

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit
Dr. Andreas Meusch,
Direktor des WINEG:
„Bridging the Gap“

„Frauengesundheit durch präkonzeptionelle Beratung“ (Röbl-Mathieu)
„Voller Erwartung auf das Neue“ (Neugebauer)
„Gesundheitsregionen der Zukunft“ (Gudd)

Editorial

Bridging the Gap

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

4

Redaktion

„Bridging the Gap“

Titelinterview mit Dr. Andreas Meusch, WINEG, Hamburg

6

„Voller Erwartung auf das Neue“

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Dekan der MHB Theodor Fontane

14

Regionale Varianzen bei Meningokokken-Impfung

Versorgungsatlas-Studie zur Grundimmunisierung gegen Meningokokken C

16

Adaptive Zulassung – Lösung für schnellen Zugang?

Neuordnung der Nutzenbewertung von Medizinprodukten

20

Wo Daten für Taten zuhause sind

Serie „Versorgungsforschung made in“: Bremen

22

Warnung vor institutioneller Eigendynamik

Interview mit Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln

26

Die Datenlage ist reichhaltig, aber fragmentiert

Interview mit Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut

28

Zahlen - Daten - Fakten

Atypische Antipsychotika – Mittel der Wahl?

12

Standards

Impressum 2

News 18, 24, 25

WISSENSCHAFT

Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu

33

Prävention der Frauengesundheit durch strukturierte präkonzeptionelle Beratung – Ärztliche Managed Preventionen

Der prä- und interkonzeptionelle Gesundheitszustand der Frau ist eine wichtige Determinante für Fertilität sowie Schwangerschaftsverläufe und -ergebnisse mit ihren kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind sowie transgenerationalen Effekte. Die präkonzeptionelle Gesundheitsoptimierung durch qualifizierte individuelle Beratung mit dem Ziel aktiver Prävention und primärer Intervention ist eine entscheidende Maßnahme zur nachhaltigen Förderung der Frauengesundheit, bei der die vorhandene frauenärztliche Kompetenz systematisch genutzt werden könnte im Sinne eines Gender-spezifischen Disease Prevention Management Programms (DPMP).

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

39

Gesundheitsregionen der Zukunft: Praxiserfahrungen zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen

Im ersten Teil dieser Studie (Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein literaturbasiertes Framework der Einflussfaktoren (siehe MVF 04/16)) wurden, basierend auf einer systematischen Literaturrecherche, Faktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen identifiziert. Das dort entwickelte vorläufige Framework wurde anschließend im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ qualitativ untersucht. Ziel dieser Untersuchung war es, ein Instrument für die gezielt nachhaltige Gestaltung innovativer Gesundheitsnetzwerke zu schaffen.

Ad-hoc-Kommission des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

45

DNVF-Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. fordert in seiner Stellungnahme eine grundlegende Revision des vom Institut für Qualität und Transparenz (IQTIG) am 18.7.2016 vorgelegten Vorberichts „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, der die Grundlage entsprechender Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur „Qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ sein soll.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 29-32

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 54-55

Dieser Ausgabe liegt die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

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 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

Herausgeber
Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de
Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
KölInstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Kerstin Müller
mueller@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
KölInstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für

den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:
KölInstr. 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 urheberrechtlich
geschützt. Mit Annahme des
Manuskripts gehen das Recht zur
Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von
Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur
Herstellung von Sonderdrucken, Foto-
kopien 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

Beiträgen und Informatio-
nen an den Verlag liegt
das jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die
zugesandten Beiträge bzw.
Informationen in Daten-
banken einzustellen, die vom Verlag
oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft
zur Feststellung der Verbreitung von
Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin.
Verbreitete Auflage: 6.535 (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



Univ.-Prof. Dr. Prof. h. c.
Edmund A.M. Neugebauer
Medizinische Hochschule
Brandenburg Theodor Fontane
Neuruppin



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



Prof. Dr. Matthias
Schrappe
Universität zu Köln



Prof. Dr. Stephanie
Stock
Universität zu Köln



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.-Kfm. 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.

Bridging the Gap

MVF-Titelinterview mit Dr. Andreas Meusch, Direktor des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (WINEG)

> S. 6 ff.

„Nach den verdienstvollen Aufbaujahren der Versorgungsforschung in Deutschland geht es nun darum, Forschung, Praxis und Patient möglichst eng zusammen zu bekommen, ...“ Dr. Meusch will bei der TK und mit dem jetzt seit zehn Jahren bestehenden WINEG Forschung und Versorgungspraxis enger zusammenbringen. Hier gibt es viel zu tun, Dr. Meusch spricht über Propensity Scores zur Beurteilung der wirtschaftlichen Wirkung von Selektivverträgen, über ein leider abgelehntes Projekt für den Innovationsfonds zur Ermittlung einer „Null-Linie“ vor der Einführung von DMP, über die zentral wichtige Kommunikation und die Patientenorientierung. Am 16. November 2016 findet zum zehnjährigen Bestehen des WINEG das Symposium: „Herausforderung Qualität: Der Beitrag der Versorgungsforschung“ statt.

Interviews

Prof. Neugebauer ist seit September Dekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane. Wir haben ihn gefragt, was er an der Hochschule/Universität und mit dem Gesundheitscampus Brandenburg erreichen will.

> S. 14 ff.

Prof. Schrappe haben wir als Leiter der Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“ des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung zur Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren befragt. Die Stellungnahme bringen wir ab S. 43.

> S. 26 ff.

Dr. Scheidt-Nave vom Robert Koch-Institut erläutert den Aufbau der Nationalen Diabetes-Surveillance, dessen Ziele und die Herausforderungen.

> S. 28 ff.

Versorgungsatlas-Studie

Eine neue Studie des Versorgungsatlas zeigt eine generell gute Akzeptanz der empfohlenen Impfung gegen Meningokokken, aber signifikante regionale Unterschiede auf der Ebene der Landkreise.

> S. 16 ff.

Versorgungsforschung made in Bremen

Diesmal stellen wir das Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIMUM) mit **Prof. Glaeske** in Bremen vor.

> S. 22 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Röbl-Mathieu stellt ärztliche Managed Prevention am Beispiel der Schwangerschaftsberatung dar. Dabei plädiert sie für ein gender-spezifisches Disease Prevention Management Programm (DPMP) zur nachhaltigen Förderung der Frauengesundheit. Strukturierte Beratung mit dem Ziel aktiver Prävention und primärer Intervention hat einen großen Einfluss auf modifizierbare Risikofaktoren von Frauen.

> S. 33 ff.

Gudd u.a. identifizierten in der vorigen Ausgabe MVF 04/16 ein Framework von Faktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen. Sie überprüfen dieses Framework in diesem Beitrag durch acht Experten-Interviews mit Koordinatoren deutscher Gesundheitsregionen. Ergebnis: Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen ist abhängig von Umweltfaktoren, Finanzierung, Anpassungsfähigkeit, Sichtbarkeit, Kommunikation, Netzwerkmanagement, Relevanz der Zielstellung und interner Funktionsfähigkeit.

> S. 39 ff.

Die **Ad-hoc Kommission des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung** präsentiert die DNVF-Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ und fordert seine grundlegende Revision. Zentrale Kritikpunkte sind zum einen die schlecht gewählten Leistungsbereiche sowie zum anderen das verwendete Konzept der Patientengefährdung.

> S. 45 ff.

Wie immer, interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit gut nutzen können.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski



Daten für eine bessere Arzneimittelversorgung

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

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

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

www.insight-health.de

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



Interview mit Dr. Andreas Meusch, Direktor des WINEG

„Bridging the Gap“

Seit April 2016 ist Dr. Andreas Meusch Direktor des Wissenschaftlichen Instituts für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) sowie Beauftragter des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK) für strategische Fragen des Gesundheitswesens, und damit Nachfolger von Dr. Frank Verheyen, der das WINEG seit 2009 geleitet hat und nun bei der TK strategische Aufgaben der Arzneimittelversorgung im Bereich Versorgungsinnovation übernimmt. Meusch, der mit einer Arbeit über „Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung“ promovierte, nimmt kein Blatt vor den Mund, wenn er das System Krankenkasse/Versorgungsforschung beleuchtet.

>> Sehr geehrter Herr Dr. Meusch, wollen wir uns allen einmal unterstellen, aus bestem Wissen und Gewissen heraus handeln zu wollen: Sind Sie denn absolut sicher, dass Sie sich in ihrer früheren Funktion und heute in ihrer jetzigen immer für das mögliche Optimum – sei es nun ein kurz-, oder besser, ein langfristiges – entschieden haben respektive entscheiden?

Jemand, der im Gesundheitssystem arbeitet, ist in verschiedensten Funktionen ein Entscheidungsträger, genauso wie in anderen Branchen auch. Das Wesen des Managements ist es, dass meist die zeitliche Perspektive des vorhandenen Wissens und die Notwendigkeit der Entscheidung divergieren. Alleine schon darum kann es praktisch nie die „beste“ Entscheidung geben – damit sind Fehler in allem, was man tut und noch so gut meint, nahezu programmiert und einzukalkulieren. Optimal kann die Entscheidung aber durchaus sein, denn „optimal“ meint ja gerade das beste Ergebnis, das unter den gegebenen Umständen zu erreichen ist.

Ein Kassenmanager aus Berlin sagte einmal: „Wir spielen nicht mit Menschenleben.“ Wer in einer Krankenkasse Entscheidungen trifft, ist geprägt davon, dass die von ihm gemanagte Versorgung entscheidende bis ernsthafte Ausflüsse auf die Versicherten seiner Kasse hat.

Da geht es einem Entscheidungsträger in einer Krankenkasse nicht anders als einem Arzt, der auch nach bestem Wissen und Gewissen handelt, ergänzt durch seine viele Jahre dauernde Ausbildung und meist ebenso jahrelange Erfahrung und Weiterbildung. Auch ein Arzt „spielt“ darum nicht mit Menschen, aber muss ebenso wie ein Kassenmanager damit leben, dass seine einmal getroffene Therapieentscheidung oder der von ihm verantwortete Eingriff gegebenenfalls einem Menschen Schaden zufügt. Damit muss man sich auseinandersetzen, damit muss man leben können und wollen. Keine Option ist es allerdings, aus der Angst heraus, nur keinen Fehler machen zu wollen, gar nicht mehr zu entscheiden.

Erschwerden kommt hinzu, dass das Gesundheitswesen ein superkomplexes System ist.

Alle Entscheidungen, die in unserem Gesundheitssystem von der Politik, der Selbstverwaltung oder den Krankenkassen getroffen werden müssen, sind geprägt durch vielfältigste Faktoren – juristische, gesellschaftliche, medizinische, ökonomische, ethische und natürlich auch politische. Ein Entscheidungsträger, der diese Komplexität in einer oft sehr überschaubaren Zeitachse in eine einfache Ja-Nein-Entscheidung transferieren und obendrein mit einem Eurobetrag belegen muss, muss das halt tun – und er tut es ja auch freiwillig.

Da viele mögliche Parameter in der Entscheidungsstruktur einer Kasse eine Rolle spielen, könnte man doch vermuten, dass sich die Kassenmanager in ihrer Entscheidungsnot auf das einfachste und zudem verlässlichste Kriterium zurückziehen: den Eurobetrag unterm Strich. Demnach wäre die oft beklagte Ökonomisierung in unserem Gesundheitssystem einfach nur der Gradmesser der realen Unwissenheit.

Das Risiko besteht durchaus. Trotzdem muss jeder danach streben, zu versuchen, den sicher komplexen Fragestellungen nicht mit den einfachsten Antworten zu begegnen. Denn eine Kasse ist nicht sich selbst, sondern ihren Versicherten verpflichtet, denn Kassen sind die Treuhänder der Versicherten und vor allem der Patienten – so ist jedenfalls das Selbstverständnis der TK. Alleine aufgrund der damit verbundenen Verantwortung muss jeder, der Verantwortung trägt, seine Entscheidungen ausbalancieren und fair austarieren, zwischen dem Wunsch eines Mitglieds, das möglicherweise einen möglichst geringen Beitrag zahlen, und einem Patienten, der die bestmögliche Versorgung haben möchte.

Eine Kasse, die ein innovatives Versorgungsmanagement anbieten möchte, braucht dazu eine möglichst hohe Evidenz, wie jene, die durch die Versorgungsforschung möglich ist. Als das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung sein 10-jähriges Bestehen gefeiert hat, auf dem die bisherige Entwicklung der in Deutschland immer noch recht jungen Forschungsrichtung beleuchtet wurde, kam Ihnen so etwas wie die Rolle des Advocatus Diaboli zu, der dem DNVF doch recht unbequeme Worte mit auf dem Weg in die gemeinsame Zukunft gab. Ihre sehr offenen Worten hat das anwesende Publikum der Versorgungsforscher stark polarisiert, in dem Sie wortwörtlich sagten: „Ich bin in meiner Arbeit oft von der Versorgungsforschung alleine gelassen worden.“

Ich habe das aber auch verbunden mit einem großen Lob für das, was in diesen zehn Jahren geleistet worden ist, nicht nur seitens der universitären oder hochschulischen Versorgungsforscher, sondern auch seitens der Institute, namentlich des WIdO oder auch des WINEG. Dennoch stehe ich zu meiner Grundhaltung: All die in den vielen Jahren entstandenen Studien und Reports sind sicher etwas sehr Verdienstvolles, haben mir aber in meiner Funktion als jemand, der Entscheidungen zu treffen hatte, in ganz speziellen Thematiken nicht sehr viel weitergeholfen. Als ich zum Beispiel verantwortlich war für die Verhandlung mit Krankenhäusern, hat mich so gut wie nichts in meiner Tagesarbeit weitergebracht oder bei der Frage geholfen, welche Aspekte man in der nächsten Verhandlungsrunde anders oder besser bewerten kann. Das liegt sicher auch ein wenig daran, dass die

Versorgungsforschung danach strebt, ein höchstmögliches Evidenzniveau anzustreben, was aus rein wissenschaftlicher Sicht sicher auch richtig ist. Die Verantwortlichen brauchen indes die bestmögliche Evidenz zum Zeitpunkt der Entscheidung und nicht den Goldstandard zwei Jahre später. Mit diesem Gap müssen wir aber nun einmal leben.

Das ist doch systemimmanent; dafür war und ist die Versorgungsforschung bisher auch nicht ausgelegt.

Stimmt. Deswegen steht die Keynote-Speech von Professor Gerlach bei unserem eigenen Kongress, mit dem wir im November den zehnjährigen Geburtstag des WINEG begleiten, ja auch unter dem Titel „Bridging the Gap“. Nach den verdienstvollen Aufbaujahren der Versorgungsforschung in Deutschland geht es nun darum, Forschung, Praxis und Patient möglichst eng zusammen zu bekommen, wobei leider letzterer oft vergessen wird, obwohl er nicht die letzte, sondern die entscheidende Instanz unseres Handelns sein muss. Doch bisher – auch das ist ein Teil der Kritik – steht der Patient in der Versorgungsrealität noch nicht so ganz im Fokus.

