

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Univ.-Prof.
Dr. Michel Wensing, Heidel-
berg: „Implementation Science
ist angewandte Skepsis“

- „Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke“ (Schöffski)
- „Effekte neuer onkologischer Arzneimittel“ (Häussler)
- „Hüftfrakturrisiko bei Demenzpatienten“ (Kostev)

Editorial

Zukunftsweisendes entwickeln 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Implementation Science ist angewandte Skepsis“ 6

Titelinterview mit Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing, Heidelberg

Spezialisierte Fachkräfte sind gefragt 14

Robert Bosch Stiftung fördert Studie zu Demenz im Allgemeinkrankenhaus

Pfade zwischen Geriatrie, Chirurgie, Reha 16

Weißbuch Gelenkersatz im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V.

Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit vereinbar 18

10 Jahre Gesundes Kinzigtal

If you have a problem, go to Leipzig 20

Fachsymposium „Gesundheit und Versorgung 2016“

„Schmerzmedizin ist kein Luxus“ 22

Neue Versorgungsforschungskonzepte durch den Zugang zu Routinedaten

„Wir brauchen eine Qualitätsoffensive“ 23

Interdisziplinarität schon in der Ausbildung lernen

Aufgabenvielfalt für Versorgungsforschung 2020 29

10 Jahre Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Zahlen - Daten - Fakten

Arzneimitteltherapiesicherheit durch den G-BA 12

Standards

Impressum 2

News 17

Dieser Ausgabe liegt die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

INNOFONDS

Bitte beachten Sie die Sonderseiten (25-28) zum Innovationsfonds, mit denen MVF regelmäßig über den Entwicklungsstatus informiert wird.

WISSENSCHAFT

Dr. med. Ariane Höer / Dipl.-Psych. Guido Schiffhorst / Prof. Dr. med. Bertram Häussler 37

Welche Effekte können von neuen onkologischen Arzneimitteln erwartet werden?

In der vorliegenden Studie wird für onkologische Arzneimittel, die seit Einführung der frühen Nutzenbewertung neu auf den Markt kamen, der Überlebensvorteil gegenüber der Vergleichstherapie aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Dazu konnten 19 geeignete Verfahren der frühen Nutzenbewertung herangezogen werden. Der Vorteil der neuen Wirkstoffe mit Bezug auf die mediane Überlebenszeit war in 63% der Fälle größer als drei Monate. Anhand von Modellierungen konnte der Vorteil bezogen auf die mittlere Überlebenszeit geschätzt werden. Dieser war in 86% der Fälle größer als drei Monate. Modelliert wurde außerdem die Zahl der gewonnenen Lebensjahre für die Zielpopulationen innerhalb von 10 Jahren ab Therapiebeginn. Hier ergaben sich maximal 55.915 Lebensjahre für die Wirkstoffe der 19 berücksichtigten Verfahren. In vielen europäischen Ländern werden neue Arzneimittel nach der zentralen Zulassung verzögert eingeführt. Bezogen auf die deutschen Gegebenheiten würden Verzögerungen von sechs bzw. zwölf Monaten dazu führen, dass der Gewinn an Lebensjahren um knapp 30 bzw. 50% gemindert würde.

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev / Dr. med. Jens Bohlken 41

Hüftfrakturrisiko bei Demenzpatienten in deutschen Hausarztpraxen

Das Ziel war es, das Hüftfrakturrisiko bei in deutschen Hausarztpraxen behandelten Demenzpatienten zu analysieren. Diese Studie umfasste Patienten im Alter zwischen 65 und 90 Jahren aus 1.072 Hausarztpraxen, bei denen zum ersten Mal zwischen 2010 und 2013 eine Demenz diagnostiziert wurde. Die Kontrollen wurden den Demenzpatienten 1:1 nach Alter, Geschlecht und Art der Krankenversicherung zugeordnet. Der primäre Endpunkt der Studie war die Diagnose von Hüftfrakturen innerhalb der dreijährigen Nachbeobachtungszeit. Insgesamt wurden 53.156 Demenzpatienten und 53.156 Kontrollen in die Studie eingeschlossen. 5,3 % der Patienten und 0,7 % der Kontrollen hatten nach 3 Jahren eine Hüftfraktur erlitten.

Katharina Gudd, M.Sc. / Daniela Nitschke, M.Sc. / Regina Pfeffermann, B.A. / Dr. Tanja Bratan PhD, M.Sc. / Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH 47

Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein literaturbasiertes Framework der Einflussfaktoren

Im deutschen Gesundheitswesen wird immer wieder eine stärkere Vernetzung der Akteure gefordert. Mit hohen Fördersummen werden Gesundheitsinnovationen gefördert, die sich nach Auslaufen der Förderung jedoch häufig nicht selbst tragen können. Ziel dieser Studie ist es Faktoren der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen zu identifizieren und zu einem Framework zusammenzufassen. In einem zweistufigen Ansatz wurden zunächst basierend auf einer systematischen Literaturrecherche Faktoren der Nachhaltigkeit identifiziert. Auf diesen Ergebnissen aufbauend wird das theoretische Modell in einem zweiten Teil mittels Experteninterviews empirisch überprüft.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 33-36

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.)
Kölnerstr. 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
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
www.eration.org
mail@eration.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
Kölnerstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement
„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

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

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
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: 6.535
(IVW 2. Quartal 2016)



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 Greifs-
wald



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



Dr. Marco Penske



Gerhard Stein



Prof. Dr. Christian
Franken



Prof. Dr.-Ing.
Thomas P. Zahn



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Roland Lederer



Dipl. Kffm. Fabian
Demmelhuber



Dr. Hans-Joachim
Helming



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Prof. Dr. Stephan
Burger



Dr. Andreas Kress



Dr. h.c. Helmut
Hildebrandt



Ralph Lägel



Dr. Thomas
Trümper



Prof. Dr.
W. Dieter Paar



Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve



Dr. Dominik Graf
von Stillfried





**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Zukunftsweisendes entwickeln

MVF-Titelinterview mit Prof. Dr. Michel Wensing, Universität Heidelberg

> S. 6 ff.

Immer wieder geht es im Gesundheitswesen und hier in „Monitor Versorgungsforschung“ um die Frage, wie schnell und in welcher Qualität kommen innovative Behandlungsmethoden, neue Arzneimittel und Prozessinnovationen bei den Versicherten und Patienten an. Häufig liegt in der Verbreitung von im Kleinen erprobten Verbesserungen und deren Durchsetzung in der Regelversorgung das eigentliche Problem. **Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing** beschäftigt sich in Heidelberg am ersten Lehrstuhl für „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft“ mit diesen Fragen, zu denen man in Großbritannien, Amerika und Kanada, aber auch in den Niederlanden, schon weiter ist. Vielleicht ist „Implementation Science“ auch so etwas wie angewandte Skepsis. Es gibt nun einmal mehr Forschung dazu, dass etwas nicht funktioniert, als Studien, die das Gegenteil beweisen.“ Zudem „ist ein großer Teil der bisherigen Versorgungsforschung und auch der Implementierungsforschung sehr praktisch und pragmatisch daran orientiert, wie man bestehende Programme und Versorgungsstrukturen evaluiert. ... Aber: Es kommt dadurch nichts Neues heraus.“ Wensing sieht sich „als Wissenschaftler, der nicht nur Bestehendes evaluieren, sondern auch etwas Neues, Zukunftsweisendes entwickeln will.“

Innovationsfonds

Auf unseren Sonderseiten zum Innovationsfonds präsentiert **Dr. Ilona Köster-Steinebach** vom Verbraucherzentrale Bundesverband diesmal die Patientensicht. Sie befürchtet, „dass der InnoFonds zum Schaulaufen kassentauglicher Projekte für neue Selektivverträge gerät.“ **Dr. Karsten Neumann** vom IGES Institut reflektiert die Erfahrungen der letzten Wochen und Monate, die aus der Mitarbeit bei mehreren Anträgen resultieren.

> S. 25 ff

10 Jahre Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

> S. 29 ff.

Wir berichten über 10 Jahre Arbeit des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung sowie über die Aufgaben der Versorgungsforschung bis zum Jahr 2020 aus der Sicht von Politik und Leistungserbringern sowie der Wissenschaft selbst.

Wissenschaftliche Beiträge

Höer, Schiffhorst und **Häussler** analysieren 19 Verfahren zum Überlebensvorteil durch onkologische Arzneimittel, die seit Einführung der frühen Nutzenbewertung neu auf den Markt gekommen sind. Der Vorteil der neuen Wirkstoffe in Bezug auf die mediane Überlebenszeit war in 63% der Fälle größer als drei Monate. Anhand von Modellierungen konnte der Vorteil bezogen auf die mittlere Überlebenszeit geschätzt werden; dieser war in 86% der Fälle größer als drei Monate. Damit wird eine verbreitete Aussage relativiert, dass der Überlebensvorteil in der Regel nur „zwei bis drei Monate“ beträgt. Auf die Lebensqualität geht der Beitrag allerdings nicht ein.

> S. 37 ff.

Kostev und **Bohlken** erforschen das Hüftfrakturrisiko bei in deutschen Hausarztpraxen behandelten Demenzpatienten, bei denen zwischen 2010 und 2013 zum ersten Mal eine Demenz diagnostiziert wurde. Die Daten ergaben, dass Demenz, Unterbringung im Pflegeheim und Osteoporose Risikofaktoren für das Auftreten von Brüchen sind.

> S. 41 ff.

Gudd u.a. identifizieren Erfolgsfaktoren für die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke und fassen sie zu einem Framework zusammen. In diesem Beitrag präsentieren sie die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche und finden acht Faktoren, die die Nachhaltigkeit beeinflussen. In der nächsten Ausgabe überprüfen die Autoren dieses Modell durch Experteninterviews.

> S. 47 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Und natürlich weiter einen erholsamen Sommer.

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 Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing, Heidelberg

„Implementation Science ist angewandte Skepsis“

Mit dem Lehrstuhl für „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ hat die Universität Heidelberg den ersten dieser Art in Deutschland ins Leben gerufen. Dessen Lehrstuhlinhaber, Univ.-Prof. Dr. Michel Wensing, gilt mit über 350 wissenschaftlichen Publikationen (H-Index 37), über 25 randomisierten Studien und 35 betreuten Doktoranden als einer der wenigen deutschsprachigen Fachleute auf dem Gebiet der Implementation Science. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem gebürtigen Niederländer über sein in Deutschland noch recht unbekanntes Fachgebiet.

>> „Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care“ – aus dem Jahre 2013 – heißt die englischsprachige zweite Auflage der im Jahre 2001 erschienen niederländischen Erstveröffentlichung „Implementatie – effectieve verbetering in de patientenzorg“, geschrieben von Prof. Richard Grol – dem damaligen Direktor des Nijmegen Centers für Evidence Based Practice (NCEBP) und Direktor des IQ Healthcare des Medizinischen Fakultät der Radboud Universität Nijmegen – und Ihnen als Co-Herausgeber. Wäre es nun nicht an der Zeit, den Gedanken der Implementierungswissenschaft auf deutsch zu veröffentlichen?

Mein früherer Chef, Richard Grol, und ich arbeiten zwar gerade an einer neuen niederländischen Version, weil auch das letzte, englischsprachige Buch schon wieder einige Jahre alt ist und sich seitdem international in der Implementierungswissenschaft einiges getan hat. Doch habe ich jetzt – als Professor in Deutschland tätig – durchaus die Ambition, dieses Fachbuch auch einmal auf Deutsch zu veröffentlichen. Doch ist Deutsch nach Holländisch und Englisch erst meine Drittsprache, sodass ich mich mit einigen Formulierungen noch etwas unsicher fühle.

Die Erscheinungssprachen der beiden Fachbücher sprechen doch eigentlich auch dafür, dass die Implementierungswissenschaft in den Niederlanden als auch in den angelsächsischen Ländern weiter fortgeschritten ist als in Deutschland.

Der Eindruck ist durchaus richtig. Der Implementierungswissenschaft wurde bisher im deutschsprachigen Raum recht wenig als eigenständiges Fachgebiet wahrgenommen. Zwar arbeiten und forschen hierzulande durchaus auch einige Personen in dieser Richtung, aber es gibt in Deutschland bislang weder Arbeitsgruppen und Workshops noch Kongresse oder Fachbücher dazu. Aber immerhin existiert seit kurzem ein erster Lehrstuhl, auf den ich berufen worden bin und der sich mit „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft“ beschäftigt. Doch in Großbritannien, Amerika und Kanada, aber auch in den Niederlanden ist das Themengebiet mit viel mehr als nur einem Lehrstuhl besetzt. Besonders im englischsprachigen Raum gibt es relativ viel Forschung in diese Richtung, was man an der Entwicklung der Publikationsrate in der Zeitschrift „Implementation Science“ ganz gut nachvollziehen kann.

Warum ist die Implementierungswissenschaft in den angelsächsischen Ländern so stark vertreten, und im westeuropäischen Gebiet erst im Aufbau begriffen, wobei hier Holland sicher die Ausnahme bildet.

Das ist eine gute Frage, die nicht einfach zu beantworten ist. Eigentlich ist für mich ein Widerspruch in sich, wenn es einerseits

in Deutschland sehr viel Interesse an Evidenzbasierter Medizin und Forschung zum Nutzen von Innovationen gibt, sich aber andererseits nur wenige Forscher wissenschaftlich die Frage stellen, wie all das die Versorgung verbessern hilft. Das kann man historisch nur damit erklären, dass das Fachgebiet Implementierungswissenschaft, der Implementation Science, in Deutschland eher in Beziehung zu bestimmten medizinischen Disziplinen steht, aber nicht unbedingt als ein eigenständiges Fachgebiet betrachtet wird. Zumindest bisher.

Auch wenn laut David Sackett (MMW 1997) der philosophische Ursprung der Evidenzbasierten Medizin ins Paris Mitte des 19. Jahrhunderts und weiter zurückreicht, wird auch im deutschsprachigen Raum EbM seit Mitte der Neunziger Jahre diskutiert und bereits 1998 das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) gegründet. Das ist auch schon wieder knapp 20 Jahre her.

Das stimmt wohl. Doch existieren in Deutschland nicht genügend Professuren dazu. Und obwohl es eine Cochrane-Arbeitsgruppe für Implementation Science gibt, nehmen daran keine deutschsprachigen Vertreter teil.

Das verwundert, weil Deutschland an und für sich sehr wissenschaftsgläubig ist. Bislang glaubt man in der Versorgungsforschung an den Dreiklang Input, Throughput und Output. Aber was kommt danach? Was in der Versorgungsrealität und vor allem im Zeitverlauf passiert, ist noch nicht so richtig fassbar geworden.

Ich habe mich auch gewundert, warum das so ist, wo doch in Deutschland Wissenschaft sehr hoch geschätzt wird. Doch abgesehen von einer eher wissenschaftlichen Beschäftigung gibt es natürlich in allen Gesundheitssystemen, so auch im deutschen, zahlreiche Implementierungsaktivitäten.

Welche denn?

Das beginnt bereits bei Fort- und Weiterbildungen innerhalb der Gesundheitsberufe. Auch das ist bereits Implementierung. Doch so richtig spricht man davon eher im Zusammenhang mit Selektivverträgen und Disease-Management-Programmen, die durchaus als Praxisbeispiele von Implementierungsaktivitäten gelten können. Doch leider gibt es relativ wenig Forschung dazu.

Weil DMP die einzigen Programme sind, bei denen die Evaluation gesetzlich vorgeschrieben war. Alle anderen Instrumente, die bislang in den Markt und damit in die Versorgung gebracht worden sind, wurden nicht evaluiert, und können deshalb als politisch gewollte Großversuche oder auch als Blindflüge gewertet werden.

Das lag aber mehr am politischen Druck DMP flächendeckend auszurollen.

Weil sich die Politik die Zeit nicht nehmen wollte oder wohl eher konnte, um die nötigen Studien durchführen zu können.

Das ist doch überall so. Das läuft auch im Ausland nicht besser. In Großbritannien hat man die Quality-and-Outcomes-Framework, die eine bessere Bezahlung für Hausärzte vorsehen, die bessere Qualität aufgrund bestimmter Qualitätsindikatoren liefern, auch gleich direkt im ganzen Land ausgerollt. Was dazu führte, dass man das ganze nun nur in einem sogenannten Observational Design evaluieren kann, das aber geschah wenigstens recht ausführlich. Inzwischen beschäftigen sich immerhin über 100, teilweise auch hochrangige Publikationen mit dem Quality-and-Outcomes-Framework. Aber wie gesagt: eben ohne die Möglichkeit, eine Kontrollgruppe zu bilden, und damit ohne einzige kontrollierte Studie.

Geschieht das, weil die Politik nicht so weit ist oder weil es die Wissenschaft nicht geschafft hat, dieses Themen an der richtigen Stelle zu platzieren?

Beides. Es wäre anzuraten, dass sich die Politik bei solchen Großversuchen ein bisschen mehr Zeit nähme und die Evaluation als hohen Wert begreifen würde. Andererseits wäre auch seitens der Wissenschaft ein klares Signal von Nöten, dass auch gute Evaluation nicht immer Jahre oder gar Jahrzehnte dauern muss und es darum erste Ergebnisse erst dann gibt, wenn die politisch intendierte Fragestellung gar nicht mehr aktuell ist. Zudem herrscht oft noch der Gedanke vor, dass große Evaluationsstudien nicht nur sehr lange dauern, sondern auch immer sehr teuer sein müssen. Beides ist ein Missverständnis. Denn man kann durchaus Studien durchführen, die weder das Zeit- noch das Finanzbudget sprengen und die dennoch relativ schnell wertvolle Informationen liefern können.

Welche meinen Sie?

Man kann beispielsweise Praxen und Krankenhäuser bezüglich ihrer Verordnungen und Einweisungen relativ einfach in ein Evaluationsdesign bringen, um dann über ein Feedback-System Wissen zu vermitteln und damit durchaus auch Einfluss nehmen zu können. Wenn man das zeitlich gestaffelt mit unterschiedlichen Feedback-Varianten gestaltet – ob das nun bestimmte Informationen, eine bestimmte Darstellung oder ein damit verbundenes Extrahonorar ist – bekommt man sehr schnell Ergebnisse.

Das braucht eine experimentelle Kultur, die es vielleicht in Deutschland noch zu wenig gibt.

Genau. Aber das ist auch zutiefst menschlich und überall auf der Welt so: Man entscheidet sich für einen bestimmten Weg und hofft, dass es irgendwie gut gehen wird. Dabei weiß doch jeder, dass es besser wäre, diverse Piloten – inklusive deren Kontroll- oder hier vielleicht besser Nichtinterventionsgruppen – aufzusetzen und unterschiedlich zu skalieren. Dann kann man diese Piloten sehr gut miteinander vergleichen und hat eine weit bessere politische Entscheidungsgrundlage.

Das ist wohl eher Wissenschaftstheorie denn Realität.

Ich bin zwar grundsätzlich Optimist, doch folge ich eher dem Grundgedanken, dass Wissenschaft per se etwas Gutes ist. Das gilt nicht nur für die biologische oder klinische Forschung, sondern auch für die Versorgungsforschung, bei der es darum geht, Erkenntnis darüber zu gewinnen, wie etwas am besten in der Alltagspraxis umzusetzen oder anzuwenden oder auch zu vermeiden ist.

Nehmen wir doch einmal die Translation innerhalb der Epidemiologie.

Die gibt es schon seit knapp 30 Jahren, nur hat es da nicht immer das Label Implementierung. In Kanada wird es zum Beispiel KT Research oder Knowledge Transfer genannt und als Teil der Qualitätsstrategie verstanden.

Könnte man auch Wissensmanagement dazu sagen?

Das ist durchaus ein Teil dieser Welt. Manche sprechen aber lieber von Improvement Science, was aber wieder aus einer etwas anderen Tradition kommt. Doch all diese Ansätze, all diese Richtungen haben auch sehr viele Ähnlichkeiten, auch wenn es durchaus Wissenschaftler gibt, die meinen, dass es mehr Unterschiede gibt.



Welche Sicht der Translation lehren Sie in Ihrem neuen Masterstudiengang Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft?

Grundsätzlich führen wir die zwei Antipoden zusammen, die da heißen: praxisbezogen und forschungsorientiert. In Modul „Implementation Science“, das ich lehre, wird die Forschung und damit die wissenschaftliche Seite der Implementierung behandelt, was einen weiteren Blick auf Innovationen in der Versorgung und einen weiteren auf die Grundlagenforschung in der Sozialwissenschaft und der Managementwissenschaft beinhaltet. Ein anderes Modul – übrigens von insgesamt neun – beschäftigt sich mit der „Qualitätsverbesserung“. Dieses Modul ist durchaus auch forschungsorientiert angelegt, aber ebenso praktisch orientiert, indem es

die Programme und Strukturen behandelt, die es in Deutschland gibt.

Könnten Sie dafür Beispiele anführen?

Das wäre das Qualitätsprogramm des Gemeinsamen Bundesausschuss, das eigentlich ein reines Feedback-Programm ist. Denn hier wird ja nichts anderes gemacht, als Daten über die Qualität der Versorgung aufgrund bestimmter, sorgfältig ausgesuchter Qualitätsindikatoren zu sammeln und zu verdichten und dann an die Leistungserbringer zurückzuspielen.

Nur ohne Konsequenzen.

So ganz ohne nicht. Denn auch aus der Forschungslehre ist bekannt, dass ein solches Audit- und Feedback-System rund fünf Prozent Verbesserung im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bringt, die

dieses Feedback nicht bekommt. Allerdings wissen wir auch, dass es Programme gibt, die weit größere Effekte – bis rund 16 Prozent – haben, aber eben auch solche, die überhaupt keine oder sogar negative Effekte auslösen.

Was wäre denn nun zu tun?

Herauszufinden, mit welchen Effekten die Ergebnisse am besten optimierbar sind. Aus meiner Sicht wäre diese Situation von Datensammlung und -zurückgabe an Praxen und Kliniken ein optimales Setting, um eine derartige Fragestellung zu beforschen. Aber soweit ich weiß, gibt es diese Forschung noch nicht.

Es muss sie geben, wenn das IQTiG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die qualitätsorientierte Honorierung aufbauen soll.

Das wird schwierig, denn Honorierung ist – wenn ich das nach meiner rein persönlichen Observation nach einem halben Jahr in Deutschland sagen darf – etwas, das man hierzulande implementiert, indem man einfach mehr Geld bezahlt.

Das sehen Sie absolut richtig.

Das ist durchaus ein interessantes Modell, auch wenn es hier observationelle Studien gibt, die zeigen, dass mehr Geld nicht unbedingt sehr große Verbesserungen mit sich bringt. Und es auch nicht immer klar ist, warum es so ist. Zum Beispiel hat das Quality-and-Outcomes-Framework in England durchaus durch den Einsatz von mehr Honorar für Ärzte zu einer Verbesserung in bestimmten Bereichen geführt, aber es gibt auch Bereiche, wie die Herz-Kreislauf-Krankheit, in denen es keine deutliche Verbesserung gibt.

Warum ist das so?

Es wird wohl dran liegen, dass bei KHK schon vor Installation des Frameworks Verbesserungen erzielt wurden, sodass das Mehr-Honorar hier eigentlich unnötig gewesen wäre.

Sie sagten eben, dass Deutschland meist über mehr Bezahlung die Versorgungsqualität steuert. Muss es denn immer mehr Geld sein?

Geld ist generell ein problematisches Instrument. Einerseits funktioniert es recht grob, weil man nicht immer genau weiß, was gute Qualität ist. Das ist ja gerade das Problematische an der Qualität in der Medizin, dass man aufgrund von Routinedaten oder klinischen Datensätzen nicht genau beurteilen kann, was gute oder bessere Qualität ist. Darum kann man damit auch nicht deutlich genug steuern. Andererseits aber löst mehr Geld alleine die Implementierungsfrage nicht, denn dazu braucht man eine oft vernachlässigte flankierende Organisation und Struktur, übrigens auch eine der IT. Um etwas zu implementieren oder auf etwas bestimmtes hinzuweisen, kann man beispielsweise in einem Arzt- oder Klinikinformationssystem eine Art Prompt einbauen, das bei gewissen Indikatoren ausgelöst wird.

Das ist doch gut.

An sich ja, wenn es denn die richtigen Indikatoren sind, für die man schon sehr gute Algorithmen braucht. Nun wissen wir aber leider aus der Forschung, dass diese Prompts meistens gar nicht beachtet und schon gar nicht gelesen werden. Das heißt nichts anderes: Prompts funktionieren eigentlich gar nicht, womit die Umsetzungsfrage im Prinzip ungelöst ist, obwohl der Initiator das Gefühl hat,

etwas umgesetzt, weil eben implementiert zu haben.

Wenn Prompts nicht gelesen werden, scheinen sie eben das falsche Instrument zu sein. Dann muss man eben mehr auf prozessuale Aspekte achten.

Das ist wohl so, doch kann ich noch nicht sagen, was man stattdessen machen soll.

Das klingt eher skeptisch.

Ich fühle mich schon manchmal in dieser Skepsis-Rolle gefangen, aber vielleicht ist Implementation Science auch so etwas wie angewandte Skepsis. Es gibt nun einmal mehr Forschung dazu, dass etwas nicht funktioniert, als Studien, die das Gegenteil beweisen. Dabei gibt es seit langem einen großen Bedarf an Interventionen, um die Versorgung zu verbessern. Daher sollte man die Grundlagenforschung in diesem Bereich der Implementierungsforschung oder der Versorgungsforschung im Allgemeinen anschieben.

Dafür gibt es doch diesen wunderbaren Innovationsfonds, der innerhalb von vier Jahren immerhin 1,2 Millionen Euro alleine für die Versorgungsforschung ausschütten soll. Da erwarte ich mir schon, dass auch in der Umsetzungsforschung etwas herauskommt.

Das hoffe ich auch. Doch ist ein großer Teil der bisherigen Versorgungsforschung und auch der Implementierungsforschung sehr praktisch und pragmatisch daran orientiert, wie man bestehende Programme und Versorgungsstrukturen evaluiert. Dazu gibt es vielerlei Qualitätszirkel, Selektivverträge, Fort- und Weiterbildung und Patienteninformation. All das sind durchweg gute Sachen und es macht ja auch Sinn, diese zu evaluieren. Aber: Es kommt dadurch nichts Neues heraus.

Ein hartes Wort.

Wissenschaft muss ehrlich sein und ich spreche natürlich als Wissenschaftler, der nicht nur Bestehendes evaluieren, sondern auch etwas Neues, Zukunftsweisendes entwickeln will.

Ist das denn realistisch?

Es ist eine Vision. Wobei es in der Medizin durchaus Beispiele ganz toller Interventionen gibt. Nur leider braucht das Zeit, viel Zeit. Es dauert, bis man einen neuen Gedanken gefunden hat, noch mehr, ihn weiter zu entwickeln und zu beforschen und daraus eine Intervention zu schaffen. Und bis man die dann tatsächlich in der Praxis anwenden kann, spricht man eher über 20 oder noch mehr Jahre. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass das in der Versorgungsforschung anders ist. Obwohl es nun durchaus an der Zeit wäre, auch in der Versorgungs- und der Implementierungsforschung etwas Neues zu kreieren.

Warum dauert das so lang? Weil das System so beharrlich ist? Die Innovationen nicht schlagkräftig genug sind oder weil das System innovationsfeindlich bis abwehrend ist? Oder weil Menschen einfach gerne ihre gewohnten Tätigkeiten so wie immer weiter machen?

All das sind wichtige Facetten und Elemente. Doch vor allem hat es mit dem dafür nötigen finanziellen Volumen zu tun.

Wie meinen Sie das?

Nehmen Sie den Zikavirus. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat man schnell und massiv investiert und große Forschungskapazitäten darauf



Patienten gut versorgen

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

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

arvato
BERTELSMANN

angesetzt. Darum hat man auch relativ fix eine Lösung gefunden. Doch in der Versorgungsforschung gibt es dieses Volumen einfach nicht, weder national noch international. Das ist aber nur ein Teil der Antwort.

Und der zweite?

Ist wieder skeptischer Natur. Es wäre falsch, aus einem relativ erfolgreichen Projekt die Schlussfolgerung zu ziehen, dass man es damit gleich flächendeckend anwenden kann. Der Grund dafür ist forschungsimmanent: In der Regel sind Forschungsprojekte zu klein und oft auch zu artifiziell, um evidenzbasiert auf Effekte in größeren Populationen schließen zu können. Besser wäre es, statt einem flächendeckenden Rollout nach und nach zu skalieren – zum Beispiel von einer Stadt auf eine Region, dann ein Bundesland und dann mehrere .

Wenn ein Projekt evident bewiesen hat, dass es Lebensqualität, Morbidität und Mortalität positiv beeinflusst, haben dann Selbstverwaltung und Politik nicht die ethische Verpflichtung zu handeln?

Das sehe ich auch so. Doch vielleicht sollte man einfach einmal die Bürger und Patienten informieren und damit mobilisieren.

Versorgungsmanagement ist ein sehr langfristiges Geschäft, bei dem man allerdings von vorneherein die Evaluation mitdenken sollte. Doch das geschieht leider in Deutschland noch zu selten.

Das würde ich nicht auf Deutschland beschränken. Ein Deutscher sieht natürlich gerne all die schönen Beispiele im Ausland, die es ja auch gibt und meint damit, dass damit in den Niederlanden, Großbritannien, Amerika oder Kanada alles viel besser ist. Dem ist aber nicht so. Zum Beispiel ist die hausärztliche Versorgung in Kanada und den Vereinigten Staaten wahrscheinlich eher schlechter als in Deutschland. Darum sollte man immer vorsichtig sein und die schönen Beispiele im Ausland im jeweiligen Kontext analysieren. Auch die Meinung, dass man in den Niederlanden oder in Großbritannien alles erst evaluiert und damit rationellere Politik macht, stimmt nicht.

Das stimmt doch hoffnungsfroh.

Wenn man daraus lernt schon. Meiner Ansicht nach wäre es sinnvoll, die Themenkreise Evaluation und Innovation weit weg von der Politik anzusiedeln.

Warum?

Weil Politik eine ganz andere Dynamik als Wissenschaft hat. Politik reagiert auf Medien und Meinungslagen und ist darum in der Regel nicht sehr rational.

Ob die Selbstverwaltung rationaler ist, wäre noch zu beweisen.

Teilweise ist sie das durchaus. Aber auch hier hat Evaluation und Innovation eigentlich nichts zu suchen.

Wo denn dann, wenn man einmal nicht den Bock zum Gärtner machen möchte?

Beispielsweise bei den Leistungserbringern, die im Kontext ihrer Fach- und Leitlinienentwicklungen das System evaluieren und weiterentwickeln könnten.

Kann man denn wirklich beispielsweise der Ärzteschaft zumuten, eine Translation zu beschreiben, bei der sie vielleicht im Endeffekt weniger Geld verdient? Müsste es nicht besser ausgehend vom Innovationsfonds eine Art „Thinktank Translation“ geben?

Dem stimme ich voll zu. In anderen Ländern gibt es solche Thinktanks seit langem.

Als solchen Thinktank kann man bei uns durchaus den Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bezeichnen. In den letzten zehn Jahren sind circa 30 Prozent der Empfehlungen, die der SVR gegeben hat, durch die Politik oder Selbstverwaltung umgesetzt worden.

Das ist doch mal ein Wort. Es gibt eine Studie von dem an der Stanford University arbeitenden Wissenschaftler Professor John P.A. Ioannidis, der hundert Publikationen im biomedizinischen Bereich in „Science and Nature“ analysiert hat, die vor 1980 publiziert worden waren. 20 Jahre später hat er erforscht, wie viele der hier beschriebenen Anwendungen den Weg in die klinische Intervention – also noch nicht einmal in die Versorgungsrealität – gefunden haben.

10?

Die Antwort lautet: 2. Zwei von hundert haben eine Anwendung erfahren, obwohl sie hochrangig in „Science and Nature“ publiziert worden sind.

Ist das nun viel oder wenig?

Vielleicht sollten wir einfach akzeptieren, dass man wohl hundert Studien braucht, um diese eine oder zwei zu finden, die tatsächlich etwas bringen. Das macht schon demütig.

Doch welche 100 Studien sind die richtigen?

Damit kommen wir in den Bereich der Wissenschaftsdynamik, einem Bereich, indem sich eben jener Ioannidis sehr kritisch und ebenfalls sehr skeptisch über die medizinische Wissenschaft geriert, zum Beispiel in seiner berühmten und aus dem Jahr 2005 stammenden Publikation „Why Most Published Research Findings are False“.

Was sicher auch an der Art und Weise liegt, wie publiziert wird.

Das ist nur zum Teil richtig. Natürlich liegt es auch daran, welche Themen hoch gerankte Journale mit möglichst hohen Zitationsindizes präferieren. Aber noch mehr liegt es am Geld und dem inzwischen sehr hohen Publikationsdruck. Es gibt nun einmal Forschungsbereiche, die mit zum Teil sehr hohen Budgets ausgestattet sind, genau da siedeln sich dann viele Forscher an und publizieren. Wobei durch die schiere Masse, konzentriert auf ein Fach- oder ein Teilgebiet, die Publikationen immer weniger neue Erkenntnisse bringen. Der Mehrwert dieser wissenschaftlichen Publikationen geht – böse gesprochen – gegen Null. Wer mehr und bessere Erkenntnisse will, sollte darum diesen ganzen Wissenschaftsbetrieb teilweise anders organisieren als bisher.

Herr Prof. Wensing, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Prof. Dr. Michel Wensing

Michel Wensing (1967) ist seit 2015 Universitäts-Professor der Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen an der Universität Heidelberg. Ebenso ist er Leiter des neu gegründeten Master-Studienprogramms „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ sowie Adjunct-Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. Davor war er außerordentlicher Professor (2003-2010) und Professor (2011-2015) an der Radboud University Medical Center, Nijmegen (Niederlande). Unter anderem ist er Editor-in-Chief der Zeitschrift „Implementation Science“, der führenden Zeitschrift auf diesem Gebiet.

Ihr versierter Partner im BGM.
Mit dem Know-how aus mehreren
Millionen Gesundheitskontakten.



DMP-Reminder, DMP-Flyer und DMP-Telefon?

Sehr gut! Können wir auch. Doch was, wenn seelische oder körperliche Herausforderungen bei Ihren anderen Versicherten dringende Gesundheitsfragen aufwerfen?

Dann fehlen Ihrem Serviceangebot noch drei essentielle Bausteine:

1 Situative und präventive
Beratung für Versicherte
jeden Alters

12h



2 Beschwerdespezifisches
Intensiv-Coaching für
einzelne Mitglieder

1:1



3 Individuelles Fall-
Management für mehrfach
Erkrankte ab 55 Jahren

1:1



MedicalContact unterstützt Ihr Versorgungsmanagement durch systematisches Gesundheits-Coaching. Wie? Berichten wir Ihnen gern persönlich:
Ines Oelmann, Tel.: +49 201 4398-1940

INSIGHT Health zum Substitutionsausschluss

Arzneimitteltherapiesicherheit durch den G-BA

Die Therapiefreiheit ermöglicht Ärzten, ihren Patienten eine optimale Medikation zu verordnen. Im Zuge der steigenden Ökonomisierung in der Arzneimittelversorgung erfolgt im Anschluss an die ärztliche Verordnung allerdings häufig eine Substitution in der Apotheke, mit der unter anderem Rabattverträge berücksichtigt werden. Da dies in bestimmten Fällen Auswirkungen auf die Compliance der Patienten haben kann, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Aufgabe betraut, kritische Wirkstoffe von der Substitution auszuschließen.

>> Bei einer Arzneimittelverordnung haben Ärzte seit jeher die Möglichkeit ihren Patienten ein bestimmtes Präparat zu verordnen. Über ein Aut-idem-Kreuz auf dem Rezept können sie den Austausch des Arzneimittels durch Apotheker im Sinne einer kostengünstigeren, wirkstoffgleichen Alternative ausschließen. Andernfalls ist die Substitution der gleichen Packungsgröße, identischer oder austauschbarer Darreichungsformen bei Zulassung für die gleiche Indikation möglich. Zudem sind Apotheker verpflichtet, bestehende Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern zu berücksichtigen. Obwohl die substituierten Präparate den gleichen Wirkstoff enthalten, ist nicht grundsätzlich auszuschließen, dass ein Austausch patientenindividuelle Beeinträchtigungen zur Folge haben kann. Auch können die Fachinformationen bereits Anforderungen zur Therapiekontrolle vorsehen, aus denen sich ableiten lässt, dass das Ersetzen durch ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ohne ärztliche Kontrolle möglich ist.

Substitutionsausschlussliste: die erste Tranche

Im Jahr 2012 hat sich der Gesetzgeber dem Thema der Arzneimittelsubstitution angenommen und zunächst die Selbstverwaltungsgremien der GKV und der Apotheker beauftragt, Wirkstoffe zu bestimmen, für die der Austausch durch ein wirkstoffgleiches Präparat ausgeschlossen werden sollte. Nachdem keine Einigung stattfand, wurde 2014 der G-BA mit dieser Aufgabe betraut. Für die sogenannte Substitutionsausschlussliste sollten Arzneimittel mit geringer therapeutischer Breite nach § 129 Abs. 1a Satz 2 SGB V berücksichtigt werden, bei denen bereits geringfügige Änderungen der Dosis zu klinisch relevanten Wirkungsveränderungen führen. In Konsequenz bestimmte der G-BA insgesamt 8 Wirkstoffe in spezifischen Darreichungsformen, die in einer 1. Tranche mit Beschluss vom 18. September 2014 veröffentlicht wurden (vgl. Abbildung 1). Für sie ist die Substitution auch ohne Aut-idem-Kreuz zwingend ausgeschlossen. Selbst bei einer Wirkstoffverordnung, im Apotheken-Notdienst oder bei pharmazeutischen

Bedenken darf in der Apotheke nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt substituiert werden.

