

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit
Dr. Andrea Grebe,
M. san, Vorsitzende
der Geschäftsfüh-
rung, Vivantes: „Mein
Herz schlägt für die
Versorgungsforschung.“

- „Versorgungsforschung braucht eine Digitale Agenda“ (Schrappe)
- „Der Staat nimmt seine Verantwortung wahr“ (Pfaff)
- „Chance für Visionäre“ (Scriba)

Editorial

Fokus: Ein Herz für die Versorgungsforschung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Mein Herz schlägt für die Versorgungsforschung“ 6

Titelinterview mit Dr. Andrea Grebe, M. san, Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes

Hecken: „Das Jahr wird ein bisschen knubbelig“ 14

6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“

„Der Staat nimmt seine Verantwortung wahr“ 15

Vortrag von Prof. Dr. Holger Pfaff auf dem 6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“

„Eine stimulierende Anerkennung“ 20

MSD Gesundheitspreis 2016

„Chance für Visionäre“ 21

Interview mit Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Peter Scriba

Wenn DMP alleine nicht ausreichen 22

Versorgungsansätze bei der Behandlung des Diabetischen Fußes

Medizin seit 1386 - Versorgungsforschung seit 2001 24

Die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg

„Populistische Lösung für ein gefühltes Problem“ 28

Die Terminservicestellen sind nach wie vor umstritten

„OVS in der vertragsärztlichen Versorgung“ 29

Interview mit Patientus-Gründer Nicolas Schulwitz

Vom Populations- zum Standortbezug 30

Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin; ergänzt durch Interviews mit Dr. med. H.-J. Helming (KVBB), Lutz O. Freiberg (KVBB/IGiB) und Dr. Dominik Graf von Stillfried (Zi Berlin)

Zahlen - Daten - Fakten

Rabattquoten in der GKV – eine gute Entwicklung? 12

Standards

Impressum 2

News 27

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 35-38

Dieser Ausgabe liegen 2 Beilagen bei:
Folder zum Bundeskongress Gender-Gesundheit
und die Fachzeitschrift „Pharma Relations“

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 Anzeigentel)
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. Jahresvorszugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr
enthaltenen einzelnen Beiträge
und Abbildungen sind urheber-
rechtlich 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 Zu-
stimmung des Verlags unzulässig.

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw. Informati-
onen in Datenbanken einzustellen,
die vom Verlag oder Dritten geführt
werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IVW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.392
(IVW 4. Quartal 2015)

WISSENSCHAFT

Dr. Thomas Starke

Potentiale zur Optimierung der Versorgung krebskranker Patienten im Kontext der ASV nach § 116b SGB V („neu“) 39

Die zum 1.1.2012 im deutschen Gesundheitswesen neu eingeführte „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“ wird bislang in Deutschland nur ausgesprochen zögernd umgesetzt. Von den einzelnen Akteuren der ASV werden hierzu unterschiedliche Umsetzungs-hemmnisse benannt und entsprechende Entwicklungsziele für die neue ASV formuliert. Der Beitrag untersucht diese Entwicklungsziele auf ihre Zielkongruenz mit den ursprünglichen gesundheitspoliti-schen Zielen der ASV. Für zielkongruente Entwicklungsziele werden entsprechende Handlungsfelder skizziert.

Dominika Urbanski M.Sc. / Dr. rer. medic. Ursula Hahn
/ Dr. med. Kristian Gerstmeyer / Dr. rer. pol. Franziska
Püschner / Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung 45

Das Belegarztwesen: Eine Einschätzung aus dem Blickwinkel von Arzt und Krankenhaus am Beispiel der Augenheilkunde

Das Belegarztwesen ist als eine sektorenübergreifende Versorgungsform, die vielerorts fest in der Versorgungsstruktur verankert ist, ein etablierter Proto-
typ für integrierte Versorgung. Doch auch wenn das Belegarztwesen in den
Zeitgeist und zur Förderung nach sektorenübergreifender Versorgung passt,
die Entwicklung ist deutlich rückläufig. Die vorliegende qualitative Studie
hatte zum Ziel, das Belegarztmodell in der Versorgungsrealität zu untersu-
chen und in diesem Zuge Faktoren herauszuarbeiten, die eine rückläufige
Tendenz erklären können. Zur Datengewinnung wurden Expertengespräche
mit Belegärzten der Augenheilkunde und Klinikleitern geführt. Zentrale Er-
gebnisse der Untersuchung sind das große Potential, das dem Belegarztwesen
für qualitative medizinische und wirtschaftlich effiziente Versorgung von Pa-
tienten zugesprochen wird sowie die Existenz primär ordnungspolitischer und
organisatorischer Hürden.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

eHealth, Medical Apps, Big-Data: Versorgungs- forschung braucht eine Digitale Agenda 52

Digitalisierung und gestiegene Verfügbarkeit von Daten, Verbesserung der
Analysetechniken, Technologie-Orientierung und der Verhaltensstandard des
„Sharings“ katapultieren eHealth und Big-Data an die Spitze der Agenda.
Die Versorgungsforschung ist in ihrer Kernkompetenz angesprochen, denn alle
Formen der IT-Anwendung sind im Sinne komplexer Interventionen in höch-
stem Maße kontext-sensibel und verändern ihrerseits den Kontext massiv.
Optionen wie verbesserter Datenzugang oder Verbesserung der Koordination
sind durchaus positiv zu werten, das Postulat der „Hypothesen-freien“ Wis-
senschaft, in der allein die Korrelation zählt (Ende der Theorie“), gefährdet
jedoch ihre Grundlagen. Weiterhin sind normative (z.B. Datenschutz), evalua-
tive (z.B. Schäden durch fehlerhafte Programme) und ethische Aspekte (in
erster Linie Verantwortlichkeit der Wissenschaft) zu diskutieren.

Dipl.-Math. Nils Kossack / Dipl.-Math. Christian Schind-
ler / Dr. rer. oec. Dennis Häckl / Dipl.-Vw. Ines Weinhold 58

Hydrophobes oder hydrophiles Acrylat: Linsenimplantate und Komplikationsrisiken

Die Katarakt, gemeinhin auch als Grauer Star bekannt, ist der häufigste Grund
für einen operativen Eingriff in Deutschland. Folglich kommt auch den ein-
gesetzten chirurgischen Methoden und Materialien eine große Bedeutung zu.
Das WIG2 Institut hat auf Basis einer retrospektiven Routinedatenanalyse
die gesundheitsökonomischen Folgen unterschiedlicher Linsen-Materialien
bei der operativen Behandlung des Grauen Stars untersucht. Der Vergleich
zeigt auf, mit welchen Implantaten das geringere Komplikationsrisiko ver-
bunden ist.



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
Universität zu 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



Gerhard Stein



Dr. Marco Penske



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Prof. Dr. Christian
Franken



Dipl. Kffm. Fabian
Demmelhuber



Roland Lederer



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Dr. Hans-Joachim
Helming



Dr. Andreas Kress



Prof. Dr. Stephan
Burger



Ralph Läger



Dr. Thomas
Trümper



Prof. Dr.
W. Dieter Paar



Helmut
Hildebrandt



Dr. Dominik Graf
von Stillfried



Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve





**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Herz für Versorgungsforschung

MVF-Titelinterview mit Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung, Vivantes

> S. 6 ff.

„Für uns zählt natürlich in erster Linie das Wohl des Patienten. Und das zeigt sich auch in harten Fakten. Wir haben ein hohes Interesse, Komplikationen zu messen und zu analysieren. Denn nur dann kann man sich systematisch und vor allem risikoadjustiert der „Wahrheit“ nähern.“ So Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, dem größten kommunalen Krankenhauskonzern Deutschlands. Sie gibt einen interessanten Einblick in die Arbeit einer hochkomplexen Organisation, die auf Evaluation und Evidenz angewiesen ist. Frau Dr. Grebe darum: „Mein Herz schlägt für die Versorgungsforschung.“

6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“

> S. 14 ff.

Wenige Tage nach Bekanntgabe der Förderschwerpunkte am 29. Februar 2016 diskutierten die Teilnehmer bei unserem MVF-Fachkongress am 8. März 2016 mit den Sprechern, u.a. **Staatssekretär Stroppe**, dem G-BA-Vorsitzenden **Prof. Hecken**, mehreren Mitgliedern des Innovationsausschusses, des Expertenbeirates und seinem Vorsitzenden **Prof. Pfaff**. Einen ersten Bericht finden Sie hier.

Medizin seit 1386 - Versorgungsforschung seit 2001

> S. 24 ff

In unserer Serie „Versorgungsforschung made in ...“ stellen wir diesmal die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg unter Leitung von **Prof. Szecsenyi** vor.

Wissen

> S. 30 ff.

Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration in der Uckermark im Mittelbereich Templin ist in vielfacher Hinsicht ein zukunftsweisendes Modellprojekt. Wie verändert sich der Versorgungsbedarf und wie kann man durch stationär-ambulante Strukturmigration ein zielgruppenorientiertes und damit passgenaueres regionales Versorgungsangebot schaffen? Wir berichten darüber und haben Gespräche geführt mit: **Dr. Helming**, Vorsitzender des Vorstandes der KVBB, **Lutz O. Freiberg**, Geschäftsführer der „Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB)“, sowie **Dr. von Stillfried**, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi).

Wissenschaftliche Beiträge

Starke untersucht Umsetzungshemmnisse und Entwicklungsziele der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die von den einzelnen Akteuren genannt werden, auf ihre Kongruenz mit den ursprünglichen gesundheitspolitischen Zielen der ASV und skizziert Handlungsfelder, die sich daraus ergeben.

> S. 39 ff.

Urbanski u.a. untersuchen am Beispiel der Augenheilkunde in einer qualitativen Studie das Belegarztwesen, eine seit langem im deutschen Gesundheitssystem verankerte Form sektorenübergreifende Versorgung, die aber deutlich rückläufig ist.

> S. 45 ff.

Schrapppe analysiert die großen Versprechungen von eHealth, Medical Apps und Big Data, die sich aus der Verfügbarkeit großer Mengen von digitalen Daten, großen Fortschritten in Analysetechniken und unserem veränderten Umgang mit Technologie, „Selbstoptimierung“ und „Sharing“ ergeben. Die Diskussion wollen wir in einer Reihe von Beiträgen im wissenschaftlichen und im redaktionellen Teil befördern. Dies ist der Eröffnungsbeitrag dieser Reihe.

> S. 52 ff.

Kossack u.a untersuchen auf Basis einer retrospektiven Routinedatenanalyse die gesundheitsökonomischen Folgen unterschiedlicher Linsen-Materialien bei der operativen Behandlung des Grauen Stars.

> S. 58 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, 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 Dr. Andrea Grebe, M. san, Vorsitzende der Geschäftsführung Vivantes - Netzwerk für Gesundheit

„Mein Herz schlägt für die Versorgungsforschung“

Vor ziemlich genau zwei Jahren (März 2014) hat der Aufsichtsrat der Vivantes GmbH Dr. Andrea Grebe einstimmig zur Vorsitzenden der Geschäftsführung gewählt. Im Oktober 2013 war Grebe zunächst zur kommissarischen Vorsitzenden der Geschäftsführung ernannt worden, nachdem ihr Vorgänger – Joachim Bovelet – das Unternehmen im Juni dieses Jahres verlassen hatte. Als Vivantes-Chefin sieht sie sich seitdem einer ganz anderen Herausforderung als viele ihrer Kollegen im Krankenhaus-Business gegenüber: Sie muss Wachstum managen.

>> Frau. Dr. Grebe, was ist das Besondere an Vivantes?

Die Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH ist Deutschlands größter kommunaler Krankenhauskonzern. Alleiniger Anteilseigner ist das Land Berlin. Vivantes wurde zum 1. Januar 2001 als Nachfolger der „NET-GE Kliniken für Berlin GmbH“ gegründet und betreibt derzeit neun Krankenhäuser mit über 100 Kliniken und Institutionen, die insgesamt über mehr als 5.500 Betten verfügen. Dazu kommen dreizehn Pflegeheime für Senioren, zwei Seniorenwohnhäuser, eine ambulante Rehabilitation, ein Hospiz, mehrere medizinische Versorgungszentren, eine ambulante Krankenpflege sowie diverse Tochtergesellschaften für Catering, Reinigung und Serviceleistungen wie Einkauf, Logistik, Facilitymanagement, Wäsche- und Sterilgutversorgung. Insgesamt arbeiten (Stand Ende 2015) fast 15.000 Mitarbeiter für Vivantes, die - alles in allem - rund ein Drittel der Berliner Krankenhauspatienten versorgen.

Ist die Größe angesichts der bei vielen Krankenhäusern angespannten Finanzierungssituation eine Last?

Unsere Größe ermöglicht neben den medizinischen und pflegerischen Expertensystemen insbesondere Vorteile bspw. beim Einkauf durch die Mengen- und Standardisierungseffekte, sowie eine effektive und effiziente Unternehmensstruktur. An erster Stelle steht die Qualität der Versorgung, Grundvoraussetzung ist ein ausgeglichenes Jahresergebnis – dies ist unser Auftrag. Bisher haben wir das immer geschafft und haben dies auch künftig vor.

Was machen Sie anders als andere Kliniken oder Klinikkonzerne?

Wir machen gar nicht so viel anders. Vivantes hat von seiner Historie her gute Voraussetzungen. Zum einen betreiben wir im Vergleich große und sehr große Kliniken, das kleinste Haus hat knapp 400, das größte über 1.200 Betten. Zum anderen sind diese Häuser nicht über ganz Deutschland verteilt, sondern konzentriert in der Metropole Berlin. Wer Berlin kennt, weiß allerdings, dass damit immer noch ziemlich weite Strecken zurückgelegt werden müssen, um beispielsweise von Spandau nach Kaulsdorf zu kommen. Von unserer Verwaltungszentrale aus bedeutet dies nicht mehr als eine Stunde Fahrzeit, um einen unserer Standorte zu erreichen. Aber auch Mitarbeiter anderer Bereiche können sich innerhalb einer Stadt standortübergreifend persönlich zu einer Besprechung treffen, darin liegt auch unsere Stärke als Netzwerk.

Den Berliner Kliniken wurde dennoch viele Jahre unterstellt, zu teuer und ineffizient zu versorgen.

In Berlin sind genau darum schon ziemlich früh Überkapazitäten abgebaut worden. Mitte der 90er Jahre hat es besonders in der Psychiatrie eine enorme Reduzierung gegeben, wobei davon nicht nur rein psychiatrische Krankenhäuser betroffen waren. Das Krankenhaus

Moabit war meines Wissens jedoch das einzige größere Krankenhaus, das komplett geschlossen wurde, während bei anderen einzelne Kapazitäten abgebaut wurden. Das war damals dennoch sicherlich ein schmerzlicher Prozess, aber auch erfolgreich.

Das war aber vor Ihrer Zeit.

Ja und Nein. Ich war 2001 mit im „Gründungsteam“ von Vivantes und habe den Sanierungskurs mit begleitet. Dies war für unsere Kliniken, vor allem natürlich für die Führungskräfte und Mitarbeiter eine schwere Zeit. Dieser sicher schmerzvolle Prozess war aber zwingend erforderlich, ohne diesen wären wir heute nicht so erfolgreich. Zeitweise stand es „Spitz auf Knopf“ – die Zukunft als kommunales Unternehmen wurde damals von Einigen das eine oder andere Mal schon in Frage gestellt.

Nun hat der Berliner Senat im Ende 2015 beschlossenen „Krankenhausplan 2016“ für die Folgejahre einen Bettenaufbau vorgesehen, während in anderen Regionen Deutschlands meist nur ein Bettenabbau oder gar Klinikschließungen diskutiert werden.

Berlin hatte 2013 im Bundeslandvergleich eine Bettendichte von 5,9 Betten pro 10.000 Einwohner, nur Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Baden-Württemberg wiesen eine noch niedrigere Kennzahl auf. Die Bettendichte in Berlin ist im Vergleich also nicht sehr hoch und die Stadt wächst.

Im europäischen Vergleich steht auch Deutschland insgesamt bei der Klinikbettendichte ganz, vielleicht gar zu gut da.

Wenn man die Daten um die Reha-Kapazitäten bereinigt, nimmt Deutschland meiner Kenntnis nach Platz 7 im OECD Vergleich ein. Um wieder auf die Berliner Situation zurück zu kommen: Berlin hat seine Aufgaben gemacht. Bei uns kann man seit Jahren nicht mehr von Überkapazitäten reden. Das sieht man schon alleine an der Auslastung unserer Häuser, die im Vergleich relativ hoch ist.

Wie hoch ist die Auslastung?

Unsere Kliniken sind über 90 Prozent ausgelastet, vor allem in der Psychiatrie, wo wir teilweise über einer 100%igen Auslastung liegen, wohlgernekt bei schon eher kurzen Verweildauern.

Woran liegt das?

Berlin ist eine wachsende Metropolregion. Deshalb müssen sich der Senat und auch wir uns mit Wachstum beschäftigen. Dies ist sicher nicht vergleichbar mit der Situation in anderen Bundesländern, die die medizinische Versorgung bei sinkenden Bevölkerungszahlen sicherstellen müssen. In den Jahren 2012 bis 2014 hat unsere Haupt-

„An erster Stelle steht die Qualität der Versorgung, Grundvoraussetzung ist ein ausgeglichenes Jahresergebnis – dies ist unser Auftrag.“

stadt rund 135.000 Personen hinzugewonnen, wobei dieses Wachstum durch die hohen Flüchtlingszahlen jetzt noch ausgeprägter wird. Laut Prognose der Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt nimmt die Bevölkerung in Berlin bis zum Jahr 2030 um weitere 266.000 Personen zu, so dass dann mehr als 3,8 Millionen Menschen in Berlin wohnen werden – das sind rund 7,5 Prozent mehr als heute.

Damit hat Berlin dann knapp vier Millionen Einwohner, die zu einem Drittel von Ihren Kliniken gut versorgt werden wollen.

Wir sind darauf gut vorbereitet. Neben den Kapazitätsfragen stehen für uns die qualitative, medizinisch-pflegerische Ausrichtung und Strategie im Vordergrund. Diesen Strategieprozess schreiben wir regelmäßig fort unter Einbeziehung unserer medizinischen und pflegerischen Fachgruppen. Einen weiteren wesentlichen Aspekt stellt unsere Unternehmenskultur dar. So haben Vertreter aller Arbeitsbereiche ein Leitbild und Führungsgrundsätze für Vivantes entwickelt. Damit stellt sich unser Konzern, der in diesem Jahr übrigens sein 15-jähriges Bestehen feiert, der großen Herausforderung: sich kontinuierlich weiterzuentwickeln – und zwar durch die fortlaufende Überprüfung und Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Leistungen, aber auch beim wirtschaftlichen Mitteleinsatz.

Wie viele Patienten betreut Ihr Unternehmen pro Jahr?

Wir behandeln über eine halbe Million Patienten jährlich, 2015 etwa 235.000 stationär und rund 320.000 ambulant. Vivantes übernimmt sowohl mit seinen großen Rettungsstellen in der Akut- und Notfallversorgung, aber auch in der Schwerpunkt- und Maximalversorgung seine Aufgaben wahr. Die Funktion der Rettungsstellen der Berliner Krankenhäuser ist eine im Bundesvergleich besondere. In Berlin sucht der Patient in erster Linie „im Notfall“ die Rettungsstelle einer Klinik auf. Damit kommen auch viele Patienten zu uns, die sich zwar selbst als Notfall empfinden, aber eigentlich beim niedergelassenen Arzt besser aufgehoben wären. Diese Patientengruppe versorgen wir natürlich ebenfalls, bei vielen ist dann kein weiterer stationärer Aufenthalt erforderlich.

Hoffentlich mit dem positiven Gefühl, von Vivantes gut versorgt worden zu sein.

Wenn die Menschen sich bei uns nicht gut aufgehoben fühlen würden, kämen sie nicht in so großer Zahl wieder, die schweren Notfälle mal ausgenommen. Das sieht man übrigens besonders deutlich an der Bedeutung für die lokale Kiez-Versorgung, zum Beispiel in Neukölln oder in Kreuzberg.

Kiez-Versorgung klingt nach absoluter Grundversorgung.

Hier muss man die Berliner Größenverhältnisse kennen. Allein Neu-

kölln hat über 300.000 Einwohner, das geht über „Grundversorgung“ weit hinaus. In Kreuzberg versorgt das Klinikum Am Urban mit über 579 Betten jährlich rund 56.000 Patienten, davon immerhin 32.000 ambulant. Es ist wie alle unsere Kliniken auch Akademisches Lehrkrankenhaus, in dem absolute Spezialisten arbeiten, zu denen Patienten aus der ganzen Bundesrepublik kommen. Wir sind aber auch stolz darauf, ein lebendiger Teil des Berliner Lebens zu sein. Unsere Häuser können ja oft auf eine mehr als 100-jährige Historie als ehemalige bezirkliche Krankenhäuser zurückblicken. Aber sie haben darüber hinaus auch überregionale Bedeutung.



Treffen denn Ihre Patienten überhaupt aktiv die Wahl, in ein Vivantes-Krankenhaus zu gehen?

Wir befragen unsere Patienten seit Jahren regelmäßig nach ihrer Zufriedenheit. Dazu erhält jeder Patient eine kleine Karte im Postkartenformat u.a. mit der Frage: Würden Sie uns weiterempfehlen oder würden Sie wiederkommen? Die Ergebnisse sind ermutigend, denn ein hoher Anteil gibt an, er würde wiederkommen und kommt auch wieder.

Wenn es denn sein muss.

Krankenhäuser sind in der Bevölkerung immer emotional besetzt. Niemand „will“ in ein Krankenhaus, im Notfall geht es dann aber gar nicht schnell genug. Das Krankenhaus in der Nähe ist ein wichtiger Faktor. Zum anderen erhalten die Berufsgruppen, die im Krankenhaus arbeiten, eine hohe soziale Anerkennung. Es ist immer wieder beeindruckend, dass eine Institution, die man als Individuum möglichst nur von außen sehen will, bei vielen Bürgern – ob in der Stadt oder auf dem Land – bei anstehenden Veränderungen so viel Emotionen hervorruft. Nichts ist schwieriger als eine Krankenhausschließung oder auch nur eine Abteilungsveränderung – das löst immer einen hohen Mobilisierungsgrad der Bevölkerung aus.

Der Zugang zum Krankenhaus und vor allem zu qualitativ hochstehenden Häusern scheint ein Wert an sich zu sein, womit wir beim Thema Qualität und Qualitätsindikatoren sind. Wenn man die in den jährlichen Qualitätsberichten aufgelisteten Indikatoren durchsieht, könnte man meinen, dass alle Krankenhäuser in Sachen Qualität super dastehen, weil alle bei 90 bis 95 Prozent liegen. Misst man vielleicht das Falsche?

Da würde ich nicht widersprechen. Trotzdem ist es in meinen Augen richtig und wichtig, dass man überhaupt misst und dann die Ergebnisse veröffentlicht. Der erste und vielleicht wichtigste Schritt ist es, etwas strukturiert zu analysieren und ein Ziel zu beschreiben. Der Weg dorthin ist der eigentliche Mehrwert. Denn es gibt bisher nun einmal nichts Normatives, das „gute Qualität“ exakt beschreibt. Doch vielleicht kommt es auf die Genauigkeit der Definition auch gar nicht so sehr an, denn allein die Analyse, die Dokumentation und das Stre-

ben nach Verbesserung verändern in einem Krankenhaus schon etwas – zuerst langsam, dann immer schneller.

Das ist die grundlegend positive Wirkung der Qualitätssicherung.

Nun müssen wir eben den nächsten Schritt, vielleicht einen Sprung machen, der auch Mut erfordert. Wir dürfen künftig nicht mehr, wie früher, möglichst alles dokumentieren, sondern vor allem jene Indikatoren, die uns wirklich nach vorne bringen können.

Qualität wird doch eigentlich vor allem an Mortalität, Morbidität und Re-Hospitalisierung festgemacht und das nur zu oft mit Hilfe von Routinedaten, die eigentlich für die Abrechnung vorgesehen sind.

Bei Vivantes legen wir vor allem Wert auf Ergebnisqualität. Unsere Routinedaten veröffentlichen wir übrigens freiwillig im Internet, denn Transparenz ist hierbei ein ganz wichtiges Kriterium. Ein anderer wichtiger Schwerpunkt ist für uns die Patientensicherheit, ein dritter die Antibiotika-Resistenz-Strategie. Das sind die drei klassischen Qualitäts-Schwerpunkte, an denen sich Vivantes orientiert.

Wie steht es mit Pay for Outcome oder Pay for Quality?

Das ist ein Ansatz, den es zu verfolgen lohnt, wenn er denn zielfähig ist. Ich bin sehr gespannt, ob und wie sich dieser Ansatz konkretisieren wird. Doch glaubt man nicht so recht daran, wenn man an die jährlichen kleinteiligen Rituale der Budgetvereinbarung denkt. In unserem Fall geht es immerhin um rund 900 Millionen Euro pro Jahr. Es wird schon jetzt um jedes Zusatzentgelt oder Vergütungen für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zäh verhandelt, ich bin gespannt, wenn dann noch Qualitätsindikatoren dazu kommen.

Sie sind skeptisch, dass die qualitätsorientierte Honorierung funktionieren wird?

Es bedeutet zumindest eine Bewegung. Vor zwanzig oder auch noch vor zehn Jahren hätten meine Vorgänger sicher noch gesagt, dass sie sich das überhaupt nicht vorstellen können. Das sehe ich anders. Wir bei Vivantes warten aber nicht, bis irgendwas passiert, sondern handeln und bereiten uns vor.

Wie?

Wir stellen unsere Routinedaten nicht nur transparent im Internet dar, sondern diskutieren sie auch mit unseren Fachgruppen. In einem Peer-Review-Verfahren werden diverse Prozesse analysiert und es wird gemeinsam versucht, die Erkenntnisse eines Bereichs auf andere zu übertragen. Das alles fließt in unsere regelmäßigen Strategieprozesse ein.

Wo bleibt dabei der Patient?

Wir versuchen immer, uns mit den Augen des Patienten oder des potenziellen Patienten zu sehen. Beim Strategieprozess zum Beispiel überlegen wir uns u.a., wie sich ein Patient einen Operateur aussuchen würde – was denkt er, welche Informationen sucht er, zählt für ihn die Menge der Operationen, der Komplikationen oder Re-Hospitalisierungen?

Was zählt am meisten?

Es ist sicher ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren, doch der Patient will vor allem das Team sehen und am besten persönlich mit

demjenigen sprechen, der den Eingriff durchführen wird. Vertrauen ist das A und O – das ist die oberste Entscheidungsgrundlage für viele unserer Patienten.

Und was zählt für Sie?

Für uns zählt natürlich in erster Linie das Wohl des Patienten. Und das zeigt sich auch in harten Fakten. Wir haben ein hohes Interesse, Komplikationen zu messen und zu analysieren. Denn nur dann kann man sich systematisch und vor allem risikoadjustiert der „Wahrheit“ nähern. Das fängt zum Beispiel bei der Frage an, wie hoch die Infektionsraten sind und demnach wie gut unser Hygienemanagement ausgestaltet ist. Aber auch Patientensicherheit ist ein hochrangiges Thema, das bei der ebenso trivialen wie wichtigen Frage beginnt, ob alle unsere Patienten ein Patientenarmband tragen, oder ob die OP-Checkliste konsequent eingesetzt wird. Wir analysieren aber auch unser Berichtssystem für sicherheitsrelevante Ereignisse im Krankenhaus, das Critical Incident Reporting System, kurz CIRIS, um herauszubekommen, wie hoch die Zahlen der unerwünschten Ereignisse oder Beinahe-Fehler sind. Fehler- oder besser Qualitätskultur fängt eben im Kleinen an und hat ganz viele Bausteine.

Qualität fängt vor allem im Kopf an und ist eine Frage der Kultur. Genau.

Doch Qualität ist auch ein langer Weg, den man beschreiten und dabei das ganze Unternehmen mitnehmen muss.

Das tun wir. Vor allem im Hinblick auf die Patientensicherheit.

Zum Beispiel mit ganz normalen Patientenarmbändern.

Die Einführung von Patientenarmbändern war eine längere Geschichte. Das hat aber vor allem mit der Größe unserer Organisation zu tun. Wenn man ein Instrument wie das Patientenarmband einführen will, dann muss man das nicht nur überall zur gleichen Zeit, sondern auch auf die gleiche Art tun – in jedem Krankenhaus, auf jeder Station mit dem gleichen Drucker und dem gleichen Barcode-System. Bei unserer Unternehmensgröße muss ein solches Projekt europaweit ausgeschrieben werden. Und bis dann die Ausschreibung durch ist, muss man eigentlich schon wieder in die nächste Druckergeneration investieren. Wir brauchen also vielleicht manchmal ein bisschen Zeit, aber letztlich ziehen wir das Ganze konsequent durch, und dann läuft es auch. Kliniken wie unsere sind eben hoch komplexe Organisationen mit diversen Expertensystemen. Und alle Menschen von Pflege und Ärzteschaft, von Management bis Verwaltung, vom Catering bis zur Reinigung müssen möglichst reibungslos zusammenarbeiten.

Also interprofessionell.

Und obendrein multinational. Vivantes ist mit seinen knapp 15.000 Mitarbeitern aus 91 Nationalitäten ganz schön bunt – darauf sind wir stolz. Auch das hat viel mit gelebter Berliner Realität zu tun, in der sich schon seit langem viele Nationalitäten mischen. Darum ist das bei uns schon länger ein wichtiges Thema: Wie versteht man sich? Wie handelt man einen Konsens aus? Was geht, was geht nicht? Dazu gehört auch, wie man freundlich, auch wertschätzen, aber trotzdem verständlich klare Grenzen zieht.

Sehen Sie das in der Summe eher als Problem oder als Chance?

Eindeutig als Chance. Wenn ich Vivantes mit seinen im besten

A photograph of a woman with long, wavy brown hair, wearing a white button-down shirt. She is resting her head on her right hand, looking down with a pained or distressed expression. The background is a bright, out-of-focus green, suggesting an outdoor setting.

Verbesserte Versorgung für Kopfschmerzpatienten durch **KopfschmerzSPEZIAL** – das Versorgungsprogramm der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Mehr Therapiesicherheit erhalten Kopfschmerz- und Migränepatienten mit dem Programm KopfschmerzSPEZIAL. Spezialisten verschiedener Fachgruppen – Neurologen, Physio- und Psychotherapeuten der Charité – und besonders qualifizierte Haus- und Fachärzte arbeiten hier eng zusammen, um die Qualität der Behandlung bei chronischen Kopfschmerzen zu verbessern. AOK-Versicherte erhalten kurzfristig einen Termin in der Charité Berlin. Bei entsprechendem Behandlungsbedarf kann der Versicherte außerdem vor Ort eine ambulante multimodale Therapie erhalten, die alle Aspekte seiner Kopfschmerzerkrankung individuell berücksichtigt. Ziel ist es, Selbstmanagementkompetenz zu fördern und Schmerzen optimal zu behandeln, so dass sich die Lebensqualität der Patienten nachhaltig verbessert.

Optimale Behandlung. Exklusive Programme. AOK.

aok.de/nordost/kopfschmerz

Sinne vielfältigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betrachte, dann leben wir bei uns schon lange die viel beschworene Willkommenskultur. Das gilt jetzt auch für die Flüchtlinge, denn uns muss klar sein, dass viele von ihnen bei uns bleiben werden. Aber auch das können wir schaffen, denn wir haben mit der Integration von Menschen aus anderen Ländern schon in der Vergangenheit gute Erfahrungen gemacht und werden das auch künftig tun. Natürlich gibt es auch bei uns Konflikte, denen wir uns stellen.

Wie engagiert sich Vivantes in der derzeitigen Flüchtlingskrise?

In Berlin werden von uns drei große Einrichtungen im Auftrag des Senates medizinisch betreut: die Schmidt-Knobelsdorf-Kaserne in Spandau, eine Einrichtung in Neukölln und – gemeinsam mit dem St. Joseph-Krankenhaus – der ehemalige Flughafen Tempelhof. In jeder dieser Einrichtungen werden rund 500 Menschen versorgt. Dazu haben wir vor Ort medizinische Stützpunkte eingerichtet, sogenannte Med-Points. Zusätzlich haben wir ein Fahrzeug, mit dem medizinisches Personal kleinere Einrichtungen mit rund 150 Geflüchteten betreuen kann – wie beispielsweise Turnhallen. Dazu kommt die Speiseversorgung für Flüchtlinge am Landesamt für Gesundheit und Soziales LA-GeSo.

Wie werden aus Flüchtlingen Mitarbeiter? Der geflüchtete syrische Arzt wird doch sicher eher der Einzelfall und nicht die Regel sein.

Mit einer größeren Anzahl von syrischen Ärzten rechnen wir in der Tat nicht, haben aber in Einzelfällen bereits erste Erfolge. Ferner haben wir seit über zehn Jahren Erfahrung mit der Integration von weniger qualifizierten Menschen. Wir kooperieren beispielsweise mit der Paulo-Freire-Schule im Zentrum ÜBERLEBEN, wo vor allem auch Menschen mit Migrationshintergrund die Möglichkeit haben, sich so weit zu qualifizieren, dass sie eine Ausbildung in den Gesundheitsberufen beginnen können. Das Angebot wird gut angenommen, und wir haben aus dieser Gruppe auch schon Absolventen einer Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildung übernommen.

Wie nutzen Sie Ihre Erfahrungen in der jetzigen Situation?

Wir systematisieren das Vorhandene und bauen es für die einzelnen Bereiche aus. Damit haben die Versorgung von Migranten und die bei uns bereits existente kulturelle Vielfalt eine neue Dynamik bekommen, die unsere Mitarbeiter auch stolz macht. Vivantes ist seit vielen Jahren, also schon vor der aktuellen Flüchtlingssituation, Mitglied der Charta der Vielfalt.

Mit Ihren Angeboten für Flüchtlinge kommt sozusagen die Klinik zum Patienten.

Aber das ist eine Sondersituation. Es gibt allerdings auch im Bereich der Psychiatrie gerade ein entsprechendes Modellprojekt, an dem wir beteiligt sind. In der Psychiatrie haben wir in Berlin – wieder historisch bedingt – einen Versorgungsanteil von über 50 Prozent, da unsere bezirklichen Krankenhäuser häufig auch psychiatrische Einrichtungen waren und teilweise auch noch sind. Der Gesetzgeber hat uns nun mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz und den darin vorgesehenen Pauschalierenden Entgelten Psychiatrie und Psychosomatik, kurz PEPP, unter anderem die Möglichkeit für Modellvorhaben gegeben. Seitdem betreuen wir unter dem Stichwort „Home Treatment“ psychiatrische Patienten zu Hause weiter, natürlich immer nur nach einer entsprechenden stationären Versorgung. Doch gerade psychiatrische Krankheiten haben immer wieder Phasen, in denen sich eine solche Versorgung anbietet. Es war aber nicht leicht, ein solches

Modellvorhaben durchzusetzen, und eine große Krankenkasse – die DAK – zum Mitmachen zu gewinnen. Es wäre schön, wenn sich das Modellprojekt auch auf andere Kassen ausweiten würde.

Was sagen denn die niedergelassenen Ärzte dazu?

Das soll doch keine Konkurrenzveranstaltung sein. Es ist vielmehr eine Möglichkeit, mit Hilfe unserer psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken unsere zu über 100 Prozent ausgelasteten Kliniken zu entlasten, vor allem zum Wohl des Patienten, der, wenn es geht, auch lieber zu Hause als in der Klinik ist.

Wie lange haben Sie gebraucht, dieses Projekt ins Leben zu rufen?

Die Verhandlungen haben etwa zwei Jahre gedauert. Unklar waren vor allem Abrechnungs- und Budgetfragen. Für uns als Organisation ist dies auch ein wichtiger neuer Schritt: raus aus dem Krankenhaus, rein ins Umfeld des Patienten.

Auch das war sicher ebenfalls eine Kulturänderung.

Deswegen wird das auch zunächst im Modellversuch geprobt. Zu Beginn nehmen schwerpunktmäßig zwei Häuser teil – das Klinikum in Neukölln und das Klinikum Am Urban. Doch versorgt werden sollen damit grundsätzlich alle Betroffenen in Gesamtberlin – zumindest die bei der DAK Versicherten. Darum hoffen wir, dass sich künftig noch weitere Kostenträger beteiligen.

Auch aus ökonomischen Gesichtspunkten?

Eigentlich aus Vernunftgründen und für eine Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Es kann doch nicht sein, dass Kliniken immer mehr Kapazitäten aufbauen müssen für Fälle, die auch mit Ambulanzen oder Tageskliniken versorgt werden könnten. Man muss dafür aber den Mut haben neu zu denken, und vor allem sektorübergreifend.

Wird das Ganze denn evaluiert?

Mein Herz schlägt für die Versorgungsforschung, denn ich habe ja auch Gesundheitswissenschaften/Public Health studiert. Das Modellvorhaben „Home Treatment“ wird natürlich wissenschaftlich begleitet. Und mit einem 50%igen Anteil an der psychiatrischen Versorgung sind die Ergebnisse schon aussagefähig. Darüber hinaus haben die beiden großen Berliner „Landesunternehmen“ – Vivantes und Charité – mit ihren Informationen ein riesiges Potenzial für weitere Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Versorgungsforschung. Hier wird auch das BIG eine führende Rolle einnehmen. Erste Gespräche hierzu werden geführt, darüber hinaus gibt es im Rahmen unserer Kooperationen mit der Charité erste sehr erfolgversprechende IT-basierte Projekte.

Frau Dr. Grebe, danke für das Gespräch. <<

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

Dr. Andrea Grebe M. san

Die 54-jährige ist seit März 2014 Vorsitzende der Geschäftsführung der Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH. Doch war sie schon einmal bei Vivantes: Seit April 2001 bis 2006 war Grebe Direktorin „Medizin und Qualitätsmanagement“ bei Vivantes und wechselte dann zur Regionale Kliniken Holding GmbH nach Ludwigsburg (RKH), wo sie als Medizinische Geschäftsführerin und Sprecherin tätig war. Seit 1997 war sie als Unternehmensberaterin im Bereich des Gesundheitswesens tätig, seit 1999 als Leiterin des Bereichs Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung im Klinikum Kassel. Grebe wurde 1961 in Korbach geboren. Sie ist Fachärztin für Innere Medizin und hat einen Masterabschluss in Public Health.

Versorgungscockpit

für Ärztenetze und Krankenkassen



Alle Leistungen auf einen Blick

Das Potenzial Ihrer Versorgungsdaten ist groß: Medizinische Versorgung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie analysiert und immer wieder angepasst wird. Mit unserem Versorgungscockpit haben Krankenkassen, Ärzte und Netzmanager alle Leistungen im Blick und können an den richtigen Stellen optimieren.

Ähnlich wie die Instrumententafel im Cockpit eines Flugzeugs gibt das Versorgungscockpit wichtige Informationen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen einer einzelnen Praxis oder des Ärztenetzes insgesamt.

Für die Analyse nutzen wir Indikatoren wie zum Beispiel:

- Entwicklung der Antibiotika-Verordnungen
- morbiditätsadjustierte Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten pro Praxis
- Teilnahme von Patienten am Disease Management
- Anteil von Patienten ab 65 Jahren mit potenziell inadäquaten Arzneimittel-Verordnungen

Alle Ergebnisse im Versorgungscockpit sind grafisch so dargestellt, dass sie schnell erfassbar sind. Detaillierte Informationen sind durch wenige Klicks erreichbar.

Ausgewählte Indikatoren	Qualitätsindikatoren und relevante Kennzahlen	Entwicklung und Benchmark eigene Praxis	Ø-Hausärzte (regional)	Min/Max
	Gesamtkosten pro Patient	 826,54	917,89	668,74
	KH-Fälle pro 1.000 Patienten (risikoadj.)	 68,01	91,39	59,41
	AU-Dauer pro erwerbsfähiger Patient	 2,71	2,48	1,76
	Patienten mit Antibiotika-VO %	 13,1%	10,7%	4,4%
	Patienten >= 65 mit VO (FORTA D) %	 10,2%	9,0%	5,5%
	DMP-Eingeschr. mit Potenzialdiagn. %	 71,0%	54,9%	80,1%



Best Practice Award
Business Intelligence und
Datenmanagement

INSIGHT Health zur Versorgung mit Antidementiva

Rabattquoten in der GKV – eine gute Entwicklung?

Zur Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln hat die Bundesregierung in den vergangenen Jahren eine Reihe von Steuerungsinstrumenten eingeführt. Damit reagiert sie auf steigende Ausgaben in diesem Bereich, die unter anderem auf demografische Veränderungen und hochpreisige innovative Arzneimittel zurückzuführen sind. Neben der frühen Nutzenbewertung und regionalen Arzneimittelvereinbarungen sind die Rabattverträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern ein mittlerweile etabliertes Instrument der Ausgabensteuerung. Der Einfluss von Rabattverträgen auf das Marktgeschehen wird in diesem Beitrag exemplarisch für die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz dargestellt.

>> In Deutschland ist es gesetzlichen Krankenkassen seit der Einführung des Beitragssatzsicherungsgesetzes im Januar 2003 möglich, Arzneimittel-Rabattverträge abzuschließen. Die Hersteller räumen der Kasse einen Rabatt für ihre Produkte ein, die in der Apotheke in Folge bevorzugt an die Patienten ausgegeben werden. Durch die Verabschiedung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) in 2006 sowie des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WStG) in 2007 wurden die Möglichkeiten der Rabattverträge erweitert. Apotheker sind heute verpflichtet, bei einem eingereichten Rezept ein wirkstoffgleiches Präparat abzugeben, für das die Krankenversicherung des Patienten einen Rabattvertrag abgeschlossen hat.

21% der patentgeschützten Arzneimittel rabattiert

Schon wenige Monate nach Inkrafttreten des GKV-WStG in 2007 haben sich die Arzneimittel-Rabattverträge im deutschen Gesundheitswesen etabliert. Bereits im Mai 2009 war mit 48,9 Prozent der Verordnungen fast jede zweite rabattiert. Während die Rabattquote im patentgeschützten Bereich lediglich bei 4,4 Prozent lag, betrug diese bei den Generika 72,1 Prozent. Werden die Ausgaben nach Apothekenverkaufsprei-

sen (AVP) betrachtet war knapp jeder vierte Euro rabattiert (vgl. Bensing/KIefeld: Rabattverträge – quo vadis?, Monitor Versorgungsforschung, Nr. 4/2009). In den Folgejahren entwickelten sich die Rabattverträge dynamisch weiter und die Quote erreichte mit 55,9 Prozent im Dezember 2012 einen Höchststand. Nach einem deutlichen Rückgang der Rabattanteile auf unter 50 Prozent in 2013 stiegen diese bis zum Januar 2015 stetig an und näherten sich mit gut 55 Prozent wieder dem Maximum aus 2012 (vgl. Abb. 1).

Der Einbruch in 2013 ist auf die leicht rückläufigen Rabattquoten im Segment der Altoriginale und Generika sowie auf die Biosimilars zurückzuführen. Obwohl Letztere einen geringen Verordnungsanteil und damit nur einen schwachen Einfluss auf die gesamte Rabattquote haben, wird hier das gesetzliche Verbot der Portfolio-Verträge im Rahmen der 16. AMG-Novelle und die damit verbundene Aufhebung aller bestehenden Verträge besonders deutlich. So fiel die Quote bei den Biosimilars (dem Segment mit dem höchsten Rabattanteil vor Aufhebung) von 75,1 Prozent im Dezember 2012 auf 19,2 Prozent im Mai 2013. Ein Vergleich der Rabattanteile bei biosimilaren Wirkstoffen in 2015 ergibt ein sehr heterogenes Bild. Auf die Biosimilars von Infliximab und Insulin glargin mit Markteintritt in 2015 entfielen Rabattquoten von 64,5 und

79,5 Prozent. Epoetin alfa und Somatropin-Biosimilars, die in 2012 mit 89,1 und 42,6 Prozent deutliche Rabattanteile aufwiesen, liegen in 2015 lediglich bei 21,8 und 10,1 Prozent.

Während patentgeschützte Arzneimittel nach Inkrafttreten des GKV-WStG nur in Ausnahmefällen Bestandteil des Rabattgeschehens waren (vgl. Bensing/KIefeld), liegt hier der Rabattanteil nach Verordnungen in 2015 bei 21,4 Prozent. Verglichen mit den 4,4 Prozent aus 2007 hat dieser deutlich zugenommen. Demnach haben sich Rabattverträge auch im Marktsegment der patentgeschützten Arzneimittel etabliert. Dies ist unter anderem auf die vermehrte Ausschreibung von Open-House-Verträgen zurückzuführen, denen vornehmlich Originalhersteller sowie Reimporteure vor Patentablauf beitreten.

Unterschiedliche Märkte – unterschiedliche Quoten

Analog zu den einzelnen Marktsegmenten zeigen sich auch auf der Ebene der ATC3-Klassen (nach EphMRA) deutliche Unterschiede in der Rabattquote. Wie Abbildung 2 zeigt liegt diese beispielsweise bei den Anti-TNF-Präparaten mit vorwiegend patentgeschützten Arzneimitteln bei 26,2 Prozent in 2015 und unterliegt seit 2013 nur geringen Schwankungen. Bei den Humaninsulinen und Analoga sowie bei den Virustatika ohne HIV-Präparate liegen die Rabattanteile mit bis zu 59,4 Prozent in 2015 deutlich höher. Im Markt der Antidementiva, der in dieser Analyse als Beispielmarkt herangezogen wird, stieg die Rabattquote von 58,6 Prozent in 2013 stark an und erreichte 82,1 Prozent in 2015.

