ist individuell und braucht daher eine individuelle Versorgung.“

„Seit Jahren weigert sich die Gemeinsame Selbstverwaltung das Problem der schmerzmedizinischen Unter- und Fehlversorgung anzupacken und schiebt sich den Schwarzen Peter gegenseitig zu“, betonte Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Vorsitzender des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) den Status Quo. Trotz mehrmaliger und wiederholter Willensbekundungen der Institutionen habe sich in den letzten Jahren an der massiven schmerzmedizinischen Versorgungsproblematik nichts verändert.

Dass die Regelversorgung hier versagt, meint auch Harry Kletzko, ehemals Vizepräsident der DSL, denn die Zahl der Schmerzpa-

tienten steige stetig, statt zurückzugehen. Kurz- und mittelfristig seien Integrierte Versorgungs-Verträge sinnvoll. Langfristig könne die Lösung aber nur in einer besseren Ausbildung vor allem der Allgemeinärzte liegen, damit sie einen „Schmerzblick“ entwickeln. Dann würden auch Komplikationen wie etwa eine beginnende Chronifizierung rechtzeitig erkannt.

Wer steuert die Versorgung?

Chronischen Schmerzpatienten fehle eine zentrale Anlaufstelle, betonte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS), Dr. Gerhard Müller-Schwefe: „Die chronische Schmerzerkrankung ist keine Einorganerkrankung, sondern sie betrifft verschiedene Dimensionen des Menschen.“ Schmerz habe körperliche, psychische und soziale Aspekte, und um diesen gerecht zu werden, brauche es „funktionell-orthopädische, physiotherapeutische, neurologische, psychiatrische und anästhesiologische Kompetenzen“.

Die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen hätten, so Müller-Schwefe weiter, das im Prinzip erkannt und fordern im Einklang mit akademischen, überwiegend in Krankenhäusern ansässigen Schmerzmedizinern für chronische Schmerzpatienten eine multiprofessionelle, multimodale Therapie. „Theoretisch ist das auch ein gutes Konzept, aber es scheitert an der praktischen Umsetzung“, moniert der DGS-Präsident. Für eine flächendeckende Versorgung von knapp drei Millionen Patienten sei dieses Konzept auf Grund des hohen Personal- und Zeitaufwandes einfach nicht geeignet.

Alle Bereiche abdecken

„Die Schmerzversorgung in Deutschland ist aus Patientensicht unzureichend. Wir brauchen mehr Ärzte, die alle Bereiche, die einen Schmerzpatienten durch seine Erkrankung berühren, abdecken“, betonte Birgitta Gib-



Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS). Copyright: DGS/Georg J. Lopata

son von der DSL. Das Fehlen von spezialisierten Schmerzmedizinern sei eine Ursache dafür, dass viele Menschen mit chronischen Schmerzen unzureichend oder gar nicht behandelt werden, sagte auch Arno Zurstraßen, Fachanwalt für Medizinrecht. „Die schmerzmedizinische Qualifikation ist für Patienten nur schwer erkennbar und es ist vom Zufall abhängig, an welchen Behandler der Patient gerät“, so Zurstraßen. Genauso sah es Dr. med. Oliver Emrich, Vizepräsident der DGS. „Ressourcen gibt es viele, aber sie werden nicht gut gesteuert.“

Versorgungspolitisch brachte Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Bundesverbands der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), den neuen Versorgungssektor der ASV als eine Möglichkeit ins Spiel, die Schmerzversorgung in Deutschland voranzubringen. Im Rahmen der im Jahr 2014 eingeführten ASV können schwer kranke Patienten interdisziplinär und sektorübergreifend versorgt werden. Abrechnung und Vergütung erfolgen dabei außerhalb der üblichen vertragsärztlichen Versorgung ohne den Hemmschuh der Budgetierung. Bisher sei die Schmerzmedizin nur rudimentär in der ASV verankert, in Form von hinzuzuziehenden Fachärzten, und nur bestimmten wenigen Fachgebieten vorbehalten. Das könne sich aber ändern, so Munte, wenn sich die Schmerzmediziner, gut abgestimmt, für die ASV stark machten. Auch ein Ausbau der Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen wäre mehr als nichts. „Die entscheidende Frage ist aber immer, ob wir eine Flächendeckung erreichen“, so Müller-Schwefe. „Hierfür ist der Facharzt für Schmerzmedizin aus unserer Sicht der beste Weg.“ <<

Zehn Jahre Hire a Doctor – zehn Jahre Ärzte auf Zeit

Spuren der Ökonomisierung der Medizin

„Personalengpässe?“ fragt die Hire a Doctor-Group auf ihrer Unternehmenshomepage www.hireadoctor.de und bringt damit das Geschäftsmodell des Unternehmens auf den Punkt: Die Vermittlung von Ärzten, Pflege- und Rettungsfachpersonal sowie anderen medizinischen Fachkräften auf Honorarbasis, über Arbeitnehmerüberlassung und in Festanstellung. Hire a Doctor, kurz HAD, hat zum zehnjährigen Bestehen erstmals die eigene Datenbank geöffnet, die einen interessanten Blick in die Bedarfsstruktur von Ärzten und medizinischem Fachpersonal eröffnet, und damit auch dorthin, wo der Personalmangel bereits heute real existiert.

>> Betrachtet man auf Postleitzahlen-Gebiete aufgeteilt die Einrichtungen mit Vermittlungserfolg. Das sind jene Krankenhäuser, für die HAD Ärzte, Pflege- und Rettungsfachpersonal auf Honorarbasis (seit 2005), in Festanstellung (seit 2009), Arbeitnehmerüberlassung (seit 2010) oder auch Kurzzeitanstellung (seit 2012) zur Verfügung stellt. Natürlich hat die bundesweit recht unterschiedliche Vermittlungs-Landkarte auch damit zu tun, dass das Unternehmen in Berlin angesiedelt ist und sich vor dort aus seine Kontakte aus dem PLZ-Gebiet 1 heraus entwickelt hat. Doch reicht dieser Fakt alleine bei weitem nicht aus, um das recht deutliche Nord-Südgefälle zu erklären, das eher ein bundesdeutsches Nachfragermodell nachzeichnet.

Wobei allerdings Baden-Württemberg eine Sonderrolle zukommt und auch in Bayern die Beschäftigungswelt noch ein Stück weit heiler ist – anders lassen sich die im Vergleich zur jeweiligen Bevölkerungsdichte niedrigen Nachfragezahlen nach flexibel einsetzbaren Arbeitnehmern nicht erklären. Hier scheint zumindest die Ökonomisierung der Medizin inklusive der davon ausgelösten Leistungsverdichtung hin zu immer weniger festangestelltem Personal noch nicht so ausgeprägt zu sein wie in anderen deutschen Bundesländern.

Generell erkennt die HAD-Gruppe eine deutliche Struktur in ihrer Kundenstruktur. Krankenhäuser, die zur Sicherung ihres Versorgungsauftrags, speziell jenen der ärztlichen Versorgung, auf Zeitpersonal zurückgreifen müssen, sind nur zum ganz geringen Teil universitäre Kliniken, die noch mehr Personalreserve zu haben scheinen und im Notfall auch Kollegen, die in der Forschung tätig sind, aktivieren können.

Schwerpunktmäßig kommen die Kunden von HAD aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, und hier eher von den kleineren, denn den größeren. Bei

diesen wird das Ressourcenproblem schon heute mehr als deutlich, da besonders im Zuge der DRG-Einführung hart an der Personaldecke geschraubt worden war. Doch können hier auch andere Gründe mit eine Rolle spielen, wie etwa eine kurzfristige Überbrückung von Besetzungsschwierigkeiten

im Rahmen der natürlichen Fluktuation, Urlaubs- und Krankheitsvertretungen, mittelfristige Stellenbesetzungsprobleme oder auch durch generellem Fachkräftemangel (ausgelöst durch Arbeitszeitgesetz, Feminisierung der Medizin oder die sogenannte Generation Y. <<

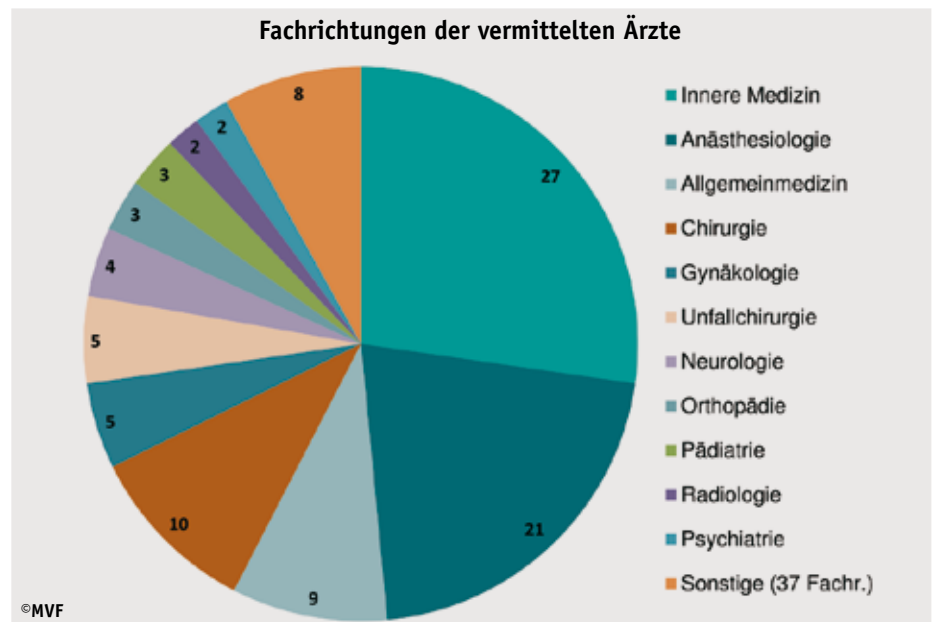


Abb. 1: Fachrichtungen der vermittelten Ärzte in %, Basis: alle Suchanfragen bei Ärzten (auch Mehrfachauswahl). Quelle: HAD Group.

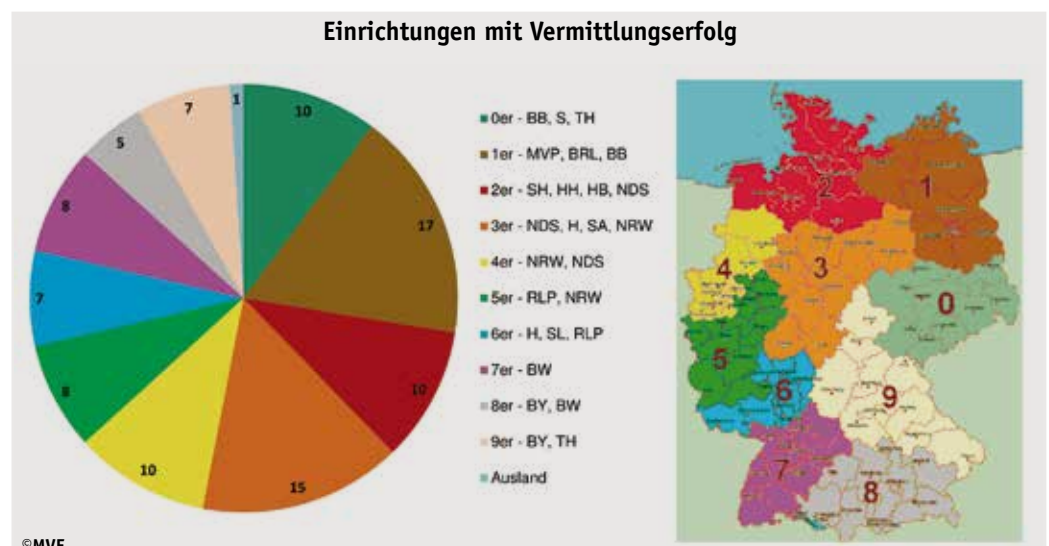


Abb. 2: Einrichtungen mit Vermittlungserfolg, auf PLZ Gebiete aufgeteilt, in % Basis: alle Vermittlungen. Quelle: HAD Group.

inside

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

made in
Greifswald



Das Institut für Community Medicine

Versorgungsforschung made in Greifswald

Innerhalb der neuen redaktionellen Serie „*Versorgungsforschung made in ...*“ stellt MVF in loser Reihenfolge Universitäten und Institutionen vor, die sich im besonderen Maße um die „dritte Säule“ der Lebenswissenschaften verdient gemacht haben. Den Anfang macht das Institut für Community Medicine, das seit 2007 von Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH, geleitet wird.

>> Der Grundgedanke, den Schwerpunkt „Community Medicine“ an der Universität Greifswald zu installieren, wurde in der Zeit kurz nach der Wiedervereinigung gefasst. Seinerzeit bewertete und evaluierte der Wissenschaftsrat – unter den Gutachtern war Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba, von 1987 bis 1991 Vorsitzender des Medizinausschusses – die ostdeutschen Universitätsklinika. Die Experten kamen im Fall Greifswald, deren medizinische Fakultät seit der Gründung der Universität im Jahre 1456 besteht, zu dem Schluss, dass hier am besten der Schwerpunkt „Community Medicine“ angesiedelt und ausgebaut werden könnte. Die Aufbauarbeit begann kurz danach mit großem Enthusiasmus, doch so richtig institutionalisiert und mit entsprechendem Budget ausgestattet wurde dieser Fokus erst ab 2002 – mit Mitteln der damaligen Aufbau-Ost-Förderung, aufgelegt zur Verbesserung der klinischen Forschungsinfrastruktur in den neuen Bundesländern.

Mit den beiden neu berufenen Professoren Dr. Thomas Kohlmann (vorher Lübeck) und Dr. Wolfgang Hoffmann (vorher Bremen) kam Leben in die Idee, die sukzessive von beiden zum eigenständigen Institut aus- und aufgebaut und immer weiter entwickelt wurde. Heute arbeiten in vier Abteilungen – dazu gehören „Allgemeinmedizin“ (Leitung: Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH), „Klinisch-Epidemiologische Forschung“ (Leitung: Prof. Dr. Henry Völzke), „Methoden der Community Medicine“ (Leitung: Kohlmann) und „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ (Hoffmann) – immerhin rund 200 Mitarbeiter. Bekannt ist das Institut indes vor allem durch die von Völzke geleitete „Study of Health in Pomerania“ – einer der größten deutschen Kohortenstudien überhaupt, und eben die von Hoffmann verantwortete Abteilung Versorgungsepidemiologie.

Nun könnte man aus heutiger Sicht vermuten, dass die Idee zur „Community Medicine“



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH (seit 01/2012: W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald. Seit 12/2009: Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e.V. (DZNE). Seit 07/2007: Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine. 12.2004 – 12.2011: Ordentliche C3-Professur „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Med. Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. 11/2002 – 11/2004: C3-Stiftungsprofessur des BMBF für „Versorgungsepidemiologie und Community Health“ an der Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald. 10/2000: Venia legendi für Epidemiologie und Public Health am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften (FB 11) der Uni Bremen.

am Standort Greifswald, mit 56.700 Einwohnern die fünftgrößte Stadt Mecklenburg-Vorpommerns, daher stammt, dass hier die Alterspyramide bereits gekippt und damit ein perfektes Umfeld für bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung gegeben war. Weit gefehlt. Es wird in Greifswald zwar als einziges Universitätsinstitut Mecklenburg-Vorpommerns mit dem Forschungslabor „Community Medicine“ in Sachen bevölkerungsbezogener Gesundheitsforschung geforscht, doch nicht, weil hier sozusagen Probanden en masse und in situ vorhanden wären. Denn Greifswald, das zusammen mit Stralsund eines der vier Oberzentren des Landes bildet, ist zwei Studien aus dem Jahr 2008 zufolge die „dynamischste“ und die „jüngste“ Stadt Deutschlands.

Alle neuen Bundesländer, und so auch Mecklenburg-Vorpommern, hatten jedoch in den Jahren vor und auch noch in den Jahren nach der Wiedervereinigung ein ganz anderes, nicht minder gravierendes Problem: Die Lebenserwartung in den neuen Bundesländern war deutlich niedriger als in den alten. Man hatte, so Hoffmann im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung“, natürlich den Verdacht auf Risikofaktoren aller Art – jedoch gab es wenig Evidenz für diese Vermutung. So wurde unter anderem ein Gutachten über mögliche Auswirkungen des Baus eines Kohlekraftwerks und die gesundheitlichen Auswirkungen der Mülldeponie Ihlenberg, die früher VEB Deponie Schönberg hieß, erstellt oder eine Analyse zu der Frage erarbeitet, inwiefern sich der Klimawandel auf die Gesundheit auswirkt. Das Institut forscht auch zum Strahlenschutz und zu Umweltfaktoren wie Fluglärm.

Im Fall der Mülldeponie konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass das Krebsrisiko tatsächlich erhöht war, jedoch nur bei den Beschäftigten, nicht in der Umgebungsbevölkerung. Hoffmann: „Das waren zwei total wichtige Informationen einer guten Forschung, die mit dazu geführt haben, dass diese Anlage heute noch existiert.“

In jüngerer Zeit wurde (in Kooperation der UMG mit dem DZNE) eine große Interventionsstudie in der häuslichen Versorgung von Demenzpatienten durchgeführt, der den Demografieprozess innerhalb der Enquete-Kommission „Gesund alt werden“ begleitet, für die Friedrich-Ebert-Stiftung die pädiatrische Versorgung analysiert, ein Schulpräventionsprojekt auf den Weg gebracht und für das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern 150 Kitas durchleuchtet, um herauszufinden, wie Kinder am besten geför-

dert werden können. Alleine bei dieser Studie, bei der regelmäßig einmal im Jahr alle Jahrgänge der Kinder erfasst werden, laufen jährlich Abertausende von Bögen ein, die im Institut gescannt, bearbeitet, ausgewertet und die Ergebnisse dann als Benchmark an die Kitas zurückgegeben werden. Hoffmann, durchaus ein wenig stolz: „Unser Institut ist, soweit ich weiß, das einzige, das im Moment eine Intervention in dieser Größenordnung durchführt.“ Das wird aber nicht deshalb gemacht, weil man es kann, sondern weil die Arbeit etwas bewirken soll. „Ein relativ hoher Anteil unserer Projekte hat praktische Konsequenzen“, erklärt dazu Hoffmann, der sich für eine höhere Translationsrate der Versorgungsforschung stark macht und fordert: „Das, was bei uns erforscht wird, soll auch umgesetzt werden, um die Versorgung messbar zu verbessern.“ Hierzu zählt auch das Evaluationsprojekt „Curaplan“ für die AOK Nordost (siehe MVF 06/15).

Dazu braucht man seinen Worten zufolge die richtigen Partner auf Auftraggeberseite, ein entschlossenes Auftreten der Wissenschaft, aber auch den Willen und die Fähigkeit, die erforschten Ergebnisse klar und deutlich und vor allem allgemeinverständlich zu erklären. Und: die nötige sichere Finanzierung. Die fehlt in Universitätsinstituten wie dem in Greifswald, das sich zum großen Teil drittmittelfinanzieren muss. Natürlich stellt die Universität Geld für das Stammpersonal und Overheadkosten zur Verfügung, aber nicht für Projekte, die Jahr für Jahr wieder in Millionenhöhe eingeworben werden müssen. „Wenn wir etwas erforschen wollen, müssen wir eben Anträge schreiben“, sagt Pragmatiker Hoffmann, dessen Büro von Regalen voller Leitz-Ordner voller erfolgreicher und natürlich auch nicht-erfolgreicher Anträge geprägt wird. Doch da hat Hoffmann nicht nur eine dicke Haut, sondern inzwischen viel Erfahrung und eine Engelsgeduld.

Was hilft es auch? Von dieser ständigen Arbeit der Budgetbeschaffung hängt nun einmal die Zukunft des Instituts und der meisten seiner Mitarbeiter ab – und das Jahr für Jahr. Denn es gibt recht selten Projekte, die über mehr als ein bis zwei Jahre laufen. Dass das keine große Auswirkung auf das Personal hat, spricht für den Standort und vor allem für die hier geleistete Arbeit. Hoffmann: „Die Leute, die bei uns arbeiten, sind zum Teil seit mehr als zehn Jahren bei uns – wir müssen eben sehen, wo wir nächstes Jahr wieder für alle Geld herbekommen.“ So zum Beispiel für zwei Mitarbeiterinnen, die stellvertretend für viele andere hier vorgestellt werden:



Dr. rer. med. Adina Dreier, M. Sc.,
Dipl.-Pflegerin (FH)

Adina Dreier ist Pflegewissenschaftlerin und arbeitet seit 2006 am Institut für Community Medicine. Sie beschäftigte sich u.a. innerhalb der AGnES-Projekte (die übrigens im ICM erfunden wurden) und hat seit 2013 einen eigenen Forschungsbereich übertragen bekommen, indem sie die zukünftige Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und die dazu nötigen Qualifikationen erforscht. Der Forschungsschwerpunkt umfasst die Aufgabenverteilung zwischen Medizin und Pflege mitsamt den Schwerpunkten Delegation und Substitution. „Die Ärzte der kommenden Generation, also die, die jetzt in der Ausbildung sind und zum Teil schon praktizieren, befürworten die neuen arbeitsteiligen Modelle“, erklärt Dreier, die hier einen langen Atem anmahnt. Wenn es um Substitution gehe, wird nicht in Tagen und auch nicht in Wochen gerechnet, sondern in Jahren, dann aber, so Dreier, komme auch Substitution mit Sicherheit.

Dreier hat an der Hochschule in Neubrandenburg studiert, erst Pflege und Gesundheit, danach den Master in Science (Public Health and Administration) gemacht. 2012 erwarb sie in Greifswald ihren Dokortitel; mit einem Kollegen zusammen war sie in der immerhin inzwischen knapp 560-jährigen Geschichte der Universität die erste Pflegewissenschaftlerin, die hier ihren Doktorhut bekam. Doch warum in Mecklenburg-Vorpommern? „Ich wollte gerne in der Region bleiben“, sagt dazu Dreier, die derzeit an ihrer Habilitation arbeitet – zum einen, weil hier gute Forschung gemacht wird, zum anderen, weil es hier viele Probleme gibt, die es anzugehen gilt. Sie sieht den ländlichen Raum rund um die wenigen größeren Städte als

eine Art „ein lebendes Labor“. Das sei für jemanden, der einen wissenschaftlichen Hang habe, fast ein Eldorado, in dem man Dinge probieren kann, die woanders noch gar nicht als Problem existieren.



Kerstin Weitmann

Kerstin Weitmann hat Biomathematik studiert, ein modernes interdisziplinäres Studium, das als Diplomstudiengang seit 1998 an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald angeboten wird. Sie reizt dabei gerade das interaktive Element, denn Mathematik könne durchaus als Verbindungssprache zwischen Medizinern und Biologen gesehen werden. Denn es wären eben gerade die Mathematiker, die Modelle rechnen und Verknüpfungspunkte beschreiben. 2004 war sie mit ihrem Studium fertig, hat dann von 2006 bis 2013 an einem kardiologischen DFG-Sonderforschungsbereich für inflammatorische Kardiomyopathie mitgearbeitet, in dem sie das zentrale Daten- und Bioprobenmanagement koordinierte. Ebenso wurde ein klinisches Register aufgebaut, das bis heute die Datengrundlage für Forschungsfragen bildet. Parallel dazu ist sie seit einigen Monaten im zentralen klinischen Krebsregister aktiv, das die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern sichern helfen soll und am Institut in Greifswald mit aufgebaut wird.

Auch für sie ist die Bevölkerungsstruktur in Mecklenburg-Vorpommern „schon ein bisschen besonders“, so, wie sie sich in anderen Bundesländern vielleicht erst in 10 oder 20 Jahren zeigen wird. Weitmann: „Darum haben wir hier die Chance, bestimmte Ansätze zu erforschen und zu entwickeln, die irgendwann auf ganz Deutschland übertragen werden können.“ <<

von:
MVf-Chefredakteur Peter Stegmaier

„Versorgungsatlas Vorpommern“

>> Das Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald hat einen Atlas zur regionalen gesundheitlichen Versorgung in Vorpommern veröffentlicht. Der „Versorgungsatlas Vorpommern – Datenbasis für die regionale gesundheitliche Versorgung“, herausgegeben von PD Dr. Neeltje van den Berg, Dipl. Geogr. Franziska Radicke, Dipl. Geogr. Ulrike Stentzel und Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH, enthält insgesamt 79 Karten und Abbildungen, die u.a. die Häufigkeit wichtiger Volkskrankheiten und die geografische Verteilung von Ärzten, Krankenhäusern, Psychotherapeuten, Pflegeeinrichtungen und Physio- und Ergotherapiepraxen in der Region Vorpommern zeigen. Weitere Karten stellen die Pkw-Fahrzeiten zu verschiedenen Versorgungseinrichtungen dar. Erstmals in der Region wird auch die Erreichbarkeit dieser Einrichtungen mit Öffentlichen Verkehrsmitteln (ÖPNV) visualisiert.

Der Versorgungsatlas ist eine Grundlage für die Planung der regionalen Versorgung, enthält aber auch Interessantes für Patienten und für die Forschung. Auf der Basis der Daten und Karten können gezielt fortschrittliche Konzepte zur regionalen Versorgung entwickelt werden. Prof. Hoffmann, geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine: „Mit diesem Atlas geben wir sowohl der Forschung als auch der Politik eine Datengrundlage für die Planung des zukünftigen Gesundheitswesens an die Hand.“

Der demografische Wandel in Mecklenburg-Vorpommern führt, wie im Kapitel 9 „Ausblick: regionale Versorgung“ zu lesen ist, zu einem Bevölkerungsrückgang vor allem in den jüngeren Bevölkerungsgruppen verbunden mit einer zunehmenden Alterung der verbleibenden Bevölkerung. Die daraus folgenden erheblichen Änderungen der Morbidität, der Patientenzahlen und der Versorgungsbedarfe werden, so ist weiter zu lesen, die Region Vorpommern auch zukünftig vor große Herausforderungen stellen, auch werde der Bedarf an medizinischer Versorgung der älteren Bevölkerungsgruppen weiter ansteigen. Gleichzeitig zeichneten sich die älteren Bevölkerungsgruppen durch ein höheres Maß an Immobilität aus. Während die hausärztliche Versorgung für die Mehrheit der Patienten der erste Anlaufpunkt der medizini-

schen Versorgung in den Grundzentren des peripheren Raums ist, ist die fachärztliche Versorgung in Mittel- und Oberzentren konzentriert. Aufgrund der zunehmenden Immobilität der älteren Bevölkerungsgruppen bei gleichzeitig höherer Morbidität in der Gesamtbevölkerung haben gerade die Hausärzte im ländlichen Raum eine zentrale Rolle für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

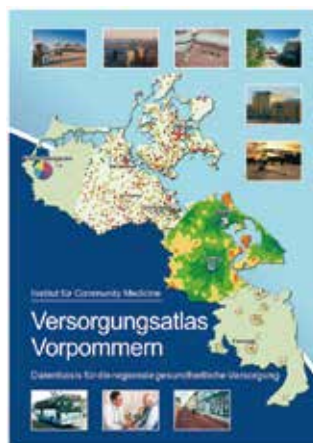
Mit innovativen Lösungsansätzen kann, so die Autoren, drohenden Lücken in der wohnortnahen Grundversorgung wirksam entgegengewirkt werden. So können Zweigpraxen in Grundzentren, in denen aus wirtschaftlichen Gründen keine Hauptpraxis vorgehalten werden kann, die medizinische Versorgung sicherstellen – und zentrale Gesundheitshäuser, wie z.B. das zentrale Gesundheitshaus Woldegk, den Aufbau und Unterhalt von Zweigpraxen in der Form unterstützen, dass verschiedene Fachärzte im Wechsel Sprechstunden durchführen und Synergieeffekte nutzen.

Dies kann die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und medizinischer und technischer Infrastruktur sein, oder eine zentrale Anmeldung und Terminvergabe, ein mandantenfähiges Praxis IT-System und der Aufbau und der Aufbau und Betrieb einer regionalen Patientenakte.

Auch moderne Delegationsmodelle wie beispielsweise AGnES (Arztentlastende, Gemeinenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) oder die aus AGnES

entwickelte VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), bei denen auf der Basis abgestufter, modularer Qualifikationen hausärztliche Besuche an speziell qualifiziertes Praxispersonal delegiert werden, spielen inzwischen eine zunehmend wichtige Rolle bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

In einer aktuellen Studie des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in Kooperation mit der Universitätsmedizin Greifswald führen Pflegekräfte in der Häuslichkeit bei Menschen mit Demenz eine umfassende Erhebung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation durch und stellen auf der Basis der in der Region vorhandenen Angebote ein sinnvolles und individuell abgestimmtes Betreuungskonzept zusammen. <<



INNOFONDS **Fakten Status Diskurs**

Kommentar zum Innovationsfonds:

Wege aus dem Stillstand – Chancen und Risiken des Innovationsfonds

Der Gesetzgeber hat mit dem Versorgungsstärkungsgesetz der Tatsache Rechnung getragen, dass das institutionelle Gefüge des deutschen Gesundheitswesens nicht gerade als Innovationsmotor für die gesundheitliche Versorgung anzusehen ist. Strukturelle Abschottungen, sektorale Egoismen, mangelhafte Prozess- und Qualitätsorientierung und begrenzte Outcomes werden in internationalen Vergleichen und nationalen Analysen seit langem moniert. Daran haben auch vielfältige Reformbemühungen in den letzten 25 Jahren nur begrenzt etwas geändert. Der folgende Beitrag geht der Frage nach, ob der Innovationsfonds an diesen Problemen etwas ändern wird, dämpft die Euphorie vieler Akteure und plädiert längerfristig für eine Umgestaltung der Innovationsförderung.

>> Die meisten Systemvergleiche aber auch viele nationale Analysen – wie etwa die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – bescheinigen dem deutschen Gesundheitswesen eine hohe Leistungsfähigkeit bei der Versorgung von Akuterkrankungen, sehen aber teilweise erhebliche Defizite bei der Versorgung von chronischen Erkrankungen und bei PatientInnen mit Multimorbidität. Gerade bei diesen Erkrankungen werden strukturelle Probleme wie die sektorale Abschottung, die mangelhafte Prozess- und Qualitätsorientierung, das ungenügende Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsberufe und vieles mehr deutlich sichtbar, die eine kontinuierliche, an Bedarfen und Bedürfnissen der PatientInnen orientierte Versorgung erschweren oder gar unmöglich machen.

Webfehler im deutschen Gesundheitswesen – Der Innovationsfonds als Ausweg aus einem Dilemma?

Trotz einer Vielzahl von sektorübergreifenden Steuerungsansätzen und diversen Versuchen, eine integrative Versorgung als neue Regelversorgung neben dem herkömmlichen Kollektivvertragssystem zu implementieren, konnte die sektorale Logik und die Arztzentrierung nicht überwunden werden. Darüber können auch gelungene Modellprojekte und umfassendere Selektivvertragskonzepte (wie zum Beispiel das kombinierte Hausarzt-/Facharztssystem in Baden-Württemberg) nicht hinweg täuschen. Das muss auch nicht weiter verwundern, denn die

zentralen Instrumente zur Steuerung von Kapazitäten und zur Honorierung der Leistungen folgen nach wie vor den traditionellen Strukturen. Die bestehenden Anreizsysteme ermöglichen zudem ein gesichertes Auskommen nicht nur der individuellen Leistungserbringer, sondern sichern auch die Existenz der korporatistischen Strukturen des Kollektivvertragssystems, selbst wenn zentrale Funktionen – wie zum Beispiel die Versorgung in strukturschwachen Regionen oder Stadtteilen – nur noch unzureichend erfüllt werden. Gleichzeitig erweisen sich diese Strukturen als wenig innovationsfreudig, sondern demonstrieren Reformresistenz, selbst wenn der Gesetzgeber klare gesetzliche Aufträge und Vorgaben mit Fristsetzung und Androhung der Ersatzvornahme und/oder Sanktionsbewehrung vorsieht. Der Aufbau einer Telematikinfrastruktur und der praktische Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte sind beileibe nicht das einzige Beispiel für das Systemversagen der gemeinsamen Selbstverwaltung einschließlich der vollmundigen Versprechungen der beteiligten Industrie.

Von daher ist es naheliegend, dass der Gesetzgeber starker regulierend in die Steuerung der Gesundheitsversorgung eingreift, zumal viele Akteure seit langem eine systematische Förderung von Innovationen fordern und sich für den gezielten Ausbau einer praxisnahen Versorgungsforschung aussprechen. Daher haben auch viele AutorInnen dieser Zeitschrift mehr als wohlwollend die Zielsetzungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes begrüßt, die Schaffung eines Innovationsfonds als große Chance

Kommentar

Liebe Leserinnen und Leser,
sind wir zu optimistisch? Franz Knieps gießt Wasser in den Wein unsere positiven Erwartungen. Natürlich brauchen wir Innovationen und Innovationsförderung. Aber ist der Fonds auf dem richtigen Weg? Franz Knieps meldet deutliche Zweifel an – am Sinn und am Verfahren – und stellt schwerwiegende Fragen.



MVF-Herausgeber
Prof. Dr.
Reinhold Roski

Sollten nicht auch neue Behandlungsmethoden, technische Innovationen, Prozess- und Produktinnovation oder neue Formen der Leistungserbringung, z.B. Telemedizin, förderungsfähig sein? Ist es sinnvoll, dass nur die Vertragspartner der Kollektivverträge und Vertreter des Ministeriums über die Vergabe der Fördermittel entscheiden?

Kann man ihnen zutrauen, großes Interesse an Innovationen zu haben, die die etablierten Strukturen des Gesundheitssystems aufbrechen und echte Prozessveränderungen fördern?