Schilddrüsenhormone mit höchstem Verordnungsvolumen

Mit einem Volumen von 25,26 Mio. Verordnungen in 2015 sind die Schilddrüsenhormone die größte von der 1. Tranche der Substitutionsausschlussliste betroffene Arzneimittelgruppe (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Die Dosierung des Wirkstoffes Levothyroxin erfolgt in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsbild und Schweregrad. Wie aus der zusammenfassenden Dokumentation des G-BA hervorgeht, können bereits geringe Dosischwankungen oder eine zu schnelle Dosissteigerung zu Beginn der Therapie aufgrund der unterschiedlichen Bioverfügbarkeit zu Über- oder Unterdosierungserscheinungen führen. Daher wurde die Substitution im Sinne einer wirksamen und vor allem sicheren Behandlung ausgeschlossen (vgl. Zusammenfassende Dokumentation über die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie vom 18.09.2014, G-BA). Die drei Substanzen Betaacetyldigoxin, Digoxin und Digoxin, die zur Therapie bei Herzerkrankungen eingesetzt werden, weisen bei den

Tablettenformen in 2015 ein Gesamtvolumen in Höhe von rund 1,64 Mio. Verordnungen in der GKV auf. Bei den Herzglykosiden entspricht dies einem Marktanteil von 95,4 Prozent, unter allen Herztherapeutika liegt der Verordnungsanteil noch bei 22,2 Prozent (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Aufgrund anderer Therapieoptionen bei Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen hat die Gruppe der Glykoside allerdings per se einen geringen Marktanteil, der durch eine streng regulierte Indikationsstellung sowie die Ausschlussliste in Zukunft noch weiter sinken dürfte.

Die beiden Immunsuppressiva Tacrolimus und Ciclosporin liegen in den definierten Darreichungsformen mit knapp 620 Tsd. Verordnungen noch deutlich unter den Herzglykosiden. Tacrolimus, das oral zur Verhinderung von Abstoßungsreaktionen nach Organtransplantationen verordnet wird, weist in 2015 eine Zunahme von ca. 50 Tsd. Verordnungen auf. Der Anteil beider Wirkstoffe an allen Immunsuppressiva beträgt in 2015 dennoch lediglich 27,5 Prozent (Quelle: regioMA, INSIGHT Health).

Trotz zahlreicher Diskussionen konnte zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der 1. Tranche aufgrund ungeklärter Sachverhalte und fehlender abschließender Prüfung in der Indikation

Substitutionsausschlussliste des G-BA		
Indikationsgruppen	Wirkstoffe	Darreichungsform
1. Tranche - Veröffentlicht am 18.09.2014		
Epilepsie (I)	Phenytoin	Tabletten
	Betaacetyldigoxin	Tabletten
Herzerkrankungen	Digitoxin	Tabletten
	Digoxin	Tabletten
Immunsuppressiva	Ciclosporin	Weichkapseln
	Tacrolimus	Hartkapseln
Schilddrüsenhormone	Levothyroxin-Natrium	Tabletten
	Levothyroxin-Natrium + Kaliumiodid (fixe Kombination)	Tabletten
2. Tranche - Veröffentlicht am 21.04.2016		
Blutgerinnungshemmer	Phenprocoumon	Tabletten
	Carbamazepin	Retardtabletten
Epilepsie (II)	Phenobarbital	Tabletten
	Primidon	Tabletten
	Valproinsäure	Retardtabletten
	Buprenorphin	Transdermale Pflaster
Opiode zur Schmerztherapie	Hydromorphon	Retardtabletten
	Oxycodon	Retardtabletten

Abb. 1: Indikationsgruppen, Wirkstoffe und Darreichungsformen der Tranchen 1 und 2 laut Substitutionsausschlussliste des G-BA (Beschlüsse zur Bestimmung von Arzneimitteln, deren Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel ausgeschlossen ist) in eigener Darstellung.

Aut-idem-Anteile bei Verordnungen von Levothyroxin & Levothyroxin/Kaliumiodid

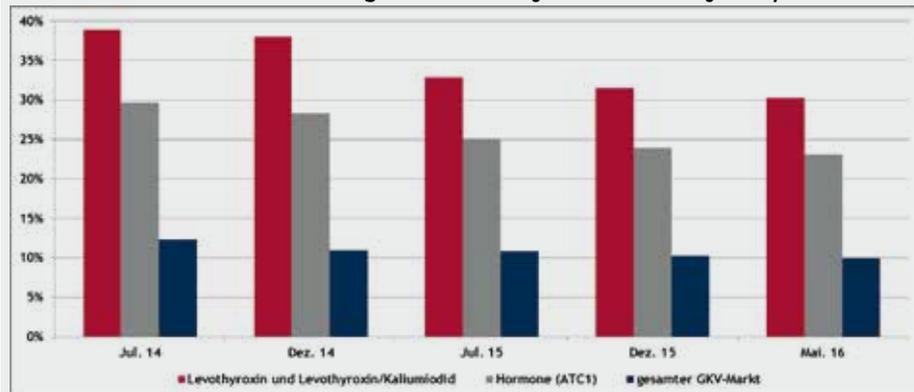


Abb. 2: Aut-idem-Anteile bei Verordnungen von Levothyroxin und Levothyroxin/Kaliumiodid in den definierten Darreichungsformen, der ATC1-Klasse Hormone sowie im gesamten GKV-Markt in den Monaten Juli und Dezember 2014 bzw. 2015 sowie Mai 2016; Quelle: NVI (INSIGHT Health).

Epilepsie ausschließlich der Wirkstoff Phenytoin aufgenommen werden. Bezüglich der Versorgungsrelevanz spielt dieser allerdings eine untergeordnete Rolle: Phenytoin hat mit ca. 112 Tsd. Verordnungen in 2015 lediglich einen Anteil von 1,0 Prozent an allen Antiepileptika. Im Sinne der Patientensicherheit wurden der Indikation Epilepsie jedoch in der 2. Tranche weitere Wirkstoffe hinzugefügt (vgl. Abbildung 1). Darunter auch Carbamazepin und Valproinsäure, die im G-BA-Beschluss klar als Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite definiert werden. Zudem gehen veränderte Serumkonzentrationen mit einem Verlust der Anfallsfreiheit einher und es können vermehrt Nebenwirkungen auftreten. Zusammen mit Phenytoin aus der 1. Tranche beträgt der Verordnungsanteil der betroffenen Substanzen im letzten Jahr 15,2 Prozent gemessen an allen verordneten Antiepileptika. Für weitere Wirkstoffe wie beispielsweise Levvetiracetam, Lamotrigin, Gabapentin und Pregabalin, die sich mit einem Verordnungsanteil von 66,0 Prozent neben Carbamazepin unter den Top 5-Wirkstoffen dieser Arzneimittelklasse befinden, sieht der G-BA keine Notwendigkeit der Listung (Quelle: regioMA, INSIGHT Health). Neben einer fehlenden Studienevidenz liegen laut dem Gremium auch in den Fachinformationen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass patientenindividuell begründete relevante klinische Beeinträchtigungen auftreten können.

11% der Rabattverordnungen betroffen

So betrifft die 1. Tranche in den entsprechenden Darreichungsformen ein Gesamtvolumen von 27,63 Mio. Verordnungen im Jahr 2015. Dies entspricht einem Anteil am GKV-Markt von 3,9 Prozent. Davon sind 3,05 Mio. Verordnungen und somit 11,1 Prozent rabattiert. Verglichen mit einer Rabattquote von 54,5 Prozent im gesamten GKV-Markt, entgeht den gesetzlichen Krankenversicherungen durch den Substitutionsausschluss also nur ein geringer Teil des Einsparpotenzials von Rabattverträgen (Quelle:

NVI-KT, INSIGHT Health).

Zweite Tranche veröffentlicht

Schon im Beschluss zur 1. Tranche kündigt der G-BA an, „sich zeitnah den Therapiefeldern [zu] widmen, hinsichtlich derer im Zuge der ersten Tranche aufgrund weiterer zu klärender Sachverhalte keine abschließende Prüfung der Kriterien für die Aufnahme in die Wirkstoffliste möglich war.“ Hierzu zählten die Antiepileptika, Opioidanalgetika mit verzögerter Wirkstofffreisetzung sowie Inhalativa zur Behandlung von Asthma bronchiale/COPD und Dermatika zur Behandlung der Psoriasis. Nachdem der G-BA bereits am 21. April 2016 die Substitutionsliste festgelegt hatte, erfolgte die Veröffentlichung des Beschlusses zur 2. Tranche erst verzögert am 01. Juli 2016. Letztlich wurden weitere Antiepileptika, Opioide in speziellen Darreichungsformen sowie der Wirkstoff Phenprocoumon auf die Liste gesetzt (vgl. Abbildung 1). Damit ergibt sich für die 2. Tranche ein Volumen von 6,15 Mio. Verordnungen in 2015, wodurch von beiden Substitutionsausschlusslisten insgesamt 4,8 Prozent der Verordnungen im GKV-Markt betroffen sind. Die Kontroverse im schriftlichen Stellungnahmeverfahren des G-BA zeigt die Herausforderung eines Konsenses bezüglich der in die 2. Tranche aufgenommenen Wirkstoffe. So befürwortete die ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände in ihrer Stellungnahme vom Juni 2015 lediglich die Aufnahme von Phenprocoumon uneingeschränkt nach den Vorgaben des G-BA. Dagegen sprachen sich zahlreiche Hersteller und Vertreter von Patientenorganisationen in der Regel für die endgültige Aufnahme der Wirkstoffe in den Beschluss aus.

Aut-idem-Quote sinkt um 7,3 Prozent

Für die gelisteten Wirkstoffe ist nun auch ohne Aut-idem-Kreuz des Arztes eine Substitution in der Apotheke ausgeschlossen. In Folge

sinkt die Aut-idem-Quote bei Verordnungen von Wirkstoffen der 1. Tranche von 11,9 Prozent im 1. Quartal 2014 auf 9,6 Prozent im 1. Quartal 2016. Ein deutlicher Rückgang der Quote ist bei den seit September 2014 von der Substitution ausgeschlossenen Schilddrüsenpräparaten Levothyroxin sowie Levothyroxin/Kaliumiodid zu verzeichnen. Wie Abbildung 2 zeigt, liegt der Anteil an Aut-idem-Verordnungen in den definierten Darreichungsformen im Juli 2014 noch bei 38,9 Prozent und geht im Dezember 2015 auf 31,6 Prozent zurück. Ein vergleichbarer Rückgang ist in der Wirkstoffgruppe der Hormone zu beobachten. Im gesamten GKV-Markt nimmt die Quote im betrachteten Zeitraum zwar ebenfalls ab – allerdings nur um etwa 2 Prozent (Quelle: NVI; INSIGHT Health).

Da der Austausch der gelisteten Wirkstoffe in der Apotheke nicht ohne ärztliche Rücksprache erfolgen kann, sinkt auch die Anzahl an Verordnungen, die beispielsweise aufgrund einer Nichtverfügbarkeit oder aber wegen pharmazeutischer Bedenken vom Apotheker auf ein anderes Produkt umgestellt werden. Die sogenannten Nichterfüllungsgründe gehen für Levothyroxin und Levothyroxin/Kaliumiodid von durchschnittlich 196 Tsd. in 2014 auf nur noch 8,8 Tsd. in 2015 zurück. Dies entspricht einer Abnahme von 95,5 Prozent. Entfallen in 2014 noch durchschnittlich 92,4 Prozent aller Nichterfüllungsgründe bei den oben genannten Schilddrüsenpräparaten auf den Grund „Nichtabgabe eines rabattbegünstigten Arzneimittels aufgrund pharmazeutischer Bedenken“, beträgt dieser Anteil in 2015 nur noch 23,2 Prozent (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Fazit

Mit der Veröffentlichung der 2. Tranche wurde der Substitutionsausschluss mit Wirkstoffen aus den Bereichen Blutgerinnungshemmung, Epilepsie und Schmerzbehandlung ergänzt. Zusammen mit der 1. Tranche wurden bisher 16 Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite vom G-BA bestimmt, wodurch viele Patienten vor Nachteilen bei einer Umstellung geschützt werden. Somit leistet die Substitutionsausschlussliste einen relevanten Beitrag zur Patientensicherheit. Da die gelisteten Wirkstoffe relativ selten Bestandteil von Rabattverträgen sind, steht der Substitutionsausschluss den Einsparbemühungen der gesetzlichen Krankenkassen nur wenig entgegen. Damit erhält in diesem Fall die Verbesserung der Versorgungsqualität im Arzneimittelbereich einen höheren Stellenwert als die Notwendigkeit der Ausgabensteuerung in der GKV. <<

Autorinnen:
Kathrin Pieloth und Jana Heiler*

Robert Bosch Stiftung fördert Studie zu Demenz im Allgemeinkrankenhaus

Spezialisierte Fachkräfte sind gefragt

Immer mehr Allgemeinkrankenhäuser suchen nach Wegen, die Versorgung der Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen zu optimieren, deren Zahl nach Angaben der Robert Koch Stiftung stetig wächst. Daher hat die Stiftung die Studie „General-Hospital Study (GhoSt) - Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation“ der Hochschule Mannheim und der Technischen Hochschule München gefördert, die erstmals repräsentative Daten zu Anzahl, Verteilung sowie Versorgungsbedarf von stationären Patienten mit kognitiven Störungen liefert. Die Ergebnisse sind Anknüpfungspunkte für Krankenhäuser, ihre Personalplanung zu optimieren.

>> „Die große Zahl an Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt Krankenhäuser vor eine erhebliche Herausforderung, auf die derzeit weder das pflegerische noch das medizinische Personal vorbereitet ist“, stellt Prof. Dr. Martina Schäufele von der Fakultät für Sozialwesen der Hochschule Mannheim den Status quo der Versorgung dieser Patientenklientel fest. Sie hat neben Dr. Horst Bickel, von der Arbeitsgruppe für Psychiatrische Epidemiologie der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, als Projektleiterin die zweijährige Studie betreut und weist auf den Mehrwert der Untersuchungsergebnisse hin: „Studien haben zwar bereits belegt, dass ältere Menschen mit Demenz ein weit höheres Risiko haben, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, als Gleichaltrige ohne Demenz. Zu ihrer Anzahl gab es aber bisher keine belastbaren Daten“.

Diese Lücke schließt nun die Studie, die von 2013 bis 2015 durch die Stiftung gefördert wurde, und die als weltweit erste repräsentative Untersuchung eindeutige Zahlen über den Anteil an stationär behandelten Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen liefert.

Erkrankte identifizieren

Demnach weisen 40 % aller über 65-jährigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus kognitive Beeinträchtigungen auf, fast jeder Fünfte (knapp 20 %) leidet an Demenz. Die Ergebnisse fußen auf einer zufallsgesteuerten Befragung von 1.469 Patienten, die in 55 zufällig ausgewählten, mehr als 150 Betten starken Krankenhäusern in Bayern und Baden-Württemberg auf durch Zufall bestimmten Stationen am Stichtag interviewt wurden. Die Beschränkung der Untersuchung auf diese beiden Bundesländer führte, laut Studienautoren, nicht zu einer Beeinträchtigung der Repräsentativität, da es bisher keine überzeugenden Anhaltspunkte für regional ungleich verteilte Demenz-Risiken gebe.

Von der Untersuchung ausgenommen waren geriatrische, psychiatrische sowie neurologischen Stationen, sodass sich die Innere Medizin und die Unfallchirurgie als Fachbereiche mit den höchsten Anteilen von Patienten mit

Demenz darstellten. Interessanterweise waren vor allem Männer und die unteren Altersstufen als Patienten mit Demenz im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung im Krankenhaus überrepräsentiert. Dabei ist festzuhalten, dass die meisten Patienten sich in einem leichten Krankheitsstadium befanden, die wenigsten waren an schwerer Demenz erkrankt. Bezeichnend allerdings ist, dass bei weniger als 40 % der Betroffenen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine Demenzerkrankung bekannt war.

Aus diesem Grund empfehlen die Experten entsprechende Eingangskontrolluntersuchungen: „Der bei der Studie eingesetzte kurze Screeningtest erkennt auch leichte dementielle Störungen zuverlässiger, als die üblicherweise von den Kliniken herangezogenen Verfahren“, erklärt Bickel den Vorteil des Six Item Cognitive Impairment Tests (6 CIT), der aus sechs kurzen Fragen bzw. Aufgaben besteht, die die Bereiche Orientierung, Gedächtnis und Konzentration abdecken und ohne Papier, Verschriftlichung o.ä. durchgeführt werden kann.

Bedrohliche Umgebung

Mit diesem Instrument könne eben die Patientengruppe identifiziert werden, die besonders intensiver Betreuung bedürfe, was es Krankenhäusern in der Folge leichter mache, Ressourcen zu bündeln und fachübergreifende Versorgungsstrukturen mit geschultem Personal einzurichten. Denn das pflegerische und medizinische Personal steht bei der Betreuung und Behandlung dementieller Patienten vor besonderen Herausforderungen, was die Zahl von knapp 80 % der Studienteilnehmer unterstreicht, die neben den kognitiven Beeinträchtigungen ein sogenanntes herausforderndes Verhalten an den Tag legen, das sich in nächtlicher Unruhe, Umtriebigkeit und Aggressivität manifestiert und den Umgang erheblich erschwert.

„Die fremde Umgebung und die unbekannteren Abläufe können die Symptome verschärfen und zu zusätzlichen Gesundheitsrisiken führen“, erklärt Dr. Bernadette Klapper als Leiterin des Bereichs Gesundheit der Robert Bosch Stiftung.

Trotz dieser klar zu definierenden Missstände, haben die Forscher nur selten spezielle Betreuungsangebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Demenz vorgefunden. Auch den quantitativ nicht in ausreichendem Maße vorhandenen Pflege- und Betreuungskräften fehlt entsprechendes Know-how: Nur selten waren Pflegekräfte mit einer gerontopsychiatrischen oder altenpflegerischen Aus-

bildung im Einsatz und auch Weiterbildungen sowie Schulungen zum Thema Demenz stellten eine Ausnahme dar.

Hier sehen die Autoren im Pflegestellen-Förderprogramm, das im Rahmen des 2. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) von 2016 bis 2018 umgesetzt wird, ein vielversprechendes Instrument zur Verbesserung der Situation. Das Programm wird zudem von der Diskussion um die Notwendigkeit einer neuen Kategorie in den Entgeltsystemen flankiert, was die Forscher als wesentlichen Aspekt der pflegerischen Optimierung identifizieren. Darüber hinaus könnten die Ergebnisse der Studie dazu beitragen, dass die Vergabe von Geldern enger und überprüfbar an eine verbesserte Pflege und Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Allgemeinkrankenhaus geknüpft werde. „Mit den jetzt vorliegenden Daten haben Krankenhäuser endlich eine Planungsgrundlage, um die Versorgung von Patienten mit Demenz zu verbessern“, ist sich Klapper sicher.

Auch die Robert Bosch Stiftung will zur Verbesserung der Situation beitragen und fördert seit 2012 zwölf Krankenhäuser, die vorbildliche Konzepte für Patienten mit der Nebendiagnose Demenz in die Praxis umsetzen. Kliniken können sich im Rahmen der dritten Ausschreibungsrunde des Förderprogramms hierfür ab sofort bewerben. <<



Dr. Horst Bickel: „weit höheres Risiko“



**Wer zu lesen versteht, besitzt
den Schlüssel zu großen Taten.**

Aldous Huxley



**„Market Access & Health Policy“ eröffnet Einsichten,
erschließt Perspektiven. 6 Ausgaben für 57 €.**

Bild: Thomas Siepmann - pixelio.de



Weißbuch Gelenkersatz im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V.

Behandlungspfade zwischen Geriatrie, Chirurgie, Reha

Rund 370.000 Menschen haben in Deutschland im Jahr 2014 ein neues Hüft- oder Kniegelenk erhalten. Die Mehrzahl der Patienten ist Befragungen zufolge mit dem Ergebnis des Eingriffs zufrieden. Doch die Anforderungen an den künstlichen Gelenkersatz werden unter anderem bedingt durch die demografischen Veränderungen steigen. Experten fordern daher patientenorientierte und zwischen den Akteuren des Systems besser vernetzte Behandlungskonzepte. Das ist ein Fazit aus dem Weißbuch Gelenkersatz des IGES Instituts, das im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVMed) entstand. „Das Weißbuch verdeutlicht, dass wir in Deutschland eine hohe Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität erreicht haben“, kommentierte BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt.

>> „Wichtige dokumentierte Qualitätskennzahlen zeigen, dass derzeit bundesweit betrachtete Patienten im Bereich Gelenkersatz sehr gut versorgt werden“, sagte der Leiter des IGES Instituts, Prof. Bertram Häussler. Das in seiner Art erste Weißbuch (erschienen im Springer Verlag) zum Hüft- und Kniegelenkersatz in Deutschland liefert dazu wissenschaftliche Daten und begleitende Experteneinschätzungen. Danach zeigt die vorgeschriebene externe Qualitätssicherung für Krankenhäuser für das Jahr 2014, dass chirurgische Komplikationen während des Klinikaufenthaltes bei Ersteingriffen seit Jahren abnehmen. Sie kommen beim Hüft- und Knieersatz bei 2,7 bzw. 1,9 Prozent der Operationen vor. Zudem steigt seit Jahren der Anteil der Patienten, bei denen eine angemessene Indikation – ein medizinischer Behandlungsanlass – dokumentiert ist. Dies war 2014 bei rund 96 Prozent der Hüft- und Knieersteringriffe der Fall.

Im Jahr 2014 wurden dem Statistischen Bundesamt zufolge rund 219.000 Patienten erstmalig mit einem Hüftgelenkersatz und rund 149.000 mit einem neuen Kniegelenk versorgt. Sowohl für die Hüfte als auch für das Knie haben die OP-Häufigkeiten bei den über 70-Jährigen seit 2007 nicht zugenommen. „Wir sehen

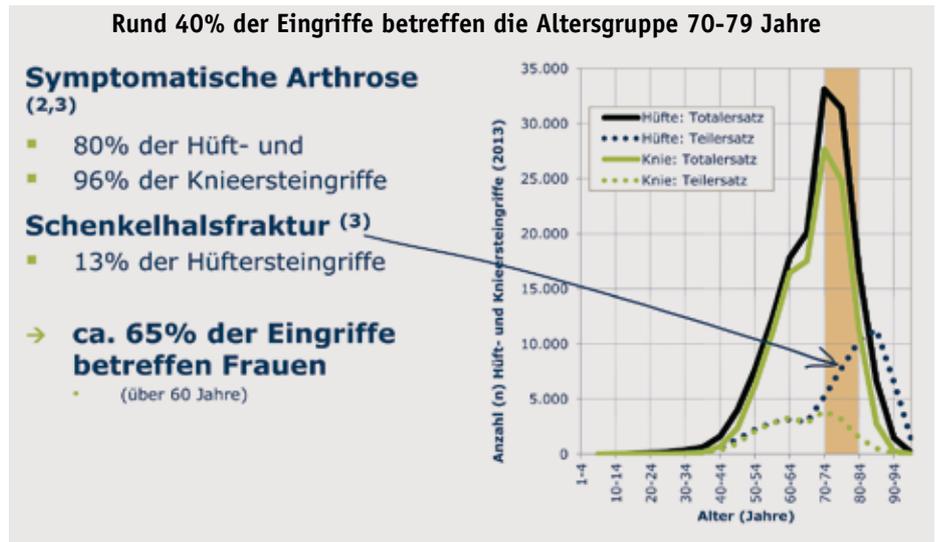


Abb. 2: Häufigkeit der Ersteingriffe ist im zeitlichen Verlauf konstant (Bevölkerung 70+). Aus: Weißbuch Gelenkersatz 2016, Quelle: Statistisches Bundesamt 2014; Claes et al. 2012; Barmer GEK et al.

eine stabile Inanspruchnahme beim Hüft- und Gelenkersatz in den vergangenen Jahren. Jährlich erhalten ein Prozent der über 70-Jährigen ein neues Hüftgelenk und rund 0,7 Prozent ein Kniegelenkersatz“, erklärte Häussler.

Gelenkersatzoperationen an Hüfte und Knie gehören zu den häufigen Operationen. Sie ma-

chen laut Statistischem Bundesamt 1,4 bzw. 0,9 Prozent aller vollstationär erfolgten OPs aus. 80 Prozent der Ersteingriffe an der Hüfte und rund 96 Prozent am Knie gehen auf meist altersbedingten Gelenkverschleiß zurück, medizinisch Arthrose. Zweithäufigster Grund der Hüft-Operationen sind in 13 Prozent der Fälle Oberschenkelhalsbrüche, ebenfalls altersabhängige Vorfälle. Demzufolge sind rund 40 Prozent der Patienten bei einem Ersteingriff zwischen 70 und 79 Jahre alt.

Versorgung an immer ältere Patienten anpassen

„Immer mehr Menschen werden nicht nur immer länger, sondern auch immer aktiver mit einem Gelenkersatz leben. Hier bedarf es Anstrengungen, auch künftig die Versorgungsqualität zu sichern. Dazu gehört auch, Patienten gut aufzuklären und ihre Erwartungen mit den Möglichkeiten der jeweiligen Verfahren abzugleichen“, sagte Prof. Heiko Reichel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Auf die steigende Zahl mehrfacherkrankter Hochbetagter mit Schenkelhalsbrüchen, wies



Abb. 1: Häufigkeit der Ersteingriffe ist im zeitlichen Verlauf konstant (Bevölkerung 70+). Aus: Weißbuch Gelenkersatz 2016, Quelle: Statistisches Bundesamt 2014 und 2015.

Prof. Florian Gebhard, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), hin: „Wir werden künftig immer mehr ältere und multimorbide Patienten versorgen, die nach der Gelenkersatz-OP stark mobilitätseingeschränkt und pflegebedürftig sind. Für sie benötigen wir spezielle alterstraumatologische Zentren mit integrierten Behandlungskonzepten zwischen chirurgischen und geriatrischen Abteilungen sowie Rehabilitationseinrichtungen.“

Auch für Häussler determiniert die Zunahme älterer Patienten die künftigen Anforderungen an den Gelenkersatz. So sei die damit verbundene Komorbidität ein wichtiger Einflussfaktor auf den Behandlungserfolg. Er forderte in diesem Zusammenhang an heterogene Patientenpopulationen angepasste Behandlungspfade zwischen

Geriatric, Chirurgie und Reha sowie eine Verbesserung der Qualität der Versorgung durch zertifizierte intersektorale Versorgungszentren.

Viele Faktoren beeinflussen die Lebensdauer von Endoprothesen

Ziele des Gelenkersatzes sind, Schmerzen zu lindern und Patienten wieder Mobilität und aktive Teilnahme am täglichen Leben zu ermöglichen. Eine möglichst lange Lebensdauer einer Endoprothese sei dabei erstrebenswert. Diese sogenannte Standzeit hängt von vielen Faktoren ab: vom Lebensalter der Patienten beim Eingriff, dem Krankheitsbild, Begleiterkrankungen wie etwa Osteoporose, von Operationstechniken, aber auch von der individuellen Beanspruchung

oder den Materialien. Zu den häufigsten Gründen von Wechseleingriffen gehören Entzündungen, Verrenkungen oder Lockerungen der Kunstgelenke. Genauere Daten dazu soll das 2011 initiierte Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) liefern. Es soll helfen, die Zahl der vorzeitigen Wechseleingriffe zu reduzieren und einen langfristigen Behandlungserfolg zu sichern.

Laut Statistischem Bundesamt wurden 2014 rund 27.000 implantierte Hüftgelenke und rund 21.000 künstliche Kniegelenke ausgewechselt. Die Anzahl der Wechseleingriffe eines Jahres steht nicht in Bezug zu den erstmalig implantierten Gelenken desselben Jahres. Vielmehr sind dies Wechsel von Endoprothesen, die vor Jahren oder auch Jahrzehnten eingesetzt wurden. <<

Ausschreibung „Sponsoring Dissertationen Versorgungsforschung“

>> Der bereits seit 1959 ausgeschriebene „Hufeland-Preis“, der als der wohl renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin gilt, widmet sich nun auch der Versorgungsforschung. Das Kuratorium der Stiftung, die nach dem deutschen Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) benannt ist, lobt in diesem Jahr explizit die finanzielle Unterstützung von Dissertationen auf dem Gebiet der Versorgungsforschung aus: Bis zu vier Doktorarbeiten werden mit einem Betrag in Höhe von jeweils 5.000 Euro unterstützt. Die parallel laufende Ausschreibung des Hufeland-Preises 2016 für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Prävention und Versorgungsforschung besteht jedoch neben der aktuellen Auslobung für Doktoranden unverändert weiter.

Bereits vor vier Jahren hat die Stiftung, getragen von der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., ihre die Satzung um den Themenkreis Versorgungsforschung erweitert. Seitdem können sich die eingereichten Arbeiten nicht nur mit Handlungsfeldern wie Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Impfen und Sucht befassen, sondern auch mit Forschungen zu Krankenhaushygiene, Berufskrankheiten, Screening-Programmen und zur Patientenversorgung unter Alltagsbedingungen.

Eine der ersten Versorgungsforscher, die mit diesem Preis ausgezeichnet waren, kamen 2013 aus Greifswald und Hannover: Es waren Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann und Dr. phil. Marco Franze (beide vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald) und Dipl.-Psych. Annika Gottschling-Lang (von der Medizinischen Hochschule Hannover), die

gemeinsam für ihre Präventionstudie in Kitas ausgezeichnet wurden.

Zur Teilnahme an der diesjährigen Versorgungsforschungs-Ausschreibung berechtigt sind Doktoranden, die sich in ihrer Arbeit mit der Versorgungsforschung befassen. Die Doktorarbeit muss in 2016 begonnen werden oder in diesem Jahr noch in Bearbeitung sein. Die Bewertung der eingereichten Themen erfolgt durch das Kuratorium der Stiftung, in dem die Träger der Stiftung vertreten sind; das Kuratorium entscheidet auch über die Vergabe der Förderung, wobei diese Entscheidungen nicht anfechtbar sind.

Mit der Bewerbung einzureichen sind

- eine Vita des Bewerbers
- die schriftliche Bestätigung des Promotions-themas, des Bearbeitungsstandes und der vorgesehen Bearbeitungszeit durch die Fakultät oder den Doktorvater/die Doktorin (Betreuer/Betreuerin)
- eine Beurteilung durch den Doktorvater/die Doktorin.

Die Bewerbungen sind bis zum 31. Dezember 2016 unter dem Stichwort „Promotionsunterstützung Stiftung Hufeland-Preis“ zu senden an:
„Hufeland-Preis“

Notar Dr. Christoph Neuhaus
Kattenbug 2
50667 Köln

Die Ausschreibungsunterlagen sind unter www.hufeland-preis.de hinterlegt. Für Fragen steht der Geschäftsführer der Stiftung, Rechtsanwalt Patrick Weidinger, zur Verfügung, entweder per Telefon (0221 148-30785) oder E-Mail (patrick.weidinger@aerzteversicherung.de). <<

TK hat „die Zukunft im Visier“

>> Coaching via Internet, Arzttermine online buchen oder Apps, die Krankheiten behandeln - der Jahresrückblick der Techniker Krankenkasse (TK) ist voller Beispiele, in welchem Tempo die Digitalisierung das Gesundheitswesen verändert. Aber auch der Alltag in einem Dienstleistungsunternehmen wie der TK und die Arbeit ihrer mehr als 13.000 Mitarbeiter verändern sich rasant. Einen Einblick gibt auf 52 Seiten der eben erschienene neue Geschäftsbericht der TK. Die Digitalausgabe auf tk.de enthält darüber hinaus interaktive Grafiken, viele Filmbeispiele und Fotos aus dem Tagesgeschäft der Kasse.

Unter dem Motto „Die Zukunft im Visier“ blickt der Jahresbericht nicht nur mit Daten, Zahlen und Fakten auf das Geschäftsjahr 2015 zurück. Im Videogespräch wagen Experten aus Wirtschaft und Forschung gemeinsam mit TK-Verantwortlichen einen Blick in die Zukunft - so zum Beispiel der Biochemiker Dr. Friedrich von Bohlen und Halbach, der mit TK-Versorgungs-innovations-Chef Daniel Cardinal über die Zukunft der Gesundheitsversorgung und die sich ändernde Rolle des Arztes spricht.

Zu finden ist der Geschäftsbericht im PDF-Format unter www.tk.de (Webcode 269588) und digital unter www.tk.de/geschaeftsbericht. <<

EASD in München

>> Vom 11. bis 20. September ist die Diabetes-Welt zu Gast in München. Anlass dazu bietet der weltweit größte Diabeteskongress, die 52. Jahrestagung der EASD (European Association for the Study of Diabetes), dessen Tagungspräsident Prof. Dr. Hans Hauner ist (Leiter des Else Kröner-Fresenius-Zentrum für Ernährungsmedizin der TU München, Vorsitzender der DDS). <<

10 Jahre Gesundes Kinzigtal

Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit sind vereinbar

Während AOK-Chef Dr. Christopher Hermann bei der Vorstellung der aktuellen HZV-Evaluation die Hausarztzentrierte Versorgung als „Alternative Regelversorgung“ bezeichnete, stimmte er mit Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen/Socium) darin überein, dass das „Gesunde Kinzigtal“ ein „Entwicklungslabor für neue Versorgungselemente im deutschen Gesundheitssystem“ sei – so auch sein gleichnamiger Vortragstitel anlässlich eines von der Gesundes Kinzigtal GmbH, MQNK e.V. und der OptiMedis AG als verantwortlichen Managementpartner veranstalteten Parlamentarischen Abends, mit dem der 10-jährige Geburtstag des Kinzigitals in der Berliner Landesvertretung von Baden-Württemberg feierlich begangen wurde. Eine Dekade „Gesundes Kinzigtal“ – allemal ein guter Grund, zurück und vor allem nach vorne zu blicken.

>> Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), so die Diagnose Glaeskes, weise trotz eines hohen Standards nach wie vor Schwächen in der Kooperation, Koordination und Kommunikation auf, was Auswirkungen auf das Outcome habe. Und ebenso sei in vielen Bereichen immer noch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung festzustellen, was er am Beispiel Chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Herzinsuffizienz festmachte. So hätte es gerade bei Typ-2-Diabetes trotz DMP kaum Verbesserungen gegeben, was mit rund 40.000 Fußamputationen sowie 2.000 Dialysen und Erblindungen p.a. deutlich zu beobachten sei. Auch bei der Herzinsuffizienz gäbe es vor allem im höheren Alter (>75) mit circa 2,7 Millionen stationären Wiedereinweisungen kaum Verbesserungen.

Dafür macht er Defizite bei der „Chronic Care“-Versorgung verantwortlich, hauptsächlich aber eine mangelnde Kooperation bei der Behandlung chronischer Erkrankungen vor allem im Alter. Hier sei ein breiter Professionenmix im Rahmen abgestimmter Behandlungsabläufe als notwendige Basis bei der Versorgung älterer Menschen notwendig.

Ziele einer guten Versorgung in Gesellschaften längeren Leben seien als Aufgaben der GKV daher:

- **Qualitativ hochwertige „Primärversorgung“** (Hausärzte, hausärztlich tätige Internisten) als Fundament; entscheidend: Koordination der Gesundheitsversorgung
- **Patientenzentrierte Versorgung** (person centred) mit Ausrichtung an Bedürfnissen bzw. Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker (mehr integrierte Versorgung)
- **Regionale bzw. lokale Adaptation:** Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen
- **Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme** (payment mix): kontaktunabhängig kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen
- **Umfassende, horizontal + vertikal (sektorenübergreifend) koordinierte Grundversorgung aus einer Hand** (comprehensive, co-

ordinated care) – Kontinuierliche Versorgung (long-term continuity)

- **Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung** (v.a. bei älteren chronisch Kranken) vermeiden
- **Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit** (available, accessible, equitable): niedrigschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen
- **Auf Selektionsgefahren achten** (z.B. bei qualitätsorientierter Honorierung), daher Stärkung der Transparenz und der Patientenrechte

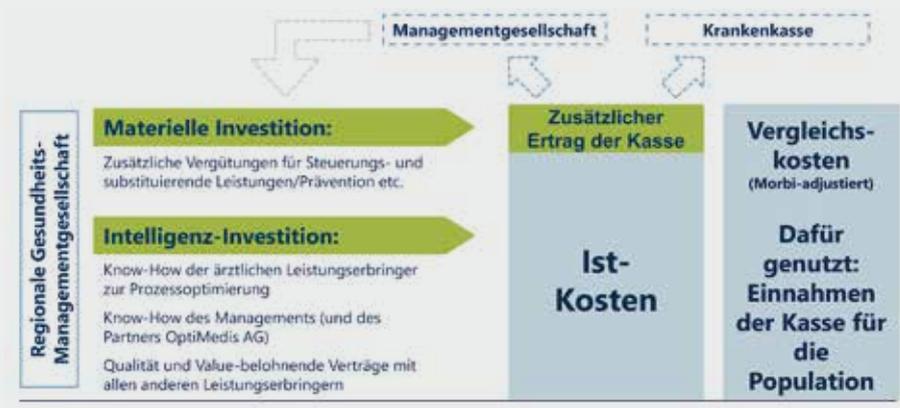
Ebenso sei aber auch eine enge „Verzahnung“ mit der fachärztlichen Sekundärversorgung unabdingbar. Dazu gehöre die Fachärztliche Versorgung mit dem Ziel optimaler Koordination, was auch eine Änderung der bisherigen Organisations- und Honorarstrukturen bedinge, die für eine Überwindung der bisherigen ineffizienten

sektoralen Konkurrenz zwischen der primären und der sekundärfachärztlichen Versorgung ausschlaggebend sei. Aber auch eine Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller beteiligten Bereiche sei nötig, wie sie im „Gesunden Kinzigtal“ vorexerziert werde, in dem der wichtige Schritt von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung sowie von der Fragmentierung zu einer gemeinsamen und durchlässigen Struktur bereits gegangen sei.