Antidementiva: steigende Rabattanteile

Zur medikamentösen Therapie der Alzheimer-Demenz stehen derzeit in Deutschland vier verschiedene Wirkstoffe zur Verfügung: die Cholinesterasehemmer Donepezil, Rivastigmin und Galantamin sowie der NMDA-(N-Methyl-D-Aspartat-)Antagonist Memantin. Donepezil ist seit 1997 auf dem Markt, Memantin ist mit der Markteinführung in 2002 und dem Eintritt erster

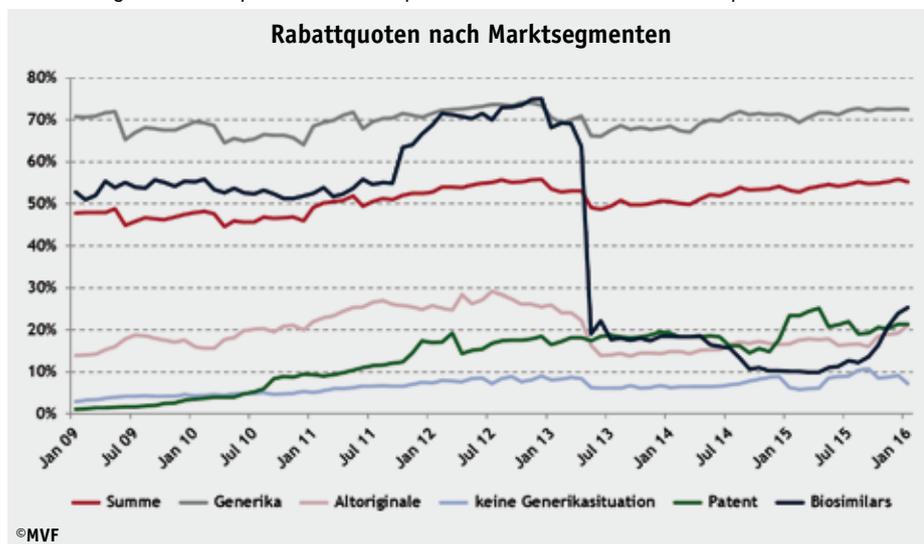


Abb. 1: Anteil rabattierter Verordnungen nach Marktsegmenten von Januar 2009 bis Januar 2016; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

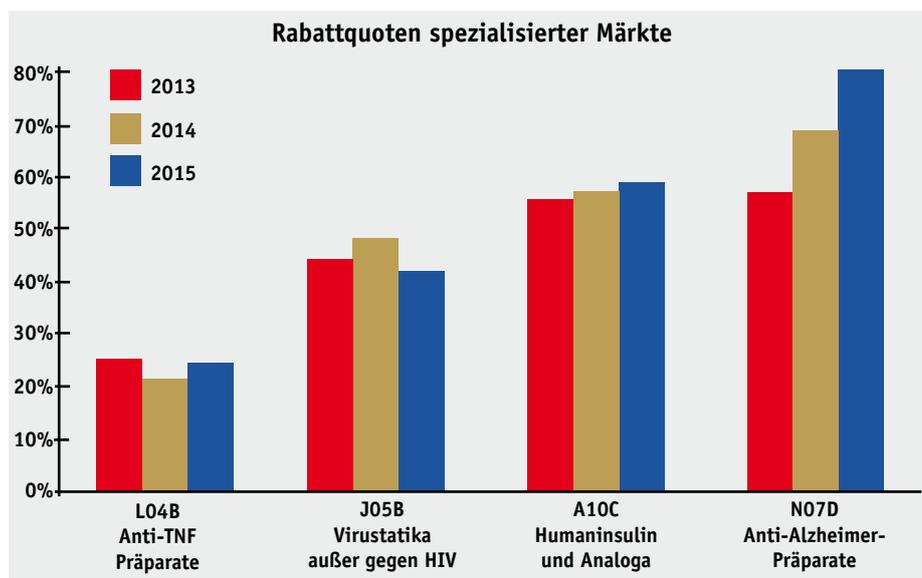


Abb. 2: Anteil rabattierter Verordnungen der Top 3 ATC-Klassen sowie der Anti-Alzheimer-Präparate (nach EphMRA) in den Jahren 2013 bis 2015; Auswahl der Top 3 ATC-Klassen nach Umsatz AVP (Apothekenverkaufspreis); Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

Generika in 2012 der jüngste Vertreter dieser Gruppe. Eine weitere Therapieoption sind die Nootropika, unter denen vorrangig der Wirkstoff Ginkgo biloba zu nennen ist. Die Studienlage zum Patientennutzen ist hier uneinheitlich, dennoch ist das Ginkgo-biloba-Blätterextrakt mit einer Tagesdosis von 240 mg zur Behandlung der Demenz erstattungsfähig. Des Weiteren werden Antidepressiva und Neuroleptika sowie Risperidon mit einer formalen Zulassung bei Alzheimer-Demenz zur Therapie der oftmals nicht-kognitiven Störungen eingesetzt. Trotz des steigenden Bedarfs, der vornehmlich durch den demografischen Wandel bedingt ist, sind keine neuen Arzneimitteltherapien in Sicht.

Im Folgenden werden die vier etablierten Wirkstoffe zur Alzheimer-Therapie betrachtet, zu denen sich zahlreiche Generika auf dem Markt befinden. Mit einigen Ausnahmen wie dem Memantin-Altoriginal sind die Wirkstoffe bei den meisten Kassen unter Rabattvertrag. Analog zur hohen Generikaquote liegt die Rabattquote in 2015 bei allen Wirkstoffen zwischen 76,1 und 88,3 Prozent. Im Gegensatz zu Donepezil, das bereits seit 2013 mit 82,4 Prozent einen hohen Rabattanteil hat, sind die drei Wirkstoffe Rivastigmin, Memantin und Galatamin für den Anstieg der Rabattquote im gesamten Antidementiva-Markt maßgeblich.

Ausgabeneinsparungen durch Rabattverträge

Nicht jede gesetzliche Krankenkasse kann in gleichem Ausmaß von Rabattverträgen profitieren, da sich unter anderem die Verhandlungspositionen aufgrund der Mitgliederanzahl unterscheiden. Darüber hinaus bleiben die genauen Einsparungen unklar. Denn weder die Höhe der finanziellen Aufwendungen für die Implementierung noch die tatsächlich gewährten Rabat-

te können präzise beziffert werden. Neben den Rabattverträgen haben auch weitere politische Steuerungsinstrumente (wie beispielsweise Festbeträge) und der generische Wettbewerb Einfluss auf die Marktdynamik.

Insbesondere im Antidementiva-Markt ist der Rückgang des durchschnittlichen Bruttopreises auffällig. Wird dieser mittels Division des Umsatzes durch die Anzahl verordneter Packungen errechnet, ergibt sich von 2014 auf 2015 ein Preisrückgang von 21,9 Prozent. Für den Wirkstoff Galantamin zeigt sich die negative Entwicklung mit 58,5 Prozent besonders deutlich. Ursache hierfür ist, dass die Substanz seit April 2015 festbetrags geregelt ist und die Hersteller ihre Preise größtenteils deutlich unterhalb des Niveaus der Festbeträge absenkten. Die rückläufige Preisentwicklung spiegelt sich direkt in den Umsätzen mit Antidementiva wider: Seit 2011 gingen diese um 46,4 Prozent zurück und auch in 2015 fiel der Umsatz im Vergleich zum Vorjahr um 37 Millionen Euro.

An dieser Stelle ist also davon auszugehen, dass sich festbetragsbedingt angepasste Bruttopreise und Umsatzrückgänge auf die Ausgaben der gesetzlichen Kassen auswirken. Letztere sind zudem nicht auf ein niedrigeres Verordnungsvolumen zurückzuführen, da im Vergleich zum Vorjahr in 2015 ein Prozent mehr Packungen im Antidementiva-Markt abgegeben wurden. Bei einem gleichzeitigen Anstieg rabattierter Verordnungen um 17 Prozent bei konstantem Umsatzvolumen von 104 Millionen Euro unter Rabattvertrag kann dies als Indikator für eine Ausgabeneinsparung angesehen werden.

Substitution bei Antidementiva

Die medikamentöse Therapie der Alzheimer-Demenz sollte kontinuierlich und in enger Abstimmung mit den zumeist älteren und multi-

morbidem Patienten erfolgen. Bei Alzheimer-Patienten handelt es sich um eine kritische Patientengruppe, bei der es leicht zu Compliance-Problemen kommen kann. Therapieumstellungen auf rabattierte Generika erhöhen dieses Risiko zusätzlich. Antidementiva gehören demnach laut den Leitlinien „gute Substitutionspraxis“ (GSP) der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft e.V. zu den kritischen Arzneimittelgruppen. Der Apotheker kann eine Substitution wegen pharmazeutischer Bedenken vermeiden. Bei Memantin ist 2015 kassenübergreifend ein deutlicher Rückgang von 43,1 Prozent bei der Substitution wegen pharmazeutischer Bedenken im Vergleich zum Vorjahr festzustellen. Hingegen sind bei Donepezil pharmazeutische Bedenken als Substitutionsgrund in 2015 bei allen Kassen angestiegen. Um eine mögliche Substitution in der Apotheke auszuschließen, kann der Arzt bei der Verordnung das Aut-idem-Kreuz setzen. Der Anteil Aut-idem-gekrenzter Verordnungen bei Antidementiva geht generell zurück und liegt in 2015 bundesweit bei 11 Prozent. Regionale Unterschiede sind dennoch zu beobachten: Hier sind es überwiegend die neuen Bundesländer, in denen der Aut-idem-Anteil fast einheitlich überdurchschnittlich hoch ist und bis zu 20 Prozent beträgt.

Fazit

Dass sich Rabattverträge als Steuerungsinstrument der Arzneimittelausgaben etabliert haben, zeigt sich in einer relativ stabilen Rabattquote im GKV-Markt. Ursprünglich als regulativ im generischen Bereich angewendet, steigt der Anteil rabattierter Verordnungen auch bei patentgeschützten Arzneimitteln sowie in spezialisierten Märkten wie beispielsweise den Antidementiva stetig an. Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist ein Fortschritt in der Alzheimer-Therapie durch die Zulassung neuer Arzneimittel wünschenswert. Zahlreiche Forschungskooperationen, Fördergelder und Stipendien zur Aufklärung genetischer und molekularer Mechanismen der Alzheimer-Demenz lassen hoffen. Nicht nur die Fortschritte bei dieser Erkrankung, sondern neue Therapien im gesamten Arzneimittelmarkt sollen in Zukunft den Patienten zur Verfügung stehen und ihre Versorgung verbessern. Ob steigende Rabattquoten diesem Ziel entgegenstehen bleibt unklar. Die Etablierung von Steuerungsinstrumenten begegnet jedoch der Herausforderung, in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem den Zugang zu hohen Standards in der medizinischen Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth und Jana Heiler*



6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“

Hecken: „Das Jahr wird ein bisschen knubbelig“

Beim 6. MVF-Fachkongress „Innovationsfonds 2016“ wurde aus den unterschiedlichen Sichtweisen – Politik, Selbstverwaltung, Versorgungsforschung und Akteure – dargestellt, welche Wege die besten sind, um – wie es Ulrike Elsner vom vdek ausdrückte – „Zukunft in den Fonds zu bekommen“. Auf diesem Kongress, erneut veranstaltet von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit arvato in den Räumen der Bertelsmann-Repräsentanz in Berlin, kamen nicht nur der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken und Staatssekretär Lutz Stroppe zu Wort, sondern neben Wissenschaftlern auch Mitglieder des Innovationsausschusses und dessen wissenschaftlichen Beirats. Die kurz vor dem Kongresstag per G-BA-Pressemitteilung angekündigte erste Ausschreibung eröffnete denn auch ausreichend Gelegenheit für kontroverse Diskussionen unter den Vortragenden und mit dem Plenum.

>> Mit drei wichtigen Botschaften würzte Staatssekretär Lutz Stroppe vom BMG seinen Vortrag, der sich mit den Aufgaben des Expertenbeirats auseinandersetzt. Zum einen: Nach einer öffentlich-rechtlichen Ausschreibung, auf die später noch G-BA-Chef Prof. Josef Hecken einging, wurde als Projektträger die DLR bestimmt, der schon bei Eingang der Anträge prüfen werde, ob diese „in die Ausschreibung hineinpassen und ob sie den formalen Kriterien entsprechen“.

Zum Zweiten: Der Expertenbeirat soll und muss bei der Bewertung eine klare Entscheidung treffen und sollte sich nach Stroppe Meinung „zu einem Mehrheitsvotum durchringen“, aber es können auch Minderheitsvoten geben. Diejenigen, die hinterher im Innovationsausschuss entscheiden würden – die Kostenträger, die Leistungserbringer und die Bundesministerien – hätten aber auch „die Möglichkeit, sich sehr bewusst gegen einen Rat des Expertenbeirats“ zu

entscheiden. Denn: Die Entscheidungen im Innovationsausschuss seien „politische Entscheidungen“, die allerdings im Falle einer Abweichung begründet werden müssen. Dafür werde es ein transparentes und nachvollziehbares Verfahren geben.

Und drittens: Obwohl es nach wie vor keine faktische Übertragbarkeit der Mittel gibt, werde gerade mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) diskutiert, ob es nicht doch eine Art von Übertragbarkeit geben könne, in dem statt eines Ist-Prinzips das Für-Prinzip angewandt wird. Will heißen: Damit von den pro Jahr zur Verfügung stehenden Mitteln so viele wie möglich eingesetzt werden können – auch wenn das betreffende Projekt erst im Jahr darauf oder noch später enden wird – sollen die Ausgaben für dieses Gesamtprojekt dargestellt werden. Stroppe: „Ich bin der Meinung, dass wir hier in diesem Für-Prinzip arbeiten sollten.“

Das erfreute die anwesenden Vertreter der Versorgungsforschung natürlich ungemein, die schon nach seinen einleitenden Worten fast euphorisiert waren, als der BMG-Staatssekretär, selbst Mitglied im Innovationsausschuss, sagte: „Sie bringen die Expertise mit, Sie bringen die Ideen mit, Sie bringen die Kreativität und die fachlichen Grundlagen dafür mit, dass wir darauf setzen können.“



Abb. 1: Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), referierte über den Expertenbeirat und seine Aufgaben.

Pfaff: „Der Staat nimmt seine Verantwortung stärker wahr“

>> „Das Glas ist richtig voll“, freute sich Prof. Dr. Holger Pfaff, der auf dem MVF-Kongress „Innovationsfonds 2016“ über die Aufgaben des Expertenbeirats referierte, den er als gewählter Vorstand leitet. Er schränkte aber gleich ein: „Wenn man es nicht unter Forschungs- und Entwicklungsaspekten betrachtet.“ Denn die Industrie würde für Forschung und Entwicklung jährlich ungefähr zwei bis drei Prozent ihres Umsatzes aufwenden, gemessen daran sei das Glas, aus dem sich nun Versorgungsinnovationen sowie Versorgungsforschung speisen solle, halb leer. Andererseits und dennoch: „Es war noch nie so viel Geld da, insofern müssen wir wirklich froh sein, dass der Innovationsfonds jetzt kommt.“ Vor allem für die Versorgungsforschung als solche. Und ebenso vor allem, wenn man – so Pfaff – bedenke, dass die Public-Health-Szene damals in den 90er-Jahren insgesamt mit 50 Millionen Mark gefördert worden sei. Da seien doch 75 Millionen Euro pro Jahr ein Wort.

Daher betrachtet Pfaff den Innovationsfonds sowohl für das Gesundheitssystem als auch für die Versorgungsforschung als ganz große Chance, die er deshalb nicht kleinreden wolle; indes auch, weil erst einmal die Qualität stimmen müsse, wofür von der Funktion und Auswahl her zuerst der Expertenbeirat zuständig sei, dann aber in der Entscheidung der Innovationsausschuss, in dem die Bundesregierung mit zwei Vertretern aus BMG und BMBF beteiligt ist. „Es ist eine absolut neue Konstellation, dass hier die Selbstverwaltung nicht mehr ganz alleine tätig ist“, wertet Pfaff diesen Akt der Einflussnahme, den er zumindest als „neues Element“ innerhalb eines Gremiums der Selbstverwaltung empfindet. Man könne zwar nun einerseits sagen, der Staat regiert mehr hinein, doch andererseits auch: „Der Staat nimmt seine Verantwortung stärker wahr.“ Was er aber auch ganz gut findet, denn von der Selbstverwaltung könne man ja nicht verlangen, dass sie sich selbst abschaffe oder sich selbst weh tun würde. Daher könnte „ein gewisser Anstoß von außen ganz sinnvoll“, gar ein Modell für die Zukunft sein. Pfaff: „Insofern geht es hier nicht bloß um den Innovationsausschuss und um Forschungsförderung, sondern darum, wie unsere Gesundheitsversorgung in Zukunft gesteuert wird.“ Das sei aus seiner Sicht ein ganz relevanter Punkt, jenseits der Arbeitsweise des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats, der ersten Förderbekanntmachungen und -schwerpunkte, wobei er bei letzteren den Eindruck habe, dass hier alles noch nicht so festgelegt sei, sondern ein freier Diskurs innerhalb der Ausschüsse vorherrsche.

Nachdem die erste Förderbekanntmachung öffentlich verkündet ist, erwartet Pfaff „in jedem Fall hunderte von Anträgen“, für die dann der Expertenbeirat Kurzgutachten erstellen werde, wobei jeweils ein

Mitglied ein Gutachten vorbereiten wird, um am Ende eine gemeinsame Bewertung durch alle Mitglieder des Expertenbeirats zu verabschieden, wobei hier ein Konsens vorgesehen sei. Wenn jedoch kein Konsens erreicht werden kann, folgt eine Abstimmung, so dass es auf jeden Fall eine Förderempfehlung geben wird – oder eben keine.

Dieses Kurzgutachten und die Förderempfehlung sind jedoch eben nur eine Empfehlung, wie Pfaff betont: „Wir entscheiden nichts, wir entscheiden nur über die Empfehlung.“ Und das auch noch in einem Zeitfenster von nur sechs Wochen, was nach Pfaffs Meinung „sehr

sportlich“ ist und den Beirat vor große Herausforderungen stellt; vor allem, wenn man betrachtet, wie lange es dauere, bis Förderentscheidungen oder -empfehlungen anderswo zustande kämen.

Ist die Empfehlung des Beirats einmal erarbeitet, muss diese der Innovationsausschuss in seine Entscheidung einbeziehen, indes etwaige Abweichungen schriftlich begründen, was schon einen erheblichen Aufwand bedeute. Insgesamt werde eine intensive Prüfung aller Anträge stattfinden, aus seiner Sicht eine „wahrscheinlich intensivere als in anderen Förderprogrammen“. Bei allem werde die Frage im Vordergrund stehen, ob ein Projektantrag

- wirklich von Relevanz für die Patientenversorgung ist,
- wie weit der Antrag methodische Qualität besitzt und
- ob die Umsetzbarkeit des Projektes nachvollziehbar dargelegt wird.

Bei letzterem Punkt sei zwischen der Umsetzbarkeit des Projektes und

jener des Gesamtvorhabens als Teil der Regelversorgung zu unterscheiden. Es könne durchaus sein, dass ein Projekt innerhalb eines Forschungsvorhabens sehr wohl umsetzbar sein kann, aber später in der Realität der Regelversorgung eventuell nicht. Das sei auch der große Unterschied zu allen anderen Fördertöpfen: Ein DFG-Projekt müsse in der Praxis nicht umsetzbar sein, denn hier ginge es um Grundlagenforschung. Projekte, die das BMBF fördere, seien schon anwendungsnäher, was nach Pfaffs Auffassung „eine schöne praktische Aufteilung der Verantwortung in Bezug auf die Forschung“ sei. Wobei eigentlich die mit dem Innovationsfonds neu hinzugekommene umsetzungsorientierte Forschung fast so etwas wie eine Königsklasse wäre. Allein aus diesem Grund geht Pfaff davon aus, dass die Antragsteller schon eine gewisse Vorerfahrung mit anderen Förderanträgen mitbringen sollten. Und ohne jemandem auf die Füße treten zu wollen, sagte er: „Wenn jemand, der vorher Biologie studiert hat oder im biogenetischen Bereich zu Hause war, auf einmal einen Versorgungsforschungsantrag stellen möchte, kann man schon die Frage stellen, ob dafür eine ausreichende Qualifikation gegeben ist.“ <<





Abb. 2: Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (re.) im Gespräch mit Ulrike Elsner (vdek), Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin) und Prof. Dr. Gerd Glaeske (Universität Bremen/socium).

nen, in den nächsten Wochen und Monaten die Anträge zu bekommen, auf die wir weiter bauen können.“

Elsner: „Ein neuer Gestaltungsspielraum“

Der eigentliche Punkt, an dem ein Innovationsfonds ansetzen könne, sei jener, Selektivverträge wieder attraktiver zu machen, erklärte Ulrike Elsner vom vdek in ihrem Vortrag. Wobei man sich dabei natürlich auch die Frage stellen könne, ob das Aufgabe der Krankenversicherung sei, denn der Innovationsfonds speise sich aus Geldern der Versicherten und Beitragszahler. Elsner: „In einem gewissen Umfang ist es sicherlich sinnvoll, dort Investitionen zu tätigen, auch aus der Solidarfinanzierung heraus.“ Das sei aber nichts Neues, denn bereits Mitte/Ende der 90er Jahre habe man begonnen, über die Kollektivverträge hinaus Möglichkeiten vertraglicher Natur einzuräumen, auch um besondere Versorgungsangebote zunächst einmal zu erproben.

Doch nach Ablauf der damaligen Einprozent-Anschubfinanzierung von 2004 bis 2006 habe eine Phase der Stagnation begonnen. „Man sieht eben, dass man in dem Bereich sicherlich eine Incentivierung braucht“, sagte Elsner, „einfach aus dem Wissen heraus, dass sich derartige Projekte sich sicherlich nicht in wenigen Jahren refinanzieren, sodass auf jeden Fall eine Investition und Incentivierung nötig“ sei. Von dem her könne ein neuer Anschlag durch den Innovationsfonds einen Gestaltungsspielraum bei den integ-

rierten Verträgen eröffnen. Wobei die Neufassung des §140a, in dem der vertraglich mögliche Gestaltungsspielraum flexibilisiert worden sei, auf jeden Fall zu begrüßen sei.

Die Frage lautet Elsners Ausführungen zufolge, wo ganz konkret nun der Fonds ansetze. Ebenso spannend werde es sein, wie die Gremien des Innovationsausschusses und des Expertenbeirats in die Administrierungsphase gingen und was sie präferieren würden. Da fällt einem, so Elsner, mit ihrem Verband ebenfalls im Innovationsausschuss vertreten, natürlich die Vernetzung über die Sektorengrenzen hinaus ein. Wobei sie aber nicht nur die Sektorengrenzen ambulant/stationär meint, sondern sich auch gut vorstellen könne, dass es sich um Projekte drehen könnte, welche die Arzneimittelversorgung stärker mit in den Fokus nehmen könne oder die Versorgung an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit. Für den zweiten Bereich, jenen der Versorgungsforschung, erhofft sich Elsner, „dass wir es tatsächlich schaffen, patientennahe Versorgungsforschung zu betreiben“. Unter den Bereich Versorgungsforschung würde auch alles fallen, was „sozusagen zur Evaluation der Versorgungsverträge“ gehört. Das sei zumindest ihr Verständnis, was die anwesenden Versorgungsforscher ganz anders sahen.

Danner: „Der Patient als Entscheider“

Es sei schon ein merkwürdiger Vorgang, dass die Politik mehrere 100 Millionen Euro einsetze, um jenseits der Regelversorgung

einfach mal etwas auszuprobieren, erklärte Dr. Martin Danner, Geschäftsführer der BAG Selbsthilfe, und als solcher als Patientenvertreter nicht nur im G-BA, sondern auch im Innovationsausschuss aktiv. Da aber das nun einmal politischer Wille sei, würden die Patientenvertreter darauf achten, „ob der Innovationsfonds uns denn aus Patientensicht tatsächlich weiterbringt“, wobei er hier ganz nah an der Meinung von Elsner war. Auch, damit in ein paar Jahren nicht bereut werden müsse, wenn das Geld ausgegeben und genau darum eventuell wieder „Leistungsausgrenzungen“ auf die Tagesordnung kämen.

Zudem sei es wichtig, die Diskussion zum Innovationsfonds nicht in einer Art Goldgräberstimmung zu führen, in der Projekte vorangetrieben würden, nur weil die einen schon immer einmal interessierten. Vielmehr käme es nun darauf an, die Mittelverwendung zu rechtfertigen. „Wir müssen es schaffen, über die Innovationen, die im Innovationsfonds zu fördern sind, tatsächlich die Versorgung nachhaltig zu optimieren,“ formuliert Danner seinen Anspruch, mit dem er in der Ausschuss-Arbeit tätig sein wird. Hier möchte er unter anderen auch dafür sorgen, dass nicht nur die Finanzierbarkeit und die Qualität in Zukunft ausgewogen bleibe, sondern obendrein patientenzentrierter werde.

Es sei schon eine große Herausforderung, wenn dem medizinisch-technologischen nicht nur ein Fortschritt der Optimierung von Versorgungsstrukturen folgen soll, sondern auch noch bedarfsgerechte Versorgungsformen vorausgedacht werden sollen. Und die sind in seinen Augen immer auch jene,

die den Patienten zum Entscheider machen, anstatt nur zu versuchen, die Versorgung zu steuern, was nichts anderes bedeute, als dass der Patient als Akteur im Gesundheitswesen aufgegeben werde.

Daher werde die Patientenvertretung im Innovationsausschuss „bei allen Anträgen darauf achten, dass der Patient als Entscheider“ wahrgenommen werde. „Es bedeutet aus unserer Sicht eine große Chance, wenn durch den Innovationsfonds die entsprechende Ausgestaltung von Versorgungsformen und einer entsprechenden Ausrichtung der Versorgungsforschung die Patienten als Entscheider gestärkt werden, statt sie nur als Objekt der Behandlung zu betrachten“, erklärte Danner.

Ein zweites Anliegen der Patientenvertretung im Innovationsausschuss ist jene, dabei mitzuwirken, erfolgreiche Projekte möglichst schnell in die Regelversorgung zu überführen. „Wenn es so ist, dass solche Versorgungsformen wirklich evaluiert sind und ein zusätzlicher Nutzen und eine Verbesserung der Versorgung nachgewiesen ist, sind wir als Patientenorganisation die ersten, die einen Antrag beim Bundesausschuss stellen werden“, versprach dazu Danner. Es sei nämlich nicht so, dass es die Kassen in der Hand hätten, derartige Projekte eventuell nur in einem regional kleinen Bereich als Wettbewerbsvorteil zu nutzen. Um derartiges zu verhindern, brauche es Transparenz, die alleine sicherstellen könne, dass erfolgreiche Projekte im ganzen Bundesgebiet für alle GKV-Versicherten in den kollektivvertraglichen Bereich überführt werden könnten. Danner: „Ich bin gar nicht so skeptisch, dass uns das gelingen wird, auch weil der politische Druck erheblich sein wird.“ Genau darum werde es sich der Bundesausschuss nicht

leisten können, gut evaluierte Projekte mit einer jahrzehntelangen Verzögerungstaktik hinauszuzögern.

Busse: „Verpflichtet Innovationen umzusetzen“

In Amerika wäre so etwas gar nicht möglich, wie Prof. Dr. Reinhard Busse von der TU Berlin in seinem Vortrag berichtete, der sich mit internationalen Benchmarks auseinandersetzte, mit denen sich die deutsche Herangehensweise an Innovationsförderung im Gesundheitsbereich messen könnte. Dabei stellte er drei Länder mit drei recht unterschiedlichen Lösungsversuchen vor, doch – so Busse – „richtige Benchmarks gibt es in diesem Bereich noch nicht“, doch könne man durchaus Anregungen bekommen, aus denen man lernen könne. Zum Beispiel eben von den Amerikanern, die als Teil des „Affordable Care Acts“, kurz Obama Care, eine „große Lösung“ in Sachen Innovationsförderung etabliert hätten, die aber in Deutschland gar nicht so richtig wahrgenommen werde. Denn innerhalb des Obama Care-Acts seien zehn Milliarden US-Dollar in ein „Center for Medicare and Medicaid Innovation“ (CMMI) investiert worden. Zwar sei dieser Invest zunächst auf eine Periode von neun Jahren ausgelegt, doch gesetzlich nicht begrenzt, wie bei uns der Innovationsfonds, der auf vier Jahre ausgelegt sei.

Innerhalb des CMMI gehe es nun darum, einerseits die Versorgung der älteren Bevölkerung zu verbessern und andererseits die der ärmeren, wobei es bei beiden Ansätzen nicht so sehr um technologische, sondern um Prozessinnovationen, insbesondere im Rahmen der Vergütung handele. Busse: „Interessant daran ist, dass das Gesetz das CMMI au-

torisiert, erfolgreiche Modelle ohne weitere gesetzliche Änderungen umzusetzen.“ Damit könnten erfolgreiche Modelle gesetzlich legitimiert über das ganze Land ausgebreitet werden, wofür es nur zwei Grundvoraussetzungen gebe: Derartige Projekte müssen entweder die Kosten reduzieren, aber die Qualität zumindest beibehalten oder aber die Qualität steigern, ohne die Kosten zu erhöhen. Busse: „Das CMMI ist damit sozusagen nicht nur befugt, sondern auch autorisiert und verpflichtet Innovationen umzusetzen.“

Diese große und schnelle US-Lösung, wird in Kanada eher kleiner angegangen. Hier hat die kanadische Regierung eine Kommission eingesetzt, die eruieren sollte, wie es mit dem kanadischen Gesundheitssystem weitergehen solle, und hat dazu Befragungen mit Experten im Gesundheitswesen, aber auch mit ganz normalen Bürgern durchgeführt. Als Ergebnis des Ganzen wurde nach Busses Worten ein Bericht veröffentlicht, in dem als erstes empfohlen worden sei, ein Innovationsinstitut zu etablieren: das Healthcare Innovation Agency of Canada (HIAC). Dieses HIAC solle mit einer Milliarde kanadischer Dollar pro Jahr ausgestattet werden, was für ein relativ kleines Land wie Kanada viel Geld sei, warum auch dem dortigen Gesundheitsminister diese Empfehlung nicht so gefallen habe.

In England hingegen gab es laut Busse bereits vor zehn Jahren das „Institute for Innovation and Improvement“ der NHS, das aber inzwischen gar nicht mehr existiere, was aber auf Reorganisationen innerhalb des nationalen Gesundheitsdienstes zurückzuführen sei. Dafür gebe es seit 2010 innerhalb der NHS einen „Innovation Challenge Price“, an dem sich Jahr für Jahr kleinere Gruppen, Teams in Krankenhäusern, auch ganze Kran-



Abb. 3: Dr. Karsten Neumann (IGES), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald) im Gespräch mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (DNVF) und Harald Möhlmann (AOK Nordost) (v.l.n.r.).

kenhäuser sowie ambulante Leistungserbringer um insgesamt rund 1 Million Euro bewerben können. Dieser Preis soll Busses Worten zufolge dazu beitragen, dass der Innovationsgedanke sich in allen möglichen Einrichtungen ausbreitet. Darauf aufbauen würde dann der „Innovation Compass“, ebenfalls ein interessanter Ansatz, der gegründet worden sei, um die Innovationsfähigkeit vor Ort zu stärken; „etwas, das ich bei uns noch nicht so richtig sehe“.

Parallel dazu gebe es jährliche Ausschreibungen eines regionalen Innovationsfonds, wobei das jeweilige Budget schwankt – von um die fünf Millionen bis zweieinhalb Millionen Pfund, um das sich seit 2013 Teams größerer Leistungserbringer-Organisationen bewerben können. Des weiteren gebe es in England einen „Innovation Accelerator“, eine Art Innovationsbeschleuniger, ein Programm, das nach Busses Meinung „bei uns vielleicht auch noch fehlt“.

Die größte englische Lösung heißt „Test Beds“, die aktuell von NHS-Chef Simon Stevens publikumswirksam auf dem Weltwirtschaftsgipfel in Davos vorgestellt worden war. Innerhalb dieser Aktion gebe es sieben Test Beds mit je etwa 1,5 Millionen Einwohnern: in fünf würden Versorgungsansätze erforscht und in zwei weiteren technologische E-Health-Lösungen vorangebracht.

Busses Fazit ging dahin, dass es seit einigen Jahren in vielen Ländern ein gutes Innovationsklima vorherrsche. Die Innovation und ihre Förderung sei zu einem internationalen Phänomen geworden, auf das immer mehr Länder mit einer systematischen Förderung aufspringen würden. Doch seien aktuell die Ansätze noch sehr unterschiedlich, was vielleicht aber auch richtig sei, da man derzeit einfach nicht wissen könne, welcher Ansatz am erfolgversprechendsten sei. Aus heutiger Sicht könne man jedoch sagen, dass die Amerikaner am konsequentesten vorgehen, weil sie das, was erfolgreich ist, auch gleich umsetzen können.

Glaeske: „Wir brauchen eine Evaluationskultur“

Wobei es, hakte an der Stelle Prof. Dr. Gerd Glaeske ein, so etwas wie in Kanada in Deutschland schon lang gebe: Das sei der vor über 20 Jahren gegründete Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Von diesem Rat, dem er von 2003 bis 2010 angehört hatte, sei seit den ersten 2000er Jahren die Forderung nach einem Innovationsfonds ausgegangen



Abb. 4: Prof. Josef Hecken (G-BA) im Gespräch mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und Prof. Dr. Holger Pfaff (Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft an der Universität zu Köln) (v.l.n.r.).

und am Leben gehalten, und zwar ausgehend von der Begriffstrias Unter-, Über-, Fehlversorgung. Gerade diesen Aspekt habe das deutsche Netzwerk Versorgungsforschung – das er übrigens mit begründet hat – immer wieder unterstützt, das eine Institution, ja Fachgesellschaft geworden sei, wobei sich vieles um eine einzige grundsätzliche Fragestellung drehe: die der Effizienzoptimierung. Jedoch nicht die eines Add-ons, sondern im Sinne einer Substitution. Denn, so Glaeske: „Add-ons machen nur den Kuchen breiter und flacher.“ Echte Innovationen würden hingegen substituierend wirken und die Patientenorientierung befördern, das gelte sowohl für Arzneimittel, aber auch für die Versorgung und für alles andere, das im System noch verändert werden müsste.

Doch möchte er davor warnen, einen ähnlichen Fehler wie bei der Public-Health-Förderung zu machen, die zu einer Kurzfristigkeit mancher Forschungsaktivitäten geführt habe. Der Grund: Es hätte sich eine Art Beutegemeinschaft gebildet, die sich nur auf diese Art der Förderung gestützt hätte. Glaeske: „Das waren Beutegemeinschaften, die sich an unterschiedlichen Standorten gebildet haben und die dann über drei oder sechs Jahre ganz bestimmte Dinge verfolgt haben, die danach offensichtlich keine Bedeutung mehr hatten.“ So könne es nicht erstaunen, dass viele der seinerseits gut geförderten Public-Health-Standorte heute kaum noch existierten, „vielleicht noch auf einem Schild, aber nicht inhaltlich“.

Anraten möchte Glaeske, wenn man über Evaluierung und Priorisierung nachdenkt, sich an ein Zitat von Albert Einstein zu

halten, das da lautet: „Jedes Denken wird dadurch gefördert, dass es sich in einem bestimmten Augenblick nicht mehr nur mit dem Erdachten abgibt, sondern durch die Wirklichkeit hindurch muss.“ Alle Projekte, die durch den Innovationsfonds gefördert würden, müssten sich erst dem Realtest stellen, wozu es eines besonderen Herangehens bedürfe, das auch dem DNVF am Herzen läge: die Politikfolgenforschung. „Wir können doch nicht ständig politische Neuerungen im SGB V implementieren, ohne zu wissen, was später daraus resultiert“, forderte Glaeske. Anders würden nur immer wieder adverse Anreize neu in das System kommen, die dann missbraucht werden, sich gegenseitig aufheben oder sich ungeahnt verstärken könnten.

Um das zu verhindern, bräuchte es in Deutschland eine bislang innerhalb des GKV-Systems kaum existente Evaluationskultur. „Natürlich haben wir viele interessensgeleitete Evaluationen, zum Beispiel zu Hausarztverträgen oder zu DMP“, meinte Glaeske. Doch kenne er „keine einzige vernünftige, die dem Aspekt der Evaluation standhielte“.

Vielleicht ist es kein Wunder, wenn er dabei an ein anderes Zitat denkt, das aus dem Umfeld des „Standards for Quality Improvement Reporting Excellence“ (SQUIRE) stammt: „Doing an improvement project is fundamentally different from studying it.“ Glaeske: „Wenn dieselben Leute meinen, evaluieren zu können, was sie gleichzeitig als Projekt durchführen, wird das von vornherein nicht funktionieren.“ Auch müsse sehr genau darauf geachtet werden, wer welches Projekt in welchem Zusammenhang evaluiert und wie sich die Kooperationen der

unterschiedlichen Systempartner darstellen und weiter entwickeln.

Hecken: „Gerödelt wie die Tiere“

Weder Kanada, England noch die USA waren das Benchmark, das Prof. Josef Hecken, der unparteiische Vorsitzende des G-BA und des Innovationsausschusses, nannte. Er brachte „das kleine Dänemark“ in Spiel, das eine Milliarde Kronen für einen ähnlichen Fonds ausgeben würde. Man vergesse aber oft dabei zu sagen, dass bei dieser eine Milliarde auch Arzneimittel, Operationen und alle anderen Regelversorgungsleistung aus diesem Topf finanziert werden müssten, während – so Hecken – „der große Topf der 225 Millionen Euro“ im weitesten Sinne nur anfallende Overhead-Kosten oder Add-on-Leistungen abzudecken habe. Aus seiner Sicht sei darum der Fonds „eine sehr große Chance“, auch Dinge, die er in der Vergangenheit als BVA-Präsident „sehr häufig kaputt machen musste“, auf einer evidenzbasierten Grundlage wissenschaftlich so untermauern zu können, dass am Ende eine Überführung in die Regelversorgung möglich sei.

Auch seien die 75 Millionen Euro pro Jahr für die Versorgungsforschung erst recht eine tolle Sache. Heckens Versprechen, an der er sich dann auch messen lassen muss: „Wenn wir die in vernünftige Projekte investieren können, wo der Expertenbeirat in jedem Fall sagt, hurra, das ist eine hohe methodische Qualität, und wir dann freudig euphorisiert Förderentscheidungen treffen, dann singe ich mit Ihnen am Ende dieses Jahres das Hochamt in der Neujahrsmesse hier im Berliner Dom.“

Doch goss er gleich wieder Essig in den Messwein, indem er seiner Befürchtung Ausdruck verlieh, dass eventuell nicht genügend Anträge aufkämen oder aber solche, die den qualitativen Anforderungen nicht genügten. Daher seine Warnung: „Es kann uns nicht

darum gehen, als oberstes Ziel zu definieren: Am Ende des Jahres muss der Schotter raus sein.“ Das sagte er mit Hinblick auf die von der Politik immer noch nicht gestattete echte Übertragbarkeit der Mittel. Bei dieser „echten“ könne es ihm egal sein, ob er in diesem Jahr die gesamte Tranche bewillige, weil er den Rest der Mittel ins nächste Jahr schieben könne. Doch mit dem derzeit gewählten Konstrukt bestünde die Situation, dass die Förderbescheide auf alle Fälle in diesem Jahr verabschiedet sein müssen. Will heißen: Nun ist Eile ist geboten, obwohl Stroppe schon auf die Möglichkeit der „Für-Regelung“ hingewiesen hatte.

Auch wenn man bisher von außen wenig davon mitbekam – immerhin hätte die erste Ausschreibung schon vor Weihnachten publiziert werden sollen – „haben wir gerödelt wie die Tiere“, erklärte Hecken. Es hätte ein Projektträger, zwar in einem eingeschränkten Verfahren, aber mit allen verfahrensrechtlichen Limitationen ausgeschrieben werden müssen, was ein Kraftakt sondergleichen gewesen sei. Nun sei der Zuschlag (an die DLR) erteilt und auch die Frist abgelaufen, in der sich die Konkurrenten in irgendeiner Form dagegen hätten verwahren könnten. Parallel dazu seien alle europarechtlichen Fragestellungen geklärt und die Geschäftsstelle errichtet worden. Hecken: „Ich bin außerordentlich dankbar, dass alle Beteiligten, einschließlich der Bundesregierung, im Innovationsausschuss so konstruktiv unter Verzicht auf Fristen mitgemacht haben.“

Und auch die Veröffentlichung der ersten Förderbekanntmachung sei Heckens Worten zufolge „Arbeit ohne Ende“ gewesen, auch wenn diese bisher nur per Pressemitteilung seitens des G-BA angekündigt worden ist. Das soll sich aber bald ändern: Angestrebtes Ziel sei es, in der ersten Aprilwoche die offizielle Förderbekanntmachung zu veröffentlichen, doch gleichzeitig auch die zweite Schwerpunktsetzung zu schaffen. Nach die-

ser offiziellen Förderbekanntmachung würden dann zwei bis drei Monate Antragsfrist für die Projekte aus dem 225 Millionen-Topf sowie für die Versorgungsforschungsprojekte eingeräumt, wobei letztere entweder sofort einen Vollertrag vorlegen können, oder innerhalb von sechs Wochen eine Projektskizze.

Nach dieser, zumindest von Hecken angeordneten Zeitplanung könnten in beiden Bereichen – Verbesserung der Versorgung in der Fläche sowie Versorgungsforschung – Ende Juni, Anfang Juli die Anträge vorliegen, darauf folgend Kurzgutachten erstellt werden, so dass Ende August, Anfang September die Bewilligungsphase beginnen könne. Hecken: „Dieser Zeitplan zeigt, dass es zwingend notwendig ist, im ersten Jahr schon während des ersten Antragsverfahrens die zweite Förderbekanntmachung in die Welt zu setzen, damit wir im laufenden Jahr idealiter auch noch diese Förderentscheidungen treffen können.“

Daher werde es in diesem Jahr „ein bisschen knubbelig für Sie, für mich, für alle“. Aber das sei egal, denn „Knubbeligkeit lieben wir, weil sie junghält und auch gut gegen Rücken, Erkältung, Schulter und Durchfall“ ist, womit Hecken auf die abschließenden Sätzen seines Vortrags anspielte, in dem er in seiner humoristischen Art von seinem krankheitsgebeutelten Karibikurlaub berichtete, was ihm aber die Zeit eröffnet habe, aus irgendeiner „landestypischen Toilette“ heraus, auf denen er die meiste Zeit verbracht hätte, einige traurige Einzelfälle, die indes keine Schnittstellenprobleme, sondern reinste Willkür gewesen seien, habe regeln können. <<

Redaktioneller Hinweis

Die Berichte zu den Vorträgen von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Universitätsmedizin Greifswald), Harald Möhlmann (AOK Nordost), Dr. Karsten Neumann (IGES-Institut) sowie zu den Diskussionsrunden folgen in der kommenden MVF. Die Audiomitschnitte der Vorträge, besonders die echt hörenswerten von Hoffmann und Hecken, finden Sie auf www.m-vf.de



Abb. 5: Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, ist sich seiner Verantwortung voll bewusst: Der Innovationsfonds lässt ihn alles andere als kalt.



MSD Gesundheitspreis 2016

„Eine stimulierende Anerkennung“

Weil es ein Ziel der Unternehmensstrategie seiner Krankenkasse sei, durch effiziente Versorgungsforschung gemeinsam mit anderen Akteuren das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln, unterstützt Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender DAK-Gesundheit, wie viele andere den seit 2012 jährlich verliehenen MSD Gesundheitspreis. Für die diesjährige Ausschreibung haben sich derzeit schon über 20 interessante Projekte beworben, doch noch ist Zeit bis zum Bewerbungsschluss am 15. April.

>> Die großzügige Auslobung – immerhin werden für die fünf Preisträger 100.000 Euro zuzüglich eines Sonderpreises in Höhe von 10.000 Euro für ein Projekt mit der größten Patientenorientierung und einer erfolgreichen aktiven Einbindung von Patienten zur Verfügung gestellt – ist nur ein Aspekt, warum sich so viele Gestalter innovativer Versorgungslösungen für einen Preis bewerben. Doch mehr geht es um die damit verbundene Auszeichnung und die Hervorhebung aus der Masse vieler anderer Projekte, Ideen und Ansätze, die es vielleicht nie schaffen, den hohen Anforderungen des dem Preis zugrunde liegenden Kriterienkatalogs (s. Kasten unten) zu überspringen. Doch die, die das schaffen, zeigen damit, dass sie eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben, die obendrein auch noch extern evaluiert wurde. Und sie können auch stolz darauf sein, zu den Preisträgern zu gehören, für die diese Auszeichnung eine „stimulierende Anerkennung ist“, wie es Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost, formuliert. Und für alle anderen, die sich nicht bewerben – oder beworben haben, aber nicht auf die ersten Ränge juriiert wurden – „zeigt er, was zum Nutzen der Patienten in Deutschland tatsächlich möglich ist.“

Die mit dem – immerhin von der Pharmaindustrie ausgelobten – Preis verbundene Aner-

kennung ist wohl auch der Grund dafür, warum es so viele Unterstützer wie Rebscher gibt.

Breite Unterstützerschaft

Mit als Unterstützer dabei ist auch Prof. Dr. Volker E. Amelung, der Vorstandsvorsitzender des Bundesverband Managed Care, dem es darum geht, „ein gutes Gesundheitssystem noch besser zu machen. Für ihn, der auch in der Jury mitwirkt, ist das mit dem Gesundheitspreis verbundene „Qualitätsstreben, auch im Bereich der Prozesse und Strukturen, zukunftsweisend“. Ähnlich wie Amelung argumentiert auch Dr. med. Hans-Joachim Helming, der Vorsit-

zende des Vorstandes der KV Brandenburg, wenn er sagt: „Ich engagiere mich für den MSD Gesundheitspreis, weil auch das hervorragende deutsche Gesundheitswesen weiterentwickelt werden muss – und dies durch ein alle Akteure einbindendes Versorgungsmanagement.“ Dr. Rainer Hess, ehemaliger G-BA-Vorsitzender und ebenfalls Mitjuror, ergänzt: „Ein solcher Gesundheitspreis macht die vielfältigen Aktivitäten sichtbar, die Versorgungsstrukturen zu verbessern und in die Versorgungspraxis zu integrieren.“ Dieses hehre Ansinnen unterstützt auch der Fakt, dass erneut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft des Preises übernommen hat. <<

Die fünf Förderkriterien

- I. Das Versorgungsprojekt soll eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen und/oder ökonomischen Ergebnisqualität gezeigt haben.
- II. Es müssen externe Evaluationsergebnisse vorliegen. Auch Pilotprojekte, die bereits im Markt etabliert sind oder vielversprechende Ergebnisse vorweisen, können förderungswürdig sein.
- III. Inhaltlich sollen insbesondere Indikationen folgender großer Volks- und Infektionskrankheiten sowie seltene Erkrankungen aufgegriffen werden: Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislaufkrankungen, Immunologie (Rheumatologie, Gastroenterologie), onkologische Erkrankungen, Osteoporose, Virusinfektionen (Hepatitis C, HIV) und bakterielle Infektionen.
- IV. Der Ansatz soll Patienten und Versicherte dabei unterstützen, konkrete Gesundheitsziele für sich zu kennen, zu verstehen und zu erreichen sowie ihre Teilhabe am Versorgungsprozess mit zu fördern.
- V. Das Projekt soll eine effiziente Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg darstellen und beinhalten.