Bitte beteiligen Sie sich mit eigenen Beiträgen, mit Leserbriefen und Kommentaren an unserer Diskussion. Der Diskurs ist sehr spannend und wichtig.

Wir freuen uns auf Ihre Argumente und Gesichtspunkte – auch auf der MVF-Fachkonferenz am 8. März 2016

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

bewertet und eine Aufbruchsstimmung in Wissenschaft und Praxis hervorgerufen (Beispielhaft die Beiträge in der Sondernummer von Monitor Versorgungsforschung Special 01/15).

Der Teufel steckt im Detail: Verfahrenshindernisse und materielle Einschränkungen

Dem Verfasser dieses Beitrags fällt es schwer, in diesen Grundoptimismus einzustimmen. Die Gründe hierfür liegen nicht in der grundsätzlichen Ablehnung eines beitragsfinanzierten Förderungstopfes, selbst wenn es gewichtige Argumente für eine staatliche Finanzierung von Wirtschaftsförderung im Gesundheitswesen aus Steuermitteln durch die Ministerialbürokratie in Bund und Ländern oder über günstige Kredite von staatlichen Förderbanken wie der KfW gibt.

Auch treiben den Verfasser nicht verfassungsrechtliche Bedenken gegen eine ausreichende Legitimierung des Gemeinsamen Bundesausschusses um, die sich aus kryptischen Äußerungen von Verfassungsrichtern in offizieller, offiziöser oder privater Umgebung ableiten ließen.

Nährboden des Zweifels ist vielmehr die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben in den §§ 92a und 92b SGB V sowohl in materieller wie in verfahrenstechnischer Hinsicht. So stehen Fördermittel nur für neue Leistungen und für Overhead-Kosten von innovativen Projekten zur Verfügung. Darunter dürften insbesondere Infrastrukturleistungen und Managementaufgaben im weitesten Sinn fallen. Ob auch neue Behandlungsmethoden, technische Innovationen, Prozess- und Produktinnovationen förderungsfähig sein können, ist noch weitgehend ungeklärt. Das gilt auch für die Frage, ob eine neue Form von Leistungserbringung, wie beispielsweise die Telemedizin, förderungsfähig ist. Dagegen dürfte die Einbeziehung nicht zugelassener Leistungserbringer definitiv ausgeschlossen sein, während eine Erweiterung des Zulassungssatus denkbar ist. Zumindest der unparteiische Vorsitzende stellt hohe Ansprüche an Qualität und Größe von zu fördernden Projekten. Man wird ihm kaum widersprechen können, wenn er aus Wortlaut und Sinn des Gesetzes die Forderung herleitet, dass ein zu förderndes Projekt valide Aussagen im Hinblick auf die Implementierung in die Regelversorgung ermöglichen muss. Regelversorgung darf dabei nicht auf das Kollektivvertragssystem begrenzt werden, auch wenn der Gesetzgeber im Rahmen der Neufassung des § 140a SGB V auf eine entsprechende Ausrichtung der Integrationsversorgung wieder verzichtet hat. Als Regelversorgung dürfte auch ein (großflächiger) Einsatz über den Weg von Selektivverträgen anzusehen sein. Trotzdem bleibt es ein Handicap, dass im Innovationsausschuss, der letztlich über die Vergabe der Fördermittel entscheidet, nur die Vertragspartner der Kollektivverträge und Ministeriale sitzen. Auch wenn der Verfasser dieser Seite der Entscheider über eine längere Zeit angehört hat, überkommen ihn erhebliche Zweifel, ob diese Besetzung des Gremiums geeignet

ist, Innovationen mit Potenzial zum Aufbrechen der Strukturen und zur Veränderung von Prozessen zu erkennen und zu fördern. Man muss nicht Horst Seehofer zitieren, der in anderem Zusammenhang davor gewarnt hatte, „Vampiren den Schlüssel zur Blutbank anzuvertrauen“.

Folglich kann es nicht überraschen, dass die Erwartungshaltung vieler „kleinerer“ Akteure in den letzten Wochen deshalb spürbar gedämpft wurde, auch wenn es sicher zu begrüßen ist, dass die Goldgräberstimmung einer nüchternen Betrachtungsweise Platz gemacht hat. Die gilt nicht nur für Leistungserbringer, Managementgesellschaften, Unternehmensberatungen und Industrieunternehmen, die sich vom Innovationsfonds sprudelnde Einnahmequellen erhofft hatten. Auch die Krankenkassen, die an den Projektanträgen beteiligt sein „sollen“, stellen ernüchert fest, dass eine kritische Größe in der Regel nicht durch eine Kasse allein zu erzielen ist, sondern dass erfolversprechende Projekte auf der Basis von Selektivverträgen nur durch kassen(arten) übergreifende Kooperationen auf den Weg gebracht werden können. Völlig unklar ist dabei, wie weit die Schranken des Vergaberechts die Auswahl potenzieller Vertragspartner und umfassende Beratungen vor Einreichung des Förderantrags begrenzen oder unmöglich machen. Der Verfasser hat schon im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass Förderanträge einerseits konkrete Projektbeschreibungen einschließlich der Vertragspartner verlangen, Selektivverträge andererseits in der Regel offen ausgeschrieben werden müssen. Dies ist nicht die einzige offene Frage bei der Auslegung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine prinzipiell wünschenswerte Innovationsförderung. Generell hätte Franz Kafka, dessen Tätigkeit als Jurist der gesetzlichen Unfallversicherung seinen Niederschlag in vielen seiner Werke gefunden hat, seine helle Freude an den Einzelheiten der Geschäfts- und Verfahrensordnung gehabt. Zu den eher technischen Fragen, die aber existenzielle Folgen für die materielle Förderpraxis haben, zählt schließlich die Übertragbarkeit der Mittel, gegen die sich im Gesetzgebungsverfahren vor allem Haushalts- und Finanzpolitiker mit Erfolg

gewandt haben. Deren kameralistisches Denken ist gerade eine wesentliche Ursache von Innovationsblockaden und Ineffizienzen, die mit systematischer Innovationsförderung und Intensivierung des Wettbewerbs überwunden werden sollen. Wenn diese und andere Fragen, gegebenenfalls auch durch gesetzliche Änderungen nicht geklärt werden, dürfte es schwer werden, die ersten Förderanträge noch im 1. Quartal 2016 einzureichen und im 2. Quartal rechtssicher zu bescheiden.

Vorfahrt für die Versorgungsforschung: Perspektiven für ein F&E-Budget bei Krankenkassen

Dies gilt glücklicherweise nicht für das Viertel des Topfes, das für die Versorgungsforschung reserviert ist. Hier sind inhaltliche Vorgaben und Verfahrensbedingungen bereits im § 92b SGB V deutlich anwendungsfreundlicher gestaltet, so dass nach Bekanntmachung der ersten Förderschwerpunkte im 1. Quartal 2016 schnell mit einer Bescheidung zu rechnen ist, zumal der untergesetzliche Kriterienkatalog im Entwurf weit gefasst ist und so auch Forschungsvorhaben außerhalb dieser Schwerpunkte gefördert werden können. Wenigstens hier ist der auf vier Jahre befristete Innovationsfonds strukturell so angelegt, dass nachhaltige positive Wirkungen zu erwarten sind.

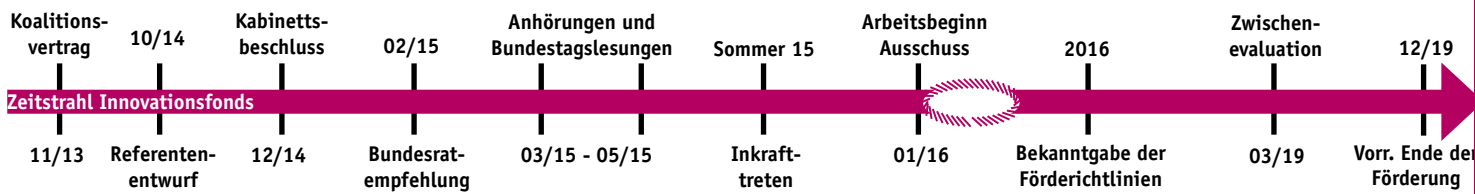
Die Zeit bis zur nächsten Bundestagswahl und der dann zwingend folgenden nächsten Stufe der Gesundheitsreform ist ausreichend lang, um aus den praktischen Erfahrungen mit den jetzt geltenden, auf vier Jahre befristeten Regelungen gesetzgeberische Schlüsse zu ziehen. Die Gelder des Innovationsfonds wären nach Auffassung des Verfassers in einem zwingenden Budgetanteil für Forschung & Entwicklung bei jeder einzelnen Krankenkasse besser angelegt. Eine solche Regelung würde den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der in der Politik, in den Ministerien und bei den verbandlichen Akteuren derzeit wenig Konjunktur hat, stimulieren. Dies gilt erst recht, wenn die Refinanzierung aus dem Gesundheitsfonds gewährleistet ist und dem unsinnigen Preiswettbewerb zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen entgegen gewirkt würde. <<

Franz Knieps

ist Vorstand des BKK-Dachverbands und war unter Ulla Schmidt Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Gesetzliche Krankenversicherung, Pflegesicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit. Er ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat dieser Zeitschrift.

Kontakt: Franz.Knieps@bkk-dv.de





Innovationsausschuss:

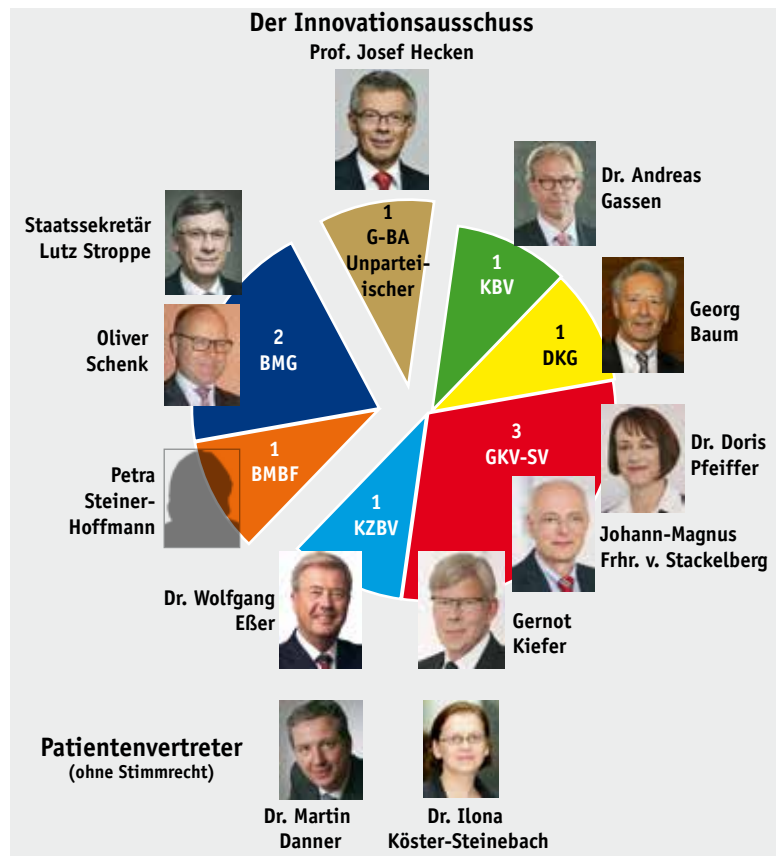
Der Expertenbeirat hat sich konstituiert

Nun hat sich auch der Expertenbeirat konstituiert, der den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Durchführung der Förderung aus dem Innovationsfonds unterstützen soll und der sich auf Mitglieder verschiedenster Professionen stützt. „Nur durch eine gute Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen und Berufsgruppen kann aus einzelnen Spitzenleistungen eine überzeugende Mannschaftsleistung werden. Deshalb wollen wir mit neuen sektorübergreifenden Versorgungsformen Brücken zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen bauen“, erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Inauguration des Expertenbeirats.

>> Die Berufung des zehnköpfigen Expertenbeirats, dessen Empfehlungen vom Innovationsausschuss in seine Entscheidungen einzubeziehen sind, erfolgte auf Grundlage eines Vorschlagsverfahrens, in dem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens (so auch das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung) einschließlich diverser Wissenschaftsverbände eingebunden hatte. Dabei wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- sektorenübergreifend ausgerichtete und umfassende Expertise zu Strukturen und besonderen Versorgungsmodellen in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ausgewiesene wissenschaftlich-methodische Expertise: Kriterien der evidenz-basierten Medizin, Erfahrung in der Durchführung von Studien oder wissenschaftlicher Leitlinienarbeit
- Erfahrung bei der Bewertung von Fördervorhaben bzw. Projektanträgen
- vertiefte Kenntnisse der Versorgungspraxis in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- ausgewiesene Expertise in der Versorgungsforschung

„Mit Unterstützung der berufenen Experten sind wir nun in der Lage, die Beratungen der Förderbekanntmachungen umgehend aufzunehmen und hier zügig zu Ergebnissen zu kommen“, erklärte dazu Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Innovationsausschusses. <<



Der zehnköpfige Expertenbeirat des Innovationsausschusses

Vorsitzender (gewählt)

Prof. Dr. Holger Pfaff
Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln



Stv. Vorsitzende (gewählt)

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks
Leiterin der Patientenuniversität und Apl. Prof. an der Medizinischen Hochschule Hannover, Bereich Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung



Mitglieder (alphabetisch)

Prof. Dr. Maria Blettner
Direktorin des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff:
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin im Med. Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung an der Philipps-Universität Marburg



Prof. Dr. Katrin Hertrampf, MPH
Prof. für Prävention und Versorgung in der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Prof. Dr. Norbert Klusen
Ehem. Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse / Honorarprofessor an der Leibniz Universität Hannover



Prof. Dr. Sascha Köpke
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck



Dr. Michael Masannek
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie / Prokurist der Marienhaus Kliniken GmbH Waldbreitbach
Foto: Anne Orthen



Prof. Dr. Rainer Richter
Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Leiterin des Fachbereichs Health Services Management an der Fakultät für Betriebswirtschaft der Ludwig-Maximilians-Universität München



Gesetzliche Krankenkassen zwischen smartem Service und digitalem Versagen

Zehn Jahre digitale Customer Journey

Zehn Jahre Service Check-Historie belegt: Waren die Kassenwebseiten in den Anfangsjahren nur 1:1 ins Web übertragene Imagebroschüren, so haben sich die Webpräsenzen vieler Kassen heute zur ersten Anlaufstelle der Kunden für die Suche nach Gesundheitsinformationen und Leistungsangeboten entwickelt.

>> Allerdings differiert das Online-Angebot der Kassen nach wie vor sehr stark. Während sich die Spitzenreiterkassen auf einem guten Weg befinden, den Online-Kanal zu einem gleichwertigen und noch dazu smarten Kontaktkanal neben Print, Telefon und Geschäftsstelle vor Ort auszubauen, sind die Webpräsenzen der drei letztplatzierten Kassen aus Kundensicht ein digitales Armutzeugnis. Vor allem die Schlusslichter, die nicht einmal 30 % des Bewertungsmaßstabes für den Servicegrad im Internet erreichen, laufen Gefahr, der digitalen Disruption zum Opfer zu fallen (vgl. Abb. 1 und 2).

Was macht eine gute Kassenwebseite aus? Die Antwort ist einfach und Vorreiterkassen wie die TK, DAK oder BIG zeigen, wie es geht. Eine gute Kassenwebseite muss strikt aus Kundensicht gedacht und konzipiert sein. Der Nutzer muss zielgenau zu den richtigen Gesundheitsinformationen navigiert werden. Und er muss befähigt werden, mit Hilfe der qualitätsgeprüften und redaktionell aufbereiteten Informationen selbstbestimmt über seine Gesundheit oder eine bestimmte Therapie zu entscheiden. Das gelingt im Jahr 10 des Service Check mehr oder weniger gut.

Die von Jahr zu Jahr wachsende Komplexität der Webseiten erweist sich zunehmend als Fallstrick. Vor allem auf den Unterseiten ist die Navigation bei mehr als 70% der Kassen ein buntes Wirrwarr aus Navigationsele-

menten und Schlagworten. Rubrikennamen wie „Tipps“ oder „Informationen“ haben mit Gesundheit oder Krankenkasse nichts zu tun und sind nicht selbsterklärend. Da gehen Orientierung und Surfinteresse schnell verloren.

Medienbrüche bei digitalen Touchpoints und Prozessen

Die Webseite ist nur eine Station des Kunden auf seiner Digital Journey, wenngleich eine sehr wichtige. Um die digitalen Touchpoints zu verknüpfen, muss eine Kassenwebseite die entsprechenden Schnittstellen schaffen, z. B. in Form automatisierter Self-services wie Arzt-/Klinik-Suchtools – AOKen, TK und Barmer GEK kooperieren hier mit der Weissen Liste – oder in Form intelligenter Therapie- oder Pflgelotsen – Kunden von TK und DAK können diesen Service bereits nutzen. Downloadbare seitenlange Arztlisten, die nicht selektierbar sind oder die Aufforderung, für eine einfache Standardauskunft in die Geschäftsstelle vor Ort zu fahren, führen hingegen zu Medienbrüchen und beenden die Customer Journey abrupt. Die Macher der Kassenwebseiten müssen respektieren: Der Kunde hat „jetzt“ ein Problem und möchte es „jetzt“, also in Echtzeit lösen.

Versicherungsunternehmen, zu denen die Krankenkassen gehören, zählen zu den Branchen, deren Geschäftsmodelle einerseits von

der Digitalisierung am meisten beeinflusst werden, die aber andererseits auch am meisten hinter den Entwicklungen in anderen Branchen herhinken. So sind Transparenz, Komfortabilität und Interaktivität der Bedien- und Transaktionsprozesse Standards, die die Versicherten aus dem Online Banking oder dem E-Commerce schätzen. Bei nur drei Kassen (TK, BIG, DAK) kommen die Versicherten in den Genuss, wichtige KV-Angelegenheiten mittels einfacher Serviceprozesse komplett online abwickeln zu können, z.B. beim Beantragen einer Familienversicherung oder beim Abrechnen der Kosten für eine Arztbehandlung während des Urlaubs im Ausland. Die Chance, die Kunden durch intelligente Automatisierung in die Geschäftsprozesse zu integrieren, wird von den Kassen noch viel zu wenig genutzt.

Gesundheitscoaching als Therapieassistenz ist noch „Neuland“

Im digitalen Zeitalter erwarten die Kunden von ihrer Krankenkasse auch digitale Leistungen. Das können zum Beispiel Apps oder ein digitales Gesundheitscoaching für chronische Erkrankungen, Stress, Burnout, Fitness, Ernährung, Nichtrauchertraining oder die Begleitung der Schwangerschaft sein. Digitales Gesundheitscoaching für Prävention oder als Therapieassistenz setzen bislang weniger als Dreiviertel der untersuchten Kassen ein. Nicht einmal 5% der Versicherten sind oder waren Teilnehmer, was u.a. auf die mangelhafte Qualität etlicher Programme zurückzuführen ist.

So verdeutlicht der Blick hinter die Kulissen der Coaching-Programme zwei aufeinander prallende Welten. Auf der einen Seite wird der Kunde auf eine langatmige Reise durch Fragebogenbatterien mit Print-Ergebnisauswertungen zu seinem Gesundheitsproblem geschickt, die noch dazu im Retro-Look vergangener Jahre daherkommen. Die sogenannten „Coachings“ verdienen den Namen nicht, denn sie entstammen der analogen Zeit, sind nicht personalisierbar, nicht auf individuelle Kundenziele gemünzt und nicht qualitätsgeprüft.

Auf der anderen Seite gibt es Kassen, die mit



Abb. 1: Gesamtranking, Rang 1 bis 17, Index basierend auf 55 gewichteten Einzelkriterien.

modernen multi-devicefähigen E-Coaches eine interaktive, evidenzbasierte Therapieassistenz bei der Behandlung klassischer Volkskrankheiten leisten. Der digitale Vorreiter ist die Techniker Krankenkasse, die als bislang einzige Krankenkasse eine digitale Therapieunterstützung für Chroniker anbietet. Das Gesundheitscoaching-Programm „TK-Diabetes-Tagebuch“ ist mit einer App zur mobilen Erfassung der Blutzuckermesswerte bei Diabetes gekoppelt (vgl. Abb. 3). Das Vorzeigebeispiel zeigt, wie viel Potenzial hier noch im Markt liegt.

Die Interaktivität von über 80 % der Kassenwebseiten hinkt zum Teil weit hinter den digitalen Möglichkeiten her und hält nicht mit dem E-Health-Entwicklungsschritt, der gerade von außen vor allem durch junge Start-ups in die Gesundheitsbranche hineingetragen wird. Dokumentiert wird der Rückstand der Kassen nicht zuletzt dadurch, dass mehr als ein Drittel der Kassen immer noch keine mobil optimierte Webseite bietet. Dies, obwohl sich mobile Devices, wie Smartphone und Tablet, in allen Lebenslagen immer mehr zum Dreh- und Angelpunkt aller Nutzeranwendungen entwickelt.

**App-Flut ohne Strategie:
60 % der Kassen-Apps mit
fragwürdiger Daseinsberechtigung**

Während der Absatz von Wearables in Form von Selftrackern und Smartwatches sowie stationären Smart Devices zur Messung von Verhaltens- und Biodaten stetig steigt, finden die Versicherten bei ihrer Krankenkasse bislang nur wenige „echte“ E-Health-Angebote. Wie die TCP-Studie „Digitale Kundenservices GKV 2015“ mit einer umfangreichen Analyse von



Abb. 3: TK-Diabetes-Tagebuch – Kopplung von E-Coach und App.

40 gesetzlichen Krankenkassen belegt, stellen zwar knapp Dreiviertel der Kassen eigene mobile Gesundheits-Apps für ihre Versicherten bereit, der Großteil der Kassen-Apps ist allerdings rein informationslastig und nicht interaktiv (vgl. Abb. 4). Usability und Nutzen sind daher für die Versicherten wenig attraktiv.

Ein echter Benchmark für die GKV sind die iPad-Apps der Kundenmagazine „vigo“ der AOK Rheinland/Hamburg und „bleibgesund“ der AOK Bayern. Die von der wdv-Gruppe realisierten Apps vermitteln qualitativ hochwertiges Gesundheitswissen in einer exzellenten interaktiven Dialogform und gelten auch außerhalb der GKV-Branche bezüglich Bedienkomfort und Usability als ein echter Benchmark.

Eine einfache und schnelle Suche nach dem passenden Fach- oder Hausarzt von unterwegs können Kunden der Techniker Krankenkasse, der Barmer GEK und der AOKen mit

der Arzt-App der Weissen Liste nutzen. Die drei Kernbausteine Arztsuche, Arztbewertung und Arztvergleich der kostenfreien App sind optisch ansprechend im Look and Feel der jeweiligen Kasse umgesetzt.

Erstmals wurden in einem umfangreichen Qualitätstest die Kunden-Apps von 40 gesetzlichen Krankenversicherungen einer strukturierten Qualitätsbewertung aus der Kundenperspektive unterzogen. 60 % der untersuchten Kassen-Apps erreichen nicht einmal die Hälfte des Bewertungsmaßstabes. So empfiehlt eine der untersuchten Kasse heute noch ihren Kunden per Webseite „innovative“ Apps, deren Weiterentwicklung offenkundig vor mehr als zwei Jahren eingestellt wurde. Für eine App ist dies tödlich; Funktionsfehler, Abstürze und mangelhafte Contentqualität sind die Folge.

Ebenfalls 60 % der Kassen-Apps haben zum Teil gravierende Datenschutzängel. Beim Fitnessmanager einer anderen Kasse handelt es sich um eine Gratis-Light-Version der kostenpflichtigen Tracking-App iBody, die funktional zurechtgestutzt wurde. Was mit den per GPS aufgezeichneten persönlichen Bewegungs- und Vitaldaten des Nutzers passiert, bleibt im Dunkeln; hier ist daher Vorsicht ratsam.

**Echtzeitservices und
Renaissance der E-Mail**

Persönliche Beratung und die automatisierte Abwicklung von Gesundheitsanliegen sind für den digitalen Versicherten längst kein Widerspruch mehr. Auch hier darf ein „Abwarten“ für eine moderne Kasse keine Option mehr sein. Erst Einviertel der Kassen bietet



Abb. 2: Gesamtranking, Platz 18 bis 35, Index basierend auf 55 gewichteten Einzelkriterien.



Abb. 4: Funktionen von Krankenkassen-Apps, Basis: 40 gesetzliche Kassen, 61 Apps.

die Möglichkeit, ein Anliegen in Echtzeit per Chat oder sogar per Videochat mit einem Kundenberater zu besprechen. Während die TK die Kunden beim Stöbern auf der Webseite durch ein automatisiert eingeblendetes Chatfenster mit einem persönlichen Beratungsangebot begleitet, hält die Barmer GEK zusätzlich zum Chat ein Co-Browsing-Angebot für ihre Versicherten bereit. Die BIG bietet eine Funktionalität, während des Chats gemeinsam mit dem Kundenberater KV-relevante Dokumente anzusehen und zu besprechen.

Den Schritt zum Multi-Channel-Dienstleister haben bislang nur wenige Kassen erfolgreich vollzogen. Seit zehn Jahren Service Check dümpelt die Beantwortung von Kundenanfragen per E-Mail immer noch um das 50%-Niveau herum (vgl. Abb. 5). Ein Ergebnis von nur 24 % Problemlösung und 22 % individuell maßgeschneiderten Antworten im E-Mail-Test 2015 geht deutlich am Anspruch der ratsuchenden Kunden vorbei, die selbstbestimmt Gesundheitsentscheidungen für sich und für ihre Angehörigen treffen möchten.

Dabei erlebt die oft schon totgesagte und von Datenschützern gehasste E-Mail gerade eine Renaissance bei der Navigation des Kunden durch die digitale Customer Journey. Die E-Mail bleibt einer der von den Kunden am häufigsten genutzten und effektivsten Kommunikationskanäle. Das Bestreben der Kassen, aus Datenschutzgründen die E-Mail durch das Online-Postfach im geschützten Mitgliederbereich zu ersetzen, verändert nicht die Relevanz der E-Mail. Für Kunden ist die E-Mail bequem, denn sie ist ein akzeptierter und gelernter persönlicher Kanal ohne lästige Zugangshürden.

Dass sich Investitionen in den Kontaktkanal E-Mail auszahlen und dies sogar recht

kurzfristig, belegen die Beispiele der AOKen Nordost und Hessen, der Deutschen BKK oder der VIACTIV Krankenkasse. Mit strukturierten Mitarbeitertrainings oder sogar in Form abteilungsübergreifender Organisationsprojekte haben diese Kassen konkrete Veränderungsprozesse eingeleitet, deren Ergebnis eine signifikant verbesserte Platzierung im Service Check des darauffolgenden Jahres war. Die besten E-Mails kamen 2015 von der BIG direkt gesund.

Ganz ähnliche Erfolgsgeschichten lassen sich bei den Webseiten beobachten. Kassen, wie z. B. die DAK, die AOK Hessen oder die SBK, die Erkenntnisse aus dem Service Check als Leitlinie für den Website-Relaunch nutzten, gelang der Sprung vom Mittelfeld unter die TOP 10. Die Nutznießer sind die Kunden dieser Kassen.

Neue digitale Geschäftsmodelle sichern Kundenzugang und Effizienz

Die gesetzlichen Kassen müssen sich im Internet viel stärker darauf einlassen, was Kunden wirklich wollen. Die Customer Journey verläuft schon lange nicht mehr linear. Die Kunden wechseln nach Lust und Laune zwischen mobilen Endgeräten und stationärem PC hin und her, nutzen Apps und smarte Devices für das Tracken ihrer Vitaldaten, tauschen sich per Messenger oder Facebook zu Gesundheitsthemen aus, rufen ganz klassisch die Hotline an und lesen die Kundenzeitschrift der Kasse als Papierversion. Second Screen und Multitasking entwickeln sich zur Selbstverständlichkeit (vgl. Abb. 6).

Um den Kunden an jeder Stelle der Customer Journey mit den richtigen Angeboten für ihre Gesundheit zu bedienen, brauchen Krankenkassen mehr denn je eine digitale Strategie, wie ...

- die Kunden auf den verschiedenen Kanälen angesprochen und mit dem richtigem Content versorgt werden können
- man Kunden durch die Angebote führen und kontinuierlich „bespielen“ kann
- man die Touchpoints in der Customer Journey interessant gestalten kann
- eine 360-Grad-Betreuung an jeder Stelle der Customer Journey aussehen kann (Chat, Hilfemenüs, Anleitungen usw.).

Dabei werden Kassen, die es versäumen, die Automatisierung der Kernprozesse als kritischen Erfolgsfaktor auf die digitale Agenda

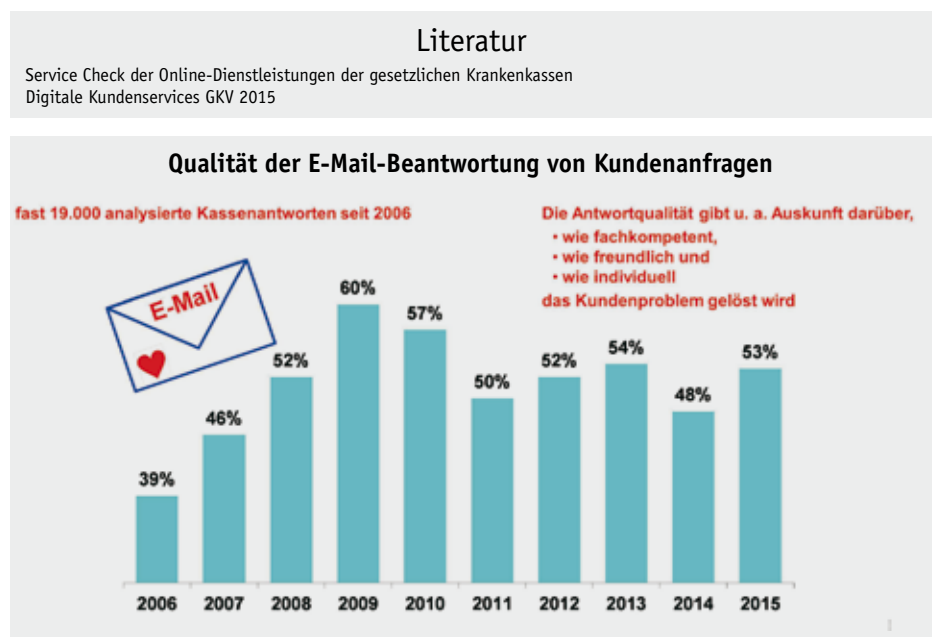


Abb. 5: Qualität der E-Mail-Beantwortung von Kundenanfragen durch Krankenkassen 2006 bis 2015, Index aus 15 gewichteten Einzelkriterien.



Abb. 6: Digitale Customer Journey eines Versicherten am Beispiel „Ich will abnehmen“. Bilder: aus AOK_Apps, Facebook, Youtube. Quelle: Eigendarstellung TCP

zu setzen, in schwere Fahrwasser geraten. Die Kunden werden diese Kasse auf der digitalen Autobahn rechts überholen.

Was unter dem Strich zählt und die Kunden nachhaltig beeindruckt, ist ein unvergessliches digitales Erlebnis, das über eine einfache Informationsbereitstellung im Netz weit hinausgehen muss, smarte Kunden- und Serviceexzellenz eben.

Bei der Umsetzung der digitalen Strategie müssen die Kassen sich mit völlig neuen Geschäftsmodellen auseinandersetzen, die aus Branchen stammen, die nicht vom SGB reguliert werden. Die aufstrebende E-Health-Start-up-Szene kann sich zur Wachablösung gewohnter analoger Geschäftskonzepte entwickeln. Eindrucksvoll konfrontieren die innovativen E-Health-Pioniere die Kassenwelt gerade mit der digitalen Zukunft der Gesundheitsversorgung. Krankenkassen tun gut daran, wenn sie offen sind für Kooperationen und Mut zum Querdenken sowie zu innovativen Geschäftsmodellen zeigen. Dies wird mittelfristig auch den Druck auf die Richtlinienmacher erhöhen. <<

von:

Dr. Evelyn Kade-Lamprecht,
Studienleiterin und Partnerin für den Geschäftsbereich Market Services TCP Terra Consulting Partners GmbH und
Dr. Michael Sander,
Geschäftsführer
TCP Terra Consulting Partners GmbH

Unser Gesundheitswesen

Autor: Prof. Dr. Manfred Wildner
Verlag: Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Jahr: 2015
Preis: Buch/eBook: 19,99 Euro
ISBN Buch: 978-3-13-176691-5
ISBN E-Book (PDF): 978-3-13-176701-1
ISBN E-Book (ePub): 978-3-13-176711-0

>> „Fakten, Widersprüche, Irrtümer“ unterschreibt Wildner sein Fachbuch, weil er eben mit widersprüchlichen Statistiken und Regelungen, vielen Missverständnissen und tradierten Irrtümern aufräumen und endlich auch die schwierige Frage beantworten will: Warum ist das so? Dabei bietet er erhellen- und mitunter auch überraschende Einblicke in das Kräftespiel des deutschen Gesundheitssystems: Wie verändert z.B. das Internet die Arzt-Patienten-Beziehung? Warum sinkt die Zahl der Verkehrstoten, obwohl die Verkehrsdichte steigt? Welche Faktoren lassen die durchschnittliche Lebenserwartung um derzeit drei Monate pro Kalenderjahr steigen? Diesen und vielen weiteren Fragen geht Wildner, der als einer der ausgewiesenen Kenner des deutschen Gesundheitswesens gilt, nach.