Und das mit inzwischen nachweisbarem Erfolg. So machte Bärbl Mielich, die neue Staatssekretärin im baden-württembergischen Ministerium für Soziales und Integration, in ihrem Grußwort vor den rund 200 Gästen deutlich: „Das Sozial- und Integrationsministerium steht hinter dem Modell Gesundes Kinzigtal.“ Sie sieht darin für ganz Baden-Württemberg ein Vorbild für eine regionale Übernahme von Versorgungsverantwortung, da das „Gesunde Kinzigtal“ mit seinem Konzept einer gesundheitlichen Versor-

Ein neues Geschäftsmodell für die handelnden Akteure

- **Die Gesundes Kinzigtal GmbH** ist eine Gemeinschaftsgründung der OptiMedis AG und des Medizinischen Qualitätsnetzes Ärzteinitiative Kinzigtal e.V. (MQNK). Sie koordiniert und steuert die medizinische Gesamtversorgung für 33.000 Versicherte der Region Kinzigtal, für alle medizinischen Diagnosen und über alle Leistungserbringer hinweg. Grundlage ist ein im Jahr 2005 mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung. Diesem Vertrag hat sich die SVLFG (vormals LKK Baden-Württemberg) ein Jahr später angeschlossen.
- **Das Medizinische QualitätsNetz Ärzteinitiative Kinzigtal e. V. (MQNK)** ist ein Zusammenschluss von Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten im Kinzigtal. MQNK beschäftigt sich seit seiner Gründung 1993 mit innovativen, sektorübergreifenden Versorgungsfragen und hat 2005 zusammen mit der OptiMedis AG die Gesundes Kinzigtal GmbH gegründet. Die KVBW hat MQNK 2014 als erstes baden-württembergisches Praxisnetz nach § 87b Abs. 4 SGB V anerkannt (Basis-Stufe). 2015 erfolgte dann – als deutschlandweit erstes Praxisnetz – die Anerkennung nach Stufe II.
- **Die OptiMedis AG** ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft, die sich auf den Aufbau und den Betrieb innovativer Versorgungssysteme spezialisiert hat. Gemeinsam mit Leistungsanbietern und Krankenkassen entwickelt sie maßgeschneiderte Lösungen für die Integrierte (Voll-)Versorgung ganzer Populationen und setzt dabei auf enge Vernetzung, Prävention und erfolgsabhängige Vergütung. Zusätzlich betreibt die OptiMedis AG datengestützte Real-Life-Versorgungsforschung und macht sie für Integrierte Versorgungsmodelle nutzbar. Die OptiMedis AG ist Gesellschafter der Gesundes Kinzigtal GmbH



gung, die ganzheitlich, sektorenübergreifend, interprofessionell und innovativ ist, einen neuen Weg beschritten habe, der auf eine umfassende Versorgung setze und gleichzeitig die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten stärke. Mielich: „Für uns ist das ein erfolgreiches Zukunftsmodell.“

Auch Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, bezeichnete das Kinzigtal als Entwicklungslabor; aber nicht nur für innovative Versorgungselemente, sondern auch für die „Neuausrichtung der wirtschaftlichen Anreize zugunsten eines vermehrten Patientennutzens“. So trage die nunmehr über zehnjährige Intervention im Kinzigtal zu einer medizinisch und wirtschaftlich besseren Versorgung der Versicherten bei, was aber beileibe nicht nur in dieser Region möglich sei. „Wir wollen unser Versorgungsmodell auch mithilfe des Innovationsfonds auf weitere ländliche und städtische Regionen übertragen“, gab Hildebrandt bekannt, geht gar eine Erfolgswette darauf ein: „Qualität, Ethik und Wirtschaftlichkeit lassen sich zusammen erbringen.“ Gezielte und optimierte Behandlung bei guter Einbeziehung eines bestmöglich informierten Patienten in einem „health literate“- Versorgungssystem führe zu einer Verbesserung des Gesundheitsstatus – dafür gebe es nicht nur international viel Evidenz, sondern nun mit den eben vorgelegten 10-Jahres-Ergebnissen auch welche aus Deutschland.

Die AOK Baden-Württemberg, die den Vertrag mit der Gesundes Kinzigtal GmbH Anfang des Jahres auf unbefristete Zeit verlängerte, prüft nun Hildebrandts Anliegen, das Modell Kinzigtal zu skalieren. So betonte ihr Vorstandsvorsitzender, Dr. Christopher Hermann, bereits im Vorfeld der Veranstaltung: „Wir sind davon überzeugt, dass unsere Erfahrungen aus der hausarztzentrierten Versorgung bestens mit der im Kinzigtal gelebten Versorgungspraxis harmonieren.“ Das Gesunde Kinzigtal habe sich als innovatives Modell für die Versorgung bewährt, daher plane die AOK die Ausschreibung eines weiteren Versorgungsansatzes nach dem Kinzigtaler Vorbild auch in anderen baden-württembergischen Regionen. Auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), die beim Kinzigtal als Juniorpartner aktiv ist, sei an einem Ausrollen des Modells interessiert: „Für unsere Versicherten sind angesichts ihrer Arbeitsbedingungen die maßgeschneiderten Angebote besonders wertvoll. Es ist wünschenswert, diese Vorteile auch in andere Regionen anzubieten“, erklärte Reinhold Knittel, Vorsitzender der Geschäftsführung der SVLFG. <<

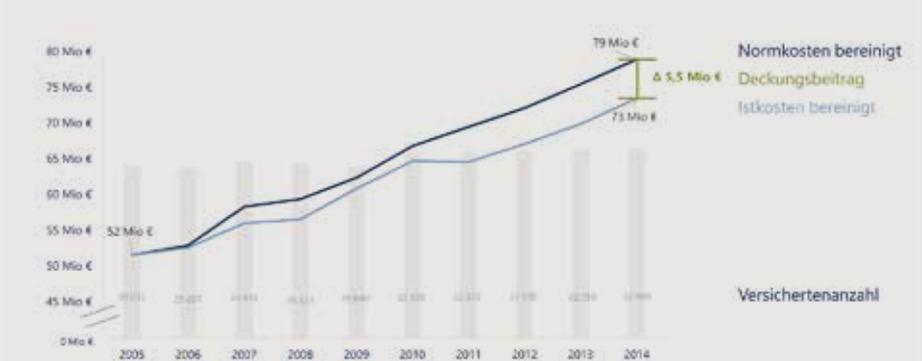
Nach 5 Jahren: 617 weniger verlorene Lebensjahre in der IV Gesundes Kinzigtal

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung	Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signifikanz (0,05)	
	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & D-Alder											
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7	3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7	3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (PYLL) nach VZ (Stat. BA)											
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5	+129,2	
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2	+148,8	
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3	0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1	0,020
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5	-30,1	
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6	-184,9	
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	+1,2*	+617,2	0,045

Frauen scheinen von der IV Kinzigtal wesentlich stärker zu profitieren

Betrachtung relativ zum Zeitpunkt der Einschreibung	Risikoadjustierte Kontrollgruppe (A) (n = 6.482)			IVGK-Eingeschriebene (B) (n = 6.482)			Δ B-A			Signifikanz (0,05)	
	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Anzahl	Mittelwert	Summe	Chi-Quadrat	t-Test
Versicherte & D-Alder											
Zeitpunkt der Einschreibung	männlich	3.041	42,7	3.041	42,8		0	0,1			
	weiblich	3.441	47,7	3.441	47,7		0	0,0			
Verstorbene & Potential Years of Life Lost (PYLL) nach VZ (Stat. BA)											
+182 Tage		31	-9,5	-294,6	15	-11,0	-165,4	-16	-1,5	+129,2	
+1 Jahr (ohne +182 Tage)		34	-10,3	-351,7	20	-10,1	-202,8	-14	+0,2	+148,8	
+2 Jahre		73	-11,7	-853,1	61	-8,6	-521,9	-12	+3,1*	+331,3	0,032
+3 Jahre		89	-10,5	-921,0	73	-7,8	-568,9	-16	+2,7*	+352,1	0,020
+4 Jahre		71	-8,9	-631,2	79	-8,4	-661,3	+8	+0,5	-30,1	
+5 Jahre		80	-6,8	-541,1	87	-8,3	-726,0	+7	-1,6	-184,9	
Gesamt (+5 Jahre ohne +182 Tage)		347	-9,6	-3.298,1	320	-8,4	-2.680,9	-27	+1,2*	+617,2	0,045
Versicherte & D-Alder											
Zeitpunkt des Todes	männlich	156	76,9		157	77,4		-1	+0,5		
	weiblich	191	81,9		163	83,7		28	+1,8*		0,025

Entwicklung der Normkosten, Istkosten, Deckungsbeitrag und Versichertenanzahl



Hypothetische Kalkulation: Was würde das Solidarsystem sparen?



Abb. 1-3: Aus Vortrag „Gesundheitsoutcomes der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK)“ und „Wie wirtschaftlich ist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal“ und „Gesundes Kinzigtal als Entwicklungslabor für neue Versorgungselemente im deutschen Gesundheitssystem“, gehalten auf dem Parlamentarischen Abend, 6. Juni 2016, in der Vertretung des Landes Baden-Württemberg, Berlin.

Fachsymposium „Gesundheit und Versorgung 2016“

If you have a problem, go to Leipzig

Mit drei recht unterschiedlichen Positionen zum Innovationsfonds zeigte das von den Gesundheitsforen Leipzig veranstaltete Fachsymposium „Gesundheit und Versorgung 2016“ einmal mehr, dass solche Veranstaltungen einen hohen Wert haben; nicht nur wegen der damit demonstrierten hohen Bedeutung der Regionalität in der Versorgung, sondern auch weil eine Veranstaltung, die einmal nicht in Berlin stattfindet, vielleicht auch zu mehr Offenheit verführt.

>> Mit dem Sinnspruch „If you have a problem, throw money on it“, brachte Dr. Katrin Krämer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement im AOK Bundesverband ihre Sorge zum Ausdruck, ob der Innovationsfonds wirklich eine Lösung sein könne. Nur: Eine Lösung für was? Für mangelnden „Innovationsdruck“ im Gesundheitssystem? Für eine Konsensorientierung in der Selbstverwaltung statt Vorsprung für die Besten? Für zu wenige professionelle und investitionsfähige Partner der Krankenkassen auf Seiten der Leistungserbringer? Oder für schwierige Bereinigungsverfahren, für Verhinderung von Doppelfinanzierung und eine Gefahr der Diskriminierung von Selektivvertragsteilnehmern? Oder gar, weil temporäre „Vorsprünge“ in der Versorgung keine politisch-gesellschaftliche Akzeptanz finden? All das sind von ihr selbst genannte mögliche Ursachen für mangelnde Prozess- und Strukturinnovationen im Gesundheitswesen. Daher lautet ihr Zwischenfazit, obwohl sie mit ihrem Vortrag die von ihr öfters wahrgenommene Euphorie nicht in eine Dysphorie verwandeln wolle, dass „fehlende finanzielle Mittel nicht das primäre Problem“ seien; das wäre vielmehr eine „strukturelle Verwirrung“ durch unterschiedliche Versorgungsgesetze.

Dr. Ekkehard von Pritzbuer, Leiter des Geschäftsbereichs ärztliche und veranlasste Leistungen und Nutzenbewertung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht

das ein wenig anders. Der Innovationsfonds stelle sehr wohl einen „bedeutenden Mittelzufluss“ dar, und zwar für die bisher unterfinanzierte Versorgungsforschung, aber ebenso für die Entwicklung von Versorgungskonzepten, die „mehr der Verbesserung für Patienten dienen, als dem Wettbewerb zwischen Krankenkassen“. Daher habe die KBV im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die Einrichtung eines Innovationsfonds sehr begrüßt, anders die Kassenszene. „Die Förderung aus Mitteln der GKV ist eine große Chance, die genutzt werden sollte“, fordert von Pritzbuer. Dazu sei die Übertragbarkeit in die Regelversorgung ein zentrales Kriterium für die Förderung, aber ebenso, dass es „keinen „Patentschutz“ für gute Versorgungskonzepte geben dürfe, die durch das Solidarsystem gefördert wurden. Dagegen stehe jedoch eine seinen Worten zufolge „fragliche Bereitschaft von Krankenkassen, ihre wettbewerblichen Konzepte der Solidargemeinschaft zur Verfügung zu stellen“. Und nicht nur in diesem Zusammenhang sichtbare Interessenskollision nahezu sämtlicher Mitglieder im Innovationsausschuss bei Antragstellung aus den „eigenen Reihen“.

Auf der Suche nach dem disruptiven Element

Doch ist der Innovationsausschuss, der bis auf ein paar ministeriale Abgesandte ein Abbild der im G-BA formierten Bänke ist, überhaupt zur Innovation fähig? Das bezweifelt Dr. Susanne Ozegowski, die in ihrem Vortrag „Aktuelle Entwicklungen des Innovationsfonds aus Sicht des BMC“ beleuchtete. Die Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care (BMC) brachte ihre Zweifel zum

Ausdruck, ob der Innovationsausschuss als Abbild des G-BA ein „disruptives Element“ sein könne, mit dem die Pfadabhängigkeit, in dem die Versorgung in Deutschland gefangen sei, aufgebrochen werden könne. Die Pfadabhängigkeit umschreibt als analytisches Konzept der Sozialwissenschaften den Umstand, dass man selten die Möglichkeit hat, vollkommen frei zu entscheiden, weil mit jeder getroffenen Entscheidung der Pfad enger wird und man irgendwann zu dem Punkt kommt, an dem man überhaupt nicht mehr steuern kann. Darum würde in Deutschland seit mehr als 40 Jahren beispielsweise über die Frage der Schnittstelle und die integrierte Versorgung geredet, ohne weiterzukommen, zum Beispiel bei Art und Weise wie man Brücken bauen könne zwischen den Versorgungssystemen und -strukturen. Das sei nun nicht gerade eine „Hochinnovation“, wohl aber eine für das SGB V. Doch ebenso so eine, die von den etablierten „Regulierern“ schlecht zu lösen sei, die nun einmal für die einzelnen Sektoren stehen würde. Ozegowski: „Ob das nun die DKG oder KBV ist, jeder für sich hat doch kein Interesse an integrierter Versorgung, zumindest solange die Vergütungstöpfe nicht klar definiert sind.“ Darum brauche man, um aus der gelebten Pfadabhängigkeit herauszukommen, eben ein „disruptives Element“ – nur: „Das gerade ist der G-BA nun einmal nicht.“ Solche Elemente wären vielmehr die Digitalisierung oder die Akademisierung der Frage, die Empowerment der Patienten oder auch die Generation Y, die alle zusammen ein Umdenken auslösen könnten. Oder der Innovationsfonds, der ein Pfadbrecher werden könnten.

Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Das Fachforum des Nachmittags stand ganz im Zeichen von Veränderungen der Versorgungsstrukturen. Hierzu referierte Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., zu aktuellen Entwicklungen



Dr. Katrin Krämer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement AOK Bundesverband

und Perspektiven dieser dritten Säule des Versorgungssystems und beklagte insbesondere die großen Unterschiede zwischen den Bundesländern. So gibt es im Rahmen der Teamanzeige keine einheitlichen bundesweiten Musteranzeigen, in denen beispielsweise die einzureichenden Qualifikationsnachweise der Ärzte aufgeführt sind. Auch das mit Implementierung der ASV angestrebte eigene Abrechnungssystem konnte bis heute nicht eingeführt werden, so dass dieses System lange Bearbeitungszeiten generiert. Erfahrungen aus der Teilnehmerschaft, wonach Verzögerungen besonders an den ASV-Teams lägen, die 90 Prozent der Anträge unvollständig einreichen, sind ein weiterer Beweis für die Unterschiede in der Praxis der jeweiligen Bundesländer. Auf Strukturprobleme in der stationären Versorgung machte der Geschäftsführer des Bereichs Gesundheitspolitik des IGES-Instituts, Dr. Martin Albrecht, aufmerksam. Trotz höherer Produktivität schreiben viele Krankenhäuser rote Zahlen, was darauf zurückzuführen ist, dass der Rückgang der Verweildauer im Krankenhaus stärker wirkt als der Rückgang der Bettenkapazität. Die daraus resultierende sinkende Auslastung erfordert ein Vorantreiben der Zentrenbildung in der stationären Versorgung, deren Notwendigkeit mittlerweile auch von Regierungsseite erkannt wurde. Albrecht plädiert im Rahmen monistischer Krankenhausfinanzierung deshalb für die Koppelung der Investitionsfinanzierung an die Leistungsvergütung um damit „Investitionsstau“ zu vermeiden.

Erhöhung der Patientenzufriedenheit und Kosteneinsparungen

Neue Konzepte zur Steigerung der Versorgungszufriedenheit und Kostensenkung zeugen davon, dass Innovation in manchen

Teilen der Gesundheitswirtschaft längst passiert. Tobias Vogelmann von der mhplus Betriebskrankenkasse und Florian Merl von der AOK Bayern konnten aus erster Hand von effizienten Case- und Versorgungsmanagement berichten. So wurden durch eine Studie zum telefonischen Versorgungsmanagementprogramm der mhplus hohe Kosteneinsparungsmöglichkeiten und erhöhte Kundenzufriedenheit festgestellt. Telemedizinangebote der AOK Bayern wie das Intensivmonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz „Cordova“ versprechen zudem eine Erhöhung der Lebensqualität chronisch Kranker, wie auch massive Kosteneinsparungen im stationären Bereich. Dass die Digitalisierung endgültig mitten in der Gesellschaft angekommen ist und durchaus Chancen bietet, bewiesen Jörg Badanowitz, Leiter der Unternehmenskommunikation bei der DAK-Gesundheit und Robert Kulesa von der MD Medicus Holding GmbH. Beide Parteien bestreiten mit dem DAK-Ärzte-Videochat einen Einstieg in neue Beratungskonzepte, dem laut einer Bertelsmann-Studie jeder zweite Deutsche offen gegenübersteht. Erste Evaluationen zeigen sowohl von Ärzten als auch Patienten positives Feedback.

Anwälte der Kunden

Dass die Abwendung vermeidbarer Schäden und unerwünschter Ereignisse auch Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen ist, hob Prof. Dr. Jörg Loth, Vorstandsmitglied der IKK Südwest, hervor. Patientensicherheit gewinnt zunehmend auch in der Gesetzgebung, beispielsweise bei Qualitätsanforderungen im ambulanten und stationären Sektor, an Bedeutung. Das Konzept der strukturierten Zweitmeinung durch ein interdisziplinäres Team vermag beispielsweise unnötigen Eingriffen oder Patientenverunsicherung vorbeugen. Auch das

Telemonitoring Herzinsuffizienz, das unter dem Namen „IKK Herzstark“ läuft, trägt zur Verbesserung der Patientensicherheit, insbesondere durch den ermöglichten Datenaustausch mit dem behandelnden Arzt bei chronisch herzkranken Patienten bei. Die Krankenkassen sollten in ihrer Doppelfunktion als „Anwalt ihrer Kunden“ und wirtschaftlich Betroffener eine Schlüsselrolle in der Durchsetzung und Implementierung von Sicherheits- und Qualitätsaspekten einnehmen. Kein Goldstandard für die Verwendung von Routinedaten

Die Nutzung von Routine- und Sekundärdaten für Forschungszwecke nimmt immer stärker zu – nicht zuletzt, um Strukturen und Kosten des Systems zu analysieren. Häufig werden die Daten dabei unmittelbar mit der Verbesserung der Versorgung in Zusammenhang gesetzt und deren Verwendungen in Ausschreibungen, wie vom Innovationsausschuss, zum Teil direkt gefordert. Am zweiten Tag des Fachsymposiums drehte sich deshalb alles um die Nutzung von Routinedaten in der Versorgungsforschung sowie einer kritischen Auseinandersetzung mit diesen. Anhand von Fallbeispielen wurden im Plenum methodische und inhaltliche Aspekte hinterfragt und diskutiert. Insbesondere die Validität der Daten, die im Gegensatz zu Sekundärdaten „fertig“ zur Verfügung stehen, selbst sowie Plausibilität der Argumentation mit diesen in empirischen Studien können dabei manchmal zu denken geben. Laut Prof. Dr. Falk Hoffmann, Leiter der Abteilung Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, sei es daher wenig sinnvoll, nur Stärken hervorzuheben. „Die Vor- und Nachteile müssen je nach Fragestellung abgewogen werden, vor allem jenseits von Versorgungsanalysen“, so Hoffmann weiter, um auf Basis dessen Versorgungsstrategien entwickeln oder Entscheidungen für die Gesundheitspolitik treffen zu können.

Besondere Beliebtheit erfährt die Aufbereitung von Routinedaten, um regionale Unterschiede in der Versorgung herauszustellen. In ihrem Vortrag hob Dr. Daniela Koller, Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft, LMU München, die Schwierigkeiten der Aggregation und Verknüpfung der Daten auf regionaler Ebene hervor, die zudem häufig empirischer Kompromisse bedürfen. „Neben Anforderungen an Verfügbarkeit, Validität und statistisch korrekte Aufbereitung stellt sich bei regionalen Analysen noch die Frage der richtigen Darstellungsform“, so Koller. <<



Dr. Susanne Ozegowski, Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care (BMC)

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.: Neue Versorgungsforschungskonzepte

„Schmerzmedizin ist kein Luxus“

Mit der online-Plattform „mein-Schmerz.de“ hat die Deutsche Schmerzliga in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) Mitte Juni den Startschuss für ein Tool gegeben, mit dem die Versorgung chronisch schmerzkranker Menschen verbessert werden soll. Auf der Pressekonferenz der DGS präsentierte Dr. Michael Überall das Konzept, dessen Vorzüge für die Praxis Diplom-Psychologin Britta Maurus den Zuhörern anschaulich darstellte. Mit dem Statement „Schmerzversorgung ist ein Menschenrecht“, machte Prof. Dr. Gerhard Müller-Schwefe als dritter Referent die Dringlichkeit der Verbesserung von Versorgungskonzepten deutlich, für deren Umsetzung sich die DGS einsetzt – und das, so Müller-Schwefe, benötige mehr als einen Aktionstag im Jahr.

>> „Dokumentation spielt eine große Rolle in der Medizin – aber in erster Linie als Rechtfertigungsinstrumentarium“, eröffnete Dr. Michael Überall, Leiter des DGS Schmerzzentrums in Nürnberg, seinen Vortrag zu den neuen Tools, die die Versorgung verbessern und die Versorgungsforschung beleben sollen. Die Dokumentation via Fragebogen helfe gerade der Schmerzmedizin in der Evaluation der Patienten-Beschwerden und sei essenziell für die Diagnose- und Therapieentscheidung.

Mit dem „iDocLive“-System, einem Online-Dokumentationsdienst für Ärzte, stelle die DGS ein wichtiges Tool für die individuelle Versorgung der Patienten zur Verfügung, denn das System bereitet die Informationen des Patienten auf, analysiert und interpretiert diese.

Routinedaten für die Forschung

„Neben der Individualität der Versorgung erlauben die Daten auch einen Zugang zu Versorgungsforschungsfragestellungen“, gibt Überall den Blick auf einen zweiten zentralen Aspekt der Dokumentation frei. Aus der Routine gewonnene Daten werden – die Zustimmung der Ärzte und Patienten vorausgesetzt – über „iDocLive“ in Echtzeit in das DGS-PraxisRegister Schmerz verschoben und stehen für Versorgungsforschungsprojekte zur Verfügung. Gespeist wird das Tool durch Daten aus topografisch nahezu flächendeckend verteilten 106 Schmerzzentren in Deutschland, die von rund 81.000 Patienten pro Quartal erhoben und durch 700 medizinische Fachkräfte eingegeben werden.

„Wenn wir auf die validierten Einzelinstrumente eingehen, die wir zu diesem Zeitpunkt schon haben, dann sind das über 19 Millionen Angaben“, zeigt sich Überall fasziniert von dem Volumen der Informationen. „Wir erwarten bis Ende des Jahres 135.000 Behandlungsfälle im System, um unsere Analysen durchführen zu können“, beschreibt Überall die Dynamik, die sich entwickelt hat. Bereits Ende April wurden demnach bereits 70 % des Volumens des ge-

samten Jahres 2015 erreicht.

Doch der Erfolg hat eine Geschichte und gründet auf dem Heidelberger Schmerzfragebogen aus dem Jahr 2000, auf den der DGS Schmerzfragebogen und der Deutsche Schmerzfragebogen – flankiert durch verschiedene Softwareprodukte – folgten. Schließlich wurde 2013 die „iDocLive“-Plattform installiert, die nach einjähriger Testphase für jeden beliebigen ärztlichen Teilnehmer geöffnet wurde.

Hierin liegt für Überall auch der Erfolg: „Unser System kann in der Alltagsroutine von den Ärzten angewandt werden und nicht nur von wissenschaftlichen Einrichtungen“, erklärt er und freut sich über die Zündung von „Stufe fünf“: Mit „mein-schmerz.de“ ist das System ab sofort, unabhängig vom Versichertenstatus kostenlos für Patienten geöffnet. Dieser hat entweder die Möglichkeit den ausgefüllten Fragebogen auszu-drucken oder er speichert die Daten und kann so seinen Therapieverlauf über ein authentifiziertes Endgerät verfolgen.

Alle Daten, die über die beiden Plattformen gesammelt werden, stehen dann im Register in anonymisierter Form zu Versorgungsforschungszwecken zur Verfügung und werden derzeit von der DGS ausgewertet. Aber auch andere Interessierte können durch Antragsstellung bei der Gesellschaft an den Informationen des sektorenübergreifenden Systems partizipieren.

Ein Beispiel aus der Praxis präsentierte Britta Maurus: Sie nutzt „iDocLive“ in ihrer interdisziplinären psychologischen Praxis in Hamburg und berichtet, dass der Zeitaufwand für die Beantwortung des Fragebogens ähnlich der der Papierversion ist aber der Kampf mit dem Papier entfallt. Online-Schmerztagebücher können jetzt kompakt und portabel mitgeführt werden und erfreuen sich nach Angaben Maurus' erstaunlicherweise auch bei den älteren Patienten großer Beliebtheit.

„Für uns ist es eine enorme Zeitersparnis“, stellt Maurus fest. Zum einen das Übertragen der Fragebogen-Angaben wie auch die Abrechnung sind hier relevante Faktoren. Und die Auswertung liegt direkt auf dem Tisch. „Ich werde

besser in meiner Indikationsstellung“, meint Maurus, denn „die Therapie kann immer nur so gut sein, wie die Diagnose, die ich stelle“, und der Fragebogen fungiere ja schließlich als diagnostisches Instrument.

Facharzt ist obligatorisch

Aber das System kann noch mehr – wenn man es lässt und politische wie technische Hemmnisse aus dem Weg räumt, wie Professor Gerhard Müller-Schwefe einwarf. Trotz 23 Millionen chronisch Betroffener und 2,8 Millionen hochproblematischer Fälle, stehe das Thema nicht ganz oben in der Versorgungs-Diskussion im Gesundheitssystem.

Oft brauche ein Patient das gewisse Quäntchen Glück, um an einen Schmerzmediziner zu geraten, was nicht zuletzt an der Tatsache liege, dass es kein Fachgebiet für Schmerzmedizin und somit keine Bedarfsplanung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gebe. Daher rechnete Müller-Schwefe vor: Die Bedarfslage fordere derzeit 5.000 Spezialisten. Faktisch seien es jedoch nur 1.000. „Die Ansprüche der Patienten bleiben auf der Strecke“, klagt er und macht die Uneinigkeit von Fachgesellschaften, Ärzteverband und Politik in Sachen Zuständigkeit und Finanzierung dafür verantwortlich.

Für den DGS-Präsidenten ist eine effektive multimodale und multiprofessionelle Arbeit nur mit einem Querschnittsfach Schmerzmedizin möglich, die von der Einführung des Facharzt für Schmerzmedizin flankiert werden muss. Als derzeit sinnvollstes Instrument der Schmerzversorgung sieht er Integrationsverträge an, die komplexe, effektive Behandlungen ermöglichen. Leicht resigniert klingt Müller-Schwefe, als er angibt, dass die Instrumente und Methoden grundsätzlich vorhanden seien, um Schmerzen effektiv zu behandeln „aber wir können sie nur selektiv für einzelne Patienten einsetzen. Und das ist ein Desaster“. Nur frühe Intervention könne solchen Entwicklungen Vorschub leisten und so will die DGS weiter für eine bessere Versorgung zu kämpfen. <<

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.: Interdisziplinarität schon in der Ausbildung lernen

„Wir brauchen eine Qualitätsoffensive“

Der erste Dienstag im Juni steht traditionell im Zeichen des Schmerzes. An diesem Tag macht die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (dgss) gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften auf die klaffende Lücke in der Versorgung chronisch kranker Schmerzpatienten aufmerksam. In diesem Kontext forderte Präsident Professor Michael Schäfer Mindestqualitätsstandards für die Betroffenen und auch Dr. Ursula Marschall von der Barmer GEK plädierte vehement für eine am Patienten ausgerichtete Therapie und eine Qualitätssicherung in der Behandlung chronisch kranker Schmerzpatienten. Diese werde nicht zuletzt von Pflegefachpersonal ausgeübt, wie Franz Wagner vom DbfK feststellte, und bedürfe gezielter Ausbildung, um eine hochwertige interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen.

>> „Wir machen uns dafür stark, dass Schmerz auch als ein Indikator der gesundheitsmedizinischen Versorgung eingeführt wird“, machte Professor Michael Schäfer, Leitender Oberarzt an der Charité und Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. die Position der Deutschen Schmerzgesellschaft deutlich. Ziel sei ein Qualitätsminimum in jeder stationären und ambulanten Einrichtung, das eine schmerzmedizinisch adäquate Versorgung der Patienten gewährleiste.

Im Rahmen des Aktionstages stellte die dgss die neue „schmerzApp“ vor, die Betroffene informieren und mit einem interaktiven Schmerzfragebogen Wünsche und Anregungen von Nutzern eruieren möchte. Die dgss sei darüber hinaus ganz auf einer Linie mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder im letzten Jahr, die eine bessere stationäre wie ambulante schmerzmedizinische Versorgung, vor allem an den Schnittstellen, fordert. Dazu soll der G-BA einen eigenen Schmerzindikator für die gesundheitsmedizinische Versorgung entwickeln und einführen, der laut Schäfer helfen könne, die „Patchwork-Landschaft“ der Unter- und Fehlversorgung zu harmonisieren.

Facharzt als Fernziel

Um das zu erreichen, ist für Schäfer der bei den Fachgesellschaften inter- und intradiskutierte Facharzt für Schmerzmedizin lediglich ein Fernziel, das derzeit nicht zu realisieren sei. Für sinnvoller hält er es, näher gesteckte Ziele zu erreichen und sich auf die strukturelle Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Form einer niederschweligen, wohnortnahen und flächendeckenden schmerzmedizinischen Versorgung, zu konzentrieren.

Mit der speziellen Schmerztherapie sei man dahingehend derzeit gut aufgestellt und „in der studentischen Lehre haben wir mit dem Querschnittsfach Q14 eindeutig die Schmerzmedizin in den Fokus gerückt“, meinte Schäfer und verwies darauf, dass Schmerzmedizin als Prüfungsfach in die Approbationsordnung für werdende

Ärzte in diesem Jahr eingeführt werde. Der durch die Fachgesellschaften und Verbände in der Schmerzmedizin geschaffene Konsens zur Klassifizierung schmerzmedizinischer Einrichtungen, der die Schaffung einer „Fachkunde Schmerzmedizin“ für die primärärztliche Versorgung sowie Struktur- und Qualitätskriterien für entsprechende Einrichtungen vorsehe, sei ein weiterer Meilenstein, ist sich der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft sicher. Dabei kann er sich der Zustimmung Dr. Ursula Marschalls von der Krankenkasse Barmer GEK sicher sein, die sich mit dem Thema Schmerz beschäftigt und Evaluationsergebnisse im Arztreport 2016 dargestellt hat.

Als eines der wichtigsten Ziele macht sie die Verhinderung der Chronifizierung von Schmerzen aus, die nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit für diese Therapie – berufs- wie fachgruppenübergreifend – erreicht werden könne. Beispielsweise die multimodale Schmerztherapie im Krankenhaus, die ein Schwerpunkt im Arztreport darstellt, wird von Marschall hier exemplarisch genannt, aber „hier sehen wir von Seiten der Krankenkassen allerdings eine Entwicklung, die besorgniserregend ist“, gibt sie an. Denn nicht die Quantität, die sich positiv entwickle, sondern die Qualität der Behandlung werfe Fragen auf, da eine multimodale Schmerztherapie auf eine Verhaltensänderung ausgerichtet sei, die Zeit brauche. Prekärer Weise sinke jedoch die Behandlungszeit für diese Therapie, die in der stationären Behandlungsdauer ihren Niederschlag finde. „Wir brauchen eine Qualitätsoffensive“, proklamierte Marschall und fordert Qualitätskriterien, die in der Initiative „Kerndokumentation Schmerz“ (KEDOQ) bereits ein – allerdings nicht verpflichtend anzuwendendes – Instrument hätten, um Patientendaten strukturiert zu dokumentieren.

Ziel sei die Erstellung einer umfassenden Datenbank aus patientenbezogenen Merkmalen sowie diagnose- und therapielevanten Daten, um eine externe Qualitätssicherung für die spezialisierte Schmerztherapie zu eta-

blieren und unabhängige überregionale sowie sektorenübergreifende Auswertungen vornehmen zu können.

Mangelnde Gesundheitskompetenz kompensieren

Der gemeinsame Nenner sei die Orientierung am Bedarf der Patienten, konstatierte Marschall und leitete damit zu Franz Wagner, dem stellvertretenden Präsidenten des Deutschen Pflegerates und Geschäftsführer des DfbK über, der sich mit der Teilnahme am Aktionstag explizit an die Pflegefachpersonen richtete, deren Aufgabenbereich sich durch die Betreuung von Schmerzpatienten als äußerst umfangreich darstelle. Ob Erläuterungen von Beipackzetteln, Beratung von Angehörigen oder der Schmerzeinschätzung bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen: Pflegefachpersonen übernehmen essenzielle Aufgaben in der Betreuung von Schmerzpatienten, doch gerade in der stationären Pflege sei es schwierig Interdisziplinarität herzustellen, so Wagner.

Die Heimbewohner würden häufig von verschiedenen Haus- oder Fachärzten behandelt, was die Zusammenarbeit erschwere. „Eine Behandlung von Menschen mit Schmerzen benötigt über alle Sektoren hinweg gute Zusammenarbeit, gute Struktur und vor allem eine gute Ausbildung“, stellte Wagner fest und wies auf die Expertenstandards des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als Richtschnur für die Versorgung hin, die jedoch in der Praxis durch Pain Nurses (Pflegeexpertinnen Schmerz) ergänzt werden müssten, um eine kompetente Schmerzversorgung sicherzustellen. Denn nicht zuletzt die Health Literacy (Gesundheitskompetenz), die in Deutschland im EU-Vergleich unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, wie eine aktuelle Studie von Professor Doris Schaeffer zeigt, bringe die Pflegefachkräfte als unverzichtbare Größe mit Betreuungs- und Dolmetsch-Funktion in Spiel. „Interdisziplinarität muss gelernt werden“, schloss Wagner. <<

Die 5. EPatient Survey 2016 beleuchtet die Einstellung zu digitalisierten Gesundheitsdiensten

Die digitale Affinität wächst

In Sachen Gesundheit informiert sich mittlerweile rund die Hälfte aller Deutschen im Internet, wie Ergebnisse der 5. EPatient Survey 2016 zeigen. Dr. Alexander Schachinger beweist als Autor der Studie darüber hinaus, dass neuere, therapiebezogene Internetdienste und Apps zunehmend von den Patienten wahrgenommen werden und das Therapieverhalten prägen. Wider Erwarten ist der durchschnittliche Gesundheits-Surfer nicht in der jungen Generation zu Hause, sondern liegt mit 59 Jahren über dem demografischen Durchschnitt. Gibt es weitere Überraschungen?

>> Ausgewertet wurden die Daten von 9.090 Teilnehmern, die in der Zeit vom 3. März bis 2. Mai 2016 auf insgesamt 76 gesundheitsaffinen Webseiten bzw. Newslettern dem Link zur anonymen Befragung der Patient RSD GmbH, Berlin folgen konnten. Mit 54 % waren darunter etwas mehr Frauen als Männer und die Bildung der Teilnehmer entsprach mit 32 % an Fach- oder Hochschulabsolventen einem höheren Niveau als dem des Bildungsdurchschnitts.

Dass mit 3.775 Befragten (43 %) zu einem großen Teil selbst Betroffene, sprich: Chroniker/Patienten die Fragen zur Digitalen Gesundheit beantworteten, erstaunt nicht weiter. Auch akut Betroffene (29 %), Angehörige (15 %) oder allgemein Interessierte (13 %) sind im Netz auf der Suche nach Antworten, wie EPatient mit der Unterstützung des Kompetenzbereichs eLearning Charité Virchow Klinikum herausfand.

Von den an der Umfrage beteiligten Chronikern/Patienten nahmen 53 % seit längerem eine medikamentöse, physiotherapeutische oder anders geartete Therapie in Anspruch, indes forschten 10 % im Netz nach neuen oder zusätzlichen Therapieoptionen. 13 % erkundigten sich als zwar als chronisch Kranke, jedoch nicht mehr in Therapie befindliche Betroffene.

Dokumentationsunterstützung

Die Deutschen nutzen das Internet auch zum Informationsaustausch, wie die Ergebnisse zeigen, denn mit 22 % gibt knapp ein Viertel der Befragten an, Gesundheitsfragen schon einmal online gestellt oder diskutiert zu haben, während 38 % bereits auf diesem Wege Medikamente oder Arzneimittel kauften. Diese älteren, verbreiteten Online-Dienste werden hauptsächlich (43 %) im Sinne von Medikamenten-Checks oder Medikamenten-Verträglichkeits-Checks verwendet, während unter den neueren, noch weniger verbreiteten Online-Diensten mit 9 % indikationsspezifische Apps auf dem Vormarsch sind, die sich mit der Bewältigung und Unterstützung der Krankheit im Alltag beschäftigen.

Allerdings gibt knapp die Hälfte (46 %) dieser Gruppe nur eine durchschnittliche Effektivität dieser Anwendungen an. Da ist noch

wesentlich mehr drin.

Auch Apps, die Medizingeräte in Form von Datensammlung unterstützen oder als Gebrauchsanweisung dienen, werden bereits von 9 % genutzt und von beachtlichen 80 % geschätzt. Die Befragten gaben eine regelmäßige Erfassung und Speicherung ihrer Messwerte an, die eine bessere Übersicht und Vollständigkeit gewährleiste. 6 % bedienen sich einer medikamentenspezifischen App, die an die regelmäßige Einnahme erinnert oder über den richtigen Umgang informiert und sind zu 46 % auch vom Mehrwert dieses Service überzeugt.

Die Diagnosemöglichkeiten sind ausbaufähig

Ausbaufähig scheint hingegen die Zufriedenheit mit der Unterstützung bei der Einnahme mehrerer Arzneien, die 42 % überzeugt, 34 % wiederum jedoch gar nicht.

Weitere 6 % der Befragten, die ihr Kreuz bei „Ich nutze eine Art Online-Gesundheitsakte, in der ich Daten, Dokumente und Informationen von meinen Behandlern (Arzt, Klinik etc.) oder von mir (oder meinen Angehörigen) eingeben und sammeln kann“ sehen zu 67 % Zugriff und Verwaltung ihrer Krankheitsdaten dadurch optimiert. Für weitere 20 % trifft das etwas zu und nur 10 % sind nicht von der Gesundheitsakte überzeugt.