Die Jury des MSD Gesundheitspreises

Prof. Dr. Volker E. Amelung, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC)
 Dr. Rainer Hess, Hess & Hohmann Rechtsanwälte
 Dr. Rolf Koschorrek, Berlin
 RA Mirjam Mann, Geschäftsführer ACHSE e.V.
 Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, München
 Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba, Ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt, Klinikum der Universität München
 Dr. Jutta Wendel-Schrief, Direktor Market Access von MSD

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c Peter Scriba



Interview mit Prof. Dr. med. Dr. med. h.c Peter Scriba: „Chance für Visionäre“

>> Die fünf Kriterien, die Bewerber für den Gesundheitspreis von MSD überspringen müssen, sind eine sehr hohe Hürde.

Das ist auch gut so. Denn das garantiert das, was mich dazu bewegt, seit Jahren in der Jury mitzuwirken und so den Preis zu unterstützen.

Was finden Sie denn so außergewöhnlich?

Zum einen ist der Preis relativ hoch dotiert, auch wenn sich die jährliche Fördersumme von 100.000 Euro meist auf fünf bis sechs Gewinnträger verteilt. Dennoch ist das für die Menschen, die sich da bewerben, viel Geld. Die oben genannten fünf Kriterien, aber auch die Arbeit der Jury führt dann dazu, dass dieses Geld vernünftig verteilt wird.

Definieren Sie doch bitte „vernünftig“.

Vernünftig heißt für mich: Es nützt dem Patienten. Dabei geht es in der Regel weder um eine neue Methode, ein Verfahren oder eine neue Substanz, sondern meist um genau das, was sehr, sehr nah an dem ist, was die Versorgungsforschung will: Zu erreichen, dass möglichst jeder Patient mit einer möglichst optimalen Versorgungsqualität betreut werden kann. Auf dass die Menschen länger leben, sie zumindest schneller gesund werden oder wenigstens ihre Lebensqualität steigt.

Wäre das nicht Aufgabe der Selbstverwaltung und damit des G-BA?

Viele Versorgungslücken können doch durch vom G-BA definierte Versorgungssysteme weder erfasst, noch vernünftig gelöst werden. Das kann aber durchaus das gesellschaftliche Engagement einiger weniger, die es immer wieder schaffen, real existente Versorgungslücken mit guten Ideen regional oder gar überregional zu füllen.

Wer bewirbt sich denn für den Gesundheitspreis?

Zu meiner großen Überraschung melden sich bei diesem Preis wahre Überzeugungsträger, die aus eigenem Antrieb heraus etwas bewegen wollen und sich durch eine solche Ausschreibung vielleicht zum ersten mal trauen, an eine breitere Öffentlichkeit zu treten. Da sind regelrechte Überraschungssieger dabei, wobei es als Juror echt Spaß macht zu sehen, was da kommt.

Gab es denn wirklich echte Überraschungen?

Sicherlich. Ich erinnere mich sehr gut an ein Hamburger Projekt, bei dem eine internistische Station in einem kleinen Krankenhaus so umgebaut wurde, dass es für die Betreuung dementer und geriatrischer Patienten geeignet war. Oder ein anderes Projekt in Schwaben und Bayern, das sich der Prävention geriatrischer Stürze gewidmet hat, indes nicht in der Nähe von geriatrischen Abteilungen, sondern dort, wo die betroffenen Menschen wohnen: auf dem Land. Die sind von Dorf zu Dorf gezogen, haben dort die älteren Menschen aufgesucht und diese dazu gebracht, sich mit vorbeugenden Maßnahmen zu beschäftigen. Und das mit Hilfe des Landfrauenverbands, mit einer Krankenkasse speziell für die ländliche Bevölkerung, dem Gesang- und dem Sportverein. Das nenne ich mal ein originelles, aber auch sehr gelungenes, weil patientennahes, mit vielen

gesellschaftlichen Gruppierungen agierendes und deshalb auch sehr erfolgreiches Präventionsprojekt mit obendrein landesweiter Konsequenz. Ich bin schon gespannt, was die Jury dieses mal zu sehen bekommt.

Könnten solchen Ideen nicht auch mehr Raum innerhalb des Innovationsfonds gegeben werden?

Ob man die Menschen, die sich beim Gesundheitspreis bewerben, nun Amateure, Überzeugungstäter, Entrepreneur, Außenseiter oder Querdenker, besser wohl Visionäre nennt: Deren Ideen haben in einem System der Begutachtung öffentlicher Mittel und dessen Einsatz im Bereich der Forschungsförderung wenig bis überhaupt keine Chancen.

Warum denn?

Visionäre gehen in einem Fördersystem einfach unter, weil es demokratisch legitimiert entweder Steuer- oder wie im Fall des Innovationsfonds auch Gelder ausschütten muss, die aus Mitgliedsbeiträgen rekrutiert werden. Damit hat die Selbstverwaltung eine enorme Verantwortung, dass das eingesetzte Geld bestmöglich ausgegeben wird, wozu eine hinreichende Evidenz erforderlich ist.

Und beim Gesundheitspreis?

Bei dem wird eine Art von altruistischem Risikokapital in die Hand genommen. Das ist auch gut so, denn damit kann man außergewöhnliche Ideen belohnen, sie damit auch ein Stück weit unterstützen. Der Preis ist damit durchaus eine Art von Translationspreis um tolle Ideen auszuzeichnen, mit denen die Versorgung nachhaltig verbessert werden können. Übrigens ist das auch ein ganz wichtiges Kriterium der Ausschreibung.

Eine Pharmafirma agiert altruistisch?

Diese Art von Förderung ist zum großen Teil purer Altruismus, doch schlau verbunden mit einem Akt des Wissensmanagements. Bei jeder Ausschreibung, noch dazu bei einer so hoch dotierten, kommen viele Bewerbungen auf und damit jede Menge neuer Informationen. So gesehen ist ein Forschungspreis eine äußerst preiswerte Art und Weise, nicht nur an wichtige Informationen, sondern auch an Ideengeber zu kommen. Keiner macht doch etwas nur für Gotteslohn, dass macht weder eine Pharmafirma, noch eine Krankenkasse.

Sollte nicht der pharmazeutischen Industrie viel mehr die Möglichkeit gegeben werden, sich aktiv als Systempartner einzubringen?

Pharmafirmen haben in der Vergangenheit sicher einiges gemacht, was nicht ganz sauber war. Doch auf der anderen Seite ist der Ruf dieser Industriesparte viel schlechter, als die meisten, die heute hier arbeiten, es verdient haben. Auch wird jeder ehrliche Wissenschaftler zugeben müssen, dass er jahrzehntelang ganz vernünftig und sauber mit der Pharmaindustrie zusammengearbeitet hat – und wenn überhaupt, dann äußerst selten mit Ansinnen konfrontiert wurde, bestimmte Daten zurückzuhalten. Dem darf man dann einfach nicht nachgeben, denn Lügen haben doch meist sehr kurze Beine. <<

Versorgungsansätze bei der Behandlung des Diabetischen Fußes

Wenn DMP alleine nicht ausreichen

Der Gesetzgeber hat die Grundlagen im Jahr 2002 für das Disease-Management-Programme (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 und im Jahr 2004 für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 geschaffen, an denen mittlerweile über zwei Millionen Diabetiker teilnehmen. Mit der Einführung der DMP vor inzwischen mehr als zehn Jahren hat sich die ambulante Versorgung für Diabetiker insgesamt verbessert. Doch um wie viel? Bei welchen Parametern? Wie bei Komplikationsraten, insbesondere der des Diabetischen Fußsyndroms?

>> Bisher hat das Bundesversicherungsamt (BVA), als Hüter der DMP-Datenschätze, die risikoadjustierten Evaluationsberichte für Diabetes lediglich für die Zulassungsjahre 2003 bis 2008 ausgewertet und kommt zu dem an sich positiven Ergebnis, dass „der Vergleich der Mittelwerte zu den einzelnen medizinischen Zielwerten mit den Ergebnissen aus epidemiologischen Studien zeigt, dass die bei den DMP-Teilnehmern erhobenen Mittelwerte bei einigen Zielwerten deutlich positivere Werte aufweisen.“ Weitergehende Einzelanalysen gibt es jedoch nur dazu, dass bei vielen DMP im Zeitablauf insbesondere eine Verbesserung der Blutdruckkontrolle und des Raucherstatus (Aufgabe des Tabakkonsums) zu beobachten sind und die Blutzuckereinstellung (gemessen über den HbA1c-Wert) bei einer Vielzahl von DMP gehalten oder verbessert werden kann. Daraus zieht dann das BVA den Schluss, dass „aus den vorliegenden medizinischen Daten die Hypothese abgeleitet werden kann, dass die an DMP teilnehmenden Versicherten von der Teilnahme deutlich profitieren“. Indes: Die Komplikationsraten der Mikroangiopathie, insbesondere die des Diabetischen Fußsyndroms (DFS), blieben über die Jahre nahezu gleich hoch. Und das, obwohl in allen DMP Regelungen integriert sind, welche die diabetesbedingten Folgeerkrankungen unter anderem frühzeitig erkennen und behandeln sollen.

So schreibt Dr. Holger Lawall, Leiter der Abteilung Angiologie/Diabetologie des Gefäßszentrums Asklepios Westklinikum in Hamburg, in seinem Fachbeitrag zum „Diabetischen Fuß-Syndrom“ im „Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2015“, dass das Diabetische Fußsyndrom als eine der Hauptkomplikationen von Patienten mit Diabetes mellitus gilt. Die bedeutendsten Konsequenzen diabetischer Fußprobleme seien dabei Ulzerationen sowie kleine (Minor-) und hohe (Major-) Amputationen. Die Zahlen sind nicht nur deshalb alarmierend, weil laut Lawall in der Bundesrepublik schätzungsweise 250.000 Menschen mit Diabetes eine Fußläsion und etwa 1 Mio. Diabetiker ein er-

höhtes Risiko haben, eine Fußverletzung zu erleiden, sondern weil die Neuerkrankungsrate „unverändert bei 2,2 bis 5,9 Prozent liegt“, die Prävalenz mit steigendem Lebensalter – bei den über 50-jährigen Patienten zwischen 5 und 10 Prozent – zunimmt und immerhin jeder vierte Diabetiker im Laufe seines Lebens ein DFS erleidet. So ist es auch kein Wunder, dass das Risiko einer Majoramputation für Diabetiker nach wie vor um das circa 20fache erhöht ist und etwa 16.000 pro Jahr beträgt, wobei davon laut Lawall über 70 Prozent bei Menschen mit Diabetes mellitus durchgeführt werden. Das verursacht nicht nur einen oft unnötigen Lebensqualitätsverlust, sondern auch Kosten: Mit rund 2,5 Milliarden Euro pro Jahr (Hauner 2006) wird ein Großteil der Ausgaben, den die GKV in Deutschland für Diabetes ausgeben muss, alleine durch das DFS verursacht.

Die real existente Fehlversorgung hat dazu geführt, dass sich vor allem Ärzte zusammengefunden haben, um dagegen anzukämpfen. Und das mit Erfolg. Eine Art Leuchtturmprojekt ist dabei das Netzwerk „Diabetischer Fuß Köln und Umgebung“, das bereits seit 2002 eine recht bemerkenswerte Entwicklung zurückgelegt hat, indem es sich von einem Zusammenschluss zur Koordinierung der kollegialen Zusammenarbeit bis hin zum funktionierenden Netzwerk mit teilnehmenden Ärzten und Krankenhäusern entwickelt hat, das inzwischen auch von Krankenkassen unterstützt wird. 2012 bekam es dafür den Gesundheitspreis des Landes NRW „aufgrund des besonders innovativen Charakters für die Weiterentwicklung des nordrhein-westfälischen Gesundheitswesens“, wie es NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens formuliert hatte.

Und das anscheinend mit Erfolg, wie im „Qualitätsbericht 2009“ des Kölner Netzwerks nachzulesen ist: In der durch das Netzwerk angebotenen Integrierten Versorgung, in das 75 % aller im Netzwerk versorgten Patienten eingeschrieben sind, wurden von 2005 bis 2008 bei 82 von 3.277 Behandlungen (2,5 %) eine Amputation oberhalb des Knöchels durchgeführt. Das gesetzte Ziel, Majorampu-

tationen bei weniger als 5 % der Patienten mit akutem DFS durchzuführen, sei damit erreicht worden.

Derartige Fußnetze gibt es seitdem auch in einigen anderen Regionen wie Düsseldorf, Essen, sowie in den Bereichen Euregio und Nordrhein. Hier gibt es alleine fünf Netzwerke, in denen seit 2003 rund 10.000 Menschen behandelt wurden, wobei nach Aussagen des Kölner Qualitätsberichtes „die Notwendigkeit von Beinamputationen um drei Viertel gesenkt“ werden konnte. Ähnliche Ansätze dieser Art gibt es aber auch in München, Hamburg und Berlin.

Dennoch unterscheiden sich diese Netze, vor allem in der Verbindlichkeit, was die therapeutische Vorgehensweise, aber auch was die Qualitätsstandards anbelangt, denen sich die teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Genau hier macht Köln, aber auch Berlin einen Unterschied, wobei letzteres sowieso ein Sonderfall ist. Denn bei dem Versorgungsprogramm zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms in der Bundeshauptstadt handelt es sich in erster Linie nicht allein um die Initiative von Ärzten, sondern auch die einer Krankenkasse: der AOK Nordost. Hier fiel Petra Riesner, bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse als Teamleiterin zuständig im Bereich Versorgung - Strategie, Programme und Verträge, bei der Prüfung der Zielerreichungsgrade der Qualitätssicherungsziele im DMP Diabetes auf, dass:

- die im DMP festgelegte, einmal jährliche Fußuntersuchung nicht lückenlos bei allen Diabetikern durchgeführt wurde,
- bei der Feststellung eines auffälligen Fußstatus nicht immer eine Überweisung oder eine zu späte Überweisung zu einem Spezialisten erfolgte,
- die Mit- und Weiterbehandlung des auffälligen Fußes erst stark zeitverzögert eingeleitet wurde,
- es zu Amputationen kam, obwohl in den DMP-Dokumentationen stetig nur niedrige Schweregrade (wie z.B. Wagner/Armstrong 0 A) angegeben waren.

Im Rahmen einer detaillierteren Bewer-

Einteilung der Wunden nach Wagner/Armstrong						
Armstrong Stadien	Wagner-Grade					
	0	1	2	3	4	5
A	Prä- /post-operativer Fuß	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehnen und Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion					
C	mit Ischämie					
D	mit Infektion und Ischämie					

Tab 1: Kombinierte Klassifikation des diabetischen Fußsyndroms nach Wagner und Armstrong.

tung der DMP-Dokumentation wurde dann in einer weiteren Versorgungsanalyse gezielt die von den behandelnden Ärzten gemachten Angaben zu den Schweregraden des DFS (Wagner-Grade und Armstrong-Klassifikationen) betrachtet. Dabei zeigte sich in den Daten der AOK Nordost für die Region Berlin das folgende Bild für Typ 1-Diabetiker:

- bei rund 14,5% der Versicherten wurde ein DFS dokumentiert, davon lag bei 8,2% der Versicherten ein Schweregrad über Wagner 0 vor.

Und für Typ 2-Diabetiker:

- bei rund 9,5% der Versicherten wurde ein DFS dokumentiert, davon lag bei 16,3% der Versicherten ein Schweregrad über Wagner 0 vor.

Hier wurde dringender Handlungsbedarf gesehen. Denn eigentliches Ziel der DMP ist es, diabetesbedingte Folgeerkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Bezogen auf die diabetische Begleiterkrankung DFS bedeutet das, dass mindestens einmal jährlich bei allen Diabetikern eine Fußinspektion und -untersuchung durchgeführt werden soll. Liegt bereits ein erhöhtes Risiko vor, sind diese ärztlichen Kontrolluntersuchungen in kürzeren Intervallen durchzuführen, denn die frühzeitige Einleitung einer multiprofessionellen Behandlung kann schwere Endstadien der Folgeerkrankungen des Diabetes positiv beeinflussen.

DFS-Register

ist ein Dokumentationsprogramm für das Krankheitsbild Diabetischer Fuß, das in maximal einer Minute die wichtigsten Informationen aufnimmt, die Daten statistisch aufarbeitet, benchmarking in Kooperation mit dem Zi erlaubt und die Daten für die AG Fuß auswertet. Auch die Daten des Fußbefundbogens der AG Fuß können eingegeben und damit Worddokumente erstellt werden. Das Programm kann auf der Seite der CID (www.cid-direct.de/download) heruntergeladen werden

Diese erkannten Auffälligkeiten in den Datenauswertungen nahm zum damaligen Zeitpunkt die AOK Nordost zum Anlass, mittels einer stichprobenhaften Befragung bei den betroffenen Versicherten zu überprüfen. Hierzu wurden 105 Versicherte, bei denen ein „auffälliger Fußstatus“ erhoben wurde, telefonisch befragt. Dabei fiel beispielsweise auf, dass circa 83% der Versicherten in der hausärztlichen Versorgung keine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung hatten. Positiv konnte hingegen festgestellt werden, dass rund 89 % der angerufenen Diabetiker angaben, dass sie immerhin ihre Füße eigenständig oder mit Hilfe von Angehörigen kontrollieren und auf Auffälligkeiten untersuchen würden.

Die Ergebnisse der Bewertung der DMP-Dokumentation sowie der Patientenbefragung nahm die AOK Nordost bereits 2011 zum Anlass, für die Region Berlin mit Unterstützung und Beratung von Dr. Dirk Hochlehnert vom Kölner Fußnetz sowie in Zusammenarbeit mit einigen engagierten Berliner DiabetologInnen einen Versorgungsvertrag zur Behandlung von Patienten mit DFS zu entwickeln und zu schließen, weil im Fazit festgestellt werden musste, dass anscheinend – so Riesner – „die Regelungen im DMP alleine nicht ausreichen, um die Versorgungssituation optimieren zu können“.

Seitdem können nun Versicherte der AOK Nordost, die im DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 eingeschrieben sind und an einem DFS leiden bzw. bei denen ein auffälliger Fußstatus festgestellt wurde, an diesem Versorgungsvertrag teilnehmen. Wenn sie denn von einem Arzt behandelt werden, der an diesem Vertrag auch teilnimmt.

Das tun aber aktuell nur 21 Ärzte, die sich zum großen Teil bereits vor Ausschreibung des Vertrags in einem Fußnetz Berlin-Brandenburg engagiert hatten und die Gelegenheit gerne ergriffen. Doch nach dieser Start-

phase stellt sich die Akquise weiterer Ärzte eher schwierig dar, denn an diesem Versorgungsvertrag können nur Ärzte mit dem Schwerpunkt Diabetologie sowie einer Spezialisierung auf die Behandlung diabetischer Füße teilnehmen: Eine besondere Teilnahmevoraussetzung dafür ist die Zertifizierung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung durch die AG Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), die mit Kosten und weiteren Investitionen verbunden ist. Zudem verteilen sich diese 21 teilnehmenden Ärzte vorwiegend auf den Westteil Berlins. In einigen Berliner Bezirken konnte noch kein einziger diabetologisch tätiger Arzt gefunden werden, der die Fortbildung und Zertifizierung, aber auch den Invest für das zusätzlich nötige Personal (wie etwa eine Wundschwester) auf sich nehmen wollte.

Das liegt sicher auch daran, dass der Vertrag anfangs befristet war. Doch seit Mitte 2013 läuft dieser unbefristet, auch wenn er seitens der Kasse jederzeit kündbar ist, bspw. auch, wenn die Versorgung gemäß des Vertrages qualitativ und wirtschaftlich den Erwartungen nicht gerecht werden kann.

So sieht es aber gewiss nicht aus. Denn aus internen, aber bisher noch unveröffentlichten Evaluationen geht hervor, dass für den Zeitraum des zweiten Vertragsjahres (und damit des Beobachtungsjahres 2013) die so behandelten 1.400 Versicherten ein 16prozentig geringeres Risiko haben amputiert zu werden. Das heißt jenseits aller Lebensqualitätsparameter auch, dass entsprechend ebenso das Risiko einer Hospitalisierungsrate um 16% sinkt. Doch im Umkehrschluss ebenso, dass die „normal“ in anderen DMP aller anderen Krankenkassen in Berlin behandelten Versicherten nach wie vor mehr Füße ganz oder auch nur teilweise amputiert werden als eigentlich nötig. „Wie geht die Krankenkassenlandschaft mit einer derartigen Erkenntnis um“, fragt sich darum ganz zu recht Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement der AOK Nordost. Und er setzt dazu: „Eigentlich müsste ein solcher Versorgungsvertrag überregional, vielleicht sogar bundesweit ausgerollt werden, sobald wir die Zahlen veröffentlicht haben und sie als evident anerkannt werden.“ <<

Literatur

- Hauer, H. (2006). „[The costs of diabetes mellitus and its complications in Germany.]“ Dtsch Med Wochenschr 131 Suppl 8: S240-242.
 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2015 - Die Bestandsaufnahme.
 Qualitätsbericht Netzwerk Diabetischer Fuß, Köln und Umgebung 2009



Die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg

Medizin seit 1386 - Versorgungsforschung seit 2001

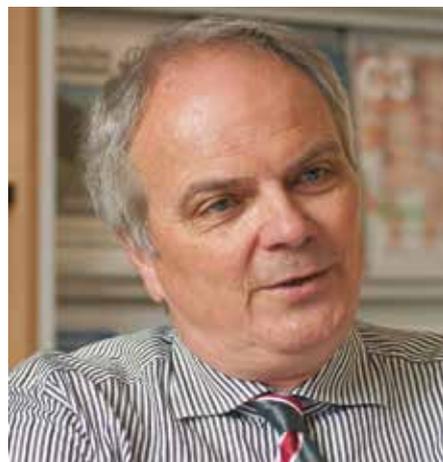
Innerhalb der neuen redaktionellen Serie „*Versorgungsforschung made in ...*“ stellt MVF in loser Reihenfolge Universitäten und Institutionen vor, die sich im besonderen Maße um die „dritte Säule“ der Lebenswissenschaften verdient gemacht haben. Nach dem Institut für Community Medicine (MVF 01/16) wird diesmal die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg unter Leitung von Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi vorgestellt.

>> „Mehr als 600 Jahre Ausbildung und Forschung in der Medizin an der ältesten Universität in Deutschland begründen einerseits Tradition und Erfahrung und spornen andererseits dazu an, uns den großen Herausforderungen der Medizin des 21. Jahrhunderts zu stellen.“ Das steht so wortwörtlich auf der Startseite der Ruprecht-Karls-Universität, deren Medizinische Fakultät – erstmals am 1. Oktober 1386 im Kurfürstlichen Stiftungsbrief mit „*facultas medicinae*“ erwähnt – darum den Wahlspruch „Zukunft seit 1386“ trägt. Doch auch 615 Jahre später, anno 2001, wurde hier Geschichte geschrieben; und zwar mit der Gründung einer Einrichtung, die sich der Forschung in der Versorgungsrealität verschrieben hat: der Abteilung „Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“, deren Gründungsprofessor Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi ist.

Nach Absolvierung seiner beiden Studiengänge beschäftigte sich Szecsenyi schon

seit 1993 mit Trainingsseminaren für Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland, ließ sich dann von 1994 bis 2001 als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin nieder und gründete in dieser Zeit – 1995 – das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Diese Kurzvita erklärt, warum Szecsenyi meist zwei „Hüte“ aufhat, wenn er im deutschen Gesundheitswesen unterwegs ist: als Gründungsgesellschafter und Geschäftsführer des AQUA-Instituts, das sechs Jahre lang im Auftrag des G-BA im Bereich der Qualitätssicherung wertvolle Arbeit geleistet hat; und eben seit 2001 als Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg.

Die Abteilung versteht sich als Brückenbauer zwischen universitärer Wissenschaft und gemeindenaher Versorgung der Bevölkerung in Hausarztpraxen. Hier tritt die Nähe



Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (Jahrgang 1953)

Studium der Sozialwissenschaften in Göttingen
Medizinstudium in Marburg, Göttingen und Sydney/Australien / 1993 erste Trainingsseminare für Moderatoren ärztlicher Qualitätszirkel in Deutschland / 1994 bis 2001 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin / 1995 Gründungsgesellschafter und Geschäftsführer des AQUA-Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH / 2001 Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg.

Forschungsschwerpunkte: Qualitätsindikatoren und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, Versorgung chronisch Kranker und Multimorbidität, Patientenperspektive und Patientensicherheit, ärztliche Weiterbildung und Interprofessionalität.

zu AQUA zu Tage, die von Szecsenyi nicht nur gewollt, sondern von ihm auch eingefordert wurde, da er das von ihm gegründete AQUA einerseits nicht aufgeben, andererseits wichtige Synergien sah. Denn ursprünglich sollte er lediglich als Professor für Allgemeinmedizin berufen werden, den Appendix „Versorgungsforschung“ musste er sich erst erkämpfen, da man damals mit dem Begriff noch recht wenig anfangen konnte. Zwar gab es bereits seit 1989 das Förderprogramm des Bundesforschungsministeriums „Gesundheitswissenschaften – Public Health“, doch erst 1995 wurde Versorgungsforschung erstmals in einer DFG-Denkschrift zur Gesundheitssystemforschung erwähnt. Größere Aufmerksamkeit erfuhr die noch junge Forschungsrichtung erst durch das Jahresgutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats und den 1. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), der 2002 in Köln als Startpunkt für die jährliche Kongressreihe und für die Gründung des Deutschen Netzwerkwerks Versorgungsforschung (DNVF) im Mai 2006 gelten darf.

2001 jedoch war diese Forschungsrichtung so gut wie unbekannt. Doch muss dem Dekan zugute gehalten werden, dass er getreu des Mottos „Zukunft seit 1386“ die Abteilungserweiterung billigte; wenn auch mit der Maßgabe, dass das nichts kosten dürfte. Genau hier kommt wieder AQUA ins Spiel, das sowohl im Bereich der Drittmittelforschung, als auch im versorgungsnahen, speziell dem ambulanten Bereich bereits erfolgreich tätig war.

Da die Heidelberger Medizinische Fakultät seit jeher sehr grundlagenorientiert war, erschien es Szecsenyi an der Zeit, eine neue Perspektive aufzumachen und sich die Frage zu stellen, wie aus guter Grundlagenforschung und ebenso exzellenter klinischer Forschung ein translationales Modell werden kann. Oder wie – so Szecsenyi – „aus Efficacy, also der Wirksamkeit unter Studienbedingungen, Effectiveness wird“. Wer einen Blick in Wirksamkeit der Regelversorgung werfen möchte, kommt schnell auf diese Frage, die nur die Versorgungsforschung beantworten kann. Neu war in Heidelberg lediglich, dass das ab 2001 erstmals an einem Lehrstuhl passieren sollte, initiiert von einem damals noch jungen Professor, der seinen Berufsweg als Soziologe und Sozialwissenschaftler begann, erst danach noch Medizin studierte. Doch auf die grundlegende Kontext-Frage, die Versorgungsforschung immer und jederzeit stellen muss, kam er bereits früher; nämlich bereits Anfang der 70er Jahre in

seinem Zivildienst als Altenpfleger in einer Kirchengemeinde in Kassel. Szecsenyi: „Ich habe mir schon immer die Frage gestellt, wie man bessere Versorgung schaffen kann, speziell auch in der Altenpflege und Altensozialarbeit, die geprägt ist von dem ständigen Bemühen, ältere Menschen vor allem in ihrer häuslicher Umgebung zu unterstützen.“

Rückblickend war der frühe Start der „Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“ an der Uni Heidelberg eher ein Segen. Zwar hat die Fachöffentlichkeit die neue Studienrichtung noch nicht so richtig ernst genommen, was aber nach Szecsenyis Worten auch nicht problembehaftet war, weil das viele Freiheiten schaffte. Der Durchbruch kam, als die recht rasch wachsende Abteilung eine große BMBF-Ausschreibung zur Stärkung der Allgemeinmedizin in Deutschland gewinnen konnte und Heidelberg damit eines der Förderzentren wurde – immerhin mit fünf Millionen Euro subventioniert, wenn auch verteilt über fünf Jahre.

Heute ist Versorgungsforschung nach Szecsenyis Worten „richtig angekommen in der medizinischen Fakultät und auch im Klinikum“ und wird von vielen Kollegen als sehr wertvoll angesehen. Auch im Struktur- und Entwicklungsplan der Fakultät spielt die Abteilung „Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“ eine Rolle und konnte im letzten Jahr gar einen neuen Masterstudiengang „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft“ auflegen und auch noch mit einer zweiten Professur ausgestattet werden – diese hat Prof. Dr. Michel Wensing, MSc (mehr dazu in MVF 04/16) inne. Szecsenyi: „So etwas wäre vor 15 Jahren undenkbar gewesen.“

Doch ist das auch Zeichen einer erfolgreichen Geschichte, in der die ganze Fakultät davon überzeugt werden konnte, was Versorgungsforschung leisten kann, wenn man sie denn ernst nimmt und in sie investiert. Zudem auch noch an einer hochmedizinischen Fakultät, von denen es nur ganz wenige in Deutschland gibt, die sich dieser Studienrichtung aktiv zuwenden. „Es ist gut, dass die Versorgungsforschung in Heidelberg absolut angekommen ist“, sagt dazu Szecsenyi. Denn das habe durchaus eine gewisse Ausstrahlungswirkung auf andere Fakultäten. Was Heidelberg als älteste deutsche Universität und zudem älteste deutsche medizinische Fakultät könne, könnten sich andere doch auch überlegen: Im Bereich der Versorgungsforschung gehört Heidelberg immerhin zu den renommiertes-

ten Einrichtungen in Deutschland, vielleicht sogar in ganz Europa. Zahlreiche Themenfelder und Projekte, unzählige nationale und internationale Publikationen sowie die Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg und die eigene Nachwuchsakademie für junge Wissenschaftler künden davon.

Und auch Szecsenyis persönliche Bilanz in der Nachwuchsförderung: Mit fünf abgeschlossenen Habilitationen im Fach Versorgungsforschung gehört er zu jenen deutschen Professoren, die dafür sorgen, dass die besonders jetzt durch die Innovationsfonds stark gestiegene Erwartungshaltung an das Fach personell überhaupt eingehalten werden kann.

Indes geschah das anfangs nicht ganz konfliktfrei. Dass man am Universitätsklinikum Heidelberg einen Doktor sc. hum. mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung machen kann, und die Betreffenden aus gesundheitsnahen Berufen oder der Sozialwissenschaft kommen können, war zu Beginn nicht ganz einfach zu vermitteln. Was aber auch daran lag, dass die Gremien rein mit Medizinern besetzt waren, die von ihrer Ausbildung und Sozialisation her zwar Randomized Controlled Trials kannten, aber denen versorgungsnahere qualitative Studien entweder unbekannt oder anfangs gar suspekt erschienen. Darum musste Szecsenyi die ersten Promotionskomitees überzeugen, dass man beispielsweise selbst mit einer Studienfallzahl von 16 promovieren kann, wenn man denn sehr ausführliche qualitative Interviews macht, diese nach allen Regeln der Kunst Mayrings auswertet und daraus auch noch eine tolle Publikation schreibt. Oder sich zum Beispiel mit dem Thema Arbeitszufriedenheit in der ambulanten und stationären Versorgung habilitieren kann – und das obendrein als Soziologin an einer bis dato rein medizinischen Fakultät. Ob man dafür überhaupt zuständig sei, solche Themen doch wohl eher an eine philosophische Fakultät gehörten, und welche Qualität man denn von solche qualitativen Ansätzen erwarten könne – solche Fragen und noch viel mehr mussten anfangs beantwortet werden, doch heute schon lange nicht mehr.

Durch kontinuierlich gute Forschung, exzellente Lehre, gepaart mit einer hohen, auch internationalen Publikationsrate und ebenso einer erfolgreichen Drittmittelerwerbung wurde das Verständnis für die früheren Exoten immer größer und wird heute nicht mehr infrage gestellt. So konnte schon vor mittlerweile zweieinhalb Jahren der neue

Studiengang geplant – der zudem Eingang fand in das Ausbauprogramm Hochschule 2020 des Ministeriums für Wissenschaft und Kunst in Baden-Württemberg – und aktuell auch noch in ein neues Domizil umgezogen werden: In den Turm West auf dem Neuenheimer Feld, mitten zwischen Kliniken, Grundlagenforschung und Krebsforschungszentrum. Auf der dritten Etage des Hochhausturms arbeiten rund 45 Mitarbeiter aus ganz unterschiedlichen Disziplinen. „Ich betrachte die Verbindung zwischen Medizin und den Gesundheitswissenschaften, den Pflegewissenschaften und angrenzenden Disziplinen bis hin zur Informatik als absolut bereichernd“, erklärt Szecsenyi. Was nicht heißen soll, dass es in seiner Abteilung keinen Diskurs gibt, eher im Gegenteil: Man müsse sich schon intellektuell aneinander reiben, nur so könnten neue Ideen überhaupt entstehen und vor allen Dingen umgesetzt werden. Nachwuchssorgen gibt es auch darum keine. Szecsenyi: „Wer genügend Power und Energie hat und zudem einen hohen Leistungswillen mitbringt, kann bei uns bis zu seiner Habilitation, zur Privatdozentur oder gar bis zur Professur gehen.“



Aline Kunz M.Sc.

„Ich habe mich ganz bewusst dafür entschieden, aus dem Berufsleben und dem Klinikbetrieb herauszugehen und hier tätig zu werden“, erklärt Aline Kunz, die aktuell in der Abteilung „Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung“ als wissenschaftliche Mitarbeiterin und als Projektleiterin arbeitet. Sie hat davor ein Bachelorstudium an der Universität für Sozialwissenschaften in Düsseldorf absolviert, danach an der Universität Erlangen ihren Master im Bereich „Medical Process Management“ – einem recht neuem Studiengang – absolviert und arbeitet dann zu erst an der Uniklinik Erlangen, danach als Referentin

der Geschäftsführung einer Ludwigshafener Klinik. Seit etwas mehr als einem Jahr ist sie nun in Heidelberg als Koordinatorin für ein BMBF-Projekt im Rahmen der „Gesundheitsregionen der Zukunft“ tätig. Dabei beschäftigt sie sich mit ihren Kollegen mit Informationstechnologien im Gesundheitswesen und insbesondere mit der Entwicklung einer elektronischen Patientenakte, indes einer patientengesteuerten, die es so noch nicht gibt. „Bei unserer Akte soll der Patient im Mittelpunkt stehen“, führt Kunz dazu aus. Alleine diese Sichtweise erfordere konzeptuell ganz neue Denkweisen wie etwa bei Freigabe-Strukturen von Schreib- und Leserechten. Nach einer Konzept- und Umsetzungsphase – wobei die technische Entwicklerseite zugekauft wurde – existiert bereits ein Prototyp dieser Akte, der nun mit Patienten und Leistungserbringern erprobt wird.

Die Patientenakte muss als eine Art interaktiver Kommunikation zwischen Arzt und Patient verstanden werden, gibt Kunz zu Protokoll. Denn einerseits muss der Patient mit der ihm damit zugestanden Datenmacht umgehen lernen, zum anderen der Arzt verstehen, welchen Wert die vom Patienten selbst eingetragenen Daten zugestanden werden müssen. Kunz: „Das hat enorme Auswirkungen auf die gemeinsame Kommunikation.“ Doch jenseits aller Data-Warehouse- und Monitoringmodule soll es auch solche geben, in denen Primärdaten erhoben werden können, sei nun über technisch integrierte Patientenbefragungsmodule oder über Qualitätsindikatoren, die systematisch aus den Akten in eine über eine Forschungsdatenbank übertragen werden können.

Doch ist vielleicht dieses Mitdenken einer sekundären Nutzendimension genau der Unterschied, ob eine solche Patientenakte nun von einem IT-Softwarehaus oder eben in Kooperation mit der Heidelberger Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung entwickelt wird. „Unsere Aufgabe ist jene der Transmission“, sagt Kunz und das sei eine ganz spezielle Frage der Versorgungsforschung – nicht nur zu definieren, wie eine solche Akte zu funktionieren hat, sondern sie jenseits von Usability, Wording und Barrierefreiheit idealtypisch so zu gestalten, dass am Ende ein möglichst maximaler Nutzen erzeugt werden kann – für den Einzelnen wie für die gesamte Gesellschaft, wobei ersterer ausschlaggebend ist. Kunz: „Wenn ein System dem Patienten nicht nutzt, dann benutzt er es nicht und somit ist das Ganze hinfällig.“



Dr. Kayvan Bozorgmehr

Im Jahr 2012 hat Kayvan Bozorgmehr einen Master of Science in Public Health an der Abteilung für Epidemiologie und Global Health der Universität Umeå (Schwerpunkte Epidemiologie, Qualitative Forschung und Gesundheitsökonomie) absolviert, danach am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Berlin promoviert. Auf der Suche nach einer Möglichkeit, die erlernten Forschungsmethoden nach dem Abschluss anzuwenden, kam er nach Heidelberg. Dabei waren für ihn die Schnittstelle zwischen Primärmedizin und Versorgungsforschung sowie die Nähe zu einer Volluniversität mit internationaler Sichtbarkeit ausschlaggebend.

Derzeit leitet er eine Arbeitsgruppe, die sich mit „Sozialen Determinanten, Equity und Migration“ beschäftigt. Die Herausforderungen der medizinischen Versorgung von Geflüchteten sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene machen derzeit einen großen Anteil seiner Projekte aus. Darüber hinaus interessieren ihn einerseits die Versorgung vulnerabler Gruppen wie z.B. von Schwangeren, aber auch systemische Aspekte bezogen auf die Frage nach effektiven Versorgungsmodellen sowie den Herausforderungen der Dokumentation und der intersektoralen Informationsweitergabe. Durch eine Förderung des „Ministeriums für Wissenschaft und Kunst Baden-Württemberg“ wird er in den nächsten Jahren auch intensiv am Aufbau einer Lehr- und Forschungsplattform zum Thema Migration und Gesundheit mitarbeiten.

Ein weiterer Teil seiner Tätigkeit umfasst die Koordination der „Zentralen Koordinierungsstelle Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ und die damit verbundenen Aktivitäten im Rahmen der „Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg“, die vom Land gefördert wird. <<

„Unterstützung junger und engagierter Wissenschaftler“

>> Mit dem „Forschungspreis Prostatakarzinom“ unterstützt das Münchener Pharmaunternehmen Astellas bei der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) zum wiederholten Mal den wissenschaftlichen Nachwuchs aus Klinik und Praxis. Die Auszeichnung wird für herausragende wissenschaftliche Forschungsprojekte zum Prostatakarzinom vergeben, die in Deutschland durchgeführt werden. Nachwuchswissenschaftler sind aufgerufen, sich bis zum 1. Juni 2016 für den mit 10.000 Euro dotierten Preis zu bewerben.

Bereits zum sechsten Mal stiftet die Astellas Pharma GmbH diese Förderung für ein wissenschaftliches Forschungsprojekt, das sich

mit Fragen zur Entstehung, Diagnostik sowie Therapie des Prostatakarzinoms beschäftigt. Verliehen wird der „Forschungspreis Prostatakarzinom“ im Herbst dieses Jahres auf der 68. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) in Leipzig. „In allen medizinischen Bereichen sehen wir uns in einem wachsenden Dilemma zwischen ökonomischem Druck und qualitativen Ansprüchen“, sagt DGU-Präsident Prof. Dr. Kurt Miller. „Als Vertreter der Urologie müssen wir Qualität und damit Kompetenz für unser Fachgebiet, zum Beispiel im Rahmen der Versorgungsforschung, evaluieren und demonstrieren. Dafür brauchen wir auch die Unterstützung junger und engagierter Wissenschaftler.“ <<

Darmkrebs-Präventionspreis geht an Brenner

>> Der Darmkrebs-Präventionspreis 2015 wurde im Rahmen des Deutschen Krebskongresses 2016 an Prof. Dr. Hermann Brenner aus Heidelberg verliehen. Der renommierte Wissenschaftler, der die Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) leitet, hat in mehreren großen Studien die Effizienz der Darmkrebsfrüherkennung evaluiert und damit wichtige Informationen für eine bessere Darmkrebsprävention gesammelt. Der Darmkrebs-Präventionspreis geht auf eine gemeinsame Initiative der Deutschen Krebsgesellschaft, der Stiftung LebensBlicke und der Deutschen Krebsstiftung zurück und wird für Projekte und Forschungsarbeiten vergeben, die sich in besonderem Maße um die Darmkrebsprävention verdient ge-

macht haben. In der DACHS-Studie, mit mehr als 10.000 Teilnehmern eine der weltweit größten Fall-Kontroll-Studien zur Prävention von Darmkrebs, konnte Brenner mit seinem Team zeigen, dass das Risiko von Darmkrebs innerhalb von zehn Jahren nach einer Vorsorge-Koloskopie um bis zu 90 Prozent gesenkt werden kann. Bei Teilnehmern mit unauffälligem Befund ist das Darmkrebsrisiko auch langfristig sehr niedrig, so dass in der Regel über viele Jahre keine weiteren Vorsorge-Untersuchungen erforderlich sind. Die KolosSal-Studie, eine Längsschnittstudie mit fast 20.000 Teilnehmern der Vorsorge-Koloskopie, bestätigte diese Ergebnisse und wies zugleich nach, dass das Risiko von Komplikationen bei der Vorsorge-Koloskopie sehr niedrig ist. <<

Eva Luise Köhler Forschungspreis für Thoms und Wilichowski

>> Im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte wurde zum neunten Mal der Eva Luise Köhler Forschungspreis für Seltene Erkrankungen verliehen. Privat-Dozent Dr. rer. nat. Sven Thoms und Prof. Dr. med. Ekkehard Wilichowski sowie das Forschungsteam der Arbeitsgruppe Muskeldystrophie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Göttingen haben die Jury der Stiftung mit ihrem Forschungsansatz zur Behandlung von Muskeldystrophien (Muskel-schwund) überzeugt. Bundespräsident Joachim Gauck, der mit seiner Lebensgefährtin Daniela Schadt an der Veranstaltung teilnahm, gratulierte in seinem Grußwort sowohl dem Preisträger-Team als auch der Eva Luise und Horst Köhler Stiftung zum zeh-

jährigen Bestehen: „Dank großer Anstrengungen vieler Engagierter ist es in den zehn Jahren Ihrer Stiftungsarbeit gelungen, das Bewusstsein dafür zu stärken, dass Menschen mit seltenen Krankheiten besonderer Unterstützung bedürfen.“ <<

GS1 Healthcare Award

>> Noch bis zum 27. Mai 2016 können sich Pharmaunternehmen mit ihren Kunden, egal ob Krankenhäuser oder Apotheken für den GS1 Healthcare Award bewerben. Am 27. September 2016 wird der Preis im Rahmen einer feierlichen Gala mit Gästen aus dem Top-Management der Gesundheitsbranche verliehen. Infos: www.gs1-germany.de <<

Forschungspreis Gender-Gesundheit

>> Gemeinsam mit dem Institut für Gesundheits- und Versorgungsforschung der praxis-Hochschule in Köln (igv Köln) lobt der Bundeskongress Gender-Gesundheit 2016 zum zweiten Mal den Forschungspreis Gender-Gesundheit aus. Die staatlich anerkannte praxis-Hochschule, ein Unternehmen der Klett Gruppe, bietet innovative Studiengänge im Gesundheits- und Sozialwesen an. Das ihr angeschlossene igv Köln widmet sich Forschungsfragen rund um die Strukturen des Gesundheitswesens und den damit einhergehenden Wirkungen auf die Gesellschaft. In diesem Kontext finden insbesondere Versorgungsunternehmen wie beispielsweise Praxisgemeinschaften, Kliniken, Netzwerke und deren Prozesse und Versorgungsabläufe für den Patienten besondere Beachtung.

Bis zum 15. April können Abschlussarbeiten aus den Fachbereichen der Medizin, Pharmazie, Pflege, Soziologie, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaften (Bachelor, Master, Diplom oder Magister) in Papierform beim Institut für Gesundheit und Versorgungsforschung, Neusser Str. 99, 50670 Köln eingereicht werden, die den folgenden Themenkomplex abbilden und nicht älter als drei Jahre sind: Gendergesundheit in Gesellschaft, Versorgung und Arbeit. Der Preis ist mit 2.000 Euro dotiert und wird, im Fall zweier gleich guter Arbeiten geteilt.

Die Preisverleihung findet am Parlamentarischen Abend des 4. Bundeskongress Gender-Gesundheit am 12. Mai 2016 in Berlin statt. Die Teilnahmegebühr, Reise- und Übernachtungskosten der Gewinner werden übernommen. <<

Kiss2.0-Projekt

>> Die OptiMedis AG ist Partner des europäischen Kiss2.0-Projektes zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten. Im Rahmen des Projektes wird in Deutschland, Belgien und Schweden die Implementierung und Anwendung einer IT-Plattform getestet, die chronisch kranke Patienten in ihrem Selbstmanagement unterstützen und das Versorgungsmanagement durch Ärzte und Pflegenden verbessern soll. Drei IT-Anwendungen werden dabei in einer IT-Plattform zusammengeführt und mit Diabetes Typ 2-Patienten getestet: die cloud-basierte Plattform für Patientenmanagement „Vital Health“, das Modul „TAVIE“ zur Verhaltensmodifikation sowie „Mobile devices“ von Philips zur Integration von Patientendaten. <<

Die Terminservicestellen sind nach wie vor umstritten

„Populistische Lösung für ein gefühltes Problem“

Großer Beliebtheit erfreuen sich die Terminservicestellen nicht, „weil sie niemand braucht“, wie Dr. Andreas Gassen, KBV-Vorstandsvorsitzender seine Abneigung deutlich zu verstehen gibt. In Deutschland gebe es „sensationell kurze Wartezeiten“ auf fachärztliche Termine, daher sehe er keine Notwendigkeit und eigentlich auch dringlichere Probleme als Terminservicestellen einzurichten. Seit dem 25. Januar müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen diesen Service anbieten, der als Bestandteil des Versorgungstärkungsgesetzes (GKV-VSG) Patienten mit einer dringlichen Überweisung einen zeitnahen Termin beim Facharzt sichert.