Bei aller Leichtigkeit des Schreibstils – kuriose Anekdoten wechseln sich mit interessanten Hintergrundinformationen und schier Unglaublichem ab – ist das Buch bitterer, weil es schonungslos eine Auswahl an Schwächen und Paradoxien unseres Gesundheitswesens aufgreift und hinterfragt. Doch am Ende soll der Leser selbst entscheiden, wie dieser unser Gesundheitswesen, ein nach Wildner „hochkomplexes Gebilde, in dem politische, ökonomische, soziale und medizinische Kräfte wirken“, sieht: als einen Irr- oder doch (noch) als Paradiesgarten? Oder etwa beides zugleich?

Wildner weiß, wovon er spricht. Das Buch basiert nicht nur auf seinen persönlichen Erfahrungen, die er als Arzt in den Gesundheitssystemen Großbritanniens, der USA und Deutschlands, sondern auch in einem breiten Austausch im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit im Bereich der Bevölkerungsgesundheit gemacht hat: an der Uni München, als Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Gesundheit sowie als Mitglied verschiedener Kommissionen und Gremien und nicht zuletzt als Schriftleiter der wissenschaftlichen Thema-Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“. <<

Rezensionen

Wenn Sie ininteressante Bücher vorstellen möchten, schicken Sie diese bitte an den Verlag (s. Impressum).

Weiche Kriterien für harte Entscheidungen – die Substitutionsausschlussliste

Der mühsame Weg zum Substitutionsausschluss

Seit jeher geht es in der Gesundheitspolitik zu einem beträchtlichen Anteil um Kostendämpfung. Im Arzneimittelbereich spielen dabei Generika eine zentrale Rolle, d. h. Medikamente, die nach Patentablauf der Originalpräparate mit den gleichen Wirkstoffen wie diese auf den Markt kommen; sie sind für die in Frage kommende Indikation therapeutisch äquivalent, doch preislich günstiger, da für ihre Entwicklung kein Forschungsaufwand anfällt. Je mehr Generika verordnet werden, desto geringer sind die Arzneimittelausgaben der GKV; und je größer der Wettbewerb zwischen den (mit der Attraktivität der Teilmärkte an Anzahl zunehmenden) Generikaanbietern ist, desto stärker drückt dies auf die Preise.

>> Diese „autonomen“ kostensenkenden Wirkungen des Arzneimittelwettbewerbs werden durch zwei gesundheitspolitische Instrumente ergänzt und verstärkt: Festbeträge und Rabattverträge. Bei Festbeträgen berechnen die Krankenkassen (tatsächlich der GKV-Spitzenverband) für eine Gruppe therapeutisch vergleichbarer Medikamente (die Gruppe wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt) nach einem komplexen, aber klar definierten und nachprüfbar Verfahren einen „Fest“-Betrag im unteren Drittel des Preisspektrums, bis zu dem die gesetzlichen Krankenkassen die Medikamente der Gruppe erstatten; ist ein Produkt teurer als der Festbetrag, dann muss der Patient die Differenz selbst bezahlen. Bei Rabattverträgen veröffentlichen die Kassen für Substanzen, bei denen mehrere therapeutisch vergleichbare Medikamente auf dem Markt sind, Ausschreibungen, an denen sich die infrage kommenden Arzneimittelhersteller mit Rabattangeboten für den Preis ihres jeweiligen Produktes beteiligen können. Der oder die (ein bis drei) Anbieter mit den größten potenziellen Einsparungen für die Kasse erhalten den (bzw. einen) Zuschlag. Als Gegenleistung für den gewährten Rabatt werden die Ausschreibungsgewinner für eine begrenzte Zeit (zumeist zwei Jahre) die exklusiven Lieferanten bei den Rezepten für die Versicherten der jeweiligen Kasse.

In ökonomischer Hinsicht sind die Festbeträge mit geschätzten sieben Milliarden Euro jährlichen Einsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen deutlich wirksamer als die Rabattverträge, deren jährlicher Kostensenkungsbeitrag auf gut drei Milliarden Euro geschätzt wird. In therapeutischer Hinsicht dagegen sind die Eingriffe durch Rabattverträge weitaus stärker. Festbeträge haben keinen Einfluss auf die Auswahl des konkreten Arzneimittels – es wird vom Arzt verordnet und vom Apotheker abgegeben –, sondern nur auf den Preis, den die Krankenkassen erstatten. Bei Rabattverträgen dagegen muss im Normalfall der Apotheker unabhängig davon, welches

konkrete Arzneimittel der Arzt verordnet hat, das Produkt des Herstellers abgeben, mit dem die Krankenkasse des Patienten aktuell einen Rabattvertrag hat. Stimmen das verordnete Medikament und das Rabattmedikament nicht überein, erfolgt durch den Apotheker eine Substitution des ersteren durch das letztere. Patienten, die bestimmte Medikamente dauerhaft einnehmen müssen, können alle zwei Jahre, bei sog. Open-house-Verträgen sogar bei jedem neuen Rezept von einer erneuten Substitution betroffen sein.

Seit es Generika gibt, gibt es auch die Diskussion darüber, ob das Originalpräparat und die (zumeist mehreren) Generika wirklich therapeutisch gleichwertig sind, d. h. ob beim Wechsel von einem zu einem anderen Wirkstoffgleichheit und Verträglichkeit gleich bleiben. In der Tat können unterschiedliche Produkte, auch wenn sie bzgl. Art und Menge der Wirkstoffe gleich sind, im Hinblick auf ihre Galenik, also ihre Hilfsstoffe und Darreichungsform differieren und zu Unterschieden bei der Aufnahme der Wirkstoffe und damit der Wirkungsweise führen. Und unabhängig davon, ob solche pharmakokinetischen Unterschiede auftreten, können äußere Unterschiede der Medikamente (z.B. von Form, Größe und Farbe) zu Compliance-Problemen führen, die ebenfalls Wirkungsänderungen nach sich ziehen können.

Grundsätzlich und seit jeher kann der Arzt, obgleich er wie alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen auch der Wirtschaftlichkeit verpflichtet ist, die mit einer Arzneimittelsubstitution evtl. verbundenen objektiven oder subjektiven Probleme vermeiden, indem er mit einem Kreuz im Aut-idem-Kästchen auf dem Rezept ausschließt, dass der Apotheker ein anderes als das verordnete Medikament abgibt. Obwohl dieses Instrument bei konsequenter Anwendung seitens der Ärzte sowohl die Substitutionsfrage als auch die Rabattverträge obsolet machen würde, wird es kaum eingesetzt. Nur etwa 12 Prozent aller GKV-Rezepte haben ein Aut-idem-Kreuz. Grund für diese Zurückhaltung ist vermutlich die Angst

der Ärzte vor Regressen bei Überschreitung der Richtgrößen bzgl. Arznei-, Hilfs- oder Heilmittelverschreibungen.

So ist mit der Zunahme von Rabattverträgen und der daraus resultierenden Allgegenwart von Arzneimittelsubstitutionen der Ruf nach einer ‚Substitutionsausschlussliste‘ immer lauter geworden, in der Wirkstoffe genannt werden (und ihre Auswahl begründet wird), bei denen das vom Arzt verordnete Medikament grundsätzlich (auch ohne Aut-idem-Kreuz) nicht durch ein anderes wirkstoffgleiches ersetzt werden darf. In der AMG-Novelle vom Oktober 2012 ist der Gesetzgeber auf diese Forderung eingegangen und hat die Selbstverwaltung, vertreten durch den Deutschen Apothekerverband (DAV) und den GKV-Spitzenverband (SpiBu) beauftragt, bis zum August 2013 eine solche Liste zu erarbeiten.

Dies gelang der Selbstverwaltung nicht. Trotz intensiver Arbeit und vieler Treffen blieben die Meinungsunterschiede im Hinblick auf die Indikationen und Wirkstoffe, bei denen eine Substitution auszuschließen sei, so groß, dass die Verhandlungen Ende Juli 2013 abgebrochen und die Schiedsstelle angerufen wurde. Nachdem auch hier keine Einigung erzielt werden konnte, wurde von der Politik (genauer von CDU und SPD im Rahmen der Koalitionsverhandlungen zur Regierungsbildung 2013) der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, bis zum 30. September 2014 eine Substitutionsausschlussliste zu erstellen. Sollte auch dies nicht gelingen, dann würde der Bundesgesundheitsminister die Liste auf dem Wege der Ersatzvornahme festlegen.

Der G-BA erfüllte den Auftrag fristgerecht und beschloss am 18. September 2014 eine Liste mit sechs Wirkstoffen und acht Darreichungsformen, die am 10. Dezember 2014 in Kraft trat. Sie umfasst mit Betaacetyldigoxin, Digitoxin und Digoxin drei Substanzen zur Therapie von Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz, mit Ciclosporin (als Lösung und Kapseln) und Tacrolimus zwei Immunsuppressiva, mit Levothyroxin-Natrium und

Levothyroxin-Natrium plus Kaliumjodid zwei Schilddrüsenhormone sowie mit Phenytoin ein Antikonvulsivum/Antiepileptikum.

Schon in der Dokumentation über Verfahren und Entscheidung dieser ersten Liste machte der G-BA deutlich, dass diese nicht abschließend sein könne. Vielmehr benannte er schon weitere Wirkstoffgruppen, die im Hinblick auf einen Substitutionsausschuss zu prüfen seien: Antikonvulsiva, Opioidanalgetika mit verzögerter Wirkstofffreisetzung sowie Inhalativa zur Behandlung von Asthma bronchiale/COPD und Dermatika zur Behandlung der Psoriasis. Wirkstoffe aus beiden erstgenannten Gruppen wurden Gegenstand einer 2. Tranche für die Substitutionsausschlussliste. Anfang April 2015 wurde für vier Antikonvulsiva/Antiepileptika (Phenobarbital, Carbamazepin, Primidon, Valproinsäure), zwei Opioidanalgetika (Buprenorphin und Oxycodon) sowie den Blutgerinnungshemmer Phenprocoumon das Stimmnahmeverfahren (s.u.) zur Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste eingeleitet. Dieses Verfahren ist noch nicht abgeschlossen.

Spätestens an dieser Stelle sei explizit darauf hingewiesen, dass der Substitutionsabschluss nicht die Präferenz eines Altoriginals gegenüber den in Frage kommenden Generika bedeutet. Welches Produkt der Patient bekommt, entscheidet der Arzt und muss der Apotheker strikt befolgen. Ein Wechsel kann nur durch den Arzt mit einer entsprechenden Verordnung erfolgen.

Akteursbeteiligung und Transparenz durch den G-BA

Sowohl der Verfahrensprozess als auch die inhaltlichen Entscheidungsgrundlagen des G-BA bei der ersten Tranche der Substitutionsausschlussliste sind ausführlich dokumentiert¹. Dies entspricht zum einen der Arbeitsweise des G-BA, trägt zum anderen aber vermutlich auch den vorangegangenen prozessualen und inhaltlichen Kontroversen und Konflikten zwischen DAV und SpBU Rechnung.

Kern des Verfahrens ist die gesetzlich vorgeschriebene² Einbeziehung der thematisch (eventuell) betroffenen Akteursgruppen in den Entscheidungsprozess. Dazu gehören in erster Linie Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis, für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer, betroffene pharmazeutische Unternehmer, Berufsvertretungen der Apotheker und maßgebliche Dachverbände der Ärztesell-

schaften der besonderen Therapierichtungen. Sie werden vom G-BA angesprochen, können aber auch selbst einen Antrag auf Aufnahme eines Medikamentes in die Substitutionsausschlussliste stellen (der allerdings vom G-BA nicht behandelt werden muss).

Vereinfacht ausgedrückt wird vom Unterausschuss Arzneimittel des G-BA für die infrage kommenden Substanzen ein Beschlussentwurf zur Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste formuliert und den – thematisch betroffenen – Akteursgruppen zugeleitet mit der Aufforderung, hierzu Stellung zu nehmen. Die Stellungnahmen können sowohl schriftlich als auch in einer Anhörung mündlich erfolgen. Sie werden anschließend vom G-BA ausgewertet und danach bewertet, ob und wie sie bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Diese Bewertung ist abschließend.

Bei der ersten Tranche gingen insgesamt 18 schriftliche Stellungnahmen ein, darunter sieben von pharmazeutischen Unternehmen, neun von fachbezogenen Verbänden und medizinisch wissenschaftlichen Gesellschaften sowie je eine von einer Einzelperson (Sachverständiger) und einer Bürger Initiative Gesundheit e.V. An der etwa eineinhalbstündigen mündlichen Anhörung nahmen 23 Vertreter von 14 Akteursgruppen teil, darunter sieben Pharmafirmen, drei fachbezogene Verbände und vier medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften.

In der zusammenfassenden Dokumentation zur ersten Tranche werden insgesamt 41 „Einwände“ aus den Stellungnahmen (die auch zustimmender Art sein können) behandelt, gegliedert in solche zu den Entscheidungsgrundlagen, zum Richtlinienentwurf, zu den vorgeschlagenen Wirkstoffen und zu weiteren (geforderten) Therapiefeldern. In der Mehrzahl ergibt die Bewertung durch den G-BA, dass sich „aus dem Einwand keine Änderung“³ ergäbe, z. T. auch weil es sich um zustimmende Stellungnahmen handelt. Ein Einwand zu den Entscheidungsgrundlagen hat zum Ergebnis, dass das erste Entscheidungskriterium (s. u.) neu formuliert wird. Die größte Wirkung haben die Einwände im Hinblick auf weitere Therapiefelder. Sie haben zur Folge, dass zum einen der Wirkstoff Tacrolimus zusätzlich in die Substitutionsausschlussliste aufgenommen wird und zum anderen die Behandlung von Wirkstoffen aus den Bereichen Antikonvulsiva und Opioidanalgetika für eine zweite Tranche vorgemerkt werden (s. o.).

Da der G-BA mit dem Austauschverbot von bestimmten Arzneimitteln Neuland betreten

hat, konnte er nicht auf anerkannte Kriterien dafür zurückgreifen, welche Arzneimittel dafür in Frage kommen. Lediglich im gesetzlichen Auftrag an den G-BA zur Erarbeitung einer Substitutionsausschlussliste im 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde verlangt, dass dabei „...insbesondere Arzneimittel mit enger therapeutischer Breite berücksichtigt werden“⁴.

Darauf aufbauend hat der G-BA für die Aufnahme eines Arzneimittels in die Substitutionsausschlussliste folgende Kriterien formuliert und in seiner Verfahrensordnung verankert: „Die Bewertung der Wirkstoffe hinsichtlich des Ausschlusses einer Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel bestimmt sich regelhaft in der Gesamtschau folgender Beurteilungskriterien“:

1. Geringfügige Änderungen der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffes (z. B. im Plasma) führen zu klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung oder zu schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen (enge therapeutische Breite).
2. Infolge der Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel können nicht nur patientenindividuell begründete relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten.
3. Gemäß Fachinformation sind über die Phase der Therapieeinstellung hinaus für ein Arzneimittel ein Drug Monitoring oder eine vergleichbare Anforderung zur Therapiekontrolle vorgesehen. Daraus sollten sich Hinweise ableiten lassen, dass eine Ersetzung durch ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ohne ärztliche Kontrolle möglich ist.

Als Informationsgrundlagen für die Bewertung werden „...vorrangig die Fachinformationen sowie Muster- bzw. Referenztexte herangezogen“⁵. Außerdem können Studien herangezogen werden, die nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin auf ihre Qualität geprüft werden.

Plausible, allerdings weiche Kriterien

In der ausführlichen Dokumentation zur ersten Tranche der Substitutionsausschlussliste erscheinen sowohl die Kriterien als auch die darauf beruhenden Entscheidungen konsistent und plausibel. Geht man hingegen da-

1. www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2066/
2. SGB V § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
3. Zusammenfassende Dokumentation Stand: 18.09.2014
4. 14. SGB-V-Änderungsgesetz, Artikel 1
5. Ebda § 53

von unabhängig von der Grundfrage aus, welche Arzneimittel in eine solche Liste gehören, dann können die Entscheidungskriterien des G-BA nicht restlos befriedigen. Wünschenswert wären eigentlich „objektive“ Kriterien und Regeln, anhand derer jede Substanz geprüft und eindeutig über sie entschieden werden kann. Die Kriterien sollten gewissermaßen einklagbar sein.

Stattdessen legt der G-BA drei Kriterien zugrunde, die zum einen durchaus interpretationsfähig sind und die zum anderen „... nicht zwingend alle kumulativ erfüllt sein müssen“⁶, sondern „...in einer Gesamtschau zugrunde gelegt...“⁷ werden. Schon der Begriff ‚enge therapeutische Breite‘ ist zwar unmittelbar irgendwie einleuchtend, nicht aber eindeutig bestimmt. Während die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) eine eindeutige statistische Definition für die enge therapeutische Breite zugrunde legt, betont die European Medicines Agency (EMA) explizit, dass es nicht möglich sei, die enge therapeutische Breite durch bestimmte Kriterien zu definieren und dass anhand klinischer Gesichtspunkte immer eine Fall-zu-Fall-Entscheidung getroffen werden müsse. Der G-BA folgt eindeutig der EMA. Das zweite Kriterium der ‚nicht nur patientenindividuell begründeten relevanten klinischen Beeinträchtigungen‘ erscheint noch weicher, und das dritte Kriterium wird in vom G-BA selbst in der Bewertung der schriftlichen Einwände explizit als „...nicht unabdingbare Voraussetzung...“⁸ relativiert.

Das in diesem Sinne weiche und unbestimmte Entscheidungsmodell des G-BA für die Aufnahme oder Nichtaufnahme eines Arzneimittels in die Substitutionsausschlussliste lässt unterschiedliche Interpretationen zu. Betrachtet man es vor dem Hintergrund, dass durch ein Substitutionsverbot immer Rabattverträge und damit Einsparungen für die GKV ausgeschlossen werden, und interpretiert es „politisch“, dann hält sich der G-BA einfach alles offen. Er allein entscheidet, ob ein Antrag in ein Stellungsverfahren aufgenommen wird. Und er eröffnet dieses nicht mit einer Diskussionsvorlage, sondern mit einem (zumindest äußerlich) fertigen Beschluss. Es ist offensichtlich, dass nach dieser ersten Tranche – und auch nach der schon dabei erkennbaren zweiten Tranche – Forderungen nach weiteren Substitutionsausschlüssen an den G-BA gerichtet werden. Auch wenn darunter berechnete Anträge sein werden, denen der G-BA stattgegeben wird, will er keine Automatismen schaffen, bei denen nicht er die Entscheidungshoheit hat. Vor allem will er

keine Rechtsansprüche ermöglichen.

Geht man dagegen vom sachlichen Problem aus, dann muss man anerkennen, dass objektive und messbare Kriterien für oder gegen einen Substitutionsausschluss schwierig oder gar nicht zu definieren sind. Unerwünschte Wirkungen aufgrund der engen therapeutischen Breite eines Medikaments treten nicht bei allen betroffenen Patienten und nicht bei allen mit gleicher Intensität auf. Bei wie vielen von ihnen und bei welcher Leidensintensität sollte die Grenze zwischen Ja und Nein gezogen werden?

Beim speziellen Drug Monitoring des dritten Kriteriums ist die Beziehung zwischen Nennung in der Fachinformation und Durchführung in der ärztlichen Praxis offensichtlich nicht uneindeutig. Jedes von beiden kommt auch ohne das andere vor (und künftig, so ist zu befürchten, werden alle Fachinformationen „sicherheitshalber“ eine spezielle Therapiekontrolle fordern). Wenn dies aber so ist und die Kriterien jeweils nur qualitativ geprüft werden können, dann ist es nur folgerichtig, dass die abschließende Bewertung über einen Substitutionsausschluss in einer Gesamtschau erfolgen muss, bei der auch unterschiedliche Teilbewertungen gegeneinander abgewogen werden können.

Mangelnde Differenzierung nach Patientengruppen

Die ohnehin schwierige Frage, bei welchen Medikamenten Substitutionen unproblematisch sind und bei welchen sie ausgeschlossen werden müssen, wird noch weiter erschwert durch die Tatsache, dass generell bei der Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln viel zu wenig nach unterschiedlichen Patientengruppen differenziert wird. So weiß man beispielsweise zwar längst, dass bestimmte unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei Frauen wesentlich häufiger auftreten als bei Männern; dennoch werden die Dosierungen aus Studien abgeleitet, an denen Frauen kaum beteiligt sind. Bei Arzneimitteln für Kinder ist zwar seit 2008 die so genannte EU-Kinderverordnung in Kraft, nach der für neu zuzulassende Arzneimittel (mit allerdings vielen Ausnahmen) mit den Zulassungsunterlagen ein pädiatrisches Prüfkonzept vorgelegt werden muss, in dem das geplante Entwicklungsprogramm für eine Anwendung an Kindern beschrieben wird. Gleichwohl erhalten Kinder immer noch häufig Arzneimittel, die für Erwachsene gedacht sind. Auch die besonderen Probleme älterer Menschen (wie Multimorbidität und Polypharmazie) und darauf

beruhende Anforderungen an die Arzneimittelversorgung Älterer sind schon 2009 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten⁹ ausführlich thematisiert worden, ohne dass sich seither viel getan hätte.

Neben Alter und Geschlecht können bestimmte Krankheiten selbst oder auch nur Krankheitsstadien dafür verantwortlich sein, dass Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln bei unterschiedlichen Patientengruppen unterschiedlich ausfallen können. Genaugenommen müsste es für jede Gruppe spezifische Medikamente oder wenigstens spezifische und klar definierte Dosierungen geben. Das ist natürlich unmöglich und erschwert die Erstellung der Substitutionsausschlussliste zusätzlich. Die Liste enthält bisher Wirkstoffe, kombiniert mit spezifischen Anwendungsformen, bei denen die Substitution durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel zu relevanten klinischen Beeinträchtigungen führt. Da es bei Wirkstoffen und Anwendungsformen üblicherweise keine Differenzierung nach Patientenpopulationen gibt, muss die begründete Gefahr für die Beeinträchtigungen bei allen Patienten bestehen, die mit dem Wirkstoff in der spezifischen Anwendungsform behandelt werden.

Die zugehörige Patientenpopulation ist einfach zu erkennen, wenn ein Medikament nur bei klar abgegrenzten Patientengruppen angewendet wird. Das gilt zum Beispiel für die meisten ‚Orphan Drugs‘, d. h. Arzneimittel, die speziell gegen eine seltene Krankheit entwickelt wurden und nur bei den Patienten, die unter dieser Krankheit leiden, eingesetzt werden. Gibt es bei diesen Medikamenten Substitutionsprobleme, so gehören sie auf die Ausschlussliste (sofern es überhaupt Austauschalternativen gibt). Auch die Arzneimittel der ersten Tranche sind jeweils einer zwar deutlich größeren, doch ebenfalls klar

6. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Abschnitt M und Anlage VII – Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen (aut idem) gemäß § 129 Absatz 1a SGB V: Bestimmung von Arzneimitteln, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist (1. Tranche)

7. ebda

8. Zusammenfassende Dokumentation Stand: 18.09.2014, S. 29

9. SVR Gesundheit: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009

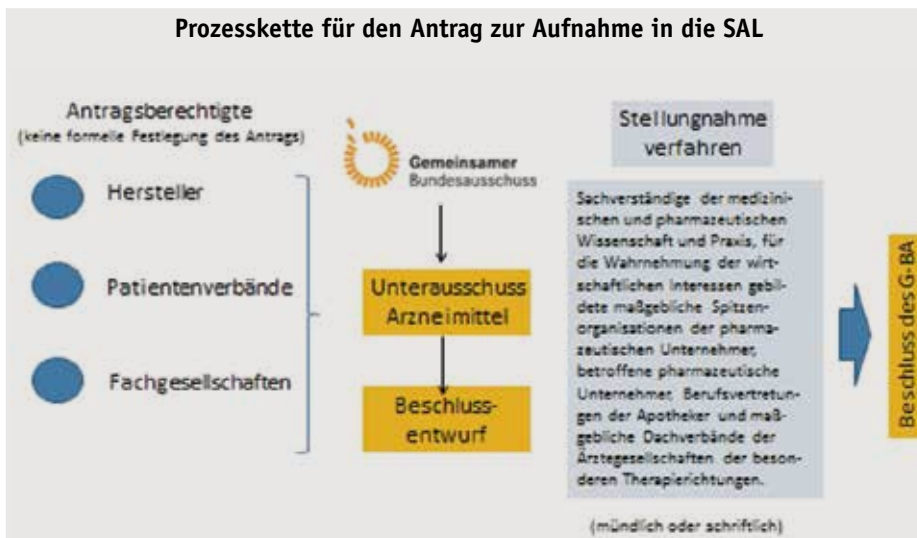


Abb. 1: Prozesskette für den Antrag zur Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste (SAL).

abgegrenzten Patientenpopulation zugeordnet. Diese ist jeweils durch eine bestimmte Krankheit (wie Herzrhythmusstörungen oder Schilddrüsenhormonmangel oder Epilepsie) oder Krankheitssituation (wie eine Organtransplantation) definiert.

Entscheidend für die Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste ist also der „Dreiklang“ aus Wirkstoff/Anwendungsform, Patientenpopulation und Evidenz für die Gefahr, dass bei einer Substitution relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten können.

Ein gutes Beispiel dafür, wie wichtig die betroffene Patientenpopulation bei der Entscheidung über ein Substitutionsverbot ist, sind unterschiedliche Medikamente gegen die Parkinson-Krankheit. Der ‚Morbus Parkinson‘ entsteht durch das zunehmende Absterben der Nervenzellen im Gehirn, die den Botenstoff Dopamin produzieren, der zusammen mit anderen Neurotransmittern vor allem für die Bewegungssteuerung zuständig ist. Hauptsäule der heute gegebenen Behandlungsmöglichkeiten ist die medikamentöse Therapie, entweder durch die Zufuhr von Dopamin (Wirkstoff Levodopa) oder durch sog. Dopaminagonisten, die Dopamin-Rezeptoren

stimulieren können. Dabei besteht das – unbestrittene – Hauptziel darin, einen über die Zeit möglichst gleichmäßigen Wirkstoffspiegel zu erreichen, weil sonst bei zu viel Wirkstoff sogenannte Dyskinesien, d. h. unkontrollierte unwillkürliche Spontanbewegungen, bei zu wenig Wirkstoff sogenannte Off-Phasen, d. h. Bewegungseinschränkungen bis zur Starrheit auftreten können.

Vor diesem Hintergrund beantragte die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e. V. (DPHG) im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur ersten Tranche, Antiparkinson-Medikamente generell in die Substitutionsausschlussliste aufzunehmen. Der Antrag wurde abgelehnt mit der Hauptbegründung, dass „... eine indikationsbezogene Liste nicht umsetzbar (sei), weil die jeweilige Indikation für eine Arzneimittelverordnung dem Apotheker anhand der Verordnung nicht bekannt ist“¹⁰. Zwar könnte man argumentieren, dass der Apotheker natürlich am Medikamentennamen erkennt, dass es sich um eine medikamentöse Behandlung der Parkinsonkrankheit handelt, doch ist sowohl die Patientenpopulation ‚Parkinsonpatient‘ zu breit als auch die Situation des Patienten im Krankheitsspektrum unbe-

kannt, so dass eine Abschätzung möglicher Substitutionsprobleme nicht möglich ist.

Ebenfalls im Bereich Parkinson wurde vom Hersteller GlaxoSmithKline beantragt, die retardierte Form des Dopamin-Antagonisten Ropinirol in die Substitutionsausschlussliste aufzunehmen. Der Antrag wurde damit begründet, dass die retardierte Form von Ropinirol besser als die nicht retardierte Form einen gleichmäßigen Wirkstoffspiegel gewährleistet, dass aber bei der Zulassung von Generika retardierter Medikamente die Unterschiede bei der Freisetzung des Wirkstoffs nicht geprüft würden und daher zu groß sein könnten. Auch dieser Antrag wurde vom G-BA abgelehnt. In der Bewertung heißt es: „Der Wirkstoff Ropinirol weist keine enge therapeutische Breite auf. Auch enthält die Fachinformation keine Vorgaben für ein Drug Monitoring. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass infolge der Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten“¹¹.

Die beiden Ablehnungen bedeuten nicht, dass Antiparkinson-Medikamente grundsätzlich keine Chance auf Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste haben. Vielmehr müssen auch andere Substanzen sorgfältig geprüft werden. An erster Stelle steht dabei die Wirkstoff-Kombination Levodopa + Carbidopa + Entacapon (LCE), für die der Hersteller Orion Pharma kürzlich beim G-BA einen Antrag auf Aufnahme in die Substitutionsausschlussliste gestellt hat. Die Medikamente mit diesen Wirkstoffen werden ausschließlich bei Parkinson-Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium eingesetzt, bei denen das therapeutische Fenster zwischen Dyskinesien und Off-Phasen aufgrund der Langzeitbehandlung mit Levodopa (die genauen Zusammenhänge sind noch unbekannt) viel enger geworden ist, und dies irreversibel. Mit dem Wirkstoff LCE kann man den schwierig zu steuernden Plasmaspiegel innerhalb des verengten therapeutischen Fensters halten. Da aber bereits eine geringfügige Unter- oder Überdosierung motorische und andere Komplikationen, d. h. eine Verschlechterung des Krankheitszustands verursachen kann, ist LCE ein Wirkstoff mit enger therapeutischer Breite. Zugleich erfordert die Therapie mit LCE-Medikamenten aufgrund des zunehmend schmaler werdenden therapeutischen Fensters eine individuelle

Literatur

- G-BA: Zusammenfassende Dokumentation Stand: 18.09.2014 zum Beschluss: Arzneimittel-Richtlinie/Abschnitt M und Anlage VII: Bestimmung von Arzneimitteln, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist (1. Tranche), unter: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2066/
SGB V § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
14. SGB-V-Änderungsgesetz, Artikel 1
Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Abschnitt M und Anlage VII – Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen (aut idem) gemäß § 129 Absatz 1a SGB V: Bestimmung von Arzneimitteln, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist (1. Tranche), unter www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2066/
SVR Gesundheit: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009

10. Zusammenfassende Dokumentation Stand: 18.09.2014, S. 76
11. Zusammenfassende Dokumentation Stand: 18.09.2014, S. 75

Einstellung mittels sorgfältiger Titration und eine regelmäßige Kontrolle und ggf. Anpassung der Medikation, zumeist durch Fachärzte (Neurologen) oder im Rahmen von längeren Krankenhausaufenthalten.

Auf die Substitutionsausschlussliste gehört LCE deshalb, weil im Rahmen der geltenden Generika-Zulassungsregeln – die eine

Toleranzbreite von 80-125 % bei der Bioverfügbarkeit im Vergleich zum Originalpräparat zulassen – nicht auszuschließen ist, dass zwischen den verschiedenen auf dem Markt befindlichen Produkten, und zwar zwischen dem Altoriginal und den verschiedenen Generika ebenso wie zwischen den Generika untereinander, auch bei gleichen Substanzmengen – die

pharmakokinetischen Auswirkungen so unterschiedlich sind, dass bei einem Produktaus-tausch Unter- und/oder Überschreitungen des therapeutischen Fensters auftreten können – mit den daraus folgenden Komplikationen. Abweichungen von 20 oder 25 % bedeuten für diese Patienten „symptomische Welten“.

Diese Gefahren sind nicht nur theoretischer

Stellungnahme Prof. Dr. med. Michael Schäfer, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Obwohl die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern auf der Grundlage geschlossen werden, dass Originalpräparat und verschiedene Generika dieses Präparats keine Unterschiede in der Wirksamkeit und Verträglichkeit aufweisen und daher austauschbar sind, zeigt die Einrichtung der sogenannten „Substitutionsausschlussliste“, dass dieses offensichtlich nicht für alle Medikamente gilt. In der Tat hat sich die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. zusammen mit ihren Partnergesellschaften wiederholt im Rahmen des „Schmerz Aktionstages“ und auf verschiedensten Pressekonferenzen dafür eingesetzt, dass die stark wirksamen und auf das zentrale Nervensystem einwirkenden Opioidanalgetika, vor allem der WHO-Stufe III, die der Betäubungsmittelverordnung unterliegen, von einer unkritischen Austauschbarkeit ausgenommen werden.

Für die Experten der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ist klar: Es ist allgemein anerkannte, medizinische Evidenz, dass das Ansprechen unserer Patienten auf Opioidanalgetika interindividuell stark unterschiedlich ist. Dies wurde für die Behandlung akuter postoperativer Schmerzen ein- und desselben Eingriffs gezeigt, bei dem die mittels Patienten-kontrollierter Analgesie individuell titrierte Dosierung desselben Opioids über einen mehr als 10-fachen Dosisbereich variierte (Lehmann et al., 1999). Es zeigte sich auch bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten mit Opioiden, bei der die therapeutische Wirksamkeit von Opioiden (Petzke et al., 2015) sowie die ermittelten Umrechnungsfaktoren verschiedener Opioiden für eine äquianalgetische Wirksamkeit (Rennick et al., 2015; O'Bryant et al., 2009) um mehr als das 2- bis 3-fache variierten. Diese große interindividuelle Variabilität gilt nicht nur für die schmerzlindernde Wirkung der Opioiden, sondern auch für das Auftreten opioid-assoziiertes Nebenwirkungen (McNicol, 2008). In der klinischen Praxis gibt es also kein standardisiertes, sondern nur ein individualisiertes therapeutisches Vorgehen.