Noch sehr überschaubar zeigt sich die Nutzung von Diagnosemöglichkeiten per App/



Dr. Alexander Schachinger

Hardware mit dem Handy (z. B. Mini-EKG, Handykamera für Hauterkrankungen benutzt, Handy für Puls-/Blutdruckmessung oder eine Art Hörtest), die bei 4 % liegt aber nicht als Impulsgeber für einen Arztbesuch genannt wird. 77 % sagen nämlich, dass die Handy-Diagnose sie nicht zum Arztbesuch animiert hat. Die Möglichkeit der Online-Arztstunde hat bisher nur eine verschwindend geringe Menge von 0,7 % der in dieser Frage 3.798 Interviewten in Anspruch genommen.

Auch, wenn noch Luft nach oben ist, zeigen sich die Deutschen emanzipiert, was die Online-Kompetenz in Sachen Gesundheit betrifft und haben damit Wissenschaft und Politik einiges voraus: Denn während das Gesundheitssystem über Evaluation und Zertifizierung streite, sei der Patient schon wesentlich weiter, lautet ein Fazit der Studie.

Ein Blick über den Tellerrand offenbare, dass Deutschland der internationalen Entwicklung rund 5 Jahre hinterherlaufe. „Was fehlt ist, dass zum einen internationale Erfahrung berücksichtigt und zum anderen ihre Konzepte für digitale Praxis auch in Deutschland angewandt werden“, bilanziert Schachinger.

Klare Regeln und Vertrauen schaffen

Zunehmende Qualität korreliert nämlich mit einer wachsenden Zahlungsbereitschaft der Nutzer, denn 8 % haben bereits für einen Dienst Geld auf den Tisch gelegt und 28 % würden das in einem Umfang von 10-20 Euro leisten, sofern die Anwendung nachweislich ihre Therapie unterstützt. Immerhin 50 % sind jedoch nicht bereit hier zu investieren, was im Vergleich zum letzten Jahr jedoch einen Rückgang von 30 % der Widerwilligen bedeutet, hebt der Studienautor hervor.

Von Seiten der Patienten ist der Weg also frei für digitalisierte Gesundheitsdienste, auch wenn sich beim Datenschutz die Nation gespalten zeigt: 43 % sind tendenziell für eine webbasierte Datenverarbeitung, genauso viele jedoch dagegen. Zeit für Politik und Wirtschaft hier klarere Regeln und Vertrauen zu schaffen. <<

INNOFONDS **Fakten Status Diskurs**

Der Innovationsfonds:

Lösung für ein Patientenproblem?

Aus Patientensicht sollten nutzenstiftende Innovationen – Produkt-, aber besonders auch Prozessinnovationen – möglichst schnell allen Betroffenen zugutekommen, also den Kollektivvertrag erreichen. Dass im Zeitalter von Selbstzahlerleistungen und Selektivverträgen der G-BA hier weitgehend versagt, liegt in der Natur der gegebenen Anreize. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der Innovationsfonds dieses Problem zumindest entschärfen. Die Frage ist: Kann er diese Funktion auch erfüllen? Es mehren sich die Indizien, dass das nicht oder kaum der Fall sein wird.

>> Zunächst vorab: Der Innovationsfonds begeht einen Kardinalfehler der Selektivverträge nicht, nämlich die Evaluation unge-regelt zu lassen. Vielmehr wird großer Wert darauf gelegt, dass die Versorgungsprojekte selbst, im Rahmen der Förderung der Versorgungsforschung aber auch bereits bestehende Selektivverträge evaluiert werden und so ein strukturierter Erkenntnisgewinn gewährleistet wird. Auch hat der Gesetzgeber sich selbst die Evaluation des Versuchsballons Innofonds aufgegeben. Das erscheint angesichts der sich abzeichnenden Probleme mit dem Fonds eine sehr gute Vorsichtsmaßnahme.

Der Ärger mit dem Innovationsfonds beginnt bei Vermeidbarem wie der Umsatzsteuer. Da mit den obersten Finanzbehörden die Frage der Steuerpflicht nicht geklärt wurde, müssen die Projekte entsprechende Rückstellungen bilden. Die Gelder fließen entweder ans Finanzamt oder ungenutzt an den Innofonds zurück – für Patienten werden sie nicht eingesetzt. Antragsteller, die diesen Punkt nicht beachten, werden entweder als unrealistisch abgelehnt oder gehen persönlich hohe finanzielle Risiken ein. Wirklich transparent erscheint dieser Punkt auch potentiellen Antragstellern nicht zu sein, so dass die Gleichbehandlung der Projekte gefährdet sein kann.

Apropos Risiko: Das ergibt sich vor allem auch aus dem Vergaberecht. Die vom Innofonds geförderten Versorgungsprojekte werden üblicherweise in Form von Selektivverträgen unter Konsortialführerschaft der Krankenkassen umgesetzt werden müssen. Das verlangt schon die Förderbekanntmachung. Die Kassen wiederum sind bezüglich der von ihnen finanzierten Dienstleistungen zur Ausschreibung verpflichtet. Selbst wenn das Projekt bis dato maßgeblich von dem späteren (potenziellen) Auftragnehmer, einer Fachgesellschaft etwa oder einer Patientenorganisation, entwickelt wurde, kann bei der Ausschreibung jeder zum

Zuge kommen und der Projektinitiator leer ausgehen. Es ist auch nicht gesagt, dass jenes wissenschaftliche Institut, das ein Evaluationskonzept entwickelt hat, selbiges nach der Ausschreibung noch umsetzen darf – auch das muss ausgeschrieben werden. Welche Auswirkungen solche Wechsel auf die Tragfähigkeit der ursprünglichen Förderzusage haben, ist noch offen, aber spannend. Dass das Ganze hochgradig demotivierend auf Menschen und Organisationen wirken muss, die einfach nur an guter Versorgung interessiert sind, versteht sich von selber. Aus Patientensicht wären vor allem die aus diesen Kreisen vorgebrachten Ansätze wichtig. Bevorzugt werden hingegen folglich jene Ansätze, die von Krankenkassen aktiv vorgebracht oder gar konzipiert werden. Insofern ist die Analogie zur IV-Anschubfinanzierung hoch, deren Bilanz aus Patientensicht durchaus kritisch zu bewerten ist.

Dass Patientenversorgung und insbesondere deren möglichst rasche Verbesserung wohl nicht das Primärziel der Entscheidungsträger im Innovationsfonds ist, zeigt sich auch an den Vorgaben zum geförderten Umfang der Versorgungsprojekte. Würde man möglichst rasch erkannte Versorgungslücken schließen wollen, müssten Versorgungsprojekte in möglichst großem Umfang (viele eingeschlossene Patienten, möglichst lange Projektlaufzeit) gefördert werden. Im Extremfall wären so natürlich nur Gelder für zahlenmäßig sehr wenige Projekte vorhanden, so dass das Ziel, möglichst viele Innovationen auf Tauglichkeit zu testen, verfehlt würde. Gegen dieses konzentrierte Vorgehen spricht auch, dass, bei aller sorgfältigen Auswahl durch Expertenbeirat und stimmberechtigte Innofonds-Mitglieder, sich die ursprünglichen Erwartungen an ein Projekt nicht erfüllen müssen. Mit großen Projekten hätte man dann auch gleich viel Geld in den

Kommentar

Liebe Leserinnen und Leser,

nützt der Innovationsfonds den Patienten? Das ist ja die wirklich zentrale Frage und darum geht es Frau Dr. Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie legt die Betonung auf die schnelle



MVF-Herausgeber
Prof. Dr.
Reinhold Roski

Verbreitung nutzenstiftender Innovationen damit die Betroffenen in der Regelversorgung möglichst schnell etwas davon haben. Und da ist sie ziemlich skeptisch. Auch auf andere kritische Punkte weißt sie deutlich hin: die notwendigen Ausschreibungen nach dem Vergaberecht mit ihren für die Antragsteller möglicherweise sehr demotivierenden Ergebnissen sowie die geringe Förderdauer, die Probleme der Transparenz und der Nachhaltigkeit.

Dr. Neumann vom IGES Institut berichtet von den Erfahrungen bei der Antragstellung mit der lange währenden Unsicherheit über die Rahmenbedingungen und den vielen Anträgen, die eingereicht wurden. Gerade läuft die Bewertung in der ersten Fördererrunde durch den Expertenrat. Was sollte man im nächsten Jahr anders machen?

Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Sand gesetzt. Alternativ könnte sich der Förderumfang für Versorgungsprojekte daran orientieren, was für eine erfolgreiche Umsetzung erforderlich ist. Damit sich die Teilnahme an einem Vertrag, die umfangreiche Umstellungen der internen Prozesse erfordert, für Leistungserbringer lohnt, muss entweder je Patient viel Zusatzlöhle fließen oder es müssen viele Patienten versorgt werden (dürfen). Auch für die Krankenkassen respektive die Beitragszahler lohnt sich der Aufbau komplexer Managementstrukturen nur, wenn eine nennenswerte Anzahl Patienten versorgt wird. Zu kleine Projekte haben deshalb keine Chance auf Umsetzung. Dessen ungeachtet verfolgt der Innofonds das Ziel der Maximierung des Erkenntnisgewinns durch möglichst viele Projekte. Maxime ist deshalb, Projekte nur in dem Umfang

zu fördern, der zur Wissensgenerierung über die Sinnhaftigkeit des Versorgungsansatzes notwendig ist. Die Powerschätzung der Evaluationsstudie bestimmt damit über den potentiellen Förderumfang – sowohl zeitlich als auch in Bezug auf die Patientenzahl. Die Diskrepanz zwischen der zum Erkenntnisgewinn notwendigen Patientenzahl/Studiendauer und dem Umfang, der zur erfolgreichen Umsetzung erforderlich wäre, dürfte insbesondere bei komplexen Prozessinnovationen hoch sein. Diese aus Patientensicht besonders wichtige, da derzeit in den Innovationsmechanismen der Regelversorgung fehlende Innovationskategorie wird damit systematisch benachteiligt, ja nahezu unmöglich gemacht.

In eine ähnliche Richtung wirkt auch die sehr geringe Förderdauer. Der Innofonds fördert Projekte „in der Regel für drei Jahre“. Das ist ausgesprochen wenig Zeit, um in einer Ausschreibung Dienstleister zu verpflichten, Leistungserbringer einzubinden, Managementstrukturen aufzubauen, Patienten zur Teilnahme zu rekrutieren und auch zu versorgen und schließlich die Ergebnisse zu messen sowie in einem Evaluationsbericht nachzuweisen. Für komplexe Ansätze ist die Zeit mit Sicherheit zu knapp, aber genau nach komplexen, sektorübergreifenden Prozessinnovationen sollte aus Patientensicht besonders intensiv gesucht werden. Bleibt also wieder nur die Jagd nach den Quick-wins der Produktinnovation. Interessanterweise sieht der Gesetzgeber die Förderdauer bei „bis zu vier Jahren“. Es wird sicher spannend werden zu beobachten, welche Antragsteller das Selbstvertrauen aufweisen, vierjährige Projekte vorzuschlagen und wie die Entscheider des Innofonds unter diesen Umständen die Gleichbehandlung der Bewerber gewährleisten wollen.

Womit wir bei zwei weiteren Problemkreisen des Innofonds wären: Transparenz und Nachhaltigkeit. Da es sich beim Innofonds um öffentliche Gelder handelt, sollte eine Vergabe nach transparenten und objektiven Kriterien erfolgen. Derzeit brodeln die Gerüchteküche, nach welchen Entscheidungslogiken die Projekte ausgewählt werden. Sitzungen des Plenums im G-BA sind öffentlich, die des

Innofonds nicht. Wirklich transparent würde das Vorgehen nur, wenn zumindest im Nachgang der Entscheidungen auch klar würde, welche Projekte abgelehnt wurden, um gegebenenfalls Muster erkennen zu können – und sei es auch nur, um zukünftigen Antragstellern Enttäuschungen und Kosten aussichtsloser Projektanträge zu ersparen. Auch für die Patientenorientierung hätte mehr öffentliche Transparenz Vorteile. Die Erfahrung lehrt, dass Patientenbeteiligung ohne Stimmrecht (wie im Innofonds verwirklicht) in nichtöffentlichen Gremien mit Verschwiegenheitsverpflichtung wenig Wirkung entfaltet.

Kein automatischer Transmissionsmechanismus in die Regelversorgung

In Bezug auf die Nachhaltigkeit sind aus Patientensicht zwei Punkte zu beachten. Erstens sollten erfolgreiche Versorgungsprojekte nicht mit Ende der Förderdauer eingestellt werden. Die gesamten Anfangsinvestitionen in den Aufbau der Versorgungsstruktur würden bei einem Projektende verloren gehen, von den verpassten Chancen der Patienten auf bessere Versorgung ganz abgesehen. Derzeit ist die Fortsetzung völlig ins Belieben der dann mit der Finanzierung belasteten Krankenkassen gestellt, die unter dem Druck der drohenden Zusatzbeiträge nicht notwendigerweise nach dem Prinzip des maximalen Patientennutzens entscheiden dürften. Zweitens sollten Projekte, bei denen die Evaluation einen relevanten Patientennutzen belegt hat, möglichst schnell in die Regelversorgung überführt werden.

Durch die Veröffentlichungspflicht der Begleitforschung liegen zwar (immerhin) die Ergebnisse offen, aber es gibt keinen automatischen Transmissionsmechanismus in die Regelversorgung. Stattdessen müssen im Zweifelsfall Anträge auf Aufnahme in den Leistungskatalog wie schon bisher im Rahmen der Methodenbewertung des G-BA gestellt werden, die dann wiederum den eingangs erwähnten Anreizen vor dem Hintergrund von Selbstzahlerleistungen, Präferenz für Selektivverträge und der allgemeinen Trägheit

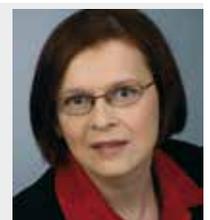
komplexer Systeme unterliegen.

Wie sieht nun die vorläufige Bilanz des Innofonds aus Patientensicht aus? Damit es zu Innovationen kommt (im Gesundheitswesen wie in jedem anderen Gesellschafts- und Wirtschaftszweig auch), braucht es drei Mechanismen: Erstens muss Varianz, also eine möglichst breite Auswahl alternativer Problemlösungen und Herangehensweisen produziert werden. Zweitens müssen diese Ansätze auf Tauglichkeit geprüft werden und drittens müssen vorteilhafte Varianten bewahrt und möglichst schnell verbreitet werden. Die Umsetzungsvorgaben des Innovationsfonds bewirken schon bei Generierung von Projektansätzen eine Benachteiligung jener Projekte, bei denen im deutschen Gesundheitswesen ein besonderer Innovationsstau besteht, nämlich bei der intelligenten Organisation von Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, unter Zuhilfenahme neuer Kommunikationstechnologien, bei Wahrung oder gar Stärkung der Patientenautonomie, in neuer Arbeitsteilung unter den Gesundheitsberufen. Die Selektion der so eingeschränkten Projektvielfalt erfolgt nur bedingt transparent und zumindest teilweise nach Kriterien, die nicht primär im Patienteninteresse zu liegen scheinen. Und ob die so dennoch gefundenen neuen Versorgungsinhalte ihren Weg in die Regelversorgung und nicht nur in einige wenige Selektivverträge finden werden, ist fraglich. So drängt sich der Eindruck auf, dass der Innofonds zum Schaulaufen kassentauglicher Projekte für neue Selektivverträge gerät, was nicht den ursprünglichen Hoffnungen entspricht, mit dem auch Patientenverbände die Einrichtung des Innofonds begrüßt haben. Noch besteht aber Zeit für die Politik, einige der Webfehler des Innofonds zu korrigieren. Insbesondere die Transparenz bzw. das Gewicht von Patienteninteressen bei den Entscheidungen sollten gestärkt werden. Und es sollte dringend ein Transmissionsmechanismus in die Regelversorgung vorgesehen werden. Die nächste Wahl, der nächste Koalitionsvertrag steht an und damit die Möglichkeit der patientenorientierten Weiterentwicklung des Experiments Innovationsfonds. <<

Dr. Ilona Köster-Steinebach

ist seit 2010 Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beim Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin und agiert als Vertreterin des Verbraucherzentrale Bundesverbands in der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss, Schwerpunkt: Qualitätssicherung. Ebenso ist sie Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA.

Kontakt: koester-steinebach@vzbv.de



Strategie und Projektmanagement für den Innovationsfonds:

Erfolgreiche Projekte: Ideen, Evaluation, Management

Zeitgleich zum Erscheinen dieses Artikels bewertet der Expertenrat des Innovationsfonds derzeit die Anträge der ersten Förderrunde. Der folgende Beitrag spiegelt die Erfahrungen der letzten Wochen und Monate wider, die aus der Mitarbeit bei mehreren Anträgen resultieren. Welche Projekte und Anträge tatsächlich Erfolg haben, werden jedoch erst die Förderentscheidungen zeigen. Eines lässt sich aber bereits festhalten: Die lange währende Unsicherheit über die Rahmenbedingungen war für viele Antragsteller schwierig. Lange Zeit mussten alle Beteiligten davon ausgehen, dass die Finanzmittel nicht zwischen den Jahren übertragbar seien, so dass die wichtigsten Förderentscheidungen schon in diesem Jahr fallen und die Mittel der Folgejahre binden würden. Es entstand das Gefühl, 2016 unbedingt teilnehmen zu müssen. Dies führte zu Hunderten von Anträgen in beiden Fördertöpfen. Momentan sieht es so aus (Stand Juli 2016), als seien die Mittel doch übertragbar, so dass die Fördersumme eines Jahres auf drei bis vier Jahre aufgeteilt wird. Damit kann nur ein kleiner Anteil der eingereichten Projekte tatsächlich gefördert werden. Das mag man im Sinne des Wettbewerbs begrüßen. Andererseits hat sich so die ganze Aufmerksamkeit vieler Akteure auf den Fonds gerichtet, was Innovationen in anderen Bereichen, etwa den nach wie vor möglichen „normalen“ Selektivverträgen möglicherweise beeinträchtigt hat. Es wäre sinnvoll, durch implizite Steuerung im nächsten Jahr Anreize derart zu setzen, dass die Akteure sich auf eine geringere Zahl von Anträgen konzentrieren. Auch die Tatsache, dass die Evaluation noch während des Förderzeitraums abgeschlossen werden muss, ist zu hinterfragen, weil dies den möglichen Beobachtungszeitraum in den Projekten weiter verkürzt. Um klarere Aussagen über die Effekte der Vorhaben zu erhalten, sollte dies geändert werden.

>> Mehr als ein Jahr ist seit der Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vergangen, welches am 23. Juli 2015 in Kraft trat und den Innovationsfonds ins Leben rief. Anschließend wurden die erforderlichen Strukturen geschaffen, Projektträger und Expertenbeirat ausgewählt und im April 2016 die Förderschwerpunkte bekanntgegeben (vgl. Abb. 1).

Projektskizzen für Projekte auf dem Gebiet der Versorgungsforschung mussten bis zum 9. Mai 2016 eingereicht werden. Projektanträge für neue Versorgungsformen in zwei Wellen zum 5. bzw. 19. Juli 2016. Nach dem aktuell gültigen Zeitplan sollen die Entscheidungen bis Oktober/November 2016 fallen. Erste Projekte könnten somit anschließend starten. Neben den vorhandenen Unwägbarkeiten im Vorfeld stellte auch die hohe Komplexität der Projekte Antragsteller vor Herausforderungen. Um diese gut zu bewältigen, sollte der Weg zum Start und zur Umsetzung eines Projektes strukturiert angegangen werden (vgl. Abb. 2).

Grundvoraussetzung für die Erarbeitung eines erfolgreichen Projektes ist eine systematische Entwicklung der Ideen. Es empfiehlt sich durchaus, mit mehreren möglichen Ideen zu starten, da sich im späteren Verlauf herausstellen kann, dass ein Projektansatz nicht realisierbar oder nicht mit den Partnern verhandelbar ist. Durch Recherchen zum Stand der Wissenschaft, zu nationalen und internationalen Erfahrungen sowie einen Qualitätscheck aus verschiedenen Perspektiven kann dieses Risiko verringert werden. (IGES 2015)

In der anschließenden Projektierungsphase werden die Projektideen bis zur Antragsreife weiterentwickelt. Dabei sind präzise

Zieldefinitionen der Versorgungsverbesserung genauso notwendig wie Kosten-Nutzen-Betrachtungen, genaue Zeitplanung und ein sorgfältiges Scoping nach Indikation, Region und Beteiligten. Nur wenn sich die Vorgaben des Innovationsfonds an die Projektgröße und die Wirtschaftlichkeit erfüllen lassen, hat das Projekt Aussicht auf Erfolg.

Aufgrund der hohen Komplexität empfehlen wir, so früh wie möglich auch alle übrigen Projektakteure mit einzubeziehen und die jeweiligen Ziele frühzeitig offen zu legen, damit mögliche Konflikte rechtzeitig gelöst werden können. Dies betrifft auch die Partner für Technik und Evaluation. Wesentliche Herausforderungen in der Antragsentwicklung

werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

Den Abschluss der Projektantragsphase bildet die Erstellung und Einreichung der relevanten Unterlagen. Vor allem die Darlegung der Finanzdaten erfordert eine sorgfältige Vorbereitung, die rechtzeitig beginnen sollte.

Nach erfolgreicher Auswahl ist ein gutes Projektmanagement nötig

Der Fokus der meisten Akteure richtete sich bisher naturgemäß auf die Projektanträge. In diesen Anträgen wurden zugleich aber Rahmenbedingungen für das Projektmanagement gesetzt, die im Voraus bedacht werden mussten.

Überblick: themenspezifische Schwerpunkte (gekürzt)

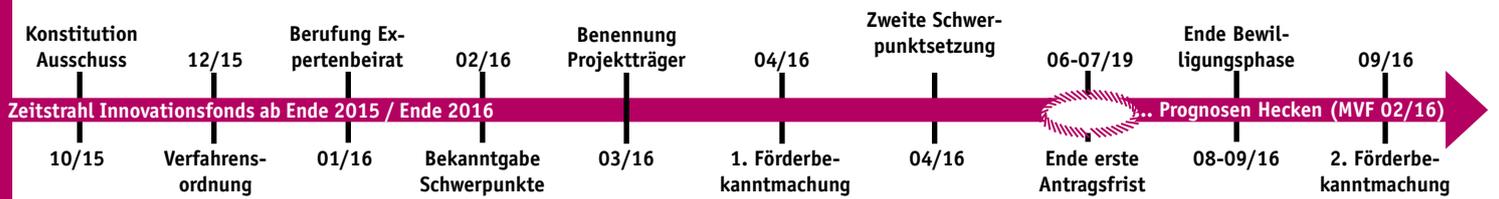
Neue Versorgungsformen

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten
- Arzneimitteltherapie / AMTS
- Telemedizin, Telematik und E-Health
- Modelle für spezielle Patientengruppen:
 - ältere Menschen
 - Menschen mit psychischen Erkrankungen
 - pflegebedürftige Menschen
 - Kinder und Jugendliche
 - Menschen mit seltenen Erkrankungen
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz
- Versorgungsmotelle für Menschen mit Behinderungen

Versorgungsforschung

- Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen
- Konzepte patientenorientierter Pflege
- Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung
- Ursachen, Umfang und Auswirkungen ... bürokratischer Anforderungen auf die Patientenversorgung
- Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung

Abb. 1: Überblick über die themenspezifischen Schwerpunkte (gekürzt).



Die meisten Versorgungsprojekte werden ein intensives Projektmanagement benötigen. Neben der Verwaltung eines umfangreichen Budgets müssen viele Projektpartner mit zum Teil sehr unterschiedlichen Positionen und Erfahrungen ausbalanciert werden. Eine kontinuierliche interne und externe Kommunikation ist folglich die (häufig unterschätzte) Voraussetzung für einen erfolgreichen Projektverlauf. Nur so lassen sich die Interessen aller Beteiligten verbinden, Informationen zu Terminen, Projektfortschritt oder Zwischenergebnissen austauschen oder Konflikte managen. Die Einhaltung und ständige Kontrolle der komplexen Zeitplanung ist für eine effektive Zusammenarbeit besonders wichtig. Bei Bedarf sind Anpassungen des Projektansatzes vorzunehmen (Krisen- und Änderungsmanagement). Das Projektmanagement überwacht außerdem den Mittelabfluss oder kritische Pfade im Ablauf und erstellt die Berichte an den Innovationsausschuss.

Auch eine Evaluationsstrategie muss vorhanden sein

Die wissenschaftliche Begleitung der Vorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsformen ist Voraussetzung, um Fördermittel aus dem Innovationsfonds zu erhalten. Das Evaluationskonzept ist somit ein wichtiges Kriterium für die Auswahl der Projekte. Die Kombination aus methodischem Anspruch und dem Ziel, Veränderungen in der Versorgungspraxis - und nicht unter den Bedingungen einer kli-



Abb. 2: Der Weg vom Antrag zum Rollout.

nischen Studie - zu messen, stellten für einige Antragsteller eine große Herausforderung dar. Diese bestand vor allem im Finden geeigneter Kontrollgruppen, der Sicherstellung ausreichender Gruppengrößen (vor allem für Subgruppen) und der Frage, welche weiteren Parameter neben den Routinedaten erhoben werden können und sollen. Die Evaluationsstrategie muss Mess- und Erhebungsinstrumente beinhalten, welche sowohl qualitative, als auch quantitative Aussagen zulassen. Das Evaluationskonzept ist in enger Abstimmung mit der Zielbestimmung des eigentlichen Antrags zu entwickeln.

Im besten Fall bringt der Fonds Muster guter Versorgung hervor

Die Erwartungen an den Innovationsfonds sind sowohl im Bereich der neuen Versorgungsformen, als auch der Versorgungsforschung hoch. Im besten Fall bringt er Muster guter

Versorgung hervor, die sich auf die praktische Anwendung verallgemeinern und somit auf die Regelversorgung übertragen lassen.

Schon heute ist erkennbar, dass die verschiedenen Konzepte mit unterschiedlichen Fragestellungen ähnliche Anforderungen an Lösungen für eine gute Versorgung stellen werden. Die Fondsprojekte werden auf bestehende Versorgungsprobleme aufmerksam machen und Defizite bspw. hinsichtlich Koordination, Bedarfsorientierung, Patientenpfaden oder Kommunikation verdeutlichen. Es bleibt zu hoffen, dass durch die offene Benennung von Problemen diese aktiv diskutiert werden und an Lösungen gearbeitet werden kann.

Der Innovationsfonds soll die Entwicklung von Prozessinnovationen vorantreiben und die bisher sehr kleinteilige Projektlandschaft der Selektivverträge mit nur wenigen erfolgreichen Initiativen zu wahren Prozessinnovationen leiten.

Kann der Innovationsfonds also erreichen, woran viele Initiativen zuvor scheiterten? Der Zeitpunkt scheint aufgrund des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitssystem günstig. Im Markt existieren zahlreiche neue Ideen und echtes Interesse an Verbesserungen. Nach einer gewissen Sättigung im Bereich der Selektivverträge ist auch die Aufmerksamkeit auf neue Versorgungsprozesse und Offenheit für neue Formen der Zusammenarbeit deutlich spürbar. Inwiefern der enge institutionelle Rahmen und das strikte Bewertungsschema die Kreativität am Ende einschränken bleibt abzuwarten. Auch das Spannungsfeld zwischen Zeitdruck und den hohen Anforderungen an die Projekte könnte Fortschritte eher behindern, als fördern. <<

Literatur beim Autor

Gute Ideen stehen vor mehreren Herausforderungen		
Herausforderungen		Handlungsansätze
1. Klar definierte und messbare Versorgungsverbesserungen	▶	Evaluationskonzept von Anfang an mitdenken
2. Ausreichende Projektgröße	▶	Sorgfältiges Scoping nach Indikation, Region, Beteiligten
3. Berücksichtigung des finanziellen Nutzens	▶	Wirtschaftlichkeit schon in die Projektauswahl einbeziehen
4. Komplexe Verhandlungen mit zahlreichen Partnern	▶	So früh wie möglich alle Akteure einbeziehen
5. Technik, insbes. Kommunikation	▶	Technikpartner an Bord nehmen

Tab. 1: Gute Ideen stehen vor mehreren Herausforderungen.

Dr. phil. Karsten Neumann

leitet am IGES Institut als Geschäftsführer den Bereich Krankenversicherung sowie IGES Beratung. Nach Studien der Geschichte, Philosophie und Germanistik, ist er seit 2000 als Berater im öffentlichen Sektor und im Gesundheitswesen tätig. Als Principal leitete er über 11 Jahre lang bei Roland Berger Strategy Consultants die Gruppe „Payors & Politics“. Seine thematischen Schwerpunkte liegen auf Strategie, Versorgungsmanagement und Prävention, Markterschließung, Marketing sowie Vertrieb. Kontakt: Karsten.Neumann@iges.com





4. DNVF-Forum Versorgungsforschung in Verbindung mit der Zehnjahresfeier des DNVF in der großen Aula des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin

10 Jahre Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Aufgabenvielfalt für Versorgungsforschung 2020

Gemeinsam mit dem 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung fand die Zehnjahresfeier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) in der ehrwürdigen Aula des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin statt. Doch wurde nicht zu sehr der Blick zurück, sondern vor allem jener nach vorne gewandt und gemeinsam erarbeitet, vor welchen Aufgaben die Versorgungsforschung aus der Sicht von Politik und Leistungserbringern sowie der Wissenschaft selbst bis zum Jahr 2020 steht. Die Antworten der vielen Vortragenden glichen sich ungemein: Es gibt jede Menge Aufgaben, aber ein einziges Kernelement: Das ist der Patient!

>> Rückblick, Besinnung, auch ein gerüttelt Maß an Stolz auf das bisher Erreichte, aber auch ein wenig Demut vor bisher Nicht-Erreichtem und vor allem viel Respekt vor der bis zum Jahre 2020 – so der selbstgewählte Titel des 4. DNVF-Forums Versorgungsforschung – anstehenden Aufgabenvielfalt prägte die Zehnjahresfeier des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung. Wobei Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Berlin, in seinem Startvortrag gleich sein tiefes Misstrauen gegen jede Form von Netzwerken zum Ausdruck brachte; dann aber konzedierte, dass es dem DNVF im Rahmen der Versorgungsforschung gelungen sei, die einzelnen Bereiche des Gesundheits-

„Es ist für unser Fach ausschlaggebend, dass wir die Herausforderungen des Innovationsfonds meistern.“

Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer
 Vorsitzender des DNVF e.V., Seniorprofessor für
 Versorgungsforschung Universität Witten/Herdecke



Gesundheitswesens – immerhin inzwischen 111 persönliche sowie 93 institutionelle Mitglieder. Daher sei, so Stroppe, der Begriff Netzwerk genau der richtige. So hätten auch die letzten zehn Jahre gezeigt, dass durch das

Das ist etwas, worauf der auf der letzten Mitgliederversammlung in seinem Amt bestätigte und für weitere zwei Jahre gewählte Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, stolz sein kann. Das Netzwerk habe sich in der vergangenen Dekade nicht nur sehr gut entwickelt, es sei auch gelungen, als **die** Referenz für Versorgungsforschung wahrgenommen zu werden, wozu auch gehöre, dass „wir im Paragraph 137a SGB V als zu hörende Institution aufgenommen“ wurden. Das sei auch richtig so, denn das Netzwerk stehe für den Dialog zwischen Wissenschaftspraxis und Politik, mische sich immer wieder aktiv ein, nicht nur was den Innovationfonds angehe. Diesen

„Die gesamthafte Betrachtung des stationären und ambulanten Sektors, ergänzt durch Prävention, Reha und Pflege ist eine ganz zentrale Herausforderung. Wenn die Versorgungsforschung diese Frage insgesamt bearbeitet, hat sie bis ins Jahr 2020 genug zu tun.“

Lutz Stroppe
 Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit
 (BMG), Berlin



wesens, die Gesundheitswissenschaft inklusive der Fachgesellschaften zusammenzubringen und damit dem Begriff Netzwerk einen ganz positiven Klang verliehen hätte. Da die Versorgungsforschung die beiden Fragen beantworten müsse, wie die Versorgung mit ihren verschiedenen Gegebenheiten sicherzustellen ist und was zu tun sei, um dies erreichen zu können, brauche es tatsächlich die Integration möglichst vieler Fachgesellschaften und ebenso möglichst viele Akteure des

DNVF „ein guter Weg beschritten“ worden ist.

„Wir müssen Versorgungsforschung als wissenschaftliches Instrument zur Gesundheitssystemsteuerung verstehen.“

Dr. Regina Klakow-Franck
 Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen
 Bundesausschusses, Berlin



Gutachten des SVR
„Bedeutung der
VF“

Stärkung der VF im
Koalitionsvertrag der
SPD/CDU/CSU

1. DKVF &
Start der Arbeit
als Ständige Kon-
gresskommission

Einrichtung einer
hauptamtlichen
Geschäftsstelle

Start der Mai-
Seminare

Start der DNVF-
Spring-School

10 Jahre DNVF

2002

2006

Gründung des
DNVF durch 26
Gründungsmit-
glieder (Fach-
gesellschaften)

2008

2008

Start der Pre-Con-
ference-Seminare

2010

Satzungsänderung
und Öffnung für
die Versorgungs-
praxis

2011

2013

2013

Öffnung für
Unternehmen
als fördernde
Mitglieder

Gründung „Monitor
Versorgungsforschung“

Politischer Abend
„VF tritt Politik“



Lorenz (†)



Scriba



Glaeske

Im Mai 2014 wurden mit Prof. Dr. Dr. Peter C. Scriba und Prof. Dr. Wilfried Lorenz (gest. 24.20.2014) erstmalig Ehrenmitglieder des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung ausgezeichnet.

In den Kreis der Ehrenmitglieder rückte 2015 Prof. Dr. Gerd Glaeske nach, der seit Vereinsgründung 2006 im Vorstand und von 2008 bis 2010 als stellvertretender Vorsitzender und anschließend als Hauptgeschäftsführer des Netzwerks Versorgungsforschung tätig war.



Vorstand der Wahlperiode 2012-2014:
Obere Reihe (v.li.): Neugebauer, Pfaff, Glaeske, Dre
Untere Reihe (v.li.): Icks, Klinkhammer-Schalke, St

bezeichnete Neugebauer als „Nagelprobe für die Versorgungsforschung an sich“. Denn es sei für das Fach ausschlaggebend, dass gemeinsam die Herausforderungen des Innovationsfonds gemeistert würden. Dazu gehöre, dafür zu sorgen, dass mit „guter Wissenschaft und strenger Evaluation die besten Konzepte in die Regelversorgung umgesetzt“ würden. Da das deutsche Gesundheitssystem ein sehr komplexes System sei, das es zudem immer schaffe, dem Systemdruck auszuweichen, weil sich deren handelnde Akteure schnell auf neue Bedingungen einstellen würden, brauche es die Versorgungsforschung, um

„Wenn wir Rationierung verhindern wollen, brauchen wir
Versorgungsforschung, um Notwendiges von
Wünschbarem zu unterscheiden.“

Dr. Andreas Meusch

**Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und
Effizienz im Gesundheitswesen – WINEG**



Versorgungsforschung, weil in vielen Gesetzen gerade in der aktuellen Legislaturperiode die Ziele und Präferenzen der Patienten und Versicherten eine besondere Rolle spielen.“

deutsche Gesundheitssystem. Daher habe das DNVF beschlossen, eine Adhoc-Gruppe einzusetzen. Diese habe bereits begonnen, eine systematische, evidenzbasierte und konsensgeleitete Entwicklung von Versorgungszielen voranzutreiben. „Dieses Forum soll wichtige Impulse geben sowie klarmachen, welche Erwartungen an die Versorgungsforschung herangetragen werden“, erklärte der DNVF-Vorsitzende, dem wie allen seinen Vorstandskollegen klar ist, dass der Gesetzgeber durch den Innovationsfonds nicht nur wichtige Impulse für das gesamte Gesundheitssystem erwartet, sondern diese auch seitens der Versorgungsforschung einfordert.