>> Der kritischen Sicht auf das Projekt kann sich Dr. med. Peter Potthoff als Vorsitzender der KV Nordrhein nur anschließen und verweist auf eine Versichertenbefragung der Forschungsgruppe Wahlen, die diese im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015 durchgeführt hat, mit dem Ergebnis, dass 44 Prozent der Befragten innerhalb von drei Tagen mit einem „aktuellen Problem“ dieses mit einem Fachmediziner erörtern konnten. Deutliche Unterschiede bei den Wartezeiten zeigen sich hier jedoch in den unterschiedlichen Facharztbereichen, denn während beim Gynäkologen 74% und beim Hautarzt 71% der Befragten länger als drei Tage auf einen Termin warten mussten, betrug die Wartezeit beim HNO-Arzt lediglich für 47% der Befragten GK-Versicherten mehr als drei Tage.

Die Umfrage macht allerdings ebenso deutlich, dass Privatversicherte weniger lang auf einen Facharzt-Termin warten müssen als gesetzlich Versicherte, auch wenn die Diskrepanz im Vergleich zum Vorjahr dahingehend abgenommen hat, wie die Studie offenbart. Auf diesen unbefriedigenden Zustand verweist auch die Gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Maria Klein-Schmeink, die beispielsweise auf eine parteiinterne bayrische Umfrage vom Dezember 2015 rekurriert, bei der 350 von 4.000 Facharztpraxen sieben untersuchter Fachrichtungen (was einer Abdeckung von knapp 9% entspreche) je zweimal in kurzen Abständen hintereinander angerufen und um einen Termin gebeten wurden – einmal als ausgegebener Kassenpatient und einmal als Privatversicherter.

Das ernüchternde Ergebnis zeigt, dass im Durchschnitt aller acht untersuchten Regionen – vom Allgäu über München bis nach Würzburg – Kassenpatienten 30 Tage auf einen Facharzttermin warten mussten, im Gegensatz zu einer siebentägigen Wartezeit von Privatversicherten. Da diese Erhebung in den meisten Fällen eine Abdeckungsquote von 30 und 90 Prozent in den jeweiligen Untersuchungsgebieten erreichte, werden die Ergebnisse nach eigenen Angaben als belastbar und

repräsentativ identifiziert. Diese Zahlen scheinen jedoch die Ärzteschaft nicht zu beeindrucken, da auch Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes auf die im europäischen Vergleich geringen Wartezeiten verweist und die Terminservicestellen als „populistische Lösung für ein gefühltes Problem“ betitelt. Belegbare Zahlen gebe es indes nicht. Nichts desto trotz haben sich die KVen der Aufgabe gestellt und wie vom Gesetzgeber im Zuge des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes gefordert, bis zum 23. Januar entsprechende Terminservicestellen geschaffen, die am 25. Januar den Betrieb aufgenommen haben.

Große Heterogenität bei der Umsetzung

„Wir haben über unsere Telematik-Tochter eine Software entwickelt, die den KVen einen möglichst personalarmen Einsatz und Betrieb der Terminservicestellen ermöglicht“, beschreibt Gassen das Vorgehen. Darüber hinaus würden die Regional-KVen jedoch ihrer unterschiedlichen Generalität entsprechend die TSS beschicken und auch unterhalten. Und so zeigt sich auch ein überaus heterogenes Bild der 17 KVen in der Organisation der Service-Einrichtungen, da beispielsweise die Öffnungszeiten zwischen 10 (Brandenburg)* und 50 (Niedersachsen)* Stunden differieren oder sich auch die Terminvermittlungen unterscheiden. So wird in Brandenburg der Termin direkt über die Servicestelle vergeben, in Schleswig-Holstein dagegen wird dem Patienten eine Praxis genannt, mit der er sich innerhalb der nächsten sieben Tage in Verbindung setzen muss.* Diese Heterogenität und schlechte Umsetzung des Service über alle KVen hinweg, bemängelt Eugen Brysch, Vorstand der Stiftung Patientenschutz, der grundsätzlich diese Einrichtung begrüßt. Er bemängelt, dass in der Planungsphase der KVen den Patienten kein Gehör geschenkt wurde und es deshalb 17 verschiedene Regelungen gebe. „Wir sehen, die Kassenärzte tun alles, um diese vernünftige Lösung zu torpedieren“, so Brysch.

Die Servicestellen vermitteln gesetzlich Versicherten, bei einer mit einem entsprechenden Code versehenen Überweisung des Hausarztes, innerhalb einer Woche einen Termin bei dem entsprechenden Facharzt, der im Zeitraum der folgenden vier Wochen liegen muss. Dabei haben die Patienten keine Möglichkeit ihren Wunscharzt zu verlangen, was Klein-Schmeink kritisiert: „Hilfesuchende Patientinnen und Patienten werden letztlich auf ein Call-Center verwiesen und verlieren faktisch ihr Recht auf freie Arztwahl.“ Auch die KBV moniert den vermeintlichen Anspruchsverlust, dem jedoch Karl Lauterbach, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD, mit dem Argument des „Abbau der Bevorzugung von PrivatpatientInnen“ begegnet und die Einrichtung der Terminservicestellen positiv bewertet. Denn, erfolgt keine Terminvermittlung innerhalb der vier Wochen, so findet die fachärztliche Versorgung im Krankenhaus zu Lasten des KV-Budgets statt, was eine Motivation der KVen zur erfolgreichen Terminvergabe vermuten lässt.

Der Service ist ausbaufähig

Die Entfernung zum vermittelten Facharzt darf nur 30 Minuten zusätzlich zur Entfernung zum nächstgelegenen Fachkollegen betragen; zum spezialisierten Facharzt dürfen es 60 Minuten unter den gleichen Voraussetzungen sein. Bei der Mitteilung der freien Termine durch die Praxen setzt die KV Nordrhein, genauso wie Gassen, auf Freiwilligkeit: „Wir bitten die Fachärzte, freie Termine oder Zeiten zu melden“. Anders verfahren hingegen die KVen in Thüringen und Niedersachsen, wo die Ärzte verpflichtet sind der KV freie Termine zu melden. In Sachen Erreichbarkeit funktioniert der Betrieb der Call Center bisher nur telefonisch, was sich aber nach Angaben der KVen bald ändern soll, denn die meisten arbeiten an einer Online-Lösung, die jedoch wohl erst im Frühjahr an den Start geht. Mittelfristig, so gibt die KV Nordrhein an, soll auf Bundesebene ein von der KV Telematik eingesetztes

elektronisches Verfahren angewandt werden.

Eine zumutbare Aufgabe

Die KBV empfiehlt den Patienten, primär selbst den Wunscharzt zwecks Terminanfrage zu kontaktieren und erst im zweiten Schritt auf den Service zurückzugreifen. Die KV Sachsen verlangt sogar einen Nachweis der geleisteten Eigeninitiative, bevor ihr Dienst in Anspruch genommen werden kann.* Darüber hinaus beschleichen den Patienten beim Lesen des Informationstextes auf mancher KV-Website bereits Zweifel, ob die Service-Stelle tatsächlich die richtige Adresse ist, da zum Beispiel die KV Sachsen-Anhalt auf ihrer Website hauptsächlich darauf verweist, was die Terminservicestelle alles nicht kann. Darüber hinaus könnten auch vorherige Hausarztbesuche bei geplanten Augenarzt- oder Gynäkologen-Besuchen sinnvoll sein, heißt es da, obwohl diese keiner Überweisung, wohl aber einer Terminvermittlung durch die KVen bedürfen.

Allen Unkenrufen zum Trotz scheint das Angebot von den Patienten durchaus angenommen zu werden, betrachtet man die Nutzungsfrequenz der ersten Wochen, die sich beispielsweise bei der KV Rheinland-Pfalz in den ersten 5 Wochen deutlich gesteigert hat. Versuchten in der ersten Woche (25.1.-29.1.2016) 451 Anrufer die Hotline zu erreichen, waren es in der 5. Woche (26.2.) bereits 1969. Davon legten allerdings 950 Anrufer während der Begrüßungsansage auf, sodass von den 1019 durchgestellten Anrufern jedoch alle 600 Anspruchsberechtigten vermittelt werden, wie die KV-RLP mitteilt. In der ersten Woche waren hingegen nur 197 Anrufer mit einem Vermittlungsanspruch in der Leitung.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sieht die Patientenrechte durch die neuen Einrichtungen gestärkt, und erhält Unterstützung von Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzender des vdek, die betont, dass der Sicherstellungsauftrag nun mal bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liege und daher sei es nur recht und billig, dass die Politik diese in die Pflicht nehme. „Jahr für Jahr steigt die Zahl der Ärzte und mit ihr auch das Honorarvolumen. Die Einrichtung von Terminservicestellen ist den KVen also durchaus zuzumuten“, so Elsner.

Die KBV hat nun in die Diskussion um Wartezeiten das Stichwort „Patientensteuerung“ eingebracht und meint damit eine Flexibilisierung des Angebotes durch verschiedene Versorgungsmodelle. „Hier geht es um eine inhaltliche Begleitung im immer komplexer werdenden Gesundheitsmarkt“, erklärt dazu Gassen. <<

OVS in der vertragsärztlichen Versorgung

Eine Terminservicestelle ganz anderer Art betreibt das Lübecker Start-up-Unternehmen Patientus: Über eine Online-Plattform können Ärzte und Patienten miteinander nicht nur eine Online-Video-Sprechstunde (OVS) führen, sondern auch medizinisches Bildmaterial betrachten und dieses besprechen. Derzeit sind über 100 Ärzte, die eine abgeschlossene Facharztausbildung nachweisen müssen, bei Patientus registriert: Sie haben bereits über 10.000 Video-Sprechstunden durchgeführt. MVF sprach mit Patientus-Gründungspartner Nicolas Schulwitz.

>> Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, als Sie Ihr Tool Kassen vorstellten?

Einerseits ist Patientus mit dem Produkt Online Video-Sprechstunde (OVS) aktiv auf Krankenkassen zugegangen, andererseits traten Krankenkassen an Patientus heran. Mit der Zeit kristallisierten sich zehn Krankenkassen heraus, mit denen die Thematik OVS umgesetzt und durchgeführt werden kann. Patientus hat bereits mit drei Kassen vertragliche Vereinbarungen geschlossen, im 2. Quartal starten zwei bundesweite Projekte, die Gespräche mit den verbleibenden Kassen laufen.

Welche Kasse ist denn bereit, diese Art von Arzt/Patientenkontakt zu erstatten?

Seit 1. September 2015 kooperiert Patientus im Rahmen eines Pilotprojektes mit der Techniker Krankenkasse und dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen. Während der Pilotphase wird den Ärzten die Durchführung von Terminen über die Online-Video-Sprechstunde mit ihren Bestandspatienten extrabudgetär vergütet. Die bestehende Kooperation mit der TK und dem BVDD wird zum 1. April 2016 bundesweit ausgeweitet. Alle Dermatologen können dem Vertrag beitreten und bekommen für 12 Monate die Nutzungsgebühr von der TK erstattet. Zudem bietet das Centrum für Gesundheit in Berlin-Wedding, eine Eigeneinrichtung der AOK Nordost, seit 1. Januar 2016 den Patienten des Instituts für psychogene Erkrankungen die Video-Sprechstunde an. Somit kann eine bestehende Therapie ortsunabhängig fortgeführt werden. Die Kosten dafür übernimmt die AOK Nordost.

Wie weit sind Sie auf dem Weg, eine eigene Abrechnungsziffer zu erhalten? Was ist noch zu tun?

Mit der Verabschiedung des E-Health-Gesetzes im Dezember 2015 wurde ein großer Schritt in die richtige Richtung gemacht und der gesetzliche Rahmen für die Abrechnung der Online-Video-Sprechstunde geschaffen. Ab 1. Juli 2017 wird die OVS in die vertrags-

ärztliche Versorgung aufgenommen und damit abgerechnet und vergütet werden können. Patientus hatte hier sicherlich auch gewissen Einfluss, z.B. waren wir eingeladen, an einer offiziellen Stellungnahme der IHK Schleswig-Holstein zur 1. Version des Gesetzes mitzuwirken.

Welche Erfahrungen haben Sie mit Ärzten gemacht?

Wir sind überrascht und sehr erfreut über die durchweg positive Resonanz der Ärzte. Seit die Online-Plattform am 1. August 2015 offiziell eröffnet wurde, wächst das Interesse seitens der Ärzteschaft die OVS in den Praxisalltag einzubinden. Wir erhalten Anfragen von Ärzten aller Fachrichtungen, die den eigenen Nutzen (z.B. Entlastung des Wartezimmers, Schonung von Praxisressourcen) und auch den Vorteil für ihre Patienten (z.B. Zeit- und Wegersparnis, medizinische Versorgung unabhängig vom Aufenthaltsort) erkannt haben. Sobald die Abrechnungsziffer für die OVS definiert ist, wird auch der wirtschaftliche Vorteil für den Arzt noch weiter in den Vordergrund rücken.

Können Sie sich vorstellen, für dieses Projekt eine Innovationsfondsförderung zu beantragen. Wenn ja, mit welcher Kasse?

Grundsätzlich sind wir an solchen Möglichkeiten wie der Innovationsfondsförderung sehr interessiert und wir können es uns auch gut vorstellen. Es gab auch schon einige Gespräche mit Krankenkassen, jedoch ist noch kein konkretes Projekt geplant. Sobald die passende Kombination aus Anwendungsgebiet und Partner gefunden ist, werden wir entsprechende Anträge einreichen. Hier würden wir uns über Anfragen von Seiten der Krankenkassen sehr freuen.

Wird der Service evaluiert?

Die Kooperationsprojekte mit den Krankenkassen sollen empirisch ausgewertet werden. Dazu werden derzeit Gespräche mit mehreren deutschen Universitäten und deren Institutionen geführt. <<



Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin

Vom Populations- zum Standortbezug

Das KV RegioMed-Programm für die Strukturmigration im Mittelbereich Templin ist mehr als ein Modellvorhaben. Es ist nicht nur der Versuch aus den gegebenen Prävalenzen in einer Region – in der Uckermark im Mittelbereich Templin – eine Prognose zu wagen auf Erkrankungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten, sondern daraus Schlüsse zu ziehen, wie die Versorgungsstrukturierung in der absehbaren Zukunft auszusehen hat, um ein zielgruppenorientiertes und damit passgenaueres regionales Versorgungsangebot durch stationär-ambulante Strukturmigration zu schaffen.

>> Aktuelle Analysen zur Bevölkerungsstruktur des Mittelbereichs Templin prognostizieren bis zum Jahr 2030 einen Bevölkerungsrückgang um 21 % und gleichzeitig eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur. Einer älter werdenden und somit häufig chronisch kranken und multimorbiden Bevölkerung steht eine sinkende Anzahl jüngerer Menschen gegenüber. Vor diesem Hintergrund und zur Veranschaulichung der Versorgungssituation erfolgte im Jahr 2013 eine detaillierte Analyse „Regionaler Versorgungsbedarf im Mittelbereich Templin“ durch die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) sowie das Unabhängige Centrum für empirische Markt- und Sozialforschung (UCEF GmbH).

Aus dieser ging hervor, dass sowohl hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur als auch hinsichtlich des durchschnittlichen Leistungsbedarfs der Patienten die untersuchte Region die Gesundheits- und Daseinsvorsorge bereits innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre vor große Herausforderungen stellt. Aus der Analyse der Patientenströme war zu erkennen, dass die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung sehr heterogen ist. Insbesondere bei den im Ranking weit vorn stehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfolgt ein Großteil der medizinischen Behandlungen bei Templiner Patienten außerhalb des Planungsbereiches Uckermark oder stationär.

Hier besteht also Potenzial, die wohnortnahe Versorgung gleichzeitig zu verbessern und wirtschaftlicher zu gestalten. Im Mittelbereich Templin ist mit einer deutlichen Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung zu rechnen. Eine Erhöhung des Durchschnittsalters hat einen Anstieg des erforderlichen Leistungsbedarfs pro Patient zur Folge, so dass bei einem diesbezüglichen Vergleich mit den übrigen Brandenburger Mittelbereichen der Mittelbereich Templin im oberen Drittel rangieren wird. Die Entwicklung wird darüber hinaus auch eine Veränderung der Morbiditätsstruktur verursachen. So werden Krankheiten, wie Demenz und Morbus Parkinson, welche mit zunehmendem Alter vermehrt auf-

treten, an Bedeutung gewinnen. Schließlich hat die gegebene zentrierte Facharztversorgung in Verbindung mit dem höheren Alter der Bevölkerung und der damit einhergehenden zunehmend eingeschränkten Mobilität zur Folge, dass die Erreichbarkeit fachärztlicher Leistungen erschwert wird.

Dies stellt umso mehr eine Herausforderung dar, als im hohen Alter auch die Multimorbidität steigt und somit unterschiedlichste fachärztliche Leistungen an unterschiedlichen Orten benötigt werden. In Zukunft ist daher insbesondere die multidisziplinäre und sektorenübergreifende Koordination ärztlicher Behandlung gefordert.

Diese Prognosen zur Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung im Mittelbereich Templin und die dargestellten Auswirkungen des demografischen Wandels auf den künftigen Versorgungsbedarf gaben Anlass zum Handeln und führten so zum ersten Schritt: dem Aufbau einer ambulanten geriatrischen Versorgung im Mittelbereich Templin in Kooperation mit einer stationären Geriatrie am Krankenhaus vor Ort.

Das KV RegioMed Zentrum, welches heute bereits neben der ambulanten geriatrischen

auch gastroenterologische sowie kardiologische Versorgung anbietet und seit Beginn des Jahres selektivvertraglich finanziert wird, bildet den Grundstein für die nächsten Schritte hin zu einer umfänglichen Strukturmigration der stationär-ambulanten medizinischen Versorgung in der Region.

Der Aufbau einer ambulant-stationären Brückenstruktur im Rahmen des KV RegioMed Zentrums ist allein nicht ausreichend, um die Versorgungsstrukturdefizite vor Ort gänzlich zu lösen. Vielmehr bedarf es weiterer struktureller Maßnahmen, wie es auch die AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH in ihrer im Jahr 2014 verfassten Machbarkeitsstudie zu den Bedingungen für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Versorgungskette in der Altersmedizin am Standort Templin beschreibt. Mit dem Fokus auf die Frage nach dem Existieren einer sektorenübergreifenden Versorgungskette wurde eine Bestandsanalyse vorgenommen, um anschließend entsprechende Handlungsempfehlungen geben zu können. Es wurden Beteiligte vor Ort, wie Medizinische Versorgungszentren, Hausärzte und Kranken-

Prognose der Morbiditätsentwicklung				
Top 10	Krankheiten gem. RSA-Auswahl 2010	Prävalenz 2009 in %	Prävalenz 2025 Prognose in %	Zunahme Prävalenz in %pkt.
1	Hypertonie	29,5	36,8	7,4
2	Diabetes mellitus	11,4	15,3	3,9
3	Ischämische Herzkrankheit	9,1	13,2	4,1
4	Osteoarthritis der großen Gelenke	8,4	11,5	3,2
5	Depression	5,9	6,7	0,8
6	Osteoporose und Folgeerkrankungen	4,2	6,2	2,0
7	Erkrankungen des Ösophagus (exkl. Ulkus + Blutung)	4,4	5,4	1,0
8	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis	3,5	4,7	1,1
9	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung	2,9	4,2	1,2
10	Herzinsuffizienz	2,8	4,0	1,2

Abb. Prognose der Morbiditätsentwicklung im Mittelbereich Templin 2025 zu 2009 nach ausgewählten Krankheiten. Quelle: KVBB-eigene Darstellung auf Basis der ZI-Projektion der Brandenburger Prävalenzen entsprechend der Bevölkerungsvorausberechnung des BBSR.

häuser befragt, wie sich derzeit die altersmedizinische Versorgungsstruktur in der Region darstellt bzw. an welchen Stellen Entwicklungsbedarf gesehen wird. Auch der Bereich der pflegerischen Versorgung muss in die Betrachtungen einbezogen werden, ebenso wie die Möglichkeiten ehrenamtlicher Unterstützung, kommunaler Angebote sowie moderner Informations- und Kommunikationstechnologien. U. a. wurde festgestellt, dass großer Wert auf die Multiprofessionalität gelegt werden muss, um dem künftigen Versorgungsbedarf gerecht zu werden.

Vertiefend wurde letztlich in der Vorstudie mit dem Titel „Empirische Analysen zur Epidemiologie, zu Behandlungsanlässen und zur Versorgung im Mittelbereich Templin“ zum Projekt, die – im Auftrag der AOK Nordost und der BarmerGEK – ebenfalls von AGENON durchgeführt wurde, genauer die stationäre wie ambulante Inanspruchnahme hinsichtlich möglicher Ähnlichkeiten der Krankheitsbilder untersucht, um festzustellen, auf welche heutigen und zukünftigen Krankheitsbilder der Fokus bei der Weiterentwicklung der Versorgung, nach dem Grundsatz ambulant vor stationär, liegen soll. Zu diesem Zweck wurden u.a. die Wohnbevölkerung des Mittelbereichs Templin nach Alter und Geschlecht, Versicherte mit Pflegestufen, die Inanspruchnahme von Arzneimitteln sowie Wegstrecken untersucht. Die drei häufigsten Krankheitsbilder stellen sich demnach wie folgt dar: kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Hypertonie), endokrine Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus) sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (z.B. Rückenschmerzen, Rheuma).

Ziel des KV RegioMed Programms – Strukturmigration im Mittelbereich Templin – ist die Gestaltung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen im Mittelbereich Templin. Die beschriebenen Veränderungen der Bevölkerung in Anzahl und Struktur werden im Bereich des Gesundheitswesens eine stark veränderte Nachfrage hinsichtlich ambulanter, stationärer, pflegerischer, sozialer und therapeutischer Leistungen erzeugen und weitreichende Anpassungsprozesse der Versorgungsangebote im Mittelbereich Templin nach sich ziehen müssen. Sinkende Zahlen niederlassungswilliger Vertragsärzte und verstärkte Probleme bei der Stellenbesetzung im stationären Sektor, aber auch im Bereich Pflege, Rehabilitation und Therapie, durch qualifiziertes Personal stellen weitere Herausforderungen dar, denen sich das Projekt stellt.

Die „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR, eine Arbeitsge-

meinschaft bestehend aus der Kasernenärztlicher Vereinigung Brandenburg, der AOK Nordost und der BARMER GEK nach § 219 SGB V – hat es sich zur Aufgabe gemacht, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen zur Sicherung und Verbesserung einer langfristigen, regionalen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

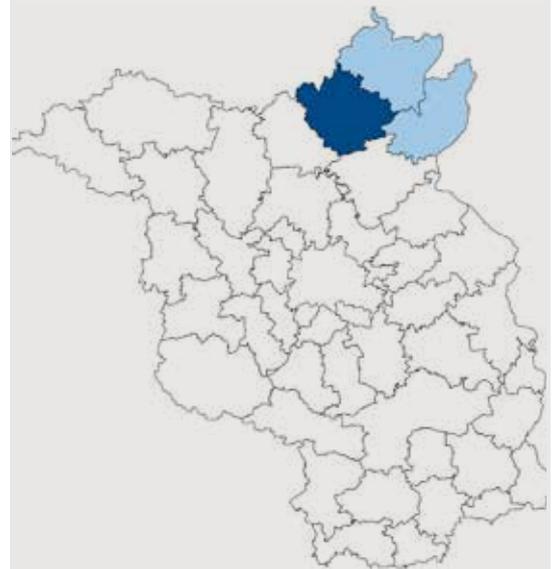
Zwischen den Projektträgern des Strukturmigrationsprojektes in Templin, der IGiB und der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH (als Betreiber des Krankenhauses in Templin), besteht Einvernehmen, den Standort des heutigen Krankenhauses in Templin als ein Beispiel einer Strukturmigration der medizinischen Versorgung in einer strukturschwachen ländlichen Region weiterzuentwickeln. Im Fokus steht die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch Integration von ambulanten, stationären, haus- und fachärztlichen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgungsangeboten interdisziplinär und fachübergreifend sowie multiprofessionell, ggf. auch unter Einschluss von sozialen und ggf. ergänzenden ehrenamtlichen Leistungen.

Insbesondere in strukturschwachen Regionen tragen das Land, die Landkreise und die Kommunen eine besondere Verantwortung: die Schaffung der Voraussetzungen für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Begleitung/Beteiligung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie ist darüber hinaus im Kontext eines notwendigen Umbaus der vor Ort vorhandenen Krankenhausstrukturen erforderlich. Im Hinblick auf eine zu schaffende bedarfsorientierte und wirtschaftliche Angebotsstruktur ist die Einbeziehung aller vor Ort handelnden Akteure des Gesundheitswesens erforderlich. Die einzelnen Angebote und Akteure dürfen dabei nicht allein betrachtet werden, sondern sind gefordert, in einer kooperativen und abgestimmten koordinierten Prozess- und Kommunikationsstruktur zu agieren. <<

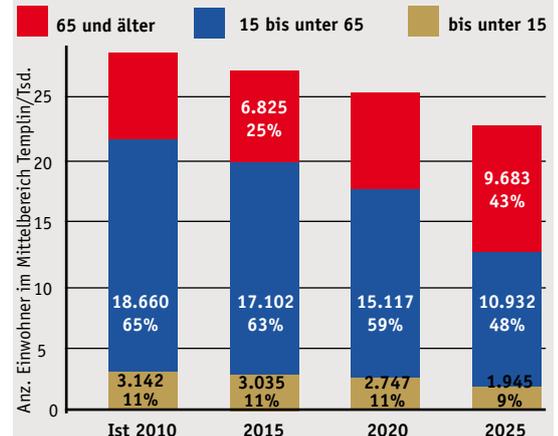
von: Lutz O. Freiberg / IGiB GbR

Die Uckermark

liegt im Nordosten Brandenburgs und ist mit einer Fläche von rund 3.000 km² der größte und gleichzeitig einer der am dünnsten besiedelten Landkreise Deutschlands. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung leben in den vier Städten Schwedt, Prenzlau, Templin und Angermünde. Templin stellt dabei der Fläche nach die größte Stadt in der Uckermark dar, in Bezug auf die Einwohnerzahl ist sie nach Schwedt und Prenzlau jedoch die drittgrößte Stadt des Landkreises. Der Landkreis ist mit diversen Strukturdefiziten belastet. Die wichtigsten Wirtschaftsfaktoren sind der Tourismus und die Naherholung.



Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen 2010 bis 2030



Prognose der Morbiditätsentwicklung

Krankheiten*	Prävalenz 2009 in %	Prävalenz 2025 Prognose in %	Zunahme Prävalenz in %pkt.	Zunahme Prävalenz in %
Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkr.	0,6	0,8	0,3	47,2
Demenz	2,4	3,5	1,1	44,0
Schlaganfall u. Komplikationen	2,2	3,1	0,9	40,9

* gem. RSA-Auswahl 2010 ©MVF

Interview mit Dr.med. H.-J. Helming, Vorsitzender des Vorstandes KVBB und Lutz O. Freiberg, KVBB-Unternehmensbereichsleiter und Geschäftsführer der IGiB.

>> Warum braucht man ein Programm wie das KV RegioMed Zentrum?

Helming: Das KV RegioMed Programm Templin hat zum Ziel, ausgehend vom realen quantitativen und qualitativen Versorgungsbedarf der im Einzugsbereich zu versorgenden Population, zukunftsfähige Versorgungsstrukturen zu schaffen, welche intersektoral, interdisziplinär-interkollegial und multiprofessionell umgesetzt werden. D.h., ausgehend von der Frage, welche Bevölkerung mit welchen gesundheitsrelevanten Merkmalen zukünftig in der Region lebt und welche Morbiditäten sowie soziodemografischen Aspekte damit verbunden sind, müssen regional-spezifische Versorgungsangebote geschaffen und dabei alle regionalen Akteure eingebunden werden. Personelle und infrastrukturelle Ressourcen müssen gebündelt und über ein abgestimmtes Schnittstellenmanagement eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden. Damit wurde in Templin zum ersten Mal überhaupt betrachtet, was man für die in dieser Region wohnenden Bevölkerung an Versorgung braucht – ambulant wie stationär. Das hört sich so selbstverständlich an, ist aber bei der Versorgungs-, speziell der Krankenhausplanung bisher nirgendwo sonst der Fall.

Haben Sie damit die Sektorengrenzen wirklich überwunden?

Freiberg: Das KV RegioMed Zentrum steht für ein integriertes ambulant-stationäres Konzept, das in der Endkonsequenz – einer Überwindung der Sektorengrenzen und der Umsetzung des Grundsatzes so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig – auch neuer Formen von Trägerschaften, Abrechnungssystemen und Leistungsbewertungen bedarf. Das genau unterscheidet die Zentrumsidee von dem einfachen Nebeneinanderstellen von Krankenhäusern, MVZ und Arztpraxen an einem Standort.

Wenn man annimmt, dass überall in Deutschland der gleiche Versorgungsanspruch existiert.

Helming: Diese Prämisse muss unser Handeln bestimmen. Früher konnte man vielleicht noch sagen, man wüsste es nicht besser – bestenfalls suchte man durch „Trial and Error“ den Erkenntnisgewinn. Aber durch die Methoden der modernen Versorgungsforschung kann man eine Region sehr genau nach Alter, Geschlecht, Morbidität und Mortalität betrachten, um so die tatsächliche und die zu erwartende Leistungsdichte zu beschreiben. Wenn man das tut und dann ganz deutlich erkennt, dass die Leistungsdichte, die man für die Bevölkerung der Bundesrepublik als ausreichend empfindet, beispielsweise in Templin in bestimmten Parametern davon weit divergiert, muss man einfach handeln. Genau für solche Entscheidungen kann die Versorgungsforschung aus vorhandenen Daten, wenn man sie denn korreliert, ganz konkrete Gestaltungsvorschläge ableiten.

Wie sind Sie denn vorgegangen?

Freiberg: Wir haben uns die Zahlen betrachtet, die uns eine Vorstudie von Agenon geliefert hat. In dieser Studie erkennt man ziemlich genau, in welchem Gesundheitszustand sich die in diesem Gebiet lebenden Menschen tatsächlich gerade befinden. Daraus können dann Prävalenzen abgeleitet werden, um zu beschreiben, wie sich die heute bereits etablierte Krankheitslast, also die real existierenden Erkrankungen in den nächsten Jahren entwickeln werden. Das ist schon eine neue Betrachtungsweise, denn bisher wurde der Versorgungsbedarf alleine und ausschließlich über die klassischen Leistungsdaten definiert.

Demnach ist es bisher eine rückwärtsgewandte Betrachtung. Denn die klassischen Leistungsdaten erzählen nur, dass eine Erkrankung behandelt worden ist und in der Summe wie oft.

Helming: Das war es dann aber auch schon. In der Region Brandenburg versuchen wir nun darum in Kooperation mit dem Zi beispielhaft

einen neuen Ansatz, der aus der Versorgungsforschung heraus ganz neue Blickweisen eröffnet, vor allem zum Thema der ambulant-sensitiven Leistungen.

Also jener Erkrankungen, die man nicht unbedingt stationär versorgen muss, weil man das auch ambulant machen könnte.

Freiberg: Aus heutiger medizinischer, aber auch ökonomischer und auch struktureller Sicht stellt sich die Frage immer mehr, ob bestimmte Erkrankungen nicht besser ambulant behandelt werden können. Das gilt zum Beispiel für diagnostische Leistungen, die heute noch oft mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, die aber rein vom medizinisch-technischen Fortschritt her inzwischen auch ambulant erfolgen könnten – das wäre eine klassische ambulant-sensitive Leistung.

Warum interessieren Sie diese ambulant-sensitiven Leistungen?

Freiberg: Aus der simplen Erkenntnis heraus, dass in Brandenburg diese Behandlungen oft gar nicht mehr wohnortnah stationär erfolgen können, weil schon heute die dafür nötige, zum Teil hoch spezialisierte Medizin in der Regel in den hier noch tätigen grundversorgenden Krankenhäusern gar nicht mehr stattfindet; einfach weil die dazu nötigen Voraussetzungen an Spezialisierung und an technischer Ausstattung fehlen.

Macht hier die tradierte Strukturgrenze noch Sinn?

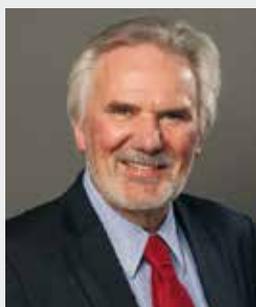
Helming: Das ist zwar eine provokante Fragestellung, aber sie ist die Kernfrage, die auch der Ausgangspunkt meiner Struktur-migrations-Konzeption war. Wir müssen offen darüber reden, ob diese Struktur krankenhausa-ambulant, die von einer Wagenburgmentalität getragen wird, aber funktional ein Anachronismus ist, überhaupt noch adäquat ist; und wenn nicht, welche Struktur denn besser, zukunftssicherer und vor allem für die medizinische Lösung des Patientenproblems geeigneter wäre. Genau in diesem Kontext bewegen wir uns mit dem Struktur-migrationsprojekt Templin. Doch nicht nur hier, denn dieses Thema wollen wir gemeinsam mit dem Zi flächendeckend für ganz Brandenburg analysieren und dann diskutieren. Doch das wird ein ganz neues, eigenständiges Projekt werden.

Warum ausgerechnet Templin?

Freiberg: Templin hat ein paar sehr spezielle Eigenschaften, die für so ein komplexes Thema nahezu ideale Grundvoraussetzungen sind. Eine Eigenschaft ist rein regional: Templin liegt oberhalb des Berliner Autobahn-rings mittendrin in der Schorfheide und wird rechts begrenzt durch die Autobahn nach Mecklenburg-Vorpommern und Polen. Wenn Sie versuchen, nach Templin zu kommen, werden Sie zwar merken, dass es rein räumlich gar nicht so weit entfernt von Berlin ist, aber sobald man die Autobahn verlässt, ist man auf dem Land und braucht für die letzten 30 bis 40 Kilometer eine gute Stunde. Das führt dazu, dass die Bevölkerung rings um Templin stark in ihrer Region verbleibt, zumindest was die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung angeht. Das ist, wenn man über Versorgungsstrukturen spricht, ein Idealzustand. Denn fast alle Haus- und Fachärzte konzentrieren sich in Templin. Die zweite Voraussetzung ist, dass wir es in der Region mit Ärzten zu tun haben, die von sich aus ein starkes Interesse daran haben, sich auf die demographische Entwicklung einer zunehmend älteren und multimorbiden Bevölkerung einzustellen, die sich von sich aus engagieren, sich vernetzen und die sich damit auf die zukommenden Versorgungs-herausforderungen einstellen wollen.

Die bereit sind, die Strukturengrenzen ein Stück weit einzureißen?

Helming: Genau. Es gab jedoch in Templin schon vor vielen Jahren



Dr. med. H.-J. Helming

ein Vorprojekt für ein ambulant-stationäres Netz, das leider irgendwann an der Finanzierung gescheitert ist. Das hat aber dazu geführt, dass die hier ansässigen Ärzte sich kennen und grundsätzlich schon ganz gut zusammen arbeiten.

Wie kommt denn der stationäre Part ins Spiel?

Helming: In Templin gibt es einen stationären Träger aus der Sana-Gruppe, der vor rund vier Jahren bereits die Auswirkungen des demografischen Wandels in der Region zu spüren bekommen hatte und eine Lösung suchte. Ich hatte eine Idee und daraus entwickelten wir ein Konzept. Manchmal müssen nur die richtigen Menschen aufeinander treffen. Und Sana war denn auch bereit, über die Veränderung seines Krankenhauses vom Leistungsprofil her zu reden, auch mit der Konsequenz des Vorzugs des ambulanten Bereichs.

Das klingt, gelinde gesagt, schwierig.

Freiberg: Wenn man den Gesamtkontext betrachtet, sicher. Denn es gibt quasi niemanden, der bezogen auf unser Projekt alleine entscheiden kann. Die ambulante Medizin kann nur für die ambulante Medizin sprechen. Der Krankenhausträger spricht auch für sich, doch planerisch hat das Land das Sagen und aus der Daseinsvorsorge heraus spricht auch die Kommune und der Landrat ein ganzes Stück mit, gerade was Erreichbarkeit und Zugang angeht. Und bezahlen müssen das Ganze die Krankenkassen und haben darum oft gegenläufige Interessen. Und obendrein mischt auch noch der G-BA über die Sicherstellungszuschläge mit. Erschwerend kommt aber noch dazu, dass es für so eine derartige Profilmigration bislang keine Vorbilder gibt.

Das nennt man klassischen Interessenkonflikt.

Helming: Genau darum muss man alle zusammen an einen Tisch bekommen und sich auf ein möglichst pragmatisches Gesamtkonzept verständigen. Dann können alle in ihrem jeweiligen Bereich die entsprechenden Entscheidungen treffen, das Ministerium den Landeskrankenhausplan entsprechend gestalten. Danach erst ist es den Krankenhäusern möglich, ihre Investitions- und Personalplanungen entsprechend auszurichten, aber auch die ambulante Medizin kann dann investieren und sich ebenfalls auf die definierten Strukturherausforderungen einstellen.

So weit sind Sie schon?

Freiberg: Vom Commitment her ja. Das war für uns mit das das größte Aufbauprojekt der letzten Jahre.

Man sagt doch immer, dass es gerade in einer Region wie der Uckermark zu wenig Ärzte gibt.

Freiberg: Das ist eine weitergehende Baustelle, die man grundsätzlich in jeder ländlichen Region hat. Doch wird eine gewisse Reduzierung der Arztlizenzen in einer derartigen Region auch ein Stück weit unerlässlich sein, wenn man die entsprechend starke rückläufige Bevölkerung betrachtet. Denn irgendwann wird die Morbiditäts- durch die Mortalitätsentwicklung eingeholt.

Helming: Und bis dahin müssen die Strukturen, die wir jetzt und mit Blick auf genau diese zu erwartende Entwicklung konstruieren und gangbar machen, so effizient und logistisch adaptiert sein, dass man auch mit etwas weniger Behandlungskapazität gleichwohl eine optimale Betreuung gewährleisten kann.

Wie sieht es bei der haus-/fachärztlichen Versorgung in Templin aus?

Freiberg: Dort hat der Generationsübergang an und für sich sehr gut funktioniert. Die Ärzte vor Ort befinden sich zum großen Teil in einem Altersdurchschnitt, der eine entsprechende Perspektive bietet. Das ist das Gute in Templin, denn diese Ärzte sind absolut motiviert, sich mit der demografischen Entwicklung ihrer Klientel auseinanderzusetzen. Noch haben wir den Gestaltungsfreiraum: Heute ist jeder vierte Arzt in Templin

über 63, doch in nur 15 Jahren schon jeder Zweite.

Wissen die dort versorgenden Ärzte, was da auf sie zukommt?

Helming: Die Ärzte vor Ort werden sehr intensiv in das Projekt eingebunden und geben uns immer wieder wertvolle Anregungen und strukturelle Vorschläge, wie man das Projekt sinnvoll weiterentwickeln kann. Die, die mitmachen, kennen jede einzelne Zahl, jeden Detailschritt. Transparenz ist enorm wichtig. Jeder muss wissen, wohin die Reise geht. Aber was ebenso wichtig ist: Jeder muss sich mit seinen eigenen Interessen auch ein Stück weit wiederfinden.

Wie rolloutfähig ist denn ein solches Modellprojekt?

Helming: Das sind allenfalls relativierende Faktoren. Wir sind inzwischen so weit, dass wir dem zu Grunde liegenden Versorgungsforschungs-Modell zufolge für jede Region in der Lage sind, die nötige analytische Vorarbeit zu leisten. Wir können exakt sagen, welche Menschen in einer bestimmten Region leben, welche Erkrankungen sie haben, wie sich die in der nächsten Zeit entwickeln werden und welche Strukturmodelle für die ambulant-stationäre Versorgung sich daraus ableiten.

Das ist aber quasi immer nur der erste Schritt.

Freiberg: Erst muss man eben wissen, wen man genau versorgen muss. Wenn man das erforscht hat, kann man darüber nachdenken, welche Versorgungsstrukturen sich daraus ergeben. Das kann eine stationäre Versorgung sein, wenn sie wohnortnah unter qualitativen Aspekten möglich ist, das können aber auch ambulant-stationäre Zentren sein. Das ist die Zukunft. Davon bin ich fest überzeugt. Und genau darum wollen wir den Beleg erbringen, dass das funktioniert.

Ab wann kann man denn sagen, dass es funktioniert?

Helming: Mit der Geriatrie haben wir es schon jetzt bewiesen. Dass wir das schaffen, hat uns vorher auch nicht jeder geglaubt. Doch heute ist unser Ansatz regelhaft fest in der Versorgung etabliert. In der Geriatrie zumindest redet keiner mehr über ambulant oder stationär. Und jetzt gehen wir einfach einen Schritt weiter und hoffen, das wir durch den Innovationsfonds unterstützt werden können.

Wie lange wird diese Umstrukturierungsphase dauern?

Freiberg: Wir rechnen mit einer Zeitschiene von etwa acht bis zehn Jahren. Danach wird es dieses klassische ambulante Krankenhaus in all seiner Widersprüchlichkeit und Sektorenbetrachtung zumindest in der Region nicht mehr geben.

Helming: Dafür aber eine neue Versorgungseinheit oder -struktur, welche für einen Krankenhausträger wirtschaftlich darstellbar, für die kooperierenden „Teamärzte“ interessante Tätigkeitsfelder bietet und für die Patienten eine hochverfügbare, qualitativ hochwertige sowie wohnortnahe Versorgung sicherstellt.

Wie könnten Sie daraus ein Innovationsfonds-Projekt machen?

Helming: Wir sind in der Vorbereitung genau dieser Fragestellung, denn wir werden uns als IGiB gemeinsam mit Sana als Projektträger bewerben. Darüber hinaus gibt es eine starke Gruppe von Unterstützern, unter anderem das „90a-Gremium“ in Brandenburg, das sich explizit zu diesem Projekt bekennt.

Freiberg: Die Voraussetzungen sind geschaffen, nun müssen wir handeln. Darum wäre es schön, wenn wir ein Stück weit auf entsprechende Finanzmittel aus dem Innovationsfonds hoffen könnten, um das Projekt schneller nach vorne zu bringen. Aber Hand aufs Herz: Wir sind von dem Projekt derart überzeugt, dass wir es auch ohne Unterstützung des Fonds machen werden, auch wenn es mit dem Innovationsfonds leichter und vor allem schneller zu schaffen ist. <<



Lutz O. Freiberg

Interview mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi Berlin.

>> Sehen Sie das Modell KV RegioMed für andere Regionen geeignet?

Diese Frage ist gar nicht so einfach zu beantworten, weil die Regionen doch recht unterschiedlich sind. Es gibt sicher auch andere Regionen, in denen ein sehr hoher Anteil vermeidbarer stationärer Fälle zu beobachten ist. Nicht überall ist aber die Personalausstattung in der ambulanten Versorgung der wesentliche Engpassfaktor. In den Ballungsräumen existiert eine relativ hohe Wettbewerbsintensität der Krankenhäuser, und dort, wo das so ist, kann man durchaus die Neigung beobachten, die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser zu benutzen, um die Betten optimal zu füllen.

Der Druck kommt aus der Ökonomie?

Eine Stärkung der ambulanten Versorgung ist in jedem Fall wirtschaftlicher. Die Herausforderung besteht darin, eine Perspektive für den Strukturwandel zu schaffen. Die Krankenkassen müssten dafür aber andere Instrumente in der Verhandlung mit Krankenhäusern nutzen. Sie müssen die Krankenhäuser anhalten, die Leistungsmenge unter Berücksichtigung des ambulanten Versorgungspotenzials um die Krankenhäuser herum gezielt schrittweise anzupassen. Dazu fehlt den Krankenkassen die rechtliche Handhabe. Das Gesetz sieht zwar eine Mengenvereinbarung vor, nicht aber die notwendigen Kriterien.

Hätten Sie denn Kriterien dafür?

Diese wären etwa: der Versorgungsbedarf der Wohnbevölkerung, die Versorgungskapazitäten der niedergelassenen Ärzte und der anderen Krankenhäuser im Einzugsbereich. Mit anderen Worten, der Versorgungsauftrag des Krankenhauses darf nicht mehr allein aus der bisherigen Tätigkeit des Hauses abgeleitet werden. In den Ballungsräumen existiert eine relativ hohe Wettbewerbsintensität der Krankenhäuser, und dort, wo das so ist, kann man durchaus die Neigung beobachten, die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser zu benutzen, um die Betten optimal zu füllen.

Wäre eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung nicht einfacher?

Das kann an Standorten wie Templin als richtiger Weg zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur beitragen. In städtischen Regionen ist es definitiv kontraproduktiv. Um standortspezifisch richtige Entscheidungen zu treffen, werden wir zwei neue Instrumente brauchen: Das eine ist eine Bedarfsplanungs-Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Tätigkeit der Krankenhäuser. Das zweite wäre eine ökonomische Trennung zwischen der Trägerschaft für die ambulante und der stationären Tätigkeit an einem Krankenhausstandort.

Architektonisch gesprochen wäre eine horizontale Trennung sinnvoll. Frei nach dem Motto: Alles, was ebenerdig ist, gehört in die ambulante Trägerschaft und ab dem ersten Stock in die stationäre?

Genau. Das ließe sich übrigens auch gut in den ländlichen Regionen umsetzen. Eine Zentrenbildung, wie sie KV RegioMed vorexerziert, wäre in diesem Rahmen ökonomisch vorteilhaft leistbar.