Weil die Forscher das komplexe Gesundheitssystem nicht oder zu wenig verstehen oder weil sie einfach zu weit weg sind von dem ebenso komplexen System Krankenkasse?

Wie so oft im Leben ist das vor allem ein Kommunikationsthema. Die Welten, in der Forscher und Kassenmitarbeiter berufsbedingt leben und sozialisiert werden, sind nun einmal sehr unterschiedlich. Ich begreife meine Funktion beim WINEG daher im hohen Maße als Mittler zwischen den verschiedenen Welten und versuche über Kommunikation meinen Beitrag dazu zu leisten, dass die Lücke nach und nach geschlossen wird.

Kann das überhaupt funktionieren, wenn der bisher forschungsgetriebene, freie Wissenschaftsansatz beibehalten wird?

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir auch bei der Versorgungsforschung Grundlagenforschung brauchen, was beileibe auch kein Widerspruch zu meiner Forderung nach mehr praxisorientierterer Forschung ist. Jeder Abstrich bei Grundlagenforschung wäre eine Verarmung, die uns überhaupt nicht weiterbringen würde. Aber sie kann natürlich nicht in Instituten wie dem WINEG geleistet werden, sondern muss an Universitäten und Hochschulen stattfinden.

Die ersten zehn Jahre Versorgungsforschung in Deutschland sind gleichzusetzen mit der Etablierung, der Marktreife und schlussendlich der gelungenen Durchsetzung dieser Wissenschaft in unserem Land. Diese Dekade war geprägt von Grundsatzfragen, die sich in den Jahren 2003 bis 2010 in drei sehr ausführlichen Memoranden niederschlugen, sowie von einem sehr persönlichkeits- und forschergetriebenen Ansatz, während viele andere Player und Payer im Gesundheitssystem das Thema Versorgungsforschung erst recht spät für sich entdeckten. Das WINEG, dem Sie seit knapp einem halben Jahr vorstehen, wurde als Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen im November 2006 gegründet, damit aber immerhin exakt 30 Jahre später als das WIdO, das Wissenschaftliche Institut der AOK.

Das stimmt. Doch nun müssen wir sehen, wie wir diese Ansätze fokussieren. Als Leiter eines wissenschaftlichen Instituts einer Krankenkasse verfechte ich einen starken Praxisbezug, den ich benötige, wenn ich meine Kollegen in der TK mit wissenschaftlichem Rat und wissenschaftlich fundierten Antworten auf ihre Fragestellungen unterstützen will. Auch wenn wir bei uns keine Grundlagenforschung



machen, bedienen wir uns doch ähnlicher Methoden, aber entwickeln diese auch weiter. So wurde es zum Beispiel hier im WINEG geschafft, eine im akademischen Bereich entwickelte Methode – den Propensity Score – praxistauglich zu machen. Mit dieser Methode haben wir eine Studie zu der Wirksamkeit des Disease Management Programme (DMP) Diabetes durchgeführt. Heute gehört sie zum Standard in der TK, um die wirtschaftlichen Wirkungen von Selektivverträgen zu beurteilen.

Versucht wohl, aber nicht gelungen.

Das liegt aber nicht am Studienansatz oder den verwandten Methoden, sondern am Grundansatz, mit dem DMP vor nun mehr immerhin knapp 15 Jahren eingeführt wurden.

Die DMP wurden leider eingeführt, bevor der Istzustand ex ante erfasst worden ist,

Darum gibt es nun einmal keine Null-Linie, das ist der Kern des Problems. Ohne diese Null-Linie ist es sehr schwer bis unmöglich, die durch DMP ausgelösten Wirkungen zu messen. Natürlich gibt es Studien aus anderen Häusern, die durchaus Erfolge von DMP sehen, obwohl man hier Selektionseffekte nicht ausschließen kann. Doch aufgrund der fehlenden Null-Linie fehlt auch nach knapp 15 Jahren ein allgemein akzeptierter Beweis, der wirklich hart ist und die Gegenseite völlig überzeugen würde – und das bei einem Instrument, das Milliarden umverteilt!

Nun haben Sie gemeinsam mit dem IGES ein Projekt in den Innovationsfonds eingebracht, der genau diese Null-Linie schaffen sollte.

Der aber nur für künftige DMP gelten kann, doch wäre auch das schon einmal ein enormer Fortschritt, wenn wir künftig einmal eine gesicherte Datengrundlage hätten, um darauf sowohl die Weiterentwicklung der DMP als auch deren Evaluation aufsetzen zu können.

Wie geht es damit nun weiter?

Erst einmal gar nicht. Denn leider wurde unser Antrag negativ beschieden. Zu unserer Enttäuschung ist die Aufforderung nicht ergangen, aus der vorgelegten Projektskizze einen Vollertrag zu erstellen.

Werden Sie den Antrag im Jahr 2 wieder einreichen?



Wenn man einmal die Tür vor der Nase zugeworfen bekommen hat, werden wir uns das schon sehr genau überlegen.

Um die Idee als solche wäre das schade. Vielleicht lag die Nicht-Aufforderung zum Vollartrag aber auch nur einfach daran, dass vom Innovationsausschuss auch ohne ihren Antrag schon deutlich mehr Projekte aufgefordert worden sind, einen Vollartrag zu stellen, als überhaupt Geld im Jahr 1 vorhanden ist.

Die zu vergebenen 75 Millionen Euro für Versorgungsforschung waren nach meinem Kenntnisstand nicht der begrenzende Faktor. Offenkundig haben andere Gründe eine Rolle gespielt, weswegen wir uns gut überlegen, ob wir das Projekt noch einmal einbringen werden.

Es verwundert, dass der Ansatz nach einer Null-Linie nicht nur bei DMP, sondern generell nicht gefördert wird. So bleibt im Endeffekt alles, was Politik vorgibt und was Selbstverwaltung wie Krankenkassen daraufhin tun, ein meist bundesweiter Pilotversuch nach dem Trial-and-Error-Prinzip.

Gegen den ausdrücklichen Rat der Versorgungsforschung. Man könnte das ja auch anders machen, indem man nicht gleich in die Fläche geht, sondern skaliert, zum Beispiel von Stadt zu Stadt oder auch von Bundesland zu Bundesland. Damit wäre sofort und ohne großen Aufwand so etwas wie eine Kontrollgruppe vorhanden. Das wäre sicher ein Ansatz, der der Evaluation des Ganzen gutgetan hätte.

Wobei die Politik nach dem Gleichsetzungsmaßstab agiert und solche skalierbaren Projekte für nicht durchsetzungsfähig erachtet.

Die Frage lautet: Was will Politik? Natürlich war es politisch gewollt, DMP schnell und umfassend einzuführen, auch weil man normativ davon überzeugt war, dass sie etwas Gutes bewirken. Das ist das Recht des Gesetzgebers, und wenn man die Mehrheit im Parlament hat, ist das auch legitim; selbst wenn der gewählte Ansatz vielleicht nicht das Optimum ist und der Verbesserung bedarf. Doch die Politik hindert auch nichts daran, nun – nach knapp 15 Jahren – neue Bedingungen zu schaffen, um künftig Eingriffe in die Versorgung oder einzelne Instrumente wie DMP oder Selektivverträge besser messen zu können.

Gehen wir wieder von der Metaebene auf die Mikroebene Krankenkasse: Schafft denn die TK für ihre Projekte so etwas wie eine Null-

Linie? Oder ist das im Tagesgeschäft aus Zeit- und auch Geldgründen gar nicht möglich?

Alle unsere Selektivverträge, vor allem die, die eine ökonomische Dimension haben, werden in der TK evaluiert. Aber wir haben es auch etwas einfacher, denn die TK hat meist regionale Verträge, die dann über den Ansatz des Propensity Score ziemlich gut evaluierbar sind. Das ist ein Standard.

Warum der ökonomische und nicht der qualitative Erfolg?

Wir haben ausdrücklich im Portfolio als Techniker Krankenkasse nicht nur ökonomische, sondern auch qualitative Indikatoren, die immer mitgemessen werden. Auch wenn es wesentlich schwieriger ist, Qualität zu messen, da ökonomische Indikatoren einfach viel leichter zu erfassen sind. Aber mit dem Propensity Score-Verfahren lässt sich durchaus auch die Qualität der Versorgung evaluieren.

Das Problem liegt sicher auch darin, dass es über 2.000 Qualitätsindikatoren gibt, die regelhaft mit viel Aufwand erfasst werden.

Das Thema ist inzwischen selbst beim Bundesausschuss angekommen, der das IQTIG beauftragt hat, das vorhandene Set an Qualitätsindikatoren zu durchjäten und die relevanten in ein neues Set für die qualitätsorientierte Bedarfsplanung zu überführen.

Die Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung dazu ist sehr eindeutig.

Ich möchte weder Versorgungsforschungs-, noch Gesetzgeber- oder Selbstverwaltungs-Bashing betreiben. Mit dem sehr pragmatischen Ansatz, den der G-BA dem IQTIG vorgegeben hat, werden wir auch schon einen Schritt nach vorne kommen. Und wir sind aktiv dabei, dem IQTIG dabei zu helfen, indem wir bestimmte Daten zur Klärung von Verfahrensfragen aufbereiten.

Daten sind ein gutes Stichwort: Besitzt die TK eigentlich die für die Versorgungsforschung benötigten Daten?

Zum Teil. Das Thema Datenschutz ist hier mehr als virulent. Denn zum Teil haben wir die Daten, dürfen diese aber nicht nutzen. Andererseits erschweren zu kurze Aufbewahrungsfristen die Bildung längerer Zeitreihen, deren Auswertung sicher der Versorgungsqualität der Patienten in Deutschland zugute käme.

Was könnte man aus Sicht der TK und des WINEG tun, um die Versorgungsforschung zum Erfolgsmodell für die Patienten zu machen?

Hier gibt es zwei wichtige Punkte: Das ist zum einen wieder die Kommunikation, das Miteinander reden und vom Gegenüber her denken. Zum anderen ist das die Patientenorientierung.

Beginnen wir bei der Kommunikation.

Nehmen wir nur einmal das Beispiel Leitlinien. Hier gelingt es nur unzureichend, die Leitlinien, die die Fachgesellschaften selbst aufgestellt haben, bei den Ärzten ihres Fachgebiets durchzusetzen. Das WINEG hat in einer Studie beispielsweise festgestellt, dass nicht einmal 60 Prozent der Patienten, die aufgrund der bestehenden ärztlichen Leitlinien ACE-Hemmer bräuchten, diese bekommen. Wenn nicht einmal die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft von Fachgesellschaft zu ihren Fachkollegen funktioniert, wie soll dann die Kommunikation zwischen den Ärzten und den Patienten, zwischen Ärzten und den Krankenkassen und allen zusammen funktionieren? Darum müssen wir das Thema Kommunikation endlich als Outcome-Faktor verstehen.



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 3 Milliarden Euro.

Für die Gesundheit arbeiten weltweit mehr als 47.500 Mitarbeiter, davon rund 14.800 in Deutschland.

www.boehringer-ingelheim.de

Was kann das WINEG tun?

Das ist eine Aufgabe, die ich auch uns selbst gestellt habe. Wir müssen mehr dazu kommen, dass wir die Dinge so formulieren, dass die Menschen sie verstehen, denn nur so werden sie von Nutzen sein. Wir haben sicher bisher eine ganze Reihe von Publikationen veröffentlicht, die zwar einen konkreten Patientennutzen haben und in der Fachwelt auch anerkannt sind, aber bei der Kommunikation zum Versicherten und zum Patienten oder seinen Angehörigen hapert es dann. Das ist sicher eine große Aufgabe, vor der wir noch stehen, aber eben auch eine Herausforderung, der wir uns alle stellen.

Kommen wir damit zur Patientenorientierung. In ihrem Vortrag zum 10-jährigen Bestehen des DNVF nahmen Sie eine Anleihe zum Hauskauf, bei dem drei Faktoren wichtig seien: die Lage, die Lage und die Lage. Bei der Versorgungsforschung laute ihren Worten zufolge die Begriffstrias: der Patient, der Patient, der Patient.

Der Innovationsfonds wird nur dann erfolgreich sein, wenn das Wohl der Patienten im Mittelpunkt steht und die Politik das gute Gefühl hat, dass das bereitgestellte Geld für die Patienten gut angelegt ist. Dazu müssen die Menschen es aber auch wahrnehmen können.

Gehen wir auf ihren Kongress am 16. November ein. Was erwarten Sie sich?

Ich erwarte mir vor allem Impulse für unsere eigene Arbeit. Deswegen haben wir auch Professor Gerlach als Keynote-Speaker eingeladen, der uns ausdrücklich seine Erwartungshaltung mit auf den Weg geben soll, wo und wie wir bestimmte Akzente setzen können und wo er die Bedarfe der Zukunft sieht, die uns alle helfen können, mit Hilfe der Versorgungsforschung das Gesundheitssystem zu verbessern.

Der Konzeptansatz der beiden Sichtweisen pro Thema ist originell.

Davon lebt doch eine fachliche Diskussion: von den Sichtweisen eines eher theoretisch ausgelegten Fachmanns und jener eines Praktikers. Das sind zwei Sichtweisen, die sich im besten Falle ergänzen können, oft aber auch ein Pro und Kontra entstehen lassen. Auf jeden Fall ist man aber schlauer als vorher, wenn man einen Themenkreis von zwei Seiten als nur von einer betrachtet. Und dieser Ansatz beschreibt ja auch durchaus das Dilemma der Versorgungsforschung: Wie bekommen wir die letzte Meile von der Theorie zur Praxis, zum Patienten hin?

Was auch der Versorgungsforschung ganz gut tun würde, wenn Wissenschaft mehr Praxis und Praxis mehr Wissenschaft verstehen würde. Was eigentlich wiederum fast Innovationsfonds heißt, weil beide mehr denn je zusammen agieren müssen.

Cave. Das heißt ganz und gar nicht zwangsläufig Innovationsfonds. Denn der Innovationsfonds ist ein Instrument, das die Politik geschaffen hat, um unter anderem die Versorgungsforschung nach vorne zu bringen, damit aber auch einen enorm hohen Erwartungsdruck aufbaut. Ich mache mir darum ein wenig Sorgen, dass hier Erwartungen geweckt werden, die eigentlich nur enttäuscht werden können. Zum einen, weil benötigte Daten fehlen. Denn mit den Abrechnungsdaten, die uns vorliegen, kann man zwar schon sehr viel tun, aber ob dies eine wirkliche Systemveränderung bewirken kann, wie sie in manchen Köpfen herumspukt, da habe ich meine Zweifel. Aber ich will auch nicht schwarz malen: Die Versorgungsforschung wird sicherlich vorzeigbare Dinge herausfinden, doch ob diese eine systemverändernde Wirkung zeitigen werden, steht auf einem ganz anderen Blatt. Und das heißt „Bridging the Gap“.