„Viele von uns haben im Sinne des zehnjährigen DNVF seit
Jahrzehnten gearbeitet, ohne zu merken, dass sie längst
Versorgungsforschung betreiben.“

Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba

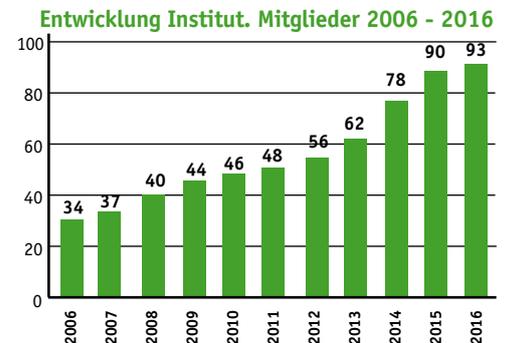
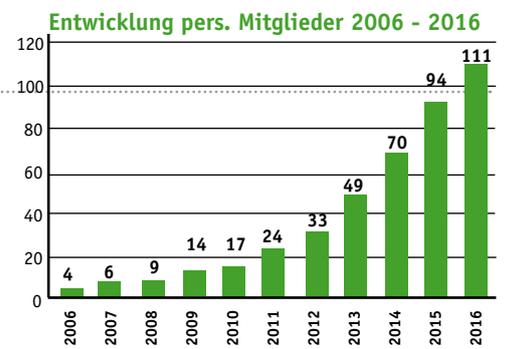
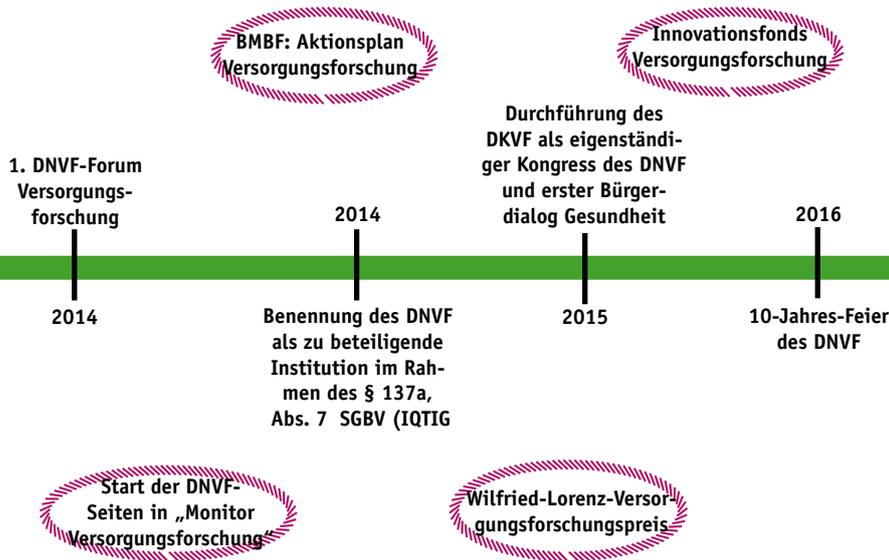
**Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundes-
ärztekammer und Ehrenmitglied des DNVF**



zu erkennen, welche Entwicklungen auf die Gesellschaft zukommen werden. Dazu müsse man die Kontextbedingungen kennen, diese zielgerecht beschreiben und sachgerecht umsetzen. Neugebauer: „Hier hat die Politik eine hohe Erwartung an die

Die Definition der Versorgungsziele der GKV-Versicherten ist nach Neugebauers Worten eine unabkömmliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung der gesetzlichen Gesundheitsversorgung. Doch fehlten bisher systematisch abgeleitete Versorgungsziele für das

Wie alle Redner der Festveranstaltung in der ehrwürdigen Aula des Langenbeck-Virchow-Hauses zu Berlin brachte denn nicht nur Stroppe ein ganzes Bündel an Aufgabenstellungen mit. „Der Innovationsfonds ist ein zentrales Mittel der Politik, um die anstehen-



Vorstand der Wahlperiode 2014-2016:
 Obere Reihe (v.li.): Neugebauer, Klinkhammer-Schalke, F. Hoffmann, Dreinhöfer, Ernstmann. Untere Reihe (v.li.): Hohmann, Hoffmann, Pfaff, Schmitt, Selbmann

Reinhöfer, Hoffmann, Selbmann, Timmer, Selbmann

den Probleme ein Stück weit lösen zu können“, legte der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit gleich zu Beginn die Latte hoch. Für ihn ist ganz eindeutig, um welche Bereiche sich die Versorgungsforschung drängen kümmern muss – das sind eigentlich alle bisher ungelösten Problemfelder der Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie gesamthaft zu betrachtende Schnittstellenthematiken zwischen stationärem und ambulatem Sektor, zwischen Reha und Pflege. „Dass auch künftig in allen Orten Deutschlands eine gute und gut erreichbare Versorgung stattfinden kann, ist eine zentrale Herausforderung“, gab Strophe nicht nur die Marschrichtung vor, sondern auch gleich das Startsignal, indem er sagte: „Wenn die Versorgungsforschung diese Frage insgesamt bearbeitet, haben sie bis ins Jahr 2020 genug zu tun.“

„Es muss der Wille aller Akteure vorhanden sein, anzuerkennen, dass wir (auch) von anderen Ländern lernen können, und wir unser Gesundheitssystem tatsächlich an der Evidenz für gute Versorgung orientieren wollen.“

Prof. Dr. Reinhard Busse
 Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin



kammer und Ehrenmitglied des DNVF, keine Angst. „Viele von uns haben im Sinne des zehnjährigen DNVF seit Jahrzehnten gearbeitet, ohne zu merken, dass sie längst Versorgungsforschung betreiben“, meinte Professor Scriba, einer der Haupt-Wegbereiter der Versorgungsforschung in Deutschland und als solcher verdientermaßen Ehrenmitglied des DNVF. Eine besondere Stärke der

Wissenschaftler aus diversen Disziplinen. Jedoch müsse es die Versorgungsforschung schaffen, von der reinen Qualitätsmessung mit bekannten Methodiken zu einer Qualitätsforschung zu kommen, die den Nachweis der Ergebnisqualität zum Ziel hat.

Nur welche Qualität fragte da Dr. Ilona Köster-Steinebach von der Verbraucherzentrale Bundesverband und Patientenvertreterin im G-BA sowie im Innovationsausschuss. Ihre Gretchenfrage lautete: „Wo ist der Platz der Versorgungsforschung – bei den ökonomischen und politischen Interessen oder beim Patienten?“

Eindeutig bei letzterem. Zumindest, wenn es nach Dr. Andreas Meusch, seit rund 100 Tagen Leiter des WINEG, des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, geht. Er habe seiner Institution eine sehr konsequente Patientenorientierung verordnet, was er auch allen

„Wo ist der Platz der Versorgungsforschung – bei den ökonomischen und politischen Interessen oder beim Patienten?“

Dr. Ilona Köster-Steinebach
 Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin



Vor dieser Mammutaufgabe hat Prof. Dr. Dr. h.c. Peter C. Scriba, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärzte-

Versorgungsforschung an sich sei die Interdisziplinarität, weil hier nicht nur medizinische Berufe am Werke seien, sondern viele

anderen Versorgungsforschern und handelnden Akteuren ans Herz legen möchte. Seinen Worten zufolge gebe es beim Hauskauf drei wichtige Faktoren: die Lage, die Lage und die Lage.

Meusch: „Bei der Versorgungsforschung gibt es ebenso drei wichtige Dinge. Das sind die Patienten, die Patienten und die Patienten.“ Dies zu akzeptieren, sei ein hochrelevanter Punkt, mit dem sich auch die Versorgungsforschung selbst einen Gefallen tue: Nur wenn sich die Versorgungsforschung nicht nur auf das Wohl der Patienten orientiere, sondern sich gerade darauf fokussiere, werde die Politik erkennen, dass das durch

„Wenn es das Netzwerk Versorgungsforschung nicht gäbe, müsste es heute gegründet werden.“

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands Privater Kliniken e.V., Vorstandsmitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.



Evidenzniveau zu verzichten. „Mir wäre es schon ganz wichtig, wenn ich zumindest eine Plausibilität schaffende Evidenz hätte“, gibt sich Meusch mit geringer Evidenz zufrieden. Denn Krankenkassen als

uns helfen, richtige Entscheidungen zu treffen oder wenigstens dazu beitragen, dass Fehler unterlassen werden.“

„Sie sehen mich nachdenklich angesichts der sehr stimulierenden Kritik“, gab Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Leiter des Institut für Community Medicine Universität Greifswald und Vorstandsmitglied des DNVF e.V., ganz offen zu. Und setzte dann hinzu: „Sie können aber ganz sicher sein, dass wir sie beim Wort nehmen werden.“ Denn die Versorgungsforschung wolle „ultimativ, dass tatsächlich das, was wir erforschen, auch in der Versorgung ankommt“. Doch sei es trotz sicher vorhandenen guten Willens sehr schwer, die Kraft auf die Straße zu bekommen, was auch nach zehn Jahren DNVF immer noch suboptimalen Rahmenbedingungen geschuldet sei. „Wir brauchen realistische Bedingungen für Datenschutz und Ethik“, forderte Hoffmann, denn vor allem durch den fehlgeleiteten Datenschutz werde der Aspekt Menschenschutz verhindert. Dazu bräuchte es einen Ausgleich zwischen den beiden grundgesetzlich verbrieften Grundrechten Selbstbestimmung und Schutz der Gesundheit. Da dieser bisher nicht gegeben wäre, sei es eine Schande, wenn es in Deutschland beispielsweise nicht zu schaffen sei, nur aufgrund von falsch verstandenem Datenschutz das Mammografie-Screening zu evaluieren. Verbesserung brauche nach Hoffmanns Worten vor allem eines: „Den Konsens, dass man etwas tun muss.“ Doch wenn sich etwas ändere, werde und könne das nie allen gefallen. Das müsse man einfach aushalten, doch das hätten noch nicht alle so richtig verstoffwechselt. <<

„Wenn Forschung und Praxis im Dialog stehen, ist das für die Forschungspolitik eine große Bereicherung.“

Ministerialrätin Dr. Renate Loskill
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Berlin



den Innovationsfonds investierte Geld sinnvoll angelegt sei. Wenn dies jedoch nicht gemacht werde, werde der Innovationsfonds ein bloßes Strohfeuer sein. Seine Forderung auch an sein eigenes Haus: „Wir sind gut beraten, uns zu überlegen, welche Projekte wir einreichen. Das müssen Projekte sein, mit denen die Politik etwas anfangen kann.“

auch der Politik nütze es relativ wenig, eventuell in zwei Jahren eine höchstmögliche Evidenz zu schaffen, wenn sie jetzt entscheiden müssten. Zudem müsse die Versorgungsforschung – das ist das von ihm formulierte Aufgabenpaket – die Prozessoptimierung stärker in den Fokus nehmen, sich der Probleme der Schnittstellen annehmen,

„Was wir ultimativ wollen, ist, dass tatsächlich das, was wir erforschen, auch in der Versorgung ankommt.“

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorstandsmitglied des DNVF e.V., Institut für Community Medicine Universität Greifswald



Und das sei nun einmal jene mit hohem Patientennutzen. Seine erste Maßgabe: „Wir müssen patientenorientierter werden.“ Seine zweite: „und schneller“.

Zwingend sei eine höhere Praxisrelevanz, die er in seinen Jahren als Mitgestalter des Gesundheitswesens auf Kassenseite arg vermisst habe, da der Wissenschaft oft Impact-Punkte in internationalen peer reviewed Zeitschriften wichtiger seien als das, was für die Perspektive Krankenkasse vielleicht sinnvoller sei. Dazu gehört auch, dort wo es geht, vielleicht einmal auf das höchstmögliche und auch anzustrebende

wobei zunehmend die digitale Revolution die Taktzahl vorgeben werde. Meusch: „Möglicherweise kann die Versorgungsforschung

„Wir haben den Ersten Deutschen Versorgungsforschungskongress bewusst den ersten genannt, weil wir wussten, es muss einen zweiten geben.“

Prof. Dr. Holger Pfaff
Vorstandsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des DNVF e.V.; Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln





Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kommentar



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zur Information über das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung wieder einige Highlights. Hier möchte ich zunächst auf das 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung Anfang Juni hinweisen, in dem wir die Erwartungen und Herausforderungen für die Versorgungsforschung 2020 aus verschiedenen Perspektiven (Patienten, Politik, Kassen, Krankenhaus und Forschung) diskutiert haben. Neben der Kurzfassung und den Vorträgen auf der Webseite des Netzwerks, findet sich eine sehr schöne Übersicht auf den Seiten 29-32.

Der DKVF 2016 steht vor der Tür. Das spannende Programm ist weitgehend fertig und kann über die Webseite www.dkvf2016.de eingesehen werden. Ein kurzer Bericht hier auf Seite 2.

Ich lade Sie zuvor (21. September, Berlin) zum DNVF-Info-Tag 2016 ein, wo wir unter dem Thema „Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung – aktuelle Perspektiven und Förderprogramme“ miteinander ins Gespräch kommen wollen. Das Programm ist interessant, die Veranstaltung offen für alle Interessierten und zudem gebührenfrei.

Satzungsgemäß erfolgten auf der Mitgliederversammlung am 8.6. die Neuwahlen des Vorstands des DNVF für eine Periode von zwei Jahren. Ich freue mich mit meinem Vorstand über die Wahl und danke im Namen aller für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

Ihr

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

4. DNVF-Forum Versorgungsforschung

Wegweiser für eine Agenda 2020

Das 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung zum Thema „Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung – aktuelle Herausforderungen für die Versorgungsforschung“ fand am 07.06.2016 zusammen mit der 10-Jahres-Jubiläumsfeier des DNVF e. V. in den Räumlichkeiten des Langenbeck-Virchow-Hauses statt. Die Vortragsfolien und die Redemanuskripte stehen, sofern sie von den Referenten zur Verfügung gestellt wurden, auf der Webseite des DNVF zum Download bereit (s. www.dnvf.de).

>> Der umfangreiche Bericht von MVF-Chef-redakteur Peter Stegmaier (s. Seite 29-32) bietet einen hervorragenden Einblick in die vielfältigen Perspektiven und Erwartungen, die bei dieser Veranstaltung deutlich wurden. Für das Netzwerk, das im Rahmen dieser Veranstaltung zugleich sein zehnjähriges Jubiläum feierte, leiten wir als wichtige Erkenntnis ab, dass die gesundheitspolitischen Entscheider in Politik und Selbstverwaltung ein „lernendes Versorgungssystem“ durch Versorgungsforschung breit unterstützen. Sie sehen u.a. eine konsequentere Verzah-

nung der Entwicklung von Versorgungszielen mit einer konkreten Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen als prioritäre Ziele an. Zur Umsetzung seitens des DNVF wurde bereits eine Ad-hoc-Gruppe gegründet, die begonnen hat eine systematische, Evidenz- und Konsens-geleitete Entwicklung von Versorgungszielen im Kontext der Versorgung GKV-Versicherter in Deutschland voranzutreiben.

Zum nächsten DKVF werden hierzu erste Ideen und Vorschläge diskutiert. Insofern diene das 4. DNVF-Forum Versorgungsforschung als Wegweiser für eine Agenda 2020. <<

Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung

DNVF-Info-Tag 2016

Zum dritten Mal veranstaltet das DNVF einen Informationstag, zum zweiten Mal in Berlin. Am 21. September lädt das Netzwerk alle an der Versorgungsforschung und dem Netzwerk interessierten Wissenschaftler, Praktiker und Politiker ins Hotel Aquino Tagungszentrum nach Berlin ein. Das Programm finden Sie auf der folgenden Seite.

>> Im Rahmen des DNVF-Info-Tages 2016 wird über gute Beispiele der Versorgungs-gestaltung auf der Basis von Versorgungs-forschungsdaten, über Datenquellen und ihre Nutzungsmöglichkeiten, die Versorgungs-forschungsaktivitäten seitens der Organisa-tionen der Selbstverwaltungen sowie aktuelle Förderprogramme und die Perspektiven des Innovationsfonds berichtet bzw. diskutiert werden. Im Anschluss informiert das DNVF über seine Aktivitäten, Strukturen und die Möglichkeiten einer Mitgliedschaft. Vertreter aus dem DNVF-Vorstand und den Mitglied-seinrichtungen stehen Ihnen für Ihre Fragen zum Netzwerk, zu den Seminarangeboten, zum Deutschen Kongress für Versorgungs-forschung, den Stellungnahmen des DNVF und vielem mehr Rede und Antwort.

Die Teilnahme am DNVF-Info-Tag 2016 ist gebührenfrei. Aufgrund der begrenzten Anzahl von Plätzen ist eine Anmeldung bis zum 14. September 2016 notwendig. Diese ist ausschließlich online möglich:

>> www.dnvf.de >> DNVF-INFO-TAG 2016

Fakten und News

Neue Mitglieder: Auf der 20. Mitgliederversammlung am 8. Juni in Berlin wurde das 111. Mitglied im DNVF e.V. mit Vereinssitz in Köln vom Vorsitzenden in kölscher Manier begrüßt. Mitte Juli wurden drei weitere persönliche Mitglieder in das Netzwerk aufgenommen. Die Anzahl persönlicher Mitglieder stieg damit auf 114 an.

Gemeinsame Stellungnahme der TMF und des DNVF zum TxRegG: Unter Federführung der TMF - Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. ist am 27.05.2016 eine gemeinsame Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters (TxRegG) veröffentlicht worden. >> www.dnvf.de >> zur Stellungnahme.

Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2016: Die 10-köpfige Jury des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises hat unter den 11 eingereichten Bewerbungen eine Auswahl getroffen. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Eröffnungsfeier des 15. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung am 5. Oktober 2016 in Berlin.

Programm des DNVF-Info-Tags am 21. September 2016, 11-17 Uhr, Hotel Aquino Berlin

Zeit	Inhalt	Referentinnen/Referenten
11.00 – 11.05 Uhr	Begrüßung durch den DNVF-Vorstand	Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer (Vorsitzender DNVF e.V. & Dekan Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin)
11.05 – 11.30 Uhr	Aus Versorgungsforschung lernen – gute Beispiele zeigen uns wie!	Prof. Dr. Nicole Ernstmann (DNVF-Vorstandsmitglied, Universität Bonn)
11.30 – 12.00 Uhr	Datenquellen für die Versorgungsforschung – was kann und darf ich wie nutzen?	Prof. Dr. Falk Hoffmann (DNVF-AG Validierung und Linkage von Sekundärdaten, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg)
12.00 – 12.30 Uhr	Versorgungsforschung: Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung? – Aus Sicht der AOK Nordost	Prof. Dr. Thomas Zahn (Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost der AOK Nordost, Berlin)
12.30 – 13.00 Uhr	Pause	
13.00 – 13.30 Uhr	Versorgungsforschung als Thema in den medizinischen und nicht-medizinischen Fachgesellschaften?	Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (DNVF-Vorstandsmitglied, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Charité Universität Berlin, Medical Park Berlin) & PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellvertretende Vorsitzende DNVF e.V., Deutsche Krebsgesellschaft, Universität Regensburg)
13.30 – 14.00 Uhr	Das BMBF-Aktionsfeld Versorgungsforschung – Erfahrungen aktuelle Ausschreibungen und Ausblick	MinR'in Dr. Renate Loskill – angefragt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, Berlin)
14.00 – 14.30 Uhr	Der Innovationsfonds – erste Erfahrungen und Perspektiven	Dr. Christian Igel – angefragt (Geschäftsstelle Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss, Berlin)
14.30 – 15.00 Uhr	Pause	
15.00 – 15.30 Uhr	Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. – Strukturen, Aktivitäten und Entwicklungen	Dr. Gisela Nellesen-Martens (Geschäftsführerin DNVF e.V.)
15.30 – 16.00 Uhr	Die aktuelle Agenda des DNVF e.V.	Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender DNVF e.V.)
16.00 – 16.30 Uhr	Warum Mitglied werden im DNVF? – Aus Sicht aktueller DNVF-Mitglieder	Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (Berufsverband und Fachgesellschaft) Prof. Dr. Thomas Zahn (Krankenkasse) Dr. Stefan Busch (Fördermitglied)
16.30 – 17.00 Uhr	Fragen und Diskussion mit den Referenten und dem DNVF-Vorstand	

15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 5.-7. Oktober 2016 in Berlin

Bürgerdialog und Patientennutzen beim DKVF 2016

Unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ startet am 5. Oktober 2016 in Berlin der 15. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung (DKVF 2016). Im Vordergrund der Kongresssitzungen steht die Frage nach dem direkten Patientennutzen von Gesundheitsleistungen. Denn trotz einer Vielzahl von Forschungsarbeiten finden wissenschaftliche Erkenntnisse in diesem Bereich oft zu wenig Aufmerksamkeit oder fließen nicht ausreichend in die gesundheitspolitischen Planungen ein. Lange Zeit kamen außerdem wichtige Forschungsthemen zu kurz. Das gilt zum Beispiel für die Frage, wie die Patienten selbst ihre Lebensqualität bewerten oder wie sich Versorgungszusammenhänge effizienter gestalten lassen, besonders, wenn mehrere medizinische Fachdisziplinen über Sektorengrenzen hinweg interdisziplinär zusammenarbeiten müssen.

>> Der DKVF 2016 greift diese Fragen auf und diskutiert sie anhand konkreter Beispiele. Er befasst sich außerdem u.a. mit methodischen Herausforderungen, mit der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und dem Einsatz von Digital Health und Telemedizin zur Versorgungsoptimierung. Dazu kommen gesundheitspolitische Fragestellungen: Eignen sich „Pay-for-Performance“-Modelle zur Steuerung des Gesundheitswesens? Wie plant man Systeminnovationen? Ist die Qualitätsorientierung ein sinnvoller Einstieg in die regionale Krankenhausplanung?

Zu den Highlights des Kongresses gehören die Plenarsitzungen. Ganz besonders freuen wir uns über die Zusage von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, die erste Plenarveranstaltung mit dem Titel „Wissen schaf(f)t Nutzen“ mit einem Vortrag „zu eröffnen. An den anderen Kongresstagen folgen Plenarsitzungen zur Versorgungsforschung im Rahmen des Innovationsfonds und zum Nationalen Krebsplan. Geplant ist außerdem ein Diabetes-Symposium als gemeinsame Veranstaltung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung und des Bundesgesundheitsministeriums.

Traditionsgemäß öffnet der DKVF seine Tore am letzten Kongresstag und lädt Bürgerinnen und Bürger zu einer öffentlichen Diskussion ein. Der Schwerpunkt dieses Bürgerdialogs liegt in diesem Jahr auf dem Nutzen und Schaden von Arzneimitteln. Die Moderation übernimmt Prof. Dr. Gerd Glaeske von der Universität Bremen; er leitet das Arzneimittelprojekt der Stiftung Warentest, in dem es um die laienverständliche Aufbereitung evidenzbasierter Arzneimittelinformationen geht. Geplant sind Expertenvorträge von je 20 Minuten mit anschließender Diskussion. <<

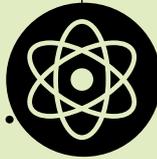


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

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

Wissen schaf(f)t Nutzen

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis

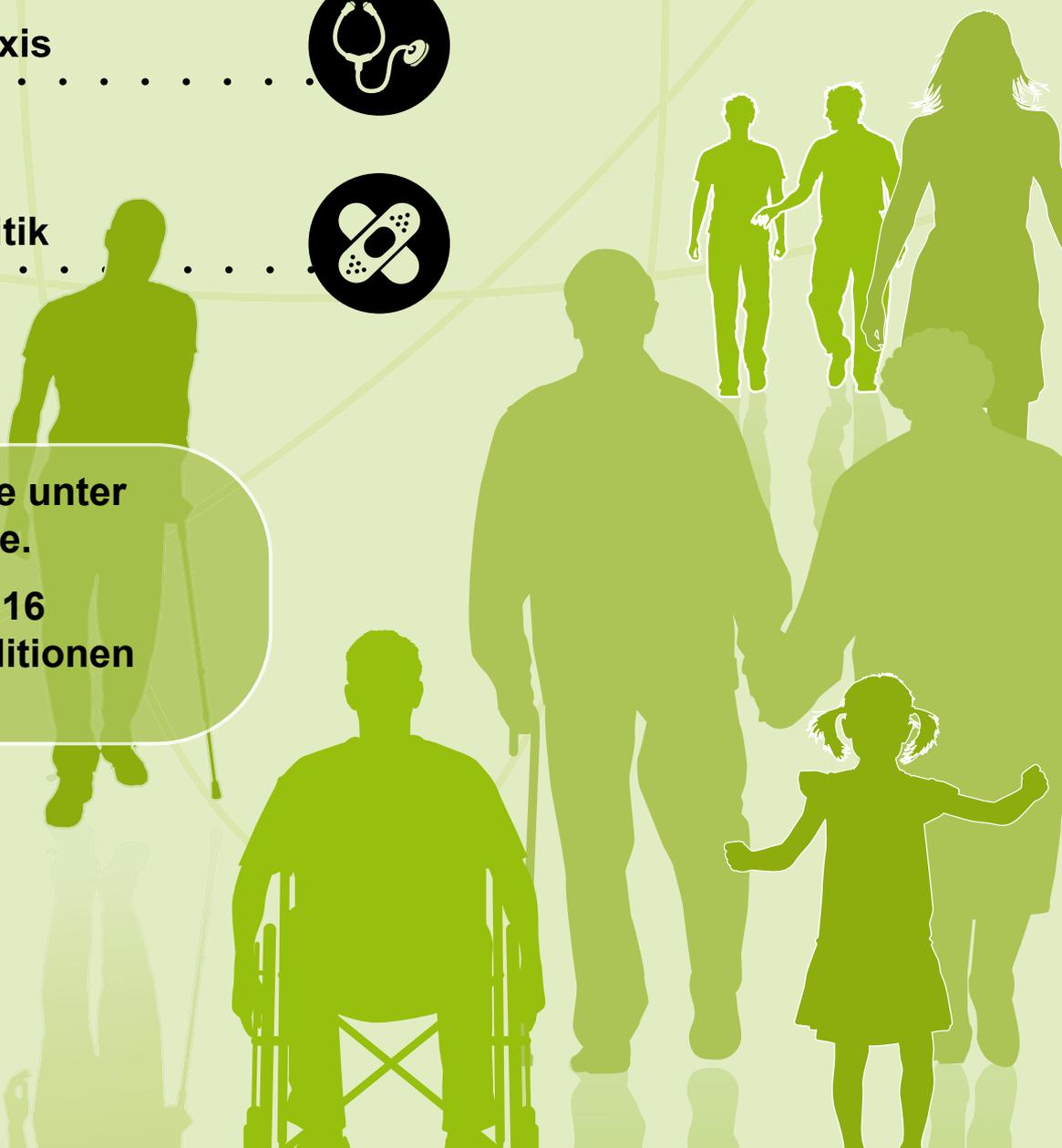


Gesundheitspolitik



Programm online unter
www.dkvf2016.de.

Noch bis 31.8.2016
Frühbucherkonditionen
nutzen.



20. DNVF-Mitgliederversammlung

Neuer Vorstand gewählt

Bei der 20. Mitgliederversammlung (MV) des DNVF e.V. standen am 8. Juni in Berlin Vorstandswahlen an. Für die Wahlperiode 2016-2018 wurden Prof. Edmund Neugebauer im Amt des Vorsitzenden und PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke im Amt der stellvertretenden Vorsitzenden bestätigt. Als Hauptgeschäftsführer wählte die MV Prof. Wolfgang Hoffmann.

>> Der bisherige Hauptgeschäftsführer, Dr. Felix Hoffmann, stellte sich für das Amt des Hauptgeschäftsführers nicht zur Wiederwahl, wurde aber anschließend neben Prof. Karsten Dreinhöfer, Prof. Nicole Ernstmann, Prof. Holger Pfaff, Prof. Jochen Schmitt und Prof. Matthias Schrappe als einer der sechs weiteren Vorstandsmitglieder in den Vorstand gewählt. Prof. Ulrike Höhmann stand für eine Wiederwahl in den Vorstand nicht mehr zur Verfügung.

Der wiedergewählte Vorsitzende bedankte sich bei seinen Vorstandskolleginnen und -kollegen für die gute Zusammenarbeit in der

vergangenen Amtsperiode und begrüßte Prof. Schrappe als neues Vorstandsmitglied.

Als kooptiertes Vorstandsmitglied aus den Reihen der AWMF e.V. komplementiert Prof. Peter Falkai den 10-köpfigen DNVF-Vorstand. Prof. Hans-Konrad Selbmann, der für die AWMF seit 2008 im DNVF-Vorstand aktiv war, stand für dieses Amt nicht mehr zur Verfügung. Prof. Neugebauer stellte heraus, dass das DNVF von den Erfahrungen, die Prof. Selbmann im Präsidium der AWMF und verschiedenen Verbänden und Gesellschaften gesammelt habe, stets sehr profitiert habe. <<

News

Neue Publikation

Im Heft 6 (Juni 2016) der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ ist ein Beitrag aus der DNVF-AG Register erschienen, der sich dem Einfluss von Registern auf die Versorgungsqualität widmet. E.A.M. Neugebauer, J. Stausberg: Was Register leisten können und was nicht: Sicht der AG Register des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (DNVF), *Der Unfallchirurg* 2016; 119: 493-500, <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00113-016-0176-2>

Pre-Conference-Seminare beim DKVF 2016

Im Vorprogramm des 15. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung bietet das DNVF am 5. Oktober vier kostenpflichtige Pre-Conference-Seminare (PCS) an. Eine Anmeldung kann ausschließlich über die Kongresswebseite www.dkvf2016.de erfolgen, wo Sie auch ausführliche Informationen zu den Seminaren, Referenten, Gebühren der vierstündigen Veranstaltungen finden.

Save the date

Die 5. DNVF-Spring-School findet vom 4.-6. April 2017 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Das Programm wird Ende September auf der DNVF-Webseite veröffentlicht.

Der Vorstand der Wahlperiode 2016-2018

				
Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer (Vorsitzender)	PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende)	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Hauptgeschäftsführer)	Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (Vorstandsmitglied)	Prof. Dr. Nicole Ernstmann (Vorstandsmitglied)
				
Dr. Felix Hoffmann (Vorstandsmitglied)	Prof. Dr. Holger Pfaff (Vorstandsmitglied)	Prof. Dr. Jochen Schmitt (Vorstandsmitglied)	Prof. Dr. Matthias Schrappe (Vorstandsmitglied)	Prof. Dr. Peter Falkai (koopt. Vorstandsmitglied)

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. med. Ariane Höer
Dipl.-Psych. Guido Schiffhorst
Prof. Dr. med. Bertram Häussler

Welche Effekte können von neuen onkologischen Arzneimitteln erwartet werden?

Bei der Bewertung neuer Arzneimittel zur Behandlung von Krebserkrankungen steht der Endpunkt Überleben ganz im Vordergrund. Für viele dieser neuen Arzneimittel kann im Vergleich zu den bis dahin verfügbaren Therapieoptionen ein Überlebensvorteil nachgewiesen werden. Häufig wird jedoch betont, dass dieser in der Regel nur „zwei bis drei Monate“ betrüge (z.B. Lauterbach 2015, Fojo et al. 2014). Oft wird diese zusätzliche Überlebenszeit als nicht ausreichend empfunden und außerdem beklagt, dass die somit gewonnene Lebenszeit vielfach ohne ausreichende Lebensqualität sei. Die neuen Wirkstoffe seien darüber hinaus nicht ausreichend getestet. Der Einsatz der meist hochpreisigen Arzneimittel sei daher oftmals sein Geld nicht wert. Aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung der Annahme, dass neue Therapien nur „zwei bis drei Monate“ zusätzliche Überlebenszeit bieten, soll in dieser Studie untersucht werden, ob diese landläufige Annahme mit den Fakten im Einklang steht. Als Grundlage hierfür dienen die Beschlüsse zur Bewertung neuer Arzneimittel nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), der sich seit 2011 alle neuen Wirkstoffe unterziehen müssen, um ihren Zusatznutzen gegenüber der sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie darzulegen.

>> Der zur Diskussion stehende Überlebensvorteil neuer Therapien¹ wird in der gesundheitspolitischen oder gesundheitsökonomischen Diskussion durch den „medianen Überlebensvorteil“ zum Ausdruck gebracht. Dieser besagt, dass unter einer neuen Therapie die Hälfte der somit behandelten Patienten eine gewisse Zeitspanne länger lebt als die Hälfte der Patienten, die mit der bisherigen Therapie behandelt worden ist. Damit ist auch der „patientenrelevante Zusatznutzen“ beschrieben, der dem Verfahren der Nutzenbewertung zugrunde liegt.

Ein weiteres Maß zur Beschreibung des Überlebensvorteils wäre der „mittlere Überlebensvorteil.“ Dieser würde auch berücksichtigen, dass ein kleinerer Anteil der behandelten Patienten lange oder sehr lange überleben kann. Diese Fälle gehen in die Berechnung des „mittleren Überlebensvorteils“ ein, während sie beim „medianen Überlebensvorteil“ nur unzureichend berücksichtigt werden. Da diese Größe in klinischen Studien nicht ermittelt werden kann, wird sie in der vorliegenden Untersuchung durch eine Modellierung gewonnen (siehe rechts), um darzustellen, mit welcher zusätzlichen Überlebenszeit Patienten im

1: Es wird im Folgenden der gesundheitspolitischen Diskussion gefolgt, die sich auf die Frage der Bedeutung des Überlebensvorteils bezieht. Daher beschränken wir uns auf diese Problemstellung. Es sei jedoch ausdrücklich bemerkt, dass neue Therapien nicht notwendigerweise einen Überlebensvorteil bieten müssen.

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird für onkologische Arzneimittel, die seit Einführung der frühen Nutzenbewertung neu auf den Markt kamen, der Überlebensvorteil gegenüber der Vergleichstherapie aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Dazu konnten 19 geeignete Verfahren der frühen Nutzenbewertung herangezogen werden. Der Vorteil der neuen Wirkstoffe mit Bezug auf die mediane Überlebenszeit war in 63% der Fälle größer als drei Monate. Anhand von Modellierungen konnte der Vorteil bezogen auf die mittlere Überlebenszeit geschätzt werden. Dieser war in 86% der Fälle größer als drei Monate. Modelliert wurde außerdem die Zahl der gewonnenen Lebensjahre für die Zielpopulationen innerhalb von 10 Jahren ab Therapiebeginn. Hier ergaben sich maximal 55.915 Lebensjahre für die Wirkstoffe der 19 berücksichtigten Verfahren. In vielen europäischen Ländern werden neue Arzneimittel nach der zentralen Zulassung verzögert eingeführt. Bezogen auf die deutschen Gegebenheiten würden Verzögerungen von sechs bzw. zwölf Monaten dazu führen, dass der Gewinn an Lebensjahren um knapp 30 bzw. 50% gemindert würde.

Schlüsselwörter

Onkologie, Arzneimittel, Überleben, Modellierung

Mittel rechnen könnten. Darüber hinaus werden die „gewonnenen Lebensjahre“ der verschiedenen Zielpopulationen geschätzt, wie sie in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgewiesen sind. Aufgrund der Tatsache, dass in vielen europäischen Ländern der Marktzugang gegenüber Deutschland um mehrere Monate verzögert ist (Busse et al. 2015 nach IMS 2013), ergibt sich dort die Situation, dass der Zugewinn an Lebensjahren unter den Möglichkeiten liegt. Vor diesem Hintergrund werden die Auswirkungen im Sinne nicht gewonnener Lebensjahre geschätzt, die eine Verzögerung der Markteinführung in Deutschland hätte, wenn Verhältnisse wie in anderen europäischen Ländern gegeben wären.

Methodisches Vorgehen

Seit Einführung der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel mit Beginn des Jahres 2011 wurden bis zum 15. Februar 2016 insgesamt 172 Verfahren abgeschlossen (ohne Einbezug eingestellter Verfahren). Davon betrafen 49 Verfahren onkologische Arzneimittel. Fünf dieser Verfahren bezogen sich auf erneute Bewertung von Wirkstoffen, die bereits ein erstes Verfahren durchlaufen hatten. Um in diesen Fällen die Bewertungen nicht doppelt zu zählen, wurden die fünf vorausgegangenen Verfahren der Erstbewertung von der Analyse ausgeschlossen. Damit wurden insgesamt 44 Verfahren in die Analyse einbezogen. Diese Verfahren bezogen sich auf 38 Wirkstoffe. Die Daten für diese Verfahren waren in den öffentlich zugänglichen Beschlüssen des G-BA verfügbar. Sie bildeten die Grundlage der vorliegenden Analysen.

Aus den in den G-BA-Beschlüssen genannten Ergebnissen wurden zu jedem Verfahren die Angaben zur medianen Überlebensdauer sowie die Größe der Zielpopulation(en) extrahiert.

In Anlehnung an die in klinischen Studien übliche Vorgehensweise bei Überlebenszeitanalysen wurde auf die Exponentialverteilung zurückgegriffen, mit der sich die Überlebenswahrscheinlichkeit mathematisch wie folgt darstellen lässt:

$$S(t) = 1 - \int_0^t f_{\lambda}(x) dx = \begin{cases} e^{-\lambda t} & t \geq 0, \\ 0 & t < 0. \end{cases}$$

$S(t)$ bezeichnet hierbei die Überlebenswahrscheinlichkeit zum Zeitpunkt t , λ repräsentiert die Ereignisrate (Tod) und $1/\lambda$ stellt die mittlere Reichweite/Überlebensdauer dar, der Erwartungswert (Mittelwert) der Exponentialverteilung ist $1/\lambda$

Die Funktion wurde mit den Kaplan-Meier-Kurven in den Dossiers parametrisiert. Stellten die Kaplan-Meier-Kurven mediane Überlebenszeiten t_m bereit, wurden diese Werte in die Berechnungsformel des Median der Exponentialverteilung eingesetzt ($t_m = \ln 2 / \lambda$) und darüber λ berechnet.

Mit Hilfe dieser Exponentialfunktion wurden die folgenden Modellierungen durchgeführt:

- Ableitung der „mittleren Überlebensdauer“, die in klinischen Studien wegen der üblichen Zensierung nicht valide bestimmt werden kann.
- Überlebensvorteil für die gesamte Gruppe der betroffenen Patienten in Form der gewonnenen Lebensjahre ab Beginn der Therapie mit neuem Arzneimittel für einen Zeitraum von zehn Jahren (weil einige Patienten sehr lange überleben können).
- Einfluss eines um sechs bzw. zwölf Monate verzögerten Beginns der Therapie auf die Menge der gewonnenen Lebensjahre.

In Anlehnung an das Cox-Regressionsmodell wurde in den hier durchgeführten Modellierungen von einer über die Zeit konstanten Sterbewahrscheinlichkeit bzw. in Bezug auf den Unterschied zwischen neuem Arzneimittel und Vergleichstherapie von einem proportionalen Hazard Ratio ausgegangen. Dabei wurden folgende vereinfachende Annahmen getroffen: a) Die gesamte jeweilige Zielpopulation wird entweder mit dem neuen Arzneimittel oder der Vergleichstherapie behandelt. b) Für die Modellierung des verzögerten Therapiebeginns wurde davon ausgegangen, dass alle Patienten der jeweiligen Zielpopulation zunächst mit der Vergleichstherapie behandelt werden und dass nach sechs bzw. zwölf Monaten alle noch verbliebenen Patienten zum neuen Wirkstoff wechseln.

Ergebnisse

Von den 44 Verfahren in der Analyse fanden sich in den Beschlüssen des G-BA bei 19 Verfahren (43%) Angaben zu signifikanten Unterschieden der medianen Überlebenszeit². Die 19 Verfahren bezogen sich auf 17 unterschiedliche Wirkstoffe. Ihnen lagen insgesamt 19 Studien zugrunde, die vom G-BA berücksichtigt worden sind. In allen Verfahren wurde vom G-BA in Bezug auf die Lebensverlängerung ein Zusatznutzen bescheinigt³.

Medianer Überlebensvorteil in 63% der Fälle größer als drei Monate

Von den 19 Verfahren zeigten sich in zwölf Verfahren (63%) Unterschiede, die größer waren als drei Monate. In sieben (37%) Verfahren fand sich ein Überlebensvorteil von bis zu drei Monaten, was den kolportierten Überlebensvorteil von „zwei bis drei Monaten“ einschließt. (Abb. 1).