Was brächte es?

Das würde den fatalen Anreiz durchbrechen, die ambulante Tätigkeit dazu zu missbrauchen, strategische Potenziale der stationären Belegung auszuschöpfen und dadurch Mittel für den nötigen Strukturwandel freisetzen.

Sehen Sie dazu eine Bereitschaft bei Krankenkassen und Krankenhäusern?

Nein. Das liegt sicher auch daran, dass es noch nicht allen transparent ist, was durch die Daten der Versorgungsforschung offen gelegt werden kann. Nehmen wir das Beispiel Brandenburg. Die Region Potsdam-Mittelmark fällt durch eine auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sehr niedrige Rate vermeidbarer Krankenhausfälle auf. In der Region Prignitz hingegen besteht eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt extrem hohe Rate vermeidbarer Krankenhausfälle. Liegen diese Zahlen einmal vor, muss doch die Frage beantwortet werden: Wer oder was trägt dazu bei, dass die Ist-Situation jeweils so unterschiedlich ist?

Sie deklinieren damit vom Populations- auf den Standortbezug.

Weil nur so herauszufinden ist, wer für diese Krankenhausfälle verantwortlich ist. Entstehen sie durch Zuweisung oder durch Aufnahmeentscheidung im Krankenhaus? Werden sie durch eine vielleicht nicht ausreichend ausgebaute, fachärztliche ambulante Versorgung erklärt oder fehlen subsidiäre Angebote, etwa in der ambulanten Pflege? Diese Fragen müssen wir den handelnden Personen vor Ort stellen, die Regionaldaten auf den Tisch legen und gemeinsam interpretieren, um dann möglichst zu konsentierten Schlussfolgerungen zu kommen.

Geschieht das auch?

In Brandenburg bieten sich jetzt dafür Möglichkeiten.

Gibt es denn einen Trend zu einem „Wir schaffen das“ oder ist Brandenburg die rühmliche Ausnahme in Deutschland?

Es sind sicher auch in einigen anderen Regionen gute Ansätze zu beobachten. Die IGiB ist in der Form einer Arbeitsgemeinschaft noch eine Ausnahme, obwohl es auch in anderen Regionen gute Ansätze gibt. Mir würden fünf, sechs KV-Regionen einfallen, in denen der beschriebene Weg bereits diskutiert wird. Dabei besteht unsere Herausforderung darin, schnell genug vom Zustand A in den Zustand B zu kommen.

Also eine Art positiven Etagenwechsel.

Richtig. Denn im Zustand A haben wir ein noch ungenutztes Effizienzpotenzial im Krankenhaus und erst im Zustand B ist dieser gehoben. Der Weg dahin erfordert schwierige Anpassungsprozesse. Es wird nicht möglich sein, einem Krankenhaus eine bestimmte Fallzahl einfach ersatzlos zu streichen, ohne dass sich das Haus in Personal- und Investitionsplanung darauf einstellen kann.

Muss das immer ein negativer Schnitt für ein Krankenhaus sein?

Überhaupt nicht. Für die Krankenhäuser wäre es auch mit Vorteilen verbunden, wenn sie sich auf die wirklich versorgungsnotwendigen Dinge konzentrieren könnten, die dann auch adäquat vergütet werden. Derzeitig ist es doch so, dass sich viele Krankenhäuser lange mit den Krankenkassen herumschlagen müssen, um bereits erbrachte Leistungen bezahlt zu bekommen, was doch für beide Seiten eine echt unbefriedigende Situation ist. Ganz anders läge die Sache, wenn man sich gemeinsam auf einen Versorgungsauftrag einigt und sich auf eine solche Abstimmung verlassen kann.

Welche Vorarbeiten müssten aus Sicht der Versorgungsforschung geleistet werden, um dieses Modell evident aufsetzen zu können?

Dazu brauchen wir die patientenbezogene Zusammenführung der ambulanten und stationären Daten, um Versorgungsabläufe betrachten und überregional vergleichen zu können. Die IGiB könnte dies leisten. Doch ist der Datenfluss noch nicht gestartet. <<





Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Ein Rückblick auf die strukturelle Entwicklung des Netzwerks

10 Jahre DNVF e.V.

Vor genau 10 Jahren, am 2. Mai 2006, wurde im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. gegründet, das sich aus der Ständigen Kongresskommission des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung entwickelt hat. 26 Organisationen darunter 24 Fachgesellschaften legten den Grundstein für das Netzwerk, das heute 10 Jahre später aufgrund des Engagements seiner Mitglieder und Partner stolz zurück und erwartungsvoll nach vorne blicken kann. Das DNVF hat sich zu einer Institution entwickelt, die Vernetzung und Plattform für den Dialog zwischen Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik bildet sowie zur Weiterentwicklung des Fachgebietes Versorgungsforschung beiträgt. In dieser Ausgabe werden die strukturellen Entwicklungen des Netzwerks aufgezeichnet, in der nächsten Ausgabe steht ein Rückblick auf die Entwicklung der Aktivitäten und Strategien im Mittelpunkt.

>> Bereits im Gründungsjahr wuchs die Anzahl der institutionellen Mitglieder auf 34 an. Als persönliche Mitglieder traten 2006 (Abb. 1.) insgesamt vier Personen bei. Die Anzahl der institutionellen Mitglieder steigerte sich in den ersten Jahren kontinuierlich; jeweils 2 bis 4 neue Mitglieder pro Jahr konnten bis 2011 gewonnen werden. Der Anstieg persönlicher Mitglieder stieg bis 2011 (Abb. 2) um das 6-fache auf 24 Personen an. Einen erheblichen Wachstumsschub erfuhr das Netzwerk 2012, in seinem sechsten Lebensjahr. Dieser war zum einen auf die gewachsene Bedeutung der Versorgungsforschung in der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Szene zurückzuführen.

Einen wesentlichen Einfluss hatte die Satzungsänderung, die im Oktober 2011 von den Mitgliedern beschlossen wurde. Diese Satzungsänderung war mit der Strategie verbunden, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu stärken und neben den Fachgesellschaften auch wissenschaftliche Institute und die Selbstverwaltung sowie andere Akteure der Versorgungspraxis in das Netzwerk aufzunehmen. Weiterhin verfolgte die Satzungsänderung das Ziel, den persönlichen Mitgliedern durch eine Stimmberechtigung mehr Gestaltungsmöglichkeiten im DNVF einzuräumen. Seit 2011 stieg die Anzahl der natürlichen Personen exponentiell an. Dabei profitierte das Netzwerk auch von der Förderung der Versorgungsforschung durch öffentliche Förderprogramme, der Stärkung des Fachs an den Universitäten und Hochschulen sowie

den Fort- und Weiterbildungsangeboten in diesem Sektor.

Aktuell hat das DNVF inkl. seiner 13 Fördermitglieder und 5 korrespondierenden Mitglieder 110 institutionelle Mitglieder. Bis zur 10-Jahresfeier am 7. Juni wird das Netzwerk mit Sitz in Köln die magische Zahl von 111 institutionellen Mitgliedern sehr wahrscheinlich erreicht haben. Wird bis dato auch die Anzahl der persönlichen Mitgliedern diese magische Zahl übersteigen (aktuell 104), hat die Geschäftsführerin Dr. Gisela Nellessen-Martens angekündigt, dem 111. Mitglied ein persönliches Präsent zu überreichen.

In der Geschäftsstelle des DNVF, angesiedelt im Institut von Prof. Pfaff, der dem DNVF von 2006-2012 vorstand, ist man zuversichtlich. Die Geschäftsstelle ist entsprechend dem Mitgliederwachstum und den steigenden Aktivitäten des DNVF ebenfalls kontinuierlich gestiegen. Gestartet war die Geschäftsstelle mit einer Drittel Wissenschaftlichen Mitarbeiter-Stelle. Aktuell wird die Geschäftsführerin (75%) von einer Assistentin (75%), einer persönlichen Referentin (50%) sowie einer Studentischen Hilfskraft unterstützt.

Anlässlich des 10-jährigen Bestehens findet am 07.06.2016 die 10-Jahresjubiläumsfeier in Kombination mit dem 4. DNVF-Forum statt. Eine Teilnahme steht allen offen, Mitglieder wie Gäste aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens sind im Langenbeck-Virchow-Haus herzlich eingeladen, mit dem Netzwerk zu feiern. <<

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir feiern in diesem Jahr unser 10jähriges Gründungsjubiläum. Seit der Idee, ein Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung zu gründen, bis heute, hat sich eine rasante Entwicklung vollzogen. Heute ist nahezu allen inzwischen klar, dass wir nach der ersten Translation „from bench to bedside“ die sogenannte zweite Translation vom klinischen Versuch in die Alltagsversorgung „from bedside to practice“ brauchen, um mit evidenzbasierten Methoden zu validen Aussagen für eine bessere Gesundheitsversorgung zu kommen.

Auf der Geburtstagsfeier zusammen mit dem 4. Forum Versorgungsforschung wollen wir diesen Weg nachzeichnen und die Herausforderungen für 2020 mit Entscheidern aus dem Gesundheitswesens und unseren Mitgliedern diskutieren. Hierzu lade ich Sie ganz herzlich ein.

Dieser Newsletter enthält wieder viele neue Informationen – hinweisen möchte ich Sie auf die Trilog-Ergebnisse zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die erhebliche Auswirkungen für die Versorgungsforschung haben werden. Das Spannungsfeld liegt zwischen „den Bürger schützen, aber Forschung ermöglichen“, wie es in einer Stellungnahme der TMF, mitgetragen durch das DNVF, formuliert ist.

Eine Übersicht über die Plenarsitzungen des diesjährigen Versorgungsforschungskongresses hat die Kongresspräsidentin Frau PD Dr. Klinkhammer-Schalke für uns erstellt.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß bei der Lektüre und hoffe, Sie beim 4. Forum Versorgungsforschung begrüßen zu können.

Ihr

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

Vorsitzender des DNVF e.V.



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

Save the Dates

14.04.16

Deadline Call for Abstracts für den DKVF 2016

15.04.16

Deadline für die Bewerbung um den Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis

08.06.2016

20. Mitgliederversammlung des DNVF e.V.

21.09.16

DNVF-Info-Tag 2016 in Berlin.

4. DNVF-Forum
Versorgungsforschung

Status-Quo und Erwartungen

>>Das 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung befasst sich mit dem Thema „Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung – aktuelle Herausforderungen für die Versorgungsforschung“. Nach der Begrüßung durch den Vorsitzenden wird Prof. Dr. Peter C. Scriba (Ehrenmitglied des DNVF und Vorsitzender des Wiss. Beirats der Bundesärztekammer) eine Status-Quo-Bestimmung der Versorgungsforschung in Deutschland vornehmen. Kontrastiert wird dies mit einem Vortrag zum internationalen Vergleich durch Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin). Staatssekretär Lutz Stroppe aus dem Bundesgesundheitsministerium wird – abgeleitet aus der aktuellen Gesetzgebung der großen Koalition – die Erwartungen an die Versorgungsforschung 2020 formulieren.

Das DNVF steht für einen konstruktiven Dialog zwischen den unterschiedlichen Partnern aus Wissenschaft, Praxis und Politik. Nach Impulsreferaten zu den Erwartungen und Anforderungen an die Versorgungsforschung aus Sicht der Patientinnen und Patienten, des Gemeinsamen Bundesausschusses, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und der Wissenschaft durch prominente Vertreter ihrer jeweiligen Organisationen (siehe Programm) wollen wir vor dem Hintergrund von Versorgungszielen, die Anforderungen an die Versorgungsforschung diskutieren. Diese Diskussion wird auch dazu beitragen, methodische Wege zur Definition von Versorgungszielen aufzuzeigen. Nach der von Prof. Neugebauer moderierten Diskussion wird Prof. Pfaff als Gründungsvorsitzender mit seinem Festvortrag zum 10-jährigen Jubiläum des DNVF den Übergang zum Get-together und den anschließenden Feierlichkeiten im Langenbeck-Virchow-Haus schaffen <<



4. DNVF-Forum Versorgungsforschung und 10 Jahre DNVF e.V.

Dienstag 7. Juni 2016 von 12:30 bis 21:00 Uhr:
Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung – aktuelle Herausforderungen für die Versorgungsforschung

12:30 - 12:45 Uhr	Grußwort Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (Vorsitzender des DNVF e.V., Seniorprofessur für Versorgungsforschung Universität Witten/Herdecke)
12:45 - 13:15 Uhr	Versorgungsforschung in Deutschland – Status Quo – was haben wir bisher erreicht? Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba (Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, Berlin)
13:15 - 13:45 Uhr	Versorgungsforschung im internationalen Vergleich Prof. Dr. Reinhard Busse (Professor für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin)
13:45 - 14:15 Uhr	Erwartungen an die Versorgungsforschung 2020 aus Sicht der Politik Lutz Stroppe (Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin)
14:15 - 14:45 Uhr	Kaffeepause
14:45 - 17:15 Uhr	Podiumsdiskussion mit Impulsreferaten Moderation: Prof. Dr. Edmund Neugebauer Erwartungen an die Versorgungsforschung 2020 – aus Sicht: ... der Patientinnen und Patienten, Dr. Ilona Köster-Steinebach (Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin) ... des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Regina Klakow-Franck (Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin) ... der gesetzlichen Krankenversicherung, Dr. Jens Baas (Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse, Hamburg) ... der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Thomas Bublitz (Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Privater Kliniken e.V., Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.) ... des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, Min'Rin Dr. Renate Loskill (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin) ... der Wissenschaft, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorstandsmitglied des DNVF e.V., Institut für Community Medicine Universität Greifswald)
17:15 - 18:00 Uhr	Festvortrag: 10 Jahre DNVF e.V. – Fakten, Zahlen und Danksagungen Prof. Dr. Holger Pfaff (Vorstandsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des DNVF e.V.; Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln)
Ab 18:00 Uhr	Get-together im Foyer

Ort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58, 10117 Berlin
Teilnahmegebühren: 45 Euro für Mitglieder und 90 Euro für Nicht-Mitglieder.
Die Anmeldung ist ausschließlich online über die Webseite www.dnvf.de möglich.

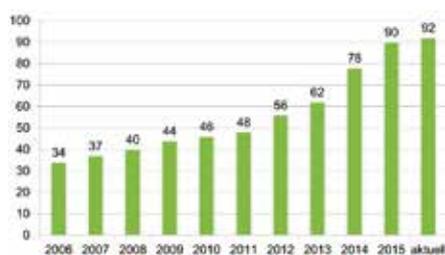


Abb. 1: Entwicklung der Anzahl der institutionellen ordentlichen Mitglieder (Sektionen 1-3).

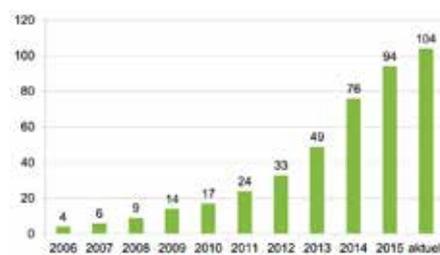


Abb. 2: Entwicklung der Anzahl persönlicher Mitglieder (Sektion 4).

Datenschutz und klinische Prüfung

Auf Einladung des Bundesverbandes der Deutschen Industrie e.V. (BDI) fand unter der Schirmherrschaft von Herrn Hubert Hüppe, MdB, Berichterstatter für klinische Prüfungen der AG Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion eine wichtige Debatte zum Trilog-Ergebnis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in der letzten Fassung vom 15.12.2015 statt.

>> Nach Einführungsreferaten durch Dr. Christian von Dewitz, Leiter der Geschäftsstelle, Ethik-Kommission des Landes Berlin (Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin), Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) und Dr. Andreas Reimann, Geschäftsführender Gesellschafter, admedicum GmbH – die Patientenagentur, Köln wurde mit 14 eingeladenen Bundestagsabgeordneten (nicht alle konnten teilnehmen), zu denen auch der Stv. Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, MdB Rudolf Henke (CDU/CSU) gehörte, über die Auswirkungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) debattiert. Das DNVF hatte bereits die 31 Seiten lange Stellungnahme der TMF Plattform vom 29.7. 2014 auf die vorherige Fassung unter Mitwirkung

des Netzwerks der Koordinierungszentren für klinische Studien (KKS-Netzwerk) unterstützt und mitgetragen. Weitere wichtige Unterzeichner waren u.a. die DFG, die GMDS sowie weitere 42 Fachgesellschaften, Verbände, Vereinigungen und Institute.

Unter der Überschrift „Den Bürgern schützen – Forschung ermöglichen“ vertritt das DNVF eine klare Position, mit dem erklärten Ziel, dass Regularien und Verfahrensweisen, die eigentlich dem Schutz des Bürgers dienen sollten, nicht die biomedizinische Forschung ungewollt behindern: Eine Beschränkung auf bestimmte Bereiche der Forschung, wie im Trilog-Ergebnis vorgeschlagen, ist nicht hilfreich. Eine Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten, die sich „auf einen oder mehrere Zwecke“ die vorher feststehen,

gefährdet das Konzept des so genannten „broad consent“. Nur damit lassen sich innovative und zukunftsweisende Forschungsprojekte (z.B. in Biobanken, Registern und Kohorten) rechtskonform bearbeiten, deren Zielsetzung sich oftmals nicht vorhersehen lässt und der sich erst durch weiteren Fortschritt in der Forschung ergibt. Im Gegenzug zur breiten Einwilligung wird der Zugang zu den betreffenden Daten durch strenge Verfahrensvorgaben und die Erfordernis entsprechender Voten einer akkreditierten Ethikkommission – im Sinne kompensierender vertrauensbildender Maßnahmen – abgesichert. Im Ethikvotum sollte regelmäßig eine Abwägung zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und dem gesellschaftlichen Interesse an der Forschung erfolgen. <<

Vorstellung DNVF-Delphi-Studie

Anlässlich der DNVF Delphi Befragung zu Transparenz und Nachhaltigkeit der Mittelvergabe aus dem Innovationsfonds (REF) wurden am 04.02.2016 durch Prof. Dr. Jochen Schmitt und Dr. Thomas Petzold als Vertreter des DNVF die Ergebnisse mit Vertretern des GKV Spitzenverbandes diskutiert. Herr Weller (Leiter Stabsbereich Politik) begrüßte das Engagement des DNVF für eine faire und möglichst nachhaltige Mittelvergabe. Intensiv wurde das Thema Begutachtung und die Rückmeldung von Begutachtungsergebnissen an Antragsteller diskutiert.

>> Prof. Schmitt erläuterte Verfahren und Bedeutung von Peer-Review-Methoden für die Begutachtung und stellte dar, dass eine fachliche Begutachtung ausgerichtet an einer vorher bekannt gegebenen Evaluationsmatrix auch mit kurzen Fristen durchführbar ist. Zur Umsetzung wissenschaftlicher Begutachtung von Anträgen für den Innovationsfonds sollte – wie es auch bei wissenschaftlichen Journalen üblich ist – eine Datenbank potenzieller Gutachter mit deren Expertise zur Verfügung stehen. Das DNVF bietet sich an, bei der Erstellung einer derartigen Datenbank zur Verfügung zu stehen.

Es bestand weitgehend Einigkeit darüber, dass die Abgrenzung von Projekten innovativer Versorgungsformen und Studien der Versorgungsforschung im Einzelfall schwi-

erig sein kann. Weiter diskutiert wurde, dass Methoden der evidenzbasierten Medizin natürlich auch für die Versorgungsforschung gelten, die Umsetzung wegen der Komplexität in der Versorgungsroutine eine sehr viel größere Herausforderung als in der klinischen Forschung darstellt. Der Weg von der Darstellung eines Versorgungsproblems zur Konzeption und Evaluation von Lösungsansätzen, hin zur Implementierung dieser Lösungsansätze im konkreten Versorgungskontext ist ein langwieriger, aufwendiger, aber für die Entwicklung des Gesundheitswesens wichtiger Prozess, für den die Versorgungsforschung als Partner der gesetzlichen Krankenversicherung, der Leistungserbringer und der Bevölkerung beitragen kann und möchte. <<

Fakten und News

>> **Neue Mitglieder:** Im Februar und März wurden die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V. in die Sektion 1 (Fachgesellschaften) und die Universität Potsdam - Professur für Rehabilitationswissenschaften in die Sektion 2 (Wissenschaftliche Institute) aufgenommen. Als neues förderndes Mitglied ist Merck Serono GmbH beigetreten und die Zahl der Mitglieder der Sektion 4 (Natürliche Personen) stieg auf 104 Personen an.

>> **Stellungnahme zum Transplantationsregistergesetz:** Gemeinsam und unter Federführung des korrespondierenden Mitglieds, der TMF - Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V., wurde am 20.01. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters (TxRegG) Stellung genommen.

>> **Stellungnahme zum Vorbericht „Entwicklung eines QS-Verfahrens für Mitralklappeneingriffe“:** Das DNVF ist nach § 137a Abs. 3 SGBV als zu beteiligende Organisation vom AQUA-Institut eingeladen worden, zum Vorbericht zur „Entwicklung eines QS-Verfahrens Mitralklappeneingriffe“ Stellung zu nehmen. Im Dezember wurden die Mitglieder eingeladen in einer Ad-hoc-Kommission „Mitralklappeneingriffe“ mitzuwirken, die eine Vorlage für die Stellungnahme erarbeitet hat. Mit der Koordination der Kommission beauftragte der Vorstand Prof. Matthias Schrappe, der mit den Kommissionsmitgliedern Dr. Kurt Bestehorn, Dr. Harald Hausmann, Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck, Dr. Thomas Kuntze und Prof. Dr. Ralf Sodian zusammengewirkt hat.

Plenarsitzungen beim 15. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

„Wissen schaf(f)t Nutzen“

Der 15. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung steht unter dem Motto: „Wissen schaf(f)t Nutzen“. Zum Kongressthema, sowie zu den Methoden und Ergebnissen der Versorgungsforschung werden sechs parallele Sitzungstracks stattfinden. Es werden konkrete Beispiele für gute Versorgungsforschung aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dargestellt, die Methodenvielfalt und Studienergebnisse diskutiert.

>> Gerade die Versorgungsforschung hat die Aufgabe, über Versorgungsprozesse und vor allem über deren jeweilige Ergebnisse Auskunft zu geben, um daraus in einem lernenden Gesundheitssystem Konsequenzen für eine verbesserte Versorgung abzuleiten. Nur wenn wir validiertes Wissen aus geeigneten und spezifischen Analysen, aus Forschung und Praxis zur Verfügung haben, können wir qualifiziert handeln und nutzbringende Veränderungen auf den Weg bringen.

Drei Plenarsitzungen sollen entlang eines roten Fadens „Wissen eruieren, erforschen, umsetzen und wieder in die Versorgung zurückführen“, doch ebenso spezifische Aspekte beleuchten. In der ersten Plenarsitzung – der Eröffnungsveranstaltung – wird Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (angefragt) aus gesundheitspolitischer Sicht die Bedeutung von Wissen aus der Versorgungsforschung darstellen. Aus der Sicht der Versorgungsforschung wird Prof. Wensing, Universitätsklinikum Heidelberg den Stand der Implementierungsforschung für verbesserte Umsetzung aufzeigen. Prof. Hallek, Universitätsklinikum Köln, wird aus ärztlicher Sicht dringende Fragestellungen aus dem Bereich der direkten Patientenversorgung an die Versorgungsforschung darlegen.

Der Innovationsfonds stellt für die Versorgungsforschung eine erhebliche Herausforderung dar. Interventionen auf organisatorischer und Systemebene nehmen an Bedeutung zu. Die Versorgungsforschung, ursprünglich mit der Umsetzungsthematik und der Analyse der Versorgungsstrukturen be-

schäftigt, muss sich nun vermehrt mit der Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen im höchst komplexen politischen und System-Kontext auseinandersetzen. Die zweite Plenarsitzung am zweiten Kongresstag zu diesem Thema dient der Aktualisierung und Weiterentwicklung der konzeptionellen und methodischen Ansätze, die Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewältigung dieser Aufgaben notwendig sind.

Die dritte Plenarsitzung zeigt eine gelungene Umsetzung dieser Prozesse – von der Evaluation des bisherigen Nutzens, über die Planung und Umsetzung neuer Strukturen und das konkrete Vorgehen für verbesserte Ergebnisqualität von medizinischer Behandlung – im Rahmen des nationalen Krebsplans des Bundesministeriums für Gesundheit auf.

Dargestellt wird der konkrete Kreislauf von der Planung, der Evaluation, der Implementierung und Erfassung der Ergebnisqualität auf der Grundlage der flächendeckenden Etablierung klinischer Krebsregister in Deutschland durch Dr. Helou (BMG), Prof. Hofstädter, Zielesprecher im nationalen Krebsplan (ADT), Dr. Bruns und Prof. Schmiegel (DKG). Die Einbeziehung der Ergebnisse in die Aktivitäten der Fachgesellschaften wird von Frau Prof. Kopp (AWMF) erläutert.

Wir freuen uns auf Sie alle, die diesen Kongress mit Ihrem Wissen und Ihrer Kompetenz unterstützen und wünschen uns, dass wir nach dem Kongress um viele Beispiele bereichert, das Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ gemeinsam besser in die Praxis umsetzen können. <<

Termine

07.04.2016, Berlin:

Fachtagung „Digital Health - Neue Optionen für die Versorgungsforschung?“
>> www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Flyer_Zi-Forum_Digital_Health.pdf

09.-12.04.16, Westerland, Sylt:

5. Internationale Sylter Palliativtage
>> www.palliativtage-sylt.de/

09.-12.04.16, Mannheim:

122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
>> www.dgim2016.de/

14.-15.04.16, Berlin Dahlem:

11. APS- Jahrestagung
>> www.aps-ev.de/aps-veranstaltungen/11-aps-jahrestagung-am-1415-april-2016-in-berlin/

14.-16.04.16, Leipzig:

Deutscher Anästhesiecongress der DGAI
>> www.dac2016.de/

26.-29.04.16, Berlin:

133. Kongress der Dt. Gesellschaft für Chirurgie
>> www.chirurgie2016.de/

26.-29.04.16, Berlin:

18. Jahreskongress der Dt. Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
>> www.chirurgie2016.de/dgav.php

04.-07.05.16, Berlin:

51. Diabetes Kongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft
>> www.diabeteskongress.de/home.html

30.-31.05.16, Berlin:

SIQ! Forum 2016
>> www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/veranstaltungen/

07.06.2016, Berlin:

4. DNVF-Forum Versorgungsforschung und 10-Jahresfeier des DNVF e.V.
>> www.dnvf.de

Haben Sie Interesse am DNVF?

- Wir interessieren uns für die Mitgliedschaft als Gesellschaft/Institution/Organisation o.ä.
- Wir interessieren uns für eine fördernde Mitgliedschaft
- Ich interessiere mich für eine persönliche Mitgliedschaft

Gesellschaft/Institution/Organisation

Name/Vorname

Adresse

E-Mail

DNVf

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

Dr. Thomas Starke

Potentiale zur Optimierung der Versorgung krebskranker Patienten im Kontext der ASV nach § 116b SGB V („neu“)

Der Gesetzgeber hat zum 1.1.2012 mit dem GKV-VStG den Grundstein für den Aufbau einer neuen Versorgungsstruktur gelegt, der „Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ (ASV). Mit der Neufassung des § 116b SGB V (§ 116b SGB V „neu“) wurden seit Anfang 2012 neben Krankenhäusern nun auch niedergelassene Vertragsärzte in die Regelungen einbezogen. Die ASV verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele: Sie soll erstens einen Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesen leisten und zweitens eine verbesserte interdisziplinäre Abstimmung von Diagnostik und Therapie unter den Leistungserbringern erreichen. Dabei soll die ASV erstmals im deutschen Gesundheitswesen die Möglichkeit eröffnen, dass niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser sektorenübergreifend zu denselben Bedingungen tätig werden und zusammenarbeiten können (vgl. z.B. G-BA 2015a; Klakow-Franck 2014b: 154 u. 2015: 6). Die Einführung der ASV lag nicht zuletzt im Interesse der Vertragsärzte (vgl. z.B. Klakow-Franck 2014b: 153), denn unter den bis dahin bestehenden Regelungen (§116b SGB V „alt“) mussten diese befürchten, dass ihnen durch die vergleichsweise finanzstarken Krankenhäuser eine zunehmende Konkurrenz mit einer entsprechend verschärften Wettbewerbssituation im Gesundheitsmarkt erwächst. Vertragsärzte hatten außerdem mehrfach Klage gegen Krankenhauszulassungen nach § 116b SGB V „alt“ eingereicht (vgl. SVR 2012: 259).

>> Vor diesem Hintergrund – aber auch angesichts verschiedener potentieller Vorteile der neuen ASV für Vertragsärzte – erscheint es überraschend, dass die ASV von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern bislang nur sehr zurückhaltend und zögernd angenommen und umgesetzt wird (vgl. z.B. Klakow-Franck 2015: 5). Offenbar bestehen derzeit auf verschiedenen Ebenen erhebliche Hemmnisse, die neugeschaffenen Versorgungsmöglichkeiten in die Tat umzusetzen.

Zielsetzung dieses Beitrags

Der vorliegende Beitrag fokussiert auf die Versorgung krebskranker Patienten, denn insbesondere hier fehlt es bislang an einem „einheitlichen Ordnungsrahmen“ für alle Leistungsanbieter (Jahn et al., 2012: 70 f.). Es wird zunächst eine Übersichtsdarstellung über diejenigen Entwicklungsziele der ASV geliefert, die in der Fachliteratur von den einzelnen Akteuren der ASV formuliert werden.

Anschließend werden diese den ursprünglichen, gesundheitspoli-

Zusammenfassung

Die zum 1.1.2012 im deutschen Gesundheitswesen neu eingeführte „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)“ wird bislang in Deutschland nur ausgesprochen zögernd umgesetzt. Von den einzelnen Akteuren der ASV werden hierzu unterschiedliche Umsetzungshemmnisse benannt und entsprechende Entwicklungsziele für die neue ASV formuliert. Der Beitrag untersucht diese Entwicklungsziele auf ihre Zielkongruenz mit den ursprünglichen gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Für zielkongruente Entwicklungsziele werden entsprechende Handlungsfelder skizziert.

Schlüsselwörter

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, ASV, Onkologie, Sektorengrenzen, Weiterentwicklung, Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung

tisch intendierten Zielen der ASV gegenübergestellt und auf Zielkongruenz hin untersucht. Für zielkongruente Weiterentwicklungsziele werden schließlich konkrete Handlungsfelder für die einzelnen Akteure der ASV abgeleitet, deren Umsetzung dazu beitragen kann, die Potenziale der ASV zur Optimierung der Versorgung krebskranker Patienten besser nutzbar zu machen.

Die ASV bei onkologischen Erkrankungen

Um das Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung zu erreichen, sind vom Gesetzgeber hohe Anforderungen an die ASV gestellt worden, die § 116b Abs.1 S.1 SGB V als „spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen“ zusammenfasst. Im März 2013 hat der G-BA weiterhin die „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)“ beschlossen, welche mit § 3 ASV-RL die Anforderungen an die ASV weiter spezifiziert. Die konkretisierende „Anlage 1 a“ ist seit dem 26.7.2014 in Kraft (vgl. G-BA 2014; G-BA 2015a).

Bislang kann die ASV bei den onkologischen Erkrankungen für die Entitäten „Gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle“ als Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen umgesetzt werden². Die „ASV-Servicestelle“ weist knapp ein Jahr nach Beginn der grundsätzlichen Umsetzbarkeit bundesweit derzeit lediglich elf für die ASV-Abrechnung berechnete Teams für den Leistungsbereich „Gastrointestinale Tumoren“ aus³.

Die verschiedenen ASV-Akteure in der Onkologie

Gesetzgeber

Der Deutsche Bundestag und der G-BA als untergesetzliche Normgeber tragen ihrem Auftrag entsprechend eine besondere Verantwortung für die rahmengebenden und konkreten Möglichkeiten zur realen Ausgestaltung der ASV. Dementsprechend werden verschiedene Forderungen nach notwendigen Anpassungen der bestehenden Gesetzeslage an diese adressiert.

Onkologische Vertragsärzte

Die Teilnahme an der ASV kann für onkologische Vertragsärzte eine Reihe von Vorteilen bieten. Der Wichtigste aus Sicht des BNHO liegt darin, über die ASV künftig in einen „fairen Wettbewerb mit den Kliniken“ (Schmitz 2013: 1) eintreten zu können. Weitere Vorteile liegen in der Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen sowie den entsprechenden Rahmenbedingungen dazu, so im Zusammenhang mit möglichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, da innerhalb der ASV kein

1. german abbrev.: ASV
2. Stand: August 2015, vgl. ASV-RL Anlage 1 i. Verb. mit G-BA, 2014: S. 1 f., Ziff. I a). Die Begrenzung auf schwere Verlaufsformen dürfte in der ASV-RL infolge der Rechtskraft des GKV-VStG zum 16.7.15 zeitnah angepasst werden.
3. vgl. Swiss Post Solutions GmbH, 2015; Stand: 2.9.15

Regressrisiko besteht (vgl. KBV 2014: 7 u. 17; s.a. Korn 2014b: 46, Orłowski 2014: 523). Bei bestimmten Behandlungen sind innerhalb der ASV nun auch Diagnoseverfahren wie PET- oder PET-CT abrechenbar. Leistungen, die nicht über den EBM abrechenbar sind, wie z.B. die Teilnahme an Tumor- und Qualitätskonferenzen, können nun innerhalb der ASV für den Vertragsarzt vergütet werden (vgl. G-BA 2014: 4; Korn 2014a: 43).

Nachteile können onkologischen Vertragsärzten im Zuge der ASV-Teilnahme durch den zu leistenden bürokratischen Aufwand im Zuge des ASV-Anzeigeverfahrens entstehen, aber auch z.B. durch veränderte administrative Prozesse im Zuge der späteren ASV-Abrechnung nach § 116b Abs.6 SGB V „neu“. Hinzu kommen u.U. grundsätzliche Nachteile, die Ärztekoooperationen nach sich ziehen können, so z.B. Flexibilitätsverluste durch vertragliche Fixierungen oder Verluste an Souveränität und Entscheidungsfreiheit (vgl. z.B. Koller 2011: 347 ff.).

Krankenhäuser und Tumorzentren

Krankenhäusern wurde bereits seit 2004 mit § 116b SGB V „alt“ die Möglichkeit gegeben, unter bestimmten Voraussetzungen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Bundesweit wurden knapp 700 Krankenhäuser für die Behandlung onkologischer Erkrankungen zugelassen. Es ergab sich hierbei eine ausgesprochen heterogene Verteilung der Krankenhäuser mit den sog. § 116b-Ambulanzen im Bundesgebiet (vgl. Klakow-Franck 2014b: 153, SVR 2012: 265; Leber 2014: 525).

In einer ASV-Teilnahme liegen zum Einen wirtschaftliche Potenziale für Krankenhäuser durch Ausweitung ihres Spektrums ambulanter Leistungen, zum Anderen bestehen Möglichkeiten, z.B. Zuweiserbindungen noch zu verstärken und eine noch weiter verbesserte Lenkung von Patientenströmen erzielen. Weiterhin können Großgeräte wie MRT-, CT- und PET-Diagnostik u.U. besser ausgelastet und wirtschaftlicher betrieben werden. Von besonderer Bedeutung sind u.U. zusätzliche Einnahmen für Krankenhäuser i. Zus. mit der onkologischen Zytostatikatherapie (vgl. z.B. Korn 2014b: 46; Makoski 2014: 467 f.; Wigge u. v. Leoprechting 2011: 44). Krankenhäuser weiten im Zuge der ASV prinzipiell das Spektrum und den Umfang ihrer Leistungserbringung im ambulanten Bereich weiter aus. Dies kann allerdings ein Konkurrenzdenken unter niedergelassenen Fachärzten befördern und entsprechende Gegenreaktionen auslösen. Ggf. sind weiterhin nicht unerhebliche datenschutzrechtliche Probleme bei einer Beteiligung an der ASV zu lösen, es ergeben sich außerdem zusätzliche Verwaltungs- bzw. Abrechnungsaufwände. Im Hinblick auf das ASV-Anzeigeverfahren sowie den Abschluss notwendiger Kooperationsverträge entsteht für Krankenhäuser ein nicht unerheblicher juristischer Beratungsbedarf (vgl. Makoski 2014: 468 f.; Köchling 2012: 28; Biller 2012: 39).

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungen der ASV werden mit § 116b Abs.6 S.1 SGB V „neu“ direkt mit den Krankenkassen abgerechnet und unmittelbar von diesen vergütet. Mit § 116b Abs.6 S.10 SGB V „neu“ obliegt die Prüfung der ASV-Abrechnungen sowie der Wirtschaftlichkeit den Krankenkassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen im Hinblick auf die Kosteneffizienz mittelfristig die ASV-Versorgung eingehenden Prüfungen unterziehen werden (vgl. z.B. Stuppardt 2013: 463). § 11 Abs.4 SGB V fordert die Krankenkassen dazu auf, entsprechende von den Leistungserbringern eingeleitete Prozesse zur Überwindung der Sektorengrenzen zu unterstützen. Nicht zuletzt aus diesem Grund betrachten die meisten Krankenkassen das Versorgungsmanagement als ein zentrales Zukunftsthema (vgl. Müller u. Engelmeyer 2013: 294).

Weiterentwicklungsziele der ASV aus Sicht verschiedener Akteure

Für eine umfassendere Umsetzung der ASV als bisher müssen von den Akteuren der ASV verschiedene Hürden überwunden werden. Einige dieser Umsetzungshemmnisse können sicherlich als normaler Zusatzaufwand bei der operativen Anpassung an neue gesetzliche Regelungen aufgefasst werden. Ein bestimmter Anteil der benannten Umsetzungshemmnisse wird jedoch auf bestimmte Regelungsgehalte im Geflecht der unterschiedlichen Beziehungen zwischen den Akteuren der ASV bzw. zum Aufbau des neuen Versorgungssektors zurückgeführt.

Für diesen Anteil der Umsetzungshemmnisse wurden in der Vergangenheit von den einzelnen Akteuren der ASV verschiedene Weiterentwicklungsziele formuliert und entsprechend adressiert. Diese seien im Folgenden skizziert.

Onkologische Vertragsärzte

Unter onkologischen Vertragsärzten besteht gegenüber der ASV eine verbreitete Skepsis. Diese gründet u.a. auf der nicht unproblematischen neu gezogenen Grenze zwischen der ASV und der haus- und fachärztlichen Grundversorgung über die für die ASV geltenden speziellen Qualifikationsanforderungen bzw. auf u.U. negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Qualitätsvorgaben des § 3 der Onkologievereinbarung (vgl. Klakow-Franck 2014a: 26 f.; GKV-SV u. KBV 2009: 4 f.; BÄK 2011: 14 f.). Es ist davon auszugehen, dass für onkologische Vertragsärzte mittel- und langfristig echte Anreize für eine Umsetzung der ASV erst dann bestehen, wenn die Vergütung der ASV-Leistungen die in der Onkologievereinbarung festgelegte Vergütung übersteigt (vgl. Korn 2014b: 45). Eine entsprechende Anpassung der Vergütung von ASV-Leistungen stellt insofern ein wichtiges von Vertragsärzten formuliertes Entwicklungsziel für die ASV dar.

Deutlich geäußert wird von vertragsärztlichen Onkologen die Forderung nach einer Verringerung des bürokratischen Aufwandes, der mit der Anzeige zur Teilnahme an der ASV für die Teams verbunden ist (vgl. z.B. Laschet 2014: 60).

Als wichtiges Umsetzungshemmnis der ASV betont der BNG, dass Erkrankungen, die aus fachärztlicher Sicht besonders dringlich innerhalb von ASV-Strukturen behandelt werden sollten, bislang nicht zum Therapiespektrum der ASV gehören – so z.B. die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und Leberentzündungen und fordert eine entsprechende Erweiterungen des ASV-Therapiespektrums (vgl. Heil 2013: 1039; Klakow-Franck 2015: 5 f.).

Die BÄK sieht die Gefahr einer geografischen Konzentration des ASV-Leistungsangebots in Ballungsräumen mit einer weiteren Vernachlässigung ländlicher Räume. Konsequenterweise fordert die BÄK, die Zulassung von Krankenhäusern zwar von der eigentlichen Bedarfsplanung nach § 99 SGB V weiterhin auszunehmen, ihre Zulassung jedoch an die „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ und „regional-populationsbezogenen Versorgungsgesichtspunkten“ zu knüpfen (BÄK 2011: 149).

Angemahnt wird das Fehlen einer Verpflichtung zum Führen von „elektronischen Fallakten“ innerhalb der ASV-Teams. Dies kann die Abstimmung der Therapie untereinander im ASV-Team gefährden und erschwert ein zeitnahes therapeutisches Reagieren (vgl. Munte 2014; 72 u. 76). Dieser Forderung ist der G-BA für die Gynäkologischen Tumoren bereits nachgekommen (vgl. BV ASV 2015; G-BA 2015b: 7 Nr. 3.2 Buchst. q). Es verbleibt hieraus die Forderung, dies beizubehalten und die bereits verabschiedeten Beschlüsse für die übrigen ASV-Leistungsbereiche entsprechend anzupassen.

Krankenhäuser

Aus der Perspektive von Krankenhäusern und insbesondere solcher mit onkologischen Ambulanzen entspr. § 116 b SGB V „alt“ wird die ASV häufig generell als überflüssig betrachtet. Angeführt wird dabei z.B. der Aspekt, die in der ASV vorgesehene sektorenübergreifende Kooperation sei bereits jetzt Realität und die Neuregelungen der ASV führten vor allen Dingen zu einer Zunahme bürokratischer Aufwände (vgl. Klakow-Franck 2014a: 25; Schlingensiepen 2014: 7). Das Weiterbestehen der Zulassungen von Krankenhausambulanzen nach § 116b SGB V „alt“ stellt insofern bereits jetzt ein wichtiges Hemmnis für die Umsetzung der ASV dar, da die entsprechenden Krankenhäuser kaum einen Anreiz darin sehen, die neuartigen ASV-Strukturen aufzubauen (vgl. Ärzte-Zeitung Verlags GmbH 2014). Durch das ASV-Anzeigeverfahren selbst sowie den Abschluss notwendiger Kooperationsverträge innerhalb des Leistungsbereiches der GI-Tumoren entsteht für Krankenhäuser erheblicher bürokratischer Aufwand sowie juristische Unsicherheiten (vgl. Makoski 2014: 468 f.).

Gesetzliche Krankenversicherung

Jedwedes Versorgungsmanagement muss zwingend bestehende Limitationen durch die verfügbaren finanziellen Ressourcen als rahmengebend beachten (vgl. z.B. Ulrich 2013: 60). Mit § 116b Abs.6 S.1 SGB V „neu“ werden die Leistungen der ASV extrabudgetär direkt und unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Aus Perspektive der Krankenkassen wird durch die Einführung der ASV eine erhebliche Kostensteigerung für die GKV befürchtet, weil für diesen neuen Versorgungssektor bislang keinerlei Steuerungsmechanismen im Sinne von Leistungsbeschränkungen, Leistungsbudgetierung und Leistungsprüfungen vorgesehen sind (vgl. GKV-SV 2011: 137 u. 2013: 14).

Die Krankenkassen sehen weiterhin eine adäquate Bedarfsplanung und entsprechende Zulassungsmechanismen im Vorfeld einer ASV-Teilnahme als wichtige Voraussetzung für ein funktionierendes und flächendeckendes Angebot von ASV-Leistungen. Andernfalls könnte es zu großen Differenzen in der ASV-Versorgung zwischen Ballungsraum und ländlichem Raum kommen, da sich die Aktivitäten, ASV-Strukturen aufzubauen, aller Erwartung nach auf die Ballungsräume konzentrieren werden (vgl. GKV-SV 2011: 136; Müller u. Engelmeyer 2013: 303).

Formaljuristische Einwände

Unter formaljuristischen Aspekten werden Vorschläge für die weitere juristische Ausgestaltung der ASV formuliert, in deren Folge v.a. mehr Rechtssicherheit für die Akteure der ASV erlangt werden könnte. So verzichtet die ASV auf ein spezifisches Zulassungsverfahren der ASV-Teams. Nur wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme an der ASV nicht von einem Team erfüllt werden, ergeht ein ablehnender Bescheid. Diesem kann grundsätzlich widersprochen und er kann im Weiteren beklagt werden, allerdings mit noch unklaren Folgen für eine evtl. aufschiebende Wirkung. Weiterhin wird auf einige Unklarheiten bzgl. möglicher Haftungsrisiken infolge von Behandlungsfehlern durch Mitglieder des ASV-Teams hingewiesen. Darüberhinaus besteht Klärungsbedarf zur Abgrenzung der ASV-Leistungen von denen der SAPV. Derzeit offene Verfahrensfragen berühren weiterhin z.B. Fragen zur korrekten ASV-Anzeigeerstellung, etwa wenn Teamleiter und ASV-Kernteam unterschiedlichen KV-Bezirken angehören (vgl. Korn 2014b: 44 f.).

Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV

Die Regelungen zur ASV sind im Zuge des GKV-VStG zum 1.1.2012 in Kraft getreten. Insofern werden hier die gesundheitspolitischen Ziele

der Regierungskoalition der 17. Legislaturperiode sowie Begründungen und Erläuterungen zum entsprechenden Gesetzentwurf der damaligen Bundesregierung als maßgeblich betrachtet (s. BMI 2009 u. Deutscher Bundestag 2011).

Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP hob in ihrem Koalitionsvertrag zur 17. Legislaturperiode als wichtiges gesundheitspolitisches Ziel hervor, eine mittel- und langfristige Finanzierbarkeit des Krankenversicherungsschutzes zu gewährleisten. Weiterhin wird die „Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung“ als weiteres Ziel definiert sowie der Anspruch, den Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren fortzusetzen (vgl. BMI 2009: 85 u. 88 f.).