Chronische Schmerzpatienten werden in der Einstellungsphase über einen längeren Zeitraum auf das für sie optimale Präparat in der für sie optimalen Dosierung, der galenischen Zubereitung

und dem erforderlichen Zeitintervall eingestellt bis ein andauerndes und stabiles Gleichgewicht erreicht wird. Ein schlecht eingestellter Patient, eine unzureichende analgetische Wirksamkeit und/oder eine Zunahme bzw. Auftreten von Nebenwirkungen sind die häufigsten Ursachen eines Therapieabbruchs, einer mangelnden Compliance oder möglicherweise auch dem Aufkommen eines Suchtverhaltens unserer Patienten (Alford, 2013; Annemans, 2011; Gore et al., 2011). All dies droht bei einem plötzlichen Wechsel zwischen verschiedenen Generika bzw. zwischen Generikum und Originalpräparat. Auch wenn die pharmazeutische Qualität der unterschiedlichen Generika gewährleistet ist, so kann es doch Unterschiede in der galenischen Zubereitung und damit der zeitlichen Freisetzung des Wirkstoffs kommen. Diese sind nämlich nicht zentraler Gegenstand von Zulassungen. Bei der pharmazeutischen Überprüfung von sieben verschiedenen Generika des zentral wirksamen Medikaments Levodopamin zum Beispiel kam es in allen 7 Fällen zu ein bis zwei untersuchten pharmakokinetischen Messparametern, die außerhalb der Spezifikationen des Herstellers lagen (Gasser et al., 2013).

Entsprechend der erst kürzlich aktualisierten Leitlinie zur „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumor-bedingten Schmerzen“ (LONTS) soll bei der Auswahl eines opioidhaltigen Analgetikums und seiner Galenik entsprechenden Applikationsform die Begleiterkrankungen des Patienten, die Kontraindikationen für transdermale Systeme oder eine orale Einnahme, das Nebenwirkungsprofil des opioidhaltigen Analgetikums sowie die individuellen Patientenpräferenzen berücksichtigt werden (Klinischer Konsensuspunkt, Evidenzgrad A) (Häuser et al., 2015).

Eine unkritische Substitution von Opioid-Analgetika führt zwangsläufig zu häufigeren Arztbesuchen, einem erhöhten Zeitaufwand und vermehrten indirekten Kosten.



Literatur

- Alford DP (2013) Chronic back pain with possible prescription opioid misuse. *JAMA* 309:919-925
- Annemans L (2011) Pharmacoeconomic impact of adverse events of long-term opioid treatment for the management of persistent pain. *Clin Drug Investig* 31:73-86
- Gasser UE, Fischer A, Timermanns JP, Arnet I (2013) Pharmaceutical quality of seven generic Levodopa/Benserazide products compared with original Madopar® / Prolopa®. *BMC Pharmacol & Toxicol* 14:24-29
- Gore M, Sadosky AB, Leslie DL, Tai K-S, Emery P (2011) Therapy switching, augmentation, and discontinuation in patients with osteoarthritis, and chronic low back pain. *Pain Practice* 6:457-468
- Lehmann KA (1999) Modifiers of patient-controlled analgesia efficacy in acute and chronic pain. *Current Review of Pain*, 3:447-452
- McNicol E (2008) Opioid side effects and their treatment in patients with chronic cancer and non-cancer pain. *J Pain & Pall Care Pharmacother* 22:4, 270-281
- O'Bryant CL, Linnebur SA, Yamashita TE, Kutner JS (2009) Inconsistencies in opioid equianalgesic ratios: clinical and research implications. *J Pain & Pall Care Pharmacother* 22,4:282-290
- Petzke F, Welsch P, Klose P, Schaefert R, Sommer C, Häuser C (2015) Opioiden bei chronischem Schmerz. *Der Schmerz* 29:60-72
- Rennick A, Atkinson T, Cimino NM, Strassels SA, McPherson ML, Fudin J (2015) Variability in opioid equivalence calculations. *Pain Medicine* Sep 9. doi: 10.1111/pme.12920. [Epub ahead of print]

Natur. In einer aktuellen Umfrage durch die deutsche Parkinson-Vereinigung (dPV), an der mehr als 1.600 Patienten teilnahmen, die ein LCE-Medikament einnehmen, gaben 60 % an, dass bei ihnen schon einmal (mindestens im Durchschnitt 2,9 mal) ein Austausch durch ein anderes LCE-Medikament vorgekommen sei. Nahezu die Hälfte (45%) der davon be-

troffenen Patienten erlitt durch den Austausch Komplikationen, vor allem motorischer Art, doch auch z. B. Übelkeit, Halluzinationen oder Schwindel.

Mit der Beschränkung auf Parkinson-Patienten im fortgeschrittenen Stadium kommen auch durch Medikamentenwechsel verursachte Compliance-Probleme ins Spiel, die im Ent-

scheidungsmodell des G-BA zumindest explizit nicht erscheinen. Man kann allenfalls annehmen, dass sie im Rahmen der „Gesamtschau“ der Kriterien berücksichtigt werden. Die LCE-Therapie bei Parkinson zeigt, dass sie durchaus wichtig sein können. Die betroffenen Personen sind ausnahmslos Parkinson-Patienten in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium

Interview Prof. Josef Hecken, G-BA: „Es gibt keinen Druck der Kostenträger“

>> Herr Prof. Hecken, sind die durch den G-BA gewählten Kriterien für die Aufnahme in die SAL wissenschaftlich konsentiert?

Seit 2014 hat der G-BA die Aufgabe, Arzneimittel zu bestimmen, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist (in der Fachöffentlichkeit wird hierfür gern der Begriff „Substitutionsausschlussliste“ verwendet). Dabei soll der G-BA vor allem Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite berücksichtigen (§ 129 Abs. 1a Satz 2 SGB V). Die Kriterien für die Substitutionsausschlussliste sind im 4. Kapitel, 8. Abschnitt der Verfahrensordnung des G-BA aufgeführt. Verkürzt gesprochen kann ein Arzneimittel dann für die Substitutionsausschlussliste bestimmt werden, wenn:

- schon eine geringfügige Änderung der Dosis oder Konzentration des Wirkstoffes (z.B. im Plasma) zu klinisch relevanten Wirkungsveränderungen führt (enge therapeutische Breite),
- infolge des Ersetzens durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht nur patientenindividuell begründete relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten können,
- die Fachinformation Anforderungen zur Therapiekontrolle vorsieht, aus denen sich ableiten lässt, dass das Ersetzen durch ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ohne ärztliche Kontrolle möglich ist.

Diese Kriterien sind das Ergebnis intensiver Beratungen mit wissenschaftlichen Fachkreisen, Sachverständigen aus medizinischer und pharmazeutischer Wissenschaft und Praxis sowie Beratungen mit den regulatorischen Behörden (BfArM) und sie wurden in einem offiziellen Stellungnahmeverfahren des G-BA bereits erörtert.

Die therapeutische Breite wird diesseits und jenseits des Atlantiks vollkommen unterschiedlich definiert. Wie ist die Haltung des G-BA?

Diese Aussage ist zumindest aus den Erfahrungen der Beratungen und Stellungnahmeverfahren sowohl zum Gesetz als auch der Beratungen zur Richtlinie aus unserer Sicht nicht zu bestätigen.

Statt wie bisher in der Substitutionsausschlussliste auf Wirkprinzipien (Produkte) abzuheben, wäre es auch möglich, sich mehr auf definierte Patienten-Populationen zu konzentrieren, bei denen eine Substitution nicht statthaft ist? Wäre das für den G-BA eine gangbare Option?

Der G-BA hat sich in seinen bisherigen Entscheidungen auf produktspezifische, also patientengruppenübergreifende Aspekte konzentriert, diese produktspezifischen Eigenschaften sind z.B. auch in regulatorischen Unterlagen abgebildet. Patientenspezifische Aspekte sind in der Verantwortung des behandelnden Arztes/Ärztin, die jederzeit eine Substitution im Einzelfall ausschließen können. Das gleiche gilt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für den Apotheker/ Apothekerin.

Könnte es dazu kommen, dass die Versorgungsqualität für bestimmte Patienten-Populationen auf dem Spiel stehen könnte, falls der G-BA die SAL eng auslegt?

Die Liste dient der Erhöhung der Versorgungsqualität und -sicherheit. Insbesondere soll die Patientensicherheit bei Arzneimitteln verbessert werden, bei denen (wirkstoffspezifisch) ein beliebiger Wechsel von Fertigarzneimitteln in der Apotheke (z.B. aufgrund von Rabattverträgen) aufgrund der vorliegenden Evidenz zu einer Gefährdung der Patienten führen könnte. Dies gilt zum Beispiel für einige Epilepsiearzneimittel oder Immunsuppressiva. Darüber hinaus hat der verordnende Arzt jederzeit die Möglichkeit, die Substitution im Einzelfall auszuschließen, wenn er durch einen Austausch die Versorgungsqualität beeinträchtigt sieht.

Gibt es einen Druck der Kostenträger, die SAL nicht zu weit auszuweiten, auch wenn dieses medizinisch geboten wäre, um das Instrument der Rabattverträge nicht zu verwässern? Wenn ja, wie stark ist dieses Bemühen?

Nein, es gibt keinen Druck der Kostenträger, denn wenn die SAL den o.a. Kriterien entsprechend gefüllt wird, dann dient es dem Schutz der Patienten, was im Interesse aller steht.

Wo sehen Sie als unparteiischer Vorsitzender des Bundesauschusses nächste Schritte, um das vom G-BA praktizierte Verfahren einerseits wissenschaftlich unangreifbarer und andererseits transparenter zu gestalten?

Das Verfahren des G-BA ist transparent, mit Anhörungen, Stellungnahmen der Wissenschaft, der Experten und der Fachgesellschaften, Auswertungen derselben etc. versehen. Von daher ist es weder intransparent noch wissenschaftlich angreifbar.

Wird es ein spezifisches Antragsformular und eine entsprechende Verfahrensordnung durch den G-BA geben? Wenn ja, in welchem Zeitrahmen?

Nein, aber Hinweise aus der Fachwelt und auch von pharmazeutischen Unternehmen können über die Geschäftsstelle des G-BA eingebracht werden. Kriterien in der AM-Richtlinie liegen bereits vor und sind vom BMG genehmigt. <<

Herr Prof. Hecken, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Copyright I.O.E.

(andere kommen nicht in Frage). Zu den bekannten generellen Compliance-Problemen beim Wechsel zwischen unterschiedlichen Produkten kommen in diesem Fall die Multimorbidität und Polypharmazie (der zumeist älteren) Patienten und ihre durch die Krankheit verursachten physischen (Behinderungen) und psychischen (Ängste) Probleme. Dadurch (mit)verursachte Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme können unmittelbar zu „...klinisch relevanten Veränderungen in der angestrebten Wirkung oder zu schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen“ führen.

Quintessenz und Ausblick

Natürlich hat die Substitutionsausschluss-

liste auch eine ökonomische Bedeutung. Sie verhindert theoretisch mögliche Rabattverträge und damit mögliche Kosteneinsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen. Je umfangreicher die Ausschlussliste wird und je stärker darin das Gewicht teurer Medikamente, desto geringer werden die Einsparpotenziale. Bisher allerdings sind die ökonomischen Auswirkungen der Liste gering: Die Medikamente der ersten Tranche machen auf Jahresbasis (September 2014 – August 2015) zwar knapp vier Prozent aller (knapp 700 Mio.) GKV-Verordnungen aus, doch nur 1,8 % des (in Apothekenverkaufspreisen gemessenen) Arzneimittelumsatzes der GKV in Höhe von knapp 37 Mrd. Euro. Eine durchschnittliche Verordnung zu Lasten der GKV kostet

diese knapp 53 Euro (Apothekenverkaufspreis), bei den Medikamenten der Substitutionsausschlussliste sind es nur 24 Euro. Auch betreffen insgesamt gesehen 46 Prozent aller GKV-Verordnungen Arzneimittel in Rabattverträgen, während von den Verordnungen der Listen-Medikamente nur 11 Prozent auf rabattierte Produkte entfallen. Viel Rabattpotenzial ist den Krankenkassen durch die Substitutionsausschlussliste bisher jedenfalls nicht genommen worden, so dass ökonomisch gesehen keine starken Argumente gegen eine Erweiterung der Liste sprechen. Zudem gilt zwar grundsätzlich, dass die Generika-Substitution und Rabattverträge sinnvoll sind, weil sie die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen verringern

Stellungnahme PD Dr. Carsten Buhmann, UKE

Die Parkinson-Erkrankung ist durch einen progredienten Dopaminmangel im Gehirn gekennzeichnet. L-Dopa als hirschrängängige Vorstufe des Dopamins ist als Medikament ein unverzichtbarer Grundbaustein in der medikamentösen Therapie der Parkinson-Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium. Grundprinzip der medikamentösen Behandlung ist das Erreichen eines geglätteten, konstanten dopaminergen Plasmaspiegels, um eine gute Beweglichkeit im Tagesverlauf zu erreichen. Mit zunehmender Krankheitsdauer wird dies jedoch immer schwerer, da L-Dopa (inklusive des immer in fester Tablettenkombination dazugegebenen Decarboxylasehemmer Carbidopa oder Benserazid) nur eine relativ kurze Halbwertszeit aufweist und deshalb bereits in früheren Krankheitsstadien dreimal pro Tag gegeben werden muss. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium verspüren die Patienten oft bereits nach wenigen Stunden ein Nachlassen der Wirkung, so dass die Einnahmefrequenz erhöht werden muss, oft auf 4-6x/Tag, nicht selten häufiger.

Diese sogenannten motorischen Wirkfluktuationen bedeuten für den Patienten eine Akinese (Steifheit) oder schmerzhaftes Dystonien (Verkrampfungen) bei Nachlassen der Medikamentenwirkungen. Ferner treten in fortgeschrittenen Krankheitsstadium Dyskinesien (unkontrollierte Überbewegungen) bei Erreichen eines Plasmaspitzenlevels oder beim Über- oder Unterschreiten einer L-Dopa-Plasma-Schwellendosis auf. Diese die Lebensqualität deutlich mindernden Probleme sind unmittelbar mit dem unphysiologisch pulsatilem Plasmaspiegel des L-Dopa und der damit verbundenen unphysiologischen, pulsatilem dopaminergen Stimulation im Gehirn verknüpft. Die Patienten müssen in diesem Krankheitsstadium in individuell ermittelten Abständen individuell hohe L-Dopa-Dosen mehrfach am Tag einnehmen, um eine Akinese oder Dyskinesie möglichst zu vermeiden. Bereits geringe Schwankungen und Veränderungen des Plasmaspiegels, beispielsweise durch unpünktliche Medikationseinnahme um zum Teil wenige Minuten, führen zu deutlichen klinischen Verschlechterungen. Oftmals dauert es Wochen bis Monate, bis die individuelle „Feinjustierung“ der Einnahmefrequenz und Dosis für den Patienten gefunden ist.

Die Entwicklung der Wirkstoffkombination Levodopa/Carbidopa/Entacapon (LCE) hat die L-Dopa-Therapie optimiert. Der COMT-Hemmer Entacapon verlängert die Levodopa-Halbwertszeit um bis zu 85%, die Bioverfügbarkeit um bis zu 35%. Daraus resultiert eine verlängerte Wirkdauer von L-Dopa und eine Glättung der Plasmaspiegel mit Anhebung der L-Dopa „Plasmaspiegeltäler“ und ohne nennenswerte Erhöhung des L-Dopa-Plasmapeaks. Dies ist hilfreich, da mit zunehmendem Krankheitsverlauf das therapeutische Fenster zunehmend enger wird. Veränderungen der L-Dopa-Dosis von 10-25% bewirken häufig deutliche klinische Verschlechterungen oder Verbesserungen. Deshalb ist entscheidend, dass die Einnahme der einzelnen Dosis so gut wie möglich vorhersagbar ist und einen konstanten Plasmawirkspiegel bietet. Deshalb ist es absolut inakzeptabel, wenn es bei Patienten mit fortgeschrittenem Parkinsonsyndrom durch wechselnde Produkte und den im Rahmen der Generikazulassung möglichen Abweichungen in der Bioverfügbarkeit von 80-125% zum Originalprodukt zu nicht vorher-sagbaren Wirkspiegelschwankungen kommt. Im extremen Fall könnte Produkt A eine Bioverfügbarkeit von 80%, Produkt B von 125% zum Referenzprodukt aufweisen, was einer Abweichung von 56% bei Wechsel von A nach B entspricht.

Das Produkt „Stalevo“ mit der Wirkstoffkombination LCE wird in 6 verschiedenen Dosierungen angeboten, von 75mg bis 200mg in 25mg Dosisintervallen. Oftmals ist im Alltag bereits ein Schritt von 25mg nach oben oder unten zuviel oder zu wenig, sodass hier mit „Tricks“ gearbeitet werden muss, beispielsweise der Beigabe einer ¼ Tbl. eines L-Dopa/Carbidopa-Produktes einer 50mg Tablette (=12,5mg L-Dopa) zum LCE-Produkt. Es sollte deshalb kein Produktwechsel des LCE-Präparates stattfinden, da eine nicht einzuschätzende Abweichung des Plasmaspiegels zum vorherigen Produkt den klinischen Effekt nicht kalkulierbar und damit unkontrollierbar macht. Im klinischen Alltag kann dies eine „Feineinstellung“, die über Wochen und Monate erreicht wurde, mit einem Schlag zunichtemachen. Neben der Verschlechterung des Zustandes des Patienten ist dieses auch ökonomisch für das Gesundheitssystem nachteilig, da es Folgekosten durch zusätzliche Arztkonsultationen oder stationäre Einweisungen zur Behandlung der motorischen Komplikationen und zur Neueinstellung nach sich zieht.

Aus den genannten Gründen würde ich als Neurologe und Spezialist für Parkinson eine Aufnahme der Wirkstoffkombination LCE in die Substitutionsausschlussliste nachdrücklich begrüßen.



(dass dabei der bürokratische Aufwand reduziert werden könnte, ist ein anderes Thema); ebenso grundsätzlich gilt aber auch, dass wirtschaftliche Gründe nicht medizinische Prinzipien aushebeln dürfen, und dass daher Substitutionsverbote für bestimmte Substanzen erforderlich sind.

Aus der Gesamtschau der vorangegangenen Darstellungen und Überlegungen folgt, dass das Vorgehen des G-BA bei der Erstellung einer Substitutionsausschlussliste der gegenwärtig beste Weg dazu ist. Die direkte Beteiligung aller eventuell relevanten Akteursgruppen und die größtmögliche Transparenz nach außen hat die zweifellos bestehende „Weichheit“ der Entscheidungskriterien ausgeglichen. Mehr war in dieser Anfangsphase und unter dem gegebenen Zeitdruck kaum zu erwarten.

Gleichwohl sollten Verfahren und Kriterien nicht für alle eventuell folgenden Tranchen festgeschrieben und mögliche Verbesserungen nicht von vornherein ausgeschlossen werden sollten. Das beginnt mit einem formalen Procedere, bei dem klar ist, ob ein Antrag vom G-BA behandelt werden muss oder nicht. Und inhaltlich ist zu wünschen, dass das Entscheidungsmodell für die Aufnahme von weiteren Wirkstoffen in die Substitutionsausschlussliste in der wissenschaftlichen Diskussion bleibt, um evtl. doch „härtere“ und objektivierbare Kriterien zu finden. Dies gilt z. B. für Differenzierungen nach Patientenpopulationen und damit einem Forschungsbereich, in dem sich viel tut (Beispiele sind Tests, die zwischen Respondern und Non-Respondern bei Cytostatika unterscheiden oder so genannte Companion Diagnostics). Möglichkeiten der Objektivierung bestehen auch bei quantifizierbaren Aspekten wie der Häufigkeit von Problemen beim Medikamentenwechsel (s. o.), die zwar nicht in gezielten Studien „herbeigeführt“, aber doch systematisch erfasst und ausgewertet werden können.

Schließlich ergibt sich aus der Beschäftigung mit der Substitutionsausschlussliste die Anregung, zwei andere, eng damit verknüpfte Regelungen bzw. Verhaltensweisen auf den Prüfstand zu stellen und ggfs. neu auszurichten. Sie können im Prinzip sogar die Liste obsolet machen. Die eine Anregung – eigentlich eine dringende Anforderung – richtet sich an die Gesundheitspolitik und betrifft die Überprüfung und Verschärfung der Zulassungsbedingungen für Generika auf EU-Ebene. Die Eigenschaft „enge therapeutische Breite“ eines Arzneimittels ist mit den geringen Anforderungen an die

Bioäquivalenzstudien (wenige und gesunde Probanden, keinerlei Differenzierung nach Alter, Geschlecht usw., Beschränkung auf zwei Messgrößen, breites Fenster der zulässigen Abweichungen) nicht verträglich. Und spätestens die Skandale um gefälschte Zulassungsstudien in Indien werfen die Frage auf, ob die verantwortlichen Akteure in Deutschland und bei der EU überhaupt hinreichend genau und zuverlässig wissen, wo, von wem und wie im Einzelnen die verlangten Studien durchgeführt werden.

Die zweite Anregung richtet sich sowohl an die Ärzte und Apotheker als auch an die Krankenkassen. Erstere müssen in Verantwortung für die und zum Wohle der Patienten die ihnen gesetzlich explizit eingeräumten

Instrumente des Aut-idem-Kreuzes oder der pharmazeutischen Bedenken konsequent nutzen. Letztere müssen, ebenfalls in Verantwortung für die und zum Wohl der Versicherten, den Ärzten und Apothekern dafür den erforderlichen Freiraum geben. Gelingt beides, dann muss es keine Substitutionsausschlussliste geben. <<

von:

PD. Dr. Christoph von Rothkirch
Wissenschaftlicher Direktor I T C - Institut
TakeCare GmbH.

Stellungnahme Dr. Martin Zentgraf, Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)

Sowohl in meiner Rolle als Vorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) als auch als Geschäftsführer der Desitin Arzneimittel GmbH liegt es mir sehr am Herzen, dass die seit Jahren schwelende Diskussion zu einem vernünftigen Abschluss gebracht wird und es nicht bei dem bisherigen Etikettenschwindel bleibt.

Inhalierbare Antiasthmatika, Dermatika, retardierte Opioide sind Beispiele für Produktgruppen der Mitgliedsunternehmen des BPI, die nicht ohne konkrete ärztliche Veranlassung ausgetauscht werden dürfen und deren unkontrollierte Substitution aus Kostengründen neben der negativen Folgewirkung für den Patienten letztendlich zu Kostensteigerungen statt zur Ersparnis führen wird.

Hier sollten bereits vorliegende und auch zu generierende Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung vermehrt in die Entscheidungsfindung einfließen.

Gerade aber auch für Desitins Indikationsgebiet Epilepsie mit seiner hoch individuellen Patienten-bezogenen Therapie und zahlreichen Wirkstoffen mit enger therapeutischer Breite (Carbamazepin, Valproinsäure, Phenytoin, Primidon, Phenobarbital, ...) sind auch nach langen, zähen Verhandlungen der Apotheker und Kassenvertreter sowie im Nachgang einer nun fast zweijährigen „Brütezeit“ des Gemeinsamen Bundesausschusses keine relevanten Wirkstoffe zum Ausschluss gelistet.

Hierbei sollte man besonders, wie auch bei den anderen Gruppen, die Versorgungsrealität berücksichtigen. Im Zuge der Umstellung auf regionale KV-Kassenvereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung greifen immer mehr Wirkstoffverordnungen um sich. Hier wird der Arzt geradezu gezwungen, auf nec idem zu verzichten und infolge der Apotheker zur Umsetzung ohne Berücksichtigung pharmazeutischer Bedenken.

Nur in Ausnahmefällen (KV Bayern) finden sich Sonderregelungen für besonders kritische Wirkstoffe (Carbamazepin). Die selbst in der Epilepsie ohnehin schon niedrige Nec-idem-Quote (50 % bei Fachärzten und ca. 25 % bei niedergelassenen Ärzten) wird hierdurch noch weiter torpediert. Da für fast 100 % (95 bzw. 96 % bei den führenden Wirkstoffen Carbamazepin und Valproinsäure) der GKV-Versicherten Rabattverträge vorliegen, ist eine kontinuierliche Leitlinien-gerechte Therapie (kein Präparatewechsel) bei gut eingestellten, anfallsfreien Patienten zukünftig praktisch ausgeschlossen.

Hier droht den Patienten unmittelbare Gefahr, und es muss endlich reagiert werden. Die bisherigen Feigenblätter auf der Liste (Phenytoin und demnächst Phenobarbital) spielen in der Realversorgung für neue Patienten weder wirtschaftlich noch von der Zahl der Patienten her eine Rolle. Die führenden Antiepileptika Carbamazepin, Valproinsäure, Lamotrigin, Topiramamat sucht man bisher vergebens.

Zum Schutze anfallsfreier Patienten muss nun etwas passieren!



Stellungnahme Dr. med. Michael Überall, Deutsche Schmerzliga

Therapeutische Risiken infolge einer Aut-idem-Substitution bestimmter Arzneimittel werden bereits seit geraumer Zeit sowohl von Fachkreisen als auch Patientenorganisationen thematisiert. Opioid-Analgetika zur Behandlung chronischer Schmerzen gelten dabei als besonders kritisch.

Schmerzexperten fordern seit langem, alle retardierten Opioide der WHO-Stufe III grundsätzlich von der Aut idem-Substitution auszuschließen. Nach ihrer Erfahrung birgt jeder Austausch – auch der Wechsel zwischen wirkstoffidentischen Opioid-Analgetika – für den Patienten das Risiko neuer, vom Arzt zu begleitender Risiken, die in ihren Anforderungen einer Neueinstellung entsprechen. Selbst bei gleichem Wirkstoff und gleicher Wirkstoffmenge unterschiedlicher Präparate bestehen für den Patienten spürbare Unterschiede hinsichtlich Bioverfügbarkeit, Kinetik und therapeutischer Äquivalenz, die im Rahmen einer Aut-idem-Substitution zu beträchtlichen Komplikationen der schmerzmedizinischen Behandlung führen können.

Die „Koalition gegen den Schmerz“, ein Zusammenschluss der in der Schmerzmedizin engagierten Fachverbände, hat vielfach auf die gravierenden Probleme aufmerksam gemacht, die durch eine Austauschpflicht bei starken Schmerzmedikamenten entstehen:

- Mangelnde Compliance und Verunsicherung des Patienten durch ständig wechselnde Medikamentenpackungen, Darreichungsformen, Tablettenfarbe.
- Vermehrtes Auftreten von Schmerzen und Nebenwirkungen durch den Austausch wirkstoffgleicher Opioide.
- Gefährdung des Patienten durch unterschiedliche Galenik und Freisetzungsprofile.
- Zusätzliche Kosten infolge vermehrter Arztbesuche, korrigierender Verordnungen, Krankenhauseinweisungen.
- Erhöhtes Chronifizierungsrisiko, etc.

Die Deutsche Schmerzliga, die größte deutsche Selbsthilfeorganisation für Menschen mit chronischen Schmerzen, hatte bereits 2010 eine Petition zum Aut-idem-Ausschluss stark-wirksamer Opioid-Analgetika mit über 70.000 Unterschriften eingebracht, die vom Petitionsausschuss auch positiv entschieden wurde. Seither hoffen die betroffenen Patienten auf die Umsetzung ihrer Forderung, des entsprechenden Votums des Petitionsausschusses und der konsekutiv erfolgten Gesetzes-

änderung durch den Deutschen Bundestag.

Die Aufnahme von Opioiden der WHO Stufe III in die zweite Tranche der Substitutionsausschlussliste des G-BA wurde diesbezüglich seitens aller Beteiligten zunächst als ein positives Zeichen interpretiert. Bei näherem Betrachten sind dort jedoch lediglich zwei Wirkstoffe (Oxycodon und Buprenorphin) aufgeführt und mit dem Zusatz versehen, dass entsprechende Präparate mit unterschiedlicher Applikationshäufigkeit nicht gegeneinander ausgetauscht werden dürfen – ein Beschluss, der sich erübrigt, als ein solcher Austausch generell nicht möglich und bereits heute seitens BfArM/Bundesopiumstelle ausgeschlossen ist¹.

Natürlich bleibt jedem behandelnden Arzt die Möglichkeit, eine Substitution im Einzelfall mit dem Setzen des Aut-idem-Kreuzes auszuschließen. Die Betonung liegt hier jedoch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auf dem „Einzelfall“ und ist in der Praxis leider nicht bei allen Opioid-Verordnungen anwendbar.

Die Substitutionsausschlussliste dient laut G-BA der Versorgungsqualität und der Erhöhung der Patientensicherheit, insbesondere bei Arzneimitteln, bei denen ein beliebiger Wechsel zu einer Gefährdung führen kann. Dass dies bei Opioiden der WHO-Stufe III der Fall ist, ist durch die Koalition gegen den Schmerz und die Deutsche Schmerzliga eindrucksvoll dargestellt worden. Nach diversen gescheiterten Versuchen eine Ausschlussliste zu implementieren, sah die Deutsche Schmerzliga zusammen mit den Vertretern der „Koalition gegen den Schmerz“ der Umsetzung durch den G-BA anfänglich mit großer Erwartung, aktuell mit zunehmender Enttäuschung entgegen. Nach wie vor warten die Schmerzpatienten auf den Ausschluss stark-wirksamer retardierter Opioid-Analgetika von der Aut-idem-Substitution.

1: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/Betaeubungsmittel/faq/FAQsBtMvV.pdf?__blob=publicationFile&v=9



9. Nationaler Qualitätskongress

>> Rund 400 Klinikmanager, Ärzte, Hygienefachkräfte und Führungskräfte aus dem Pflegebereich haben sich im Dezember letzten Jahres zum 9. Nationalen Qualitätskongress Gesundheit in Berlin zusammengefunden. Vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Initiativen der Bundesregierung stand die Krankenhauslandschaft unter Qualitätsgesichtspunkten ganz im Fokus der Veranstaltung.

Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, stellte die Qualitätsinitiative der Bundesregierung vor. Im Zentrum stand das neue, 2015 gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, kurz IQTiG. Das Institut sei gut für die patientenorientierte Versorgung und deren relevanten Qualitätsaspekte und stelle eine solide Basis dar, um den Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA zu unterstützen, so Mauz. „der Nukleus, den wir für die neue Qualitätsoffensive der Bundesregierung brauchen“. Des Weiteren gehörten die Verzahnung von Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, die qualitätsorientierte Vergütung mit Zu- und Abschlägen, deutlich konsequentere Qualitätsmessungen und Prüfungen sowie Mindestmengenregelungen zur neuen Qualitätsinitiative, denn die Qualität steige mit der Erfahrung. Beispiele seien die Erbringung hochkomplexer Leistungen, die Versorgung von Frühgeborenen oder auch der Kniegelenkersatz. Im Rahmen der Patientensicherheit sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser patientenfreundlicher gestaltet und ein spezieller Berichtsteil für Patienten etabliert werden. Das Ziel sei, eine qualitätsvolle und hochwertige Gesundheitsversorgung in einer überalternden Gesellschaft sicherzustellen, so ihr Fazit.

Wie eine Steuerung unter Qualitätsgesichtspunkten gelingen kann, wurde teilweise sehr kontrovers in der anschließenden Podiumsdiskussion diskutiert. Auch die Aufgaben und Projekte des IQTiG wurden lebhaft erörtert. Zielgrößen in diesem Zusammenhang seien Praktikabilität, Effektivität und Justiziabilität, so der IQTiG-Direktor Dr. med. Christof Veit. Er umriss die Aufgaben des IQTiG, u.a. die Übernahme der Verfahren nach § 137 SGB V und der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Insgesamt behandelten rund 150 Referenzen in über 30 Veranstaltungen die Themen Krankenhaushygiene, Qualitätsmanagement und Qualitätsmessung im Krankenhaus, Qualitätssicherung und Patientensicherheit. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kommentar

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,



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

2016 wird für das DNVF wieder ein sehr aktives Jahr: Unter der Kongresspräsidentschaft von Frau PD Dr. Klinkhammer-Schalke werden wir im Herbst den 15. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung zum Thema „Wissen schaf(f)t Nutzen“ ausrichten. In dieser Ausgabe geben wir Ihnen erste Informationen zum DKVF 2016, die Aktivitäten der Programmkommission sowie die aktuelle Ausschreibung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises, der beim diesjährigen Kongress zum zweiten Mal verliehen wird.

Das DNVF hat 2016 Geburtstag: Im Juni feiern wir das 10-jährige Jubiläum des DNVF in Verbindung mit unserem 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung. Wir freuen uns über die Zusage von Staatssekretär Lutz Stroppe (BMG). Das komplette Programm folgt in der nächsten Ausgabe. Bitte merken Sie sich den Termin jetzt schon vor.

Das Highlight des Frühjahrs ist die 4. DNVF-Spring-School. Im Jahr Eins der Förderung durch den Innovationsfonds ist das eine wichtige Veranstaltung, um noch mehr gute Anträge für die Versorgungsforschung vorlegen zu können.

Gratulieren möchte ich ganz besonders unserer AG Qualitative Methoden, die ihr 3. Diskussionspapier veröffentlicht hat. Aber ebenso unserem Kollegen, Prof. Holger Pfaff, der nicht nur als DFG-Kollegiat wiedergewählt, sondern auch zum Vorsitzenden des Expertenbeirats des Innovationsfonds gewählt wurde.

Ihr
Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M.
Neugebauer
Vorsitzender des DNVF e.V.