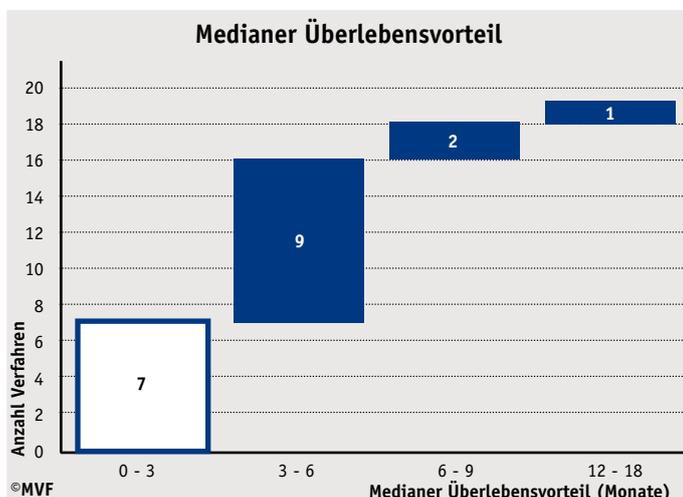


Abb. 1: Verteilung des medianen Überlebensvorteils (neues Arzneimittel vs. zweckmäßige Vergleichstherapie) in 19 Nutzenbewertungsverfahren zu onkologischen Arzneimitteln Quelle: IGES nach Dokumenten des G-BA (<https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>)

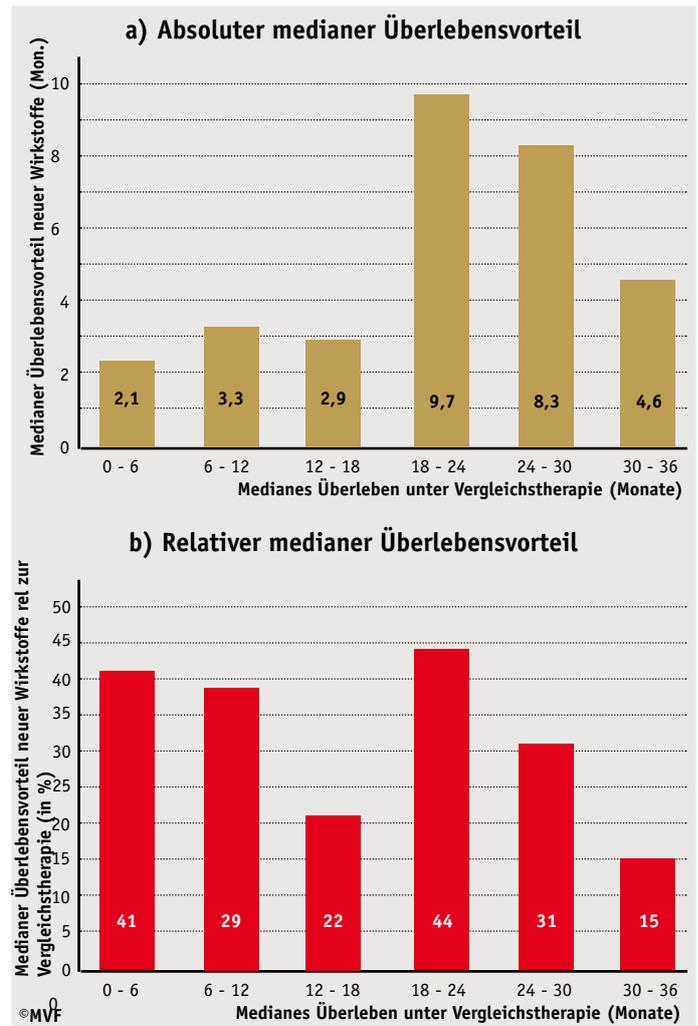


Abb. 2: Absoluter (a) und relativer (b) medianer Überlebensvorteil (neues Arzneimittel vs. zweckmäßige Vergleichstherapie) in Bezug auf die mediane Überlebenszeit unter Therapie mit der Vergleichstherapie.

Der Überlebensvorteil korreliert positiv mit dem Überleben bei Anwendung der Vergleichstherapie. Dies bedeutet, dass bei einer höheren medianen Überlebenszeit der Vergleichstherapie der zusätzliche absolute mediane Überlebensvorteil einer neuen Therapie höher ist. Dagegen ist der relative Überlebensvorteil bei kürzerem Überleben unter der Vergleichstherapie größer (siehe Abb. 2).

Mittlerer Überlebensvorteil in 86 % der Fälle über drei Monate

Die üblicherweise rechtsschiefe Verteilung der Sterblichkeit ergibt die bekannte typische Form der Kaplan-Meier-Kurven und wird in den Modellierungen berücksichtigt. Aus der rechtsschiefen Verteilung folgt, dass die mittleren Überlebenszeiten und somit auch der mittlere Überlebensvorteil stets höher sind als die medianen Werte. Daraus ergibt sich, dass die Spanne der modellierten mittleren Überlebenszeitvorteile sich zwischen zwei und 18 Monaten bewegt. In den 19 berücksichtigten Verfahren war der mittlere Überlebenszeitvorteil daher in 16 Verfahren (84%) größer als drei Monate (siehe Abb. 3).

Gewinn an Lebensjahren

Entsprechend der eingangs beschriebenen Modellierung wurde für

2: Detaillierte Angaben dazu, um welche Verfahren es sich handelt sowie zu den wichtigsten Parametern und Ergebnissen sind auf Anfrage bei den Autoren erhältlich.
 3: Lediglich in einem der hier berücksichtigten Verfahren (Olaparib) wurden die signifikant unterschiedlichen Ergebnisse zum Gesamtüberleben für eine Teilpopulation zwar im Beschluss des G-BA genannt, aber für die Beurteilung des Zusatznutzens nicht berücksichtigt. Für die hier durchgeführte Modellierung wurden diese Ergebnisse jedoch herangezogen, da sie die Auswahlkriterien erfüllten.

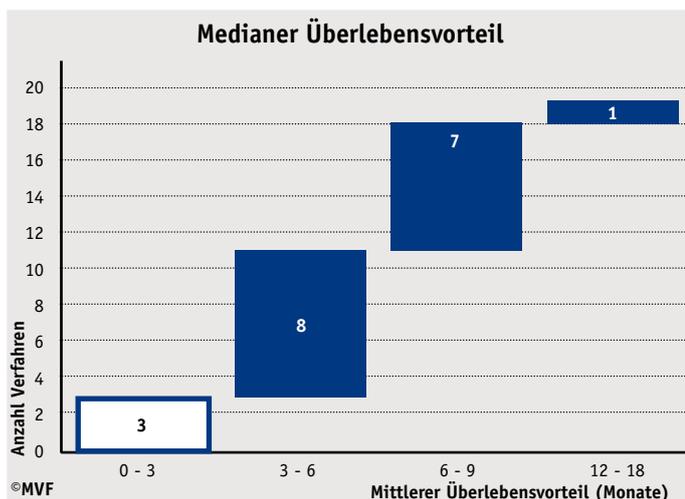


Abb. 3: Verteilung des modellierten mittleren Überlebensvorteils (neues Arzneimittel vs. zweckmäßige Vergleichstherapie) in 19 Nutzenbewertungsverfahren zu onkologischen Arzneimitteln.

jedes einzelne der 19 Verfahren ermittelt, welcher Gewinn an Lebensjahren bei den Patienten der jeweiligen Zielpopulation entstände, wenn sie mit der neuen Therapie behandelt würden. Bei Zielpopulationen zwischen 400 und 22.300 Patienten (Mittelwert 7.214) würde sich ein Gewinn zwischen 175 und 10.090 Lebensjahren (Mittelwert 294) bezogen auf einen Betrachtungszeitraum von zehn Jahren ergeben.

Die Addition der gewonnenen Lebensjahre für die 19 Wirkstoffe würde eine Gesamtzahl von 55.915 gewonnenen Lebensjahren ergeben. Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass einige der 19 Wirkstoffe bei sich teilweise überschneidenden Zielpopulationen einen Zusatznutzen haben. Die reine Addition der gewonnenen Lebensjahre würde daher

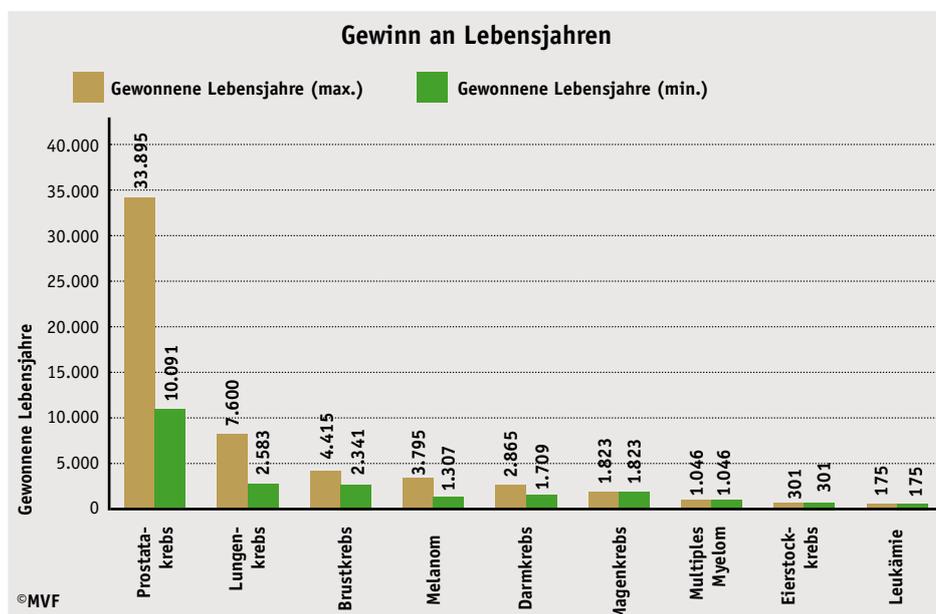


Abb. 4: Modellierter maximaler und minimaler Gewinn an Lebensjahren für die Zielpopulationen neuer Arzneimittel nach Anwendungsgebiet.

zu einer Überschätzung des gesamten Gewinns führen.

Wenn man den gesamten Gewinn an Lebensjahren daher nur für den Wirkstoff mit der größten Zielpopulation ermittelt, ergeben sich 21.377 gewonnene Lebensjahre. Da es sich bei der Größe „Zielpopulation“ um eine statische Größe handelt bleibt unberücksichtigt, dass über die Zeit die Zielpopulation „nachwächst“. Da die bewerteten Wirkstoffe in der Regel zeitversetzt verfügbar werden, kann es dazu kommen, dass die unterschiedlichen Wirkstoffe jeweils unterschiedliche Zielpopulationen „finden“. Es ist nicht anzunehmen, dass es bei Krebsmedikamenten so weitgehende Substitutionsmöglichkeiten geben wird wie z. B. bei Antihypertensiva. Vor diesem Hintergrund würde eine Unterschätzung der gewonnenen Lebensjahre resultieren, wenn der Gewinn jeweils nur für einen Wirkstoff pro Anwendungsgebiet ermittelt werden würde.

Da der „wahre“ Gewinn an Überlebenszeit im Übrigen nur in einer retrospektiven Versorgungsstudie ermittelt werden könnte, werden an dieser Stelle jeweils der maximale und der minimale Gewinn an Lebensjahren ausgewiesen (Abb. 4).

Einbußen des potenziellen Gewinns an Lebensjahren bei verzögerter Verfügbarkeit

Die verzögerte Einführung neuer Arzneimittel in zahlreichen europäischen Ländern bedeutet, dass in den untersuchten Indikationsbereichen Patienten ggf. erst später mit den neuen Wirkstoffen behandelt werden können. Daraus ergeben sich Einbußen des potenziellen Gewinns an Lebensjahren. Um die Größenordnung dieser Einbußen schätzen zu können, wurden Verzögerungen von sechs und zwölf Monaten angenommen.

Die Modellierung der Verzögerungen ergibt im o.a. „maximalen“ Modell -28% bei 6-monatiger und -47% bei 12-monatiger Verzögerung. D.h., von der modellierten Menge gewonnener Lebensjahre gingen 28 bzw. 47% verloren. Im „minimalen“ Modell ergeben sich mit -29% und -48% Einbußen in ähnlicher Größenordnung. Auf Deutschland übertragen ergäben sich Einbußen zwischen -15.622 und -26.242 Lebensjahren („maximales“ Modell) und -6.213 und -10.240 („minimales“ Modell).

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden Angaben – nämlich mediane Überlebenszeit und Größe der Zielpopulation – aus Beschlüssen des G-BA zur frühen Nutzenbewertung von onkologischen Arzneimitteln herangezogen, um verschiedene Fragen zu untersuchen. Es sollte geprüft werden, ob der Überlebensvorteil durch neue Arzneimittel mit „zwei bis drei Monaten“ tatsächlich so gering ist, wie es in öffentlichen Diskussionen vielfach dargestellt wird. Zudem wurden Modellierungen durchgeführt, um einerseits neben der medianen Überlebenszeit auch die mittlere Überlebenszeit einschätzen zu können. Andererseits sollte der potenzielle Überlebensvorteil auf Populationsebene beurteilt werden nebst den Auswirkungen, die eine im Vergleich zu Deutschland ver-

Literatur

Busse R, Panteli D, Henschke C (2015) Arzneimittelversorgung in der GKV und 15 anderen europäischen Gesundheitssystemen. In: Busse R (Hrsg.) Band 11 der Schriftenreihe Working papers in health policy and management, Universitätsverlag TU Berlin
 Fojo T, Mailankody S, Lo A (2014) Unintended consequences of expensive cancer therapeutics—the pursuit of marginal indications and a me-too mentality that stifles innovation and creativity: the John Conley Lecture. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 140:1225-1236
 GBA (2016) Verfahren der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V. <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/> (abgerufen im März 2016)
 Howie LJ, Hirsch BR, Abernethy AP (2013) A comparison of FDA and EMA drug approval: implications for drug development and cost of care. Oncology (Williston Park) 27:1195, 1198-1200
 IMS Consulting Group (2013) Pricing & Market Access Outlook 2013 Edition. Frankfurt, IMS Consulting Group
 Lauterbach K (2015) Die Krebsindustrie. Rowohlt Berlin

zögerte Verfügbarkeit neuer Arzneimittel haben könnte, wie sie in vielen anderen europäischen Ländern der Fall ist.

Fojo et al. (2014) haben für onkologische Arzneimittel, die von der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA zugelassen wurden, die Ergebnisse zum Unterschied des Gesamtüberlebens dargestellt. Sie stellten fest, dass über alle Verfahren hinweg der Überlebensvorteil im Median bei 2,1 Monaten lag, d.h., bei der Hälfte der Verfahren war er nicht größer als 2,1 Monate. Im Unterschied zu der Arbeit von Fojo et al. kommt die vorliegende Analyse zu dem Ergebnis, dass zwei Drittel der Wirkstoffe mediane Überlebensvorteile jenseits von drei Monaten bieten. Eine Ursache könnte sein, dass die von Fojo et al. analysierten 71 Arzneimittelzulassungen zwischen 2002 und 2014 lagen. In der vorliegenden Studie wurden dagegen Zulassungen erst nach Einführung des AMNOG-Verfahrens betrachtet, also ab 2011. Somit könnten die Unterschiede damit zusammenhängen, dass neuere Arzneimittel höhere Überlebenschancen zeigen. Ferner könnte von Bedeutung sein, dass bei Fojo et al. Zulassungsverfahren der FDA die Grundlage waren, in der vorliegenden Studie aber Zulassungsverfahren der EMA. Dies könnte insofern relevant sein, als die FDA schneller zulässt (Howie et al. 2013) und die Studienergebnisse bei Zulassung noch weniger günstig sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde zusätzlich zu der in klinischen Studien oft angegebenen „medianen“ auch die „mittlere“ Überlebenszeit ermittelt. Sie muss durch eine Modellierung geschätzt werden, weil klinische Studien in ihrer Laufzeit in aller Regel begrenzt sind, sodass nicht beobachtet werden kann, wann der letzte Studienpatient verstorben ist. Die mittlere Überlebensdauer ist höher als die mediane, weil die Sterblichkeit eine rechtsschiefe Verteilung zeigt – d.h. ein kleiner Teil der Patienten lange überlebt – und der Mittelwert die Überlebenszeiten dieser Patienten in seiner Berechnung berücksichtigt. Demgegenüber kann der Median (= 50%-Perzentil der Verteilung) darauf nur unzureichend reagieren. Da auch diese Perspektive einen Ausschnitt der Realität darstellt, haben wir den mittleren Überlebensvorteil in die Betrachtung eingeführt.

Mittels der hier durchgeführten Modellierungen wird auch das Potenzial für seit 2011 neu eingeführte onkologische Arzneimittel auf

Which effects can be expected from new anticancer drugs?

Aim of our study was to look at the benefit of cancer drugs regarding survival from different perspectives. We considered all new drugs which have been launched since the introduction of the early benefit evaluation. 19 evaluation procedures were suitable for the study and the difference of the new drugs in comparison to the comparators was analyzed. The benefit of the new drugs in means of the median survival time was in 63% higher than 3 months. The mean survival time was estimated by models, which showed that in 86% the benefit of the new drugs was higher than 3 months. Additionally, the number of gained life years for the target populations within 10 years from starting therapy was modeled. A maximum of 55,915 life years was estimated for the drugs from the 19 evaluations included. In many European countries the launch of new drugs is delayed after approval by the EMA. Related to the circumstances in Germany, a delay of 6 or 12 months would reduce the number of gained life years by about 30 or 50%, respectively.

Keywords

oncology, drugs, overall survival, modeling

Populationsebene ausgelotet, inkl. der Auswirkungen, die durch einen verzögerten Beginn der Therapie mit den neuen Arzneimitteln zu erwarten wären. Damit bietet diese Modellierung eine Möglichkeit, die Perspektive von der individuellen, patientenbezogenen Betrachtung zu lösen und eine Vorstellung über mögliche Effekte auf Bevölkerungsebene zu gewinnen. So ist bspw. der Effekt einer Verzögerung von sechs oder zwölf Monaten deutlich und zeigt, dass die in Deutschland bestehende rasche Verfügbarkeit neuer Arzneimittel mit Zusatznutzen für die Population der Betroffenen einen deutlichen Vorteil gegenüber anderen Ländern darstellt. <<

Autorenerklärung

Höer, Schiffhorst und Häussler sind Mitarbeiter des IGES Instituts in Berlin. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von AbbVie Deutschland GmbH & Co.KG, Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA, Janssen-Cilag GmbH, MSD Sharp & Dohme GmbH, Pfizer Deutschland GmbH sowie der LAWG und des vfa e.V.

Dr. med. Ariane Höer

ist seit 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin des IGES Instituts. Seit 2007 war sie stellvertretende, seit 2011 Leiterin des Bereichs Arzneimittelmarkt. Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Analysen zur Entwicklung des Arzneimittelmarkts (z.B. Arzneimittel-Atlas, Prognosen), pharmakoepidemiologische Studien, Studien zur Versorgungsforschung und Themen der frühen Nutzenbewertung inkl. Erstellung von Nutzendossiers.
Kontakt: Ariane.Hoer@iges.de



Dipl.-Psych. Guido Schiffhorst

ist seit 1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter des IGES Instituts und seit 2009 Leiter des Bereichs Statistik & Biometrie. Seine Arbeitsschwerpunkte sind mathematisch-statistische Modellierungen, Planung und Auswertung von klinischen und Beobachtungsstudien sowie die Analyse von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung.
Kontakt: Guido.Schiffhorst@iges.de



Prof. Dr. med. Bertram Häussler

ist Leiter der IGES Gruppe, eines Verbundes von Forschungs- und Beratungsunternehmen aus den Bereichen Infrastruktur und Gesundheit. Er ist Mediziner und Soziologe und lehrt als Honorarprofessor an der Technischen Universität Berlin das Spezialgebiet „Ökonomik der pharmazeutischen Industrie“. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Industrieökonomie, Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Nutzenbewertung und Arzneimittelentwicklung im nationalen und internationalen Kontext.
Kontakt: Bertram.Haessler@iges.de



Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev
Dr. med. Jens Bohlken

Hüftfrakturrisiko bei Demenzpatienten in deutschen Hausarztpraxen

Demenz ist eine durch Neurodegeneration verursachte psychiatrische Erkrankung, die durch einen fortschreitenden Verlust der kognitiven Funktionen gekennzeichnet ist, was zu Veränderungen im täglichen Leben der Patienten führt (WHO, 2015). Weltweit leiden 47,5 Millionen Menschen an Demenz, und diese Zahl soll bis zum Jahr 2030 auf 75,6 Millionen ansteigen und bis 2050 die 140-Millionen-Grenze überschreiten (WHO, 2015). In Deutschland betrifft Demenz rund 1,2 Millionen Menschen, vor allem Frauen und Senioren. Jedes Jahr werden circa 200.000 neue Fälle diagnostiziert (Tunstall, 2015). Die durchschnittlichen Kosten im Zusammenhang mit dieser psychischen Erkrankungen betragen mehr als 43.000 Euro pro Patient und Jahr, wobei fast 68 % dieses Betrages von Pflegepersonen und Familien getragen werden (Tunstall, 2015). Die Demenz hat daher erhebliche Auswirkungen für die Patienten und ihre Angehörigen, was die Notwendigkeit von speziell angepassten Behandlungen und einem angemessenen Management der Erkrankung in Deutschland unterstreicht.

>> Demenz ist seit Jahrzehnten ein bekannter Hauptrisikofaktor für Stürze und Knochenbrüche. Im Jahr 1988 zeigten Tinetti und Kollegen in einer Studie mit 336 Teilnehmern über 75 Jahre, die über einen Zeitraum von einem Jahr überwacht wurden, dass kognitive Störungen das Sturzrisiko um ein Fünffaches erhöhten (OR=5,0, 95 % CI: 1,8-13,7) (Tinetti, Speechley, & Ginter, 1988). Eine weitere Studie zu Stürzen und Frakturen bei 157 Patienten mit Demenz hat gezeigt, dass 50 % (n=58) der Patienten im Laufe des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraums gestürzt oder nicht in der Lage waren zu gehen (Buchner DM & Larson EB, 1987). Noch interessanter ist, dass dieselbe Studie gezeigt hat, dass die Bruchrate bei 69 von 1.000 Personen pro Jahr lag, während sie bei Teilnehmern, die nicht an Demenz litten und den Demenzpatienten anhand von Geschlecht und Alter zugeordnet worden waren, mehr als dreimal niedriger war (Buchner DM & Larson EB, 1987). Diese Ergebnisse wurden im Jahr 2014 von Wang et al. in einer Studie mit 1.408 taiwanesischen Patienten und 7.040 zufällig ausgewählten taiwanesischen Kontrollen bestätigt (Wang et al., 2014). Die Autoren fanden heraus, dass 18,8 % der Patienten und 15,6 % der Kontrollen während des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraums Hüftfrakturen entwickelten, und dass das Frakturrisiko durch die Demenz um den Faktor 1,9 erhöht war. Zu guter Letzt zeigte eine im selben Jahr veröffentlichte Studie in einer Kohorte von 66.797 Patienten mit Frakturen und 133.594 Kontrollen, dass die Gesamthäufigkeit der Demenz bei Patienten mit Fraktur 41% höher war, als bei Personen ohne Brüche (6,05 verglichen mit 4,30 pro 1.000 Personen pro Jahr) (Tsai et al., 2014).

Zusammenfassung

Das Ziel war es, das Hüftfrakturrisiko bei in deutschen Hausarztpraxen behandelten Demenzpatienten zu analysieren. Diese Studie umfasste Patienten im Alter zwischen 65 und 90 Jahren aus 1.072 Hausarztpraxen, bei denen zum ersten Mal zwischen 2010 und 2013 eine Demenz diagnostiziert wurde. Die Kontrollen wurden den Demenzpatienten 1:1 nach Alter, Geschlecht und Art der Krankenversicherung zugeordnet. Der primäre Endpunkt der Studie war die Diagnose von Hüftfrakturen innerhalb der dreijährigen Nachbeobachtungszeit. Insgesamt wurden 53.156 Demenzpatienten und 53.156 Kontrollen in die Studie eingeschlossen. 5,3 % der Patienten und 0,7 % der Kontrollen hatten nach 3 Jahren eine Hüftfraktur erlitten. Hüftfrakturen traten häufiger bei Demenzpatienten auf, die in Pflegeheimen leben, als bei Demenzpatienten, die zu Hause leben (9,2 % verglichen mit 4,3 %). Demenz, Unterbringung im Pflegeheim und Osteoporose waren Risikofaktoren für das Auftreten von Brüchen. Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressiva hatten generell keinen signifikanten Einfluss auf das Hüftfrakturrisiko, wenn sie für weniger als sechs Monate verordnet wurden. Eine vorhandene Demenz erhöhte das Hüftfrakturrisiko bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen.

Schlüsselwörter

Hüftfraktur, Demenz, Pflegeheime, Osteoporose, Risikofaktoren

Obwohl die enge Beziehung zwischen Frakturrisiko und Demenz von mehreren Autoren in verschiedenen Ländern dargelegt wurde (Tinetti et al., 1988; Buchner DM & Larson EB, 1987; Wang et al., 2014; Tsai et al., 2014; Reyes et al., 2014; Seitz et al., 2014), gibt es keine aktuelle deutsche Studie zu diesem Thema. Das Ziel unserer Arbeit war es daher, das Risiko von Hüftfrakturen bei in deutschen Hausarztpraxen behandelten Demenzpatienten zu analysieren.

Methoden

Datenbank

Die Disease Analyzer-Datenbank (IMS HEALTH) trägt Arzneimittelverordnungen, Diagnosen sowie grundlegende medizinische und demografische Daten zusammen, die direkt und in anonymisierter Form von den Computersystemen in allgemeinmedizinischen Praxen geliefert werden (Becher, Kostev, & Schröder-Bernhardi, 2009). Diagnosen (ICD-10), Verordnungen (Anatomisch-therapeutisch-chemisches (ATC) Klassifikationssystem) und die Qualität der gemeldeten Daten werden von IMS auf der Grundlage einer Reihe von Kriterien überwacht (z. B. Vollständigkeit der Dokumentation, Verknüpfung von Diagnosen und Verordnungen).

Die in Deutschland zur Auswahl der Arztpraxen verwendeten Stichprobenverfahren waren angemessen, um eine repräsentative Datenbank allgemeinmedizinischer Praxen zu schaffen (Becher et al., 2009). Die Verordnungsstatistiken für mehrere Arzneimittel ähnelten weitgehend den Daten in verschiedenen pharmazeutischen Verordnungsberichten (Becher et al., 2009). Die Altersgruppen für bestimmte Diagnosen im Disease Analyzer stimmten ebenfalls sehr gut mit denen in entsprechenden Krankheitsregistern überein (Becher et al., 2009).

Studienpopulation

Diese Studie umfasste Patienten im Alter zwischen 65 und 90 Jahren aus 1.072 Hausarztpraxen, bei denen erstmals im Indexzeitraum eine Demenz diagnostiziert wurde (Januar 2010 bis Dezember 2013). Der Nachbeobachtungszeitraum dauerte drei Jahre und endete im April 2015. Patienten wurden von der Studie ausgeschlossen, wenn bei ihnen vor der Demenzdiagnose (Indexdatum) ein Bruch diagnostiziert worden war (ICD-10: M80, S02, S12, S22, S32, S42, S52, S62, S72, S82, S92, T02, T08, T10, T12). Insgesamt wurden

nach Anwendung der Ausschlusskriterien 53.156 Demenzpatienten ausgewählt. Zu guter Letzt wurden 53.156 nicht-Demenz-Kontrollen ohne jegliche Bruchdiagnose vor dem Indexdatum ausgewählt und den Demenzpatienten 1:1 nach Alter, Geschlecht und Art der Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) zugeordnet.

Zielvariablen

Der primäre Endpunkt der Studie war die Diagnose von Hüftfrakturen (ICD-10: S72), die zwischen Indexdatum und Ende des Nachbeobachtungszeitraumes in der Datenbank erfasst wurden. Osteoporose (M80, M81), Diabetes (E10-E14) und Sehstörungen (H53, H54), die alle potentiell mit einem Frakturrisiko einhergehen, wurden auf der Grundlage der allgemeinärztlichen Diagnosen bestimmt (ICD-10-Codes). Schlaganfall (I63, I64, G45) und Herzinsuffizienz (I50) wurden ebenfalls in das Regressionsmodell aufgenommen. Zum Schluss wurde die Gabe von Arzneimitteln zur Demenzbehandlung, wie z. B. Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressiva, bestimmt. Wir betrachteten fünf verschiedene Verordnungszeiträume für diese drei Variablen: 1, 2, 3-5, 6-10 und mehr als 10 Monate.

Statistische Analysen

Beschreibende Statistiken wurden ermittelt und die Unterschiede in Patientencharakteristika mit Hilfe eines Wilcoxon-Tests für gepaarte Stichproben oder McNemar-Test bestimmt. Analysen zum frakturfreien Überleben wurden unter Verwendung von Kaplan-Meier-Kurven und Log-Rank-Tests durchgeführt. Proportionale Hazardmodelle nach Cox wurden verwendet, um Störfaktoren zu bereinigen (abhängige Variable: inzidente Fraktur). P-Werte <0,05 wurden als statistisch signifikant angesehen. Die Analysen wurden mit Hilfe von SAS Version 9.3 durchgeführt.

Ergebnisse

Patientencharakteristika

Die Patientencharakteristika sind in Tabelle 1 angegeben. Insgesamt umfassten die Demenz- und Kontrollgruppe jeweils 53.156 Personen. Das Durchschnittsalter betrug 81,3 Jahre (SD=5,9 Jahre) und 39,0 % der Patienten waren Männer. Jeweils 7,3 % der Patienten und zugeordneten Kontrollen waren privat versichert. Der Anteil der Personen in Pflegeheimen unterschied sich signifikant zwischen Demenz- und Kontrollgruppe (18,2 % verglichen mit 3,2 %, p-Wert<0,001). Diabetes, Osteoporose und Herzversagen traten bei Nicht-Demenzpatienten etwas häufiger auf als bei Demenzpatienten (30,4 % versus 29,4 %, 10,9 % versus 9,8 % bzw. 21,1 % versus 18,6 %, alle p-Werte<0,001), wohingegen Schlaganfälle in der Demenzgruppe häufiger vorkamen als in der Kontrollgruppe (8,6 % verglichen mit 7,2%, p-Wert<0,001). Darüber hinaus wurden 13,5 % der Demenzpatienten selektiv Antidementiva verabreicht, wobei 4,4 % von ihnen ein Rezept und 9,1 % mindestens zwei Rezepte erhielten. Antipsychotika und Antidepressiva wurden von Demenzpatienten häufiger angewendet als von den Kontrollen (29,4 % versus 8,3 % und 24,9 % versus 17,7 %, beide p-Werte<0,001).

Anteil der Patienten mit Frakturdiagnose

Kaplan-Meier-Kurven für die Zeit bis zur Hüftfrakturdiagnose in der Demenz- und Kontrollgruppe sind in Abbildung 1 dargestellt. 2,0 % der Demenzpatienten und 0,4 % der Kontrollen entwickelten innerhalb des ersten Nachbeobachtungsjahres eine Hüftfraktur

Charakteristika von Demenzpatienten in Hausarztpraxen

Variablen ^a	Demenzgruppe	Kontrollgruppe	P-Wert
N	53.156	53.156	
Alter (Jahre)	81,3 (5,9)	81,3 (5,9)	1,000
Männer (%)	39,0	39,0	1,000
Private Krankenversicherung (%)	7,3	7,3	1,000
Wohnhaft in Pflegeheimen (%)	18,2	3,2	<0,001
Begleitdiagnose ^b (%):			
Diabetes	29,4	30,4	<0,001
Osteoporose	9,8	10,9	<0,001
Schlaganfall	8,6	7,2	<0,001
Herzinsuffizienz	18,6	21,1	<0,001
Behandlung ^c (%):			
Antidementiva	13,5	k.A.	
Behandlungsdauer 1 Monat	4,4		
Behandlungsdauer 2 Monate	1,9		
Behandlungsdauer 3-5 Monate	2,8		
Behandlungsdauer 6-10 Mon.	2,6		
Behandlungsdauer >10 Mon.	2,2		
Antipsychotika	29,4	8,3	<0,001
Behandlungsdauer 1 Monat	8,9	3,6	<0,001
Behandlungsdauer 2 Monate	4,2	1,2	<0,001
Behandlungsdauer 3-5 Monate	6,0	1,4	<0,001
Behandlungsdauer 6-10 Mon.	4,6	0,8	<0,001
Behandlungsdauer >10 Mon.	6,5	1,4	<0,001
Antidepressiva	24,9	17,7	<0,001
Behandlungsdauer 1 Monat	6,6	5,8	<0,001
Behandlungsdauer 2 Monate	3,2	2,3	<0,001
Behandlungsdauer 3-5 Monate	5,2	3,0	<0,001
Behandlungsdauer 6-10 Mon.	4,3	2,1	<0,001
Behandlungsdauer >10 Mon.	6,1	4,5	<0,001

Tab. 1: Charakteristika von Demenzpatienten und Kontrollen in deutschen Hausarztpraxen. Legende: a = Die Daten sind Mittelwerte (SD) oder Anteile (%), b = Diagnose vor dem Indexdatum oder während der endokrinen Behandlung, c = Verordnungen vor dem Indexdatum oder während der endokrinen Behandlung.

(p<0,001). 5,3 % der Demenzgruppe und 0,7 % der Kontrollgruppe erlitten innerhalb des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraumes Knochenbrüche (p<0,001). Abbildung 2 zeigt die Kaplan-Meier-Kurven für die Zeit bis zur Hüftfrakturdiagnose bei Demenzpatienten in Pflegeheimen oder häuslicher Pflege. 4,1 % der in Pflegeheimen lebenden Demenzpatienten und 1,5 % der Patienten in häuslicher Pflege erlitten innerhalb des ersten Nachbeobachtungsjahres eine Fraktur (p<0,001). 9,2 % bzw. 4,3 % entwickelten vor Ablauf des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraumes eine Fraktur (p<0,001). Die Ergebnisse des multivariaten Cox-Regressionsmodells zur Hüftfrakturdiagnose bei Demenzpatienten und Kontrollen sind in Tabelle 2 aufgeführt. Demenz war der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Hüftfraktur (HR=4,52 95 % CI: 3,31-6,18 und p-Wert<0,0001). Interessanterweise erhöhten die Unterbringung

Multivariates Cox-Regressionsmodell für Hüftfrakturdiagnose		
Variablen ^a	Hazard-Ratio (95% CI)	P-Wert
Demenz	4,52 (3,31-6,18)	<0,0001
Unterbringung in Pflegeheimen	2,41 (2,16-2,68)	<0,0001
Osteoporose	1,48 (1,29-1,70)	<0,0001
Antidementiva		
Behandlungsdauer 1 Monat ^a	0,63 (0,45-0,87)	0,0055
Behandlungsdauer 2 Monate	0,75 (0,55-1,02)	0,0616
Behandlungsdauer 3-5 Monate	0,98 (0,75-1,27)	0,8654
Behandlungsdauer 6-10 Monate	1,11 (0,82-1,51)	0,5013
Behandlungsdauer >10 Monate	1,01 (0,81-1,27)	0,9099
Antipsychotika		
Behandlungsdauer 1 Monat ^b	0,75 (0,62-0,91)	<0,0001
Behandlungsdauer 2 Monate	0,97 (0,78-1,20)	0,7570
Behandlungsdauer 3-5 Monate	1,19 (0,99-1,42)	0,0660
Behandlungsdauer 6-10 Mon.	1,17 (0,94-1,47)	0,1595
Behandlungsdauer >10 Monate	1,20 (1,01-1,41)	0,0339
Antidepressiva		
Behandlungsdauer 1 Monat ^c	0,54 (0,43-0,67)	<0,0001
Behandlungsdauer 2 Monate	0,73 (0,58-0,93)	0,0100
Behandlungsdauer 3-5 Monate	1,04 (0,86-1,26)	0,1684
Behandlungsdauer 6-10 Mon.	0,93 (0,72-1,21)	0,5856
Behandlungsdauer >10 Mon.	0,92 (0,76-1,11)	0,3590

Tab. 2: Multivariates Cox-Regressionsmodell für die Hüftfrakturdiagnose bei Demenzpatienten und Kontrollen. Legende: a = Referenzgruppe: Patienten ohne Antidementiva-Verordnung, b = Referenzgruppe: Patienten ohne Antipsychotik-Verordnung, c = Referenzgruppe: Patienten ohne Antidepressiva-Verordnung.

im Pflegeheim und Osteoporose ebenfalls das Risiko einer Hüftfrakturdiagnose (HR=2,41, 95 % CI: 2,16-2,68, HR=1,48, 95 % CI: 1,29-1,70, beide p-Werte<0,0001). Antidementiva hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Hüftfrakturrisiko, wenn sie für weniger als 10 Monate verordnet wurden (HR=0,3, 95 % CI: 0,45-

0,87 and p-Wert=0,0055). Antidepressive hatten ebenfalls keinen signifikanten Einfluss, wenn sie für weniger als 6 Monate verordnet wurden (6-10 Monate: HR=0,73, 95 % CI: 0,58-0,93, p-Wert=0,01, und für >10 Monate: HR=0,54, 95 % CI: 0,43-0,67, p-Wert<0,0001). Antipsychotika erhöhten das Risiko von Hüftfrakturen, wenn sie nur einen Monat verwendet wurden (HR=1,20, 95 % CI: 1,01-1,41 und p-Wert=0,0339), und verringerten das Risiko, wenn sie für mehr als 10 Monate verwendet wurden (HR=0,75, 95 % CI: 0,62-0,91 und p-Wert<0,0001).

Diskussion

In unserer Studie haben wir gezeigt, dass Demenz bei in allgemeinärztlichen Praxen in Deutschland behandelten Patienten mit einem erhöhten Hüftfrakturrisiko einhergeht. Des Weiteren haben wir herausgefunden, dass in Pflegeheimen lebende Demenzpatienten eher eine Fraktur erlitten, als Demenzpatienten, die zu Hause lebten. Außerdem haben wir gezeigt, dass Osteoporose das Frakturrisiko erhöht. Zu guter Letzt ist zu sagen, dass Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressive keinen signifikanten Einfluss auf dieses Risiko hatten, wenn sie weniger als sechs Monate verordnet wurden.