Der Gesetzentwurf zum GKV-VStG hebt in seinem allgemeinen Teil als zentrales gesundheitspolitisches Ziel der Bundesregierung zunächst die „Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung“ hervor. Durch die zu treffenden Maßnahmen sollen u.a. die „Behandlungsabläufe zwischen Krankenhäusern, Ärzten und anderen Einrichtungen“ besser aufeinander abgestimmt werden, wozu u.a. die „Verzahnung der Leistungssektoren“ verbessert werden und durch den neuen sektorenverbindenden Versorgungsbereich der ASV die „strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung“ überwunden werden soll (Deutscher Bundestag 2011: 42 + 80). Dieser sektorenverbindende Versorgungsbereich soll schritt- bzw. stufenweise aufgebaut und es soll ein freier Zugang für die Leistungserbringer bestehen, sofern von diesen die Erfüllung jeweils festgelegter Qualifikations- und Qualitätsanforderungen nachgewiesen werden kann. Für die ASV-Leistungserbringer sollen einheitliche Rahmenbedingungen gelten, so auch hinsichtlich der Leistungsvergütung (vgl. Deutscher Bundestag 2011: 44 f. u. 81 ff.). Zusammengefasst aus den o.g. Angaben können die gesundheitspolitischen Ziele der ASV in Tab. 1 dargestellt werden.

Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV	
1	Finanzierbarkeit sicherstellen
2	Flächendeckende ASV-Versorgung gewährleisten
3	Schrittweise Errichtung eines eigenen sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs
4	Einheitliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer
5	Freier Zugang für die Leistungserbringer

Tab. 1: Gesundheitspolitisch intendierte Ziele der ASV.

Handlungsfelder für die Akteure der ASV im Kontext onkologischer Erkrankungen

In diesem Beitrag können sieben Entwicklungsziele, die von den verschiedenen Akteuren der ASV formuliert wurden, voneinander abgegrenzt werden (s. Tab. 2). Diese weisen Zielbezüge zu den gesundheitspolitischen Zielen der ASV (s. Tab.1) auf. Bei zwei Entwicklungszielen bestehen mit diesen jedoch Zielkonflikte. Für diejenigen fünf Entwicklungsziele, die mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV zielkongruent sind, werden im Folgenden entsprechende Handlungsfelder skizziert. Diese werden im Kontext dieses Beitrags als zielführende und damit sinnvolle Weiterentwicklungen der ASV verstanden.

Bürokratische Aufwände verringern

Ein reduzierter bürokratischer Aufwand im Rahmen der Anzeige von

Literatur

- Ärzte-Zeitung Verlags GmbH (Hg.). 2014: „Ambulante Spezialfachärzte. Kliniken und Politiker stehen auf der Bremse“, Ärzte Zeitung online, Neu-Isenburg, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/asv/article/874118/ambulante-spezialfachaezte-kliniken-politiker-stehen-bremse.html?sh=23&h=1707800968 (abgerufen am 7.4.15)
- BÄK, 2011: „Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ Bundestagsdrucksache 17/6906 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG), der Stellungnahme des Bundesrates (Bundesratsdrucksache 456/11 Beschluss), den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen (Ausschussdrucksache 17(14)0190)“, Hrg.v. Bundesärztekammer, Berlin, <http://www.bundesaeztekammer.de/politik/stellungnahmegesetzgebung/stellungnahmen/>, 29 S.
- BÄK u. KBV (Hg.). 2015: „KBV-Vertreterversammlung: Positionierung zur ASV im Mittelpunkt“, Beitrag v. 10.12.14, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61167/Onkologen-besorgt-ueber-Plaene-zur-spezialfachaeztlichen-Versorgung>, Hrg.: Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) und KBV (abgerufen am 5.4.15)
- Biller, M., et al., 2012: „Rahmenbedingungen und Stellschrauben im Strategie- prozess von Krankenhäusern“, in: KUNTZ, L., BAZAN, M. (Hg.): Management im Gesundheitswesen, Gabler Verlag, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 3-48
- BMI (Hg.), 2009: „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode“, Hrg. v. Bundesministerium des Innern - Referat Presse; Öffentlichkeitsarbeit; Internet, Berlin, 132 S., <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ministerium/koalitionsvertrag.html> (abgerufen am 15.5.15)
- BV ASV, 2015: „GBA setzt Zeichen: Fallakte endlich Pflicht in der ASV“, Pressemeldung, Hrg.: Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., Grünwald, <http://www.qualidoc.org/gba-setzt-zeichen-fallakte-endlich-pflicht-in-der-asv/> (abgerufen am 19.5.15)
- Deutscher Bundestag (Hg.). 2011: „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, BT-Drs. 17/6906 v. 05.09.2011
- Enquete-Kommission, 1990: „Endbericht der Enquete-Kommission. Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages, Bonn: Deutscher Bundestag, BT-Drucks. 11/6380 v. 12.2.90
- G-BA, 2015 (a): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“, Hrg.: Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, <https://www.g-ba.de/institution/themenswerpunkte/116b/#footer> (abgerufen am 5.4.15)
- G-BA, 2015 (c): „Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor“, Hrg.: Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin, <https://www.g-ba.de/institution/struktur/> (abgerufen am 21.5.15)
- GKV-SV (Hg.), 2011: „Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, Hrg. v. GKV Spitzenverband, Berlin, Selbstverlag, 282 S.
- GKV-SV (Hg.), 2013: „14 Positionen für 2014. Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes“, Beschlossen vom Verwaltungsrat am 4.9.2013, Hrg. v. GKV Spitzenverband, Berlin, Selbstverlag, 19 S.
- GKV-SV u. KBV, 2009: „Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)“, http://www.kbv.de/media/sp/07_Onkologie.pdf (abgerufen am 7.5.15)
- Heil, F., J., 2013: „Chancen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, Editorial i.d. Zeitschrift für Gastroenterologie, Z Gastroenterol, Vol. 51, S. 1039
- Institut-BA (Hg.). 2015: „Ergänzter Bewertungsausschuss“, Hrg.: Institut des Bewertungsausschusses, Berlin, <https://institut-ba.de/ergaenztbewertungsausschuss.html> (abgerufen am 8.5.15)
- Jahn, R. et al., 2012: „Neuordnung der ambulanten Onkologie“. Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., IBES Diskussionsbeitrag Nr. 193, Hrg. v. Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) a.d. Universität Duisburg-Essen, Selbstverlag, Essen, 94 S.
- KBV (Hg.), 2014: „ASV - Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Interdisziplinär in Praxen und Kliniken“, PraxisWissen, Ausgabe März 2014, Hrg. v.d. Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin, 22 S.
- Klakow-Franck, R., 2014 (a): „Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen am Beispiel der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“, BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014, S. 14-31
- Klakow-Franck, R., 2014 (b): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, Gastroenterologie, Vol. 9, H.2, S. 153-158
- Klakow-Franck, R., 2015: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Aktueller Zwischenstand“, Hessisches Ärzteblatt, H.4, S. 4-6
- Köchling, S., 2012: „Bindeglied zwischen ambulant und stationär. Medizinische Versorgungszentren - Rechtsstand, Cancen und Risiken für Krankenhäuser“, KU Gesundheitsmanagement, H. 12, S. 26-28
- Koller, I., F., 2011: „Ärztliche Kooperationsformen“, in: Kunhardt, H. (Hg.), 2011: „Systemisches Management im Gesundheitswesen. Innovative Konzepte und Praxisbeispiele“, Gabler Verlag, Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden, S. 347- 357
- Korn, H., 2014 (a): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116 b SGB V“, InFo Onkologie, Vol. 17, H. 6, S. 42-44
- Korn, H., 2014 (b): „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Nachbesserungsbedarf in einigen Bereichen“, InFo Onkologie, Vol. 17, H. 7, S. 44-60
- Laschet, H., 2014: „ASV birgt Hürden und Stolperfallen für Spezialfachärzte“, Im Focus Onkologie, Vol. 17, H. 12, S. 60
- Leber, W.- D., 2014: „Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“, GesR, H.9, S. 524-529
- Makoski, K. et al., 2014: „ASV in der anwaltlichen Beratung eines Krankenhauses“, GesR, H.8, S. 466-470
- Müller, H.-J., Engelmeyer, A., 2013: „Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV“ in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 291- 305
- Munte, A. et al., 2014: „ASV-Blaupause für die Überwindung von Sektorengrenzen?“, Recht und Politik im Gesundheitswesen - RPG, Vol. 22, H.3, S. 72-76
- Orlowski, U., 2014: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V - Ziele des Gesetzgebers“, GesR, H.9, S. 522-524
- Schlingensiepen, I., 2014: „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Kontroverse um den Versorgungswert“, Im Focus Onkologie, Vol. 17, H.5, S. 67
- Schmitz, S., 2013: „Können wir durchstarten? Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, in: best practice onkologie, H.5, Editorial, S. 1
- Stupparth, R., 2013: „Gibt es erste empirische Evidenz für den Nutzen von Versorgungsmanagementkonzepten?“, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 447-465
- SVR, 2005: „Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Bonn, BT-Drucks. 15/5670 v. 09.06.2005
- SVR, 2012: „Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“, BT-Drucksache 17/10323 v. 10.7.2012, 437 S.
- SVR KaiG, 2001: „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung“, Hrg.: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bonn, 232 S., <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=164> (abgerufen am 27.4.15)
- Swiss Post Solutions GmbH, 2015: „ASV-Verzeichnis“, Veröffentlicht i. Auftrag v. GKV-Spitzenverband, KBV u. DKG, <https://www.asv-servicestelle.de/Home/ASVVerzeichnis> (abgerufen am 4.4.15)
- Ulrich, V., 2013: „Ökonomische Notwendigkeit aktiver Steuerung des Versorgungsprozesses“, in: Rebscher, H., Kaufmann, S. (Hg.): „Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen“, medhochzwei-Verlag, Heidelberg, S. 45-62
- Wigge, P., v. Leoprechting, G., (Hg.), 2011: „Handbuch Medizinische Versorgungszentren“, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 303 S.

Gesetze, Verordnungen, Richtlinien

- ASV-RL: „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezial fachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 19. Dezember 2013, veröffentlicht im Bundes-anzeiger (BAnz AT 07.03.2014 B2), in Kraft getreten am 8. März 2014
- G-BA, 2014: „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Ände- rung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“, BAnz AT 25.07.2014 B1
- G-BA, 2015 (b): „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1 Buchstabe a onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäko- logische Tumoren, vom 22. Januar 2015
- GKV-VStG: „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, Bundesgesetzblatt Jg. 2015, Teil I, Nr. 30, ausgegeben zu Bonn am 16.07.2015, S. 1211-1244
- GKV-VStG: „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetz- lichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)“, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2011 Teil I Nr. 70, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2011
- SGB V: „Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung“ – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zul. geänd. d. Art. 1 und 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368)

Vergleich formulierter ASV-Weiterentwicklungsziele mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV ¹					
Nr.	ASV-Entwicklungsziel	formuliert von	Ziel-Nr.	Zielkonflikt	Erläuterung
1	Vergütung für ASV-Leistungen unzureichend, sie soll künftig die der Onkologievereinbarung übersteigen	Onkologische Vertragsärzte	1	ja	Die Forderung nach Vergütungssteigerung ist nachvollziehbar, aber Zielkonflikt mit Ziel Nr.1. Kein Handlungsfeld
2	Bürokratischer Aufwand für die Anzeige zur ASV-Teilnahme zu hoch, dieser muss reduziert werden	Onkologische Vertragsärzte, Krankenhäuser	4	nein	Die Forderung nach Reduktion des bürokratischen Aufwandes steht dem Ziel einheitlicher Rahmenbedingungen nicht entgegen. Eine entsprechende Weiterentwicklung wurde wohl generell akzeptiert
3	ASV-Indikationen gehen bislang am Interesse vorbei, es sollten weitere hinzukommen	Onkologische Vertragsärzte	3	nein	Forderung unproblematisch, da es beabsichtigt ist, die ASV-Versorgung schrittweise aufzubauen. Der Aufbau ist im Prozess
4	Ohne eigene Bedarfsplanung für die ASV ist eine flächendeckende Versorgung gefährdet, eine eigene Bedarfsplanung sollte eingeführt werden	BÄK, Krankenhäuser	2+5	nein ja	Forderung im Hinblick auf Ziel 2 zielkongruent, da eine Bedarfsplanung die Voraussetzung für eine flächendeckende Versorgung darstellt. Forderung im Hinblick auf Ziel 5 nicht zielkongruent, da Zugang zur ASV für Leistungserbringer nicht mehr alleine von der Qualifikation des Teams abhängt
5	Derzeit ist für ASV-Teams nicht die Verwendung einer elektronischen Fallakte vorgesehen. Eine obligate Verwendung sollte eingeführt werden	Bundesverband ASV	4	nein	Die Forderung nach Einführung einer elektronischen Fallakte ist nachvollziehbar. Kein Zielkonflikt mit Ziel 4. Zwischenzeitlich wurde dieser Forderung bereits entsprochen, daher kein Handlungsfeld
6	Das Fehlen von Leistungsbegrenzungen provoziert eine Kostenexplosion. Entsprechende Steuerungsmechanismen sollten eingeführt werden	Krankenkassen	1	nein	Kein Zielkonflikt mit Ziel 1. Leistungs- und Kostenbegrenzungen können der Sicherung der Finanzierbarkeit der ASV dienen
7	Die ASV ist als ordnungspolitisches Instrument noch nicht ausgereift. Es sollten zeitnah verschiedene Anpassungen im Regelwerk erfolgen	Formalistische Einwände	4	nein	Die Forderung nach Präzisierung des ASV-Regelwerks steht dem Ziel einheitlicher Rahmenbedingungen nicht entgegen. Eine entsprechende Weiterentwicklung würde wohl generell akzeptiert

Tab. 2: Vergleich formulierter ASV-Weiterentwicklungsziele mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Legende: 1) Es bedeuten: „formuliert von“ = diese ASV-Akteure haben die entsprechende Position bezogen und Weiterentwicklungsoptionen dazu gefordert; „Ziel-Nr.“ = Nr. des verglichenen gesundheitspolitischen Ziels nach Tab.1; „Zielkonflikt ja/nein“ = jeweils ob ein Zielkonflikt zwischen Spalte 1 und gesundheitspolitischen Zielen der ASV besteht.

ASV-Teams und des Abschlusses von Kooperationsverträgen könnte eine sinnvolle „einheitliche Rahmenbedingung“ für sämtliche ASV-Akteure sein. Hier wären in erster Linie die konkretisierenden Anlagen des G-BA zu den jeweiligen ASV-Leistungsbereichen sinnvoll anzupassen. Dies kann einerseits durch politische Einflussnahme seitens der ärztlichen Interessensvertretungen geschehen, aber auch durch entsprechende Gremienarbeit innerhalb des G-BA, da dieser paritätisch besetzt ist. Weiterhin wäre durch den G-BA die Umsetzung der Richtlinien-Inhalte durch die erweiterten Landesausschüsse zu überprüfen, denn hier ist es zu einer uneinheitlichen Umsetzung hinsichtlich des Detaillierungsgrades der Qualifikationsnachweise durch die einzelnen erweiterten Landesausschüsse gekommen (vgl. G-BA 2015c; Klakow-Franck 2015: 6).

Katalog der ASV-Leistungsbereiche sinnvoll erweitern

Die Erweiterung des ASV-Leistungskatalogs um relevante Indikationen gehört zu den Kernaufgaben des G-BA. Die Notwendigkeit, hier entsprechend tätig zu werden, wird im G-BA bereits gesehen (vgl. Klakow-Franck 2015: 5 f.). Da es ein bewusst gesetztes gesundheitspolitisches Ziel ist, die ASV schrittweise aufzubauen, bedarf es keiner Änderung der etablierten Prozesse, sondern ihrer entsprechend fokussierten Weiterführung durch den G-BA.

Einführung einer adäquaten ASV-Bedarfsplanung

Es besteht bei der Forderung der BÄK nach Einführung einer Bedarfsplanung für die ASV sowohl Zielkongruenz als auch ein Zielkonflikt mit den gesundheitspolitischen Zielen der ASV. Einerseits unterstützt

diese Forderung das Ziel einer flächendeckenden Versorgung, andererseits konterkariert sie das Ziel eines freien Zugangs für Ärzte zur ASV. Hier wäre in einer intensiven gesundheitspolitischen Diskussion politisch abzuwägen, welches Ziel das Wichtigere ist und ggf. zu entscheiden. Wenn auch das Ziel des freien Zugangs zur ASV für die Leistungserbringer sinnvoll erscheint und generell akzeptiert werden dürfte, erscheint hier die Einführung einer Bedarfsplanung das wichtigere Ziel zu sein. Dies vor allem deshalb, weil diese die Voraussetzung für eine flächendeckend gleichmäßige ASV-Versorgung im Bundesgebiet wäre. Dadurch könnten u.U. auch die von der Bundesregierung seinerzeit befürchteten Versorgungslücken innerhalb der ambulanten Krankenhausleistungen vermieden werden (vgl. Deutscher Bundestag 2011: 85).

Hier wären v.a. die fachübergreifenden Verbände wie BÄK und SpFa als Interessensvertretung aller Fachärzte angehalten, ihre Positionen in die politischen Entscheidungsprozesse intensiv einzubringen.

Mechanismen zur Leistungssteuerung einführen

Die Befürchtungen der Krankenkassen, ohne entsprechende Mechanismen zur Beschränkung, Budgetierung und Überprüfung der ASV-Leistungen könne es zu erheblichen Kostensteigerungen kommen, erscheint nicht unberechtigt. Zwar wurde hierzu mit § 116b Abs.6 S. 14 SGB V „neu“ bereits eine Regelung zur Budgetbereinigung in den Gesetzestext aufgenommen und es war mit dem Ziel einer Kostenbegrenzung bis zur Einführung des GKV-VSG zum 16.7.15 eine Begrenzung der ASV u.a. auf die „schweren Verlaufsformen“ festgeschrieben worden (vgl. Klakow-Franck 2014b: 154 u. 2014a: 17), doch bleiben die tatsächlichen Auswirkungen auf die gesamte Kostenentwicklung

abzuwarten. Da der GKV-SV mit drei Mitgliedern im ergänzten Bewertungsausschuss vertreten ist, (vgl. Institut-BA 2015), kann hier eine Einflussnahme auf die Vergütung der ASV-Leistungen erfolgen. Zusätzlich kann der GKV-SV über seine fünf Vertreter im G-BA unmittelbaren Einfluss auf dessen Arbeit ausüben (vgl. G-BA 2015c).

Das ordnungspolitische Instrumentarium der ASV optimieren

Die Umsetzung der von juristischer Seite erhobenen Einwände in gesetzliche Vorgaben kann hier als weiteres sinnvolles Handlungsfeld definiert werden. Über juristisch beratenden Input an die Interessensvertretungen der ASV-Akteure können diese Einwände Eingang in den politischen Prozess finden, der schließlich zu entsprechenden gesetzlichen Vorgaben führen kann.

Fazit und Ausblick

Kompromisse werden notwendig sein

Die Umsetzung der in diesem Beitrag herausgearbeiteten Handlungsfelder wird politisch nicht ohne das Suchen und Eingehen von Kompromissen möglich sein. Beispielhaft sei hier eine Annäherung zwischen KBV und der DKG angeführt. Es wurde hier die Frage eines geplanten Bestandsschutzes für Krankenhauszulassungen nach § 116b SGB V „alt“ mit der bis zur Rechtskraft des GKV-VSG geltenden Eingrenzung der ASV auf schwere Verlaufsformen verknüpft. Beide Kompromisspartner vertraten im Grundsatz in beiden Fragen konträre Positionen, die im GKV-VSG zum 16.7.15 verankerte Kompromisslösung war die Folgende: Für die Krankenhauszulassungen nach § 116 b SGB V „alt“ blieb es bei einer Befristung, diese wurde lediglich von zwei auf drei Jahre verlängert. Durch diese Befristung bleiben Krankenhäuser gezwungen, sich dem Thema ASV in absehbarer Zeit zuzuwenden. Im Ausgleich dafür wurde die Eingrenzung der ASV nach § 116b SGB V „neu“ auf „schwere Verlaufsformen“ bestimmter Erkrankungen wieder zurückgenommen (vgl. BÄK u. KBV 2015). So konnten zwei wesentliche Umsetzungshemmnisse der ASV beseitigt werden.

Beitrag der Versorgungsforschung

Betrachtet man die ASV als ein Konzept des Versorgungsmanagements, muss davon ausgegangen werden, dass sich ihr gesundheitsökonomischer Erfolg mit empirischer Evidenz frühestens 2-3 Jahre nach Umsetzungsbeginn wird beurteilen lassen (vgl. Stuppardt 2013: 463). In diesem Sinne werden die Auswirkungen der ASV fünf Jahre nach Inkrafttreten des § 116b SGB V „neu“ bewertet und die Ergebnisse dem BMG bis 31.3.2017 zugeführt (s. § 116b Abs.9 SGB V „neu“). Aus den Ergebnissen können dann weitere Anpassungsvorschläge abgeleitet werden, die dem G-BA als Grundlage für weitere Richtlinienbeschlüsse dienen können (vgl. Korn 2014b: 46). Aus Sicht der Versorgungsforschung dürften v.a. solche Untersuchungen von besonderem Interesse sein, die ihr Augenmerk bei der Evaluation nicht ausschließlich auf die Kosteneffizienz, sondern vielmehr auf die Gesamteffizienz der ASV im Kontext des Gesundheitswesens richten (vgl. Stuppardt 2013: 463).

Potentials for Optimizing the care for cancer patients in the context of the outpatient specialist focussed medical healthcare (ASV) in accordance with § 116b SGB V („new“)

The „outpatient specialist focussed medical healthcare¹“ was introduced in the German public health service on January 1, 2012. So far it has been translated into practice only marked hesitatingly. Regarding this, the respective actors of the ASV name various obstacles and corresponding development objectives for the new ASV. This article examines these development objectives regarding to their conformity with initially health policy-aimed objectives regarding the ASV. For those development objectives, which are in conformity with those health policy-aimed objectives, appropriate fields of action are outlined.

Keywords

Outpatient specialist focussed medical healthcare, ASV, Oncology, Sectoral borders, Advancement, Health-care policy, Healthcare Research

Vergegenwärtigt man sich die seit mittlerweile mehr als zwei Dekaden andauernden Versuche, die strikte Sektorentrennung im deutschen Gesundheitswesen schrittweise aufzuheben (vgl. Enquete-Kommission 1990: 72 u. 79; SVR KAIG 2001: 74; SVR 2005: 37), so kann an die Versorgungsforschung der Auftrag gehen, künftig zu klären, inwieweit die ASV diesen gestellten Anspruch erfüllen konnte.

Ziele weiterverfolgen und die neuen Potenziale der ASV nutzen

Mittel- und langfristig kann die ASV im deutschen Gesundheitswesen wohl vor allem dann erfolgreich sein, wenn die ursprünglichen Ziele der ASV nicht aus dem Blickfeld geraten. Werden ihre Ziele dagegen aufrecht erhalten und im Sinne einer Vision konsequent weiterverfolgt, wird die ASV ihre Rolle als neuartiger, sektorenverbindender Versorgungsbereich sicherlich ausfüllen können. Der Rückblick auf die ursprünglichen gesundheitspolitischen Ziele der ASV muss sich auch auf Fragen der ASV-Vergütung beziehen. Eine gute Voraussetzung ist die Tatsache, dass die ASV mit ihren sukzessive zu beschliessenden, indikationsspezifischen Anlagen bewusst als ein „lernendes System“ angelegt wurde (vgl. G-BA 2015a; Klakow-Franck 2014a: 29) und dadurch ein gewisser, sich im Zeitverlauf ergebender Anpassungs- und Optimierungsbedarf vom Gesetzgeber bereits antizipiert wurde.

Die Konzipierung der ASV stellt den einzigen Anstoß des Gesetzgebers innerhalb der vergangenen Legislaturperiode dar, der klar auf eine weitere Überwindung der Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitswesens abzielt (vgl. z.B. Klakow-Franck 2014b: 158). Alleine aus diesem Grund sollten die entsprechenden Potenziale der ASV von allen daran beteiligten Akteuren nicht aus den Augen verloren werden. <<

Autorenerklärung

Dr. Thomas Starke ist Mitarbeiter des Unternehmens Omnicare Pharma GmbH in Unterföhring. Der Beitrag wurde ohne finanzielle Unterstützung und eigenständig erstellt.

Dr. Thomas Starke

ist als Key Account Manager Onkologie bei der Omnicare Pharma GmbH mit dem Aufbau eines Versorgungsnetzwerks in der ambulanten Onkologie betraut. Nach dem Studium der Biologie in Bonn und Promotion in der Raumplanung an der TU Dortmund durchlief er verschiedene Positionen im Außendienst der pharmazeutischen Industrie. Der folgende Beitrag basiert auf einer Arbeit, die 2015 im Rahmen des Master-Studiengangs „Health-Management“ an der Apollon-Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen angefertigt wurde. Kontakt: thomas_d.starke@t-online.de



Dominika Urbanski M.Sc.
Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Dr. med. Kristian Gerstmeyer
Dr. rer. pol. Franziska Püschner
Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

Das Belegarztwesen: Eine Einschätzung aus dem Blickwinkel von Arzt und Krankenhaus am Beispiel der Augen- heilkunde

Das Belegarztwesen ist eine langjährig etablierte Form integrierender wie sektorenübergreifender Versorgung (Hahn et al., 2015a, 2015b; Wienke und Mündnich, 2011). Beide Versorgungsansätze sind auch aktuell im Fokus der deutschen Politik: (Mehr) integrierte Versorgung wird seit nunmehr fast 20 Jahren immer wieder gefordert (Mühlbacher et al., 2006). Der Innovationsfonds, der im Versorgungsstärkungsgesetz vom 10.06.2015 in deutsches Gesetz übergang, sieht 225 Millionen Euro pro Jahr vor, um „neue Versorgungsformen, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ zu fördern (Deutscher Bundestag, 2015). Im klassischen Verständnis des Belegarztwesens behandelt ein primär vertragsärztlich/ambulant tätiger Arzt seine Patienten unter Verwendung stationärer Ressourcen in einem Krankenhaus in einer Belegabteilung. Hierfür hat der Belegarzt einen Vertrag mit dem Krankenhaus, die Infrastruktur (inklusive Personals) im Krankenhaus nutzen zu dürfen. Belegarzt und Krankenhaus werden unabhängig voneinander vergütet. Während der Belegarzt seine Tätigkeit über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnet, erhält das Krankenhaus eine sogenannte Belegarzt-DRG.

>> Auch wenn das Belegarztwesen in den Zeitgeist und zur Forderung sektorenübergreifender Versorgung passt, die Entwicklung ist deutlich rückläufig. Eine Untersuchung der Fallzahlen, Betten und Ärzte in Haupt- und Belegabteilungen von Hahn et al. (2015b) zeigt für den Zeitraum 2005 bis 2012 bei allen Parametern rückläufige Trends. Waren im Jahr 2000 noch 6.424 Ärzte als Belegärzte tätig, so gab es 2014 nur noch 5.324 Belegärzte in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2015b). Auch die Anzahl der Behandlungen im GKV Bereich sank von fast 1,6 Millionen Behandlungen im Jahr 2000 um mehr als die Hälfte auf nur noch ca. 650.000 im Jahr 2014 (Statistisches Bundesamt, 2015a).

Die vorliegende qualitative Studie hatte zum Ziel, die Versor-

Zusammenfassung

Das Belegarztwesen ist als eine sektorenübergreifende Versorgungsform, die vielerorts fest in der Versorgungsstruktur verankert ist, ein etablierter Prototyp für integrierte Versorgung. Doch auch wenn das Belegarztwesen in den Zeitgeist und zur Forderung nach sektorenübergreifender Versorgung passt, die Entwicklung ist deutlich rückläufig. Die vorliegende qualitative Studie hatte zum Ziel, das Belegarztmodell in der Versorgungsrealität zu untersuchen und in diesem Zuge Faktoren herauszuarbeiten, die eine rückläufige Tendenz erklären können. Zur Datengewinnung wurden Expertengespräche mit Belegärzten der Augenheilkunde und Klinikleitern geführt. Zentrale Ergebnisse der Untersuchung sind das große Potential, das dem Belegarztwesen für qualitative medizinische und wirtschaftlich effiziente Versorgung von Patienten zugesprochen wird sowie die Existenz primär ordnungspolitischer und organisatorischer Hürden.

Schlüsselwörter

Belegarztwesen, sektorenübergreifende Versorgung, Belegabteilung, Augenheilkunde, qualitative Interviews, Krankenhausperspektive, Belegarzt-Perspektive

ungsrealität des Belegarztmodells besser zu verstehen und in diesem Zuge Faktoren herauszuarbeiten, die eine rückläufige Tendenz erklären können. Welche Rahmenbedingungen unterstützen und welche hindern die Umsetzung des Belegarztmodells? Die Untersuchung erfolgte am Beispiel der Augenheilkunde.

Methodik

Trotz der langjährigen Historie des Belegarztwesens in der deutschen Versorgungslandschaft gibt es bislang laut unserem Wissen keine Studien, die die Perspektiven relevanter Stakeholder im Detail untersuchen. Mit dem Ziel, diese Wissenslücke zu schließen, wurden semi-strukturierte qualitative Experteninterviews mit zentralen Akteuren – Belegärzten sowie leitenden Angestellten der Klinikverwaltung – durchgeführt.

Ansatz

Für die Beantwortung des Forschungsinteresses wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Die Daten wurden anhand von leitfadengestützten Interviews erhoben. Der Vorteil liegt darin, dass gleichzeitig mehrere a priori erarbeitete Themen angesprochen werden, jedoch die Offenheit der Gesprächsführung nicht aufgegeben wird (Gläser und Laudel, 2010). Dafür wurden aus der Literatur deduktiv potentiell relevante Kategorien herausgearbeitet, die in den Interviewleitfaden einfließen. Die herausgearbeiteten potentiell relevanten Kategorien waren: Motivation und die Erfahrungen mit dem Belegarztwesen, der wahrgenommene Nutzen des Belegarztwesens für die Versorgung der Patienten, die strategische und finanzielle Relevanz des Belegarztwesens sowie die wahrgenommene Zukunftsaussicht dieser Versorgungsform (vgl. Tab. 1).

Teilnehmerauswahl

Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt, davon jeweils vier mit mindestens einem Belegarzt und vier mit leitenden Angestellten der Klinikverwaltung. Es handelte sich dabei jeweils um Paarungen von Belegärzten und Verwaltungsleitern einer Klinik. Diese Paarungen erlaubten es, die Versorgungsrealität aus beiden Perspektiven der intersektoralen Kooperation zu betrachten. Einige Interviews wurden mit mehr als einem Belegarzt geführt, wenn aus der Berufsausübungsgemeinschaft mehrere Ärzte teilnehmen wollten. Dies war gewinnbringend, da im Interaktionsprozess Themen aufkamen, die vielleicht ohne diesen verborgen geblieben wären.

Themenfelder des Interview-Leitfadens		Erkenntnisinteresse der Untersuchung
Themenfeld 1	Motivation	Pfadabhängigkeit / Bandbreite des Fachs / Selbstständigkeit / Reputation
Themenfeld 2	Versorgung der Patienten	
Themenfeld 3	Strategische Relevanz des Belegarztsystems	Auslastung / Größe der belegärztl. Praxis / Geographische Nähe / Effizienz / Interesse des Krankenhauses / Finanzierungsproblematik
Themenfeld 4	Finanzielle Relevanz des Belegarztsystems	Gemeinsame Ziele / Kommunikation / Management der operativen Schnittstellen / Unklare Zuständigkeiten / Finanzieller Druck / Ineffizienz und Arbeitsweisen
Themenfeld 5	Ausblick	

Tab 1: Themenfelder des Interview-Leitfadens. Erkenntnisinteresse der Untersuchung – induktiv erarbeitete Kategorien und Subkategorien. Quelle: Eigene Darstellung, inav GmbH, 2015.

Als Interviewteilnehmer wurden belegärztlich tätige Augenärzte großer augenchirurgischer Zentren ausgesucht. Die Zusammenstellung der Studienteilnehmer erfolgte basierend auf dem Prinzip der willkürlichen Auswahl, d.h., es wurden Teilnehmer ausgewählt, auf die man leicht Zugriff hatte, z.B. weil sie sich freiwillig bereit erklärten (Sim und Wright, 2006). Die Stichprobe ist damit nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Belegärzte. Die Ansprache erfolgte über den Auftraggeber der Studie, OcuNet, einem verbandlichen Zusammenschluss großer augenchirurgischer Zentren, die überwiegend auch an Belegabteilungen tätig sind (www.ocunet.de). Da die Teilnehmer freiwillig partizipierten und daher ein gewisses Interesse für das Thema hatten, war es möglich, sehr offene und tiefgehende Gespräche zu führen. Auf eine Darstellung weiterer Charakteristika der Teilnehmer wird auf Grund der geringen Teilnehmerzahl verzichtet.

Interviewablauf und Auswertung

Die Interviews wurden meist in den Büro- bzw. Praxisräumen der interviewten Personen durchgeführt. Vorweg mussten die Interviewten eine Einverständnis- und Datenschutzerklärung unterschreiben. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt etwa eine Stunde. An den Interviews nahmen neben der Interviewerin des inav und den Interviewten auch die Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe teil. Die Auswertung erfolgte basierend auf der Transkription der Audioaufnahmen und den Gesprächsnotizen der Interviewerin. Zunächst wurden grobe Kategorien, die von den Teilnehmern angesprochen wurden, identifiziert. Anschließend, in der Phase des fokussierten Codierens, wurden die primären Codes bzw. Themen zu größeren Themengebieten zusammengefasst.

Im Zuge der Auswertung ergab sich, dass die Narrationen ein zentrales Themengebiet hervorbrachten, welches die zuvor definierten Kategorien nicht abbildeten: Intersektorale Zusammenarbeit. Außerdem fiel auf, dass bei den Ärzten der Aspekt Motivation für das Belegarztwesen stark mit dem eigenen Selbstbild zusammenhing, weshalb das Themenfeld um diesen Aspekt ergänzt wurde. Zudem wurden strategische und finanzielle Aspekte zu einem Themengebiet zusammengefasst, da diese Trennung bei den Interviews nicht deutlich wurde (vgl. Tab. 1).

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang der zentralen Themengebiete dargestellt. Obwohl Probleme in der alltäglichen Auf-

rechterhaltung und dem Ausleben des Belegarztsystems erwähnt wurden, waren in den hier untersuchten Paarungen prinzipiell beide Akteursgruppen Befürworter des Belegarztsystems, wobei die Einschätzung bei einer Paarung weniger positiv ausfiel.

Motivation und Selbstbild

Pfadabhängigkeit

Aus Perspektive der Kliniken ist es vor allem die langjährige Zusammenarbeit, die den Weg für das Belegarztssystem ebnet. Die Verwaltungsleiter gingen auf diesen Aspekt stärker ein als die Ärzte, die diese Thematik indirekt über die Angst vor Veränderungen in der Zukunft äußerten. Zentral sei die Kontinuität der Zusammenarbeit. Aus gemeinsamen Erfahrungen erwachsen Routinen und Vertrauen, die es erlaubten, dass sich das System etabliert. Dort, wo die Kooperation zu stocken schien, hatte das Krankenhaus bislang weniger Erfahrungen mit dem Belegarztwesen gemacht.

„Und weil die Qualität unserer Abteilung hoch ist, glaube ich, schätzt man uns. Und auf Grund unserer Kontinuität.“

(Arzt)

Bandbreite des Fachs

Den Belegärzten war wichtig, dass das Belegarztwesen ihnen ermöglicht, Patienten über die Sektorengrenzen hinweg zu versorgen. Außerdem können Ärzte ihr Tätigkeitsspektrum um stationäre operative Eingriffe erweitern.

„In der ambulanten Versorgung müsste ich bei dem ein oder anderen Fall sagen: Stopp, jetzt muss der Patient in ein Krankenhaus, weil er engmaschiger kontrolliert werden muss (...), durch die Belegabteilung habe ich die Möglichkeit, den Patienten weiter zu betreuen.“

(Arzt)

Die Ärzte bewerten die Tätigkeit als Belegarzt als anspruchsvoll. Sie erlaube ihnen, in ihrem Fach auf höchstem Niveau zu arbeiten und fordere viel von ihnen. Der Anspruch an die eigene Arbeit, diesen Herausforderungen gerecht zu werden, zeigte sich als ein wichtiger motivierender Faktor.

Selbstständigkeit

Belegärzte wollen auf hohem Niveau, effizient und intersektoral – aber eigenständig und selbstbestimmt – arbeiten. Anders als in Universitätskliniken oder an Krankenhäusern, würde es im Belegarztssystem weniger Reibungspunkte und Energieverluste geben. Bei der Paarung, bei der die Kooperation als problematisch wahrge-

nommen wurde, wurden hingegen die Selbstständigkeit der Ärzte und die mangelnde Weisungsbefugnis von dem Verwaltungsleiter des Krankenhauses als Hürde genannt.

„Ich wollte die Arbeitsumgebung, in der ich arbeite und in der ich die Leute, die für mich arbeiten, selbst bestimmen. Ich nehme keine Befehle entgegen. Ich lasse mich gerne überzeugen, aber ich nehme keine Befehle entgegen.“

(Arzt)

Reputation

Für die Ärzte sowie für die Kliniken kann die belegärztliche Zusammenarbeit einen wichtigen, nicht direkt monetären motivierenden Vorteil haben: die Reputation des anderen Partners. Diese Reputation wirke sich auf den Patientenzustrom aus – für die Praxen und für die Kliniken.

Patientenversorgung

Aus Sicht der Belegärzte und auch vereinzelt der Klinikseite profitiert die Patientenversorgung stark vom Belegarztwesen. Für Patienten sei es positiv, den stationär behandelnden Arzt bereits aus dem ambulanten Bereich zu kennen. Die kontinuierliche Begleitung und der Wegfall der Anonymität seien zu begrüßen.

„Am besten wäre es, wenn der, der operieren kann, mit dem Patienten in die Klinik geht und ihn wieder hinaus begleitet. Das wäre eine optimale Patientenversorgung.“

(Klinik)

Die Qualität der Versorgung der Patienten sei – insbesondere laut Verwaltungsseite – sehr hoch. Als selbstständige Unternehmer verfolgen die Belegärzte eine hohe Qualität im ambulanten Bereich und brächten diese ins Krankenhaus. Allerdings bemängelten einige Verwaltungsleiter an ihrer Kooperation mit anderen Belegärzten auch die Qualität der Versorgung. Der Standard der Leistungen im niedergelassenen Bereich sei allgemein geringer als im stationären Bereich.

Ärzte wie Verwaltungsleiter meinten, dass das Belegarztwesen geeignet sei, um auch dort eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, wo sich Hauptabteilungen nicht rentieren. Ohne das Belegarztwesen würde sich die Versorgung vieler Fachrichtungen – insbesondere in ländlichen Regionen – auf einige große Krankenhäuser konzentrieren.

Das Belegarztwesen eigne sich nicht für alle Fachrichtungen, meinten insbesondere die Verwaltungsleiter. Für Fächer, in denen es zu schwerwiegenden post-operativen Komplikationen kommen kann, sei es schwierig, die Akutversorgung über ein Belegarztsystem zu sichern. Klassische, für das Belegarztwesen geeignete Fächer, seien die Augenheilkunde, Urologie, HNO, Neurologie, die Geburtshilfe und Gynäkologie (obwohl umstritten) und die Anästhesie.

Strategische und finanzielle Aspekte

Auslastung

Für Kliniken ist die Bettenbelegung zu relativ geringen Kosten im Belegarztwesen attraktiv. Eine geringe Bettenzahl bzw. -auslastung könne jedoch nach Meinung aller Akteure zum Ende einer Kooperation führen. Bei „kleinen“ Belegabteilungen bestehe auf Seiten der Kliniken wenig Engagement, diese am Krankenhaus zu halten.

Neben der Patientenzahl sei Verlässlichkeit relevant. Nicht nur die Verwaltungsseite, sondern auch die Ärzte, hoben hervor, dass sich die Krankenhäuser auf die Wahrnehmung zugewiesener OP-

Termine und die Auslastung ihrer OPs und Betten verlassen können müssen. In positiven Beispielen garantierten die Belegärzte diese; zum Beispiel dadurch, dass sie die OPs und Betten für das ganze Jahr mieteten und die wirtschaftlichen Folgen der Nicht-Nutzung (z.B. durch Urlaub) nicht dem Krankenhaus übertrugen.

Größe der belegärztlichen Praxis

Die Größe der Praxis (im Sinne der Anzahl dort tätiger Ärzte) wurde von den Verwaltungsleitern und Ärzten als zentral für eine zufriedenstellende und funktionierende Kooperation hervorgehoben. Für größere Praxen sei es einfacher, ausreichend viele Patienten im Krankenhaus zu behandeln. Die Kooperation mit einzelnen niedergelassenen Ärzten bzw. mehreren kleineren Praxen wird als nicht wünschenswerte Alternative erachtet. Notfalldienste seien schwerer zu garantieren.

Geografische Nähe

Wo die Belegärzte ihre Praxis nah am oder auf dem Krankenhausbaufläche führten, schien die Kooperation besser zu funktionieren als dort, wo eine größere geografische Distanz herrscht. Durch große Distanz würden laut Ansicht der befragten Ärzte und Verwaltungsleiter mehr Koordinationsprobleme, längere Anfahrtszeiten und Verzögerungen (etwa bei Notfällen) entstehen. Neben diesen praktischen Vorteilen zeigten sich geografisch nah am Krankenhaus angesiedelte Ärzte dem Krankenhaus gegenüber verbundener. Hohe Loyalität und gemeinsame Visionen schienen stärker ausgeprägt. Dies hob auch die Verwaltungsseite als Vorteil hervor.

Effizienz

Ein zentraler strategischer und finanzieller Vorteil des Belegarztwesens aus Sicht beider Gruppen ist, dass das Belegarztwesen eine effiziente Patientenversorgung ermögliche.

„Das Belegarztwesen ist schlank, furchtbar effizient und überhaupt kein hauptamtliches Wesen kann damit mithalten...“

(Arzt)

Dies sei u.a. auf Arbeitsteilung zurückzuführen. So können Verantwortungen, wie etwa die Validierung der Sterilisation, vom Krankenhaus übernommen werden, während die Auslastung und ärztliche Tätigkeit im Verantwortungsbereich der Belegärzte liegen.

Mangelndes Interesse der Krankenkassen

Aus Blick der Ärzte und der Klinikleitung ist es unverständlich, warum die Krankenkassen das Belegarztsystem nicht stärker fördern. Die deutlich geringeren Versorgungskosten im Belegarztwesen sollten Anreiz sein, sich stärker dafür zu engagieren. Die Bereitschaft der Krankenkassen, dieses Einsparpotential auszuschöpfen, fehle. Das läge primär am mangelnden Interesse, aber auch an der fehlenden Auseinandersetzung mit dem Belegarztwesen.

Finanzierungsproblematik

Die Verwaltungsseite machte deutlich, dass das Belegarztwesen – wenn mit ausreichender Fallzahl gelebt – finanziell attraktiv sei, insbesondere über die Verteilung der Fixkosten.

Alle Ärzte hoben hervor, dass die finanzielle Entlohnung für die belegärztliche Tätigkeit nach EBM unzureichend und finanziell nicht attraktiv sei. Vor allem in den letzten Jahren habe sich die Situation verschlechtert. Die belegärztliche Tätigkeit trage sich primär aus Quersubventionen aus der ambulanten Tätigkeit.

„Wenn ich jetzt sehe, was wir an Umsätzen machen, dann steht das in keinem Verhältnis mit den Kosten, die wir da investieren.“

(Arzt)

Die unzureichende Finanzierung sieht auch die Krankenhausesite. Den Interviewten war oft bewusst, dass die Ärzte die belegärztliche Tätigkeit über andere Wege finanzieren. Teilweise wurde diese Finanzierungsproblematik von Seiten der Verwaltung auf unzureichende Interessenvertretung der Belegärzte zurückgeführt.

„Für die gleiche Leistung sollte es auch die gleiche Vergütung geben.“

(Leitung)

Intersektorale Zusammenarbeit

Dieses Themengebiet unterteilt sich in Aspekte, die die Zusammenarbeit erleichtern und jene, die diese primär behindern.

Zusammenarbeit erleichternde Faktoren

Gemeinsame Ziele

Deutlich wurde bei den Kooperationspaaren mit positiven Ansichten ein „Wir-Gefühl“. Dort jedoch, wo gemeinsame Ziele fehlen, sinkt das gegenseitige Kooperationsinteresse. Die Relevanz gemeinsamer Ziele für die positive Zusammenarbeit wurde von beiden Partnern hervorgerufen, insbesondere da die Krankenhäuser den Belegärzten gegenüber kein Weisungsrecht haben. Die Kooperation als Win-Win-Situation zu sehen, trug maßgeblich dazu bei, dass Veränderungen initiiert werden konnten – auch gegen Widerstand. Beide Seiten merkten an, dass ein Ziel der Krankenhäuser die Wahrung wirtschaftlicher Interessen sei. War dieses Ziel Teil des gemeinsamen Zielekanons, war die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser hoch.

„Ich glaube, das Erfolgsgeheimnis ist wirklich eine hohe Identifikation und eine Gleichrichtung von Zielen und dann glaube ich, kann man in diesen Modellen super Medizin machen.“

(Leitung)

Kommunikation

Kommunikation (sowohl in Form von Bereitschaft, aber auch

Institutionalisierung etwa über Zielgespräche) wurde in den Interviews als zentral für den Erfolg der Kooperation deutlich hervorgehoben. Die Ärzte betonten zudem die Relevanz niedrigschwelliger Kommunikation für die Lösung operativer Probleme (wie z.B. Personalengpässe). Die Krankenhausleiter, die die Kooperation als positiv bewerteten, hoben die sehr enge Integration der Belegärzte in Entscheidungen und Gremien als einen Erfolgsfaktor hervor. In allen Paarungen offenbarten sich auch Kommunikationsprobleme. Oft war die Klinikleitung der Meinung, Reibungspunkte auf den Stationen würden niedrigschwellig gelöst. Der Abgleich der Narrationen offenbarte jedoch, dass Reibungspunkte, die von den Ärzten wahrgenommen werden, nicht alle bis an die Verwaltungsebene dringen und teilweise ungelöst bleiben.

Management der operativen Schnittstellen

Schnittstellen zu vermeiden oder zu optimieren war in den Interviews das zentrale Thema. Schnittstellen wurden aus Perspektive der Klinik als problematisch, jedoch lösbar wahrgenommen. Diese Zuversicht teilten die Ärzte meist nicht. Mangelndes Schnittstellenmanagement führe nach Ansicht der beteiligten Ärzte zu großen Produktivitätsverlusten und einem verringerten Patientendurchlauf. Dies erschwere den Belegärzten die Arbeit und verringere die Attraktivität des Systems.