Was wäre zu tun, um es zum Besseren zu wenden? Andere Daten, bessere Daten, mehr Grundlagenforschung?

Ein sinnvoller erster Schritt noch vor der Einführung des Innovationsfonds wäre es gewesen, zuerst die Datensituation, das Datenmanagement und das Verfügbarkeitsregime zu verbessern, indem der Anspruch auf eine Datennutzung für die Versorgungsforschung gesetzlich verankert wird. Aber jetzt machen wir das Beste daraus!

Herr Dr. Meusch, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

WINEG-Kongress: Herausforderung Qualität am 16. November		
Zeit	Thema	Vortragende/r
9:00	Einlass	
9:30	Blick auf die Versorgungsrealität und Anforderungen an die Versorgungsforschung	Dr. Jens Baas, TK
10:10	Grußwort	Sen. Cornelia Prüfer-Storcks, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
10:30	Keynote: Die letzte Meile zum Patienten: Bridging the Gap durch Versorgungsforschung	Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Universität Frankfurt
11:00	Session 1: Patientenorientierung und Gesundheitsbildung als ungenutzte Ressource	Chair: Hardy Müller, WINEG
	Die Sicht der Versorgungsforschung	Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Med.Hochschule Hannover
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Joachim Pröuß, UKE Hamburg-Eppendorf
12:00	Mittagessen	
13:00	Session 2: Zukunft durch Qualität: Wie werden aus Konzepten praxistaugliche Lösungen?	Chair: Dr. Andreas Meusch, WINEG
	Die Sicht der Versorgungsforschung:	Prof. Dr. Dipl.-Soz. Joachim Szeccsenyi, Uni.-Klinikum Heidelberg
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Dr. Ulrich Wandschneider, MEDICLIN AG
14:00	Session 3: Wie kann durch die Digitalisierung die Versorgungsqualität verbessert werden? Big Data: Das Eldorado der Versorgungsforschung?	Chair: Daniel Cardinal, TK
	Die Sicht der Versorgungsforschung	Dr. Stefan Rüping, Fraunhofer-Institut
	Aus der Sicht der Versorgungsrealität	Dr. Peter Langkafel, HCB Healthcubator GmbH
15:00	Wrap-Up: Versorgungsforschung - Im Sinne des Patienten?	
16:00	Verabschiedung und Schlusswort	Thomas Ballast, TK

Dr. Andreas Meusch

wurde mit einer Arbeit über „Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung“ promoviert. Sein Studium absolvierte er in Politikwissenschaften, Publizistik, Geschichte und öffentlichem Recht an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz sowie in Dijon und Krakau. Seit 1986 ist Dr. Meusch in verschiedenen Funktionen im Bereich der akademischen Lehre engagiert. Unter anderem war er für diverse deutsche Universitäten und Fachhochschulen als Lehrbeauftragter für die Fachbereiche Politikwissenschaft (Mainz, Stuttgart und Hohenheim), Pflegewissenschaften (Zwickau), Wirtschaftswissenschaften (Bayreuth) tätig. Meusch ist seit 2000 Mitherausgeber der Schriftenreihe „Beiträge zum Gesundheitsmanagement“ im NOMOS Verlag. Frühere berufliche Stationen von Meusch waren u. a. das Bundesministerium für Familie und Senioren, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und fünf Jahre lang die Leitung der Landesvertretung Baden-Württemberg der Ersatzkassenverbände.

Fürsorge mit Forschergeist verbinden – für ein besseres Leben

Wir bei Lilly wollen Menschen ein längeres und gesünderes Leben ermöglichen. Ob wir neue Medikamente erforschen oder Wege aufspüren, Patienten besser helfen zu können: Wir setzen alles daran, die Leben derer zu verbessern oder zu erleichtern, für die wir jeden Tag arbeiten.

Mehr über uns auf
www.lilly-pharma.de

Lilly

INSIGHT Health zur Versorgung mit Neuroleptika

Atypische Antipsychotika – Mittel der Wahl?

Atypische Antipsychotika haben die medikamentöse Behandlung psychischer Erkrankungen revolutioniert. Gegenüber den konventionellen Therapieansätzen zeichnen sie sich durch eine nebenwirkungsärmere Beseitigung der Negativsymptome aus. Führt dieser Vorteil zu einer Verordnungspräferenz der atypischen Präparate, oder stellen sie vielmehr eine Behandlungsalternative zu den konventionellen Wirkstoffen dar?

>> Antipsychotika, auch Psycholeptika oder Neuroleptika genannt, sind Substanzen, die in erster Linie zur Behandlung der Schizophrenie eingesetzt werden. Sie wirken dämpfend auf Symptome wie Halluzinationen, Angst-, Wahn- und Zwangsvorstellungen, Unruhe- und Erregungszustände und fördern die Schlafbereitschaft. Die erste medikamentöse Behandlung von Psychosen erfolgte Mitte des 20. Jahrhunderts mit dem Wirkstoff Chlorpromazin. Ausgehend von dieser Substanz wurden weitere Antipsychotika entwickelt, wovon Haloperidol bis in die heutige Zeit der prominenteste Vertreter ist. Kennzeichnend für diese als konventionell bezeichnete Therapie „ist die Nebenwirkung der extrapyramidal-motorischen Störungen, die sich in teilweise bizarren Bewegungsabläufen äußern, die der Patient nicht kontrollieren kann. Sie treten dosisabhängig auf und können irreversibel sein. Lange Zeit nahm man an, dass diese extrapyramidal-motorischen Störungen untrennbar mit der antipsychotischen Wirkung der Neuroleptika verbunden seien“ (Arzneimittel-Atlas 2014). Dies änderte sich erst in den 70er Jahren, als mit Clozapin ein Wirkstoff auf den Markt kam, bei dem die beschriebenen Nebenwirkungen deutlich geringer ausfallen. Aufgrund dieser untypischen Eigenschaft wurde Clozapin als atypischer Wirkstoff eingestuft. Der gewonnene Mehrwert für Patienten führte dazu, dass ab 1990 ausschließlich atypische Neuroleptika in den deutschen Markt eingeführt wurden (vgl. Arzneimittel-Atlas, 2014).

ordnungs-Report 2015 kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die therapeutische Überlegenheit atypischer Antipsychotika nicht überzeugend belegt ist. Neben der Therapieform ist auch die Altersstruktur der Patienten besonders auffällig. Sowohl bei der konventionellen als auch bei der atypischen Therapie weisen die Patienten mit 64 bzw. 58 Jahren ein hohes Durchschnittsalter auf. In beiden Therapieformen sind über 50 Prozent der Betroffenen 60 Jahre oder älter. Knapp 25 Prozent aller Patienten fallen sogar in die Altersklasse der über 80-Jährigen (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Gaebel und Klimke zum Einsatz von Neuroleptika bei nicht-psychothischen Störungen, nach denen rund 47 Prozent bei Patienten ab 65 Jahren verordnet werden. Hingegen wird bei der Schizophrenie ein Altershöhepunkt von 29 Jahren angenommen (vgl. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie Band 142). Die beschriebene Altersstruktur der Patienten lässt die Vermutung zu, dass Antipsychotika in der Geriatrie eingesetzt werden, beispielsweise zur Behandlung von Verwirrtheits- und Unruhezuständen. Zur Annäherung an Patienten mit Schizophrenie konzentrieren sich die folgenden Analysen daher ausschließlich auf die Altersgruppe der 0- bis 39-jährigen GKV-Patienten.

Unterschiedliche Komedikation je nach Therapieansatz

Patienten, die mit Antipsychotika behandelt werden, erhalten häufig weitere Verordnungen aus dem N-Markt. Bei der konventionellen Therapie sind mit 86 Prozent mehr Patienten betroffen, als bei der atypischen (74 Prozent). Die Komedikation unterscheidet sich je nach Behandlungsansatz deutlich. Wie eingangs beschrieben, bringen konventionelle Therapeutika Nebenwirkungen in Form von extrapyramidal-motorischen Störungen mit sich. Diese versuchen Ärzte mit Parkinsonpräparaten zu unterdrücken.

Wie Abbildung 1 zeigt, erhalten bei einer Verordnung von konventionellen Präparaten 21 Prozent der Patienten eine Komedikation aus dem oben genannten Markt. Dass bei atypischen nur 7 Prozent der Patienten zusätzlich Parkinsonpräparate verordnet bekommen, spricht dafür, dass die Nebenwirkung bei dieser Therapieform weitgehend entfällt. Ebenfalls auffällig sind die Unterschiede in der Komedikation mit weiteren Antipsychotika. Während lediglich 35 Prozent der Patienten, die mit atypischen Präparaten behandelt werden, noch ein weiteres Antipsychotikum erhalten, sind es bei den konventionellen bereits 60 Prozent. Damit erhält mehr als jeder zweite Patient, der mit

Konventionelle oder atypische Therapie?

Die oben genannten Vorteile lassen vermuten, dass in den letzten Jahren eine Marktverschiebung von den konventionellen hin zu den atypischen Antipsychotika stattgefunden hat. Vergleicht man jedoch die Anzahl an GKV-Patienten von Juli 2015 bis Juni 2016 (MAT, moving annual total), so ergibt sich mit 1,6 Mio. konventionell zu 1,3 Mio. atypisch behandelten Patienten kein auffälliger Unterschied. Allenfalls zeigt sich eine leichte Tendenz zur konventionellen Behandlungsform (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health). Ein Studienvergleich zu dieser Wirkstoffgruppe im Arzneiver-

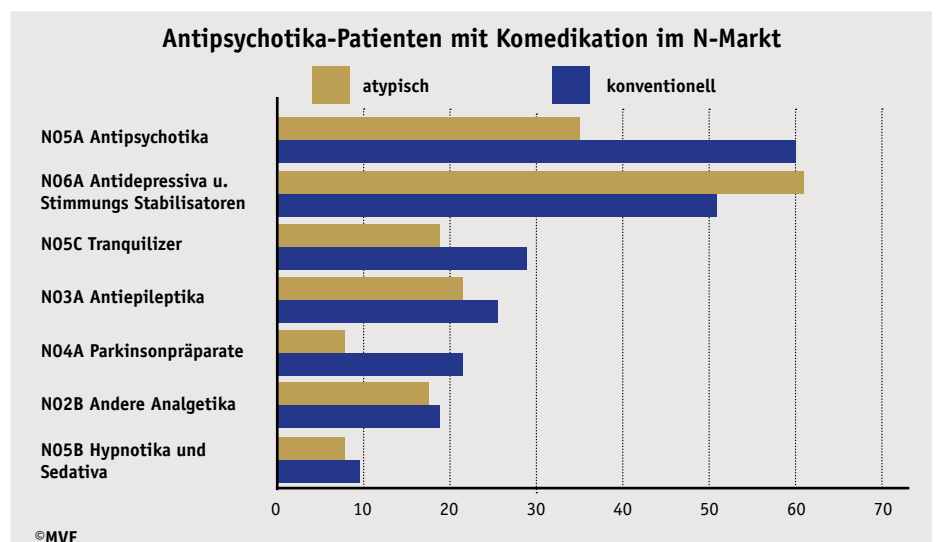


Abb. 1: Anteile der Antipsychotika-Patienten in der Altersgruppe zwischen 0 und 39 Jahren mit neurologischer Komedikation im MAT 06/2016 auf ATC 3-Level; Quelle: Patient INSIGHTS (INSIGHT Health).

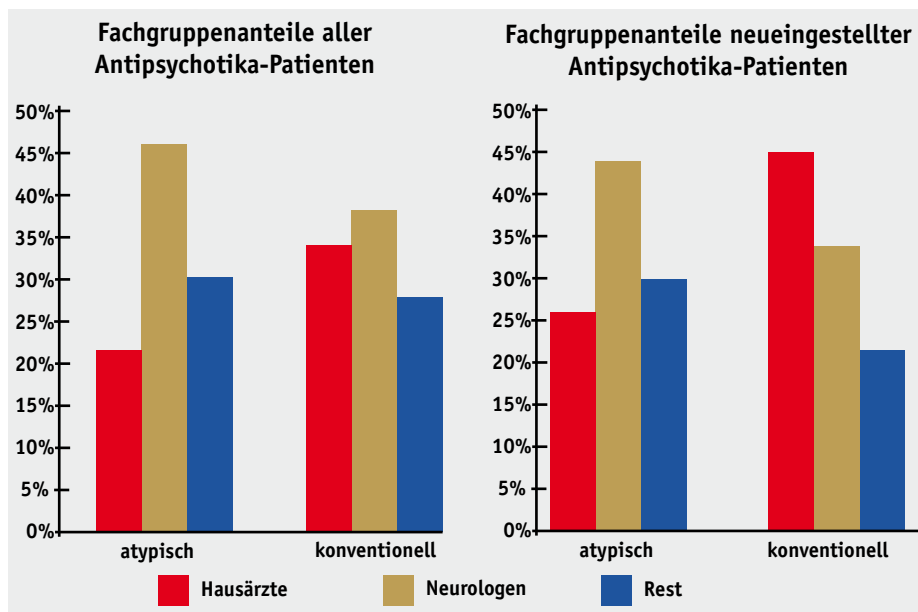


Abb. 2: Fachgruppenanteile aller und neu eingestellter Antipsychotika-Patienten in der Altersgruppe zwischen 0 und 39 Jahren im MAT 06/2016. Mehrfachzählungen von Patienten möglich. Zu den Neueinstellungen zählen Patienten, die zum ersten Mal seit Januar 2013 einen Wirkstoff aus dem Markt der Antipsychotika erhalten; Quelle: Patient INSIGHTS (INSIGHT Health).

konventionellen Arzneimitteln behandelt wird, ein weiteres Präparat (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

Hausärzte verordnen häufiger konventionell

Weitere Unterschiede werden bei der Betrachtung der behandelnden Fachärzte deutlich. Neben den Neurologen weisen Hausärzte die höchsten Verordnungsanteile bei Antipsychotika auf. Von allen Patienten, die mit konventionellen Antipsychotika behandelt werden, erhalten 34 Prozent ihr Arzneimittel von einem Hausarzt. 39 Prozent haben eine Verordnung vom Neurologen. Die atypische Therapie wird hingegen bei Neurologen häufiger angewendet. 46 Prozent der Patienten erhalten ihre Verordnung bei dieser Facharztgruppe und nur 22 Prozent bei ihrem Hausarzt. Bei der Betrachtung ausschließlich neu eingestellter Patienten lässt sich für die konventionelle Therapie eine noch deutlichere Tendenz feststellen: Nahezu jeder zweite Patient in der Altersgruppe der 0- bis 39-Jährigen wird vom Hausarzt initial auf einen konventionellen Wirkstoff eingestellt. Bei Neurologen ist es nur jeder dritte. Der Großteil der Patienten erhält hier erstmalig ein atypisches Antipsychotikum (vgl. Abb. 2).