15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (05.-07.10.2016)

DKVF 16: Wissen schaf(f)t Nutzen

Der 15. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung, der vom 5. bis 7. Oktober 2016 in der Urania in Berlin stattfinden wird, steht unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“. Der Kongress wird wie bereits im vergangenen Jahr von der Kongressagentur m:con – mannheim:congress GmbH ausgerichtet. Für die Planung des wissenschaftlichen Programms hat die Kongresspräsidentin, PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, amtierende stellvertretende Vorsitzende des DNVF e.V., eine 40-köpfige Programmkommission sowie ein 8-köpfiges Programmkomitee zur Seite.

>> Bei der Zusammensetzung der Programmkommission wurden Mitglieder aus allen Sektionen des DNVF angesprochen bzw. ausgewählt. Sowohl Vertreter der DNVF-Mitgliedsgesellschaften, der im DNVF vertretenen wissenschaftlichen Institute und der Organisationen der Selbstverwaltung sowie persönliche Mitglieder des DNVF

planen gemeinsam das Programm. Die Perspektive der Patientinnen wird in der Kommission von Hannelore Loskill von der BAG Selbsthilfe vertreten. Aus den Reihen der Programmkommissionsmitglieder wurden sieben Mitglieder für das Programmkomitee ausgewählt, die die Sitzungen der Programmkommission gemeinsam mit der

Programmkommission des DKVF 2016 (*Mitglieder des Programmkomitees)	
Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Jürgen Appelrath, Oldenburg	Hannelore Loskill, Düsseldorf
Dr. Walter Baumann, Köln	Prof. Dr. Thorsten Meyer, Hannover*
PD Dr. Kurt Bestehorn, Ebenhausen	Dr. Gisela Nellessen-Martens, Köln*
Dr. Johannes Bruns, Berlin*	Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, Köln*
Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Berlin	Prof. Dr. Olaf Ortman, Regensburg*
Dr. Michaela Eikermann, Essen	Prof. Dr. Holger Pfaff, Köln
Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann, Köln	Dr. Nadine Janis Pohontsch, Hamburg
Prof. Dr. Erik Farin-Glatacker, Freiburg	Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Bremen	Dr. Christa Scheidt-Nave, Berlin
Dr. Holger Gothe, Hall in Tirol	Prof. Dr. Jochen Schmitt, Dresden*
Dr. Dominik Graf von Stillfried, Berlin	Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln*
Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Hamburg	Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Düsseldorf
Prof. Dr. Anita Hausen, München	Prof. Dr. Jürgen Stausberg, Essen
Prof. Dr. Bertram Häussler, Berlin	Dr. Christoph Straub, Berlin
PD Dr. Falk Hoffmann, Oldenburg	Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Göttingen
Dr. Felix Hoffmann, Berlin	Dr. Frank Verheyen, Hamburg
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Greifswald	PD Dr. Horst Christian Vollmar, Düsseldorf
PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Regensburg*	Prof. Dr. Stefan Wilm, Düsseldorf
Dr. Johannes Knollmeyer, Frankfurt a. M.	Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Bremen
Prof. Dr. Michael Koller, Regensburg	Dr. Thomas Zahn, Berlin

SAVE the DATES

- 5.-7. April: DNVF-Spring-School 2016
- 7. Juni: 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung und 10. Jubiläumsfeier des DNVF
- 5.-7. Oktober: 15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Kongresspräsidentin vorbereiten. Die Mitglieder der Programmkommission und des Komitee entnehmen Sie der Tabelle.

Kongresssthema Wissenscha(f)t Nutzen

In diesem Jahr fokussiert der Kongress auf die nutzbringende Umsetzung von Wissen. Die Versorgungsforschung beschreibt und evaluiert Versorgungssituationen und -prozesse und legt mit ihren Ergebnissen die Basis für ein lernendes Gesundheitssystem. Wenn aus dem in Versorgungsforschungsstudien generierten Wissen Konsequenzen abgeleitet werden, können Prozesse und Strukturen nutzbringend für den Patienten und das System verändert werden. Wie aber schaffen Wissenschaft und Praxis den gelungenen Transfer von Studienergebnissen in die Versorgungspraxis? Welche Kriterien müssen die Studien erfüllen, um eine adäquate Datenbasis zu liefern? Neben diesen Fragen werden konkrete Aktivitäten und Initiativen z.B. die Nationalen Gesundheitspläne und der Innovationsfonds diskutiert sowie methodische Themen, Ergebnisse und freie Themen der Versorgungsforschung im Programm integriert.

Wie im letzten Jahr wird auch 2016 die Verleihung des mit 2.500 Euro dotierten Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises im Rahmen des Kongresses erfolgen (s. Ausschreibung rechts).

Call for Abstracts bis 31. März 2016

Der Call for Abstract ist Mitte Januar gestartet und läuft noch bis zum 31.03.2016. Die Richtlinien für den Call for Abstract werden auf der Kongresswebseite bekanntgegeben. Hier finden Sie weitere Informationen zu den ausgelobten Kongressstipendien, auf die sich NachwuchswissenschaftlerInnen bewerben können, sowie die Posterpreise. <<

>> Weitere Infos: www.dkvf2016.de

Ausschreibung: Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2016 des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) vergibt den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Preis wird im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) verliehen.

Der Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis wird in Erinnerung an das Ehrenmitglied des DNVF, Prof. Dr. Wilfried Lorenz (1939-2014), vergeben. Prof. Lorenz hat sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung und hier insbesondere um die Outcomeforschung und das Thema Lebensqualität nach Brustkrebs verdient gemacht. Er hat für sein wissenschaftliches Lebenswerk zahlreiche Ehrungen erhalten. Vielen DNVF-Mitgliedern ist er Vorbild.

Der Preis ist für die Auszeichnung und Förderung einzelner oder einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, die Mitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. sind und sich mit einer Originalarbeit bewerben, die in den letzten 12 Monaten vor der Ausschreibung in einem Publikationsmedium mit Peer-Review publiziert oder zur Publikation angenommen wurde.

Kriterien sind die wissenschaftliche Originalität der Fragestellung, eine sehr gute methodische Qualität sowie eine hohe Relevanz für die Umsetzung in die Patientenversorgung.

Die Kandidatur für den Preis kann ausschließlich durch Eigenbewerbung erfolgen. Sofern der Beitrag bereits mit einem Preis ausgezeichnet oder für eine Preisbewerbung eingereicht wurde, ist dies zu vermerken. Wurde der Beitrag bereits für die Ausschreibung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises 2015 eingereicht, so ist eine erneute Bewerbung mit diesem Beitrag nicht möglich.

Die Ausschreibung des Preises richtet sich an alle DNVF-Mitglieder. Dies schließt die Mitglieder unserer Fachgesellschaften, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institute und Zentren, die Mitglied oder Fördermitglied im DNVF e.V. sind, ein. Gleichermaßen können sich persönliche Mitglieder im DNVF e.V. um den Preis bewerben.

Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert, Abgabetermin für Bewerbungen ist der **15.04.2016**. Weitere Infos: www.dnvf.de

3. Diskussionspapier publiziert

>> Die Arbeitsgruppe Qualitative Methoden im DNVF e.V. hat im Dezember ihr drittes Diskussionspapier zu Möglichkeiten der Umsetzung und Bewertung von Qualität qualitativer Versorgungsforschung publiziert. Im Fokus des dritten Papers steht die Qualität qualitativer Studien. Es folgt den bereits 2012 erschienenen Publikationen Teil 1: Gegenstandsbestimmung und Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland.

Im dritten Teil werden zunächst in der Literatur dargestellte Ansätze der Qualitätsbewertung in der qualitativen Forschung diskutiert. Es folgt eine intensive Auseinandersetzung mit verschiedenen prozessorientierten Bewertungskriterien. Des Weiteren werden zu den einzelnen Kriterien im Diskussionspapier Fragen formuliert, die (sich) Forscher/innen aber

auch Leser/innen und Gutachter/innen mit dem Ziel der Umsetzung wie auch der Bewertung von Qualität qualitativer Studien stellen können. Damit trägt die Arbeitsgruppe, die von Prof. Thorsten Meyer (Hannover) initiiert wurde, zu einer Forschungskultur der transparenten Darlegung, Begründung und Reflexion des methodischen Vorgehens im Verlauf qualitativer Studien in der Versorgungsforschung bei.

Quelle: Stamer M., Güthlin C., Holmberg C, Karbach U., Patzelt C., Meyer T., für die Arbeitsgruppe Qualitative Methoden des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.: Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. Gesundheitswesen 2015; 77: 966-975.* <<

4. DNVF-Forum Versorgungsforschung und 10 Jahre DNVF e.V. am 7. Juni >> SAVE the DATE

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens des DNVF e.V., das im Mai 2006 in Berlin gegründet wurde, findet am 7. Juni 2016 in Verbindung mit dem 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung eine Jubiläumsfeier statt. Das 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung wird sich dem Thema „Die Qualitätsinitiative der Bundesregierung – aktuelle Herausforderung für die Versorgungsforschung“ widmen. Aus dem Bundesministerium wird Staatssekretär Lutz Stroppe referieren. Mit Vertretern aus der Wissenschaft, der Versorgungspraxis sowie Patientenvertretern werden die Anforderungen und die Erwartungen an die Versorgungsforschung 2020 diskutiert. Die Veranstaltung beginnt um 12.30 Uhr mit einem Referat von Prof. Peter C. Scriba zur Status-Quo-Bestimmung der Versorgungsforschung in Deutschland. Nach der o.g. Diskussion zur Versorgungsforschung 2020 wird Prof. Holger Pfaff mit seinem Festvortrag zum 10-jährigen Jubiläum des DNVF den Übergang zu dem Get-together und den anschließenden Feiertlichkeiten im Langenbeck-Virchow-Haus schaffen.

Details zum Programm folgen auf www.dnvf.de / Die Online-Anmeldung für Mitglieder und Nicht-Mitglieder wird Anfang März freigeschaltet.

Seminare für Einsteiger, Fortgeschrittene & Experten

Bereits zum vierten Mal wird in diesem Jahr die DNVF-Spring-School stattfinden. Zu dem dreitägigen Fortbildungsangebot des DNVF vom 5.-7. April 2016 werden erneut rund 100 bis 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn erwartet. Die DNVF-Spring-School hat sowohl thematisch als auch in Bezug auf die methodische „Tiefen“ ein weites Feld an Angeboten im Programm.

>> Die Spring-School beginnt am Dienstagvormittag mit dem Einführungsmodul in die Versorgungsforschung, das 15 Unterrichtseinheiten (UE) umfasst und eineinhalb Tage dauert. Darüber hinaus werden weitere 17 Seminarmodule (jeweils 5 UE umfassend) angeboten für die namhafte Referentinnen und Referenten zur Verfügung stehen (s. Tabelle). Die Module sind als „basic“, „advanced“ bzw. „professional“ gekennzeichnet, dies gibt eine erste Orientierung, inwieweit keine, geringe oder spezifische Voraussetzungen erforderlich sind. Details zu den

Modulinhalten, Referenten und Teilnahmevoraussetzungen sind den einzelnen Modulbeschreibungen (www.dnvf.de) zu entnehmen. Die Seminare stehen allen an der Versorgungsforschung interessierten offen, wie z.B. Medizinerinnen, Gesundheits-, Pflege-, Sozialwissenschaftler oder Psychologen offen. Erwartet werden Vertreterinnen und Vertreter von Berufsgruppen aus dem klinischen Bereich, der Gesundheitsindustrie, der Gesundheitspolitik, der Forschungsförderung oder der Kostenträger im Gesundheitswesen. Die Teilnehmenden können sich ihr Seminarpro-

gramm modular zusammenstellen und allen steht die Teilnahme am Vortragsabend offen, der am 06.04. ab 18.30 Uhr zum Thema „Innovationsfonds“ stattfindet und mit einem Get-together und gemeinsamen Imbiss endet. Als Referent steht der Vorsitzende des vom Bundesgesundheitsministeriums berufenen Expertenbeirats Prof. Holger Pfaff zur Verfügung. Der Expertenbeirat soll den Innovationsausschuss mit wissenschaftlichem und versorgungspraktischem Sachverstand bei der Durchführung der Förderung aus dem Innovationsfonds beraten. <<

DNVF-Spring-School 2016 vom 5. bis 7. April 2016 in Bonn

Seminarmodul	Referentinnen und Referenten
ID 1 Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen <small>basic</small>	Jun.-Prof. PD Dr. N. Ernstmann, Dr. C. Holmberg, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Prof. Dr. T. Meyer, N. Scholten, Prof. Dr. A. Timmer
ID 2 Implementieren und Evaluieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Theorien und Methoden <small>basic</small>	Jun.-Prof. Dr. L. Ansmann, Prof. Dr. M. Wirtz
ID 3 Patient Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen <small>basic</small>	Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, Prof. Dr. M. Koller
ID 4 Patient Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis <small>advanced</small>	Prof. Dr. M. Koller, Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke
ID 5 Experimentelle und quasi-experimentelle Forschungsdesigns <small>basic</small>	Dr. C. Kowalski
ID 6 Komplexe Interventionen: Entwicklung und Evaluation <small>basic</small>	Dr. R. Möhler
ID 7 Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Synthese publizierter Daten in systematischen Reviews <small>advanced</small>	Dr. R. Möhler
ID 8 Definition und Planung von Registern <small>basic</small>	Prof. Dr. J. Stausberg, Prof. Dr. P. Knaup-Gregori
ID 9 Einsatz und Betrieb von Registern <small>advanced</small>	J. Kieschke, Prof. Dr. R. Lefering, Dr. B. Maier, Moderation: Prof. J. Stausberg, Prof. Dr. E. A. M. Neugebauer
ID 10 Routinedaten in der Versorgungsforschung: Politische Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage und praktische Beispiele <small>advanced</small>	Prof. Dr. G. Glaeske, Prof. Dr. F. Hoffmann
ID 11 Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Grundlagen <small>basic</small>	Dr. D. Müller, Prof. Dr. S. Stock
ID 12 Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Herausforderungen <small>advanced</small>	Dr. N. Chernyak, Dr. C.-M. Dintios, PD Dr. A. Gerber-Grote
ID 13 Narrative Interviews als qualitative Methoden in der Versorgungsforschung <small>advanced</small>	Dr. C. Holmberg
ID 14 Teilnehmende Beobachtung <small>advanced</small>	Dr. C. Holmberg, Dr. U. Kalender
ID 15 Forschungswerkstatt Qualitative Methoden – Gemeinsame Interpretation von empirischem Material in der Gruppe <small>basic</small>	Prof. Dr. T. Meyer, Prof. Dr. M. Stamer
ID 16 Pragmatic Trials (Pragmatische Studien) <small>professional</small>	Prof. Dr. H.-J. Trampisch, Prof. W. Lehmacher
ID 17 Analyse von Strukturgleichungsmodellen <small>advanced</small>	Prof. M. Wirtz, M. Scholz
ID 18 Versorgungsforschung und Politik: Grundlagen und Interaktion <small>advanced</small>	Prof. Dr. M. Schrappe, Prof. Dr. G. Glaeske

Fakten und News

>> Neue Mitglieder:

Im Dezember 2015 bzw. zu Beginn des neuen Jahres wurden weitere Mitglieder im DNVF aufgenommen. In die Sektion 1 (Fachgesellschaften) wurde die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft und in die Sektion 3 (Juristische Personen und Personenvereinigungen) wurden die 4QD-Qualitätskliniken.de GmbH und die AXA Konzern AG Mitglied. Die Anzahl der persönlichen Mitglieder stieg zum Jahresanfang auf 95 Personen.

>> Innovations-Expertenbeirat

Prof. Holger Pfaff wurde als Vorsitzender des Expertenbeirats gewählt: Unter der Leitung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich der Expertenbeirat des Innovationsausschusses am 18.01.2016 in Berlin konstituiert. Das BMG hat die Mitglieder des Expertenbeirats, der den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Durchführung der Förderung aus dem Innovationsfonds berät, Ende des Jahres berufen. Dem 10-köpfigen Gremium gehören Experten aus Forschung und Praxis an. Das DNVF war im Oktober der Einladung des BMG gefolgt und hatte aus den Reihen des Netzwerks u.a. Prof. Holger Pfaff vorgeschlagen. Dieser wurde bei der konstituierenden Sitzung des Gremiums als Vorsitzender des Expertenbeirats gewählt.

>> DFG-Fachkollegienwahl 2015

Prof. Holger Pfaff wurde bei der DFG-Fachkollegienwahl 2015 wiedergewählt: Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat am 23.11.2015 das vorläufige Wahlergebnis der DFG-Fachkollegienwahl 2015 publiziert. Bei der Wahl der Mitglieder der Fachkollegien für die Amtsperiode 2016-2019 wurde Prof. Holger Pfaff (Köln), den das DNVF für das Fach Nr. 205-02 Public Health, medizinische Versorgungsforschung, Sozialmedizin vorgeschlagen hat, mit einem überragendem Ergebnis von 558 Stimmen wiedergewählt. (Link: http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/fachkollegien/fk-wahl2015/151126_fkwahl_2015_wahlergebnis_vorlaeufig.pdf)

>> Arbeitsgruppe „eHealth“

Die Arbeitsgruppe „eHealth“ gründet sich am 07. April 2016: Beim Bürgerdialog Gesundheit, der zum Thema „Gesundheits-Apps – Chancen, Risiken und offene Fragen“ am 09.10.2015 in Berlin im Rahmen des 14. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung

stattfindend, wurde die Idee zur Gründung einer Arbeitsgruppe „eHealth/digitale Versorgung“ geboren. Eine konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe wird im Anschluss an das am 07.04.2016 in Berlin stattfindende ZI-Forum zum Thema „Digital Health“ stattfinden.

Die Fachtagung des ZI beschäftigt sich mit der Digitalisierung der medizinischen Versorgung und den Herausforderungen, die diese mit sich bringt. Im Anschluss findet die erste DNVF-Arbeitsgruppen-Sitzung statt.

An der AG interessierte Personen können sich bei der DNVF-Geschäftsstelle (eMail: dnvf@uk-koeln.de) melden.

>> EbM-Kongress am 4. März 2016:

Anlässlich des Kongresses des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) vom 03. bis 05. März 2016 in Köln spricht Prof. Dr. Neugebauer in der Podiumsdiskussion zum aktuellen Thema „Gesundheits-Apps, Big Data, Versorgungsforschung – Ist die Zukunft von EbM bereits Vergangenheit?“

>> BMC-Forum „Innovationen durch Medizinprodukte“

Der gut besuchte Jahreskongress 2016 des Bundesverbandes Managed Care (19. bis 20. Januar 2016 in Berlin) stand diesmal unter dem Motto „Innovation“. Das DNVF – korrespondierendes Mitglied des BMC – hat dem Motto folgend ein aktuelles Forum zum Thema „Innovationen durch Medizinprodukte?“ ausgerichtet.

Unter der Moderation von Prof. Neugebauer, Vorsitzender des DNVF, haben Dr. Christian von Dewitz (Leiter der Geschäftsstelle Ethik-Kommission des Landes Berlin) den aktuellen Stand der Gesetzeslage auf europäischer Ebene, PD Dr. Matthias Perleth (Abteilungsleiter Fachberatung Medizin beim G-BA) die Potentialbewertung und Erprobungsregelung des G-BA und Dr. Gabriela Soskuty (Vice President Global Government Affairs & Market Access, B. Braun Melsungen AG) die Sicht der Medizinprodukteindustrie dargestellt.

In der Diskussion wurde deutlich, dass für die Medizinprodukte der Gruppen IIb und III zwingend gute klinische Studien gebraucht werden, diese aber so angelegt sein müssen, dass sie Innovationen nicht behindern.

Gesetzgeber, Industrie und Wissenschaft müssen hier wesentlich enger zusammenarbeiten.

>> Weitere Infos zum Programm: s. www.bmckongress.de <<

Termine

24.-27.02.2016, Berlin

32. Deutscher Krebskongress
>> www.dkk2016.de

29.02.-02.03.16, Aachen

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium
>> http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/08_veranstaltungen/reha_kolloquium/reha_kolloqu_aktuell_node.htm

02.-05.03.16, Frankfurt am Main

Deutscher Schmerz- und Palliativtag
<http://www.schmerz-und-palliativtag.de/>

03.-05.03.16, Köln

17. Jahrestagung Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
>> <http://www.ebm-kongress.de/>

09.-11.03.16, München

56. Wissenschaftliche Jahrestagung der DGAUM in Kooperation mit Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
>> <http://www.dgaum.de/dgaum-jahrestagung/>

16.-19.03.16, Potsdam:

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der DGPM und der DKPM
>> <http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de/>

17.- 18.03.16, Berlin

32. Jahreskongress der DGPharmMed
>><http://www.dgpharmed.de/veranstaltungen/#>

30.03.-02.04.16, Mannheim

82. Jahrestagung der DGK
>> <http://ft2016.dgk.org/>

05.-07.04.16, Bonn

DNVF-Spring-School 2016
>> www.dnvf.de

07.04.2016, Berlin

Fachtagung „Digital Health – Neue Optionen für die Versorgungsforschung?“
<http://www.zi.de/cms/veranstaltungen/zi-forum/>

DNVVF

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. - Geschäftsstelle c/o IMVR
Eupener Str. 129 - 50933 Köln
Tel. 0221-478-97111
Fax 0221-478-1497111

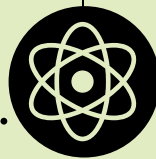


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

15. Kongress | 05. - 07. Oktober 2016 | Urania Berlin

Wissen schaf(f)t Nutzen

Wissenschaft / Forschung



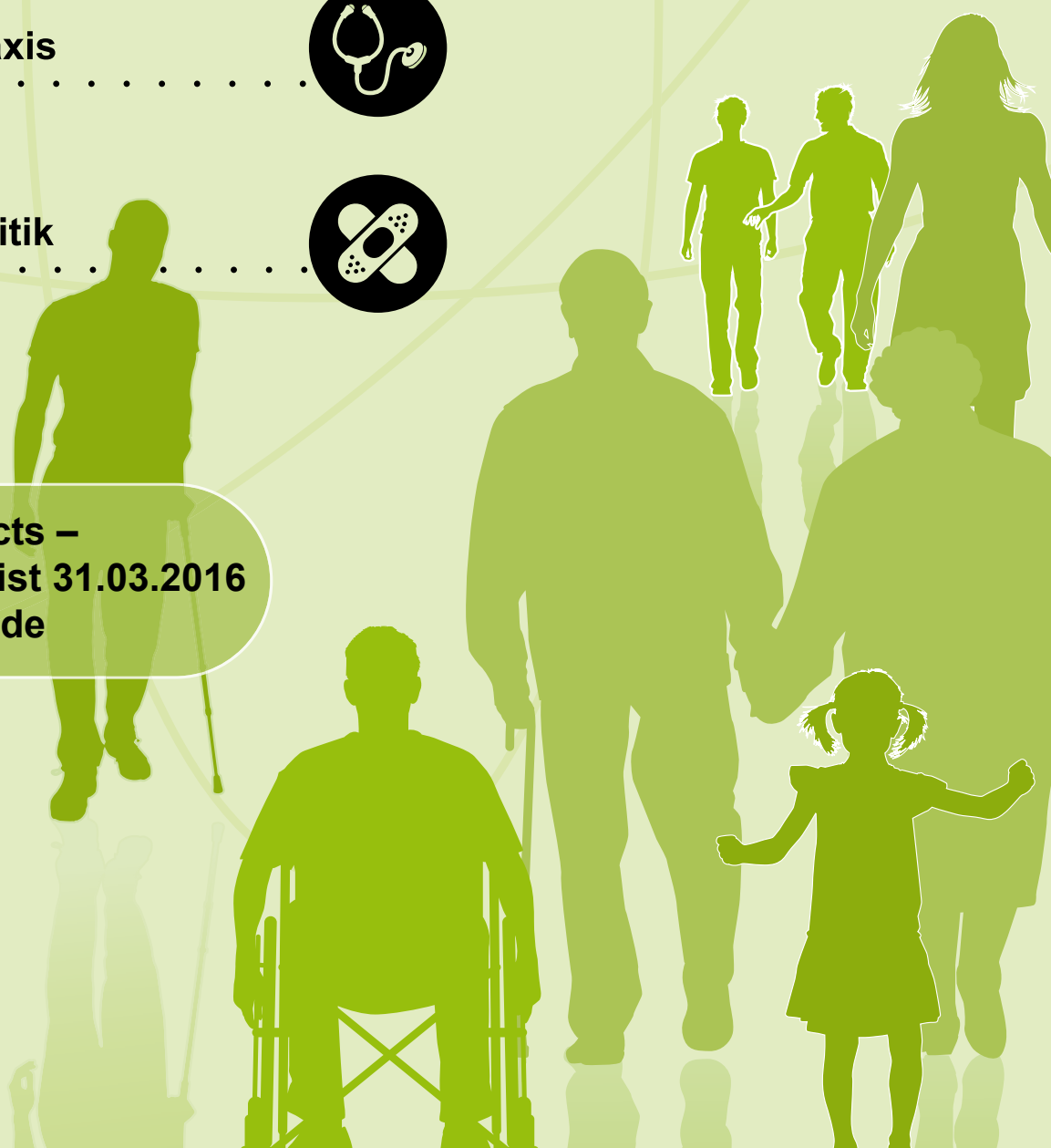
Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



**Call for Abstracts –
Einreichungsfrist 31.03.2016
www.dkvf2016.de**



Dr. PH Mustapha Sayed, MPH

Der unsichtbare Patient: Gesundheitsversorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

In der öffentlichen Wahrnehmung und in den Medien haben in den letzten Wochen und Monaten die Berichte und Bilder von Menschen zugenommen, die über das Mittelmeer versuchen auf europäischen Boden zu gelangen. Sie riskieren ihr Leben in überfüllten Booten in der Hoffnung auf ein besseres Leben in Europa. Dabei wird in den Fernseh- und Zeitungsbeiträgen häufig von gekenterten Booten und ertrunkenen Menschen berichtet. Erreichen die illegal Eingewanderten doch europäisches Gebiet, landen sie zumeist in überfüllten Flüchtlingslagern mit der Hoffnung, nach Deutschland oder in ein anderes europäisches Land zu flüchten. Die Zahl der Asylbewerber ist aktuell in Deutschland so hoch wie nie zuvor, monatlich werden neue Rekorde gebrochen. Für das Jahr 2015 wurden knapp 330.000 Asylerstanträge erfasst (Stand: Oktober 2015), was einem Anstieg um 144% im Vergleich zu 2014 entspricht. Noch gravierender erscheinen die Zahlen im Vergleich zu vergangenen Jahren: im Jahr 2007 gab es in Deutschland insgesamt lediglich 19.000 und 2010 41.000 Asylerstanträge (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015a). Die Gesamtschutzquote, also alle positiven Entscheidungen nach Art. 16a Abs. 1 GG, nach § 3 Abs. 1 AsylVfG, nach § 4 Abs. 1 AsylVfG und nach § 60 Abs. 5 und 7 AufenthG, beträgt im Jahr 2015 39,1% und ist somit höher als im Vorjahr (31,5%) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2015a). Die restlichen Asylantragsteller haben wenige Optionen dauerhaft in Deutschland leben zu können. Eine Möglichkeit: Sie entscheiden sich für ein Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität.

>> Menschen, die in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität leben, werden als „illegale Migranten“, „Papierlose“, „Menschen ohne Aufenthaltsstatus“ oder auch „Statuslose“ genannt und sind Begrifflichkeiten für eine Personengruppe, die es eigentlich nicht geben dürfte. Ihnen fehlen die erforderlichen Papiere, um sich legal in einem Land aufzuhalten. Zur Größenordnung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gibt es nur Schätzungen und diese schwanken von 100.000 bis über eine Million Menschen, weshalb das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b) im aktuellen Migrationsbericht betont, dass auf Grundlage der verfügbaren statistischen Zahlen bislang keine validen Daten existieren.

Papierlose leben und wohnen häufig versteckt unter uns. Sie kochen in Restaurants, kellnern in Bars, betreuen Kinder und ältere Menschen, putzen Wohnungen oder renovieren Häuser. Nicht nur Privatpersonen, sondern auch Unternehmen beschäftigen sie gern als Arbeitskräfte. Hauptgrund: Sie sind günstiger als legal Beschäftigte. Sie haben häufig ihre Heimat verlassen, mit der Hoffnung auf ein besseres Leben. Das

Zusammenfassung

Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus gehören in Deutschland zum Personenkreis, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Anspruch auf eine medizinische Versorgung haben. Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden teilstandardisierte Experteninterviews (n=10) und Betroffeneninterviews (n=10) in den Städten Hannover und Bremen durchgeführt. Die Ergebnisse der durchgeführten Studie zeigen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland für Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus erschwert wird. Die Angst entdeckt zu werden, schreckt viele Betroffene davon ab, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, was zu einer Verschleppung und zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen kann. Es sind insbesondere nichtstaatliche Organisationen und karitative Initiativen, welche die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus sicherstellen. Papierlose sind in Deutschland hinsichtlich der medizinischen Versorgung faktisch rechtlos, da sie aus Angst vor Aufdeckung nur sehr selten ihre rechtlichen Ansprüche wahrnehmen. Die Einführung eines anonymen Krankenscheins ist eine Lösungsmöglichkeit, die Papierlosen einen regulären Zugang in die ambulante und stationäre medizinische Versorgung sowie eine freie Arztwahl ermöglichen könnte.

Schlüsselwörter

Gesundheitsversorgung, Migranten, Papierlose, qualitative Untersuchung

Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität kann jedoch zu einer Reihe von Schwierigkeiten für die Betroffenen führen. Dies kann neben den Arbeitsbedingungen auch die Lebens- und Wohnbedingungen, den Zugang zur Schulbildung für Kinder als auch die Gesundheitsversorgung betreffen.

Über die gesundheitliche Versorgungssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus liegen ebenfalls keine repräsentativen Studien vor. In den letzten Jahren sind jedoch zunehmend Studien veröffentlicht worden, die sich mit der Gesundheitsversorgung von Papierlosen auseinandersetzen, den Fokus aber vor allem auf die Untersuchung der Wohn-, Bildungs- sowie finanziellen Situation dieser Personengruppe legen (Alt 2003, Anderson 2010, Bommes/Wilmes 2007, Chauvin et al. 2012, Huschke 2013, Maschewsky-Schneider et al. 2010, Vogel et al., 2009).

Das unbefriedigende Wissen über die gesundheitliche Situation ist insbesondere auf die geringe Gesprächsbereitschaft von Papierlosen zurückzuführen, weshalb dieses Forschungsfeld häufig als schwer zugänglich beschrieben wird. Daher ist es für Wissenschaftler nicht nur schwierig, einen Einblick in das Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität zu bekommen, sondern überhaupt einen vertrauensvollen Zugang zu den betroffenen Menschen aufzubauen, um valide Informationen zu erhalten. Es handelt sich bei Papierlosen um eine Personengruppe, die nichts oder so wenig wie möglich Auskunft über ihr Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität bekanntgeben möchte. Die Situation geht sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Verwandten, Freunde sowie für die helfenden Menschen mit Angst, Unsicherheit und Gefahren einher.

Methodisches Vorgehen

Trotz der Schwierigkeit, Betroffene für wissenschaftliche Untersuchungen zu gewinnen, wurde in der vorliegenden Studie dennoch versucht, die gesundheitliche Versorgungssituation von Papierlosen in Deutschland nicht nur anhand von Experteninterviews, sondern auch von Betroffeneninterviews zu erfassen. Um mehr über die Gesundheitsversorgung von Papierlosen zu erfahren, wurden in einer qualitativen Untersuchung teilstandardisierte Experteninterviews (n=10) und Betroffeneninterviews (n=10) im Rahmen von Face-to-Face-Interviews in

den Städten Hannover und Bremen durchgeführt, die zusammenfassend, inhaltsanalytisch nach Mayring (2010) ausgewertet wurden. Ziel der Studie war es, die medizinische Versorgungssituation dieser Gruppe zu erfassen sowie Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Experteninterviews

Ausgehend von der Frage, welche Personengruppen Aussagen über die Gesundheitsversorgung von Papierlosen machen können, wurden in einer vorab durchgeführten Recherche die zutreffenden Organisationen und Institutionen für die Städte Hannover und Bremen identifiziert. Die interviewten Experten in Hannover (n=5) und Bremen (n=5) sollten das Kriterium erfüllen, Papierlose medizinisch zu behandeln, an medizinisches Personal zu vermitteln oder in Gesundheitsfragen zu beraten. Um ein möglichst facettenreiches Bild zu erhalten, wurden Experten aus unterschiedlichen Organisationen und Institutionen (u.a. Vertreter von behördlichen Einrichtungen, der Ärzteschaft, der öffentlichen Flüchtlingsarbeit sowie kirchlicher Organisationen) in beiden Städten interviewt. Ferner wurde für die weitere Gewinnung von Experten die Anwendung der so genannten „Schneeball-Methode“ (Browne 2005) eingesetzt. Die „Schneeball-Methode“ verfolgte das Ziel, Hinweise zu weiteren möglichen Gesprächspartnern zu erhalten, die zur Gesundheitsproblematik von Papierlosen Auskunft geben können.