Innovative Kooperationsformen können nach Ansicht der Akteure Schnittstellen reduzieren. Dies könne beinhalten, dass die Belegärzte ihr eigenes Personal mitbrächten oder den OP-Betrieb selbst verantworten. Dort, wo solche Wege bereits gegangen wurden, profitierten beide Seiten stark davon. In den anderen Konstellationen wurden flexiblere Kooperationsformen von den Belegärzten explizit gewünscht. Hürden dafür seien die Kliniken, aber auch mangelnder politischer Wille.

Zusammenarbeit erschwerende Faktoren

Unklare Zuständigkeiten

Unklare Zuständigkeitsbereiche erschweren und behindern die Zusammenarbeit. Die Ärzte problematisierten, dass sie für Tätig-

Literatur

- Buchholtz, N./Hahn, U./Chase, D./Reichert, A./Amelung, V.E. (2014): Sektorengrenzen erfolgreich überwinden: Eine empirische Untersuchung am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie. In: Monitor Versorgungsforschung 2014, 7, 1, 34-39.
- Deutscher Bundestag (10.06.2015): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Online unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805123.pdf> [abgerufen am: 29.10.2015].
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hahn, U./Neuhann, T./Mehnert, D./Ober, M./Neuhann, I./Schmickler, S., et al. (2015a): Fallzahlen und Erlöse in ophthalmologischen Haupt- und Belegabteilungen. Entwicklungen seit 2005. In: Der Ophthalmologe 2015, 112, 7, 589-598.
- Hahn, U./Schalkhäuser, K./Neumann, A./Mussinghoff, P./Schmickler, S. (2015b): Fall-Betten- und Arztlizenzen in Haupt- und Belegabteilungen seit 2005 - Entwicklung und Einflussfaktoren für die Entwicklung des Belegartzwesens. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2015, online publiziert am 12.08.2015, DOI 10.1055/s-0035-1553142
- Hahn, U./Chase, D./Buchholtz, N./Reichert, A./Amelung, V. (2013): Sektorenübergreifende Kooperation: Es gibt sie schon. Umsetzung und Versorgungsrelevanz am Beispiel der ambulanten Augen Chirurgie. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2013, 67,6, 54-59.
- Mühlbacher, A./Lubs, S./Röhrig, N./Schultz, A./Zimmermann, I./Nübling, M. (2006): Status Quo der Integrierten Versorgung in Deutschland – eine empirische Analyse. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie.
- Sim, J./Wright, C. (2006): Research in Health Care: Concepts, Designs and Methods. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, ärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe. Online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=6037485&nummer=263&p_sprache=D&p_indsp=18386167&p_aid=97487660 [abgerufen am: 30.10.2015].
- Statistisches Bundesamt (2015b): Ärztliches Personal in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Funktionale Stellung, Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung, Einrichtungsmerkmale. Online unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=16574075&nummer=537&p_sprache=D&p_indsp=18389510&p_aid=64609963 [abgerufen am: 30.10.2015].
- Wienke, A./Mündlich, A. (2011): Kooperationen mit Krankenhäusern: Im Dschungel der Rechtsprechung. Laryngo-Rhino-Otol 2011, 90, 10, 621-621..

keiten, die sie ihrer Ansicht nach im alleinigen Interesse des Krankenhauses verrichten, nicht entlohnt würden. Dazu gehöre das Codieren der Eingriffe nach DRG-Systematik für die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus. Aus Sicht der Klinik liegt die Verantwortung dafür bei den Ärzten. Auch die Anschaffungen von Betriebsmitteln wie Drucker oder Papier für die Station erwiesen sich als potentielle Reibungspunkte mit Verstimmungen auf beiden Seiten.

„Mittlerweile müssen wir jeden Drucker kaufen. Festgehalten ist im belegärztlichen Vertrag: Personelle und apparative Ausstattung wird zugesichert. Wir müssen aber jedes Druckerpapier selbst besorgen.“

(Arzt)

Finanzieller Druck

Auch dort, wo die Kooperation als sehr gut eingestuft wurde, zeigte sich Angst, dass dies in Zukunft nicht mehr so sei. Diese Angst auf Seiten der Ärzte ging Hand in Hand mit dem Gefühl, dass das Krankenhaus Kosten, dort wo möglich, auf die Belegabteilung abwälzt. Die Kostenargumentation und die Dominanz finanzieller Überlegungen als Entscheidungsgrundlage wurden von den Ärzten als negativ für die Kooperation identifiziert. Gleichzeitig merkte insbesondere ein Arzt an, dass es nicht verwunderlich sei, dass Kliniken so agieren. Sie stünden unter hohem wirtschaftlichem Druck. Aufgrund der Neustrukturierungen und neuen Zwänge, denen die Krankenhäuser unterliegen, werde dieser Druck nur anwachsen und zunehmend dominieren.

„Aber das Krankenhaus ist da nicht bereit, irgendwie einen Euro zu tragen, sondern die wollen das immer kostenneutral haben.“

(Arzt)

Ineffizienz und Arbeitsweisen

Breit diskutiert wurde von Seiten der Ärzte die wahrgenommene Ineffizienz der Arbeit auf den Stationen und die dadurch entstehende Ressourcenverschwendung. Ineffizienz sei maßgeblich auf Abstimmungsprobleme, vom Bestellen eines Fahrdienstes bis hin zur Dauer des Aufnahmeprozesses, aber auch auf unterschiedliche Arbeitsweisen zurückzuführen. Mit erheblich längeren Arbeitszeiten in der ambulanten Praxis und im ambulanten OP, schnelleren Wechselzeiten, besser eingearbeitetem Personal und einem höheren Patientenaufkommen unterscheide sich ihre Arbeitsweise von der im stationären Bereich. Die Ärzte bewerteten ihr ambulantes Arbeiten als effizient und sahen dies als zentrales Merkmal, das sie vom Krankenhaus abgrenze. Diese Inkongruenz erschwere die operative Zusammenarbeit.

Die Knappheit der OP-Zeiten würde die Ineffizienz weiter verstärken. Dabei merkten die Ärzte, deren ambulante Praxis nah am Krankenhaus war, an, dass sie in Notfällen gerne ihren ambulanten OP-Saal für stationäre Operationen nutzen würden, dies aber laut Krankenhaus aus rechtlichen Gründen nicht möglich sei.

Die Selbstständigkeit der Ärzte in ihrer ambulanten Praxis wurde von Seiten der Klinik fast durchgängig als Pluspunkt hervorgehoben. Die Unzufriedenheit der Belegärzte und die wahrgenommenen Effizienzunterschiede schienen der Klinikseite nicht bekannt. Sie sahen die belegärztliche Kooperation als Kooperation zweier Unternehmer, die auf höchstem Niveau qualitativ hochwertig und effizient arbeiten.

In Konstellationen, in denen die Arbeitsteilung im Sinne innovativer Kooperationsformen organisiert war (Ärzte hatten z.B. eigenständige Verantwortung für das OP-Personal und den OP-Betrieb),

funktioniert die Kooperation effizienter. Eine höhere Eigenverantwortung der Belegärzte für die Abläufe wurde von den Ärzten als großes Plus bewertet.

Zukunftsansichten

Die Akteure waren geteilter Meinung bezüglich der Zukunftsfähigkeit des belegärztlichen Systems. Unterschiedliche Hürden wurden angeführt, alle sahen aber mangelnde politische Unterstützung für das Belegarztwesen.

Obwohl es laut Ärzten nicht primär der finanzielle Nutzen sei, der die Kooperationsbereitschaft treibe, wurde die Entlohnung als kritisch erachtet. Würde sich diese in Zukunft gar verschlechtern, sei irgendwann der Punkt erreicht, an dem Quersubventionen nicht mehr tragbar sind. Diese Finanzierungsnot erkannten einige Klinikleiter daran, dass Ärzte anderer Belegabteilungen vermehrt an einer Kooperation über den honorarärztlichen und nicht den belegärztlichen Vertrag interessiert seien. Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation und Kostenabwälzungen der Klinik auf die Belegärzte sahen die Belegärzte als weiteren Aspekt, der das System zum Einsturz bringen könnte.

Angesprochen wurden auch der Generationenwandel und die daraus resultierenden Probleme für das Belegarztwesen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Kooperation in Zukunft fortbestehe, hänge davon ab, ob sich geeignete Nachfolger auf Seiten der Ärzte finden lassen. Der hohe Arbeitsaufwand der belegärztlichen Tätigkeit (z.B. 24-Stunden Bereitschaftsdienst) sei laut Ansicht der Interviewten wenig kongruent mit dem Arbeitsethos der nachfolgenden Generationen. Insbesondere kleine Belegabteilungen stünden vor dem Untergang.

„Der kleine Belegarzt, den es ja früher gab, der wird aussterben. Allein, weil er sich auch sagt, das rentiert sich nicht.“

(Arzt)

Die Zukunft intersektoraler Zusammenarbeit wurde als positiv eingeschätzt. Die Klinikseite sah darin fast einstimmig den Weg der Versorgung in der Zukunft. Sektorengrenzen seien überholt, teuer, und der Patientenversorgung nicht dienlich. Das Belegarztwesen könne ein zentraler Baustein für ein solches sektorenübergreifendes System sein. Gleichzeitig gebe es vermehrt neuere und attraktivere Wege sektorenübergreifender Versorgung, die das Krankenhaus alleine umsetze.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung liefert aufschlussreiche Einblicke in die Versorgungsrealität des Belegarztwesens am Beispiel der Augeneilkunde. Insbesondere die zeitgleiche Untersuchung der ärztlichen Perspektive und der Perspektive der Klinikverwaltung erwies sich als gewinnbringend. Der Vergleich der Narrationen jener Paarungen, die ihre Kooperation als besser einschätzten, mit denen, die weniger zufrieden waren, erlaubte es, Gründe oder aber Folgen (da eine kausale Aussage hier nicht getroffen werden kann) von tendenziell als schwierig erachteten Aspekten der Zusammenarbeit explorativ herauszuarbeiten. Die vorliegende Untersuchung schließt eine deutliche Wissenslücke und bietet wichtige Einsichten, die in die Gestaltung der Versorgungsrealität einfließen sollten. Dabei sind die Einblicke gewiss für die Konzeption der intersektoralen Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern – über das Belegarztwesen hinaus – interessant.

Die praktische Umsetzung der intersektoralen Zusammenarbeit in der Praxis erwies sich als zentrale Hürde für das Belegarztwesen. Dabei scheinen Arbeitstaktung und Ablauforganisation sowie wahrgenommene Kommunikations- und Abstimmungsprobleme an den Schnittstellen die zentralen Faktoren zu sein, die das System aus Sicht der befragten Belegärzte behindern. Krankenhausverwalter berichten andererseits, dass kleine belegärztliche Abteilungen oder Abteilungen, in denen Belegärzte aus verschiedenen Praxen arbeiten, nicht ausreichend verlässlich sind und Kooperationen schwierig sind.

Die Identifikation miteinander scheint von der geografischen Nähe der Akteure und der Häufigkeit der Interaktionen abzuhängen. Ein möglicher Lösungsansatz ist das sogenannte Shop in Shop Modell von selbstständigen primär ambulanten Zentren auf dem Gelände von Krankenhäusern (Buchholtz et al., 2014; Hahn et al., 2013). Die Einblicke verdeutlichen zudem, wie wichtig eine Flexibilisierung der Kooperationsbeziehungen ist. Akteure – insbesondere die Kliniken und die Politik – sollten innovative Ansätze erlauben, damit das Belegarztwesen sein von allen Akteuren als hoch eingeschätztes Potential für die Versorgungsbereitstellung ausschöpfen kann.

Neben den engen Grenzen in der Ausgestaltung der Kooperation zwischen den Krankenhäusern und den Ärzten hindern auch politische Entscheidungen, dass das Belegarztwesen floriert. Insbesondere die großen Differenzen in der Vergütung der Leistungen in Beleg- und Hauptabteilungen zu Ungunsten der Belegabteilungen macht das System für Krankenhäuser unattraktiv, entsprechendes gilt für Belegärzte aufgrund des gegenüber einer ambulanten Versorgung geringeren Honorares. Damit werden die Vorteile, die die Kooperation mit selbstständigen, nicht am Krankenhaus angestellten Ärzten mit sich bringen kann (hohe Qualität, hohe Effizienz, Konstanz der Arzt-Patienten-Beziehung, freie Arztwahl durch Patienten), verspielt. Die Relevanz des Belegarztwesens für die Versorgung in ländlichen Regionen und die erwähnten hohen Kosteneinsparungen sind weitere in dieser Studie hervorgehobene Vorteile. Das Unverständnis gegenüber den Krankenkassen, die das System nicht ausreichend fördern, erscheint plausibel.

Beide Akteure befürworten das Belegarztwesen grundsätzlich. Die Belegärzte argumentieren mit ihrem Selbstverständnis als Mediziner, Patienten über die ganze Bandbreite des Faches versorgen zu wollen. Krankenhäuser befürworten die Abrundung des Leistungsspektrums und den wirtschaftlichen Beitrag der Abteilungen. Als gemeinsame Basis ist das Verständnis für die wirtschaftlichen Überlegungen des Krankenhauses durch die Belegärzte und umgekehrt entscheidend. Erfolgreiche Kooperation erschafft ein Momentum und gemeinsame Ziele führen zu Vorteilen für beide Akteure. In der intersektoralen Kooperation können und müssen alle drei Akteure profitieren: der Patient, die Klinik und der Belegarzt. <<

Care provision via hospital-affiliated physicians: An evaluation from the perspective of hospitals and physicians using the example of ophthalmology

Many reforms in Germany have focused on the topic of integrated care. The most recent of such reforms is the Care Provision Strengthening Act with the included Innovationfund. The provision of health care via hospital-affiliated physicians is one form of integrated care which is already established in many parts of Germany. But, even though the system of affiliated physicians fits the Zeitgeist as well as the demand for cross-sectoral provision of care, the development appears to be declining. This qualitative studies aimed at investigating this particular system to providing health care. The focus was also on factors which might explain the recent decline. The data was collected via expert interviews with hospital-affiliated ophthalmologists as well as hospital directors. The findings show that the system of affiliated physicians is perceived as having great potential for high-quality and economically efficient medical care. At the same time, the findings show the existence of primarily regulatory and organisational obstacles.

Keywords

Affiliated physicians, attending physicians, cross-sectoral provision of care, ophthalmology, qualitative study, hospital perspective, physician perspective

Autorenerklärung

Die Untersuchung wurde vom Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) unter Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung in Berlin durchgeführt. Dominika Urbanski und Dr. Franziska Püschner sind Mitarbeiterinnen des Instituts für angewandte Versorgungsforschung. Dr. Ursula Hahn und Dr. Kristian Gerstmeyer haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung der OcuNet-Gruppe.

Dominika Urbanski, M.Sc.

ist Projektmanagerin für Versorgungsforschung am inav. Sie studierte Politikwissenschaft und Soziologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und an der University of Gothenburg in Schweden. Anschließend absolvierte sie einen Master of Science in Sozialökonomie mit dem Schwerpunkt Gesundheit an der Friedrich-Alexander Universität in Erlangen sowie einen Master of Science in Global Health an der Maastricht University (NL) und Manipal University (Indien). Kontakt: urbanski@inav-berlin.de



Dr. rer. medic. Ursula Hahn

ist Geschäftsführerin der OcuNet Gruppe, einem Zusammenschluss großer augenchirurgischer Zentren mit intersektorialem Leistungsspektrum. Sie studierte Volkswirtschaft an der Universität zu Köln und Medizin an der Universität Düsseldorf und arbeitete anschließend als gesundheitspolitische Referentin bei der Deutschen Krankenversicherung AG und als Geschäftsführerin beim Berufsverband der Augenärzte. Kontakt: Ursula.Hahn@uni-wh.de



Dr. med. Kristian Gerstmeyer

ist Augenarzt, seit 1984 in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und Belegarzt am Johannes Wesling-Klinikum in Minden, einem Haus der Maximalversorgung.

Kontakt: kristian@gerstmeyer.net



Dr. rer. pol. Franziska Püschner

ist Senior Manager Gesundheitsökonomie im inav. Sie studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. In der Vergangenheit arbeitete sie bei Janssen im Bereich Market Access sowie für Shanghai Roche Pharmaceuticals Ltd. im Bereich Strategieentwicklung und Optimierung von Business Prozessen. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte im inav liegen in der Planung, Umsetzung und Analyse von Versorgungsforschungsstudien und gesundheitsökonomischen Evaluationen. Kontakt: pueschner@inav-berlin.de



Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Er ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin.

Kontakt: amelung@inav-berlin.de



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

eHealth, Medical Apps, Big-Data:

Versorgungsforschung braucht eine Digitale Agenda

>> Das Thema eHealth steht gegenwärtig für das eine, ganz große Versprechen im Gesundheitswesen: detaillierte Steuerung durch IT-gestützte Verfahren, Integration durch grenzenlose Verknüpfung von Daten, umfassender Kontakt mit allen (potentiellen) Patienten durch mobile technische Plattformen. Firmen aus der Old und New Economy investieren Milliarden, das Gesundheitswesen wird als der interessanteste Markt für die Realisierung der aktuellen Digitalisierungsoptionen angesehen.

Man kann vier zugrundeliegende Tendenzen identifizieren, die für die große Bedeutung des Themas eHealth stehen (s. Abb. 1):

- 1. Immer mehr Daten mit immer höherem Digitalisierungsgrad¹:** Durch die Dokumentation von Gesundheitsverhalten und Behandlungsvorgängen, durch Koordinationsvorgänge im Gesundheitswesen (z.B. auf der Ebene der Organisation, der Kooperation von Leistungserbringern und auf der Ebene der Abrechnung) und durch immer umfangreichere Befundvolumina (z.B. im Rahmen der Bildgebung oder genetischer Analysen) steigt die Menge der vorliegenden Daten rapide an. Diese Daten sind zum größten Teil digitalisiert oder können digitalisiert werden und sind über bislang getrennte Leistungssektoren hinweg miteinander zu verknüpfen.
- 2. Durch die methodische Weiterentwicklung der Datenanalyse** sind heute sehr große Datenvolumina einer statistischen Analyse zugänglich. Eine solche Analyse wäre früher allein aufgrund fehlender Rechnerkapazitäten, aber auch wegen mangelnder Interoperabilität nicht möglich gewesen². Umfangreiche Stichproben oder gar die Analyse der Datengesamtheit, die für eine bestimmte Fragestellung zur Verfügung steht (sog. „n=alle“-Forderung³), erscheinen in Reichweite.
- 3. Allgemeine Technologie-Orientierung als gesellschaftlicher Konsens:** Nicht nur die Vertreter des Silicon Valley, sondern auch

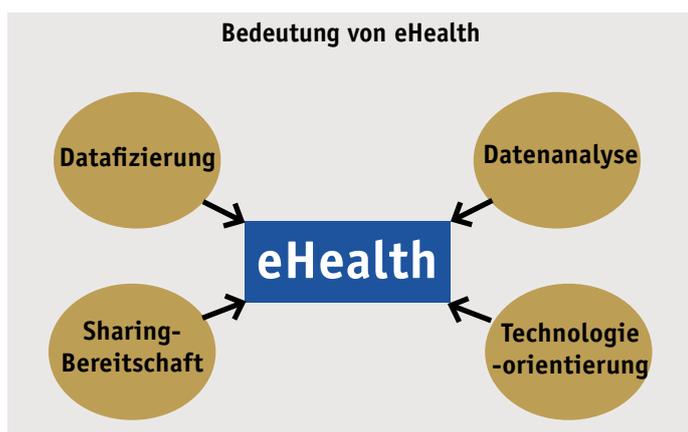


Abb. 1: Die große Bedeutung von eHealth – vier zugrundeliegende Tendenzen.

Zusammenfassung

Digitalisierung und gestiegene Verfügbarkeit von Daten, Verbesserung der Analysetechniken, Technologie-Orientierung und der Verhaltensstandard des „Sharings“ katapultieren eHealth und Big Data an die Spitze der Agenda. Die Versorgungsforschung ist in ihrer Kernkompetenz angesprochen, denn alle Formen der IT-Anwendung sind im Sinne komplexer Interventionen in höchstem Maße kontext-sensibel und verändern ihrerseits den Kontext massiv. Optionen wie verbesserter Datenzugang oder Verbesserung der Koordination sind durchaus positiv zu werten, das Postulat der „Hypothesen-freien“ Wissenschaft, in der allein die Korrelation zählt (Ende der Theorie“), gefährdet jedoch ihre Grundlagen. Weiterhin sind normative (z.B. Datenschutz), evaluative (z.B. Schäden durch fehlerhafte Programme) und ethische Aspekte (in erster Linie Verantwortlichkeit der Wissenschaft) zu diskutieren.

Schlüsselwörter

eHealth, Medical Apps, Big-Data, Digitale Agenda, doppelte Komplexität, End of Theory

einflussreiche gesellschaftliche Schichten und die politische Ebene sind zunehmend von der Überzeugung getragen, dass alle Probleme letztendlich auf technologischem Wege lösbar seien, voraussetzen sei lediglich ein genügender Zugang zu entsprechenden Daten. Gerade für die politischen Akteure stellt eine solche Technologie-Orientierung, die in ihrem Heilsversprechen stark an die Atom- oder etwa Gen-Euphorie in den 50er bzw. 90er Jahren des letzten Jahrhunderts erinnert, eine attraktive Option dar, will man in Zeiten allgemeiner Unübersichtlichkeit der immer deutlicher werdenden Legitimationskrise der demokratischen Institutionen etwas „handfestes“ entgegensetzen⁴.

- 4. Das Teilen von Daten (Sharing) als aktueller Verhaltensstandard:** Sharing als default-Einstellung ist nicht nur nach Ansicht der Big-Data-Protagonisten⁵, sondern auch nach weit verbreiteter Haltung großer Gruppen von Internet-Nutzern zu einer akzeptablen bzw. geforderten Haltung avanciert, Datenschutz und Schutz der persönlichen Privatsphäre treten zurück^{6,7}. Diese Beobachtung gilt auch für das diesbezüglich stets als so vorbildhaft (oder zurückgeblieben, je nach Standpunkt) gepriesene Europa⁸. Ob diese Entwicklung bereits Anlass genug ist, eine „Dritte Moderne“ auszurufen, die durch „Identität als Inszenierung“ gekennzeichnet ist⁹, sei dahingestellt; fest steht jedoch, dass die Neigung, auch intime und somit gesundheits-relevante Daten ohne ausreichenden Schutz vor Missbrauch zugänglich zu machen, eines der treibenden Faktoren der gegenwärtigen Entwicklung darstellt. Die fortwährende Selbstmessung ist als „Quantified Self“ ja schon zu einem stehenden Begriff geworden¹⁰.

Dass sich die Versorgungsforschung in dieser Situation aufgerufen fühlt, Position zu beziehen, liegt ausgesprochen nahe. Allerdings sollte man sich über die Gründe und den spezifischen Beitrag eingehend Gedanken machen – schon allein deswegen, weil sich dieses junge Forschungsfeld ja derzeit über mangelnde Herausforderungen nicht beklagen kann (s. z.B. Innovationsfonds). So birgt das Thema eHealth für die Versorgungsforschung zahlreiche ernstzunehmende Herausforderungen:

- die Versorgungsforschung muss sich in diesem Feld hochgespannter Erwartungen als ausreichend kompetent erweisen und
- die Implikationen der Digitalisierung, insbesondere das „End of Theory“-Versprechen der Big-Data-Bewegung¹¹ (s.u.), können die Versorgungsforschung sogar existentiell zu gefährden, indem die

gerade von qualitativen Ansätzen geforderte Theoriebasierung von Forschung unter den Bedingungen der Komplexität in Frage gestellt wird¹².

Gleichzeitig bietet eHealth aber auch durchaus verlockende Optionen:

- potentiell unbegrenzte Verfügbarkeit von Daten als Grundlage für Forschung,
- starke Beachtung durch die Politik, falls es der Versorgungsforschung gelingt, Technologie-getragene Konzepte umzusetzen und evaluativ abzusichern, und
- Zugang zu Forschungsressourcen.

Bei der Erarbeitung einer Position ist im ersten Schritt eine Trennung von Wissenschafts-immanenten und Wissenschafts-externen, normativen Gesichtspunkten sinnvoll (s. Tab. 1). Letztere Aspekte werden am Ende des Artikels kurz diskutiert (z.B. Verantwortlichkeit der Wissenschaft). Die Wissenschafts-immanenten Themen lassen sich ihrerseits in vier Aspekte unterteilen, von denen die ersten beiden die spezifischen Kompetenzen der Versorgungsforschung betreffen (Umgehen mit der Komplexität von Kontext und Intervention). Die letzten beiden betreffen die Praxis der Versorgungsforschung, nämlich den Zugang zu Daten in bislang unbekannter Größenordnung (einschließlich neuer Instrumente zu deren Erfassung und Analyse) sowie die Frage, inwieweit bisher gültige Grundsätze wissenschaftlicher Arbeit in Frage gestellt werden müssen, in erster Linie das Primat der wissenschaftlichen Konzeptbildung vor der Methodenorientierung der Forschung.

eHealth im komplexen Kontext

Die Versorgungsforschung unterscheidet die Komplexität der Intervention und des Kontextes¹³, auch als doppelte Komplexität bezeichnet^{14,15}. Der Kontext ist von entscheidender Bedeutung: werden im randomisierten Versuch die Kontextfaktoren gleichverteilt, stehen sie in der Versorgungsforschung selbst im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses, da man davon ausgeht, dass sie eine maßgebliche Wirkung auf das Outcome haben¹⁶. Der Einfluss der Kontextfaktoren und somit die Kontextleistung sind dabei in Ausprägung und zeitlichem Ablauf nicht exakt vorherzusagen und als Faktor nicht zu isolieren, vor allem werden sie aber durch Interventionen, zu denen auch deren Beobachtung selbst zu zählen ist, verändert. Es gibt nun kaum einen Bereich im Gesundheitswesen, in dem der Kontextbezug von Maßnahmen derartig breit untersucht

Wissenschafts-immanente und externe Aspekte	
Wissenschafts-immanente Aspekte	Externe und normative Faktoren
Komplexität des Kontextes	Allgemeine gesellschaftliche Verfassung
Komplexität der Intervention	Soziale Argumente
Datenverfügbarkeit	Praktisch-politische Argumente
„End of Theory“	Normative Aspekte (z.B. Datenschutz)
	Ethische Aspekte (z.B. Verantwortung)

Tab. 1: Gliederung: Systematik der Wissenschafts-immanenten und externen Aspekte.

ist, wie die Informationstechnologie¹⁷. Nicht nur jede Softwareparametrierung¹⁸, nicht nur jede Einführung von Expertensystemen¹⁹, sondern natürlich auch jede Nutzung von IT-gestützten Programmen (Apps) zur Arzt-Patient-Kommunikation oder zur Behandlung von Erkrankungen sind in höchstem Maße Kontext-sensibel¹⁰. So ist der Einsatz einer Medical-App ganz entscheidend davon abhängig, ob die Patienten davon ausgehen können, dass der Datenschutz (Kontext) gewährt ist, oder ob ihre Daten z.B. an den Versicherer oder den Arbeitgeber weitergeleitet werden. Dieser Kontextfaktor „Datenschutz“ ist aber nicht linear abbildbar bzw. vorhersagbar, denn er wird z.B. durch tagesaktuelle Diskussion beeinflusst werden, wenn etwa gerade aufgedeckt wird, dass allein im vorangegangenen Jahr (2015) die Krankenakten von 100 Millionen US-Amerikanern gehackt und auf dem Schwarzmarkt angeboten worden sind (Wert ca. 20 Mrd. US-\$)²⁰.

In ganz besonderem Maße gilt dies für Big-Data-Analysen, wie das berühmteste Beispiel, das Google Flu Tracking-Projekt, zeigt. Zunächst konnte aufgrund der Analyse von rund einer halben Milliarde Modellen auf der Basis der Nutzerdaten bei vorangegangenen Influenza-Epidemien die nächste Epidemie gut vorhergesagt werden, doch verlor das erarbeitete Modell sehr schnell seine Gültigkeit²¹. Die Nutzer hatten nicht nur ihr Verhalten geändert, sondern sie hatten (im Wissen um die Nutzung ihrer Daten durch Google) ihr Nutzerverhalten als Reaktion auf die Intervention, nämlich die Analyse durch Google, verändert – der klassische Fall eines Interventions-sensiblen, sich über die Zeit verändernden, komplexen Kontextes.

Es bleibt kaum zu betonen: Hier hat die Versorgungsforschung nicht nur die Kompetenz, sondern auch die Pflicht, sich in die Diskussion einzubringen, nämlich um potentiellen Schaden abzuwenden (sog. Technology-Induced Errors¹⁸). Diese können auf individueller Ebene (z.B. falsche Vorhersage von Krankheitsverläufen) genauso auftreten wie auf der Populationsebene (z.B. Infektionskrankheiten), wenn die Veränderlichkeit des Kontextes nicht berücksichtigt wird. Abhilfe können nur gute, wissenschaftlich unterlegte Hypothesen bieten, die eine Vorhersage über das Verhalten des Kontextes ermöglichen.

eHealth: paradoxe Effekte komplexer Interventionen

In komplexen Zusammenhängen greift man gerade im Gesundheitswesen immer wieder auf Technik-basierte Interventionen zurück (z.B. Patientenarmbänder, elektronische Verordnungssysteme, Versichertenkarte), an die in der Regel große Hoffnungen geknüpft werden. Bei diesen Interventionen handelt es jedoch nicht um lineare, sondern um hochgradig komplexe Interventionen, deren Wirkungen nur schwer vorhersehbar sind und oft in paradoxe Effekte umschlagen¹⁷. Eine Evaluation überhaupt durchzuführen erscheint meist kontraintuitiv, doch sind die Ergebnisse in vielen Fällen überraschend²². Die elektronischen Verordnungssysteme sind besonders gut untersucht²³, denn man hatte große Erwartungen bzgl. einer Verbesserung der Patientensicherheit, gerade auch in Zusammenhang mit Entscheidungssystemen²⁴.

Bei der Komplexität von IT-gestützten Interventionen sind drei Aspekte zu unterscheiden:

- die Intervention ist bereits primär komplex (was selbst bei „einfachen“ medikamentösen Therapie einer chronischen Erkrankung oder Konsultations-Apps der Fall ist²⁵),

- die Intervention verändert sich durch Wechselwirkung mit dem Kontext¹⁰, indem sie z.B. durch den Nutzer umgangen oder beendet wird, und
- die Intervention wird zusätzlich durch die Beobachtung (Evaluation) verändert²⁶.

Dies lässt sich am Beispiel der oben bereits genannten Konsultations-App sehr gut deutlich machen: Sie ist nicht nur in erheblichem Maße Kontext-abhängig, sondern sie verändert das Arzt-Patient-Gespräch grundlegend (z.B. der Arzt erhält einen weniger präzisen Eindruck vom Patienten, der Patient kann sich u.U. weniger gut artikulieren, die Informationen „zwischen den Zeilen“ gehen verloren etc.). Die Veränderungen der Kommunikation können dabei in Form und Richtung nicht vorhergesehen werden. Es handelt sich also nicht um eine lediglich technisch veränderte Umsetzung, sondern um einen gänzlich anderen Prozess.

Abgesehen von dieser mangelnden „technologischen Neutralität“ und dem Auftreten paradoxer Effekte sollte der postulierte Nutzen, der von eHealth-Interventionen erwartet wird, auch aktiv nachweisbar sein. Erste systematische Evaluationen von Apps zu „Behandlungsunterstützung“ liefern teilweise erschreckende Ergeb-

nisse^{27,28}, was bei Themen wie Melanomerkennung oder Insulindosierung wahrlich nicht auf die leichte Schulter zu nehmen ist. Wir befinden uns offensichtlich in der typischen ersten „Honeymoon“-Phase, die man bei Innovationen regelmäßig beobachten kann, und die bald einer realistischen Einschätzung weichen wird.

Allerdings haben die drei Feststellungen:

- eHealth-Interventionen stellen grundlegend neue Interventionen und nicht „alte“ Interventionen in neuem technologischem Gewand dar,
- man muss bei eHealth-Interventionen regelhaft mit paradoxen, nicht vorhersehbaren Wirkungen rechnen, und
- der Nutznachweis im kontrollierten Versuch steht noch aus, negative Ergebnisse scheinen prävalent zu sein, unweigerlich die Konsequenz, dass solche Interventionen analog zum Vorgehen bei anderen Medizinprodukten auf ihren Nutzen und somit auch auf unerwünschte Effekte hin nach anerkannten wissenschaftlichen Regeln untersucht werden müssen²⁹. Dies gilt sowohl für die Hardware (z.B. die sog. Wearables) als auch für Software, die auf unterschiedlichen Plattformen in den Behandlungsablauf eingreift. Analog zum Vorgehen der FDA können lediglich Verfahren,

Literatur

- 1 Weitergefasst ist der sprachlich sperrige Begriff „Datafizierung“, der jede Überführung in analoger Vorgänge in Daten (unabhängig von der digitalen Verfasstheit) beschreibt (s. Mayer-Schönberger V, Cukier K (2013): Big Data. Die Revolution, die unser Leben verändern wird. Redline Verlag, München, 2. Auflage, S. 95ff)
- 2 Bouamrane M-M, Tao C, Sarkar IN (2015): Managing Interoperability and Complexity in Health Systems. *Methods Inf Med* 54: 1-4
- 3 Mayer-Schönberger und Cukier (2013), ebd., S. 38
- 4 Blühdorn I (2013): Simulative Demokratie. Neue Politik nach der postdemokratischen Wende. Edition Suhrkamp, Berlin, S. 216ff
- 5 Groves P, Kayyali K, Knott D, Van Kuiken S (2013): McKinsey&Company, Center for US Health System Reform, Business Technology Office. The 'Big Data' Revolution in Healthcare. Accelerating Value and Innovation. S. 13
- 6 Diamond CC, Mostashari F, Shirky C (2009): Collecting and Sharing Data for Population Health: A New Paradigm. *Health Aff* 28: 454-66
- 7 Tripathi M, Delano D, Lund B, Rudolph L (2009): Engaging Patients for Health Information Exchange. *Health Aff* 28: 435-43
- 8 Bender S, Elias P (2015): Forschung mit Big Data – die europäische Perspektive. *Bundesgesundheitsbl* 85: 799-805
- 9 Blühdorn, ebd., S. 149
- 10 Patel MS, Asch DA, Volpp KG (2015): Wearable Devices as Facilitators, Not Drivers, of Health Behavior Change. *JAMA* 313: 459-60
- 11 Anderson C (2008): The End of Theory: The Data Deluge Makes the Scientific Method Obsolete. *Wired Magazine* 23.6.2008
- 12 Meyer T, Karbach U, Holmberg C, Güthlin C, Patzelt C, Stamer M für die Arbeitsgruppe Qualitative Methoden des DNVF (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen* 74: 510-515
- 13 Pfaff H, Schrappe M (2011). Einführung in die Versorgungsforschung. In: Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer E, Schrappe M (eds.). *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 2-57. In der derzeit erarbeiteten 2. Auflage wird die aktive Kontextleistung als eigensändiger Inputfaktor interpretiert (neben den klassischen Inputfaktoren „1. Ordnung“ (z.B. Ressourcen))
- 14 Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM (2002): Safe But Sound. *Patient Safety Meets Evidence-Based Medicine*. *JAMA* 2002; 288: 508-13
- 15 Schrappe M (2014). *Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 247ff
- 16 Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review: *Lancet* 357: 757-762
- 17 Greenhalgh T, Stones R (2010): Theorising big IT programmes in healthcare: strong structuration theory meets actor-network theory. *Soc Sci Med* 70: 1285-94
- 18 Borycki EM, Kushniruk AW, Bellwood P, Brender J (2012): Technology-induced Errors. The Current Use of Frameworks and Models from the Biomedical and Life Sciences Literatures. *Methods Inf Med* 51: 95-103
- 19 Schrappe M (2002): Internes Qualitätsmanagement, institutionelle Leitlinien und Infection Control. Ein umfassendes Konzept zur Steuerung im Krankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 127: 217-21
- 20 FAZ 25.2.2016, s. auch SZ vom gleichen Tage
- 21 Lazer D, Kennedy R, King G, Vespignani A (2014): The Parable of Google Flu: Traps in Big Data Analysis. *Science* 343: 1203-5
- 22 Han YY, Carcillo JA, Venkataraman ST, Clark RSB, Watson RS, Nguyen TC, Bayir H, Orr RA (2005): Unexpected Increased Mortality After Implementation of a Commercially Sold Computerized Physician Order Entry System. *Pediatrics* 116: 1506-12
- 23 Schiff GD, Amato MG, Eguale T, Boehne JJ, Wright A, Koppel R, Rashidee AH, Elson RB, Whitney DL, Thach T-T, Bates DW, Seger AC (2015): Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of reported errors and vulnerability testing of current systems. *BMJ Qual Saf* 24: 264-71
- 24 Ranji SR, Renne S, Wachter RM (2014): Computerised provider order entry combined with clinical decision support systems to improve medication safety: a narrative review. *BMJ Qual. Safety* 23: 73-80
- 25 Wilson T, Holt T (2001): Complexity and Clinical Care. *BMJ* 323: 685-8
- 26 Haessler S (2014): The Hawthorne Effect in Measurements of Hand Hygiene Compliance: A Definite Problem, But Also An Opportunity. *BMJ Qual Saf* 23: 965-7
- 27 Wolf JA, Moreau JF, Akilov O, Patton T, English TC, Ho J, Ferris LK (2013): Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection. *JAMA Dermatol.* 149: 422-426

die nur die Darstellung (z.B. in graphischer Art) von Informationen bei gesunden Personen dienen, davon ausgenommen²⁹ und in einen Beobachtungsstatus übernommen werden. Die Forderung eines Nachweises von Nutzen bzw. Risiken gilt erst recht für Big-Data-gestützte Interventionen, die Entscheidungsprozesse im Behandlungsablauf unter Zuhilfenahme von Künstlicher Intelligenz unterstützen. Es ist nicht auszuschließen, dass solche Unterstützungssysteme für bestimmte Aufgaben (z.B. Auswertung von Röntgenbildern) in Zukunft sinnvoll eingesetzt werden können, aber die Sicherheit und der Nutzen dieser Instrumente muss belegt werden, gerade wenn man die nochmals erhöhte Komplexität dieser fortgeschrittenen eHealth-Produkte in Rechnung stellt.

Positive Optionen: Verbessertes Datenzugang

Aber natürlich birgt die „eHealth-Revolution“ auch positive Chancen, und die Versorgungsforschung ist dazu aufgerufen, sich vor allem hinsichtlich der Datenaggregation sowie der Analysemethodik aktiv einzubringen. Wenn Fragestellungen wie nach dem Effectiveness Gap oder der Wirksamkeit von komplexen Sy-

steminterventionen beantwortet werden sollen, dann braucht die Versorgungsforschung Daten, die es z.B. erlauben, Patienten longitudinal über lange Zeiträume und/oder über die Versorgungsektoren hinweg zu verfolgen³⁰. Auch sollte die Option weiter verfolgt werden, die bestehenden Vorhersagesysteme für Krankheitsverläufe zu verbessern³¹.

Hier kommt der Begriff „Big-Data“ ins Spiel, ein Anglizismus, der verdeckt, dass von einer abgeschlossenen Begriffsbildung noch nicht die Rede sein kann (daher wartet jeder Artikel zur Sache mit einer umfangreichen Begriffsdefinition auf). Die meist zitierten „3V's“ (Volume, Velocity, Variety) sind eher tautologischer Natur, denn dass mit dem Begriff „Big-Data“ größere Datenmengen gemeint sind, die eher schnell als langsam analysiert werden und auch aus verschiedenen Quellen stammen, war zu vermuten. Von größerer analytischer Schärfe erscheint, dass die Daten^{30,32,33}

- umfassend, unstrukturiert und offen sind,
- automatisiert zu anderen Zwecken als zur Analyse erhoben werden,
- oft von Konsumenten/Patienten selbst stammen und
- nicht auf Hypothesen, Modelle oder Kausalitäten zurückgreifen.

- 28 Wicks P, Chiauzzi E (2015): ‚Trust but Verify‘ – Five Approaches to Ensure Medical-Apps. BMC Medical 13: 205-10
- 29 Food and Drug Administration: Mobile Medical Applications. Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. 9.2.2015, <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/20Guidances/default.htm>
- 30 Wegscheider K, Koch-Gromus U (2015): Die Versorgungsforschung als möglicher Profiteur von Big Data. Bundesgesundheitsbl 58: 806–812
- 31 Anderson JP, Parikh JR, Shenfeld DK, Ivanov V, Marks C, Chruch BW, Laramie JM, Mardekian J, Piper B A, Willke RJ, Rublee DA (2016): Reverse Engineering and Evaluation of Prediction Models for Progression to Type 2 Diabetes: An Application of Machine Learning Using Electronic Health Records. J. Diab. Sci. Technol. 10: 6-18
- 32 Rüping S (2015): Big Data in Medizin und Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsbl. 58: 794–798
- 33 Binder H, Blettner M (2015): Big data in medical science – a biostatistical view. Dtsch Arztebl Int 112: 137-41
- 34 Weber GM, Mandl KD, Kohane IS (2014): Finding the Missing Link for Big Biomedical Data. JAMA 311: 2479-80
- 35 Topol EJ, Steinhubl SR, Torkamani R (2015): Digital Medical Tools and Sensors. JAMA 313: 353-4
- 36 Schneeweis S (2014): Learning from Big Health Care Data. N. Engl. J. Med. 370: 2161-3
- 37 Martin EG, Helbig N, Shah NR (2014): Liberating Data to Transform Health Care. New York's Open Data Experience. JAMA 311: 2481-2
- 38 Walker JM, Carayon P (2009): From Tasks To Processes: The Case For Changing Health Information Technology To Improve Health Care. Health Aff 28: 467-77
- 39 Garbe E, Pigeot I (2015): Der Nutzen großer Gesundheitsdatenbanken für die Arzneimittelrisikoforschung. Bundesgesundheitsbl 58: 829–837
- 40 Bahk CY, Goshgarian M, Donahue K, Freifeld CC, Menone CM, Pierce CE, Rodriguez H, Brownstein JS, Furberg R, Dasgupta N (2015): Increasing Patient Engagement in Pharmacovigilance Through Online Community Outreach and Mobile Reporting Applications: An Analysis of Adverse Event Reporting for the Essure Device in the US. Pharm. Med. 29: 331-40
- 41 Witt E: Digitale Spiegelbilder – Ethische Aspekte großer Datensammlungen. Bundesgesundheitsbl 5: 853–858
- 42 Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung (2008). Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II, Nomos, Baden-Baden
- 43 Clancy CM, Anderson KM, White PJ (2009): Investing In Health Information Infrastructure: Can It Help Achieve Health Reform? Health Aff. 28: 478-82
- 44 Müller D, Augustin M, Banik N, Baumann W, Bestehorn K, Kieschke J, Lefering R, Maler B, Mathis S, Rustenbach S, Sauerland S, Semler SC, Stausberg J, Sturm H, Unter C, Wiesel A, Neugebauer EAM (2010): Memorandum Register für die Versorgungsforschung. Gesundh.wes., 72: 824-839
- 45 Angus DC (2015): Fusing Randomized Trials With Big Data. The Key to Self-learning Health Care Systems? JAMA 314: 767-8
- 46 Mayer-Schönberger und Cukier, 2013, ebd., S. 92ff
- 47 Medical Research Council. Developing and evaluating complex interventions: new guidance 2008. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance, 7.4.2014
- 48 Schulz S, Lopez-Garcia P (2015): Big Data, medizinische Sprache und biomedizinische Ordnungssysteme. Bundesgesundheitsbl. 58: 844–852
- 49 Ayers JW, Althouse BM, Dredze M (2014): Could Behavioural Medicine Lead the Web Data Revolution? JAMA 311: 1399-1400
- 50 Hawn C: Take Two Aspirin And Tweet Me In The Morning: How Twitter, Facebook, And Other Social Media Are Reshaping Health Care. Health Aff 28: 361-68
- 51 Schrappe (2014), ebd., S. 3ff
- 52 McGraw D, Dempsey JX, Harris L, Goldman J (2009): Privacy As An Enabler, Not An Impediment: Building Trust Into Health Information Exchange. Health Aff. 28: 416-27
- 53 Blumenthal D, McGraw D (2015): Keeping Personal Health Information Safe. The Importance of Good Data Hygiene. JAMA 313: 1424
- 54 Liu V, Musen MA, Chou T: Data Breaches of Protected Health Information in the United States. JAMA 313: 1471-2
- 55 zur analogen Situation bei der Einverständniserklärung bei Facebook s. FAZ 3.3.2016
- 56 Bayer R, Santelli J, Klitzman R (2015): New Challenges for Electronic Health Records. Confidentiality and Access to Sensitive Health Information About Parents and Adolescents. JAMA 313: 29-30
- 57 Witt E (2015):.: Digitale Spiegelbilder – Ethische Aspekte großer Datensammlungen. Bundesgesundheitsbl 5: 853–858
- 58 Emmert M, Sander U, Pisch F (2013): Eight Questions about Physician-Ranking Websites: A Systematic Review. J Med Internet Res 15: e24
- 59 Radermacher FJ (2015): Algorithmen, maschinelle Intelligenz, Big Data. Einige Grundsatzüberlegungen. Bundesgesundheitsbl 58: 859–865
- 60 FAZ vom 19.2.2010

Die Datenquellen, aus denen sich Big-Data speist, sind vielfältig und reichen von elektronischen Krankenunterlagen über Abrechnungsdaten bis hin zu sharing-Daten aus Medical-Apps³⁴ und Wearables³⁵. Die Einbeziehung von Beobachtungsstudien und Registerdaten ist möglich und stellt für die Versorgungsforschung einen wichtigen Gegenstand dar³³. Fragestellungen zur Effectiveness können auf dieser Basis gut beantwortet werden³⁶, Public Health-Ansätze können erfolgversprechend angegangen werden³⁷. Prozesse können verbessert werden³⁸, unerwünschte Ereignisse z.B. im Arzneimittelbereich sind Gegenstand von Big-Data-Analysen³⁹, gerade wenn Patientenangaben mit einbezogen werden⁴⁰. Ein wichtiges Anwendungsgebiet ist das Datenmanagement im Sinne der stratifizierten Medizin⁴¹. Wenn man ganz allgemein von dem Begriff der Koordination ausgeht, der in der gesundheitspolitischen Diskussion in den letzten Jahrzehnten eine zentrale Rolle gespielt hat^{42,43}, dann kann (zumindest im theoretischen Ansatz) die Diskussion um die Koordination von Sektoren und Berufsgruppen als abgeschlossen gelten, während das Thema der Koordination der Information noch als weitgehend offen gelten muss. Dabei muss ein gewichtiges Augenmerk auf die Weiterentwicklung der Analysemethodik gelegt werden (hier nicht weiter ausgeführt), sei es bzgl. Registerstudien⁴⁴ oder der Verbindung von randomisierten und Beobachtungsstudien⁴⁵.