Viele Einmalverordnungen beim Hausarzt

Erhalten Patienten nach der ersten Verordnung keine Folgeverordnung des Arzneimittels, dann ist dies als Einmalverordnung definiert. Bei der atypischen Therapie fallen ca. 30 Prozent der

Verordnungen in diese Kategorie. Im Vergleich dazu weisen die konventionellen Antipsychotika mit knapp 60 Prozent einen deutlich höheren Anteil auf. Besonders viele Einmalverordnungen werden beim Hausarzt ausgestellt: 7 von 10 Patienten, die dort auf Antipsychotika eingestellt werden, erhalten im Anschluss kein weiteres Rezept über Arzneimittel aus diesem Markt und werden in Folge auch nicht von anderen Fachärzten weiterbehandelt. Grundsätzlich ist die hohe Zahl an Einmalverordnungen überraschend, da Antipsychotika über einen längeren Zeitraum eingenommen werden sollten, um ihre volle Wirkung zu entfalten. Allerdings weisen die unterschiedlichen Wirkstoffe starke Varianzen auf. So ist der Anteil der Einmalverordnungen innerhalb der konventionellen Therapie für Fluspirilen mit Abstand am deutlichsten ausgeprägt, bei gleichzeitig eher geringer Verordnungsrelevanz. Umgekehrt weist Haloperidol bei einer sehr hohen Verordnungsintensität eher geringere Einmalverordnungen auf (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

Unterschiede bei Therapiedauer und Compliance

In der Pharmakotherapie mit Antipsychotika, deren therapeutischer Effekt erst nach längerer Einnahme eintritt, ist die Frage nach Behandlungsdauer und Compliance von besonderer Relevanz. Zur Betrachtung der Patienten in Therapie werden für die folgende Analyse alle Einmalverordnungen ausgeschlossen. Da es deutliche Unterschiede zwischen den Wirkstoffen gibt, werden lediglich Haloperidol (konventionell) und Risperidon (atypisch) als zwei zentrale Neurolep-

tika mit hohem Verordnungsanteil verglichen. Im Untersuchungszeitraum von Januar 2013 bis Juni 2016 waren Haloperidol-Patienten durchschnittlich 412 Tage in Behandlung. Bezüglich der Therapietreue fallen 55 Prozent aller Patienten in die Kategorie „90-100% compliant“. 13 Prozent sind zu „70-89% compliant“ und lediglich jeder dritte Patient ist zu weniger als 70 Prozent durchgehend auf den Wirkstoff eingestellt. Beim atypischen Wirkstoff Risperidon zeigt sich eine leicht höhere Compliance der Patienten. Im Durchschnitt sind sie 436 Tage in Therapie und neigen stärker dazu, den Wirkstoff konsequent einzunehmen. 64 Prozent sind mit 90%-100% durchgängig in Therapie. 16 Prozent fallen in die mittlere Kategorie und nur 20 Prozent zeichnen sich durch eine eher geringe Therapietreue aus (Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health).

Fazit

Die aktuelle Datengrundlage zeigt, dass neue Therapieoptionen bei Antipsychotika die konventionellen Wirkstoffe nicht verdrängen. Vielmehr ist bei jeder medikamentösen Einstellung eine individuelle therapeutische Entscheidung erforderlich. Dies deckt sich mit der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Nach dieser stellen atypische Neuroleptika das Mittel der Wahl dar, „falls nicht der Patient selbst konventionelle Antipsychotika präferiert oder er darauf bereits ohne relevante Nebenwirkungen remittierte“. Wie die häufige Komedikation mit Parkinsonpräparaten zeigt, führen je nach gewählter Therapieform auftretende Nebenwirkungen zu einer entsprechenden Begleitbehandlung. Unterschiede lassen sich ebenfalls im Verordnungsverhalten zwischen den Fachgruppen feststellen, wobei Hausärzte zu konventionellen und Neurologen zu atypischen Therapieansätzen tendieren. Die gewählte Medikation scheint auch Einfluss auf die Therapietreue zu haben: Patienten, die mit konventionellen Präparaten behandelt werden, erhalten häufiger eine Einmalverordnung und zeigen für die betrachteten Wirkstoffe auch bei langfristiger Therapie eine leicht geringere Compliance. Grundsätzlich ist die Pharmakotherapie bei der Behandlung von Schizophrenie durch weitere Maßnahmen zu unterstützen. Für eine langfristige Stabilisierung und Alltagsbewältigung empfiehlt die oben genannte S3-Leitlinie darüber hinaus eine psycho- und soziotherapeutische Betreuung. Dazu zählen unter anderem die Förderung sozialer und beruflicher (Re-)Integration und Motivation zur Selbsthilfe. <<

Autoren:

Marcel Moser, Kathrin Pieloth, Jana Heiler*

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern

Interview mit Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, Dekan der MHB Theodor Fontane

„Voller Erwartung auf das Neue“

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer ist nicht nur Senior-Professor für Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke und kürzlich im Amt bestätigter Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF), sondern seit 1. September dieses Jahres auch Dekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB). Mit seiner Person übernimmt der erste Versorgungsforscher die Leitung einer staatlich anerkannten Universität, ein deutliches Zeichen dafür, dass – so Neugebauer – erkannt worden ist, dass „die Versorgungsforschung Nachholbedarf hat – besonders im Land Brandenburg mit seinen spezifischen, auch der Demographie geschuldeten Bedarfen“.

>> Früher war es recht klar abgetrennt: Die Fachhochschulen, wie sie damals noch hießen, waren eher praxisorientiert und sehr auf die Wirtschaft fokussiert, die Universitäten sehr forschungsorientiert und meist auch sehr theorie-lastig. Ist das ein Statement für mehr Praxisorientierung? Vielleicht gar der Beginn des Jahrzehnts der Translation?

Diese Frage gibt mir doch gleich die Gelegenheit, die Einordnung der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane richtig zu stellen. Die MHB ist – obwohl das der Name nahelegen würde – keine Fachhochschule, sondern eine am 28.10.2014 gegründete, staatlich anerkannte Universität in kommunaler und gemeinnütziger Trägerschaft des Landes Brandenburg mit drei Hochschulkliniken und bisher den Studiengängen Humanmedizin, Psychologie (B.Sc.) sowie einem Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie (M.Sc.).

Wo ist der USP?

Die MHB sieht ihren Gründungsauftrag wie auch ihr Alleinstellungsmerkmal in einer spezifischen Antwort auf geänderte Anforderungen unserer Gesellschaft an das Gesundheitssystem im Allgemeinen und die Ausbildung zum Arzt, zum Psychotherapeuten, zum klinischen Psychologen und zu anderen Gesundheitsberufen.

Das hat doch sicher auch mit dem Bundesland als solchem zu tun.

Sicher. Das Land Brandenburg war bisher das einzige Bundesland, das keine eigene Medizinische Fakultät hatte und in dem keine eigenständige Arzt-ausbildung angeboten wurde. Mit der Gründung der MHB wurde diese Lücke geschlossen, wobei die Studienangebote nun nach und nach ausgebaut werden. Jährlich starten 48 Medizinstudierende, bis zu 42 Studierende im Bachelorstudiengang und ab 2016 zunächst voraussichtlich bis zu 21 Studierende im Masterstudiengang Klinische Psychologie und Psychotherapie (M.Sc.). Mit der Planung weiterer Studiengänge aus medizinischen und psychologischen Bereichen ist die Weiterentwicklung der MHB zu einer Hochschule für Medizin und Gesundheitswissenschaften in Brandenburg eine potenzielle zukünftige Perspektive.

Wie beschreiben Sie die Zielvorstellung?

Das wichtigste Ziel der Medizinischen Hochschule Brandenburg ist es, junge Menschen zu Ärzten und Psychologen mit Herz, Hand und Hirn zu fördern, wobei jedoch das Studium – entgegen der klassischen Einschätzung einer Hochschule – forschungsbasiert angelegt ist. Die MHB hat sich auf Empfehlung des Wissenschaftsrates nach Analyse der eigenen Forschungsaktivitäten und -stärken an an den zwei Hochschulstandorten, den drei Hochschulkliniken in Bernau, Brandenburg an der Havel und Neuruppin, den kooperierenden Kliniken und Praxen auf den Hauptforschungsbereich „Gesundheit und Krankheit des Alterns“ mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung fokussiert. Die Versorgungsforschung konzentriert

sich dabei mit einem spezifischen Fokus auf Bedarfe in Brandenburg. Ich bin also an genau der richtigen Stelle, um die Versorgungsforschung weiter voranzutreiben. Die Möglichkeiten sind immens, wie auch eine kürzliche „Kleine Anfrage“ im Landesparlament gezeigt hat.

Die MHB hat mit Ihnen nicht nur einen neuen Dekan, sondern auch den ersten Versorgungsforscher in dieser Position. Ist das Programm?

Ich bin ja auch noch Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung, habe eine Seniorprofessur für Versorgungsforschung an der Uni Witten/Herdecke inne und betreue zudem einige drittmittelgeförderte Projekte an meiner „alten“ Uni. Aber es stimmt, die Berufung meiner Person zum Dekan der MHB ist auch ein Zeichen, dass erkannt worden ist, dass die Versorgungsforschung Nachholbedarf hat – besonders hier im Land Brandenburg mit seinen spezifischen, auch der Demographie geschuldeten Bedarfen. Hierzu gehören u.a. der Rückgang der Bevölkerung sowie die Zunahme älterer Menschen mit einem damit einhergehenden Wachstum altersassoziierter Erkrankungen und einer in Brandenburg erhöhten Pflegebedürftigkeit.

Wie und wo kann die MHB hier Unterstützung bieten?

Besonders mit translationalen Vorhaben zur Verbindung von Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Versorgungsforschung möchte die MHB zur Stärkung des Forschungsprofils im Land Brandenburg einen Beitrag leisten. Spannend ist hier vor allem auch die Gründung eines sogenannten Gesundheitscampus Brandenburg mit dem erklärten Ziel, die medizinische Versorgung für das Flächenland Brandenburg langfristig zu sichern. Dessen inhaltlicher Fokus wird auf dem MHB-Schwerpunkt „Gesundheit und Krankheit des Alterns“ und der Versorgungsforschung liegen. Der Verbund aus Universitäten, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Kliniken soll Gesundheitsfachberufe und Gesundheitsforschung vernetzen, die praxisnahe Aus- und Weiterbildung in Gesundheit und Pflege stärken sowie zukunftsweisende Modelle für die medizinische Versorgung im Flächenland Brandenburg entwickeln. Dazu soll auch ein breites Netzwerk aus Kliniken der MHB in den Campus eingebunden werden.

Gibt es eine Vision?

Natürlich. Mit dem Gesundheitscampus der Landesregierung und der Unterstützung durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur werden wir uns als Modellregion für Versorgungsforschung aufstellen. Die Versorgungsprobleme sind erkannt, die Richtung beschlossen und mit meiner neuen Wirkungsstätte – der MHB – die Weichen richtig gestellt. Ebenso sind bereits die Zusammenarbeit mit den anderen Hochschulen des Landes wie den Universitäten Potsdam und der BTU Cottbus-Senftenberg vertraglich geregelt. Die Pilotphase hat begonnen und in regelmäßigen Treffen, gesteuert durch eine kompetente Geschäftsstelle, wird die Entwicklung

weiter vorangetrieben. Ich bin voller Erwartung auf das Neue.

Unter der bisherigen Führung des Gründungsdekans Prof. Dr. Dieter Nürnberg konnten seit Mitte 2014 immerhin zwei Studiengänge etabliert und dafür 28 Professorinnen und Professoren berufen werden. Wann gibt es den dritten Studiengang Versorgungsforschung?

Hier liegt ein großes Entwicklungspotenzial, darum habe ich bereits die Einrichtung eines Studiengangs Versorgungsforschung als B.Sc. und Masterstudiengang sowie die Einrichtung von mehreren Lehrstühlen für Versorgungsforschung vorgeschlagen. Ich denke weiter an die Auslobung eines Wissenschaftspreises für die besten Nachwuchs-Versorgungsforscher mit regionalen Ansätzen/Thematiken. Wir werden dies eingehend in den universitären Gremien beraten und zeitnah zu einem Beschluss kommen. Das Ganze muss sich ja auch finanzieren.

Dresden, Greifswald, Leipzig und nun Neuruppin, Brandenburg an der Havel und Bernau: Ist Versorgungsforschung im Osten vielleicht derzeit mehr im Fokus als in den alten Bundesländern?

Dies aus gutem Grunde, da sich vor allem in diesen Ländern „die letzte Meile“ aufgrund verschiedener Kontextbedingungen – wie der sich ändernden Altersstruktur – oft als besonders schwierig darstellt. Doch Versorgungsforschung hat überall Konjunktur – was ja auch gut ist! Denken Sie z.B. an Oldenburg, die Entwicklungen dort oder auch Heidelberg, Hamburg und Köln. Aber auch unsere Nachbarn mit der Universität in Linz und die Sigmund Freud Universität in Wien setzen auf Versorgungsforschung.

Das sind sicher gute Zeichen, doch muss wohl noch daran gearbeitet werden, wie und was publiziert wird.

Nur durch gute Publikationen können und werden all diese Fakultäten als solide Wissenschaft wahrgenommen. Doch immer noch geben in den meisten Fakultäten die reinen Grundlagenforscher mit ihren hochgerankten Publikationsorganen den Ton an. Das muss sich ändern, auch weil Versorgungsforschung direkt dem Patienten zugutekommt.

Die vielgerühmte, von Prof. Pfaff geprägte „letzte Meile“.

Die ist doch das Entscheidende. Doch sind wir diese wichtige, letzte Strecke in der Vergangenheit nicht konsequent genug gegangen. Translation lautet das Schlagwort der Zukunft.

Vor kurzem erst hat die AOK Nordost ein eigenes wissenschaftliches Institut, das GEWINO, gegründet, und dies mit einer bisher zumeist fehlenden Hinwendung und Interesse der allgemeinen Versorgungsforschung an regionalen Thematiken begründet.