Betroffeneninterviews

In einem weiteren Schritt wurden leitfadengestützte, problemzentrierte Betroffeneninterviews durchgeführt (Lamnek 2010, Witzel 1985). Die durchgeführten Betroffeneninterviews fanden ebenfalls, wie die Experteninterviews, in den Städten Bremen und Hannover statt. Ziel der Befragung dieser heterogenen Personengruppe war es, direkt Einzelheiten aus dem Leben von Papierlosen zu erfahren. Dadurch konnte das durch die Experteninterviews erlangte Wissen am Einzelfall vertieft und erweitert werden. Da es sehr schwierig ist, Kontakt zu Personen ohne Aufenthaltsstatus herzustellen, wurde der Zugang insbesondere im Rahmen des Kontaktes zu den interviewten Experten und Vertrauenspersonen in den Beratungs- und Hilfseinrichtungen gesucht. In einem weiteren Schritt wurden Aufenthaltsorte und Communitys in beiden Städten aufgesucht, an denen potenzielle Betroffene vorzufinden sind. Dadurch sollte ausgeschlossen werden, dass nicht nur Papierlose befragt werden, die bereits Beratungs- und Hilfseinrichtungen in Anspruch genommen haben (Bommes/Wilmes 2007).

In bereits durchgeführten Studien (Alt 1999, Alt 2003, Anderson 2003, Krieger et al. 2006, Bommes/Wilmes 2007, Mitrovic' 2009) zur Situation von Papierlosen hat sich gezeigt, dass es für einen vertrauensvollen Zugang zu Betroffenen sehr wichtig ist, die notwendige Anonymität in Bezug auf die erhobenen Daten zu gewährleisten. Es war in der vorliegenden Studie sehr schwierig, Betroffene zur Teilnahme an einem Interview zu überzeugen. Bei allen interviewten Betroffenen waren mehrere Gespräche im Vorfeld notwendig, um sie für ein Interview zu gewinnen. Bei allen Betroffenen fand die erste Kontaktaufnahme telefonisch statt. Die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen wurde in erster Linie über die Berater der Hilfseinrichtungen ermöglicht (n=5). Die Hilfsorganisationen haben dabei als Vermittler fungiert und Betroffene gefragt, ob sie Interesse haben, an der Studie teilzunehmen. Drei Betroffeneninterviews wurden von bereits interviewten Betroffenen vermittelt sowie zwei weitere Interviews über die Communitys gewonnen.

Die Betroffeneninterviews konnten nahezu alle mit dem Einverständnis der Interviewten digital aufgezeichnet werden. Lediglich von

einem Betroffenen wurde die Tonbandaufnahme nicht akzeptiert. In diesem Fall wurden die Inhalte und der Ablauf des Interviews protokolliert sowie ausführliche Gesprächsnotizen angefertigt und direkt im Anschluss an das Interview Gedächtnisprotokolle erstellt.

Von den zehn interviewten Betroffenen besitzen acht keinen legalen Aufenthaltsstatus. Zusätzlich wurden mit zwei weiteren Migranten Interviews durchgeführt, die zum Zeitpunkt des Interviews vor 12 bzw. 18 Monaten einen legalen Aufenthaltsstatus erhalten haben und mittlerweile legalisiert sind, aber viele Jahre in Deutschland papierlos gelebt haben. Voraussetzung für die Teilnahme an einem Interview war, dass die Betroffenen sich seit mindestens einem halben Jahr ohne regulären Aufenthaltsstatus in den Städten Bremen oder Hannover aufhalten. Die Berücksichtigung von Betroffenen mit noch kürzeren Aufenthaltszeiten ist nach Alt (2003) nicht zu empfehlen, da aufgrund der neuen Situation mit dem irregulären Aufenthaltsstatus noch nicht genügend Erfahrungen vorliegen. Grundsätzlich lag der Fokus auf der Auswertung der Interviews von Betroffenen, die sich zum Interviewzeitpunkt ohne regulären Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten. Da jedoch die zwei zusätzlich interviewten Personen über einen längeren Zeitraum sich papierlos in Deutschland aufgehalten haben und ein sehr breites Wissen zu dieser Thematik aufweisen, wurden beide inzwischen legalisierten Personen in die Datenerhebung eingeschlossen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Merkmale. Das Alter der Betroffenen variiert zwischen 18 und 45 Jahren, das Leben in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in Deutschland von vier bis zehn Jahren. Der Migrationshintergrund und ihr aufenthaltsrechtlicher Lebenslauf sind dabei sehr unterschiedlich. Die beiden mittlerweile legalisierten Personen sind beide inzwischen mit deutschen Partnern liiert. Interessant ist die Tatsache, dass acht der zehn Betroffenen schon vor ihrer Einreise Verwandte in Deutschland hatten. Da alle interviewten Betroffenen sich seit mehreren Jahren in Deutschland aufhalten, konnten alle Interviews in deutscher Sprache geführt werden.

Ergebnisse

Papierlose gehören zum Personenkreis, die Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung nach §4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) haben. Das Gesetz gewährt Leistungen bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaften und Impfungen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2015). Die Kosten der Behandlung haben die örtlichen Behörden zu tragen. Die Betroffenen machen in den Interviews jedoch deutlich, dass sie faktisch rechtlos sind, da sie aus Angst vor Aufdeckung nur sehr selten die vorhandenen rechtlichen Ansprüche wahrnehmen. Zentrales Hindernis ist die nach § 87 Abs. 2 des Aufenthaltsgesetz (AufenthG) bestehende behördliche Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde, die für Betroffene eine Statusaufdeckung zur Folge hätte (Schlöpker et al. 2009). Trotz der seit Ende 2009 verabschiedeten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz, wonach neben Ärzten auch Apotheker, Psychologen, Sozialpädagogen oder Angehörige eines anderen Heilberufes (z.B. Hebammen, medizinisch-technische Assistenten) als auch das mit der Abrechnung befassende Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser dem verlängerten Geheimnisschutz unterliegen, ist noch keine Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erkennen. Papierlose nehmen die gesetzlich verankerte theoretische Möglichkeit einer medizinischen Versorgung in der Praxis nur sehr selten wahr, da weiterhin für die Übernahme der Kosten bei der zuständigen Behörde ein Antrag gestellt werden muss,

Soziodemografische Merkmale der interviewten Betroffenen						
Status	Wohnort	Nationalität	Geschlecht	Alter	Familienstand	Dauer des regulären Aufenthalts (in Jahren)
Papierlos	Hannover	Kamerun	männlich	30	ledig	6
Papierlos	Hannover	Tunesien	männlich	38	ledig	4
Papierlos	Hannover	Kosovo	männlich	18	ledig	5
Papierlos	Hannover	Irak	weiblich	32	verheiratet	5
Papierlos	Hannover	Mexiko	weiblich	42	ledig	9
Papierlos	Bremen	Nigeria	männlich	30	ledig	7
Papierlos	Bremen	Libanon	männlich	27	ledig	5
Legalisiert	Bremen	Togo	weiblich	45	verheiratet	10
Legalisiert	Bremen	Kosovo	männlich	39	verheiratet	8
Papierlos	Bremen	Syrien	männlich	41	ledig	4

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der interviewten Betroffenen (Quelle: eigene Darstellung).

der mit der Gefahr einer Statusaufdeckung einhergeht.

Verschleppung und Chronifizierung von Erkrankungen als Folge

Die Angst, entdeckt zu werden, schreckt viele Betroffene davon ab, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, was zu einer Verschleppung und Chronifizierung der Erkrankung führen kann. Grundsätzlich lässt sich bei nahezu allen befragten Papierlosen sowie aus den Berichten der Experten die Verdrängung von Krankheiten beziehungsweise der bewusste Selbstausschluss von medizinischen Leistungen erkennen.

Chronische Erkrankungen können zum einen aus dem Heimatland der Betroffenen mitgebracht werden oder durch Verschleppung von Krankheiten sowie aufgrund der Arbeits- und Lebensbedingungen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität entstehen. Wenn die Betroffenen alle Anzeichen von grippalen Infekten, Magenschmerzen oder Rückenbeschwerden zunächst ignorieren oder durch Selbstmedikation zu behandeln versuchen, kann die Unkenntnis über die tatsächlichen Anwendungsbereiche der Medikamente eine Verschlimmerung der Erkrankung die Folge sein. Neben dem Kauf von Medikamenten aus der Apotheke findet aufgrund der angespannten finanziellen Situation auch ein Medikamentenaustausch zwischen Verwandten oder Bekannten statt, wie mehrere Betroffene berichten. Es besteht somit für Betroffene die Gefahr, dass sie durch Verschleppung einfacher Krankheiten ihr Immunsystem schwächen und daraus schwerwiegende Erkrankungen entstehen können. Die Notwendigkeit, Geld verdienen zu müssen, wird sowohl von den interviewten Experten als auch von den Betroffenen als eine der Hauptursachen für die Verschleppung von Krankheiten genannt.

Die Interviews machen deutlich, dass die Gesundheitsprobleme von Papierlosen sehr vielfältig sein können. In Hannover werden die Patienten insbesondere wegen internistischer Untersuchungen behandelt. Die Betroffenen suchen medizinische Hilfe aber auch wegen Schwangerschaften, Zahnerkrankungen, orthopädischen Behandlungen, psychischen Problemen oder auch Hauterkrankungen auf, während in Bremen Papierlose insbesondere wegen Schwangerschaften, grippalen Infekten, erhöhtem Blutdruck, aber auch chronischen Erkrankungen wie Asthma behandelt werden.

Große Schwierigkeit: Posttraumatische Belastungsstörungen und Behandlung psychischer Erkrankungen

Papierlose weisen nach Ansicht der interviewten Experten nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch psychische Erkrankungen auf. Dabei werden sowohl von den Experten als auch von den Betroffenen insbesondere die folgenden Stressoren genannt: ständige Angst vor Aufdeckung und Kontrolle, finanzielle Probleme, Angst vor vollständiger Isolation und Perspektivlosigkeit. Die für viele Betroffene allgegenwärtige Angst kann eine permanente Stresssituation zur Folge haben und nimmt starken Einfluss auf den Lebensalltag. Nach Ansicht einiger Experten versuchen eine Reihe von Betroffenen ihren Stress durch übermäßigen

Alkohol- und Zigarettenkonsum auszugleichen.

Welchen Einfluss die Stressfaktoren auf Personen ohne Aufenthaltsstatus haben, hängt allerdings unter anderem auch von der Persönlichkeit und der Biographie des Einzelnen ab. Im Heimatland verfolgte und traumatisierte Personen können sich aufgrund ihrer aufenthaltsrechtlichen Illegalität in ihrem neuen Umfeld weiterhin nicht frei bewegen, weshalb nicht selten selbst auf das Einkaufen verzichtet wird, wie einige Betroffene berichten.

Die mit der Angst verbundene Isolation erschwert die kulturelle und sprachliche Integration der Betroffenen. Ferner kann gegebenenfalls dadurch selbst die eigene Kultur nicht mehr gelebt werden. Als Folge der Angstzustände können psychische Erkrankungen entstehen, da häufig sowohl das soziale Umfeld, die Arbeit sowie die Unterkunft und damit nahezu die gesamte Identität der Betroffenen von Unsicherheiten bestimmt ist.

Psychische Erkrankungen können bei Personen ohne Aufenthaltsstatus häufig nicht angemessen behandelt werden, da die Betroffenen selbst auch ungern über das Thema sprechen. Auffällig in den durchgeführten Interviews ist, dass lediglich ein Experte berichtet, dass ein Betroffener offen über psychische Probleme gesprochen hat und er diesen bezüglich seiner psychischen Erkrankung beraten bzw. behandelt hat, aber dennoch alle Experten in den Interviews immer psychische Erkrankungen als eines der größten Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit Erkrankungen von Personen ohne Aufenthaltsstatus nennen.

Aber selbst wenn den Betroffenen ihre psychischen Probleme bewusst sind, gibt es große Hürden, die eine Gesundheitsversorgung erschweren. Das sind zum einen die sprachlichen, aber vor allem die kulturellen Barrieren der Betroffenen. Kommt es zu einer psychotherapeutischen Behandlung, ist diese außerdem mit einem sehr hohen Aufwand verbunden. Fehlende zeitliche und vor allem finanzielle Ressourcen der Behandlungseinrichtungen lassen zumeist keine angemessene Behandlung der Betroffenen zu.

Letzter Ausweg: Nichtstaatliche Organisationen

In den letzten Jahren haben sich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Migranten ohne gültigen Aufenthaltsstatus in einigen deutschen Städten zunehmend nichtstaatliche medizinische Netzwerke

wie beispielsweise die Malteser Migranten Medizin in Hannover oder das MediNetz in Bremen gebildet. Diese ermöglichen Papierlosen eine anonyme medizinische Behandlung bzw. vermitteln sie an Ärzte, die Personen ohne Aufenthaltsstatus kostenlos oder kostengünstiger medizinisch behandeln. Es handelt sich dabei in der Regel um Zusammenschlüsse von Personen verschiedenster Berufsgruppen, die eine medizinische Versorgung der betroffenen Personen koordinieren oder im Falle von Mediziner*innen selbst durchführen. Ziel der Angebote ist es, eine gesundheitliche Basisversorgung anzubieten, die durch Kooperationen mit Fachärzt*innen, Psycholog*innen, Hebammen, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen ermöglicht wird. In den Experteninterviews wird deutlich, dass sich die medizinischen Netzwerke in erster Linie als Menschenrechtsorganisationen betrachten, indem sie versuchen, den Folgen der Exklusion dieser Personengruppe aus dem deutschen Gesundheitssystem entgegenzuwirken. Sie sehen es als ihre Aufgabe, das Recht auf eine gesundheitliche Versorgung unabhängig von dem Aufenthaltsstatus des Patienten zu realisieren.

Viele Organisationen arbeiten nach dem Vermittlungsprinzip. Die Vermittlungstätigkeit findet in der Regel in den ein- bis zweimal wöchentlich angebotenen Sprechstunden statt. Nach der ersten Kontakt-

aufnahme wird der Betroffene an einen praktizierenden Arzt weitervermittelt. Die Anlaufstellen haben nahezu alle einen Pool an Ärzt*innen zusammengestellt, die je nach Fachbereich Betroffene ehrenamtlich oder kostengünstiger behandeln. Für die Organisationen erweist es sich als sehr schwierig, immer wieder neue Ärzt*innen zu kontaktieren und diese für Behandlungen zu gewinnen.

In Deutschland gibt es eine Reihe von Organisationen, die eine medizinische Versorgung für Personen ohne Aufenthaltsstatus anbieten. Die Malteser Migranten Medizin und die Büros für medizinische Flüchtlingshilfe („MediNetz“ oder „Medibüro“) sind zwei große medizinische Versorgungsnetzwerke, die bundesweit in einigen deutschen Städten tätig sind und eine kostenlose, anonyme Beratung und Behandlung anbieten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Standorte in Deutschland.

Fazit

Die Studie hat gezeigt, dass die Lebenssituation von Migranten ohne regulären Aufenthaltsstatus im Spannungsfeld zwischen dem menschenrechtlichen Anspruch auf medizinische Versorgung und den

Literatur

- Alt, Jörg (2003): *Leben in der Schattenwelt. Problemkomplex illegale Migration*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Alt, Jörg (1999): *Illegal in Deutschland. Forschungsprojekt zur Lebenssituation illegaler Migranten in Leipzig*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Anderson, Philip (2010): *Statt eines Schlusswortes – Die Wahrung der sozialen und Menschenrechte von Menschen in der Illegalität. Hat man sie vergessen? Eine Analyse der Münchner Ansätze*. In: *Stelle für Interkulturelle Arbeit der Landeshauptstadt München* (Hrsg.): „Wir haben Sie nicht vergessen ...“ 10 Jahre Umgang mit Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus in der Landeshauptstadt München. Das Münchner Modell. München: Sozialreferat München. 50-61.
- Anderson, Philip (2003): „Dass sie uns nicht vergessen“. *Menschen in der Illegalität in München. Eine empirische Studie im Auftrag der Landeshauptstadt München*. München.
- Bommes Michael; Wilmes Maren (2007): *Menschen ohne Papiere in Köln. Eine Studie zur Lebenssituation irregulärer Migranten*. Osnabrück: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studie (IMIS). Elektronische Ressource: http://www.forumillegalitaet.de/IMIS_Menschen_ohne_Papiere_in_K_In2.pdf [Zugriff am 28.09.2015].
- Browne, Kath (2005): *Snowball Sampling: Using Social Networks to Research Nonheterosexual Women*. *International Journal of Social Research Methodology*. 47-60.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015). *Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)*. Elektronische Ressource: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg/gesamt.pdf> [Zugriff am 28.09.2015].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015a): *Aktuelle Zahlen zu Asyl – Ausgabe Oktober 2015*. Elektronische Ressource: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infotehke/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.html> [Zugriff am 22.11.2015].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015b): *Migrationsbericht 2013 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung*. Nürnberg: Bonifatius GmbH, Druck – Buch – Verlag.
- Chauvin, Pierre; Mestre, Marie-Camille; Simonnot, Nathalie (2012): *Access to Health Care for vulnerable groups in the European Union in 2012. An overview of the condition of persons excluded from healthcare systems in the EU*. *Médecins du Monde*.
- Deutsches Ärzteblatt (2015): *Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz: Bessere medizinische Versorgung für Flüchtlinge*. Elektronische Ressource: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/172685/Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz-Bessere-medizinische-Versorgung-fuer-Fluechtlinge> [Zugriff am 10.11.2015].
- GKV-Spitzenverband (2015): *Asylbewerber/Flüchtlinge*. Elektronische Ressource: https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/fluechtlinge_asylbewerber/fluechtlinge.jsp [Zugriff am 20.11.2015].
- Huschke, Susann (2013): *Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Krieger, Wolfgang; Ludwig, Monika; Schupp, Patrick; Will, Annegret (2006): *Lebenslage „illegal“. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike; Hey, Monika; Kürwitz, Sarah; Brettschneider, Anna (2010): *„Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus“*. Eine Befragung von Ärzt*innen in Berlin. Abschlussbericht der Berlin School of Public Health. Elektronische Ressource: http://bsph.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/bsph/Forschung/Abschlussbericht_FM.pdf [Zugriff am 28.08.2015].
- Mayring, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. 601-613.
- Mitrovic', Emilija (2009): *Gesundheitssituation von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus. Leben in der Schattenwelt. Studie zur Situation von Menschen ohne gültige Papiere in Hamburg. Eine Feldstudie im Auftrag des Diakonischen Werks Hamburg Arbeitspapier 4 / 2009*. Elektronische Ressource: <http://www.diakonie-hamburg.de/fix/files/doc/09-06-02%20AP%20Gesundheit.pdf> [Zugriff am 30.08.2015].
- Mylus, Maren; Meyer, Sven (2015): *Die medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne Krankenversicherung - Sachstand, Probleme und Perspektiven*. Elektronische Ressource: <https://www.aekn.de/fluechtlinge/aktuelle-informationen/die-medizinische-versorgung-von-migrantinnen-und-migranten-ohne-krankenversicherung-sachstand-probleme-und-perspektiven-1605> [Zugriff am 22.11.2015].
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); World Health Organization (2008): *The Right to Health. Fact Sheet No. 31*. Geneva.
- Schlöpker, K.; Herrmann, Markus; Großer-Kaya, Carina; Robra, Bernt-Peter; Dippelhofer-Stiem, Barbara; Schütze, Fritz; Heintze, Christoph (2009): *Problemlagen von versteckt lebenden Migranten in Deutschland: Analyse der medizinischen Beratungsanlässe in Berlin, Bonn und Köln. Gesundheitswesen (71)*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. 839– 844.
- Vogel, Dita; Aßner, Manuel; Mitrovic', Emilija; Kühne, Anna (2009): *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg. Diakonisches Werk Hamburg* (Hrsg.). Hamburg: Diakonisches Werk.
- Witzel, Andreas (1985): *Das problemzentrierte Interview*. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Weinheim: Beltz. 227-255.

Medizinische Versorgungseinrichtungen für Menschen ohne Krankenversicherung		
Bundesland	Malteser Migranten Medizin	Medizinische Flüchtlingshilfe / MediNetz / Medibüro
Baden-Württemberg	Mannheim, Stuttgart	Freiburg, Heidelberg/Mannheim, Karlsruhe, Tübingen, Ulm
Bayern	Augsburg, München	Erlangen, München, Nürnberg
Berlin	Berlin	Berlin
Brandenburg	-	-
Bremen	-	Bremen
Hamburg	Hamburg	Hamburg
Hessen	Darmstadt, Frankfurt, Fulda	Gießen, Marburg
Mecklenburg-Vorp.	-	Rostock
Niedersachsen	Hannover, Oldenburg, Osnabrück	Hannover, Göttingen, Oldenburg
Nordrhein-Westfalen	Köln, Münster	Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Essen, Köln, Münster, Solingen
Rheinland-Pfalz	-	Mainz
Saarland	-	-
Sachsen	-	Leipzig, Dresden
Sachsen-Anhalt	-	Halle (Saale), Magdeburg
Schleswig-Holstein	-	Kiel, Lübeck
Thüringen	-	Jena
Gesamt	14	34

Tab. 2: Medizinische Versorgungseinrichtungen für Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland (Quelle: eigene Darstellung).

migrationsrechtlichen Vorgaben von Nationalstaaten, Zuwanderung zu begrenzen und damit den Zugang zu staatlichen Leistungen zu verwehren, steht. Das Recht auf medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht (OHCHR/WHO 2008). Menschenrechte sind unveräußerliche Rechte, die statusunabhängig und somit auch für Papierlose uneingeschränkt gelten. Ein Staat kann seinen Bürgern kein „Recht auf Gesundheit“ sicherstellen. Allerdings ist in Deutschland auf Grundlage des Grundgesetzes der Staat zur Einhaltung der Grundrechte seiner Bürger zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit verpflichtet. Das Problem dabei ist: Es existiert ein gefühlter Widerspruch zwischen den theoretisch vorhandenen menschenrechtlichen Ansprüchen und der in der Praxis wahrgenommenen Übermittlungspflicht.

In den letzten Jahren haben sich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Papierlosen nichtstaatliche medizinische Netzwerke gebildet. Die Organisationen sind jedoch auf die Unterstützung ehrenamtlicher Helfer und privater Spenden angewiesen und stoßen regelmäßig an ihre personellen und finanziellen Grenzen. Dieses hat durch die EU-Osterweiterung in den letzten Jahren zugenommen, da viele Personen aus den neuen EU-Ländern in Deutschland nicht krankenversichert sind und bei medizinischem Versorgungsbedarf die Flüchtlings- bzw. Wohlfahrtsorganisationen aufsuchen. In den letzten Jahren sind einige ermutigende Initiativen wie das Münchener Fondsmodell oder die Humanitäre Sprechstunde in den Städten Bremen, Frankfurt und Wiesbaden entstanden. Diese kommunalen Lösungsansätze setzen

eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren wie z.B. Wohlfahrtsverbänden, karitativer und religiöser Organisationen mit behördlichen Einrichtungen wie beispielsweise mit dem dort zuständigen Sozialreferat bzw. Gesundheitsamt um. Allerdings kann sich die Einhaltung des oben dargestellten Menschenrechts auf medizinische Versorgung nicht nur in der Hand von karitativen Initiativen sein. Der Staat kann sich seiner Verantwortung zur Sicherstellung der Menschenrechte nicht entziehen.

Anonymer Krankenschein als Lösung?

Die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Papierlosen ist nicht durch die Aufrechterhaltung von Parallelsystemen zu erreichen. Hierfür ist die Integration dieser Personengruppe in die Regelversorgung des deutschen Gesundheitssystems notwendig. Dabei ist die Einführung eines anonymen Krankenscheins eine Lösungsmöglichkeit, die Papierlosen einen regulären Zugang in die ambulante und stationäre medizinische Versorgung sowie eine freie Arztwahl ermöglichen könnte. In diesem Zusammenhang sollte die in Italien praktizierte anonyme Registrierkarte als Beispiel herangezogen werden, die es seit vielen Jahren Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus ermöglicht, Zugang zum staatlich finanzierten Gesundheitssystem zu erhalten. Der anonyme Krankenschein könnte nach italienischem Vorbild mit einem Code versehen werden, der keine Rückschlüsse über die Herkunft und Identität des Patienten zulässt. Die entstehenden Behandlungskosten könnten nach erfolgter Bedürftigkeitsprüfung anonym durch das zuständige Sozialamt abgerechnet werden. Es gibt in einigen deutschen Städten seit mehreren Jahren immer wieder Anläufe zur Umsetzung des anonymen Krankenscheins, die bislang jedoch allesamt von der Politik abgelehnt wurden. Aktuell wird in einigen Städten, unter anderem in Göttingen und Hannover, in Modellprojekten der anonyme Krankenschein erprobt (Mylius/Meyer 2015).

Darüber hinaus soll nach Wunsch des Gesetzgebers mit dem am 24.10.2015 in Kraft getretenen „Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz“ die medizinische Versorgung von Flüchtlingen verbessert werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen demnach von den Ländern verpflichtet werden können, gegen Kostenerstattung die Krankenbehandlungen bei Asylbewerbern zu übernehmen, die speziell für die Behandlung von Flüchtlingen, die Folter, Vergewaltigung oder schwere psychische oder physische Gewalt erlitten haben. Diese Regelung greift für Flüchtlinge allerdings erst ab dem 15. Monat ihres Aufenthalts in Deutschland. Ab diesem Zeitpunkt sind Flüchtlinge leistungsrechtlich weitgehend den GKV-Versicherten gleichgestellt (GKV-Spitzenverband 2015). In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts haben Asylbewerber weiterhin nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung.

Eine weitere Neuerung ist, dass Bundesländer eine elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge einführen können (Deutsches Ärzteblatt 2015). In mittlerweile drei Bundesländern (in Bremen bereits seit 2005 und bekannt als „Bremer Modell“, Hamburg und neuerdings Nordrhein-Westfalen) erhalten Asylbewerber kurz nach der Antragstellung eine elektronische Gesundheitskarte von kooperierenden Krankenkassen, mit der die medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet werden kann.

Ausblick

Neben dem beschriebenen politischen Handlungsbedarf gibt es aus Sicht der Wissenschaft weiterhin großen Forschungsbedarf. Trotz des

Eingangs der Studie beschriebenen gestiegenen öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Interesses an der Lebenssituation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus besteht weiterhin eine große Forschungslücke auf nationaler und internationaler Ebene. Sowohl über den Umfang von Papierlosen als auch deren Lebensbedingungen wie Bildung, Wohnsituation und Gesundheit liegen kaum umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Die durchgeführten Experten- und Betroffeneninterviews beschränken sich auf die Stadt Hannover und den Stadtstaat Bremen. Daher ist eine bundesweite Studie zu empfehlen, die mehr Erkenntnisse über die medizinische Versorgung von Papierlosen sammelt, so dass zukünftig genauere Statistiken über Alter, Geschlecht, Krankheitsbilder, Häufigkeiten der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Versorgungsbedarf sowie Versorgungsbedürfnisse dieser Personengruppe zur Verfügung stehen. <<

The invisible patient - health care for people without legal status

Undocumented Migrants in Germany belong to the group of persons, who are entitled to medical care under the Asylbewerberleistungsgesetz. In a qualitative study semi-standardized interviews with experts (n=10) and concerned persons (n=10) were realized in the cities of Hanover and Bremen. The results of the study show that the use of medical services by the legal requirements in Germany is difficult for people without legal residence status. The fear of discovery deters many concerned persons to take medical services, which often leads inevitably to a chronicity of the disease. There are particular non-governmental organizations and charitable initiatives that ensure the medical care of undocumented migrants. The improvement of the health care for undocumented migrants can not be realized by the maintenance of parallel systems. To ensure a sustainable improvement of health care, the integration of this group in the standard care is highly recommended. The introduction of an anonymous health insurance card is a possible solution that could allow regular access to outpatients and stationary medical services and free choice of medical practitioner.

Keywords

health care, migrants, undocumented migrants, qualitative study

Autorenerklärung

Die Erstellung des vorliegenden Artikels entstand im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Universität Bremen. Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dr. PH Mustapha Sayed, MPH

ist seit Juni 2014 bei der Deutschen BKK beschäftigt. Nach seinem Public-Health-Studium mit den Schwerpunkten Gesundheitsmanagement und Versorgungsforschung an der Universität Bremen war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.

Kontakt: mustapha.sayed@deutschebkk.de



Sandra Jessel
Hans-Holger Bleß

Defizite und Lösungsansätze bei der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern (VHF) ist eine der häufigsten Herzrhythmusstörungen im Erwachsenenalter mit hoher Dunkelziffer und zunehmender Prävalenz. VHF-Patienten haben ein erhöhtes Sterbe- und Erkrankungsrisiko etwa durch Schlaganfälle. Schlaganfälle wiederum sind lebensbedrohliche Ereignisse und der häufigste Grund für bleibende Behinderungen im Erwachsenenalter. Sie gehen mit beträchtlichen Krankheitskosten einher. Der Primär- und Sekundärprävention eines Schlaganfalls bei VHF kommt daher eine große Bedeutung zu. Sie beginnt mit der Therapie der Ursache des VHF. Mit der oralen Antikoagulation (OAK) steht zudem eine wirksame medikamentöse Methode zur Verfügung, Schlaganfälle bei VHF-Patienten zu verhindern. Dieser Artikel basiert auf Erkenntnissen aus dem im September 2015 vom IGES Institut veröffentlichten Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ und wurde um seitdem neu publizierte Informationen ergänzt. Die dargestellten Versorgungsempfehlungen aus dem Weißbuch beruhen unter anderem auf Diskussionen mit Experten aus den Bereichen Kardiologie, Neurologie, der hausärztlichen Versorgung, Patientenvertretung und Krankenversicherung.

>> Bei Vorhofflimmern (VHF) führt eine gestörte Erregungsleitung im Herzen zu einer mechanischen Dysfunktion der Vorhöfe und damit zu Störungen des Blutflusses. Als Folge kann es zur Bildung von Blutgerinnseln im Herzen kommen (kardiale Thromben). Werden diese in die Blutbahn geschwemmt (Thromboembolie), können sie unter anderem gehirnversorgende Gefäße verstopfen, und es entsteht ein ischämischer Schlaganfall. VHF-Patienten haben im Vergleich zu Patienten ohne VHF ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden (Camm et al. 2010). Kardiovaskuläre und extrakardiale Erkrankungen erhöhen dieses Risiko zusätzlich.

VHF-assoziierte Schlaganfälle haben im Vergleich zu ischämischen Schlaganfällen anderer Genese schwerere Verläufe, eine höhere Letalität sowie häufiger Bettlägerigkeit zur Folge (Dulli et al. 2003; Jorgensen et al. 1996; Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002; Lin et al. 1996). Rund ein Drittel der Patienten verstirbt innerhalb eines Jahres nach einem kardioembolisch bedingten Schlaganfall (Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002).

Schätzungsweise 1,8 Millionen VHF-Erkrankte in Deutschland

Die Prävalenz des VHF wird je nach Studie zwischen 2,13% und 2,5% der Bevölkerung beziffert (Schnabel et al. 2012; Wilke et al. 2013). Wilke et al. errechnen daraus, dass bezogen auf das Jahr

Zusammenfassung

Bei rund zwei Prozent der Bevölkerung ist ein Vorhofflimmern dokumentiert. Betroffene haben ein fünffach erhöhtes Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden. Diese Schlaganfälle verlaufen häufig schwerer als Schlaganfälle anderer Ursache. Primäres Behandlungsziel bei VHF ist deshalb die Prävention von Schlaganfällen. Therapie der Wahl ist die orale Antikoagulation, deren Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Allerdings zeigen sich noch immer Versorgungsdefizite vor allem bei Hochrisikopatienten und älteren Patienten sowie bei der Therapieadhärenz, die auf Handlungsunsicherheiten bei Ärzten und Patienten hindeuten. Es besteht weiterhin Aufklärungsbedarf. Verbesserungspotenziale für die Prävention ergeben sich zudem in der Diagnostik des VHF und bei Ansätzen zur Unterstützung der Therapie.

Schlüsselwörter

Vorhofflimmern, ischämischer Schlaganfall, Prävention, Versorgungssituation

2009 rund 1,8 Millionen Menschen in Deutschland an VHF erkrankt sind. Zusätzlich ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, denn in vielen Fällen verursacht VHF keine oder nur episodenhafte Beschwerden und bleibt daher häufig unentdeckt.

Die Dimension der Dunkelziffer verdeutlicht eine bevölkerungsbasierte Studie, nach der bei 0,5% aller Teilnehmer bzw. 15,5% der Patienten mit VHF die Erkrankung unbekannt war und erst durch die Studie diagnostiziert wurde (Schnabel et al. 2012).

Das Risiko für VHF steigt mit dem Alter, u. a. weil andere Herzkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck ebenfalls mit steigendem Lebensalter häufiger werden, die wiederum VHF begünstigen. Während bei den unter 65-Jährigen die Erkrankungshäufigkeit bei weniger als 1,5% liegt, betrifft es mehr als 10% der über 74-Jährigen (Wilke et al. 2013).

Die Prävalenz des VHF wird in den kommenden Jahren in Deutschland weiter ansteigen (Wilke et al. 2013). Dazu tragen der demografische Wandel, das verbesserte Überleben bei prädisponierenden Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit (KHK) oder Herzinsuffizienz und nicht zuletzt auch Fortschritte in der Diagnostik bei.

Hinweise auf VHF geben ein unregelmäßiger Puls und entsprechende klinische Symptome. Ein Elektrokardiogramm (EKG) sichert die Diagnose. Leitlinien empfehlen ein opportunistisches Screening bei allen Patienten ab 65 Jahren durch Tasten des Pulses und ggf. folgendem Elektrokardiogramm (EKG) (Camm et al. 2010). Im Vergleich zu einem routinemäßigen EKG-Screening aller Patienten führt das opportunistische Screening zu einer vergleichbaren Erkennungsrate neuer Fälle mit Vorhofflimmern bei deutlich geringeren Kosten (Fitzmaurice et al. 2007).