Big-Data: „The End of Theory“?

Allerdings ist nicht zu übersehen, dass die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von großen Datenmengen aus unterschiedlichen Datenquellen zu überschießenden Hoffnungen Anlass gibt, die teilweise auch schlichtweg in die falsche Richtung gehen. Im Jahr 2008 veröffentlichte Chris Anderson, der Editor des Wired Magazine, den Artikel „The End of Theory“ mit der These, dass das Hypothesen-freie Suchen nach Korrelationen, ermöglicht durch unendliche Datenverfügbarkeit und Rechnerkapazität, die wissenschaftliche Methode des Hypothesen-basierten Vorgehens abgelöst hätte¹¹. Wenngleich nicht alle Big-Data-Protagonisten dieser These in vollem Umfang folgen⁴⁶, stellt diese Argumentation aus Sicht der Versorgungsforschung doch eine erhebliche Gefahr dar. Man muss sich hierzu vergegenwärtigen, dass die Versorgungsforschung auf der Synthese der naturwissenschaftlich-biomedizinischen Forschung (voraussetzungsfrei, aufrechterhaltene Subjekt-Objekt-Trennung) und der Sozialwissenschaften (zumindestens in der qualitativen Forschung theoriebasiert, Einfluss des Beobachters auf das Untersuchungsobjekt wird akzeptiert) fußt und auf diesem Weg qualitativen Methoden den Weg in die Erforschung komplexer Gegebenheiten des Gesundheitssystems geebnet hat. Empfehlungen zum methodischen Vorgehen beinhalten deswegen auch regelmäßige eine sorgfältige theoretische Vorüberlegung und Hypothesenbildung⁴⁷. Die Versorgungsforschung muss sich insofern direkt angesprochen fühlen (und muss reagieren), denn die Big-Data-Diskussion rührt an ihrem historischen Begründungszusammenhang; anderenfalls verkümmert die Versorgungsforschung zur bloßen Datenakkumulation.

Argumentativ stellt die „End of Theory“-These keine so große Herausforderung dar. Jeder, der aktiv Wissenschaft betrieben hat, weiß, dass Datenmenge und Erkenntnis eher in reziprokem Verhältnis stehen. Eine der wichtigsten wissenschaftlichen Leistungen ist die Reduktion auf wesentliche Aspekte, die nie voraussetzungslos, sondern immer auf der Basis von Vorüberlegungen stattfindet. Allein schon die sprachliche Fassung eines Ergebnisses erfordert eine

Reduktion auf Begriffe, auch wenn insinuiert wird, dass auch diese Schwierigkeit bei genügendem Einsatz semantischer Instrumente durch Big-Data-Analysen ersetzt werden könne⁴⁸. Auch wenn im Google Flu-Projekt angeblich eine halbe Milliarde von Korrelationen gerechnet worden sind, ist dieses Vorgehen stark Kontextsensibel (s.o.), und die Ansicht, man bräuchte, um Wissenschaft zu betreiben, nur in einem quasi unendlichen Meer von Korrelationen „schwimmen“, die sich automatisch der Wirklichkeit anpassen, ist kaum zu halten, zu groß ist die Gefahr von Scheinkorrelationen³². Allerdings können auf diese Art entdeckte Korrelationen ihrerseits den Ausgangspunkt für eine Hypothesen-gestützte Big-Data-Analyse darstellen³². In vielen Fällen der nun häufig behaupteten „Hypothesen-freien“ Forschung verbirgt sich unter diesem Begriff ein ganz konventionelles Testen von Korrelationen, die z.B. das Entstehen oder Fortschreiten einer Erkrankung wie Diabetes mellitus beschreiben und wegen ihrer geringen Ausprägung bislang nicht entdeckt werden konnten³¹.

Externe und normative Aspekte

Die vier genannten Aspekte, in denen Versorgungsforschung Kompetenz aufweist und sich auf ihre wissenschaftlichen Grundaussagen berufen muss, dürfen nicht in Vergessenheit geraten lassen: Jede Thematik hat ihre Zeit. Technologie-Gläubigkeit, Hardware, Datenverfügbarkeit und weit verbreitete Sharing-Bereitschaft sind in der Lage, technologischen Optionen enorme Durchschlagskraft zu verleihen, die sonst vielleicht eher Fußnote geblieben wären. Jede Zeit kennt ihre „Durchbruchstechnologie“, sei es (in den letzten 120 Jahren) die Chemie, die Kernspaltung, die Gentechnik, und jetzt eben die Datenverarbeitung. Jede dieser Entwicklungen hat die Gesellschaft z.T. tiefgreifend verändert, aber in keinem Fall ist es eine passive Veränderung der Gesellschaft gewesen, sondern es ist immer zu einem wechselseitigen Anpassungsprozess gekommen, der auch die Schattenseiten der technologischen Neuerung sichtbar gemacht hat.

So wird es auch im Fall der „Big-Data“-Revolution kommen. Aus Platzgründen muss die Analyse hier lückenhaft bleiben, aber am Anfang stehen unübersehbar Fragen der allgemeinen gesellschaftlichen Verfassung. Wenn Apps diskutiert werden, die als „Behavioral Risk Factor Surveillance System“, in das nicht nur individuelles Verhalten, sondern auch das soziale Umfeld integriert wird, fungieren wollen⁴⁹, dann ist hier ganz sicher eine Diskussion auf gesellschaftlicher und politischer Ebene angezeigt, ob dieses Vorgehen mit den Grundsätzen einer freiheitlichen Gesellschaft kompatibel ist. Auch kann nicht davon ausgegangen werden, dass Medical-Apps und die damit verbundene Verhaltensänderung die soziale Konstellation der Gesellschaft unberührt lassen. Bereits in einem fast historisch anmutenden Artikel („take two aspirin and tweet me in the morning“) wird indirekt klar, dass hier ein Schicht-spezifisches Programm verfolgt wird⁵⁰. Teurere Wearables werden eher von gut Verdienenden verwendet werden, ärmere Schichten werden sich eine App für 0,99 Euro kaufen (und dafür dann auf den Arztbesuch verzichten)¹⁰.

Andere Fragen sind politisch-praktischer Natur: Ist es eigentlich sinnvoll, die sektorenhafte „Silos“ im Gesundheitswesen durch „Datenzusammenführung“ aufwendig (und u.U. mit hohen sozialen Kosten) zu verbinden, statt das System insgesamt weiterzuentwickeln – ein hoch-integriertes System hat keine Sektor-bezogenen Daten mehr, sondern Daten über die erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Behandlung von Patienten einer bestimmten Population

(diese Diskussion erinnert etwas an die gegenwärtige Qualitätsdiskussion in Deutschland, auch hier sollen mit dem Begriff „Qualität“ Fehlanreize der aktuellen Strukturen neutralisiert werden⁵¹).

Normative Aspekte werden in erster Linie durch das informationelle Selbstbestimmungsrecht (Bundesverfassungsgericht 1983) und die Beachtung der Regeln des Datenschutzes angesprochen. Obwohl der Datenschutz von Anfang an thematisiert wurde⁵², ist dieses Thema wahrscheinlich einer der Kernpunkte in dieser Diskussion^{20,53}. In einer Studie in den USA wurden allein zwischen 2010 und 2013 29 Millionen gestohlene elektronische Krankenakten identifiziert⁵⁴, die auf dem Schwarzmarkt gehandelt werden²⁰. Allerdings ist bei vielen Institutionen und auch bei der Anwendung von Apps durchaus von einer formal vorliegenden Einverständniserklärung auszugehen; es muss also geklärt werden, welche Anforderungen an das Einverständnis zur Weitergabe von Daten gestellt werden müssen⁵⁵. Zusätzlich werden auch ethische Fragestellungen tangiert, wenn etwa die Datenbestände derart detailliert werden, dass automatisch auch Daten im sozialen Umfeld oder von Familienangehörigen mit erfasst werden (wie bei genetischen Untersuchungen)⁵⁶, oder wenn Daten erhoben werden, die für den Patienten gar keine praktische Bedeutung haben⁵⁷.

Ganz im Mittelpunkt wird aber die Frage der Verantwortung stehen, und zwar sowohl auf Seiten der Patienten, als auch auf der Seite der Behandelnden, der Software-Produzenten und – im Rahmen dieses Artikels besonders wichtig – der Wissenschaft. Wer haftet, wenn sich ein Patient nicht nach den Aufforderungen seiner Med-App richtet? Trägt der Arzt auch die Verantwortung dafür, dass der Patient nicht von der App überfordert wird, wer garantiert die technische und praktische Umsetzung¹⁰? Ist dieser Aspekt dadurch gedeckt, dass man sich auf den selbständigen Patienten, ja sogar auf die Argumentation bezieht, die Apps würden dem „Empowerment“ der Patienten dienen und Fragen der Sicherheit stellen nur einen Abwehrkampf der Behandler dar⁵⁸? Ähnlich wie es derzeit im Straßenverkehr am Beispiel der fahrerlosen Autos diskutiert wird, muss natürlich auch geklärt werden, wer die Verantwortung für technische oder Software-Defekte trägt, die zu einem Schaden führen⁵⁹.

Und last not least: Wird die Wissenschaft aus ihrer Verantwortung entlassen, wenn es die „Algorithmen“ sind, die die Forschungsergebnisse entwickeln? Uns ist es noch gut in Erinnerung, was Frank Schirrmacher zum Flugstop nach dem Ausbruch des isländischen Vulkans mit dem unaussprechlichen Namen Eyjafjalljökull sagte: Es handele sich um die „systematische Selbstentmächtigung der modernen Gesellschaft“. Wie kam er zu diesem Schluss? Der Flugstop basierte allein auf einem Algorithmus, ohne dass eine direkte Messung der Staubkonzentration in der Atmosphäre überhaupt versucht worden war⁶⁰. <<

Health services research needs a digital agenda - eHealth, Medical Apps und Big-Data

Datafication and digitalization, techniques for analysis of large data sets, a common technology-orientation and sharing as a widely accepted behavioral standard have succeeded in moving ehealth and big data towards the top of the agenda. eHealth-and IT-interventions, with their own complexity, are context-sensible themselves and are also altering the context to a large extent. While issues like improved availability of data or better coordination are positive options for health services research, the postulate of „hypothesis-free“ research solely based on correlations without theoretical basis („end of theory“) is threatening its scientific fundaments. Furthermore, discussion of normative (e.g. data protection), evaluative (e.g. harm by erroneous software) and ethical issues (primarily accountability of science) is requested.

Keywords

eHealth, medical apps, big data, double complexity, end of theory

Autorenerklärung

Ein möglicher Interessenkonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals der ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) liegt nicht vor. Prof. Schrappe vertritt keine Organisation. Er ist in keiner beratenden Funktion tätig, führt keine klinischen Studien durch und vertritt keine Eigentümerinteressen.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Internist, Infektiologe, 1996-2001 QM Univ.-Klinik Köln, 2002-05 Vorstandsvorsitzender Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbevollmächtigter Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. Sachverständigenrat Gesundheit, 2001-7 Vorsitzender d. GQMG, 2005-9 Gründungsvorsitzender Aktionsbündnis Patientensicherheit, derzeit APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit und Risikomanagement“. Kontakt: matthias@schrappe.com



Dipl.-Math. Nils Kossack
 Dipl.-Math. Christian Schindler
 Dr. rer. oec. Dennis Häckl
 Dipl.-Vw. Ines Weinhold

Hydrophobes oder hydrophiles Acrylat: Linsenimplantate und Komplikationsrisiken

Die Katarakt, gemeinhin auch als Grauer Star bekannt, ist einer der häufigsten Gründe für einen operativen Eingriff in Deutschland. Folglich kommt auch den eingesetzten chirurgischen Methoden und Materialien eine große Bedeutung zu. Das WIG2 Institut hat auf Basis einer retrospektiven Routinedatenanalyse die gesundheitsökonomischen Folgen unterschiedlicher Linsenmaterialien bei der operativen Behandlung des Grauen Stars untersucht. Der Vergleich von hydrophoben und hydrophilen Acrylat-Linsen zeigt auf, mit welchen Implantaten das geringere Komplikationsrisiko verbunden ist.

>> Mit 850.000 bis 1.000.000 Fällen pro Jahr ist die Entfernung einer Katarakt, des so genannten Grauen Stars, eine der am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland (AQUA-Institut, 2010). Dabei handelt es sich um eine Erkrankung des Augenapparats, welche sich durch eine Trübung der körpereigenen Linse charakterisiert. Betroffene Patienten leiden daher unter anderem an einem langsam fortschreitenden Verlust der Sehschärfe sowie einer schwächer werdenden Kontrastwahrnehmung.

Dem – vor allem im hohen Alter auftretenden – Krankheitsbild wird in Deutschland zumeist mit einem operativen Eingriff begegnet. Hierbei wird die körpereigene, getrübte Augenlinse chirurgisch entfernt und anschließend durch eine so genannte Intraokularlinse (IOL) – eine künstliche Linse – ersetzt. Dabei steht am deutschen Markt eine Vielzahl an unterschiedlichen Implantaten aus verschiedenen Materialien zur Verfügung. Eingesetzt werden unter anderem PMMA-(Polymethylmethacrylat) Intraokularlinsen, faltbare Exemplare aus Silikon sowie hydrophobe (wasserabweisende) und hydrophile (wasserliebende) Acrylat-Intraokularlinsen.

Laut Informationen der europäischen Datenbank EUREQUO (European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery), welche eigenen Angaben zufolge bereits über 1,6 Millionen Katarakt-Operationen erfassen konnte, werden vorwiegend Intraokularlinsen aus hydrophobem beziehungsweise hydrophilem Acrylat implantiert (vgl. Lundström et al., 2012). Dabei verfügen beide Materialien über unterschiedliche Eigenschaften und bergen folglich auch unterschiedlich ausgeprägte Langzeitr Risiken, die nach operativer Entfernung des Katarakts und Einsetzen des jeweiligen Linsenimplantats auftreten können. Aktuelle Studien und Reviews legen nahe, dass medizinisch – und folglich auch ökonomisch – relevante Langzeitkomplikationen bei Linsen aus hydrophobem Acrylat signifikant niedriger ausgeprägt sind als bei Implantaten aus hydrophilem Acrylat (vgl. Li et al., 2013; Duman et al., 2015).

Zusammenfassung

Die Entfernung einer Katarakt, gemeinhin als Grauer Star bekannt, ist mit 850.000 bis 1.000.000 Fällen pro Jahr einer der häufigsten Gründe für einen operativen Eingriff in Deutschland. Die getrübten, körpereigenen Linsen werden in der Mehrzahl der Operationen durch künstliche Intraokularlinsen aus hydrophobem beziehungsweise hydrophilem Acrylat ersetzt (Lundström et al., 2012). Internationale Studien weisen in einem Vergleich der alternativen Materialien darauf hin, dass der Einsatz einer hydrophoben Linse mit geringeren medizinischen Langzeitkomplikationen, insbesondere dem Auftreten des sogenannten Nachstars, verbunden ist (Li et al., 2013; Duman et al., 2015). Anhand einer retrospektiven Routinedatenanalyse wurde die mit den unterschiedlichen Materialien verbundene Entwicklung und Behandlung dieser und weiterer Komplikationen sowie assoziierter Folgekosten für die deutsche Versorgungsrealität untersucht. Die Studie schloss insgesamt 650 Versicherte ein, die in 2011 eine Katarakt-Operation inklusive Linsenimplantat erhielten und insgesamt 3 Jahre nachbeobachtet werden konnten. Neben der Betrachtung der klinischen Daten wurden für die postoperative Nachbeobachtungszeit von 12 Quartalen auch ökonomische Effekte bewertet. Im Ergebnis zeigt sich, dass innerhalb von 3 Jahren die Komplikation eines Nachstars nach dem Einsatz hydrophober (28 % von 443 Patienten) Intraokularlinsen, verglichen mit hydrophilen Linsen (64 % von 207 Patienten), deutlich seltener behandelt werden muss und der Einsatz hydrophiler Linsen mit 145% höheren durchschnittlichen Nachbehandlungskosten verbunden ist.

Schlüsselwörter

Katarakt, hydrophobe / hydrophile Intraokularlinsen, gesundheitsökonomische und medizinische Analyse, Nachstar

Die am häufigsten auftretende Komplikation nach einer erfolgreichen Katarakt-Operation ist die Cataracta secundaria, der so genannte Nachstar. Dabei handelt es sich um eine postoperative Trübung der hinteren Linsenkapsel, welche einer erneuten operativen Behandlung bedarf. Die gängigste Methode zur Korrektur dieser Nebenwirkung stellt ein lasergestützter Eingriff mittels eines Neodym dotierten YAG-Lasers (Nd:YAG) dar. Anhand retrospektiver Studien mit großen Patientenkollektiven kann vermutet werden, dass bei Verwendung von hydrophoben Acrylat-Linsen auch das Risiko eines auftretenden Nachstars geringer ist als bei der Verwendung von hydrophilen Linsenimplantaten (Auffarth et al., 2004). Gesundheitsökonomisch wird daher auch impliziert, dass der Einsatz von hydrophoben Implantaten eine mittel- bis langfristige Senkung des Ressourcenverbrauchs bewirken kann. Ob und inwiefern diese Annahmen auch der deutschen Versorgungsrealität entsprechen, wird in der folgenden Forschungsarbeit analysiert.

Die Wahl des Linsenimplantats als medizinisch und ökonomisch relevanter Faktor

Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden die hydrophoben und hydrophilen Linsentypen hinsichtlich der medizinischen und ökonomischen Langzeitr Risiken betrachtet. Im Fokus standen die Entwicklungen von möglichen Komplikationen wie der geschilderte Nachstar sowie die damit verbundenen Folgekosten. Im Zuge eines Vergleichs der zwei Linsentypen wurde die Annahme untersucht, ob sich bei der Verwendung hydrophober beziehungsweise hydrophiler Materialien medizinische und ökonomische Unterschiede bezüglich der postoperativen Komplikationen, insbesondere der Nachstartrate, feststellen lassen. Eine derartige Betrachtung auf Basis von Routinedaten ist möglich, da in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern eine kassenübergreifende, unterschiedliche Vergütung der beiden Linsentypen erfolgt und somit verschiedene Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden.

Auswahl der Untersuchungsgruppe und Vorgehensweise

Die Untersuchung wurde als retrospektive Analyse einer Stichprobe aus GKV Routinedaten durchgeführt. Es wurden hierfür vollständig anonymisierte Abrechnungs- und Diagnosedaten von Versicherten einer bayerischen Betriebskrankenkasse einbezogen. Versicherte mit hydrophoben Intraokularlinsen wurden der Studienpopulation A zugeordnet, Versicherte mit hydrophilen Intraokularlinsen entsprechend der Studienpopulation B. Die Analyse wurde aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und bewertet die Ressourcenverbräuche mit Preisen aus dem Jahr 2014.

Als Analysezeitraum für die Studienpopulation wurde ein 60-monatiges Intervall zwischen 2010 und 2014 gewählt. Aus dieser Grundgesamtheit wurden zunächst die Versicherten ausgewählt, die in allen fünf Jahren durchgängig im Freistaat Bayern versichert waren. Versicherte mit versicherungsfreien Zeiten, Kassen- und/oder Wohnortwechsel von und nach Bayern sowie Verstorbene werden folglich in der Analyse nicht berücksichtigt. Aus der Studienpopulation wurden anschließend die Versicherten ausgewählt, bei denen die Diagnose Katarakt gestellt wurde und die im Jahre 2011 eine Implantation genau einer der beiden Linsentypen mit einer gleichzeitigen Katarakt-Operation erhalten haben. Dadurch wurde zum einen eine Implantation aufgrund des Erkrankungsbildes Grauer Star indiziert und zum anderen ein Vorbetrachtungszeitraum von zwölf Monaten sowie ein Nachbetrachtungszeitraum von 36 Monaten garantiert. In die Studie konnten so insgesamt 650 Versicherte eingeschlossen werden: 443 Versicherte mit hydrophobem Intraokularlinsen-Implantat (Studienpopulation A) und 207 Versicherte mit hydrophilem Implantat (Studienpopulation B).

Um zu verifizieren, dass die beiden Studienpopulationen tatsächlich vergleichbar sind, wurden sie zunächst soziodemografisch sowie epidemiologisch, d.h. in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, beschrieben. Dazu wurde neben der Geschlechtsverteilung auch das Alter der Versicherten zum Zeitpunkt der Linsenimplantation in der Studienpopulation bestimmt. Zusätzlich wurde die Morbiditätslast ermittelt, indem vier häufige und operationsrelevante Komorbiditäten (Netzhautablösung und Netzhautriss, Glaukom, Diabetes Typ I/II und Hypertonie) innerhalb eines Jahres vor der Implantation ausgewertet wurden. Als Komorbiditäten werden dabei Erkrankungen verstanden, die parallel zur Grunderkrankung diagnostiziert wurden.

Die Untersuchung bezog einen Zeitraum von zwölf Quartalen nach erfolgter Katarakt-Operation ein und ermittelte zunächst die Behandlungsraten der Komplikation Nachstar. Hierbei wurde für die beiden Studienpopulationen A und B quartalsbezogen analysiert wann und bei welchen Patienten erstmals postoperativ die entsprechend indizierte Therapie „Kapsulotomie“, eine Laser-Behandlung der Linse, durchgeführt wurde.

Zur Berücksichtigung von Langzeitkomplikationen wurde zudem im Zeitverlauf nach der Linsenimplantation quartalsbezogen erfasst, welche Behandlungen weiterer relevanter Komplikationen erfolgt sind. Dazu zählen insbesondere das Auftreten eines Glaukoms oder eine erforderliche Explantation und Neuimplantation der künstlichen Linse. Um eine zeitliche Entwicklung darzustellen, wurde analog zur Nachstarentwicklung pro Versichertem der jeweiligen Studiengruppe analysiert, wie viele Quartale diese ohne die

entsprechenden Ereignisse blieben. Neben der Betrachtung der klinisch relevanten Daten wurden für die postoperative Zeit von zwölf Quartalen auch die ökonomischen Effekte bewertet.

Ergebnisse

Merkmale der untersuchten Katarakt-Patienten

Die Gesamtpopulation der Untersuchung, dargestellt in Tabelle 1, setzte sich aus insgesamt 650 Versicherten zusammen. Davon erhielten 443 Versicherte ein hydrophobes Implantat (Studienpopulation A) und 207 Versicherte ein hydrophiles Implantat (Studienpopulation B). Das Durchschnittsalter der Studienpopulationen betrug 69,65 Jahre in Gruppe A und 70,23 Jahre in Gruppe B. Die Altersverteilung bestätigte, dass das Krankheitsbild Grauer Star vorrangig im höheren Alter auftritt.

Versichertenselektion		
1. Selektion	Versicherte, die 2010 bis 2014 durchgängig in Bayern gemeldet und bei der Krankenkasse versichert waren, mit Katarakt-Diagnose und mit nur einer Art der IOL-Implantation bei Katarakt-Operation in 2011 650	
2. Selektion	Studienpopulation A Hydrophobes IOL-Implantat 443	Studienpopulation B Hydrophiles IOL-Implantat 207

Tab. 1: Versichertenselektion.

Komorbiditäten

Einen weiteren Bestandteil der Untersuchung bildete die Bestimmung der Morbiditätsstruktur beider Gruppen. Hierfür wurden vier für die Implantation von Intraokularlinsen relevante Komorbiditäten innerhalb des Vorbetrachtungszeitraums untersucht (vgl. Tabelle 2). Die Mehrheit der einzuschließenden Versicherten litt, neben dem Grauen Star, auch an Hypertonus (>60 %). Weiterhin zeigte sich eine hohe Prävalenz von Diabetes (>30 %). Ein Glaukom wurde in beiden Gruppen in je ca. 19 % der Fälle diagnostiziert, wohingegen Netzhautschäden in beiden Gruppen nur selten auftraten. Die Prävalenzen bei Diabetes und Hypertonie sind vordergründig auf das hohe Durchschnittsalter der Studienpopulation zurückzuführen.

Da sich – neben Alter und Geschlecht – auch in Bezug auf die Morbiditätsstruktur keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen A und B feststellen ließen, wurde folglich die Vergleichbarkeit beider Untersuchungsgruppen angenommen.

Versichertenselektion					
Komorbiditäten	Gruppe A		Gruppe B		p-Wert
	absolut	relativ	absolut	relativ	
Netzhautablösung/-riss	14	3,16 %	3	1,45 %	0,2924
Glaukom	85	19,19 %	39	18,84 %	1,0000
Diabetes mellitus	133	30,02 %	71	34,30 %	0,2777
Hypertonie	285	64,33 %	132	63,77 %	0,9301

Tab. 2: Morbiditätsstruktur beider Gruppen (Signifikanztest: exakter Fischer-Test).

Entwicklung der Nachstarrate

Der Nachstar stellt die häufigste Komplikation nach dem Einsatz einer Kunstlinse dar. Demzufolge dient die Nachstarrate in den beiden Gruppen als Indikator für die Qualität des Behandlungsergebnisses.

Die am weitesten verbreitete Behandlungsform des Nachstars stellt die Operation mit einem Neodymium-YAG-Laser (kurz Nd:YAG-Laser)¹ dar. Weiterhin finden vereinzelt auch chirurgische Eingriffe² zur Behandlung des Nachstars statt. Abbildung 1 zeigt die Versichertenanteile mit einer Nachstarbehandlung mittels Nd:YAG-Laser oder einem chirurgischen Eingriff im dreijährigen Nachverlauf zur Linsenimplantation.

Tabelle 3 umfasst die Häufigkeiten von Nachstartherapien und veranschaulicht, dass innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraums von 3 Jahren die Komplikation eines Nachstars und die dadurch notwendigen Operationen nach Implantation einer hydrophoben Intraokularlinse signifikant seltener auftraten als nach Implantation einer hydrophilen Intraokularlinse.

Weitere Komplikationen nach Katarakt-Operationen

Zur vollständigen Bewertung der postoperativen Komplikationen wurden zusätzlich die Behandlung eines Glaukoms³, vitreoretinale Eingriffe⁴ sowie die Explantation und sekundäre Implantation einer Intraokularlinse⁵ anhand ihrer Operationsschlüssel betrachtet.

Wie aus Tab. 4. ersichtlich wird, gab es neben dem Nachstar nur sehr wenige weitere Komplikationen, die einen Eingriff erforderten. Daher ließen sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Der Nachstar als nahezu einzige postoperative Komplikation wird zu fast 100 % mit dem YAG-Laser behandelt. Diese Behandlungsmethode birgt weitere Risiken, deren durchschnittliche Auftretenswahrscheinlichkeiten aus der Literatur (vgl. Boureau et al., 2009; Karahan et al., 2014) entnommen, in Tab 5. dargestellt sind.

Versichertenselektion					
Therapie	Gruppe A		Gruppe B		p-Wert
	absolut	relativ	absolut	relativ	
Kapsulotomie der Linse	123	27,77 %	132	63,77 %	<0,0001

Tab. 3: Auswertung der Nachstarrate (Signifikanztest: exakter Fischer-Test).

Dabei kann der kurzzeitige Anstieg des Augeninnendrucks in 1 % der Fälle chronisch werden. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Glaukoms ist als gering zu erachten, was auch anhand der zugrundeliegenden Daten bestätigt werden konnte (Tab 5.). Elschnig

Versichertenselektion					
Therapie	Gruppe A		Gruppe B		p-Wert
	absolut	relativ	absolut	relativ	
Glaukom	9	2,03 %	3	1,45 %	0,7608
Vitreoretinaler Eingriff	7	1,58 %	5	2,42 %	0,5340
Explantation und sek. Implantation IOL	1	0,23 %	0	0,00 %	1

Tab. 4: Auswertung der Nachstarrate (Signifikanztest: exakter Fischer-Test).

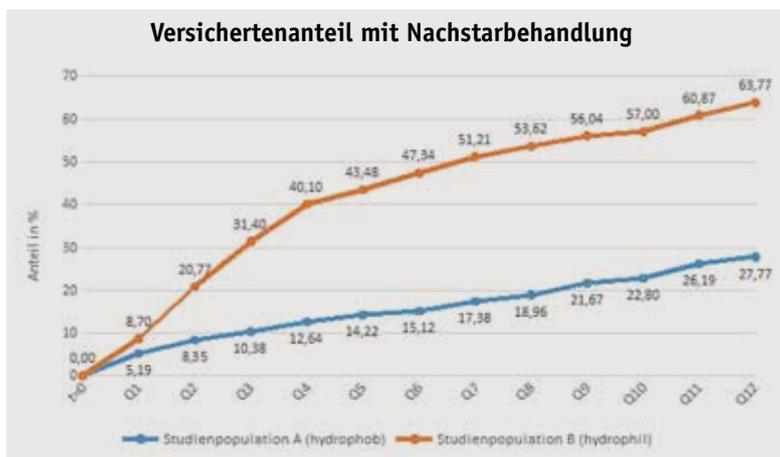


Abb. 1: Versichertenanteil mit Nachstarbehandlung – OPS 5-142.0, 5-142.1, 5-142.2., 5-142.3 (Kapsulotomie).

Spots manifestieren sich als schwarze Flecken auf der Netzhaut und beeinträchtigen so das Sichtfeld. Ihr durchschnittliches Auftreten ist mit fast 50 % nach der Behandlung mit YAG-Laser sehr hoch. Hier muss im Durchschnitt bei einem Viertel der betroffenen Patienten eine zweite Kapsulotomie durchgeführt werden (Kato et al., 1998; Kurosaka et al., 2002).

Auswirkungen auf die Behandlungskosten

Wie in Abb. 1 zu erkennen ist, entwickelten im postoperativen Zeitverlauf von drei Jahren in Studienpopulation A 125 Versicherte (27,77 %) und in Studienpopulation B 132 Versicherte (63,77 %) einen Nachstar, der einen Eingriff per Laserbehandlung notwendig machte. Dahinter stehen eine Anzahl von 179 abgerechneten Gebührenordnungspositionen bei der hydrophoben und 205 kodierten Abrechnungsziffern bei der hydrophilen Intraokularlinse (siehe Tab 6). Daneben wurden alle relevanten EBM-Ziffern im Kontext der Nachbehandlung berücksichtigt⁶.

Bezieht man die durchschnittliche Anzahl der jeweils abgerechneten Gebührenordnungspositionen pro Versicherten innerhalb der Studienpopulationen auf die entsprechenden Kosten der EBM-Ziffern gemäß des Regelleistungsvolumens, so resultieren durchschnittliche Kosten über alle Abrechnungsziffern pro Versicherten von 39,67 Euro in Gruppe A und 97,64 Euro in Gruppe B.

Damit waren die postoperativen durchschnittlichen Kosten aufgrund einer Nachstarbehandlung bei Versicherten mit hydrophilem Implantat um ca. 145 % höher als bei denen mit hydrophoben Implantat. Nicht berücksichtigt wurden im Rahmen dieser Kostenbetrachtung die Grundpauschale für Augenärzte über die

- 1: Anhand der OPS-Codes der Prozedurenklassen 5-142.0, 5-142.2
- 2: Anhand der OPS-Codes der Prozedurenklassen 5-142.1, 5-142.3
- 3: Anhand der OPS-Codes der Prozedurenklassen 5-131, 5-132, 5-133 und 5-134
- 4: Anhand der OPS-Codes der Prozedurenklassen 5-152, 5-153, 5-154, 5-155, 5-156, 5-157, 5-158 und 5-159
- 5: Anhand der OPS-Codes der Prozedurenklassen 5-146, 5-147.2 und 5-147.3
- 6: Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31341 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31724 oder 31725 berechnet werden.

EBM-Ziffern 06210, 06211 bzw. 06212 in Höhe von 12,87 Euro bis 15,60 Euro, da hier die eindeutige Zuordnung dieser Kosten zur Nachstarbehandlung nicht möglich war. Dennoch ist davon auszugehen, dass in einem Großteil der Fälle der Arztkontakt nur auf Grund der Behandlung des Nachstars stattfand. Legt man diese Annahme zugrunde, dann sollte durch die nicht vollständig berücksichtigten Mehrkosten der Behandlung des Nachstars die ökonomische Vorteilhaftigkeit der hydrophoben Linsen steigen.

Fazit

Mit Hilfe der durchgeführten Sekundärdatenanalyse lassen sich aus gesundheitsökonomischer Perspektive verschiedene Schlussfolgerungen zum Einsatz von Intraokularlinsen in Deutschland ziehen. Innerhalb der postoperativen Nachbehandlung kann festgestellt werden, dass die Nachstarrate nach erstmaligem Einsatz einer hydrophilen Intraokularlinse deutlich höher ist als nach Implantation einer hydrophoben Linse.

Die Nd:YAG-Laser Kapsulotomie stellt dabei die zentral durchgeführte Methode zur Therapie des Nachstars dar, wohingegen die chirurgische Behandlung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Insgesamt lässt sich die Identifikation eines Nachstars über die entsprechende Laserbehandlung als realitätstreu Instrument zur Bewertung des Behandlungsbedarfes des Nachstars nutzen. Abgesehen von der Nachstarentwicklung konnten bei den weiteren postoperativen Komplikationen allerdings keine nennenswerten Unterschiede festgestellt werden.

Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass das Risiko eines Nachstars von außerordentlich großer Relevanz für die Behandlung einer Katarakt ist. Hierbei zeigte sich, dass es entscheidend ist, aus welchem Material die eingesetzte Linse besteht. Folglich konnte die bereits in der Literatur (vgl. Sundelin et al., 2014; Li et al., 2013) aufgezeigte Annahme, dass hydrophobe Linsen den hydrophilen bezüglich der Nachstarentwicklung überlegen sind, für den Untersuchungszeitraum ebenfalls unter deutschen Realbedingungen bekräftigt werden. Die hydrophoben Linsen zeigten sich im Rahmen der Studie sowohl medizinisch als auch ökonomisch überlegen.

Obwohl in der Studie die Perspektive der gesetzlichen

Komplikationen bei YAG-Laser-Einsatz	
Art der Komplikation	durchschnittliche Rate des Auftretens
kurzzeitiger Anstieg des Augeninnendrucks	5,00 %
Auftreten eines Glaukoms	1,34 %
Makulaödem	1,20 %
Netzhautablösung	1,20 %
Abnahme der Sehschärfe	4,00 %
Elschnig Spots	47,60 %

Tab. 5: Komplikationen aufgrund des Einsatzes eines YAG-Lasers.

Auswertung der Nachstarrate					
		Studienpopulation A - Hydrophobes IOL- Implantat -		Studienpopulation B - Hydrophiles IOL- Implantat -	
		Summe	pro Versicherten	Summe	pro Versicherten
Anzahl Versicherte		443		207	
Abgerechnete EBM-Ziffern	31341	179	0,40	205	0,99
	31501	179	0,40	205	0,99
	31724	8	0,02	0	0,00
	31725	106	0,24	151	0,73
Wert der abgerechneten EBM-Ziffern in Euro	31341 (78,68 pro EBM)	14.083,72	31,79	16.129,40	77,92
	31501 (14,69 pro EBM)	2.629,51	5,94	3.011,45	14,55
	31724 (13,46 pro EBM)	107,68	0,24	0,00	0,00
	31725 (7,09 pro EBM)	751,54	1,70	1.070,59	5,17
Gesamtkosten der Nachstarbehandlung		17.572,45	39,67	20.211,44	97,64

Tab. 6: Auswertung der Nachstarrate (Signifikanztest: exakter Fischer-Test).

Literatur

- Auffarth, G., et al. (2004). „Comparison of Nd: YAG capsulotomy rates following phacoemulsification with implantation of PMMA, silicone, or acrylic intra-ocular lenses in four European countries.“ *Ophthalmic Epidemiology*, Vol. 11, Issue 4, 319-329.
- Boureau, C., Lafuma, A., Jeanbat, V., Smith, A., Berdeaux, G. (2009). „Cost of cataract surgery after implantation of three intraocular lenses.“ *Clinical ophthalmology*, Vol. 3, 277-285.
- Duman, R., Karel, F., Özyol, P., Ates, C. (2015). „Effect of four different intraocular lenses in posterior capsule opacification.“ *Int J Ophthalmol*, 8(1): 118-121.
- Karahan, E., Tuncer, I., & Zengin, M. O. (2014). The effect of ND: YAG laser posterior capsulotomy size on refraction, intraocular pressure, and macular thickness. *Journal of ophthalmology*, 2014.
- Kato, K., et al. (1998). „Elschnig pearl formation along the posterior capsulotomy margin after neodymium: YAG capsulotomy.“ *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, Vol. 23, Issue 10: 1556-1560.
- Kurosaka, D., et al. (2002). „Elschnig pearl formation along the neodymium: YAG laser posterior capsulotomy margin: Long-term follow-up.“ *Journal of Cataract & Refractive Surgery* Vol. 28, Issue 10. 1809-1813.
- Li, Y., Wang, J., Chen Z., Tang, X. (2013). „Effect of hydrophobic acrylic versus hydrophilic acrylic intraocular lens on posterior capsule opacification: meta analysis“, *PLoS ONE* 8(11): e77864.
- Lundström, M., Barry, P., Henry, Y., Rosen, P., Stenevi, U. (2012). „Evidence-based guidelines for cataract surgery: guidelines based on data in the European Registry of Quality Outcomes for Cataract and Refractive Surgery database.“ *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, Vol. 38, Issue 6. 1086-1093.
- Sundelin, K., Almarzouki, N., Soltanpour, Y., Petersen, A., Zetterberg, M. (2014): „Five-year incidence of Nd:YAG laser capsulotomy and association with in vitro proliferation of lens epithelial cells from individual specimens: a case control study“, *BMC Ophthalmology* 14:116
- AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2010). *Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Kataraktoperation, Abschlussbericht, Göttingen.*

Krankenversicherung eingenommen wurde, ist bei einem Fokus auf Folgeeingriffe davon auszugehen, dass auch aus Patientensicht das hydrophobe Linsen-Implantat zu bevorzugen ist. Auf Grund des niedrigeren Risikos einer Nachstar-Komplikation sind die prognostizierten intangiblen Kosten für die Katarakt-Patienten bei Implantation einer hydrophoben Intraokularlinse als geringer einzuschätzen. Gleichwohl kann auf Basis der verfügbaren Sekundärdaten keine medizinische Bewertung und auch keine Untersuchung der Patientenzufriedenheit erfolgen. <<

Autorenerklärung

Nils Kossack, Christian Schindler, Dr. Dennis Häckl und Ines Weinhold sind Mitarbeiter des Unternehmens WIG2 GmbH in Leipzig. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Alcon Pharma GmbH. Die Autoren bestätigen, dass durch die Förderung keine Einflussnahme auf Verlauf und Ergebnisse der Forschungsarbeit genommen und vorab ein ausführliches Analyseprotokoll erstellt wurde.

Hydrophobic or Hydrophilic Acrylate: Lens Implants and Complication Risks

The cataract extraction is one of the most frequent surgeries in Germany. About 850.000 to 1.000.000 procedures are performed on a yearly basis. In most cases the clouded natural lens is replaced by a hydrophobic or hydrophilic acrylic intraocular lens (IOL) implant (Lundström et al., 2012). International evidence suggests a lower risk of long-term complications after surgery, in particular posterior capsule opacifications (so called "secondary cataract"), if a hydrophobic IOL was implanted (Li et al., 2013; Duman et al., 2015). The aim of this retrospective study was to assess the impact of different IOL material types on development of posterior capsule opacification, the associated treatment rates and other complications as well as associated follow-up costs in Germany. We included 650 patients who underwent cataract extraction and implantation of either an acrylic hydrophobic or hydrophilic IOL in 2011. We assessed clinical outcomes as well as associated economic effects in a 3-year follow-up. Secondary cataract that required laser capsulotomies occurred significantly less frequent in patients, who had received a hydrophobic IOL (28 % of 443 patients) compared to the group with hydrophilic IOL implants (64 % of 207 patients). Costs for postoperative treatment were 145% higher in the hydrophilic IOL group compared to the hydrophobic IOL group.

Keywords

Cataract, acrylic hydrophobic / hydrophilic intraocular lens, posterior capsule opacification, costs, secondary cataract

Dipl.-Math. Nils Kossack

Prädikatsexamen als Diplom-Mathematiker mit Spezialisierung in Versicherungsmathematik und Statistik an der Universität Leipzig. Paralleles Studium der Informatik mit Abschluss als Bachelor of Science (B. Sc.). Kossack war 5 Jahre analytischer Projektleiter für Tarifikkulationen, versicherungs-mathematische Gutachten sowie gesundheitsökonomische Evaluationen bei den Gesundheitsforen Leipzig. Seit Juni 2014 verantwortet er den Bereich Analytik und Datenmanagement für das WIG2 Institut.

Kontakt: kossack@wig2.de



Dipl.-Math. Christian Schindler

Diplom-Studium der Wirtschaftsmathematik mit Ausrichtung auf Finanz- und Versicherungsmathematik an der Universität Leipzig. Anschließend Forschungstätigkeit in der interdisziplinären Forschungsgruppe „Wissenschaftliches Rechnen“ am Max-Planck-Institut für Mathematik in den Naturwissenschaften. Seit 2015 beschäftigt beim WIG2 Institut in Leipzig mit dem Aufgabenbereich Analytik und Datenmanagement. Kontakt: schindler@wig2.de



Dr. rer. oec. Dennis Häckl

Studium der Volkswirtschaftslehre in Nürnberg und Detroit (MI, USA) mit anschließender Promotion als persönlicher Referent des Rektors sowie Projektleiter im Center for Healthcare Management an der Handelshochschule Leipzig. Lehr- und Forschungstätigkeiten an der Technischen Universität Dresden. Seit 2014 Gründer, wissenschaftlicher Direktor und Geschäftsführer am Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 GmbH) in Leipzig. Kontakt: haeckl@wig2.de



Dipl.-Vw. Ines Weinhold

Studium der Volkswirtschaftslehre und anschließender Beginn der Promotion am Gesundheitsökonomischen Zentrum der Technischen Universität Dresden. Frau Weinhold beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit patientenorientierter Versorgung, regionaler Variation sowie neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Bis 2014 Mitglied der Nachwuchsforscherguppe InnoTech4Health am Lehrstuhl für Entrepreneurship und Innovation der Technischen Universität Dresden. Seit 2015 Mitarbeiterin des WIG2 und verantwortlich für den Bereich Forschung und Evaluation. Kontakt: weinhold@wig2.de



VERSORGUNGSFORSCHUNG

SCHAFFT NEUE RÄUME - BEZIEHEN SIE POSITION

VERSORGUNGSFORSCHUNG



Im 9. Jahrgang. Seit 2014 in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

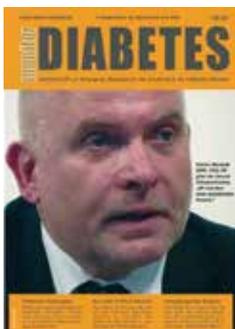
Im Praxisbeirat aktiv: Aktionsbündnis Patientensicherheit / AOK Nordost / arvato Healthcare / BAG Selbsthilfe / Boehringer Ingelheim/ Deutsche BKK / DocMorris /IGES-Institut / Kassenärztliche Vereinigung Bayern / KV Brandenburg / Lilly Deutschland / Novartis / MedicalContact / OptiMedis / Sanofi-Aventis / Vivantes / Zentral-institut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)



Start: 2015

In Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat

Im Praxisbeirat aktiv: Schlütersche Verlagsgesellschaft



Start: 2016, 2. Quartal

In Kooperation mit der DDG und diabetes.de

Im Start-Praxisbeirat aktiv: Roche Diabetes Care Deutschland



Start: 2016, 2. Quartal

In Kooperation mit der Deutschen Schmerzgesellschaft

Im Start-Praxisbeirat aktiv: TEVA

Möchten auch Sie die neuen Monitore als Mitglied des jeweiligen Praxisbeirats unterstützen, weil Ihnen die Versorgung in Bereich Pflege, Diabetes und Schmerz besonders am Herzen liegt?

Dann kontaktieren Sie bitte:

Peter Stegmaier (Chefredakteur)
stegmaier@monitor-pflege.de
stegmaier@monitor-diabetes.de
stegmaier@monitor-schmerz.de

oder

Prof. Dr. Reinhold Roski (Herausgeber)
roski@monitor-pflege.de
roski@monitor-diabetes.de
roski@monitor-schmerz.de



NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

- ... **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art
- ... **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen
- ... **Einsatz:** 15.000 MitarbeiterInnen geben jeden Tag ihr Bestes
- ... **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken
- ... **Vielseitigkeit:** 9 Klinika, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 12 MVZs, 1 Hospiz und mehr
- ... **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit
- ... **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser
- ... **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

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

Ein Weg, der sich u. a. durch die Nähe auszeichnet, die unsere fast 15.000 MitarbeiterInnen den ihnen anvertrauten Menschen entgegenbringen. Die Verbundenheit ist historisch gewachsen: Kein anderer Krankenhausbetreiber verfügt über ein so dichtes Netzwerk in Berlin wie Vivantes.

9 Krankenhäuser, 5 Komfortkliniken, 14 Tageskliniken, 15 Senioreneinrichtungen, 1 Hospiz, 12 Medizinische Versorgungszentren sowie Einrichtungen für ambulante Pflege und Rehabilitation.

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



Vivantes