Die östlichen Bundesländer hatten bisher zumindest in der bedarfsorientierten Versorgungsforschung die größte Not. Dabei ist entscheidend für den Behandlungserfolg, welche medizinische, rehabilitative oder pflegerische Leistung bei den Patienten zum Erfolg führt. Genau das muss mehr erforscht werden. Auch darum begrüße ich die Gründung des GEWINO der AOK Nordost sehr, die mit Professor Zahn einen kompetenten Leiter hat.

Das ist doch auch ein möglicher Kooperationspartner.



Ich sehe durchaus sehr viele verwandte Themen, die die MHB zusammen mit der GEWINO im Land Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern bearbeiten könnte, was wir aber auch bereits tun: Die MHB hat inzwischen einen gemeinsamen Forschungsantrag mit der AOK Nordost für den Innovationsfonds gestellt. Das ist auch wichtig, denn die Region ist geradezu prädestiniert, um hier Versorgungsforschung zu betreiben, da wir sowohl Informationen aus der Großstadt Berlin als auch aus dem dünner besiedelten Bundesland bekommen.

Bestehen aufgrund des eher regionalen Themenspektrums nicht wenig bis keine Chancen, in Peer-reviewten internationalen Zeitschriften mit möglichst hohen Impact-Scores publiziert zu werden? Ist die fast Mono-Ausrichtung auf Publikation in diesen sicher wichtigen Zeitschriften nicht einmal generell zu hinterfragen?

Was die Chancen angeht, in hochgerankten Zeitschriften zu publizieren, sehe ich keine Einschränkungen in der Bearbeitung von „nur“ regionalen Themen, denn sogenannte „Small Area Analyses“ sind überall eine sinnvolle Herangehensweise. Das Hauptproblem ist, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung nicht nur publiziert werden, sondern – um das landläufig zu formulieren – „auf die Straße“ kommen müssen; das heißt zum Patienten, zum Leistungserbringer, zu den Kassen, zur Selbstverwaltung und vor allem in die Politik.

Eine Art Versorgungsforschung 2.0?

Das passende Stichwort lautet Implementation Science, das in der letzten Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ Professor Wensing aus Heidelberg sehr gut beschrieben hat, denn die endet nicht bei der Publikation, sondern beschreibt, analysiert, implementiert und evaluiert. Reine Impact-Punktesammler sollten sich daher in anderen Bereichen engagieren. Versorgungsforschung möchte verändern und hierdurch die Gesundheitsversorgung verbessern.

Doch noch sind die Impact-Punkte das Maß aller Dinge.

Das dümmliche Konzept der Impactfaktoren bröckelt. Die AWMF hat hierzu eine Arbeitsgruppe zur Evaluation wissenschaftlicher Leistungen eingesetzt und eine erste Stellungnahme publiziert. <<

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

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Versorgungsatlas-Studie zur Grundimmunisierung gegen Meningokokken C

Regionale Varianz bei der Meningokokken-Impfung

In Deutschland sind 80 Prozent der Kleinkinder gegen Meningokokken C geimpft, die bakteriellen Erreger von Hirnhautentzündungen und Blutvergiftungen. Eine neue Studie der Wissenschaftler vom Versorgungsatlas zeigt jedoch signifikante regionale Unterschiede der Impfquoten auf der Ebene der Landkreise. Schlusslicht ist Bad Tölz-Wolfratshausen in Bayern, wo laut der jüngsten Daten nur knapp 32 Prozent der Kleinkinder bis zum Ende des 2. Lebensjahres geimpft wurden. Spitzenreiter ist hingegen Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt mit einer Impfquote von 93 Prozent.

>> Die Meningokokken-Meningitis ist recht selten in Deutschland und liegt bei einer Inzidenz von unter einem Fall pro 100.000 Einwohner jährlich. Am häufigsten in Deutschland sind die Subtypen B und C. Für beide Formen gibt es Impfungen, wobei die gegen B von der Ständigen Impfkommission (STIKO) noch nicht empfohlen ist, indes die für C schon. Mit Erfolg:

schen auch die Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. Hier bestehe eine Tendenz zur Angleichung, schreiben die Experten.

Deutliche Unterschiede auf Kreisebene

Auf der Ebene der Landkreise variieren die Impfquoten weiterhin deutlich. Die Impfquo-

ten des Jahrgangs 2009 lagen im Kreis Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt) bei knapp 95 Prozent, gefolgt von Peine in Niedersachsen mit knapp 93 Prozent und Zweibrücken in Rheinland-Pfalz mit 91 Prozent. Am anderen Ende der Quoten-Skala drängelten sich die bayerischen Landkreise Rosenheim mit 39 Prozent, Miesbach mit 37 Prozent und dem bundesweiten Schlusslicht Bad

Angaben zur Studie

„Grundimmunisierung gegen Meningokokken C - Analyse zur Umsetzung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission im Zeitraum 2009 bis 2014“, von Marina Lamego Greiner (Berlin School of Public Health der Charité-Universitätsmedizin, Berlin), Benjamin Goffrier, Mandy Schulz, Maïke Schulz und Jörg Bätzing-Feigenbaum, alle Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/05. Berlin 2016, DOI: 10.20364/VA-16.05

Seit Einführung der Impfung gegen Meningokokken-Meningitis C im Jahr 2006 gingen die vom RKI veröffentlichten Meldezahlen deutlich zurück: von über 130 Fällen in 2006 auf 40 in 2015 (vgl. SurvStat@RKI).

Acht Jahre nach ihrer Aufnahme in den Empfehlungskatalog der STIKO im Jahr 2006 bescheinigen die Wissenschaftler des Versorgungsatlas der Impfung gegen Meningokokken generell eine gute Akzeptanz: Im zweiten Lebensjahr sind 80,2 Prozent der Kinder geimpft. „Dies ist sehr erfreulich, da eine Infektion mit Meningokokken C trotz moderner Therapien bei knapp neun Prozent der Patienten auch heute noch tödlich endet“, erklärt Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum, der Leiter des Versorgungsatlas. Gefährdet sind vor allem Säuglinge und Kleinkinder sowie junge Erwachsene.

Die Studie der Forscher vom Versorgungsatlas, bei der ärztliche Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2014 ausgewertet wurden, belegt jedoch regionale Unterschiede. Auf der Ebene der Bundesländer schwankten die Impfquoten des Geburtsjahrgangs 2009 zwischen knapp 70 Prozent in Bayern und 82 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Bei der Untersuchung des Jahrgangs 2013 war dieser Abstand geschrumpft. In Bayern lag die Quote bei rund 75 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern um zehn Prozentpunkte darüber. Deutlich geringer sind inzwi-

Status: Meningokokken-Impfung in Bayern

Nachgefragt bei Aleksander Szumilas, Pressesprecher des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Informationsmanagement, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (K2):

>> **Wie hoch ist in den, in der Versorgungsatlas-Studie genannten, bayerischen Regionen mit niedriger Impfquote die Zahl der Meningokokken-Erkrankungen?**

Meningokokken-Erkrankungen sind nach Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Im Zeitraum seit 2012 bis zum Stichtag 9.9.2016 sind für die vier genannten Kreise folgende Fallzahlen dokumentiert: Kreisfreie Stadt Rosenheim: keine Fälle, Landkreis Rosenheim: 6 Fälle (3 Fälle 2012 und je 1 Fall 2013, 2015 und 2016), Landkreis Miesbach: keine Fälle, und Landkreis Bad Tölz: 2 Fälle (je 1 Fall 2012 und 2014). Die Fallzahlen sind zu gering, um statistisch eine erhöhte Inzidenz für diese Kreise belegen zu können. Bayernweit wird jedoch seit Einführung der Impfung ein Rückgang der Fallzahlen vor allem bei Kindern beobachtet.

Worauf führen Sie es zurück, dass diese bayerischen Regionen eine derart niedrige Impfquote aufweisen?

Die oben genannten drei Landkreise Rosenheim, Miesbach und Bad Tölz-Wolfratshausen weisen auch bei anderen empfohlenen Impfungen für Kinder, insbesondere bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln vergleichsweise niedrige Impfquoten auf. Möglicherweise steht dies mit einem höheren Anteil impfkritischer Eltern und Ärzte in einigen Regionen in Zusammenhang. Eine gesetzliche Grundlage zur Erfassung von Impfquoten in Deutschland gibt es nur für die Schulanfänger. Des Weiteren ist zu beobachten, dass in Bayern die Impfquoten bei den vergleichsweise neu empfohlenen Impfungen wie der Meningokokken-Impfung noch etwas gegenüber dem Bundesdurchschnitt zurückliegen, wobei die Impfquoten auch hier deutlich ansteigen. Bei den „alteingeführten“ Impfungen wie der Tetanus- oder Diphtherieimpfung ist der Impfschutz der bayerischen Schulanfänger dagegen sehr gut und die Impfquoten liegen zum Teil über dem Bundesdurchschnitt. Diese Erfolge sind unter anderem auf die intensive Aufklärungsarbeit des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) zusammen mit der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) zurückzuführen.

Welche Empfehlungen gibt die Landesregierung?

In den öffentlichen Impfempfehlungen von Bayern sind alle Impfungen, die aktuell von der STIKO empfohlen sind, enthalten. Das StMGP setzt sich für eine Verbesserung der Impfquoten bei der Meningokokken-Impfung ein. Indikation und Durchführung der Schutzimpfungen sollen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erfolgen. Das StMGP unterstützt daher zusammen mit der LAGI die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen. Dabei wird angestrebt, den Impfschutz der bayerischen Bevölkerung auf der Basis der Freiwilligkeit und einer informierten, mündigen Entscheidung sowie entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand in jeder Lebensphase zu verbessern. Die Akteure der LAGI entwickelten dazu eine gemeinsame „Bayerische Impfstrategie“ und engagieren sich auch in der Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Impfen, z. B. durch Aufklärungsbroschüren, multimediale Informationskampagnenmaterialien und regelmäßige bayerische Impfwochen. <<

Tölz-Wolfartshausen mit 22 Prozent.

Bei der Untersuchung des Geburtsjahrgangs 2013 waren die Quoten in diesen Landkreisen zwar gestiegen – auf 32 Prozent in Bad Tölz-Wolfartshausen, 50 Prozent in Rosenheim und sogar 55 Prozent in Miesbach. Doch bei einer Differenz von über 60 Prozentpunkten bleibt der Abstand zu den Spitzenreitern jenseits der Mainlinie erheblich und macht den Freistaat zum Schlusslicht auf Länderebene. Daran können auch respektable Werte um oder sogar über 90 Prozent in nordbayerischen Landkreisen oder Städten wie Wunsiedel, Schweinfurt und Erlangen wenig ändern. Dennoch betonen die Wissenschaftler, dass insgesamt ein positiver Trend zu beobachten sei: Im Beobachtungszeitraum zwischen 2009 und 2014 sank die Zahl der Landkreise mit Impfquoten unter 70 Prozent von 83 auf 51, während die Zahl der Landkreise mit Quoten über 80 Prozent von 161 auf 241 stieg.

Suche nach den Ursachen

Welche Faktoren für die regionalen Unterschiede verantwortlich sind, können die Wissenschaftler aus ihren Daten nicht ableiten. Wahrscheinlich spielt eine Vielzahl von Einflussgrößen eine Rolle – angefangen von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen über besondere historische und regionale Entwicklungen bis hin zur Skepsis gegen Impfungen oder deren genereller Ablehnung.

So kam bereits 2011 bei einer Umfrage der BZgA (Elternbefragung zum Thema „Impfen im Kindersalter“) zu Tage, dass 35 % der befragten Eltern mindestens eine Impfung aufgrund von Vorbehalten ablehnten (sog. Impfskeptiker). Die Impfquote von Kindern, deren Eltern Vorbehalte gegen Impfungen hatten, war mit 6 bis 14 % geringer als die von Kindern mit Eltern ohne solche Bedenken.

In Bayern lehnten bei einer Untersuchung sogar 1,8 Prozent der Eltern Impfungen generell ab, mit einem Schwerpunkt in Südbayern – dort, wo auch in der vorliegenden Studie die Forscher des Versorgungsatlas die geringsten Impfquoten gefunden hatten.

Weitere Studien aus Kanada und Australien würden ebenfalls zeigen, dass impfskeptische Eltern einen negativen Einfluss auf die Durch-

Meningokokken C-Impfquoten der Bundesländer						
Bundesland	APC [%] (U6-Kohorten 2009-2013)	95%-Konfidenzintervall Untergrenze Obergrenze		Test- Statis- tik	p-Wert	Indzi- denz ¹
Thüringen	-0,13	-0,23	-0,04	-4,56	0,020**	0,6
Brandenburg	0,16	-0,97	1,30	0,44	0,689	-
Sachsen-Anhalt	0,29	-0,35	0,94	1,46	0,242	0,4
Rheinland-Pfalz	0,42	-0,23	1,08	2,07	0,130	0,5
Mecklenburg-Vorpommern	0,69	0,19	1,20	4,38	0,022**	0,3
Hessen	0,79	-0,19	1,78	2,55	0,084	0,2
Saarland	0,80	0,02	1,58	3,28	0,046**	0,2
Berlin	0,94	-0,57	2,47	1,97	0,144	0,4
Bundesrepublik	1,08	0,20	1,98	3,90	0,030**	0,4
Schleswig-Holstein	1,12	-0,01	2,26	3,16	0,051	0,2
Baden-Württemberg	1,12	-0,09	2,34	2,93	0,061	0,4
Nordrhein*	1,13	0,48	1,78	5,54	0,012**	-
Nordrhein-Westfalen*	1,15	0,47	1,83	5,38	0,013**	0,3
Westfalen-Lippe*	1,22	0,49	1,96	5,33	0,013**	-
Niedersachsen	1,29	0,42	2,17	4,72	0,018**	0,3
Hamburg	1,49	0,31	2,67	4,03	0,027**	0,5
Bayern	1,90	0,76	3,06	5,33	0,013**	0,3
Bremen	2,18	1,02	3,35	6,02	0,009***	0,4

Tab. 1: Meningokokken C-Impfquoten bei in der GKV versicherten Kindern im Rahmen der Grundimmunisierung im zweiten Lebensjahr gemäß STIKO-Empfehlung: Jährliche prozentuale Änderung (APC, in %) für die U6-Teilnahme-Kohorten im Zeitraum 2009 bis 2013 mit Konfidenzintervallen und p-Werten nach KV-Bereichen (ohne Sachsen). Legende: * Im Bundesland Nordrhein-Westfalen bestehen zwei KV-Bereiche: Nordrhein und Westfalen-Lippe. Ansonsten entsprechen die KV-Bereiche den Bundesländern, ** Signifikanzniveau $p < 0,05$; *** Signifikanzniveau $p < 0,01$; APC = annual percent change; GKV = Gesetzliche Krankenversicherung; STIKO = Ständige Impfkommission; U6 = Früherkennungsuntersuchung U6 gemäß § 26 SGB V (Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten). Aus: Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/05, veröffentlicht am 08.09.2016; 1 = Inzidenz: RKI-Daten.

führung empfohlener Impfungen haben. „Die Gruppe der Impfskeptiker stellt aufgrund des vermutlich großen Steigerungspotenzials ihrer Impfbereitschaft und damit der Impfquoten ihrer Kinder eine wichtige Zielgruppe für Impfkampagnen und Aufklärung durch den behandelnden Arzt dar“, schreiben darum die Studienautoren.