Die beiden Haupttypen der Demenz sind die Alzheimer-Krankheit, die 60 % bis 80 % der Fälle ausmacht, und die vaskuläre Demenz, unter der etwa einer von fünf Patienten mit Demenz leidet (Reitz, Brayne, & Mayeux, 2011; Rizzi, Rosset, & Roriz-Cruz, 2014). In einer Studie aus dem Jahre 2005, die 245 Patienten ab 65 umfasste, fanden Allan et al. heraus, dass Demenzpatienten ein höheres Risiko für Gang- und Gleichgewichtsstörungen hatten als die Kontrollpatienten (Allan, Ballard, Burn, & Kenny, 2005). Daher ist es wahrscheinlicher, dass Demenzpatienten fallen und sich Frakturen zuziehen. In der Tat zeigte eine Studie mit 2.015 Demenzpatienten und Kontrollen aus 59 Pflegeheimen, dass der Anteil der Stürze pro Jahr in der Demenzgruppe bei 4,05 lag, verglichen mit 2,33 in der Kontrollgruppe (RR=1,74, 95 % CI: 1,34-2,25 und p-Wert<0,0001) (van Doorn et al., 2003). Erst kürzlich hat eine in Großbritannien durchgeführte Studie mit 179 Patienten im Alter von über 65 Jahren gezeigt, dass die Inzidenzrate von Stürzen bei Demenzpatienten fast achtmal höher war als bei den Kontrollen (Inzidenzdichteverhältnis=7,58, 95 % CI: 3,11-18,5) (Allan, Ballard, Rowan, & Kenny, 2009).

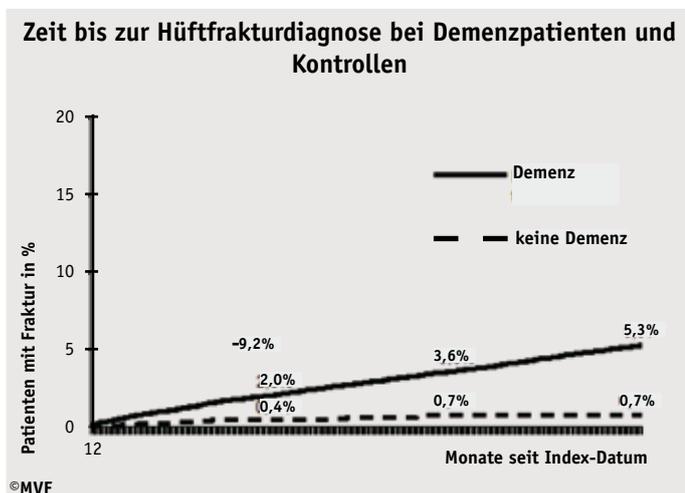


Abb. 1: Kaplan-Meier-Kurven für die Zeit bis zur Hüftfrakturdiagnose bei Demenzpatienten und Kontrollen

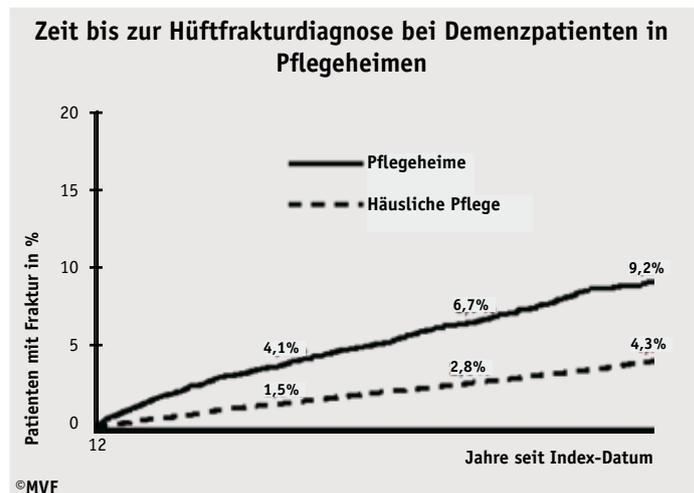


Abb. 2: Kaplan-Meier-Kurven für die Zeit bis zur Hüftfrakturdiagnose bei Demenzpatienten in Pflegeheimen oder häuslicher Pflege

Literatur

- Allan, L. M., Ballard, C. G., Burn, D. J., & Kenny, R. A. (2005). Prevalence and severity of gait disorders in Alzheimer's and non-Alzheimer's dementias. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1681–1687. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53552.x>
- Allan, L. M., Ballard, C. G., Rowan, E. N., & Kenny, R. A. (2009). Incidence and Prediction of Falls in Dementia: A Prospective Study in Older People. *PLoS ONE*, 4(5), e5521. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0005521>
- Bakken, M. S., Engeland, A., Engesæter, L. B., Ranhoff, A. H., Hunskaar, S., & Ruths, S. (2013). Increased risk of hip fracture among older people using antidepressant drugs: data from the Norwegian Prescription Database and the Norwegian Hip Fracture Registry. *Age and Ageing*, 42(4), 514–520. <http://doi.org/10.1093/ageing/aft009>
- Becher, H., Kostev, K., & Schröder-Bernhardi, D. (2009). Validity and representativeness of the "Disease Analyzer" patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmaco-economic studies. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 47(10), 617–626.
- Bolton, J. M., Metge, C., Lix, L., Prior, H., Sareen, J., & Leslie, W. D. (2008). Fracture risk from psychotropic medications: a population-based analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(4), 384–391. <http://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31817d5943>
- Buchner DM, & Larson EB. (1987). Falls and fractures in patients with alzheimer-type dementia. *JAMA*, 257(11), 1492–1495. <http://doi.org/10.1001/jama.1987.03390110068028>
- Eimar, H., Perez Lara, A., Tamimi, I., Márquez Sánchez, P., Gormaz Talavera, I., Rojas Tomba, F., ... Tamimi, F. (2013). Acetylcholinesterase inhibitors and healing of hip fracture in Alzheimer's disease patients: a retrospective cohort study. *Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions*, 13(4), 454–463.
- Gill, S. S., Anderson, G. M., Fischer, H. D., Bell, C. M., Li, P., Normand, S.-L. T., & Rochon, P. A. (2009). Syncope and its consequences in patients with dementia receiving cholinesterase inhibitors: a population-based cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 169(9), 867–873. <http://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.43>
- Grisso, J. A., Kelsey, J. L., Strom, B. L., Chiu, G. Y., Maislin, G., O'Brien, L. A., ... Kaplan, F. (1991). Risk factors for falls as a cause of hip fracture in women. The Northeast Hip Fracture Study Group. *The New England Journal of Medicine*, 324(19), 1326–1331. <http://doi.org/10.1056/NEJM199105093241905>
- Johnell, O., Melton, L. J., Atkinson, E. J., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1992). Fracture Risk in Patients with Parkinsonism: A Population-based Study in Olmsted County, Minnesota. *Age and Ageing*, 21(1), 32–38. <http://doi.org/10.1093/ageing/21.1.32>
- Jørgensen, T. S. H., Hansen, A. H., Sahlberg, M., Gislason, G. H., Torp-Pedersen, C., Andersson, C., & Holm, E. (2014). Falls and comorbidity: the pathway to fractures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(3), 287–294. <http://doi.org/10.1177/1403494813516831>
- Kvelde, T., Lord, S. R., Close, J. C. T., Reppermund, S., Kochan, N. A., Sachdev, P., ... Delbaere, K. (2015). Depressive symptoms increase fall risk in older people, independent of antidepressant use, and reduced executive and physical functioning. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), 190–195. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2014.09.003>
- Liperoti, R., Onder, G., Lapane, K. L., Mor, V., Friedman, J. H., Bernabei, R., & Gambassi, G. (2007). Conventional or atypical antipsychotics and the risk of femur fracture among elderly patients: results of a case-control study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 929–934.
- Liu, S., Zhu, Y., Chen, W., Sun, T., Cheng, J., & Zhang, Y. (2015). Risk factors for the second contralateral hip fracture in elderly patients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 29(3), 285–294. <http://doi.org/10.1177/0269215514542358>
- Melton, L. J., Beard, C. M., Kokmen, E., Atkinson, E. J., & O'Fallon, W. M. (1994). Fracture Risk in Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(6), 614–619. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb06859.x>
- Montero-Odasso, M., Muir-Hunter, S. W., Oteng-Amoako, A., Gopaul, K., Islam, A., Borrie, M., ... Speechley, M. (2015). Donepezil improves gait performance in older adults with mild Alzheimer's disease: a phase II clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 43(1), 193–199. <http://doi.org/10.3233/JAD-140759>
- O'Keeffe, S. T., Kazeem, H., Philpott, R. M., Playfer, J. R., Gosney, M., & Lye, M. (1996). Gait disturbance in Alzheimer's disease: a clinical study. *Age and Ageing*, 25(4), 313–316.
- Ray, W. A., Griffin, M. R., Schaffner, W., Baugh, D. K., & Melton, L. J. (1987). Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *The New England Journal of Medicine*, 316(7), 363–369. <http://doi.org/10.1056/NEJM198702123160702>
- Reitz, C., Brayne, C., & Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 7(3), 137–152. <http://doi.org/10.1038/nrneuro.2011.2>
- Reyes, C., Estrada, P., Nogués, X., Orozco, P., Cooper, C., Díez-Pérez, A., ... Prieto-Alhambra, D. (2014). The impact of common co-morbidities (as measured using the Charlson index) on hip fracture risk in elderly men: a population-based cohort study. *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 25(6), 1751–1758. <http://doi.org/10.1007/s00198-014-2682-9>
- Rizzi, L., Rosset, I., & Roriz-Cruz, M. (2014). Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed Research International*, 2014, e908915. <http://doi.org/10.1155/2014/908915>
- Sato, Y., Asoh, T., & Oizumi, K. (1998). High prevalence of vitamin D deficiency and reduced bone mass in elderly women with Alzheimer's disease. *Bone*, 23(6), 555–557.
- Sato, Y., Kanoko, T., Satoh, K., & Iwamoto, J. (2004). Risk factors for hip fracture among elderly patients with Alzheimer's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 223(2), 107–112. <http://doi.org/10.1016/j.jns.2004.03.033>
- Seitz, D. P., Gill, S. S., Gruneir, A., Austin, P. C., Anderson, G. M., Bell, C. M., & Rochon, P. A. (2014). Effects of dementia on postoperative outcomes of older adults with hip fractures: a population-based study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(5), 334–341. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.011>
- Tamimi, I., Ojea, T., Sanchez-Siles, J. M., Rojas, F., Martin, I., Gormaz, I., ... Tamimi, F. (2012). Acetylcholinesterase inhibitors and the risk of hip fracture in Alzheimer's disease patients: a case-control study. *Journal of Bone and Mineral Research: The Official Journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 27(7), 1518–1527. <http://doi.org/10.1002/jbmr.1616>
- Tinetti, M. E., Speechley, M., & Ginter, S. F. (1988). Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community. *New England Journal of Medicine*, 319(26), 1701–1707. <http://doi.org/10.1056/NEJM198812293192604>
- Tsai, C.-H., Chuang, C.-S., Hung, C.-H., Lin, C.-L., Sung, F.-C., Tang, C.-H., ... Chung, C.-J. (2014). Fracture as an independent risk factor of dementia: a nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 93(26), e188. <http://doi.org/10.1097/MD.000000000000188>
- Tunstall: Germany dementia statistics. <http://www.alzheimers-support.com> 2015, accessed on 08/05/15.
- van Doorn, C., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Hebel, J. R., Port, C. L., Baumgarten, M., ... Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. (2003). Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(9), 1213–1218.
- Wang H-K, Hung C-M, Lin S-H, Tai Y-C, Lu K, Liliang P-C, Lin C-W, Lee Y-C, Fang P-H, Chang L-C, et al.: Increased risk of hip fractures in patients with dementia: a nationwide population-based study. *BMC Neurol*. 2014, 14:175. [doi: 10.1186/s12883-014-0175-2] [PMID: 25213690]
- WHO: 10 facts on dementia. <http://www.who.int> 2015, accessed on 08/05/15.
- Zhao, Y., Shen, L., & Ji, H.-F. (2012). Alzheimer's Disease and Risk of Hip Fracture: A Meta-Analysis Study. *The Scientific World Journal*, 2012, e872173. <http://doi.org/10.1100/2012/872173>

Die Hüfte ist eine der häufigsten Bruchstellen. Der Zusammenhang zwischen Stürzen und Hüftfrakturen ist groß und wurde bereits von einer Reihe von Autoren untersucht. In der Tat zeigte eine dänische Studie mit einer zwischen 2000 und 2009 beobachteten retrospektiven Kohorte, dass die Inzidenz von Hüftfrakturen im Laufe der Zeit abnahm (von 787 auf 589 Fälle pro 100.000 für Männer und von 1.758 auf 1.275 pro 100.000 für Frauen). Dieser allgemeine Trend lässt sich möglicherweise durch eine Reduzierung von mit Stürzen in Verbindung stehenden Komorbiditäten erklären (Jørgensen et al., 2014). Zusätzlich zu den Auswirkungen von Stürzen auf Frakturen der Hüfte und anderer Knochen ist es wichtig, im Auge zu behalten, dass eine Fraktur an einer bestimmten Stelle selbst einen Risikofaktor für eine Fraktur auf der gegenüberliegenden Seite darstellt (Liu et al., 2015). Da Stürze mit einer psychiatrischen Erkrankung in Verbindung stehen können, gibt es intensive Forschung im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Demenz (insbesondere der Alzheimer-Krankheit) und dem Frakturrisiko. Buchner and Larson gehörten zu den ersten Autoren, die herausfanden, dass die Inzidenzrate von Frakturen bei Alzheimerpatienten dreimal höher war als bei geschlechts- und altersangepassten Kontrollen (Buchner DM & Larson EB, 1987). Im Jahr 1994 analysierten Melton et al. die Auswirkungen des Beginns einer Alzheimer-Erkrankung auf das Frakturrisiko und zeigten, dass es verglichen mit alters- und geschlechtsangepassten Kontrollen bei neu diagnostizierten Patienten zu einem zweifachen Anstieg von Frakturen kam (Melton, Beard, Kokmen, Atkinson, & O'Fallon, 1994). In jüngerer Zeit untersuchte eine Meta-Analyse von neun, vor 2012 veröffentlichten Studien den Zusammenhang zwischen der Alzheimer-Krankheit und dem Risiko einer Hüftfraktur und kam zu dem Ergebnis, dass Demenzpatienten eine geringere Knochendichte (standardisierte mittlere Differenz $-1,12$, p -Wert=0,05) und ein höheres Hüftfrakturrisiko aufwiesen (für dichotome Daten: OR=1,80, 95 % CI: 1,54-2,11) als gesunde Kontrollen (Zhao, Shen, & Ji, 2012). Neben diesen sich auf die Alzheimer-Krankheit konzentrierenden Studien wurden mehrere Studien an Patienten durchgeführt, die an anderen Formen von Demenz leiden. Im Jahr 1992 fanden Olof Johnell et al. in einer retrospektiven Studie mit 138 Patienten mit Parkinson-Krankheit und 138 Kontrollen heraus, dass es, verglichen mit der Kontrollgruppe ($n=39$) (RR=2,3, 95 % CI: 1,6-3,3), in der Parkinson-Gruppe eine erhöhte Anzahl von Knochenbrüchen gegeben hatte ($n=88$) ($n=39$) (RR=2,3, 95% CI: 1,6-3,3) (Johnell, Melton, Atkinson, O'fallon, & Kurland, 1992). Der größte Anstieg wurde für proximale Femurfrakturen beobachtet, wobei es in der Parkinsongruppe 20 und in der Kontrollgruppe einen Fall gab (RR=20, 95 % CI: 4,0->100). Diese Ergebnisse wurden auch in einer Fall-Kontroll-Studie mit 174 Frauen in Krankenhäusern in New York und Philadelphia bestätigt, obwohl hier das mit der Parkinson-Krankheit in Verbindung stehende Odds Ratio (Chancenverhältnis) höher war (OR=9,4, 95 % CI: 1,2-76,1) (Grisso et al., 1991). Man sollte jedoch bedenken, dass die zweite Studie nur Hüftfrakturen bei weiblichen Patienten in Betracht zog, und dass diese Patientinnen älter waren, als die in der ersten Studie (80 Jahre verglichen mit 72 Jahren) (Grisso et al., 1991; Johnell et al., 1992).

Unsere Arbeit hat auch gezeigt, dass die Inzidenz von Hüftfrakturen bei Demenzpatienten in Pflegeheimen höher war, als bei Demenzpatienten, die zu Hause leben. In der Tat weisen Patienten in Pflegeheimen in der Regel spätere Stadien der Demenz auf (mittelschwer bis schwer), die zu umfassenderen motorischen Störungen und größeren Beeinträchtigungen beim Gehen führen, als wir sie

bei Patienten in früheren Stadien finden (O'Keefe et al., 1996). Wir schlossen daher, dass die Betreuung zu Hause vom Schweregrad der Demenz abhängt. Zusätzlich zu diesem Zusammenhang zeigten Sato et al. im Jahr 1998, dass in Pflegeheimen lebende Patienten mit Alzheimer-Krankheit eher an einem Mangel an Sonnenlicht, einem Mangel an Vitamin D und einer Verringerung der Knochendichte leiden (BMD) (Y. Sato, Asoh, & Oizumi, 1998). Später fand eine andere Studie, dass niedrige Knochendichte und Serum 25-OHD-Konzentrationen <5 ng/ml mit sekundärem Hyperparathyreoidismus das Risiko von Hüftfrakturen bei älteren Frauen mit Demenz erhöhen (Yoshihiro Sato, Kanoko, Satoh, & Iwamoto, 2004). Unsere Ergebnisse stehen im Einklang mit dieser Literatur, da wir gezeigt haben, dass die Unterbringung in Pflegeheimen einen Risikofaktor für Knochenbrüche bei Demenzkranken darstellt.

Darüber hinaus haben wir auch gezeigt, dass Osteoporose das Frakturrisiko erhöht. Eine aktuelle taiwanesischen Studie hat herausgefunden, dass Osteoporose das Risiko einer Hüftfraktur bei Demenzpatienten erhöht (mit Osteoporose: HR=2,27, 95 % CI: 1,28-4,01, ohne Osteoporose: HR=1,84, 95 % CI: 1,37-2,46, jeweils verglichen mit der Kontrollgruppe) (Wang et al., 2014), was die Bedeutung der Osteoporose-Behandlung und des Osteoporose-Managements bei Demenzpatienten unterstreicht.

Unsere Studie zeigte auch, dass Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressiva generell keinen signifikanten Einfluss auf das Hüftfrakturrisiko hatten, wenn sie für weniger als sechs Monate verordnet wurden. Allerdings gab es eine Ausnahme: Antipsychotika erhöhten das Risiko, wenn sie Patienten für nur einen Monat verordnet wurden. Im Gegensatz dazu stellten wir fest, dass das Risiko eine Hüftfraktur zu erleiden sank, wenn diese Medikamente über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten verwendet wurden. All diese Ergebnisse müssen sorgfältig diskutiert werden, da mehrere andere Studien gezeigt haben, dass solche Behandlungen sich negativ auf das Frakturrisiko auswirken. So analysierten Gill et al. im Jahr 2009 die Beziehung zwischen Cholinesterase-Hemmern, die häufig zur Behandlung von Demenz verordnet werden, und den negativen Folgen einer Synkope und zeigten, dass Hüftfrakturen bei Patienten, die diese Moleküle erhalten, häufiger auftreten (HR=1,18, 95 % CI: 1,04-1,34) (Gill et al., 2009). Neuere Studien mit verschiedenen Designs und in verschiedenen Ländern kamen zu ähnlichen Ergebnissen und untermauerten somit den faszinierenden Zusammenhang zwischen Antidementiva/Antipsychotika und Knochenbrüchen (Bakken et al., 2013; Eimar et al., 2013; Tamimi et al., 2012). Nichtsdestotrotz beschäftigten sich die meisten dieser Arbeiten nicht wesentlich mit den Auswirkungen der Behandlungsdauer auf das Frakturrisiko (Bolton et al., 2008; Liperoti et al., 2007; Ray, Griffin, Schaffner, Baugh, & Melton, 1987). Obwohl diese Arzneimittel also zunächst das Risiko eine Fraktur zu erleiden erhöhen, ist es dennoch möglich, dass die nachteiligen Auswirkungen nach einigen Monaten verschwinden und die Behandlung effektiver wird, was dann zu einem verringerten Sturzrisiko und weniger Frakturen bei Demenzpatienten führt. Eine aktuelle Studie hat gezeigt, dass Donepezil den Gang von Studienteilnehmern mit leichter Alzheimer-Erkrankung verbessert (Montero-Odasso et al., 2015). Da Unruhe und depressive Symptome das Sturzrisiko erhöhen, könnte eine erfolgreiche und gut verträgliche Therapie mit Antidepressiva dieses Risiko verringern (Kvelde et al., 2015). Somit könnte diese Hypothese erklären, warum Antidementiva, Antipsychotika und Antidepressiva vor Hüftfrakturen schützten, wenn sie für mehr als sechs Monate verabreicht wurden.

Diese Studie unterlag mehreren Einschränkungen. Die größte Einschränkung bezieht sich auf die durch Hausärzte gestellten Diagnosen, da weder Demenz noch Knochenbrüche vollständig diagnostiziert werden können. Mehrere Faktoren, die möglicherweise Auswirkungen auf das Frakturrisiko haben, fehlten (z. B. verminderte Knochendichte und Muskelmasse, Ernährungsprobleme und körperliche Inaktivität). Die Dosis-Wirkungsbeziehung wurde von uns nicht untersucht. Darüber hinaus wurden Patienten nur retrospektiv in jeweils einer Praxis beobachtet. Wenn Patienten einen anderen Arzt besuchten – was in Deutschland häufig der Fall ist – wurde dieser Besuch nicht dokumentiert.

Wir haben gezeigt, dass Demenz bei Patienten in allgemeinärztlichen Praxen in Deutschland das Hüftfrakturrisiko erhöhte. Die Unterbringung in Pflegeheimen wirkte sich ebenfalls negativ auf das Bruchrisiko aus. Deutsche Patienten, die unter Demenz leiden, bedürfen daher einer personalisierten Behandlung und einem personalisierten Management, insbesondere durch Psychiater und Chirurgen oder Orthopäden, um die durch Knochenbrüche verursachten Komorbiditäten zu verringern. <<

The risk of hip fracture in German primary care patients with dementia

The aim was to analyze the risk of hip fracture in German primary care patients with dementia. This study included patients aged 65-90 from 1,072 primary care practices who were first diagnosed with dementia between 2010 and 2013. Controls were matched (1:1) to cases for age, sex and type of health insurance. The primary outcome was the diagnosis of hip fracture during the 3-year follow-up period. 53,156 dementia patients and 53,156 controls were included. 5.3% of patients and 0.7% of controls displayed hip fracture after 3 years. Hip fracture occurred more frequently in dementia subjects living in nursing homes than in those living at home (9.2% versus 4.3%). Dementia, residence in nursing homes and osteoporosis were risk factors for fracture development. Anti-dementia, antipsychotic and anti-depressant drugs generally had no significant impact on hip fracture risk when prescribed for less than six months. Dementia increased hip fracture risk in German primary care practices.

Keywords

hip fracture, dementia, nursing homes, osteoporosis, risk factors

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Mitarbeiter des Unternehmens IMS Health in Frankfurt. Jens Bohlken ist der Praxisleiter und niedergelassene Psychiater in der Praxis Bohlken Berlin. Karel Kostev und Jens Bohlken haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung von Pharmaunternehmen und wurde von IMS Health durchgeführt. Es sind keine Interessenkonflikte vorhanden.

Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev

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

Kontakt: kkostev@de.imshealth.com



Dr. med. Jens Bohlken

ist niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Berlin. Er studierte Medizin in Marburg sowie Soziologie in Frankfurt und Marburg. Seine Schwerpunkte liegen in der Therapie und Versorgung der Demenzpatienten. Er leitet seit Jahren das Demenz-Referat im Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN).

Kontakt: dr.j.bohlken@gmx.net



Katharina Gudd, M.Sc.
 Daniela Nitschke, M.Sc.
 Regina Pfeffermann, B.A.
 Dr. Tanja Bratan PhD, M.Sc.
 Prof. Dr. rer. pol. Oliver Schöffski, MPH

Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein literaturbasiertes Framework der Einflussfaktoren

Das deutsche Gesundheitswesen schneidet im internationalen Vergleich hinsichtlich Qualität und Effizienz gut ab, jedoch weisen komparative Studien auf existierende Optimierungspotenziale hin (Lauerer et al. 2013: 483–491; Manouguian et al. 2010). Trends wie z.B. der demographische Wandel, der die regionale Versorgungssicherung vor neue Herausforderungen stellt, erfordern eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität (Stüve 2009: 51–60; Amelung/Wolf 2011: 1566–1572). Um dieser gerecht zu werden, fordert die Politik eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern in Form von integrierten Versorgungsmodellen (Amelung et al. 2009; Mühlbacher 2002). Diverse Studien sehen vernetzende Struktur-, Produkt- und Prozessinnovationen als notwendig an, um entscheidend die Effizienz und Effektivität zu steigern (Omachonu/Einspruch 2010: 1–20; Varkey et al. 2008: 382–388; Ilinca et al. 2012: 193–202). Innovationen, welche als erfolgreiche Implementierung einer neuen Idee in einer wertsteigernden Weise für einige oder alle Beteiligten definiert sind, werden also nicht mehr länger nur durch einzelne Akteure initiiert, sondern vermehrt in kooperativen Netzwerken entwickelt und verbreitet (Akrich et al. 2002: 187–206; Varkey et al. 2008: 382–388). Mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Versorgung fördern zwar EU-, Bundes- und Landespolitik Gesundheitsinnovationen aller Ebenen, allerdings existieren davon 40% nur bis zum Auslauf der Anschubfinanzierung (Savaya et al. 2008: 478–493). Diese Unbeständigkeit der Verbesserungsinitiativen wirkt sich negativ auf die Unterstützung und das Vertrauen der Gesellschaft in zukünftige Projekte aus (Shediak-Rizkallah/Bone 1998: 87–108). Denn der hohe Ressourceneinsatz während der Neueinführung bedingt die legitime Forderung auf Zielerreichung und langfristigen Erfolg und steigert das Interesse der Stakeholder für den Faktor der Nachhaltigkeit (Edwards et al. 2007: 37–47).

Zusammenfassung

Hintergrund: Im deutschen Gesundheitswesen wird immer wieder eine stärkere Vernetzung der Akteure gefordert. Mit hohen Fördersummen werden Gesundheitsinnovationen gefördert, die sich nach Auslaufen der Förderung jedoch häufig nicht selbst tragen können. Ziel dieser Studie ist es Faktoren der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen zu identifizieren und zu einem Framework zusammenzufassen.

Methode: In einem zweistufigen Ansatz wurden zunächst basierend auf einer systematischen Literaturrecherche Faktoren der Nachhaltigkeit identifiziert. Auf diesen Ergebnissen aufbauend wird das theoretische Modell in einem zweiten Teil mittels Experteninterviews empirisch überprüft (Teil 2: Gesundheitsregionen der Zukunft: Praxiserfahrungen zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen) in Monitor Versorgungsforschung 5/2016.

Ergebnisse: 15 identifizierte Publikationen zeigen acht Faktoren, welche die Nachhaltigkeit beeinflussen. Netzwerkmanagement, Motivation und Bindung der Partner sowie Kohäsion und Partizipation können unter der internen Funktionsfähigkeit zusammengefasst werden. Weitere wichtige Faktoren sind Finanzierung, Sichtbarkeit, Umweltfaktoren und Anpassungsfähigkeit.

Diskussion & Ausblick: Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke ist ein multifaktorielles Phänomen. Die Ergebnisse der Literatur bilden mit dem vorläufigen Framework den Abschluss des ersten Teils dieser Studie.

Schlüsselwörter

Innovation, Netzwerk, Nachhaltigkeit, Erfolgsfaktoren, Framework, Literaturrecherche

>> Nachhaltigkeit wird als die „zeitliche und ergebnisorientierte Fortführung organisatorischer Strukturen sowie Prozesse, die eine dauerhafte Win-win-Situation für alle Akteure gewährleistet“ verstanden (Buhl/Meier zu Köcker 2012: 97–118). Dies ist generell auch in Netzwerken anzustreben, welche aus mehr als zwei Akteuren bzw. Mitgliedern bestehen, die ohne Kooperationszwang zusammenarbeiten, um Wettbewerbsvorteile zu generieren (Sydow 2005; Wasserman/Faust 1994).

Innovative Netzwerke verknüpfen Netzwerke und Innovationen in zweierlei Hinsicht. Innovative Gesundheitsprogramme wie Disease Management Programme, in denen eine starke Vernetzung verschiedener Leistungserbringer erfolgt, werden bereits als Innovation bewertet, da sie für viele Stakeholder durch komplexe, behandlungs- und betreuungsorientierte Innovationen einen überzeugenden Mehrwert schaffen (Greulich/Berchtold 2002). Von den Gesundheitsprogrammen sind innovative Gesundheitsnetzwerke definitorisch abzugrenzen. Unter diesem Begriff werden sektorenübergreifende Partnerschaften zwischen den Vertretern des Gesundheitssystems sowie Unternehmen, Hochschulen oder Forschungseinrichtungen, welche durch ein gemeinsames Problem miteinander verbunden sind und so das Ziel haben Innovationen bzw. neue Lösungen aus ihrem Netzwerk hervorzubringen, verstanden (Duschek 2002; Wenger et al. 2002). Unter Einschluss dieser beiden Aspekte werden in innovativen Netzwerken neuartige bzw. innovative Kooperationsbeziehungen zwischen heterogenen Akteuren des Gesundheitssystems, mit eigenen Zielstellungen und rechtlicher Selbstständigkeit, geschlossen, mit dem Ziel Verbesserungen bzw. Innovationen herbeizuführen.

Im Kontext der Nachhaltigkeit sollten innovative Netzwerke daher langfristig existieren, effektiv organisiert sein, erfolgreiche Innovationen einführen und Nutzen bei allen Akteuren generieren (Buhl 2010: 13–31). Um dem Ziel der Nachhaltigkeit entsprechend handeln zu können, ist eine Kenntnis der beeinflussenden Faktoren hilfreich und dementsprechend eine Erforschung dieser Determinanten notwendig. Während der Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Gesundheitsprogramme bereits relativ detailliert erforscht ist (She-

diac-Rizkallah/Bone 1998: 87–108; Wiltsey Stirman et al. 2012: 1–19), existieren bisher nur erste Studien, die die Nachhaltigkeit innovativer Gesundheitsnetzwerke allgemein betrachten.

Ziel dieser Studie ist es, Faktoren, die die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen beeinflussen, zu identifizieren und zu einem Framework zusammenzufassen, das zukünftigen Initiativen als Anhaltspunkt dienen soll.

Systematische Literaturrecherche

Zur Erstellung des Frameworks wurde ein zweistufiger Ansatz gewählt. Zunächst sollte durch eine systematische Literaturrecherche das Gerüst eines Frameworks entstehen. Dieses wird in einem zweiten Schritt mit den Erfahrungen von Koordinatorinnen und Koordinatoren in innovativen Gesundheitsnetzwerken verglichen und modifiziert.

Zur Identifikation relevanter Publikationen wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Business Source Complete und EconLit (via EBSCO Host) durchgeführt (Higgins/Green 2011; Deutsches Cochrane-Zentrum u.a. 2013). Von der Fragestellung ließen sich die Schlagworte: Innovation, Nachhaltigkeit, Netzwerk, Faktoren und Gesundheitswesen ableiten und mithilfe bereits vorliegender Studien weitere verwandte Suchbegriffe generieren (Scheirer 2005: 320–347; Shediak-Rizkallah/Bone 1998: 87–108; Wiltsey Stirman et al. 2012: 1–19; Gruen et al. 2008: 1579–1589). Die Ergebnisse wurden auf die englische und deutsche Sprache beschränkt. Das komplette Suchprofil kann bei der Erstautorin erfragt werden.

In einem mehrstufigen Prozess wurde die Literatur nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 1) ausgewählt. Davon ausgehend sollte der aktuelle Forschungsstand herausgearbeitet und Faktoren der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke aus wissenschaftlicher Perspektive abgeleitet werden. Die in den Publikationen betrachteten Netzwerke mussten im Wesentlichen das Gesundheitswesen betreffen, den oben dargestellten Definitionen für innovative Netzwerke und Nachhaltigkeit entsprechen und dabei konkrete Faktoren herausarbeiten.

Ein-/Ausschlusskriterien der Literaturselektion	
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> Betrachtung von innovativen Netzwerken gemäß beider definitorischer Aspekte: Netzwerke als komplexe Innovationen; Netzwerke/Partnerschaften, die Innovationen hervorbringen Gesundheitswesen Betrachtung von Nachhaltigkeit gemäß der Arbeitsdefinition Untersuchung/Benennung konkreter Faktoren Deutsche oder englische Sprache 	<ul style="list-style-type: none"> Verstoß gegen ein Einschlusskriterium Kein Bezug zum Gesundheitswesen: z. B. Konzeption von Bildungsprogrammen Betrachtung von einfachen Produkt-/Prozessinnovationen Anderes Verständnis von Nachhaltigkeit: Nachhaltigkeit als langanhaltender Effekt einer Intervention; Nachhaltigkeit im Sinne des Drei-Säulen-Modells (Ökologie, Ökonomie und Soziales) Studie bezieht sich auf Implementierung/Diffusion/Effektivität einer Innovation/eines Netzwerks Studie betrachtet technische Netzwerke Keine explizite Nennung von Faktoren Andere Sprache Homogenität der Akteure: reine Forschungspartnerschaften Berücksichtigung in einem für die Auswertung eingeschlossenen Review

Tab. 1: Ein-/Ausschlusskriterien der Literaturselektion

Die Studien wurden entlang der Definitionen von innovativen Netzwerken in zwei Forschungsstränge eingeteilt: innovative Gesundheitsnetzwerke und innovative Gesundheitsprogramme. Diese wurden zuerst getrennt voneinander analysiert und deren Ergebnisse dann in ein vorläufiges Framework zusammengeführt. Anschließend wurden durch eine qualitative Untersuchung, mittels Experteninterviews, das hypothetische Modell empirisch überprüft und modifiziert (Gläser/Laudel 2010).

Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Analyse mit denen der qualitativen Befragungen konsolidiert und ein abschließendes Framework der Erfolgsfaktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen präsentiert.

Ergebnisse des Reviews

Im Januar 2014 wurde die Recherche in den Datenbanken durchgeführt und es wurden 530 Treffer erzielt, woraus schließlich 15 Publikationen eingeschlossen wurden (Abb. 1).

Die Resultate der Literaturrecherche haben eine kontextuelle Einteilung in zwei Forschungsstränge ergeben, welche konsistent mit der bereits vorgenommenen Einordnung der innovativen Netzwerke ist. Dem ersten Strang „innovative Gesundheitsnetzwerke“ wurden sechs Publikationen und dem zweiten Strang „innovative Gesundheitsprogramme“ neun Artikel zu zugeordnet. Nachfolgend werden die Studien sowie die relevanten, identifizierten Faktoren der beiden Forschungsstränge dargestellt

Dhanaraj und Parkhe haben die Management-Anstrengungen relativ loser Innovationsnetzwerke mit einer „Hub firm“ als zentralen Knotenpunkt analysiert und den Einfluss der zentralen Netzwerkunternehmung, der eigenen Reputation bzw. dem „Schatten der Zukunft“, den zukünftigen Nutzen für die Partner, der Schaffung von Multiplexität und der Rekrutierungsprozesse als wichtige Faktoren

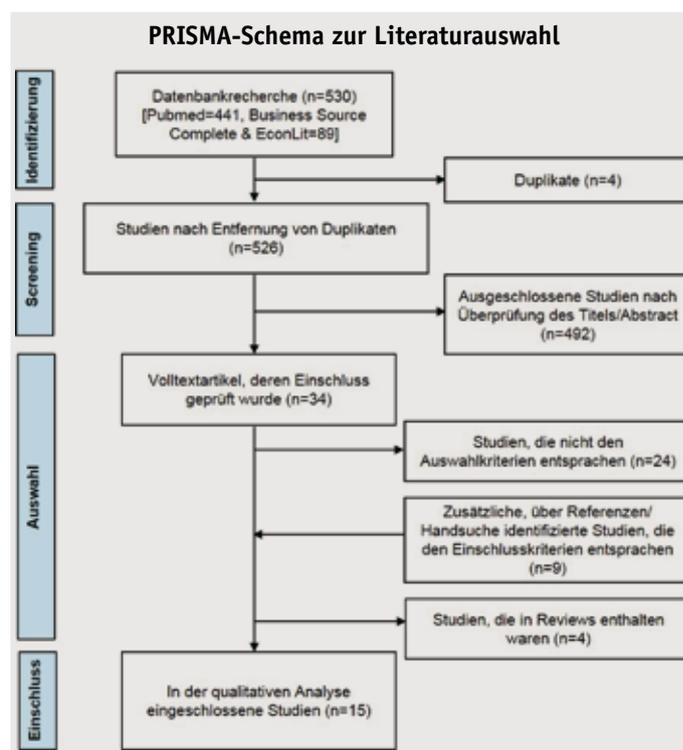


Abb. 1: PRISMA-Schema zur Literatursuche [23]

Übersicht der eingeschlossenen Studien zur Literaturanalyse		
Autoren	Jahr	Titel
Innovative Gesundheitsprogramme		
Shediac-Rizkallah und Bone	1998	Planning the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy
Sibthorpe et al.	2005	Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation
Edwards et al.	2007	Sustainability of Partnership Projects: A Conceptual Framework and Checklist
Gruen et al.	2008	Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning
Savaya et al.	2008	Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis
Scheier und Dearing	2011	An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs
Wiltsey Stirman et al.	2012	The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research
Schell et al.	2013	Public health program capacity for sustainability: a new framework
Luke et al.	2014	The Program Sustainability Assessment Tool: A New Instrument for Public Health Programs
Innovative Gesundheitsnetzwerke		
Gomez et al.	2005	Sustainability of Community Coalitions: An Evaluation of Communities That Care
Bolda et al.	2006	Governance and Management Structures for Community Partnerships: Experiences From the Robert Wood Johnson Foundation's Community Partnerships for Older Adults Program
Dhanaraj und Parkhe	2006	Orchestrating innovation networks
Cunningham et al.	2011	Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review
Gausdal et al.	2011	Orchestrating Innovative SME Networks. The Case of „HealthInnovation“
Scheirer	2013	Linking Sustainability Research to Intervention Types

Tab. 2: Übersicht der eingeschlossenen Studien zur Literaturanalyse

erkannt (Dhanaraj/Parkhe 2006: 659–669). Auf diesen Ergebnissen aufbauend haben sich Gausdal und Nilsen auf die Erhaltung von Netzwerken aus kleinen und mittleren Unternehmen konzentriert. Sie bestätigen die Faktoren der Mitgliederrekrutierung, des zukünftigen Nutzen der Aktivitäten, der Notwendigkeit der Mitgliederbeiträge und dem Verbleiben der zur Zielerreichung wichtigen Mitglieder. Weiterhin betonen sie die Entwicklung gemeinsamer Ziele und Visionen sowie eine Zusammenarbeit in mehreren Projekten (Gausdal/Nilsen 2011: 586–600). Cunningham et al. identifizierten in ihrem Literaturreview Faktoren bezüglich der Netzwerkeffektivität und -nachhaltigkeit in Verbindung mit der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit. Insbesondere die Anwesenheit von „Key Playern“, welche als Konnektoren zwischen den verschiedenen Gruppen des Netzwerks fungieren, und somit die Kommunikation und Vertrauen ermöglichen, fördert die Nachhaltigkeit (Cunningham et al. 2012: 239–249). Ob Differenzen in den Nachhaltigkeitsdeterminanten für verschiedene Interventionstypen bestehen, erörterte Scheirer. Für Partnerschaften bzw. Kooperationen ist, neben der Motivation von Mitgliedern, die den Wert der Partnerschaft sehen müssen, die starke und reaktionsfähige Koalitionsführung zentral (Scheirer 2013: e73–e80). Bolda et al. dagegen untersuchten in den USA vier geförderte Community Partnerships mit dem Ziel der Verbesserung der Langzeitpflege, wobei sie nach erst 2 Jahren Förderung lediglich einen Zwischenstand erstellen bzw. eine vorhersagende Perspektive einnehmen konnten. Bisher sehen sie die Zentralität bzw. Institutionalisierung einer Partnerschaft in der Gesellschaft, die Etablierung angemessener Governance- und Managementstrukturen sowie eine effektive Kommunikation von Daten für

Sichtbarkeit und Zentralität als die wichtigsten Faktoren an (Bolda et al. 2006: 391–397). Gomez et al. interviewten Beteiligte aus 20 Versorgungsgemeinschaften in Pennsylvania während und nach Auslaufen der finanziellen Hilfe dahingehend, inwiefern Nachhaltigkeit generiert werden konnte und deuten die Kenntnis des Phasenmodells „Communities That Care“ von „Key Leaders“ als wichtigen Faktor an. Außerdem fassen die Autoren unter dem Faktor der internen Funktionsfähigkeit die Mitgliedermotivation, effektive Kommunikation, Unterstützung, hohe Kohäsion, Aufgabenorientierung und eine hohe Performance zusammen (Gomez et al. 2005: 199–202).