Hohe Krankheitslast und steigende Krankheitskosten durch Schlaganfälle

Etwa 15% bis 20% der ischämischen Schlaganfälle stehen in Zusammenhang mit VHF (DGK 2013; Lloyd-Jones et al. 2010). Schlaganfälle führen jährlich zu knapp 35.000 Todesfällen und gehören zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland (GBE 2015b). Sie sind zudem die häufigste Ursache von bleibenden Behinderungen im Erwachsenenalter.

Ischämische Schlaganfälle verursachen jährlich direkte Behandlungskosten in Höhe von 4,85 Mrd. Euro (bezogen auf 2008). Die Kosten stiegen zwischen 2002 und 2008 um 15,9%. Rund zwei Drittel der direkten Kosten entfielen auf stationäre und teilstationäre Einrichtungen (3,2 Mrd. Euro) (GBE 2015a).

Hinzu kommen indirekte Kosten aufgrund volkswirtschaftlicher Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod Erwerbstätiger in Höhe von jährlich 1,3 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt 2010; BMJV 2015). Die lebenslangen, direkten Kosten eines Versicherten mit Schlaganfall belaufen sich für die gesetzliche Krankenversicherung durchschnittlich auf rund 43.000 Euro (Kolominsky-Rabas et al. 2006).

Medikamentös erfolgt die Schlaganfallprävention mittels oraler Antikoagulation (OAK) (DGK 2013). Die OAK soll die Bildung von Blutgerinnseln im Herzen verhindern (antithrombotische Therapie), geht aber als unerwünschte Wirkung mit einem erhöhten Blutungsrisiko einher. Die Fachgesellschaften empfehlen eine OAK bei allen Patienten mit VHF und mindestens einem Risikofaktor (CHA₂DS₂VASc-Score, s.u.), mit Ausnahme von ansonsten gesunden Patienten mit VHF unter 65 Jahren oder Patienten mit Kontraindikationen.

Für die OAK stehen verschiedene Therapieansätze zur Verfügung: Vitamin-K-Antagonisten (VKA) und direkte Hemmer von Gerinnungsfaktoren (Xa- und Thrombininhibitoren). Direkte Gerinnungshemmer werden auch als neue oder direkte orale Antikoagulanzen (NOAK bzw. DOAK) bezeichnet. Eine antithrombotische Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) wie Acetylsalicylsäure (ASS) oder Clopidogrel wird nur noch in Ausnahmefällen empfohlen, da diese zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern im Vergleich zu oralen Antikoagulanzen weniger wirksam sind (DGK 2013).

Die Entscheidung für oder gegen eine OAK soll unter Berücksichtigung des individuellen Schlaganfall- und Blutungsrisikos, von Kontraindikationen sowie von Patientenpräferenzen gemeinsam mit dem Patienten erfolgen. Die Risikoabschätzung ist für die Therapieentscheidung von großer Bedeutung und erfolgt leitliniengerecht mit Hilfe validierter Scores (Schlaganfallrisiko mittels CHA₂DS₂VASc-Score, HAS-BLED-Score für das Blutungsrisiko). Aktuelle Studien deuten jedoch darauf hin, dass die Leitlinienadhärenz im Bereich der Risikoerfassung unzureichend ist (Hersi et al. 2012; Lowres et al. 2013).

Studien geben Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung

Über die Versorgungssituation geben mehrere für das Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ betrachtete Registerstudien Auskunft. Die Studien weisen bei bestimmten Patientengruppen auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie auf Probleme bei der Therapieadhärenz hin. Diesen Studien zufolge erhalten zwischen 13% und 43% der Patienten mit VHF in der spezialisierten Versorgung keine OAK, zwischen 8% und 20% erhalten TAH anstatt einer OAK (Bonnemeier et al. 2011; Steffel al. 2015; Nabauer et al. 2009).

Eine Veröffentlichung des GARFIELD-AF-Registers (Global Anti-coagulant Registry in the FIELD), eines internationalen Schlaganfallregisters, zeigt, dass in Deutschland – je nach Risikostratifikation – zwischen 10% und 30% der Patienten mit einer Indikation zur OAK keine Therapie erhalten. 20% bis 40% wurden mit TAH therapiert. Bei der Betrachtung über alle Scores hinweg zeigt sich, dass nur 58% leitliniengerecht mit Antikoagulanzen behandelt werden (Haas 2015). Die Zahlen beziehen sich auf Patientendaten aus den Jahren 2009 bis 2011.

Mehrere Studien beschreiben, dass mit steigendem Schlaganfallrisiko der Anteil der Patienten mit OAK zunimmt. Allerdings

schwächte sich dieser Zusammenhang bei höheren Risiken ab. Das PREFER-in-AF-Register (Prevention of thromboembolic events – European Registry in Atrial Fibrillation, ein europäisches Register vorwiegend aus der spezialisierten Versorgung) stellt dar, dass ab einem CHA₂DS₂VASc-Score von 4 bei fast jedem zehnten Patienten keine adäquate orale Antikoagulation erfolgte (Steffel et al. 2015).

Umgekehrt kam es zu Behandlungen von Patienten ohne Indikation (CHA₂DS₂VASc-Score von 0). Dies zeigte sich in verschiedenen Erhebungen allerdings nur bei kleinen Fallzahlen, aber dennoch durchgehend. Danach erhielten zwischen 40% und 60% der VHF-Patienten in der hausärztlichen oder spezialisierten Versorgung eine OAK, obwohl fraglich ist, ob der Nutzen das Blutungsrisiko übersteigt (Haas 2015; Meinertz et al. 2011; Steffel 2015).

Von besonders hoher Bedeutung ist eine OAK für die Sekundärprävention nach ischämischem Schlaganfall, um bestehende neurologische Defizite und Behinderungen durch weitere Ereignisse nicht zu verschlimmern und das erhöhte Sterblichkeitsrisiko dieser Patienten zu senken (DGK 2013, DGN 2012). Eine Studie mit Daten der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) zur Qualität der Behandlung des akuten Schlaganfalls ergab, dass 77,6% der VHF-Patienten mit ischämischem Schlaganfall bei Entlassung eine OAK erhielten (Wiedmann et al. 2014).

Weniger hohe Werte wurden erreicht, wenn die OAK erst nach dem stationären Aufenthalt beginnt. Bei Patienten, bei denen die OAK (aus medizinischen Gründen) erst im Anschluss eines Klinikaufenthaltes indiziert war, erfolgte diese nur bei 64,5% der Patienten (Palm et al. 2014). Palm et al. zeigten, dass neben dem Alter der Patienten und Schwere des Insults das Fehlen einer OAK der bedeutendste unabhängige Risikofaktor für ein früheres Versterben war: Patienten ohne OAK hatten ein 5-fach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko als Patienten mit OAK.

Für eine wirksame Prävention von Schlaganfällen bei VHF-Pa-

Anteil der Patiententage mit regelmäßiger und dauerhafter OAK unter Patienten mit VHF

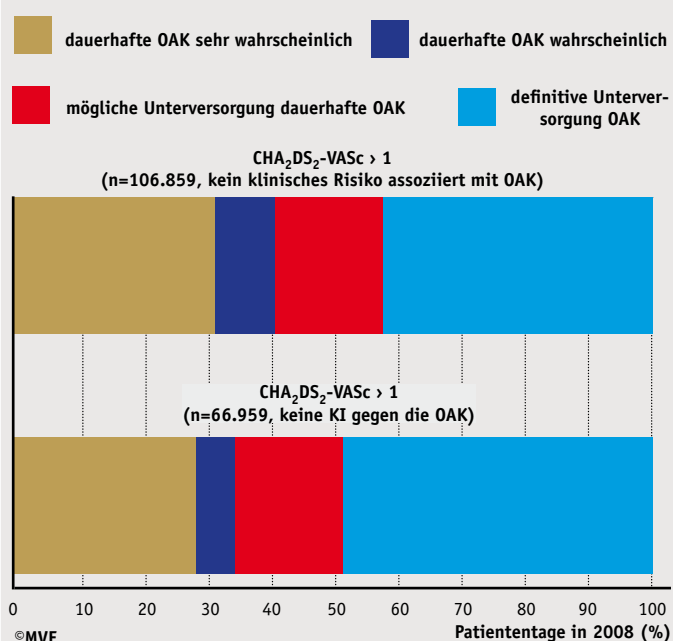


Abb. 1: Anteil der Patiententage mit regelmäßiger und dauerhafter OAK unter Patienten mit VHF nach CHA₂DS₂VASc-Score. Quelle: IGES – eigene Abbildung nach Wilke et al. (2012). Legende: OAK = Orale Antikoagulation, KI = Kontraindikation.

tienten ist eine regelmäßige und dauerhafte Einnahme der oralen Antikoagulanzen entscheidend. Hinweise auf die Therapietreue im Versorgungsalltag geben Auswertungen von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen (Routinedaten). Eine durchgehende Arzneimittelverordnung für eine OAK (in der betrachteten Studie mittels VKA) liegt danach nur bei ca. 30% bis 40% der Patiententage eines Jahres vor. An 40% bis 50% der Patiententage erfolgt keine Verordnung von VKA (Wilke et al. 2012) (Abb. 1).

Der DAK-Versorgungsreport Schlaganfall zeigt, dass durch eine bessere Primärprävention bei VHF, die durch eine erhöhte Detektions- und Behandlungsrate mittels OAK erreicht werden kann, rund 9.400 Schlaganfälle jährlich in Deutschland verhindert werden könnten (DAK Gesundheit 2014). Bezogen auf die gesamte Lebenszeit der Betroffenen ergibt sich daraus ein Einsparpotenzial in Höhe von ca. 400 Mio. Euro (ohne Berücksichtigung möglicher Behandlungskosten).

Der Verbrauch antithrombotischer Mittel hat sich im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr um knapp 11% erhöht, die Wachstumsrate lag 2013 bei 8%. Dazu hat vor allem der seit 2012 deutlich steigende Verbrauch der NOAK beigetragen, während der Verbrauch an VKA in dieser Zeit nahezu gleich geblieben ist (Häussler et al. 2015).

Die Auswertungen der verschiedenen Register weisen darauf hin, dass die Behandlungsraten von VHF-Patienten bei der OAK in den vergangenen Jahren zugenommen haben. Das betrifft die Behandlungsraten insgesamt sowie die Behandlungsraten mit NOAK. In der GARFIELD-AF-Studie waren diese Anstiege in Deutschland stärker ausgeprägt als in anderen Ländern (Haas 2015).

Zahlreiche Barrieren erschweren Therapieentscheidung

Verschiedene Studien zeigen, dass die Entscheidung für oder gegen eine OAK sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten jedoch häufig mit Unsicherheiten einher geht, und dass eine Vielzahl von Faktoren diesen Entscheidungsprozess beeinflusst.

Wilke et al. konnten in ihrer Analyse von Routinedaten Alter und Geschlecht als unabhängige Risikofaktoren für eine Unterversorgung mit OAK vor allem bei älteren Frauen feststellen (Wilke et al. 2015). Besonders hoch war das Risiko bei dementen Patienten, Patienten mit Alkoholkrankheit oder mit Sturzrisiko. Bestand zusätzlich eine vaskuläre Erkrankung wie eine KHK oder nur ein gelegentlich auftretendes VHF (paroxysmales VHF) war dies ebenfalls mit einem erhöhten Risiko einer OAK-Unterversorgung verbunden.

Den Faktor Alter als Einflussfaktor untersuchten auch Ohlmeier et al. (2013): Im Vergleich zu jüngeren Patienten stieg das Risiko, keine OAK zu erhalten, in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre um das 1,6-Fache (80-84 Jahre: OR 1,6; 95 % KI 1,4 - 1,8). In der Altersgruppe über 90 Jahre war das Risiko für die Nichtanspruchnahme einer OAK um das 12-fache erhöht (≥ 90 Jahre: OR 12,4; 95 % KI 6,3 - 24,4).

Indikator für die Versorgungsqualität, aber auch bedeutender Einflussfaktor für die Akzeptanz der Therapie mit VKA, ist die engmaschige Kontrolle der Gerinnungsneigung über Laborkontrollen (z. B. Verweildauer im angestrebten therapeutischen Bereich; engl. *time in therapeutic range*, TTR). Für die Wirksamkeit der Schlaganfallprävention existieren anzustrebende Zielwerte. Allerdings werden diese nur bei gut jedem zweiten VHF-Patienten in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland erreicht (Mueller et al. 2014).

Zu den patientenbezogenen Barrieren einer VKA-Therapie gehört, dass manche Patienten die regelmäßige Kontrolle der Gerinnungsneigung belastend empfinden oder dass eine generelle Angst vor Nebenwirkungen oder Interaktionen der Therapie besteht (Kneeland und Fang 2010).

Ungewollt können eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Demenzerkrankungen sowie Depressionen dazu beitragen, dass Patienten eine regelmäßige OAK nicht durchführen können (Michal et al. 2014; Wilke et al. 2014).

Aus Perspektive der Ärzte gehören das Alter der OAK-Patienten, erwartete Adhärenzprobleme, Begleiterkrankungen sowie das Blutungsrisiko zu den Faktoren, die eine Entscheidung gegen eine OAK begünstigen, besonders wenn in der Vorgeschichte bereits Blutungen auftraten oder aktuell ein erhöhtes Blutungsrisiko besteht (Pugh et al. 2011). Heterogen zeigt sich die Studienlage, wie Ärzte das Sturz- und damit erhöhte Blutungsrisiko ihrer Patienten einschätzen und im Rahmen der Therapieentscheidung bewerten.

Ein zunächst fehlendes, spezifisches Gegenmittel für NOAK wird in der Auswahl des Therapieverfahrens thematisiert (DGN und DSG 2013, AkdÄ 2012). Mittlerweile hat aber das erste Gegenmittel die Zulassung erhalten und weitere Präparate befinden sich in der klinischen Prüfung, so dass im Falle einer Blutung unter NOAK deren Wirkung schnell und zuverlässig aufgehoben und die Blutung gestoppt werden kann (EMA 2015; Siegal et al. 2015).

Ansätze für die Versorgungsoptimierung

Ein bedeutender Faktor für eine weitere Verbesserung der primären Schlaganfallprävention bei VHF ist die Detektion bisher unerkannter Betroffener und die damit einhergehende Frage der Diagnostik. Beides wird erschwert, da VHF episodenhaft oder asymptomatisch verlaufen kann und es kein systematisches Screening gibt.

Die im Weißbuch befragten Experten sehen daher die Implementierung von Strukturen und Anreizen in der hausärztlichen Versorgung, um Früherkennungsmaßnahmen auch konsequent umsetzen zu können, als einen Lösungsansatz für eine bessere Identifikation unerkannter VHF-Patienten. Dabei könnten unter Umständen auch Messungen der Pulsfrequenz (z. B. in Apotheken oder zu Hause) beitragen, die Entdeckungsrate des VHF zu erhöhen.

Aus Patientenperspektive habe den Weißbuch-Experten zufolge zwar das Wissen um das Thema Schlaganfall erheblich zugenommen, der Zusammenhang mit VHF sei aber immer noch häufig unbekannt. Dies erfordere kontinuierliche, sachliche und patientengerechte Aufklärung über verschiedenste Kanäle. Vermehrte Aufklärung schaffe die Basis für eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung und Therapieentscheidung, die zu einer möglichst hohen Therapieadhärenz führt. Zusätzlich gelte es, neue gezielte Ansätze zur Unterstützung der Einnahmetreue der medikamentösen Schlaganfallprävention zu entwickeln und zu etablieren (Abb. 2).

Mit einem umfangreichen Plan haben jüngst internationale Experten auf Initiative des Deutschen Kompetenznetzwerks Vorhofflimmern (AFNET) und der European Heart Rhythm Association (EHRA) auf den weiteren Verbesserungsbedarf in der Versorgung und Erforschung des Vorhofflimmerns reagiert. Auch sie sehen verständliche Aufklärung und Wissensvermittlung und den aktiven Einbezug der Patienten in das gesamte Krankheitsmanagement als entscheidend für eine erfolgreiche Therapie an. Die Experten schlagen unter anderem strukturierte und interdisziplinäre Versorgungspläne

für alle VHF-Patienten vor sowie ein groß angelegte Screening für über 65-Jährige und für Menschen mit hohem Risiko vor (Kirchhof et al. 2015).

Fazit

Die medikamentöse Schlaganfallprävention bei VHF mittels OAK hat sich in den vergangenen Jahren verbessert. Die Inanspruchnahme einer OAK bei VHF-Patienten erreicht Werte zwischen 70% und 90%. Vor allem in den Hochrisikogruppen werden sehr hohe Versorgungsgrade erreicht. Allerdings erhalten Patienten mit sehr hohen Risiken und ältere Patienten trotz Indikation häufig keine OAK. Die beobachtete Überversorgung von Patienten ohne Indikation, aber auch Unterversorgung bei niedrigeren Risikokonstellationen deuten auf weiter bestehende Handlungsunsicherheit sowohl bei Ärzten als auch Patienten hin. Mehr Aufklärung und Wissen über VHF ist die Basis, damit die Entscheidung für oder gegen eine OAK als ein Ergebnis individueller Nutzen-Risiko-Abwägung unter Einbezug von Kontraindikationen und Patientenwünschen getroffen werden kann.

Trotz der unbestrittenen Fortschritte bleibt die hausärztliche Basisversorgung für die Schlaganfallprävention künftig eine Herausforderung, da dabei zunehmend ältere und multimorbide VHF-Patienten im Mittelpunkt stehen werden. Dies gilt es bei Hilfestellungen für Therapieentscheidungen als auch bei Maßnahmen zur



Abb. 2: Ansätze zur Verbesserung der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Quelle: IGES nach Kip et al. (2015), DAK Gesundheit (2014).

Unterstützung der Therapieadhärenz zu berücksichtigen. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Faktor Alter zu den bedeutendsten Risikofaktoren einer Unterversorgung gehören. In diesem Bereich besteht weiter dringender Forschungsbedarf, um Interventionen zur effektiven Verbesserung der Adhärenz zu identifizieren.

Heterogen und lückenhaft ist derzeit die Datenlage über gesamtgesellschaftliche Kosten VHF-bedingter Schlaganfälle sowie Nutzen und Kosten verschiedener Präventionsmaßnahmen und Interventionen. Diese Erkenntnisse sind jedoch für die Gestaltung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für eine optimale Prävention nötig. <<

Autorenerklärung

Sandra Jessel und Hans-Holger Bleß sind Mitarbeiter des Unternehmens IGES Institut GmbH in Berlin. Das Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ und dieser Beitrag entstanden mit finanzieller Unterstützung der Unternehmen Bayer Vital, Boehringer Ingelheim Pharma, Bristol-Myers Squibb, Daiichi Sankyo Deutschland sowie Pfizer Deutschland.

Hans-Holger Bleß

ist Leiter des Bereichs Versorgungsforschung am IGES Institut. Weiterhin ist er schwerpunktmäßig mit Themen wie dem Versorgungsmanagement, Arzneimittelbedarf sowie mit gesetzlichen Regularien im Arzneimittelbereich befasst. Er hat Pharmazie an der FU Berlin studiert und arbeitete nach Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken zuvor für die AOK Brandenburg.
Kontakt: Hans-Holger.Bless@iges.com



Sandra Jessel

ist Referentin im Bereich Kommunikation am IGES Institut. Nach dem Studium der Pharmazie an der FU Berlin war sie zunächst als Offizin-Apothekerin tätig. Es folgten ein medienwissenschaftliches Studium mit dem Schwerpunkt Wissenschaftskommunikation sowie Tätigkeiten im medizinischen Verlagswesen.
Kontakt: Sandra.Jessel@iges.com



Shortfalls and approaches for stroke prevention in patients with atrial fibrillation

A good two percent of the adult population are documented to suffer from atrial fibrillation (AF). Patients have a five-fold increase in their risk of developing ischemic stroke. These strokes frequently follow a more serious course of disease than strokes of other origins. The primary goal of AF treatment is therefore to prevent stroke development. The treatment of choice is oral anticoagulation, the use of which has been increasing in the past years. However, shortfalls in care still exist, especially for high-risk and elderly patients. There are also deficits in treatment adherence which indicate uncertainties regarding the treatment, for both physicians and patients. A need for better information still exists. There is also potential for improving prevention concerning AF diagnostics and approaches to providing support during treatment.

Keywords

Atrial Fibrillation, Ischemic Stroke, Prevention, Health Care Situation

Literatur

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2012): Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®). Version 1.0. Leitfaden. Berlin: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.
- Bonnemeier, H./Bosch, RF./Kohlhaussen, A. et al. (2011): Presentation of atrial fibrillation and its management by cardiologists in the ambulatory and hospital setting: MOVE cross-sectional study. In: *Curr Med Res Opin* 27(5): 995-1003. DOI: 10.1185/03007995.2011.563286. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391837>
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015): Anlage 1 Durchschnittsentgelt in Euro/DM/RM. In: www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/anlage_1.html (abgerufen am 23.11.2015)
- Camm, AJ./Kirchhof, P./Lip, GY. et al. (2010): Guidelines for the management of atrial fibrillation. In: *Eur Heart J* 31: 2369-2429. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq278. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802247>
- DAK Gesundheit (2014): Versorgungsreport Schlaganfall. Chancen für mehr Gesundheit https://www.dak.de/dak/download/Chartbook_DAK_-_Versorgungsreport-1439116.pdf (abgerufen am 07.12.2015)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) (2013): Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) Kritischer Kommentar zu den „Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®)“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) (Hrsg) (2013): ECS Pocket Guidelines. Leitlinie für das Management von Vorhofflimmern – Fokus Update 2012. <http://leitlinien.dgk.org/2013/pocket-leitlinien-fur-das-management-von-vorhofflimmern-fokus-update-2012/> (abgerufen am 07.12.2015)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012): Sekundärprophylaxe des ischämischen Insults. In: Diener HC, Weimar C.: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Herausgegeben von der Kommission „Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/LL_23_2012_sekundrprophylaxe_des_ischmischen_insults.pdf (abgerufen am 07.12.2015).
- Dulli, DA./Stanko, H./Levine, RL. (2003): Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. In: *Neuroepidemiology* 22(2), 118-123. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629277>
- European Medicines Agency (EMA) (2015): EMA fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, Presseinformation vom 25.09.2015.
- Fitzmaurice, DA./Hobbs, FD./Jowett, S. et al. (2007): Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. In: *BMJ* 335(7616), 383. DOI: 10.1136/bmj.39280.660567.55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17673732>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2015a): Krankheitskosten in Mio. Euro für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10. <http://www.gbe-bund.de> (abgerufen am 11.11.2015)

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2015b): Sterbefälle für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen absolut und je 100.000 Einwohner. <http://www.gbe-bund.de> (abgerufen am 11.11.2015)
- Haas, S. (2015): GARFIELD-AF - Wie sieht die Versorgungssituation der Patienten mit Vorhofflimmern in Deutschland aus? In: *Dtsch Med Wochenschr* 140 Suppl 1: S13-14. DOI: 10.1055/s-0041-101750. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26069039>
- Häussler, B./Höer, A./de Millas, C. (2015): *Arzneimittel-Atlas 2015. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*. Berlin: IGES Institut
- Hersi, AS./Alsheikh-Ali, AA./Zubaid, M. et al. (2012): Prospective observational studies of the management and outcomes in patients with atrial fibrillation: A systematic review. In: *J Saudi Heart Assoc* 24(4): 243-252 DOI: 10.1016/j.jsha.2012.08.001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174832>
- Jorgensen, HS./Nakomya, H./Reith, J. et al. (1996): Acute Stroke With Atrial Fibrillation. The Copenhagen Stroke Study. stroke.ahajournals.org. <http://stroke.ahajournals.org/content/27/10/1765.long> (abgerufen am 07.12.2015)
- Kip, M./Schönfelder, T./Bleß, HH. (2015): *Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern*. Stuttgart: Thieme
- Kirchhof, P./Breithardt, G./Bax, J. et al. (2015): A roadmap to improve the quality of atrial fibrillation management: proceedings from the fifth Atrial Fibrillation Network/European Heart Rhythm Association consensus conference. In: *Europace* Oct 18. DOI: 10.1093/europace/euv304. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26481149>
- Kneeland, PP./Fang, MC. (2010): Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism. In: *Patient Preference Adherence* 4: 51-60 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20361065>
- Kolominsky-Rabas, PL./Heuschmann, PU. (2002): Incidence, etiology and long-term prognosis of stroke. In: *Fortschr Neur Psychiatr* 70(12): 657-662 DOI: 10.1055/s-2002-35857. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12459947>
- Kolominsky-Rabas, PL./Heuschmann, PU./Marschall, D. et al. (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. In: *Stroke* 37(5): 1179-1183. DOI: 10.1161/01.STR.00000217450.21310.90. <http://stroke.ahajournals.org/content/37/5/1179.full.pdf>
- Lin, HJ./Wolf, PA./Kelly-Hayes, M. et al. (1996): Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. In: *Stroke* 27(10): 1760-1764. ISSN: 0039-2499 (Linking). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841325>
- Lloyd-Jones, D./Adams, JR./Brown, JB. et al. (2010): Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update. A Report From the American Heart Association. In: *Circulation* 121, e46-e215. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667
- Lowres, N./Neubeck, L./Redfern, J. et al. (2013): Screening to identify unknown atrial fibrillation. A systematic review. In: *Thromb Haemost* 110(2): 213-222. DOI: 10.1160/TH13-02-0165. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23595785>
- Meinertz, T./Kirch, W./Rosin, L. et al. (2011): Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. In: *Clinic Res Cardiol* 100(10), 897-905. DOI: 10.1007/s00392-011-0320-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533828>
- Michal, M./Prochaska, JH./Ullmann, A. et al. (2014): Relevance of depression for anticoagulation management in a routine medical care setting: results from the ThrombEVAL study program. In: *J Thromb Haemost* Oct 7. DOI: 10.1111/jth.12743. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25292317>
- Mueller, S./Pfannkuche, M./Breithardt, G. et al. (2014): The quality of oral anticoagulation in general practice in patients with atrial fibrillation. In: *Eur J Intern Med* 25(3): 247-254. DOI: 10.1016/j.ejim.2013.12.013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477050>
- Nabauer, M./Gerth, A./Limbourg, T. et al. (2009): The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. In: *Europace* 11(4): 423-434. DOI: 10.1093/europace/eun369 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19153087>
- Ohlmeier, C./Mikolajczyk, R./Haverkamp, W. et al. (2013): Incidence, prevalence, and antithrombotic management of atrial fibrillation in elderly Germans. In: *Europace* 15(10): 1436-1444. DOI: 10.1093/europace/eut048. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23487542>
- Palm, F./Kraus, M./Safer, A. et al. (2014): Management of oral anticoagulation after cardioembolic stroke and stroke survival data from a population based stroke registry (LuSSt). In: *BMC Neurol* 14, 199. DOI: 10.1186/s12883-014-0199-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196130/pdf/12883_2014_Article_199.pdf
- Pugh, D./Pugh, J./Mead, GE. (2011): Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: a systematic review. In: *Age Ageing* 40(6), 675-683. DOI: 10.1093/ageing/afp097. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821732>
- Schnabel, RB./Wilde, S./Wild, PS. et al. (2012): Atrial fibrillation: its prevalence and risk factor profile in the German general population. In: *Dtsch Arzteblatt International* 109(16): 293-299. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0293. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22577476>
- Siegel, DM./Curnutte, JT./Connolly, SJ. et al. (2015): Andexanet Alfa for the Reversal of Factor Xa Inhibitor Activity. In: *N Engl J Med*, November 11, DOI: 10.1056/NEJMoa1510991 <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1510991>
- Statistisches Bundesamt (2010): *Gesundheit. Krankheitskosten. Fachserie 12 Reihe 7.2. 2002-2008*. Wiesbaden
- Steffel, J./Gwechenberger, M./Müller, MWH. et al. (2015): Risikoadaptierte Antikoagulation zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: *Dtsch Med Wochenschr* 140: e247-e255
- Wiedmann, S./Heuschmann, PU./Hillmann, S. et al. (2014): The quality of acute stroke care- an analysis of evidence-based indicators in 260 000 patients. *Deutsches Arzteblatt Int* 111(45): 759-765. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0759 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25467052>
- Wilke, T./Groth, A./Mueller, S. et al. (2013): Incidence and prevalence of atrial fibrillation: an analysis based on 8.3 million patients. In: *Europace* 15(4): 486-493. DOI: 10.1093/europace/eus333. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23220354>
- Wilke, T./Groth, A./Mueller, S. et al. (2012): Oral anticoagulation use by patients with atrial fibrillation in Germany. Adherence to guidelines, causes of anticoagulation under-use and its clinical outcomes, based on claims-data of 183,448 patients. In: *Thromb Haemost* 107(6): 1053-1065. DOI: 10.1160/TH11-11-0768 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22398417>
- Wilke, T./Groth, A./Pfannkuche, M. et al. (2014): Real life anticoagulation treatment of patients with atrial fibrillation in Germany: extent and causes of anticoagulant under-use. In: *J Thromb Thrombolysis* Sep 14. DOI: 10.1007/s11239-014-1136-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/252185077>

Isabelle Stoffregen

Dr. Jörg-Peter Klötzer

PD Dr. Stefan Christiansen, MHBA

Existiert eine Über- und/oder Fehlversorgung mit Opipramol?

Eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen in den kommenden Jahrzehnten wird die Zunahme psychischer Erkrankungen sein. Allein von 2009 zu 2010 verzeichneten die Krankenkassen einen Anstieg der zu behandelnden Patienten von 21,4 % [1]. Prognosen zufolge wird die Patientenzahl auch in Zukunft weiter zunehmen und laut der Weltgesundheitsorganisation werden im Jahr 2020 psychische Erkrankungen die zweithäufigste Volkskrankheit sein [2]. Folglich sind die dadurch entstehenden Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem und nicht zuletzt auch die dadurch entstehenden Kosten ein zentrales Diskussionsthema [3]. In Deutschland z. B. entstehen aufgrund von Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis gemäß den Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin direkte Kosten in Höhe von 16 Milliarden Euro pro Jahr (Stand 2011) [4]. Diese werden sich voraussichtlich bis zum Jahr 2030 auf 32 Milliarden Euro verdoppeln [4]. Ein Grund dafür ist unter anderem die steigende Verordnungsmenge von Antidepressiva. Diese ist zwischen den Jahren 2010 (1176 DDD = defined daily dose) und 2011 (1257 DDD) um 7% gestiegen [5]. Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) wird sich diese Entwicklung auch in der Zukunft fortsetzen. Dies ist dadurch zu erklären, dass aufgrund des demografischen Wandels mit einer Zunahme älterer Menschen zu rechnen ist und diese häufig von Depressionen betroffen sind [2].

>> Insgesamt ist also zu erwarten, dass die Kosten für die Behandlung von Depressionen steigen werden. Einerseits darf dies keinesfalls zu einer Unterversorgung führen, andererseits ist aber bekannt, dass auch bei der Arzneimitteltherapie Über- und Fehlversorgungen bestehen. Dies bestätigt z. B. das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), gemäß dem es immer noch erhebliche Differenzen zwischen leitliniengerechter Therapie und Versorgungsrealität gibt [6]. Ziel der vorliegenden Studie war, dies am Beispiel von Opipramol auf der Basis der Daten unserer Versicherten zu untersuchen.

Methodik

Zunächst wurden alle Patienten identifiziert, die im Zeitraum von 01.01.10 - 30.06.14 Opipramol einnahmen. Opipramol gehört zu den Antidepressiva, ist gemäß Fachinformation aber nur zur Behandlung der generalisierten Angststörung (F41.1) und der somatoformen Störungen (F45-Diagnosen) zugelassen. Als nächstes wurde bei den oben genannten Patienten untersucht, ob bei ihnen eine

Zusammenfassung

Einleitung: Antidepressiva stellen einen beträchtlichen Kostenfaktor im deutschen Gesundheitswesen dar. Es ist allerdings bekannt, dass es erhebliche Differenzen zwischen leitliniengerechter Therapie und Versorgungsrealität gibt. Ziel der vorliegenden Studie war, diese Diskrepanz am Beispiel von Opipramol exakt zu quantifizieren.

Methodik: Im Zeitraum von 01.01.10 - 30.06.14 wurden alle Versicherten, die Opipramol einnahmen, identifiziert und diesen die ICD-10-codierten psychiatrischen Diagnosen (F-Diagnosen) zugeordnet. Anschließend erfolgte eine Einteilung in drei Patientengruppen: Patienten mit einer F-Diagnose, für deren Behandlung Opipramol zugelassen ist (Patientengruppe 1), Patienten mit einer F-Diagnose, für deren Behandlung Opipramol nicht zugelassen ist (Patientengruppe 2) und Patienten ohne F-Diagnose (Patientengruppe 3). Anschließend wurde untersucht, ob Opipramol von Fachärzten (FA) für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Neurologie (FA-Gruppe 1) oder Fachärzten anderer Disziplinen (FA-Gruppe 2) verordnet wurde.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 5.444 Versicherte Opipramol ein. Bei 1.863 Patienten (Patientengruppe 1, 34,3%) wurde das Opipramol entsprechend der Zulassung verordnet, während bei 3581 Patienten (2.426 Patienten der Patientengruppe 2 und 1.155 Patienten der Patientengruppe 3, zusammen 65,7%) das Opipramol außerhalb der Zulassung verabreicht wird. Auffallend war zusätzlich, dass Opipramol am häufigsten von Fachärzten der FA-Gruppe 2 verordnet wurde (79% versus 21%). Der Anteil der Verordnungen durch Fachärzte der FA-Gruppe 1 war in Patientengruppe 1 am höchsten (28,5%) und fiel dann über die Patientengruppe 2 (24%) bis auf 2,7% (Patientengruppe 3) ab.