Ob Impfverweigerung oder gar -resistenz nun Auswirkungen auf Mortalität oder Morbidität haben, lässt sich aber nicht belegen. „Kleinräumige Untersuchungen zum Zusammenhang von Impfung und Erkrankungshäufigkeit wären aus methodischen Gründen bei diesen relativ geringen Fallzahlen insgesamt sehr ungenau“, erklärt

Bätzing-Feigenbaum auf Nachfrage von MVF.

Da hat er recht. Auch Aleksander Szumilas, der Pressesprecher des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) betont in einer Nachfrage von MVF, dass die dokumentierten Fallzahlen zu gering seien, um statistisch eine erhöhte Inzidenz für diese Kreise belegen zu können. Laut LGL wurden im Zeitraum seit 2012 bis zum Stichtag 9.9.2016 folgende Fallzahlen dokumentiert:

- Kreisfreie Stadt Rosenheim: keine.
- Landkreis Rosenheim: 6
- Landkreis Miesbach: keine.
- Landkreis Bad Tölz: 2

Literatur

„Grundimmunisierung gegen Meningokokken C - Analyse zur Umsetzung der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission im Zeitraum 2009 bis 2014“ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuecher/2015.html?jsessionid=7CF43CC4ECD7E3B38684B3EF028F1C4C.2_cid298?nn=2374622
 Aktuelle Übersicht zum Impfstatus der Schulanfänger in Bayern: Gesundheitsreport des LGL „Der Impfstatus der Kinder in Bayern - Update 2016“: http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheitsreport_2016_01.pdf.
 Impfeempfehlungen von Bayern: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Links/Impfeempfehlungen_Bayern.pdf?__blob=publicationFile.
 Aufruf zur Meningokokken-Impfung: <http://www.bayern.de/gesundheitsstaatssekretaerin-huml-meningokokken-impfung-rettet-leben/>
<https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/impfen/>
www.lgl.bayern.de/gesundheits/lagi.htm

Bayernweit würde, so betont Szumilas, seit Einführung der Impfung ein Rückgang der Fallzahlen vor allem bei Kindern beobachtet. Die im Zi-Report genannten drei Landkreise Rosenheim, Miesbach und Bad Tölz-Wolfratshausen würden aber auch bei anderen empfohlenen Impfungen für Kinder, insbesondere bei der Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln vergleichsweise niedrige Impfquoten aufweisen. Möglicherweise

steht dies wirklich – zumindest Szumilas Ausführungen zufolge – mit einem höheren Anteil impfkritischer Eltern und Ärzte in diesen Regionen in Zusammenhang.

Auffällig ist dennoch, dass gemäß der RKI-Melddaten im Jahr 2014 die Inzidenz der Meningokokken-Erkrankung zwischen 0,1 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner (jeweils im Saarland, in Brandenburg und in Sachsen-Anhalt) und 0,8 in

Bremen lag. Das entspräche exakt den im Bericht aufgeführten Bundesländern mit besseren Impfquoten im 2. Lebensjahr, während in Bremen weniger geimpft wird. Bätzing-Feigenbaum: „Das darf aber nur als sehr vager Hinweis interpretiert werden.“ Um den Effekt der Impfung auf die Erkrankungshäufigkeit methodisch solide zu messen, müssten andere Studiendesigns wie Fall-Kontroll-Studien gewählt werden. <<

Luftverschmutzung ist langfristig ein Risikofaktor für Typ-2-Diabetes

>> Ist der eigene Wohnort durch Luftverschmutzung belastet, steigt auch das Risiko, eine Insulinresistenz als Vorstufe von Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Das berichten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Helmholtz Zentrums München in der Fachzeitschrift „Diabetes“ gemeinsam mit Kollegen des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD).

„Ob und wann die Krankheit ausbricht, hängt nicht nur vom Lebenswandel oder den Genen ab, sondern kann auch Verkehrsabgase als Ursache haben“, so Prof. Annette Peters, Direktorin des Instituts für Epidemiologie II am Helmholtz Zentrum München und Leiterin des Forschungsbereichs Epidemiologie des DZD.

Peters und ihre Kollegen haben in Koope-

ration mit dem Deutschen Diabetes-Zentrum, Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und dem Deutschen Herzzentrum München für die aktuelle Studie die Daten von knapp 3.000 Teilnehmern der in Augsburg durchgeführten KORA-Studie ausgewertet. Alle Probanden wurden befragt und körperlich untersucht. Außerdem nahmen die Forscher jeweils eine Nüchtern-Blutprobe ab, in der sie sowohl verschiedene Marker für die Insulinresistenz und Entzündungen als auch weitere aus dem Fettgewebe stammende Botenstoffe bestimmten. Nicht-Diabetiker unterzogen sich zudem einem oralen Glukosetoleranztest zum Nachweis eines gestörten Glukosestoffwechsels.

Diese Daten glichen die Forschenden mit den Luftschadstoffkonzentrationen am Wohn-

ort der Probanden ab, die sie mittels Vorhersagemodellen basierend auf wiederholten Messungen an 20 (Partikelmessungen) bzw. 40 (Stickoxidmessungen) Standorten in der Stadt und im ländlichen Raum geschätzt hatten.

„Dabei zeigte sich, dass Menschen, die bereits einen gestörten Glukosestoffwechsel aufweisen, so genannte Prädiabetiker, besonders anfällig für die Einflüsse der Luftverschmutzung sind“, so die Erstautorin der Studie, Dr. Kathrin Wolf. „Die Marker in ihrem Blut waren in Assoziation mit den Schadstoffen in der Luft besonders signifikant verändert“, erklärt sie und betont: „Luftverschmutzung ist daher gerade für Menschen mit gestörtem Glukosestoffwechsel langfristig ein Risikofaktor für Typ-2-Diabetes.“ <<

SBK fordert Veröffentlichung der Daten zur Kundenzufriedenheit

>> Deutlich mehr Beschwerden, Verbesserungen nur unter Druck – der aktuelle Jahresbericht des BVA fällt besorgniserregend aus. Die Siemens-Betriebskrankenkasse SBK plädiert angesichts der gerade veröffentlichten Zahlen für eine stärkere Qualitätsausrichtung in der GKV und fordert Politik und Verwaltung auf, den Versicherten in den Mittelpunkt der gemeinsamen Bestrebungen zu rücken. Laut des kürzlich veröffentlichten Jahresberichtes des BVA ist die Unzufriedenheit der GKV-Kunden mit ihren Krankenkassen stark gestiegen. So wuchs die Zahl der Beschwerden, die bei der Behörde 2015 eingingen, gegenüber dem Vorjahr um 22 Prozent. Über die Pflegekassen lagen sogar 58 Prozent mehr Beschwerden vor. „Diese Zahlen sind alarmierend und zeigen deutliche Qualitätsmängel in der GKV auf“, sagt Dr. Hans Unterhuber, Vorstandsvorsitzender der SBK. „Wenn sich jeder fünfte über seine Krankenkasse beschwert – bei der Pflegekasse sogar jeder dritte – dann müssen wir handeln: Wir müssen uns wieder auf die Bedürfnisse der Kunden rückbesinnen.“

Wie das BVA schreibt, konnten die meisten Beschwerdeverfahren „unproblematisch“ im Sinne einer veränderten Versorgung abge-

schlossen werden. „Das bedeutet: Viele Kunden bekommen ihr Recht erst, wenn sie eine offizielle Beschwerde einlegen. Das stellt uns Kassen kein gutes Zeugnis aus“, so Unterhuber. Dringend müssten die Krankenkassen die Qualität ihrer Dienstleistung verbessern. „Der Versicherte ist nicht Bittsteller, sondern Kunde. Als Krankenkassen sichern wir den Kunden nicht nur im Krankheitsfall ab, sondern unterstützen ihn in seiner persönlichen Lebenslage mit individuellen und passenden Dienstleistungen. Um das zu leisten, müssen wir mehr bieten als Beschwerdebearbeitung im Nachhinein.“

Ein Großteil der Versichertenbeschwerden betraf 2015 laut BVA die Versorgung mit Inkontinenz-Hilfsmitteln. Aufgrund des öffentlichen Drucks hat sich der Gesetzgeber mittlerweile des Themas angenommen. „Es ist traurig, dass es erst so viele Beschwerden braucht, damit Akteure in Politik und Verwaltung auf die Probleme der Versicherten reagieren und genauer hinsehen“, kommentiert Unterhuber. „Krankenkassen können ihre Gestaltungsspielräume nutzen, um aktiv zum Wohle ihrer Versicherten zu arbeiten. In der Hilfsmittelversorgung können sie beispielsweise durch ihre Vertragspolitik die Produktqualität gezielt steu-

ern.“ Die SBK hatte schon vor Jahren durch ihre Vertragspolitik verbindliche Qualitätsstandards im Hilfsmittelbereich festgelegt, die der Gesetzgeber jetzt für allgemeingültig erklärt.

Der SBK-Vorstand fordert die Verantwortlichen in der GKV auf, gemeinsam umzudenken: „Als Krankenkassen müssen wir näher dran sein an unseren Kunden, damit wir Probleme frühzeitig verstehen und handeln können.“ Dazu bräuchte Deutschland eine neue Dienstleistungsmentalität, denn es gehe um Qualität in der Dienstleistung, um Beratung und echte Hilfe in konkreten Situationen. Gefragt sei aber auch die Politik: „Es ist Aufgabe der Politik, nicht nur die Beitragssätze der einzelnen Kassen transparent zu machen – sondern auch die Kundenzufriedenheit.“ Und Verbraucherschutz heiße, die Dienstleistungsqualität aus Sicht der Versicherten zu vergleichen, erklärt Unterhuber. Um Transparenz für Kunden gerade in Qualitätsfragen herzustellen, schlägt der SBK-Chef deshalb vor, mehr Daten zur Kundenzufriedenheit zu erheben und zu veröffentlichen, und fängt gleich selbst damit an: Die SBK möchte demnächst als erste gesetzliche Krankenkasse Zahlen zu Beschwerden und Widerspruchsverfahren öffentlich machen. <<



Die Leistungs- und Servicehighlights der neuen BARMER

Im kommenden Jahr steht bei der Deutschen BKK eine ganz besondere Fusion ins Haus: Anfang März wurde der Vereinigungsvertrag mit der BARMER GEK unterschrieben – die neue Krankenkasse trägt den Namen BARMER und ist ab 2017 eine der beiden größten in ganz Deutschland. Rund 9,5 Millionen Bürger werden dort zukünftig betreut. Die Versicherten können sich auf ein flächendeckendes Geschäftsstellennetz, innovative Services und starke Leistungsangebote freuen.

Für Familien

BARMER-Versicherte werden vom Familien Plus Paket profitieren, das mit vielen Zusatzleistungen und Serviceangeboten die Familien rundherum absichert. Dazu gehört auch ein Familienbudget, mit dem zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen oder in Einzelfällen eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch genommen werden können.

Kinder- und Jugend-Programm

Das Kinder- und Jugend-Programm (KJP) der BARMER bietet ein umfangreiches Angebot an exklusiven Leistungen. So kommt bei der Kindervorsorge eine weitere Untersuchung hinzu, nämlich die J2. Schwerpunkte: Erkennen bzw. Behandlung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungstörungen, Kropfbildung bis hin zur Diabetesvorsorge. Ein Highlight des KJP stellt PädExpert® dar, das eine zeitnahe telemedizinische Expertise durch einen Fachpädiater garantiert. Das erspart Kindern mit seltenen oder chronischen Erkrankungen lange Wartezeiten und Anfahrtswege.

Service-App

Neben vielen Angeboten, wie der unkomplizierte Blick aufs persönliche Bonusprogramm oder wichtige Infos zum Reiseversicherungsschutz im Ausland, sticht eins besonders hervor: Versicherte können ihre AU-Bescheinigung per Foto sicher und schnell an die Kasse übertragen. Mitglieder der Deutschen BKK

können diesen Service ab Mai 2017 nutzen, da dann alle Daten aus den verschiedenen IT-Systemen zusammengeführt werden.

BARMER-Teledoktor

Qualifizierte medizinische Beratung am Telefon, im Chat oder per E-Mail: Medizinische Fachteams mit erfahrenen Fach- und Allgemeinärzten werden schnell und kompetent Fragen zu allen Gesundheitsthemen von A wie Asthma bis Z wie Zahnschmerzen beantworten – und das rund um die Uhr, jeden Tag, ohne Wartezeiten.

Spezielle Versorgungsverträge

Rheumapatienten werden in spätestens 14 Tagen einen Termin beim Rheumatologen erhalten, bei akuten Rheumaschüben sogar umgehend. Möglich macht das ein spezieller Vertrag mit den Leistungserbringern. Und: Die BARMER übernimmt die Kosten für eine aufwendige Lungenkrebsdiagnostik. Diese molekular-diagnostischen Untersuchungen stellen die Grundlage für eine personalisierte Lungenkrebstherapie dar, die zu deutlich verbesserten Überlebenschancen führt.

Kompetente Beratung über alle Kanäle

Den Versicherten der neuen BARMER werden bundesweit rund 400 Geschäftsstellen mit einheitlich langen Öffnungszeiten zur Verfügung stehen. In der Online-Geschäftsstelle hingegen wird man überall und zu je-

der Uhrzeit viele Anliegen selbst erledigen können. So können Anträge problemlos online ausgefüllt und abgeschickt werden, zudem überzeugt die persönliche Beratung per Videotelefonie. Eine zentrale Rufnummer für 9,5 Mio. Versicherte, 24-stündige Sofort-Erreichbarkeit an 365 Tagen im Jahr, spezialisierte Kundenberatung und eine überwiegend fallabschließende Bearbeitung beim ersten Kontakt – das sind die Highlights der BARMER Telefon-Geschäftsstelle.

Mobile Beratung

Nicht jeder Versicherte kann eine Geschäftsstelle aufsuchen, auch die telefonische Beratung liegt nicht jedem. Kein Problem mit dem mobilen Beratungsangebot der BARMER. Qualifizierte Mitarbeiter werden auf Wunsch Versicherte zu Hause besuchen.

Die BARMER wird ihren Versicherten künftig viele attraktive und innovative Leistungen, Services und Versorgungskonzepte anbieten (vorbehaltlich der Genehmigung des BVA).