Die neun Studien im Kontext der Gesundheitsprogramme befinden sich bereits auf einem höheren Niveau als die Publikationen des ersten Forschungsstranges, da die Forschung hier weiter voran geschritten ist. Es handelt sich vorwiegend um Reviews der bislang veröffentlichten Literatur gepaart mit Ergebnissen aus qualitativen Untersuchungen, welche wiederum aufeinander aufbauen bzw. zusammen entwickelt wurden.

Shediac-Rizkallah und Bone erstellten in einer der ersten und damit einflussreichsten Untersuchungen ein konzeptuelles Framework zur Nachhaltigkeit von öffentlichen Gesundheitsprogrammen (Shediac-Rizkallah/Bone 1998: 87–108). Sie fassen die Faktoren in den drei Kategorien Programmdesign/-implementierung, Organisationsumfeld und der weiteren Umwelt zusammen, welche die Grundlage weiterer Forschungsbeiträge anderer Autoren bilden (Adams et al. 2011: 359–392; Sibthorpe et al. 2005: S77–S80; Savaya et al. 2008: 478–493; Edwards et al. 2007: 37–47; Scheirer/Dearing 2011: 2059–2067; Wiltsey Stirman et al. 2012: 1–19). Sibthorpe et al. untersuchten die Nachhaltigkeit in sechs verschiedenen Be-

reichen: politisch, institutionell, finanziell, ökonomisch und in Bezug auf Patienten sowie des Personals. Ihren Schlussfolgerungen nach sind soziale Beziehungen, Netzwerke und Champions von hoher Bedeutung sowie der Effekt der politischen, finanziellen und gesellschaftlichen Kräfte und die Agentenmotivation und -fähigkeit zu beachten (Sibthorpe et al. 2005: S77-S80). Edwards et al. analysierten Projekte mit Fokus auf Qualität und Patientensicherheit in den USA und konstatierten in ihrem Framework die Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen, quantitative und qualitative Anreize, inkrementelle Partizipationsmöglichkeiten und die Integration in die Organisationen als relevante Faktoren (Edwards et al. 2007: 37–47). Savaya et al. legen die Kategorien von Shediach-Rizkallah und Bone zu Grunde und heben die Bedeutung der Organisationsführung hervor, weisen aber gleichzeitig auf die bisher wenig beachteten wettbewerblichen Aspekte und weitere externe Faktoren hin (Savaya et al. 2008: 478–493). Gruen et al. entwickelten in ihrem systematischen Review ein praktisches Framework, indem sie ebenfalls die Kategorien von Shediach-Rizkallah bestätigten und die Relevanz des Verständnisses der dynamischen und komplexen Wechselbeziehungen zwischen den Komponenten hervorheben (Gruen et al. 2008: 1579–1589). Scheirer und Dearing stellten in ihrer Forschungsagenda von öffentlichen Gesundheitsprogrammen, neben den drei übergeordneten Kategorien von Shediach-Rizkallah und Bone, die Finanzierung als Schlüsselfaktor und eine stärkere Betonung des sozialen, politischen und finanziellen Kontexts heraus (Scheirer/Dearing 2011: 2059–2067). Wiltsey-Stirman et al. fanden in ihrem umfassenden Review über 125 Studien ähnliches heraus. Sie strukturieren die Ergebnisse allerdings in die vier übergeordneten Bereiche Innovationseigenschaften, Organisationsum-

feld, Nachhaltigkeitsressourcen und Prozesse (Wiltsey Stirman et al. 2012: 1–19).

Schell et al. fassen die Faktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Gesundheitsprogramme erstmals neuartig zusammen. Sie identifizierten die neun Kernbereiche: politische Unterstützung, finanzielle Stabilität, Partnerschaften, organisatorische Fähigkeiten, Programmanpassung, Programmevaluation, Kommunikation, Einfluss auf die öffentliche Gesundheit und eine strategische Planung (Schell et al. 2013: 15). Luke und Kollegen haben mit dem „Program Sustainability Assessment Tool“ (PSAT) kein weiteres Framework entwickelt, sondern ein neues und zuverlässiges Instrument zur Bewertung der Fähigkeit zur Nachhaltigkeit von Programmen insbesondere im Gesundheitswesen. Im Gegensatz zu Schell et al. schließen sie den Einfluss auf die öffentliche Gesundheit aus und ermitteln, verteilt auf acht Kategorien insgesamt 40 Einflussgrößen (Luke et al. 2014: E12).

Literaturbasiertes Framework zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke

Die Ergebnisse der analysierten Literatur wurden in Tabelle 3 zu einem vorläufigen Framework zusammengeführt. Die Resultate aus beiden Forschungssträngen deuten bereits eine starke Ähnlichkeit hin. Es werden jeweils Netzwerke betrachtet, die der gleichen Wertschöpfungskette zugehörig sind – der (regionalen) Gesundheitswirtschaft. Dadurch werden ähnliche Rahmenbedingungen wie z.B. die Akteursstrukturen oder die Gewinnerzielungsabsichten berücksichtigt.

Die Aspekte des Netzwerkmanagements bzw. von den Netzwerk-

Vorläufiges Modell der Erfolgsfaktoren innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen		
Nachhaltigkeitsfaktor	Beschreibung	
Interne Funktionsfähigkeit	Netzwerkmanagement/-governance	<ul style="list-style-type: none"> • dem Umfeld angemessene Strukturen • Flexibilität/Offenheit • Partnerschaftszusammenstellung, Kommunikation, Management von Konflikten • strategische Positionierung • „Champion“/„Galionsfigur“
	Motivation und Bindung der Netzwerkpartner	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative und quantitative Anreize (zukünftiger Nutzen, Prestige etc.) • positives Feedback/Anerkennung von Beiträgen • effektive Kommunikation • Art der Netzwerkestehung
	Netzwerkkohäsion und Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Ziele und Visionen • Einbindung der Mitglieder in Entscheidungsfindungen • Multiplexität • Verstärkung der Beziehungen durch zentrale Netzwerk-/Schlüsselakteure
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer der initialen Förderung • strategische Planung • Stabilität, Variabilität und Quantität der Finanzierungsquellen • Fähigkeit, neue Finanzierungsquellen zu generieren 	
Sichtbarkeit des Netzwerks	<ul style="list-style-type: none"> • starke Präsenz, Bekanntheit in der Region, positive Reputation • effektive Kommunikation von Ergebnissen nach „außen“ 	
Politische/gesellschaftliche/ ökonomische/ wettbewerbliche Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Einpassen in das bestehende System/die Umwelt • Akzeptanz und Unterstützung durch Politik und Stakeholder • Wettbewerbsaspekte 	
Anpassungsfähigkeit des Netzwerks	<ul style="list-style-type: none"> • starke und reaktionsfähige Koalitionsführung • Management von Veränderungen und Kapazität sich anzupassen • Rekrutierung neuer Mitglieder 	

Tab. 3: Vorläufiges theoriegeleitetes Modell der Erfolgsfaktoren innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen

Literatur

- Adams, R./Tranfield, D./Denyer, D. (2011): A taxonomy of innovation: Configurations of attributes in healthcare innovations. In: *International Journal of Innovation Management* 2011, 15, 02: 359–392.
- Akrich, M./Callon, M./Latour, B./Monaghan, A. (2002): The key to success in innovation part I: The art of interessement. In: *International Journal of Innovation Management* 2002, 6, 2: 187–206.
- Amelung, V./Sydow, J./Windeler, A. (Hrsg.) (2009): *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelung, V./Wolf, S. (2011): Gesundheitssystem im Umbruch. In: *Der Urologe* 2011, 50, 12: 1566–1572.
- BMBF (2016): Mit Gesundheitsregionen Innovationspotentiale heben. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4884.php> (2/23/2016).
- Bolda, E. J./Saucier, P./Maddox, G. L./Wetle, T./Lowe, J. I. (2006): Governance and management structures for community partnerships. experiences from the Robert Wood Johnson Foundation's Community Partnerships for Older Adults Program. In: *The Gerontologist* 2006, 46, 3: 391–397.
- Buhl, C. (2010): Nachhaltigkeit von Netzwerken zwischen Theorie und Praxis. In: 13–31.
- Buhl, C./Meier zu Köcker, G. (2012): Nachhaltigkeit von Netzwerken im Kontext der zukünftigen Förderung. In: Koschatzky, K./Stahlecker, T. (Hrsg.): *Clusterpolitik quo vadis?*: 97–118.
- Cunningham, F. C./Ranmuthugala, G./Plumb, J./Georgiou, A./Westbrook, J. I./Braithwaite, J. (2012): Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. In: *BMJ quality & safety* 2012, 21, 3: 239–249.
- Deutsches Cochrane-Zentrum u.a. (2013): *Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien*. http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/20130517_Manual_Literaturrecherche_Final-1.pdf (8/20/2015).
- Dhanaraj, C./Parkhe, A. (2006): Orchestrating innovation networks. In: *Academy of management review* 2006, 31, 3: 659–669.
- Duschek, S. (2002): *Innovation in Netzwerken. Renten-Relationen-Regeln*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Edwards, J. C./Feldman, P. H./Sangl, J./Polakoff, D./Stern, G./Casey, D. (2007): Sustainability of partnership projects: a conceptual framework and checklist. In: *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007, 33, 12: 37–47.
- Gausdal, A. H./Nilsen, E. R. (2011): Orchestrating Innovative SME Networks. The Case of "HealthInnovation". In: *Journal of the Knowledge Economy* 2011, 2, 4: 586–600.
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gomez, B. J./Greenberg, M. T./Feinberg, M. E. (2005): Sustainability of community coalitions: an evaluation of communities that care. In: *Prevention science the official journal of the Society for Prevention Research* 2005, 6, 3: 199–202.
- Greulich, A./Berchtold, P. (2002): *Disease Management: Patient und Prozess im Mittelpunkt*. Heidelberg: Hüthig.
- Gruen, R. L./Elliott, J. H./Nolan, M. L./Lawton, P. D./Parkhill, A./McLaren, C. J./Lavis, J. N. (2008): Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. In: *The Lancet* 2008, 372, 9649: 1579–1589.
- Higgins, J./Green, S. (2011): *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. www.cochrane-handbook.org.
- Ilinca, S./Hamer, S./Botje, D./Espin, J./Veloso Mendes, R./Müller, J./van Wijngaarden, J./Vinot, D./Plochg, T. (2012): All You need to know about innovation in healthcare: The best 10 reads. In: *International Journal of Healthcare Management* 2012, 5, 4: 193–202.
- Lauerer, M./Emmert, M./Schöffski, O. (2013): Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich -Ein systematischer Review. In: *Das Gesundheitswesen* 2013, 75, 8-9: 483–491.
- Luke, D. A./Calhoun, A./Robichaux, C. B./Elliott, M. B./Moreland-Russell, S. (2014): The Program Sustainability Assessment Tool: A New Instrument for Public Health Programs. *Preventing Chronic Disease*. In: *Prev Chronic Dis* 2014, 11: E12.
- Manouguian, M.-S./Stöver, J./Verheyen, F./Vöpel, H. (2010): Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich. In: *HWWI Policy* 2010, 55.
- Mühlbacher, A. (2002): *Integrierte Versorgung. Management und Organisation: eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung*. Bern: Huber.
- Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (2015): *Gesundheitswirtschaft im Aufbruch*. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/> (12/21/2015).
- Omachonu, V. K./Einspruch, N. G. (2010): Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. In: *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 2010, 15, 1: 1–20.
- Savaya, R./Spiro, S./Elran-Barak, R. (2008): Sustainability of social programs a comparative case study analysis. In: *American Journal of Evaluation* 2008, 29, 4: 478–493.
- Scheirer, M. A. (2005): Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. In: *American Journal of Evaluation* 2005, 26, 3: 320–347.
- Scheirer, M. A. (2013): Linking sustainability research to intervention types. In: *American journal of public health* 2013, 103, 4: e73–e80.
- Scheirer, M. A./Dearing, J. W. (2011): An agenda for research on the sustainability of public health programs. In: *American journal of public health* 2011, 101, 11: 2059–2067.
- Schell, S. F./Luke, D. A./Schooley, M. W./Elliott, M. B./Herbers, S. H./Mueller, N. B./Bunger, A. C. (2013): Public health program capacity for sustainability: a new framework. In: *Implementation Science* 2013, 8, 1: 15.
- Shediak-Rizkallah, M. C./Bone, L. R. (1998): Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. In: *Health education research* 1998, 13, 1: 87–108.
- Sibthorpe, B. M./Glasgow, N. J./Wells, R. W. (2005): Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation. In: *Medical Journal of Australia* 2005, 183, 10: S77–S80.
- Stüve, M. (2009): Grundversorgung: Perspektiven von Einzelakteuren und Integrierter Versorgung. In: Aisenbrey, A./Nickl-Weller, C./Rämmler, B./Fernández de Santos, V. (Hrsg.): *Health Care der Zukunft* 2: 51–60.
- Varkey, P./Horne, A./Bennet, K. E. (2008): Innovation in health care: a primer. In: *American Journal of Medical Quality* 2008, 23, 5: 382–388.
- Wasserman, S./Faust, K. (1994): *Social network analysis. Methods and applications*. Cambridge: Cambridge university press.
- Wenger, E./McDermott, R. A./Snyder, W. (2002): *Cultivating communities of practice. A guide to managing knowledge*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Wiltsey Stirman, S./Kimberly, J./Cook, N./Calloway, A./Castro, F./Charns, M. (2012): The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. In: *Implementation Science*, 7, 17: 1–19.

mitgliedern lassen sich in der internen Funktionsfähigkeit zusammenfassen. Das Management wirkt wegen seiner zentralen Rolle auf weitere Faktoren ein und benötigt eine gewisse Flexibilität und Offenheit, da Innovationen insbesondere Stärke und Reaktionsfähigkeit erfordern. „Program Champions“ bzw. „Galionsfiguren“ leisten hier wertvolle Arbeit, da sie als Fürsprecher die Idee verkörpern und Einflüsse weiterer Faktoren somit intern und extern verstärken. Eine dauerhafte Integration der Netzwerkpartner hat ebenso eine positive Wirkung. Hierfür sollten diese den Wert bzw. den Nutzen des Netzwerks für sich erkennen, um auch eine langfristige Motivation zu garantieren, welche von vorneherein gegeben ist, wenn das Netzwerk aus der Gemeinschaft heraus entstanden ist. Quantitative und qualitative Anreize sowie deren effektive Kommunikation leisten weiterhin einen positiven Beitrag. Außerdem leben die Netzwerke von der Kohäsion und Partizipation der Mitglieder, welche von den Managern gefördert werden kann.

Einer der wichtigsten Punkte zur Erhöhung der Nachhaltigkeit ist der Faktor der Finanzierung. Diese sollte gut geplant werden und verschiedene alternative Finanzierungsquellen berücksichtigen, um eine gewisse Stabilität zu gewährleisten. Eine geschickte Kombination der Innen- und Außenfinanzierung sorgt für Nachhaltigkeit. Auch die initiale Dauer der Förderung kann einen positiven Einfluss haben. Eine effektive Kommunikation, die einerseits die interne Funktionsfähigkeit beeinflusst, wirkt sich andererseits auch auf die Sichtbarkeit des Netzwerkes für die Öffentlichkeit aus. Die Reputation und der Bekanntheitsgrad des Netzwerkes unterstützen wiederum die Determinanten der Finanzierungsmöglichkeiten und die Motivation der Netzpartner. Mit der Sichtbarkeit in Interaktion stehen auch die Faktoren der Umwelt. Die Unterstützung der Politik, Finanzgeber und Gesellschaft können große Auswirkungen auf das Überleben der Netzwerke haben. Diese fordern wiederum eine Anpassung an lokale Gegebenheiten bzw. die inhaltliche Orientierung an für sie relevante Themengebiete. Dieser Punkt muss mit einem reaktionsfähigen Netzmanagement gemeistert werden, ebenso wie das Verhalten in einem wettbewerbsstarken Umfeld. Konkurrenz, z. B. um Fördergelder oder relevante Partner, erhöhen generell die Schwierigkeit das Netzwerk dauerhaft bestehen zu lassen. Durch die Rekrutierung neuer Mitglieder bleibt außerdem die Innovationsfähigkeit bestehen.

Diskussion und Ausblick

Die Studie hat basierend auf einer umfassenden Literaturanalyse gezeigt, dass die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen multifaktoriell geprägt ist und Faktoren aus verschiedenen Bereichen die Nachhaltigkeit von innovativen Netzwerken im Gesundheitswesen beeinflussen.

Die Literaturanalyse hat acht Faktoren für ein erfolgreiches Management nachhaltiger Kooperationen identifiziert. So sollte ein Netzwerk nicht nur intern mit dem Management und den Partnern bzw. Mitgliedern funktionieren, es müssen auch externe Faktoren beachtet werden. Die Umwelt sollte das Netzwerk wahrnehmen und dieses sollte wiederum auf die externen, mittelbar Beteiligten, reagieren können. Die finanzielle Sicherheit ermöglicht ein Konzentrieren auf das eigentliche Ziel des Netzwerks.

Ausgehend von der systematischen Literaturanalyse wurde deutlich, dass das Forschungsfeld noch sehr jung ist und Ergebnisse aus anderen Gesundheitssystemen und verwandten Kooperationsformen übertragen werden müssen. Das vorläufige, theoriegeleitete Modell

bildet jedoch nur den Abschluss des ersten Teils dieser Studie.

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird das bisherige Modell im zweiten Teil mittels Experteninterviews empirisch modifiziert und das abschließende Framework zu den Faktoren der Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen vorgestellt.

Als Limitation der Studie können mögliche interpretative Ergebnisverzerrungen durch die Autoren der Reviews genannt werden. Die Übertragung der Ergebnisse aus Untersuchungen anderer Gesundheitssysteme und verwandten Kooperationsformen schränken die Aussagekraft und Vollständigkeit der extrahierten Faktoren zumindest partiell ein.

Um dem zu begegnen, werden die Nachhaltigkeitsfaktoren anschließend in einem zweiten Teil qualitativ untersucht. Dadurch sollen die Erkenntnisse aus der Literatur mit Erfahrungen aus der Praxis in Deutschland verglichen und zusammengeführt werden um Netzwerkmanagern zukünftig eine Orientierung zur nachhaltigen Gestaltung ihrer Netzwerke zu geben. <<

Sustainability of innovative networks in healthcare: A literature-based framework of influencing factors

Objective: In the German healthcare sector a stronger networking is required frequently. Such health innovations are promoted with millions of euros but many networks can not sustain after end of funding. Aim of this study is to identify factors influencing sustainability of innovative networks in healthcare and aggregate into a framework.

Methods: In a two-step-approach first a systematic literature search was conducted and factors of sustainability identified. Based on these results the theoretical model will be empirically validated by means of expert interviews.

Results: 15 identified publications point out eight factors, which influence sustainability. The internal functionality subsumes the network management, the motivation and relations of partners as well as the cohesion and participation. Furthermore funding, visibility, environmental factors and adaptability determine sustainability.

Conclusion: Sustainability of innovative networks is a multifactorial phenomenon. Results from literature concludes a preliminary framework at the end of the first part of this study. e.

Keywords

innovation, network, sustainability, success factors, framework, literature research

Autorenerklärung

Die vorliegende Studie wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ 01KQ1101A (Fraunhofer ISI), 01KQ1101B (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) durchgeführt.

Die Autoren erklären, dass sie an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet haben. Die Studie erfolgte ohne finanzielle Unterstützung Dritter.

Katharina Gudd, M.Sc.

ist seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und Mitarbeiterin im BMBF-Projekt „Begleitforschung Gesundheitsregionen der Zukunft“. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung in der Geriatrie. Sie ist zudem Studiengangskoordinatorin für den Master in Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie an der FAU. Kontakt: katharina.gudd@fau.de



Daniela Nitschke, M.Sc.

absolvierte nach ihrem Bachelorstudium in International Business Studies zwischen 2012 und 2014 den Master in Management mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Heute arbeitet sie als Assistenz der Leiterin Personal und des Leiters Finanzen/Controlling bei einem großen deutschen Verkehrsunternehmen.

Kontakt: elanitschke@aol.com



Regina Pfeffermann, B.A.

studiert seit 2014 den Master in Management mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und ist Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement. Ihr Interessenschwerpunkt liegt im Bereich des Controllings im Gesundheitswesen, im Besonderen im stationären Bereich.

Kontakt: regina.pfeffermann@fau.de



Dr. Tanja Bratan, PhD, M.Sc.

ist seit 2010 als Wissenschaftlerin am Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung (ISI) beschäftigt und leitet seit 2013 das Geschäftsfeld Innovationen im Gesundheitswesen in Karlsruhe. Sie ist stellvertretende Gesamtprojektleiterin des Projekts „Begleitforschung Gesundheitsregionen der Zukunft“ am Fraunhofer ISI.

Kontakt: tanja.bratan@isi.fraunhofer.de



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

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

Kontakt: oliver.schoeffski@fau.de



„KBV-Kontrovers“: Medikationsplan und Co.

Die Standpunkte unterschieden sich kaum

Seit dem 1. Oktober 2016 haben Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt (SGB V, § 31). Zu diesem Thema fand Anfang Juli in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine „KBV-Kontrovers“-Veranstaltung statt. Moderiert durch Philipp Neumann von der Funke Mediengruppe diskutierten Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender der KBV, und Friedemann Schmidt, ABDA-Präsident, unter der Überschrift „Medikationsplan und Co“ die Frage „Was bringt das E-Health-Gesetz?“

>> Obwohl Patienten auch schon vor dem 1. Oktober 2016 Medikationspläne erhalten haben, hat die neue gesetzliche Regelung eine Diskussion über die praktische Umsetzung ausgelöst, bei der es vorrangig um die Kompetenzen und die Rechte von Ärzten und Apothekern geht, aber auch um Honorarforderungen – doch: kaum um die Patienten selbst.

Laut Ankündigung sollte die „KBV-Kontrovers“-Veranstaltung ein moderiertes Streitgespräch werden. Das kam aber nur ansatzweise zustande, da sich beide Seiten in ihren Standpunkten kaum unterschieden. Hier zeigte offenbar das Ringen um gemeinsame Positionen bei der Begleitung des „ARMIN“-Projektes seit 2011 einen deutlichen Effekt. Einig war man sich denn auch in der gemeinsamen Kritik am Gesetzgeber, der statt der vorgeschlagenen fünf Medikamente als Untergrenze für den Anspruch des Versicherten auf einen Medikationsplan nun doch drei Medikamente fordert, was den Kreis der Anspruchsberechtigten auf circa 50 Prozent erhöht.

Auch die Forderung, dass für diese Zusatzleistung von Ärzten und Apothekern ein entsprechendes Zusatzhonorar fließen müsse, wurde gemeinsam getragen. Dass in diesem Zusammenhang auch eine Beitragserhöhung für die Versicherten in Betracht gezogen wird, ist allerdings ein Vorschlag, der weder bei den Betroffenen noch bei Krankenkassen und Gesetzgeber auf Verständnis stoßen dürfte. Denn letztlich gehört es zu den grundlegenden Aufgaben von Ärzten und Apothekern für ihre Patienten eine sichere und wirksame Arzneimitteltherapie zu gewährleisten.

In der individuellen Arzneimitteltherapie können sich immer wieder Situationen ergeben, die zu arzneimittelbezogenen Problemen führen können. Diese Probleme zu erkennen, ist im Alltagsgeschehen nicht einfach und erfordert eine Unterstützung durch geeignete Software, aber auch eine enge Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker über geordnete elektronische Kommunikationswege. Konsens gab es darum auch bei der Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Papier-Lösung für den Medikationsplan. Das könne nur eine Übergangslösung sein, da

sowohl in den Praxen als auch in den Apotheken eine Übertragung in den Computer erfolgen müsste, wenn man einen Medikations-Check, d.h. die Überprüfung auf Wechselwirkungen, Adhärenz und etwaige Therapieabbrüche, anschließen wolle.

In diesem Zusammenhang wurde auch über die Vollständigkeit der Medikationspläne gesprochen; denn einzelne Patienten möchten bestimmte Arzneimittel nicht aufgelistet sehen und haben im Rahmen ihrer informationellen Selbstbestimmung auch das Recht zu einer solchen Entscheidung. Vorenthaltene Informationen stehen aber für eine fachliche Beratung nicht zur Verfügung. Vor allem die Ärzte lehnen deshalb eine damit verbundene Haftung ausdrücklich ab.

Diesen Zusammenhang müsse man daher auch den Patienten deutlich machen, indem Überzeugungsarbeit bezüglich der Nutzeffekte des Medikationsplans und des Medikationsma-

agements zu leisten sei, doch diese fehle im Alltag oft.

Als Paradoxon kann es bezeichnet werden, dass beide Seiten betonten, dass die Krankenkassen bei einem guten Medikationsmanagement mit Medikationsplan „unterm Strich“ Kosten sparen könnten, forderten aber gleichzeitig, dass man auch über höhere Beiträge reden müsse. Hier ist offenbar auch die Wissenschaft gefordert, die noch durch entsprechende Studien Belege für den Nutzen eines Medikationsmanagements erbringen müsste. Dazu könnte auch die Auswertung des ARMIN-Projektes beitragen.

Festzuhalten bleibt, dass wohl die Eingangsfrage etwas zu komplex war, um sie wie geplant in einer Stunde abschließend zu beantworten. So kamen dann auch nur wenig Fragesteller aus dem Publikum zu Wort. <<

von:
Rudolf Bals und
Prof. Dr. Marion Schaefer

Statement

Enge Kooperation immer wichtiger

Das Gesundheitswesen gehört bekanntermaßen zu den am stärksten regulierten Bereichen unserer Gesellschaft. Davon sind indirekt auch die Patienten, vor allem die älteren unter ihnen betroffen, der sich die AG 65+ in besondere Maße verpflichtet fühlt.

>> Die Gründe für die relativ strikte Regulierung sind vielfältig:

- Ärzte und Apotheker sind in ihrer Tätigkeit, wenn auch in unterschiedlicher Weise, mit dem wichtigsten Kriterium des menschlichen Lebens verbunden, nämlich der Gesundheit und damit dessen Qualität und Dauer.
- Die Geschwindigkeit des medizinischen und pharmazeutischen Wissenszuwachses ist enorm und stellt hohe Anforderungen an die Aufbereitung und praktische Umsetzung neuer Erkenntnisse. Die Translation als das dazugehörige Stichwort ist dabei, sich zu einem eigenen Forschungs- und Handlungsgebiet zu entwickeln.
- Das Ideal einer ganzheitlichen und gleichzeitig personalisierten Betreuung von Patienten ist bei der voranschreitenden Differenzierung und Sektoreierung von Betreuungsleistungen mit den heute verfügbaren Möglichkeiten der Dokumentation

und Kommunikation oft nicht mehr effizient genug.

- Andererseits stoßen nahezu täglich neu präsentierten IT-Lösungen, die häufig nicht nur von medizinischem oder pharmazeutischem Sachverstand oder fachlichen Intentionen getrieben sind, oft auf massive Ablehnung – manchmal berechtigt manchmal nicht.
- Darüber hinaus sind es mitunter auch wirtschaftliche Zwänge oder Ängste, die den einen oder anderen zu Lösungsstrategien verleiten, die dann im Ergebnis einen erneuten regulativen Eingriff provozieren.

Paradoxe Weise wird die Überregulierung des Gesundheitssektors auch dadurch weiter forciert, dass bei den nahezu zwangsläufig auftretenden berufspolitischen Interessenskonflikten von allen Seiten – aber meistens getrennt – nach gesetz-

Kommentar

Liebe Leser,

es tut sich was in Sachen Medikationsmanagement mit Medikationsplan: Seit dem 1. Oktober haben zahlreiche Versicherte der GKV Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das kommt den von der Arbeitsgemeinschaft GESUNDHEIT 65 PLUS entworfenen 10 Forderungen zum Medikationsmanagement schon recht nahe.

Doch von der Novellierung eines Gesetzes bis zu seiner Umsetzung ist es oft ein langer Weg. Das zeigte u.a. eine „KBV-Kontrovers“-Veranstaltung der KV, über die wir hier berichten.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Rudolf Bals



Rudolf Bals
65 PLUS

schon mit zwei überfordert sind. Sofern der Patient ihn nicht ausdrücklich verlangt, sollten Ärzte deshalb für eine bestimmte Übergangszeit im Einzelfall entscheiden können, ob sie ihren Patienten einen Medikationsplan ausstellen. Den Apothekern sollte die Möglichkeit gegeben werden, ihre Ergänzungen der Selbstmedikation und Hinweise zur Optimierung der individuellen Therapie bei der unmittelbaren Anwendung von Arzneimitteln in strukturierter Weise einzubringen.

Fazit

Wir leben sowohl funktionell als auch strukturell in einer aufregenden Zeit eines in dieser Intensität und Geschwindigkeit noch nie dagewesenen Wandels. Dieser Wandlungs- und Entwicklungsprozess ist in erster Linie durch die Informationstechnologie getrieben, die ständig neue Fakten schafft und so Anpassungsprozesse anstößt. Denn auch das Wissen ist heute global geworden. Medizinischer und pharmazeutischer Sachverstand muss deshalb noch stärker in die IT-Entwicklung einfließen, und nicht zuletzt aus der Sicht des Patienten gedacht und beurteilt werden.

Gesellschaftliche Wandlungsprozesse schaffen stetig neues Konfliktpotenzial, das beides sein kann: zerstörerisch oder konstruktiv und zukunftsweisend. Bei den dadurch ausgelösten Diskussionen sind vermutlich berufspolitische Konflikte unvermeidbar. Sie sollten aber nicht gegeneinander ausgefochten werden, sondern sich auf die Suche nach dem kleinsten gemeinsamen Nenner konzentrieren, auch dies unter Einbeziehung aller Beteiligten mit einem Fokus auf das Patientenwohl.

Diesen Entwicklungsprozess in seiner Ganzheit und Komplexität zu analysieren, zu beschreiben und schließlich zu gestalten, dürfte zu den größten Herausforderungen der Zukunft im Gesundheitsbereich gehören.

Vielleicht sollte man deshalb nicht nur einen „Pharmadialog“ führen sondern auch einen Arzt-Apotheker-Dialog, am besten unter direkter Einbeziehung der Patienten. <<

von: Prof. Dr. Marion Schaefer

licher Regelung gerufen wird – die man anschließend beklagt und bekämpft.

Dabei ist es nach wie vor der gemeinsame Patient, um den sich sowohl die Ärzte als auch die Apotheker mit ihrem jeweiligen berufsspezifischen Beitrag bemühen. Die Patienten, die bekanntlich immer älter werden und damit auch länger bei meist eingeschränkter Gesundheit leben, wünschen sich übrigens, dass „ihr Arzt“ und „ihr Apotheker“ sich möglichst gut miteinander verstehen. Ist das nicht der Fall, schafft das auch für sie zusätzliche und aus ihrer Sicht unnötige, aber belastenden Konflikte.

Man muss sich deshalb auch immer wieder fragen, ob unter den gegenwärtigen Bedingungen die derzeitigen Strukturen der gesundheitlichen Betreuung, aber auch die Berufsbilder noch zeitgemäß sind, auch wenn solche Fragen regelmäßig Sprengstoff für hitzig geführte Diskussionen bieten. Sie bedürfen aber einer ständigen begleitenden ethischen Abwägung wie sie der Deutsche Ethikrat nur punktuell vornehmen kann. Sie zu beantworten ist jedoch auch mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitsbereich unerlässlich.

Zunehmende Digitalisierung des Gesundheitsbereiches

Folgt man den Skeptikern, dann geht die Digitalisierung der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung und das damit eng verbundene evidenzbasierte Denken und Handeln mit einem Autonomieverlust der Ärzte und Apotheker einher. Diese Gefahr ist tatsächlich gegeben, und zwar vor allem dann, wenn man dieser Entwicklung einfach ihren Lauf lässt statt wenigstens den Versuch zu unternehmen sie mitzugestalten, wenn nicht gar zu prägen.

Eng mit dem Prozess der Digitalisierung verbunden ist das Schlagwort von Big Data. Hier sieht auch das Bundesgesundheitsministerium „strategische Potenziale“, vor allem in der personalisierten Medizin, der Versorgungsforschung bzw. eher der Versorgungssteuerung sowie der Vorhersage von Pandemien. Letzteres zielt aber eher auf die Auswertung der Kommunikationsströme in sozialen Medien – ein weiteres Feld vielfältiger Auseinandersetzung und kontroverser Vorstellungen.

Auch die Vielzahl von Gesundheits-Apps, die inzwischen auf dem Markt angeboten werden schaffen neue Bedingungen für das Verhältnis und die Kommunikation zwischen Arzt, Apotheker und Patient. Die geeigneten Lösungen unter ihnen stoßen aber ebenso an eine Hürde wie innovative IT-Lösungen für die gesundheitliche Betreuung, nämlich die Erstattung der damit erbrachten Leistungen durch die Krankenkassen. Das ist in gewisser Weise

auch gut so, andererseits kann und sollte man sich echten Fortschritten, die den Patienten nutzen, d.h. „deren Leben, aber möglichst auch das der betreuenden Heilberufler einfacher machen, nicht verschließen.

Im Moment trifft man aber vielmehr auf ein sehr kleinteiliges und meist von den eigenen Interessen getriebenes Denken. Wir brauchen aber Standards für den elektronischen Umgang miteinander, der sich sowohl auf die IT-Technik als Strukturelement, aber vor allem auf die Anwendungen und die damit verbundenen Prozesse und die ethisch begründeten Ziele, d.h. die Therapieergebnisse bezieht. Denn mit Blick auf die Big Data Diskussion bislang gibt es wenig Transparenz darüber, welche Algorithmen zum Einsatz kommen sollen um die anfallenden Massendaten in strukturierter Weise sinnvoll aufzubereiten. Sinnvoll in diesem Zusammenhang aber kann nur sein, was im Ergebnis sowohl den Patienten, aber auch den sie betreuenden Heilberuflern nutzt. Bislang drängt sich in öffentlichen Diskussionen zu diesem Thema eher der Eindruck auf, dass darüber auch inhaltlich weit gehende Unklarheit herrscht. Auch dies wäre ein Themenfeld, in das sich Ärzte und Apotheker mit ihren spezifischen Kompetenzen gemeinsam einbringen könnten und sollten.

Wachsende Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit

Auch die Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit werden zunehmen und müssen gemeinsam von Ärzten, Apothekern und allen anderen beteiligten Heilberuflern erfüllt werden. Dazu hat sich inzwischen auch die Politik bekannt und mit dem e-Health-Gesetz erste detaillierte Festlegungen getroffen. Ob Patienten Anspruch auf einen Medikationsplan tatsächlich schon ab drei oder doch besser erst ab fünf verordneten Arzneimitteln haben sollten, hat erwartungsgemäß Kontroversen ausgelöst, die sich vornehmlich auf die formale Umsetzung und die rechtlichen wie finanziellen Rahmenbedingungen konzentrierten. Dabei wird völlig außer Acht gelassen, dass Patienten von ihren Ärzten auch früher schon oft einen Medikationsplan in schriftlicher Form erhalten haben, allerdings nicht auf dem jetzt vorgeschriebenem Formular. Denn unzureichend gelöste Probleme bei den individuellen Patienten gibt es zur Genüge, und die computertechnischen Hilfsmittel bzw. die Software um Risiken zu erkennen und zu vermeiden stehen im Prinzip zur Verfügung. Man kann aber nicht alle denkbaren individuellen Arzneimittelprobleme der Patienten rechtlich oder mit Hilfe des Computers regeln. Es wird Patienten geben, die mit ihren sieben oder acht Arzneimitteln auch ohne „neuen“ Medikationsplan zu Recht kommen und solche, die



Wir wachsen mit besseren Therapien.

Ziel von Boehringer Ingelheim ist es, dem Menschen mit der Entwicklung neuer Therapien zu helfen. Damit hat sich das Familienunternehmen stärker als der Pharmamarkt entwickeln können und die Grundlagen gelegt, dass auch die Aussichten in den kommenden Jahren vielversprechend sind. In die Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente mit therapeutischen Vorteilen - und damit in die Zukunft - investierte Boehringer Ingelheim im vergangenen Jahr rund 2,7 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit mehr als 47.700 Mitarbeiter, davon rund 14.780 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de