Schlussfolgerung: Unsere Studie bestätigt die bereits bekannte Über- und Fehlversorgung mit Antidepressiva am Beispiel von Opipramol. Ein Grund dafür könnte die häufige Verordnung von Opipramol durch Fachärzte fachfremder Disziplinen sein.

Schlüsselwörter

Opipramol, Krankenversicherung, Überversorgung

ICD-10-codierte psychiatrische Diagnose (F-Diagnose) vorlag. Anschließend erfolgte eine Einteilung in drei Patientengruppen:

1. Patienten mit einer F-Diagnose, für deren Behandlung Opipramol zugelassen ist (Patientengruppe 1)
2. Patienten mit einer F-Diagnose, für deren Behandlung Opipramol nicht zugelassen ist (Patientengruppe 2)
3. Patienten ohne F-Diagnose (Patientengruppe 3)

Für alle Patientengruppen wurden der Mittelwert des Alters mit Standardabweichung und die absolute und prozentuale Geschlechtsverteilung bestimmt. Desweiteren wurde kalkuliert, welche Medikamentenkosten pro Jahr durch die Gruppen 2 und 3 verursacht werden.

Abschließend wurde untersucht, ob Opipramol von Fachärzten (FA) für Psychiatrie/Nervenheilkunde/Neurologie (FA-Gruppe 1) oder Fachärzten anderer Disziplinen (FA-Gruppe 2) verordnet wurde. Für jede der oben genannten Patientengruppen wurde der jeweilige prozentuale Anteil der verordnenden FA-Gruppe berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen im Untersuchungszeitraum 5.444 Patienten Opipramol ein. Der Mittelwert des Alters betrug 56,6 (+/- 12,7) Jahre. Davon waren 2.603 (47,8%) Patienten männlich und 2841 (52,2%) weiblich.

Aufgrund der oben genannten Kriterien waren 1.863 Patienten der Patientengruppe 1 zuzuordnen, 2.426 der Patientengruppe 2 und 1.155 der Patientengruppe 3. Dies ist nochmals grafisch in Abbildung I dargestellt. Die Mittelwerte des Alters, die Geschlechtsverteilung und die jeweils häufigste F-Diagnose der einzelnen Grup-

pen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Insgesamt ist festzuhalten, dass lediglich bei 1.863 Patienten (Patientengruppe 1, 34,3%) Opipramol entsprechend der Zulassung verordnet wird, während bei 3.581 Patienten (Patientengruppen 2 und 3, 65,7%) das Opipramol ausserhalb der Zulassung verabreicht wird. Dies verursacht bei Kosten von 37 Cent pro DDD [5] Gesamtkosten in Höhe von 483.614,05 Euro pro Jahr.

Die Verteilung der FA-Gruppen innerhalb der Patientengruppen wird in Abbildung 2 dargestellt. Es ist ersichtlich, dass der Anteil der FA-Gruppe 1 in der Patientengruppe 1 am höchsten, in der Patientengruppe 2 niedriger und in Patientengruppe 3 am niedrigsten ist. Weiterhin zeigt die Abbildung, dass die Verordnungshäufigkeit durch die FA-Gruppe 2 grundsätzlich erheblich höher ist als die der FA-Gruppe 1.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass Opipramol in 65,7% der Fälle ausserhalb der Zulassung verordnet wird. Dies steht im Einklang mit der Meinung der Autoren des Arzneiverordnungsreports, die die hohe Verschreibungshäufigkeit von Opipramol kritisieren [5]. Dieses gehört mit 80,3 Millionen DDD-Verordnungen pro Jahr zu den am häufigsten verordneten Antidepressiva. Dies ist deswegen nicht nachvollziehbar, da einerseits für die antidepressive Wirksamkeit von Opipramol bislang praktisch keine Evidenz existiert und andererseits das Opipramol kostenintensiver ist als andere, für die Behandlung der Depression zugelassenen Substanzen (z. B. SSRI = selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) [5]. So ist z. B. Opipramol pro DDD um 10 Cent teurer als SSRI [5]. Allein bei unseren Versicherten könnten durch Abbau der Über- und Fehlversorgung pro Jahr 483.614,05 Euro eingespart werden. Diese Mittel könnten dazu beitragen, den stetigen Anstieg der Gesundheitskosten zu dämpfen. Gleichzeitig würde durch den Abbau der Über- und Fehlversorgung die medizinische Versorgungsqualität durch die Vermeidung von Nebenwirkungen und die Einleitung einer diagnosegerechten Arzneimittel-Therapie steigen.

Unsere Daten zeigen, dass die häufigste F-Diagnose in Patientengruppe 2 die F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) ist. Dies bedeutet, dass Opipramol am häufigsten zur Behandlung der Depression ausserhalb der Zulassung eingesetzt wird. Dies könnte z. B. daran liegen, dass Opipramol zur Gruppe der Antidepressiva gehört, aber zur Behandlung der Depression nicht zugelassen ist. Unsere Ergebnisse werden von der DGPPN bestätigt, die ebenfalls Qualitätsmängel in der Behandlung von Depressionen kritisiert [1]. Eine Ursache sowohl für die Fehlversorgung (Patientengruppe 2) als auch die Überversorgung (Patientengruppe 3) kann die Verordnung

Diagnosebezogene Verteilung von VM mit Opipramol-Bezug

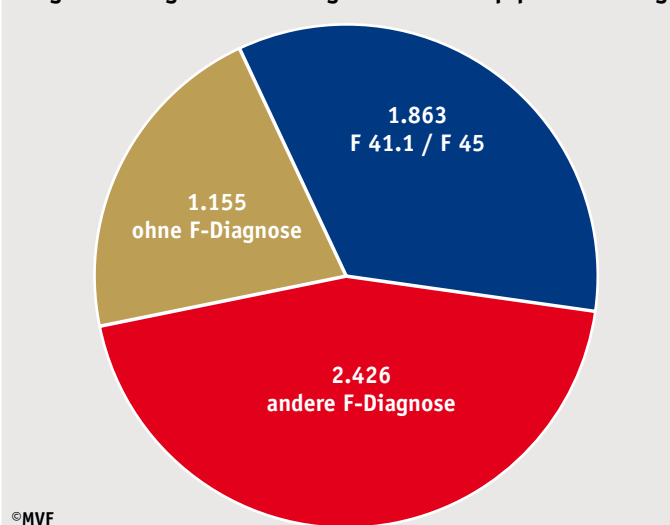


Abb. 1: Verteilung der Patienten mit Opipramol-Bezug

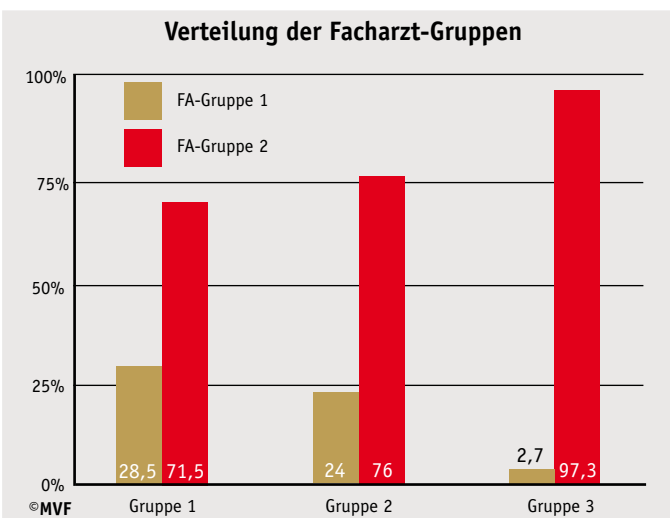


Abb. 2: Verteilung der Facharzt-Gruppen (FA-Gruppen) innerhalb der drei Patientengruppen. Gemittelt über alle 3 Patientengruppen wurde Opipramol bei 21% der Patienten von Fachärzten der FA-Gruppe 1 und bei 79% der Patienten von Fachärzten der FA-Gruppe 2 verordnet.

von Opipramol durch Fachärzte anderer Disziplinen (FA-Gruppe 2) sein. Ähnliche Ergebnisse berichten z. B. auch Weilburg et al. [Weilburg 2003], in deren Studie die antidepressive Therapie durch Hausärzte in 69,2 % der Fälle als nicht angemessen beurteilt wird. Im Gegensatz dazu wird die Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie nur in 39% der Fälle als nicht angemessen beurteilt [Weilburg

Literatur

- [1] <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/45488/Psychiatrie-Gesellschaft-prognostiziert-steigenden-Bedarf-an-Antidepressiva> (zugegriffen am 15.10.14)
- [2] http://www.iprevent.de/aktuelldaten/docs/2012_09_BK_Zeitschrift_Achtsamkeit-iprevent.pdf (zugegriffen am 11.04.14)
- [3] http://www.uniklinikum-leipzig.de/r-pressemittelungen.html?modus=detail&pm_id=5197 (zugegriffen am 11.04.2014)
- [4] <http://psyga.info/psychische-gesundheit/daten-und-fakten> (zugegriffen am 14.10.14)
- [5] <http://www.mind-and-brain-blog.de/569/arzneiverordnungsreport-2012-antidepressiva> (zugegriffen am 14.10.14)
- [6] <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56388/Erste-Kosten-Nutzen-Bewertung-IQWiG-veroeffentlicht-Studie-zu-Antidepressiva> (zugegriffen am 14.10.2014)
- [7] Weilburg JB, O'Leary KM, Meigs JB et al. Evaluation of the adequacy of outpatient antidepressant treatment. Psychiatr Serv 2003; 54 (9): 1233-1239
- [8] hil. Depressionen: Versorgung besser abstimmen. Dtsch Ärztebl 2014; 111 (42): B1525

Charakteristika der Teilnehmenden			
	Patienten-Gruppe 1	Patienten-Gruppe 2	Patienten-Gruppe 3
Mittelwert und Standardabweichung des Alters (in Jahren)	55,1 (+/- 12,1)	56,6 (+/- 12,7)	59,4 (+/- 12,9)
Männer (Anzahl der Patienten, Prozentsatz)	864 (46,4%)	1175 (48,4%)	564 (48,8%)
Frauen (Anzahl der Patienten, Prozentsatz)	999 (53,6%)	1251 (51,6%)	591 (51,2%)
Häufigste F-Diagnose (Anzahl der Patienten, Prozentsatz)	F45.9 (949, 39%)	F32.9 (919; 37,9%)	entfällt

Tab. 1: Tabelle 1 zeigt, dass sowohl die Alters- als auch die Geschlechtsverteilung in allen Patientengruppen annähernd gleich ist.

2003]. Insgesamt zeigen diese Zahlen eine nicht leitliniengerechte Therapie von Patienten mit Depression. Dies wurde auch noch von anderen Autoren beschrieben [hil 2014].

Schlussfolgerung

Bei der Behandlung mit Opipramol kommt es zu Über- und Fehlversorgungen. Unsere Daten weisen darauf hin, dass dies daran liegen könnte, dass Opipramol als Medikament der Gruppe der Antidepressiva oft zur Behandlung der Depression eingesetzt wird, obwohl es dafür gar nicht zugelassen ist. Ein anderer Grund könnte die häufige Verordnung von Opipramol durch Fachärzte fachfremder Disziplinen sein. Insgesamt führt dies zu vermeidbaren Kosten in Höhe von 483.614,05 Euro bei unseren Versicherten. <<

PD Dr. Stefan Christiansen, MHBA

ist nach seiner Tätigkeit als Oberarzt einer herzchirurgischen Universitätsklinik vor zwei Jahren ins Medizinische Gesundheitsmanagement der Axa Krankenversicherung gewechselt und vertritt hier hauptsächlich die Etablierung telemedizinischer Anwendungen und den Aufbau der Versorgungsforschung. Die Forschungsschwerpunkte liegen im Arzneimittelmanagement und der Evaluation der Telemedizin. Kontakt: stefan.christiansen@axa.de



Dr. Jörg-Peter Klötzer

leitet seit 2008 das Medizinische Gesundheitsmanagement der AXA Krankenversicherung. Kernaufgabe ist, das medizinische Know-how innerhalb der Krankenversicherung sicherzustellen. Schwerpunkte der Tätigkeit sind Fortbildung/Information der Mitarbeiter über medizinische Diagnostik und Therapie sowie den Bereich der Arzneimittel. Zusätzlich wird der „medizinische Markt“ beobachtet, analysiert und das Management über mögliche Auswirkungen informiert. Kontakt: joerg.kloetzer@axa.de



Isabelle Stoffregen

ist seit 2013 Studierende an der Fachhochschule des Mittelstandes Bielefeld im Fach Gesundheitswirtschaft. Im Rahmen ihres Studiums sowie ihres Praktikums im Bereich Leistungs- und Gesundheitsmanagement bei der AXA Konzern AG befasste sie sich u. a. umfassend mit der Versorgungslage von Versicherungsnehmern im Zusammenhang mit der Verschreibung von Opipramol und Galantamin. Kontakt: Isa.Stoffregen@gmx.de



Is there an oversupply and/or misuse with opipramol?

Introduction: Antidepressants represent a significant cost factor for the health care system but it is well-known that there are considerable differences between treatment reality and medical therapy according to guidelines. The aim of the present study was to quantify this phenomenon for opipramol.

Methods: From 01.01.10 to 30.06.14 we identified all insured persons who received opipramol. Then, we assigned the psychiatric ICD10 diagnoses to these patients and classified them in three groups: Patients with psychiatric ICD10 diagnoses for which opipramol is approved (patient group 1), patients with psychiatric ICD10 diagnoses for which opipramol is not approved (patient group 2), and patients with opipramol but without any psychiatric ICD10 diagnoses (patient group 3). Subsequently it was investigated whether opipramol was prescribed by specialists (for example psychiatrists or neurologists, FA-group 1) or specialists of other disciplines (FA-group 2).

Results: Altogether, 5444 insured persons took opipramol. In 1863 patients (patient group 1, 34.3%) opipramol was prescribed in accordance with its approval while in 3581 patients (patient group 2: 2426 patients and patient group 3: 1155 patients, in summary 65.7%) opipramol was used as off-label drug. In most cases opipramol was prescribed by specialists of FA-group 2 (79% versus 21%). The percentage of specialists of FA-group 1 in patient group 1 was 28.5%, declined in patient group 2 to 24% and was very low in patient group 3 (2.7%).

Conclusions: Our study confirms both an oversupply and a misuse of opipramol. This can possibly be explained by the high proportion of specialists of other disciplines prescribing opipramol.

Keywords

Opipramol, health insurance, medical oversupply

Autorenerklärung

Keine Interessenkonflikte vorhanden.



Rudolf Bals
65 PLUS

Liebe Leser,

im vergangenen Jahr hat die Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS die von ihr entworfenen 10 Forderungen zum Medikationsmanagement an vielen geeigneten Orten platziert: Wir hatten eine gemeinsame Veranstaltung mit dem BMC, haben dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung für Patienten und Pflege, dem BMG und im Rahmen eines Parlamentarischen Nachmittags den Abgeordneten des Deutschen Bundestages unsere Forderungen nahe gebracht - siehe dazu auch unseren aktuellen Beitrag.

Das heißt leider noch lange nicht, dass nun jeder Verantwortliche begriffen hätte, wie wichtig ein verantwortungsvolles Medikationsmanagement ist, und dass lange mit der verpflichtenden Einführung eines Medikationsplanes für multimorbide Menschen hätte begonnen werden müssen.

Wir geben nicht auf. Ich hoffe, Sie sind in diesem Sinne an unserer Seite.

Ihr Rudolf Bals

Grund mehr für die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus, sich weiter intensiv damit zu befassen und bei parlamentarischen Nachmittagen zu diskutieren. Der künftige Schwerpunkt wird laut AG-Leitung Multimedikation in der Pflege sein. <<

Parlamentarischer Nachmittag

„Multimedikation im Alter“

Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus hatte zum parlamentarischen Nachmittag eingeladen. Zu Wort kam PD Dr. Dr. Claus Köppel, versierter Geriatrie-Experte, und die Arbeitsgemeinschaft stellte ihre 10 Forderungen zum Medikationsmanagement vor.

>> Mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft steigt die Zahl multimorbider und chronisch Kranker. Damit nehmen die Gründe für Multimedikation (mehr als 5 Wirkstoffe pro Patient und Tag) und die Gefahren von Fehlmedikation zu. Daraus entstehen Risiken für den Patienten wie Interaktionen, Doppelverordnungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und die Einnahme potenziell ungeeigneter Arzneimittel.

Studien zeigen, dass 3 bis 7 % aller Krankenhausweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen erfolgen, davon 2 % tödlich.^{1, 2} Auf diese Weise entstehen für das Gesundheits- und Sozialsystem vermeidbare Folgeleistungen wie Klinikbehandlungen und vermehrter Pflegebedarf. Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus hat sich diesem wichtigen Thema ausführlich angenommen.

PD Dr. Dr. Claus Köppel, Chefarzt Geriatrie der Ernst-von-Bergmann Klinik in Bad Belzig, erläuterte die Besonderheiten der Arzneimitteltherapie im Alter und zeigte Lösungsansätze auf. Dabei verwies er u.a. auf die verringerte Nierenfunktion, die bei älteren Menschen völlig normal ist und von Ärzten oftmals falsch interpretiert wird. Er erläuterte auch die besondere Pharmakokinetik (z.B. verminderte Magenmotilität und erniedrigte Leberdurchblutung) bei älteren Menschen und die Pharmakodynamik, also die Wirkung der Arzneimittel im Organismus (z.B. häufigere Arzneimittelinteraktionen, Nebenwirkungen und verminderte Gegenregulation).

Ärzte sollten die Patienten einbinden und motivieren, ihren Willen nicht ignorieren und eine Nutzen-Risiko-Überlegung im Einzelfall durchführen. Damit lässt sich die Therapietreue der Patienten entscheidend beeinflussen und damit auch der Erfolg der Behandlung insgesamt, so Dr. Köppel.

Innerhalb der Pharmakotherapie sei es wichtig, so einfach wie möglich zu therapieren, z. B. eine ein- bis zweimalige Gabe pro Tag anzustreben. Besonders wichtig auch: neben den Patienten Verwandte und Freunde ausführlich informieren. Eine optimierte Arzneimitteltherapie geht nach Meinung von Dr. Köppel einher mit der Kenntnis aller eingenommenen Medikamente, auch OTC-Präparaten. Es müsse die korrekte und regelmäßige Einnahme sichergestellt und möglichst leitlinienorientiert

verordnet werden.

Die interprofessionelle Kooperation und Vernetzung aller in der Altersmedizin tätigen Berufsgruppen (Ärzte, Apotheker, Pflegekräfte) sollte angestrebt werden. Außerdem sei die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (Diagnosen, Laborwerte etc.) über die Sektoren hinweg von großer Wichtigkeit.

Insgesamt gingen die Lösungsansätze von Dr. Köppel in dieselbe Richtung wie die 10 Forderungen der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit 65 Plus. Diese wurden bereits im „Monitor Versorgungsforschung“ publiziert (Heft 01/2015) und im Anschluss an Dr. Köppels Vortrag vorgestellt.

Die äußerst angeregte Diskussion der vielen Teilnehmer zeigte, wie relevant das Thema ist. Ein

10 Forderungen zum Medikationsmanagement

1. Die Bereitschaft vieler Ärzte und Apotheker, sich mit den Kernfragen des Medikationsmanagements (Interaktionen, Doppel-Verordnungen, vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Non-Adherence wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder Medikamentenumstellungen etc.) im Routinebetrieb auseinanderzusetzen, die immer noch unzureichend entwickelt ist, sollte stärker gefördert werden. Das gilt vor allem für Ärzte, aber auch für Apotheker.
2. Die zwingend notwendige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern, aber auch mit medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften muss formal etabliert werden.
3. Die Nutzung von Hilfsmitteln (z.B. von Medikationsplänen), insbesondere jedoch von Softwareprogrammen, die das Medikationsmanagement unterstützen, muss vor allem bei den Ärzten, aber auch hinsichtlich der bei den Apothekern bereits verfügbaren Programme gefördert werden.
4. Medikationspläne müssen in Softwareprogrammen so umgesetzt werden, dass ein Medikations-Check durchgeführt werden kann (gemäß AMTS-Empfehlung).
5. Das Risiko von Doppelverordnungen und unerwünschten Arzneimittelinteraktionen bei Verordnungen durch mehrere Ärzte muss verringert werden (z.B. wenn Patienten mehrere Hausärzte aufsuchen, die voneinander nichts wissen, und dadurch die Übersicht über das vollständige Medikamentenspektrum erschwert oder gar unmöglich ist).
6. Die Evidenz für Vorgaben beim Medikationsmanagement (Berücksichtigung von Interaktionen und Kontraindikationen, Medikationsregeln etc.) muss durch gezielte Versorgungsforschung erhöht werden.
7. Das Medikationsmanagement sollte besonders dann finanziell gefördert werden, wenn es in Settings, die dafür günstige Voraussetzungen bieten (z.B. koordinierte, integrierte und selektiv-vertragliche Versorgung, Klinikversorgung, Versorgung in Pflegeeinrichtungen) vertraglich einbezogen wird.
8. Die Honorierung des Medikationsmanagements von Ärzten und Apothekern muss sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich gewährleistet werden (möglichst refinanziert durch Verminderung der Folgen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, potenziell inadäquaten Medikamenten, Arzneimittel-Interaktionen oder Doppelverordnungen).
9. Das noch immer unzureichend entwickelte Wissen und Problembewusstsein über Notwendigkeiten und/oder Risiken der Arzneimittelanwendung sowie über Risiken der Selbstmedikation sollte bei Patienten erheblich gefördert werden. Das Gleiche gilt auch für die Akzeptanz von Angeboten des Medikationsmanagements.
10. Die Bereitschaft der Patienten, vollständige Angaben für die Medikationspläne über alle verordneten und im freien Verkauf erworbenen Arzneimittel zu machen oder selber einen Medikationsplan zu führen und laufend zu aktualisieren, sollte in deren eigenem Interesse (Therapiesicherheit) gefördert werden.

1. EC Davies, et al. (2009) PLoS One; 4 (2): e4439
2. S. Schneeweiss, et al. (2002) Eur J Clin Pharmacol; 58 (4): 285-291



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

„Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten – PraCMan“

Die Versorgung multimorbider Patienten ist wesentlicher Bestandteil hausärztlicher Praxis. Hausärztinnen und Hausärzte erleben dabei zunehmend die Herausforderung einer stetig wachsenden Anzahl von Patienten mit komplexen medizinischen, psychischen und sozialen Problemen. Gleichzeitig schwinden die zeitlichen Ressourcen, diesen Herausforderungen gerecht zu werden. Strukturierte Behandlungsmodelle, welche speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) in die Versorgung multimorbider Patienten einbeziehen, können zu einer Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten beitragen und gleichzeitig Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit entlasten. Gemeinsam mit hausärztlichen Praxisteams wurde daher ein intensiviertes Versorgungsmodell für multimorbide Patienten in der Hausarztpraxis entwickelt, welches qualifizierte MFA in die Versorgung mit einbezieht (Hausarztpraxis-basiertes Case Management – PraCMan). Die Wirksamkeit des Modells wurde anschließend im Rahmen einer groß angelegten klinischen Studie evaluiert.

Ihr

Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Ziele und Methoden

Das Entwicklungsprojekt basierte auf Fokusgruppen und Einzelinterviews mit MFA und Hausärztinnen/Hausärzten aus 10 Praxen. Zusätzlich wurden Krankenkassendaten von 6.026 AOK Versicherten aus diesen Praxen ausgewertet. Das so entwickelte Case Management beinhaltete zum einen eine teambasierte Schulung für MFA und Hausärztinnen/Hausärzte, zum anderen einen dreistufigen Versorgungsprozess bestehend aus:

- Assessment medizinischer, psychischer und sozialer Bedarfe und Ressourcen der Patienten und ihrer Angehörigen,
- gemeinsamer Zielvereinbarung und Versorgungsplanung mit Patienten, Angehörigen, Hausärztinnen/Hausärzten und MFA sowie
- einem mindestens sechswöchentlichem strukturierten Monitoring des klinischen Zustandes und der Umsetzung der Versorgungsplanung.

Das Case Management Modell wurde über 24 Monate gegenüber der Regelversorgung im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg bei 2.076 Patienten aus 115 Praxen im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie evaluiert. Das Hauptzielkriterium waren Krankenhausaufenthalte innerhalb der ersten 12 Monate. Nebenzielkriterien beinhalteten unter anderem Krankenhausaufenthalte nach 24 Monaten sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 12 bzw. 24 Monaten

Interventionszeit. Eingeschlossen wurden erwachsene multimorbide Patienten mit Typ 2 Diabetes, chronisch obstruktiver Bronchitis oder Herzinsuffizienz und einer statistisch erhöhten Krankenhauseinweisungswahrscheinlichkeit.

Das Entwicklungsprojekt

Ziel war es, ein indikationsübergreifendes Hausarztpraxis-basiertes Versorgungsmodell für solche Patienten zu entwickeln, die in besonderer Weise auf eine intensiviertere, strukturierte und kontinuierliche medizinische Versorgung angewiesen sind. Ausgangspunkt zur Identifikation einer möglichen Zielgruppe waren dabei die in Deutschland bestehenden Versorgungsstrukturen: Für die Indikationen Typ 2 Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Herzinsuffizienz (bei KHK) sind in Deutschland bereits krankheitsspezifische Disease Management Programme (DMPs) etabliert. Obwohl DMPs durchaus positive Effekte zeigen, gehören Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser Erkrankungen noch immer zu den 20 häufigsten Entlassdiagnosen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive gelten Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser drei Diagnosen allerdings als „potentiell vermeidbar“, da angenommen wird, dass sie zumindest größtenteils durch eine optimale ambulante Versorgung verhinderbar wären [1].

Die zwei zentralen Forschungsfragen des Entwicklungsprojektes waren daher:

- Welche Ursachen „potentiell vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte multimorbider Patienten sind aus Sicht der hausärztlichen Praxis wie vermeidbar?
- Wie lassen sich solche Patienten identifizieren, die am wahrscheinlichsten von einem intensivierten hausärztlichen Versorgungsmanagement profitieren?

Beide Forschungsfragen wurden im Rahmen einer umfangreichen Entwicklungsstudie mit 10 hausärztlichen Praxisteams aus Nordbaden untersucht. Ein ausführliches Studienprotokoll wurde publiziert [2].

Ursachen potentiell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte

Im Rahmen einer Einzelfallanalyse „potentiell vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte gaben Hausärztinnen/Hausärzte bei 43 (41%) von 104 Hospitalisierungen an, die Aufenthalte wären aus ihrer Sicht tatsächlich vermeidbar gewesen [3]. Eine Vielzahl von medizinischen, patientenseitigen, sozialen und arztbezogenen Gründen führte zu potentiell vermeidbaren Aufenthalten (im Mittel 2,5 pro Fall). Zu den Gründen, die häufig zu tatsächlich vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führten, gehören: die Abwesenheit des behandelnden Hausarztes im Notdienst, fehlende Nutzung ambulanter Angebote, suboptimales Monitoring, Angst des Patienten, kultureller Hintergrund und fehlende Sprachkenntnisse der Patienten, Medikationsfehler, fehlende Medikamentenadhärenz und überfürsorgliche Angehörige. Basierend auf dieser Analyse wurde das Versorgungsmodell PraCMan inhaltlich und strukturell abgestimmt.

Vergleich Patientenauswahl durch Hausärzte vs. Software

Insgesamt wurden durch Hausärztinnen/Hausärzte allein 203 Patienten als mögliche Teilnehmer eines Case Management Programms vorgeschlagen, durch eine Prädiktionssoftware für Krankenhauseinweisungen (basierend auf Krankenkassendaten) allein 301 Patienten und durch beide unabhängig voneinander 32 Patienten (6%) [4]. Die Software identifizierte dabei signifikant ältere Patienten mit höherer Krankheitslast und einer höheren Zahl vorheriger Krankenhausaufenthalte. Allerdings waren verglichen mit Patienten, die von Hausärztinnen/Hausärzten vorgeschlagen wurden signifikant weniger Patienten in ein DMP eingeschrieben. Auch die Teilnehmerate an der Fragebogenstudie war signifikant niedriger. Die kleine Subgruppe von Patienten, die unabhängig von beiden Ansätzen identifiziert wurde, zeigte sowohl eine hohe Krankheitslast bzw. eine hohe Zahl vorheriger Hospitalisierungen als auch eine hohe Teilnahmebereitschaft an DMP und der Fragebogenstudie. In den anschließenden Einzelinterviews erklärten Hausärztinnen/Hausärzte diese Beobachtungen damit, dass sie als Auswahlkriterien neben dem Risiko des Patienten für zukünftige Krankenhauseinweisungen auch die Bereitschaft und die Fähigkeit des Patienten aktiv an einem Case Management Programm teilzunehmen, mitberücksichtigt hatten [5]. Grundsätzlich schätzten die Hausärztinnen/Hausärzte die Vorselektion durch die Software als Arbeitserleichterung, sofern ihnen die Möglichkeit gegeben wird, die Auswahl weiter einzuzugrenzen. Um das Ausmaß des „Selektionseffekts“ durch die Fokussierung der Intervention auf Patienten, die sich in die HZV eingeschrieben hatten abzuschätzen, wurden zusätzlich Morbiditätslast und vorherige Krankenhausaufenthalte beider Gruppen verglichen. Hierbei zeigte sich, dass eher ältere und kränkere Patienten in die HZV eingeschrieben wurden, die eine höhere Zahl vorheriger Krankenhausaufenthalte hatte [6].

Wie sieht das Versorgungsmodell PraCMan konkret aus?

Bei den Patienten werden zunächst im Rahmen eines umfassenden Assessments sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Problembereiche (z.B. soziale) und Ressourcen erfasst und dokumentiert. Wesentlich ist dabei gerade die Erhebung der wichtigsten Probleme aus Patientensicht. Im nächsten Schritt werden gemeinsam mit dem Patienten medizinische und nicht-medizinische Ziele für das Case Management festgelegt. Dabei kommen Techniken der motivierenden Gesprächsführung zum Einsatz. Schwerpunkte bei der Zieldefinition sind die Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen sowie die Anleitung zum Selbstmanagement der bestehenden chronischen Erkrankungen. Als Hilfsmittel zur Umsetzung der Ziele dient u.a. ein modular auf den Patienten anzupassendes Tagebuch, das neben krankheitsspezifischen Informationen auch Symptomtagebücher und Notfallpläne enthält. Im Rahmen der Hilfeplanung werden regional vorhandene Ressourcen zur Unterstützung von chronisch kranken Patienten eingebunden. Dazu zählten Hilfsangebote wie etwa Herz- und Lungensportgruppen, Angebote für Patienten- bzw. Angehörigenschulungen, Selbsthilfegruppen und Hilfsdienste. Abhängig vom klinischen Gesamtzustand des Patienten erfolgen in mindestens sechswöchigem Abstand Monitoringtermine, bei denen sowohl klinische Parameter (z.B. Stärke der Dyspnoe, Hinweise auf eine drohende Dekompensation) als auch die Umsetzung der für die Zielerreichung geplanten Maßnahmen abgefragt werden. Das Monitoringinstrument nutzt dabei ein erprobtes Ampelschema und ist für die Anwendung im Rahmen des Telefonmonitorings geeignet. Auf Basis der Antworten der Patienten wird mit Hilfe einer einheit-

lichen Farbcodierung (rot, orange, gelb, grün) die Dringlichkeit der Schnittstellenkommunikation zwischen MFA und Arzt programmiert. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass beispielsweise auf eine drohende Verschlechterung des klinischen Zustands rechtzeitig reagiert werden kann. Zusätzlich findet während der Monitoringtermine über das Arbeiten an den gemeinsamen Zielen eine kontinuierliche und individualisierte Patientenschulung statt.

Die klinische Studie

Die Evaluation der PraCMan Intervention erfolgte im Rahmen einer cluster-randomisiert kontrollierten klinischen Studie (ISRCTN56104508) [7]. Cluster-randomisierte Studien gelten als Goldstandard für die Evaluation praxisbezogener (komplexer) Interventionen. Bei der PraCMan Studie wurden insgesamt 115 Praxen randomisiert. Alle Studienpraxen nahmen am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg teil. Die Bekanntgabe der Zuteilung der Praxen zu den beiden Gruppen erfolgte erst nach Beendigung des Patienteneinschlusses, um Selektionseffekte zu vermeiden. Im November 2010 wurden insgesamt 2.076 Patienten clusterrandomisiert.

Die Ergebnisse dieser Studie werden am 1. März 2016 in der Zeitschrift *Annals of Internal Medicine* publiziert [8].

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009; 123:169-173.
- [2] Freund T, Wensing M, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gerlach FM, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implement Sci* 2010; 5: 70.
- [3] Freund T, Campbell S, Geißler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* 2013; 363-370.
- [4] Freund T, Mahler C, Erler A, Gensichen J, Ose D, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. How to identify patients likely to benefit from care management programs? *Am J Manag Care* 2011; 17: 345-352
- [5] Freund T, Wensing M, Geißler S, Peters-Klimm F, Mahler C; Boyd CM, Szecsenyi J. Primary care physicians' experiences with case finding for practice-based care management. *Am J Manag Care* 2012; 18: e155-e161
- [6] Freund T, Szecsenyi J, Ose D. Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung. *Med Klinik* 2010; 105: 808-811.
- [7] Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Baldauf A, Gerlach FM, Szecsenyi J. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials* 2011, 12: 163 doi: 10.1186/1745-6215-12-163
- [8] Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach F, Szecsenyi J. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 2016. online first.

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Innovationsfonds

Wegweisende Experten für große Vorhaben

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