Deutsche BKK 

38439 Wolfsburg
Telefon 0800 255 66 55
www.deutschebkk.de

Neuordnung der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von Medizinprodukten

Adaptive Zulassung – Lösung für einen schnellen Zugang?

Der Produktlebenszyklus einer medizintechnischen Innovation unterliegt verschiedenen Entscheidungsprozessen, die Forschung und Entwicklung, Zulassung, Erstattung und Inanspruchnahme betreffen. Vor welchen Herausforderungen stehen dabei Hersteller und regulierende Institutionen durch den Paragraphen 137h des SGB V, mit dem im vergangenen Jahr eine Nutzenbewertung für neue Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse gesetzlich verankert wurde? Welche Bewertungskriterien und Ansätze der Evidenzgewinnung sind für diese Medizinprodukte angemessen? Diese Fragen erörterten Experten in Berlin auf dem Workshop „Der Wert von Medizinprodukten: Entscheiden über Zulassung, Erstattungsfähigkeit und Inanspruchnahme“, einer gemeinsamen Veranstaltung der Hochschule Neubrandenburg und der B. Braun-Stiftung.

>> Von den Referenten kritisch beurteilt wurden die vom Gesetzgeber geforderten randomisierten Studien und Studienkriterien, nach denen der Nutzen nach Paragraph 137h bewertet werden soll. Ein Lösungsansatz, der in diesem Kontext intensiv diskutiert wurde, war die von Gesundheitsökonom Prof. Dr. Axel Mühlbacher aus Neubrandenburg vorgeschlagene „adaptive Nutzenbewertung“ als ein lernender Prozess. „Um dem gerechtfertigten Anspruch von Patienten nach einem schnellen Zugang zu innovativen Therapien zu entsprechen, sollten ein dringender medizinischer Handlungsbedarf ein wesentliches Entscheidungskriterium auf dem Weg zur Zulassung und Erstattung sein“, sagte Mühlbacher.

Im schnellen Zugang zu Innovationen liegt die Herausforderung, denn Patienten und ihre Ärzte haben Bedarf an Weiterentwicklungen. Im Rahmen der Bewertung neuartiger Medizinprodukte führen komplexe Nutzen-Schaden-Abwägungen zu zeitintensiven Entscheidungsprozessen. Hinzu kommt, dass neue Medizinprodukte zunehmend für die Therapie kleinerer Patientenpopulationen entwickelt werden. Wegen der Heterogenität der Patientengruppen müssen in klinischen Studien häufiger Subgruppen untersucht werden. Ungeklärt ist im Moment die Frage, ob für die Untersuchung in Subgruppen der geforderte hohe Evidenzgrad in einem angemessenen Zeitraum erreichbar ist. Dieses Problem ist aus der Kinderheilkunde seit vielen Jahren bekannt und führt dazu, dass viele Therapien für diese Patienten nicht zugelassen sind. Da aber auch ein hoher Evidenzgrad immer zu Anfang einer innovativen Therapie häufig Unsicherheit birgt, plädiert Mühlbacher dafür, hinsichtlich klinischer Effekte ein gewisses Maß an Unsicherheit zugunsten eines zeitnahen Zugangs zu innovativen Therapien abzuwägen.

Nach dem heute üblichen Ansatz wird versucht, für eine Behandlungsmethode oder ein Medizinprodukt eine Gesamtzulassung zu erzielen. Mühlbacher erläuterte seinen theoretischen Ansatz, Entscheidungsprozesse an die kontinuierliche Erhebung klinischer Evi-

denz und an Patientenpräferenzen anzupassen und in einem adaptiven Prozess Nutzen und Schaden einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB) abzuwägen. So könnte sich aus der Gesamtpopulation der in Frage kommenden Patienten eine Gruppe mit dringendem Handlungsbedarf herauskristallisieren und für diese eine bedingte oder „adaptive“ Zulassung ermöglicht werden. Das bedeute eine Erstattung zunächst nur für diese Teilpopulation. Im weiteren Verlauf würden durch Verbesserung des Evidenzgrades die Informationen generiert, mit denen dann auch die Zulassung für die Gesamtpopulation erreicht werden könnte. Mit adaptiven Ansätzen ließen sich auch fortschreitende Lerneffekte der Anwender besser abbilden. „Über die Zeit könnten statische regulative Entscheidungsprozesse durch prospektive Abwägungen von Evidenz, Sicherheit und Nutzen ersetzen“, betonte Mühlbacher.

Dr. Fülöp Scheibler vom IQWiG sah keine Zugangsprobleme für Innovationen nach Paragraph 137h. „Geht aus den vom Krankenhaus mit dem NUB-Antrag eingereichten Studienergebnissen ein eindeutiger Nutzen hervor, könne direkt die Erstattungsfähigkeit entschieden werden, erklärte er. Bei der transparenten Benennung

der Kriterien, welche Studien im Einzelnen für die Nutzenbewertung erforderlich seien, sieht Scheibler auf Seiten der Health-Technology-Assessment-Agenturen wie dem IQWiG noch Handlungsbedarf, ebenso bei der Verbindlichkeit der Bewertungsverfahren über die gesamte

Verfahrensdauer hinweg.

Anders beurteilt wird die Sachlage von Dr. Gabriela Soskuty, B. Braun Melsungen AG. Sie erklärte, dass bis zur Vergütung einer neuen Methode bzw. eines neuen Medizinprodukts unter Umständen vier bis fünf Jahre vergehen können. Auf dem Weg zu einem Medizinprodukt werden schon vor der CE-Kennzeichnung auf verschiedenen Ebenen Studien durchgeführt und damit Evidenz aufgebaut. „Randomisierte kontrollierte

Studien (RCT) sind der Goldstandard und ein Muss bei Medizinprodukten, wenn ein Wirksamkeitsnachweis unter Studienbedingungen erstellt werden soll“, erklärte Soskuty. Es könne aber Situationen geben, in denen andere Studienarten passender wären und schneller zum gewünschten Ergebnis führen. Jedes Medizinprodukt, jede Methode erfordere ihrer Meinung nach ein Studienprogramm, das an die entsprechende Fragestellung angepasst ist. <<

von: Andrea Thöne



Prof. Dr. Axel Mühlbacher: „adaptive Nutzenbewertung“ als lernender Prozess.

Nutzenbewertung für neuartige Medizinprodukte

Hintergrund für die Veranstaltungsreihe, über die in MVF regelmäßig berichtet wird, ist die im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) mit dem Paragraph 137h SGB V beschlossene und von Experten kritisch diskutierte Neuordnung der Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von Medizinprodukten hoher Risikoklassen mit besonders invasivem Charakter des Eingriffs und neuem theoretisch-wissenschaftlichen Konzept. Ähnlich wie bereits im ambulanten Sektor entscheidet damit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ob eine in diese Klasse fallende Untersuchungs- und Behandlungsmethode eine besondere Erstattung erzielt bzw. in der Klinik überhaupt eingesetzt wird. Die Hochschule Neubrandenburg und die B. Braun-Stiftung möchten mit jeder Veranstaltung die Diskussion zu einem Teilaspekt der Nutzenbewertung voranbringen. Die Veranstaltungen finden im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin-Mitte statt. Die B. Braun-Stiftung ist gemeinnützig und unabhängig. Zweck der Stiftung ist die Förderung des Nachwuchses in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und der Forschung. In diesem Zusammenhang fördert die Stiftung auch den Bereich Medizintechnologie.



DEN PATIENTEN VERPFLICHTET

HOFFNUNG IST, WAS WIR BEI SANOFI JEDEN TAG GEBEN, INDEM WIR IMMER NEUE HERAUSFORDERUNGEN ÜBERWINDEN, UM DAS LEBEN VON SIEBEN MILLIARDEN MENSCHEN ZU SCHÜTZEN. Als eines der weltweit führenden Gesundheitsunternehmen erforscht, entwickelt, produziert und vertreibt Sanofi innovative medizinische Lösungen, die Krankheiten vorbeugen, heilen und die Lebensqualität von Patienten und ihren Familien verbessern.

www.sanofi.com

© Pierre-Olivier/Copa Pictures - BABEL

1601_XXK_A



Das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), heute Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM)

Wo Daten für Taten zuhause sind

Nach dem Institut für Community Medicine (MVf 01/16) und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg (MVf 02/16) wird in dieser Ausgabe das SOCIUM vorgestellt, das aufgrund seiner Historie und seiner multiprofessionellen Ausrichtung als auch der mit ihm eng verbundenen Person von Prof. Dr. Gerd Glaeske durchaus als einer der wichtigsten Institutionen der Versorgungsforschung in Deutschland verstanden werden kann.

>> Versorgungsforschung mit Routinedaten ist in Deutschland mit einem Namen und zwei bundesdeutschen Kreisstädten, einer großen und einer kleineren, engstens verbunden: mit Gerd Glaeske und den Städten Lindau und Mettmann. Anfang der 1980er-Jahre war der Begriff Versorgungsforschung noch gar nicht gesetzt, geschweige denn etabliert, vor allen Dingen gab es keine Daten, mit denen man an so etwas modernes wie Versorgungssteuerung nur hätte denken können. Eine Ausnahme war eine damals bedeutende Krankenkasse, die AOK Lindau, zu der alle jene pilgerten, die erkennen und verstehen wollten, wie sich die Versorgungsverläufe und -prozesse innerhalb einer Kasse darstellten und auch, was Krankenkassendaten überhaupt sind und vor allem: was man mit ihnen anfangen kann.

Die AOK des Kreises Mettmann allerdings war eine der ersten, wenn nicht die allererste Kasse, die – den Bereich Trans-

parenz ernst nahm und ein Datensystem aufgebaut hatte, indem alle Leistungen ihrer Versicherten dokumentiert waren, um ausgehend von Arzneimittel-Verordnungen ein Beratungskonzept aufbauen zu können. Einen ähnlichen Ansatz verfolgte aber auch die GEK, die damals durch die Personen der beiden damaligen Geschäftsführer freundschaftlich miteinander verbunden waren und sich inhaltlich austauschten, wie man solche datengestützten Systeme aufbauen kann.

„Es ist ein Glücksfall, dass sich die GEK und Gerd Glaeske gefunden haben“, schrieb Dieter Hebel, ab 1977 bei der Gmünder Ersatzkasse GEK als stellvertretender Geschäftsführer, ab 1981 als Geschäftsführer und von 1996 bis 2007 als Vorstandsvorsitzender. Das steht so wortwörtlich im Buch „Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung“, das im August 2015 durch



Prof. Dr. Gerd Glaeske ist seit 1999 Professor für Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Leiter der Forschungseinheit Arzneimittelberatung und Arzneimittelinformation und war seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). Seit 2015 ist er Professor und Abteilungsleiter für „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik SOCIUM der Universität Bremen. Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, Promotion, Prüfung in den Fächern Pharmazeutische Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie, Weiterbildung für Arzneimittelinformation

die BarmerGEK aufgelegt worden ist, und mit dem ein Stück weit das Lebenswerk des streitbaren und alles andere als publikums-scheuen Sozialforschers geehrt wurde.

Glaeske brachte nach seinem Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg sowie von 1981 bis 1988 als wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der Abteilung für Arzneimittelepidemiologie im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) vor allem aus seiner Tätigkeit bei der AOK Mettmann schon Ende der 80er Jahre erste Erfahrungen in Datenanalyse und -management mit zu seinem zweiten Kassenjob bei der GEK. Dort wurde weiter gearbeitet, geforscht und im Jahr 2001 der erste Arzneimittelreport publiziert, damals noch ein recht schmales Bändchen mit 160 Seiten, in dem die Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999-2000 dargestellt wurden. „Mit der Barmer begann so etwas wie eine systematisierte Versorgungsforschung mit einem gewissen Impact“, erinnert sich Glaeske. Der Grund: Es wurde nicht nur analysiert, sondern auch eine mediale Öffentlichkeit hergestellt, um deutlich zu machen, dass die damals noch unbekannte Versorgungsforschung genutzt werden kann, nicht nur um einen Erkenntnisgewinn zu erlangen, sondern um Fehlentwicklungen begegnen zu können. Glaeske: „Versorgungsforschung hat etwas mit Qualität aufgrund von Transparenz zu tun, wobei Transparenz nicht Selbstzweck sein darf, sondern als Basis für Qualitätsentwicklung verstanden werden muss.“ Schon damals war klar, dass das Ziel Versorgungssteuerung heißt, denn – so Glaeske – „wenn Transparenz nicht steuert, ist Transparenz unsinnig“. Oder wie es Hebel im bereits genannten Buch ausdrückte: „Daten für Taten.“

All das muss man im Hinterkopf haben, um zu verstehen, was Glaeske als Person mit nach Bremen brachte, um dort seit Ende 1999 als neu berufener Professor für Arzneimittelversorgungsforschung im ZeS zu lehren und seit 2007 bis Januar 2015 als Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung zu fungieren.

Das sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) – das seit kurzem SOCIUM heißt, in dem seit Februar 2015 das ZeS und das Institut für empirische und angewandte Soziologie (EMPAS) als fachbereichsübergreifende Forschungseinrichtung der Universität Bremen

vereint sind – zeichnet sich seit jeher durch eine ganz bestimmte Form des Zugangs zur Versorgungsforschung aus. Vor allem deshalb, weil die Arbeit im ZeS von vornherein mit einem damals noch recht unbekanntem Schlagwort versehen war, das heute zwar in Mode, aber immer noch nicht so recht im Fokus steht: die Patientenorientierung.

„Dahinter steht weit mehr als ein Schlagwort, sondern eine soziale Verpflichtung und Verantwortung, der sich alle Mitarbeiter und Studenten verschrieben haben“, sagt Glaeske. Es ging nicht nur um Daten und deren Interpretation, sondern immer um Patientenorientierung, was damals mit dem Stichwort Gegenöffentlichkeit gekennzeichnet wurde. Gegenöffentlichkeit deshalb, weil im Gesundheitssystem ganz bestimmte Strukturen, Institutionen und ökonomisch interessierte Gruppen mit ihren Meinungen dominieren und damit die Verfahren, Therapien und Behandlungsabläufe determinieren, während es dem ZeS immer darum ging, mit der Gegenöffentlichkeit die Patientenseite zu beleuchten und damit zu stärken. Glaeske: „Den Begriff haben aber nicht wir erfunden, sondern er ist ein altes Stichwort von Habermas, der die Gegenöffentlichkeit zur Strategie erhoben hat.“

Für das ZeS war es jedoch auch eine Art Strategie, nämlich der Ansatz, sozialpolitisch für eine patientenorientierte Verantwortung zu kämpfen. So versteht Glaeske, so versteht das SOCIUM noch heute Versorgungsforschung: „Versorgungsforschung hat eine korrigierende und immer auch eine aufdeckende Funktion.“ Versorgungsforschung als aufdeckende Forschung muss nach Glaeskes Ansicht deutlich machen, wo es Entwicklungen von Unter-, Über- oder Fehlversorgung gibt, das dann publizieren und öffentlich dazu stehen. „Das ist das, was mich immer umgetrieben hat.“

Und das ohne Rücksicht auf die sogenannten Stakeholder oder auf Berührungspunkte zu Medizin oder Klinik. Das gelang in Bremen vielleicht auch besser als anderswo, weil es dort keine medizinische Fakultät gab, mit der das ZeS/SOCIUM konkurrieren musste. Die Public Health-Ausrichtung des SOCIUM konnte sich so erfolgreich entwickeln. Hier werden unter anderem Gesundheitswissenschaften gelehrt sowie Bachelor- und Masterstudiengänge im gesundheitswissenschaftlichen Bereich angeboten. Und: Es war das erste Institut, das in Deutschland einen Masterstudiengang mit Themen aus der Versorgungsforschung

etabliert hat. „Von Bremen aus sind sicher viele Einflüsse auf die Versorgungsforschung gerade für unser Gesundheitssystem ausgegangen“, erklärt Glaeske, auch und weil Bremen die Verbindung von sozialem Verständnis von Gesundheitssystem und von Versorgungsforschung auszeichnet. <<



Annika Becker,
Studentin

>> [Warum studieren Sie am SOCIUM an der Universität Bremen?](#)

Seit 2011 studiere ich an der Universität Bremen. Nach meinem Bachelorabschluss in Public Health 2014 begann ich im ersten Durchgang den neu konzipierten Masterstudiengang Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management. Im Fokus des Studiums steht das forschende Lernen: Unsere Forschungsgruppe z.B. entwickelte ein evidenzbasiertes Tabakentwöhnungsprogramm für die AOK Bremen/Bremerhaven.

[Was zeichnet in Ihren Augen das SOCIUM aus?](#)

Das ZeS/SOCIUM hat eine lange Geschichte in der Sozialpolitik. Es gehört zu den wichtigsten Institutionen, die in den Sozialwissenschaften etabliert sind, die Gesundheitswissenschaften mit Public Health sind ein Teilbereich davon. Es gibt eine fächerübergreifende Forschung, zudem sind viele wichtige Professoren und interessante Dozenten im SOCIUM.

[Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?](#)

Derzeit schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema Antibabypille bei Prof. Glaeske. Ich führe eine Fragebogenerhebung in gynäkologischen Praxen in Bremen und Nie-

dersachsen durch, um den Wissensstand von Mädchen und jungen Frauen hinsichtlich Wirkungen und unerwünschten Wirkungen der verschiedenen Pillengenerationen zu erforschen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich persönlich möchte z. B. mit der Untersuchung des Wissenstands von Mädchen und jungen Frauen dazu beitragen, dass Informationen, die lebenswichtig für Patient*innen sind, diese auch wirklich erreichen. <<



André S. Morawetz, Apotheker
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum studieren Sie am SOCIUM an der Universität Bremen?

Das SOCIUM ist in seiner Form deutschlandweit einmalig: Forschungsarbeiten werden ausschließlich evidenzbasiert erstellt, die Stellungnahmen und Publikationen werden komplett unabhängig von der starken Pharmedien veröffentlicht.

Was zeichnet in Ihren Augen das SOCIUM aus?

Die enge Verzahnung zwischen SOCIUM und Krankenkassen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Gesundheitspolitik erlaubt einen Übertrag von der Theorie in die Praxis: Eigene Forschungsergebnisse können somit auch einen praktischen Nutzen bewirken.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Mein Forschungsgebiet sind die Auswirkungen chronischer Viruserkrankungen auf das Gesundheitssystem.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich hoffe durch meine Arbeit am SOCIUM die evidenzbasierte Medizin ein Stück weit

voranzutreiben und noch stärker in der Gesellschaft zu etablieren. Diese trägt meiner Meinung nach zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung bei. <<

„Lebenslange Krankheitskosten als Basis für ein value-based pricing“

>> Der kürzlich vorgelegte Innovationsreport 2016, wieder erstellt mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse (TK), erscheint seit dem Jahr 2013 nun zum vierten Mal. In ihm werden diesmal schwerpunktmäßig 23 Arzneimittel, die im Jahr 2013 neu in den deutschen Markt eingeführt wurden, betrachtet und bewertet – zum einen im Hinblick auf ihren therapeutischen Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin, zum anderen auf der Basis von Routinedaten der Techniker Krankenkasse bezüglich ihrer Marktentwicklung und Versorgungsrealität in den Jahren 2013 und 2014.

Nahezu die Hälfte der neuen Wirkstoffe, die im Innovationsreport 2016 bewertet wurden, entfällt auf den onkologischen Indikationsbereich. Bei den Ausgaben für die neuen Arzneimittel folgen viele dieser neuen Onkologika eng auf den Spitzenreiter Terflunomid, einen Wirkstoff zur Behandlung der Multiplen Sklerose. „Die Kostenexplosion in der Pharmakotherapie durch neu angebotene hochpreisige Arzneimittel, vor allem im Bereich der Onkologie und der Immunologie, könnte bald die Ressourcen unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems übersteigen und erfordert dringend eine Weiterentwicklung der Kriterien für die Preisgestaltung und -festsetzung neuer Wirkstoffe“, erklärte Prof. Dr. Gerd Glaeske bei der Vorstellung des Reports in Berlin. Zwar werden inzwischen werden 77 Prozent des Verordnungsvolumens in der GKV durch kostengünstige Generika abgedeckt, doch wachse fast kompensatorisch zu diesem noch immer leicht steigenden Generikamarkt der Anteil der hochpreisigen Arzneimittel, die vor allem aus dem Bereich der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel stammen. Und hunderte weitere befinden sich in der Pipeline der klinischen Forschung.

„Die Umsatzsteigerungen sind vor allem durch entsprechend auffällig hohe Preise von neu eingeführten Produkten möglich“, erklärt Glaeske, was trotz AMNOG weiterhin hervorragend funktioniere. Er moniert, dass lukrative und ähnliche Wirkstoffe zu hohen Preisen angeboten würden, während notwendige und wirkliche therapeutische Innovationen gegenüber vor allem ökonomisch orientierten Forschungs- und Angebotsstrategien oftmals in den Hintergrund gerieten. Sein Rat:

„Die Förderung von Biosimilarquoten wäre eine denkbare Strategie gegen die hohen Preise, die pharmazeutische Unternehmer nach wie vor im deutschen Pharmamarkt erreichen – zumeist zu Lasten der GKV.“ Indes lasse sich mit der rein therapeutischen Nutzenbewertung des AMNOG die Frage nach der Wirtschaftlichkeit keineswegs ausreichend beantworten. Dies sei – so Glaeske – erst mit einer gesundheitsökonomischen Evaluation möglich, die nicht nur die absoluten Arzneimittelpreise vergleichend betrachtet, sondern auch die gesamten Ressourcenverbräuche der Therapiealternativen und die Summe der lebenslangen Krankheitskosten berücksichtigt. Zudem sollten sich das AMNOG und die damit verbundene Preisbewertung stärker als bisher auf die Patientenorientierung ausrichten. Glaeske: „Dass in diesem Zusammenhang auch der gesellschaftliche Blick, die direkten und indirekten Kosten sowie die lebenslangen Krankheitskosten einbezogen werden müssen, versteht sich von selbst.“

So wären beispielsweise bei der Preisbewertung von Hepatitis C-Präparaten neben den Behandlungskosten auch die vermiedenen Lebertransplantationskosten, die Ausgaben für die Frühberentung oder die bisherigen häufigen Therapieversuche zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang hat übrigens auch das IQWiG bereits im Jahr 2014 Budget-Analysen gefordert und darauf verwiesen, dass in vielen Ländern die Verwendung von Hochpreisarzneimitteln auf vorher autorisierte Einrichtungen limitiert ist und auch, dass die reale „Versorgungswelt“ die durchgeführten gesundheitsökonomischen Evaluationen beeinflusst. „Es wird daher höchste Zeit, auch in Deutschland die lebenslangen Krankheitskosten zu ermitteln und in die Evaluation einzubeziehen und damit die Basis für ein value-based pricing zu legen“, fordert Glaeske. Dazu sollten Daten aus pragmatischen Studien die in Zulassungsstudien gefundene Wirksamkeit (efficacy) um Daten zum patientenorientierten Nutzen (efficacy) unter realen Versorgungsbedingungen unter Berücksichtigung von patient-reported outcomes (PRO)/effectiveness) ergänzen und damit die AMNOG-Bewertungen zugunsten der Patienten, aber auch der verordnenden Ärzte verlässlicher machen. <<

Evaluation der „Häuslich künstlichen Beatmung“

>> Das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost begleitet und evaluiert seit 2014 ein am AOKeigenen Centrum für Gesundheit (CfG) durchgeführtes Modellprojekt zur häuslichen Betreuung von Beatmungspatienten. „Die wissenschaftliche Auswertung zeigt, dass optimal und interdisziplinär betreute künstlich Beatmete seltener ins Krankenhaus müssen“, erläutert GeWINO-Geschäftsführer Prof. Dr.- Ing. Thomas P. Zahn. Zudem verringere sich die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer bei diesen Patienten im Vergleich zu denen, die nicht in das Programm eingeschlossen sind. Diese und weitere positive Effekte der Praxis für außerklinische Beatmung haben in der Fachwelt Aufsehen erregt. Das Modellprojekt der AOK Nordost wurde von der Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung mit dem ersten Preis für das beste Abstract ausgezeichnet.

Das innovative Konzept soll langfristig nicht nur in Berlin, sondern auch in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern etabliert werden. Nach Expertenschätzung sind in Deutschland 10.000 bis 25.000 Menschen auf invasive künstliche Beatmung angewiesen. Die Anzahl künstlich Beatmeter steigt und die AOK Nordost verzeichnete in den letzten vier Jahren einen durchschnittlichen Zuwachs dieser Patientengruppe in der ambulanten Versorgung von rund 7,6 Prozent. Künstliche Beatmung erfolgt ganztags oder nachts und ist bei schweren Formen chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen und neuromuskulären Krankheiten, wie zum Beispiel Querschnittslähmung, nach einem Schlaganfall, bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson oder Multipler Sklerose notwendig. Bis vor wenigen Jahren konnten die Patienten nur im Krankenhaus versorgt werden.

„Mittlerweile können aber viele von der Intensivstation nach Hause entlassen und dort betreut werden“, informiert Studienleiter Dr. med. Eckehard Frisch, Pneumologe am CfG. Viele künstlich Beatmete möchten in den eigenen vier Wänden und nicht im Krankenhaus oder in einer Pflegeeinrichtung betreut werden. „Häusliche künstliche Beatmung bedeutet für die Betroffenen mehr Lebensqualität, Privatsphäre und weniger Belastung für sie und ihre Angehörigen. Wenn ein Patient, der künstlich beatmet werden muss, von der Intensivstation nach Hause entlassen wird, ist das für die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal eine Herausforderung. In unserem Modellprojekt werden neue Ver-

sorgungskonzepte erprobt“, erläutert Frisch. Dabei legt der Pneumologe Wert auf die enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, Logopäden, Physiotherapeuten, Pflegediensten und Hilfsmittellieferanten. Eine optimale Betreuung von künstlich Beatmeten können nicht spezialisierte Teams oder Hausärzte kaum erreichen. Um die Versorgung der Betroffenen

zu verbessern, hat die AOK Nordost im Januar 2014 im Centrum für Gesundheit die Praxis für außerklinische Beatmung eingerichtet. Hier arbeiten Pneumologen, Case-Manager, Atmungstherapeuten und beatmungserfahrene Krankenpfleger eng zusammen und haben bisher erfolgreich schon mehr als 250 Patienten versorgt. <<

Kurz-Interview mit Dr. med. Eckehard Frisch, Facharzt für Pneumologie, Centrum für Gesundheit (CfG), Berlin

>> **Woran fehlte es vielen künstlich Beatmeten in der häuslichen Betreuung besonders häufig und woran lag das?**

Die Versorgung tracheotomierter Menschen in der Häuslichkeit war ein mutiger Schritt der Pflegenden – zusammen mit den Betroffenen und ihren Angehörigen. Vor allem der ärztliche Sektor war und ist auf die Versorgung von Patienten, die direkt von einer Intensivstation nach Hause entlassen werden, nicht ausreichend vorbereitet.



Welche Erkenntnisse konnten Sie aus dem Modellprojekt bisher ableiten und wie verändern diese die Versorgung in der Praxis für außerklinische Beatmung im Centrum für Gesundheit (CfG) der AOK Nordost?

Zu Beginn fehlte es vor allem an einem „Schnittstellenkoordinator“, der alle Fragestellungen erkennt und deren Lösung mit allen an der Versorgung Beteiligten moderiert und koordiniert. Dies hat dazu geführt, dass neben der Versorgung durch einen in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Facharzt ein entsprechend geschulter Case Manager die Strukturen mit unterstützt.

Wie stellen Sie sich vor dem Hintergrund Ihrer bisherigen Forschungsergebnisse die Zukunft der außerklinischen Betreuung von künstlich Beatmeten vor?

Ähnlich wie bei der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Häuslichkeit sollte der Hausarzt die Möglichkeit haben, ein spezialisiertes Team, bestehend aus einem in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Facharzt, einem Case Manager und einer spezialisierten Pflegefachkraft hinzuzuziehen. Somit würde eine optimale Versorgung dieser schwerstkranken Menschen zu Hause gewährleistet und es könnte ein Maximum an Lebensqualität in einer schwierigen Lebensphase erreicht werden. <<

MSD Gesundheitspreis für sechs Versorgungsprojekte

>> Mit dem MSD Gesundheitspreis will das Pharmaunternehmen innovativen und nachhaltigen Versorgungsprojekten eine mediale Bühne bieten, doch ebenso werden die Preisträger unterstützt und erhalten Anreize zur Weiterentwicklung. Der Preis, der seit 2012 jährlich von einer hochrangig besetzten Jury verliehen und auch 2016 wieder unter der Schirmherrschaft des Bundesministers für Gesundheit, Hermann Gröhe, steht, ging in diesem Jahr an einen ersten, zwei zweite und zwei dritte Plätze.

Die Preise wurden an folgende Versorgungsprojekte verliehen:

- 1. Rang:** Schmerz im Griff (Deutsches Kinderschmerzszentrum): www.deutsches-kinderschmerzszentrum.de
- 2. Rang:** QuaMaDi (Kassenärztliche Vereini-

gung Schleswig-Holstein). www.quamadi.de
2. Rang: Jena Paradies (Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena). www.allgemeinmedizin.uni-jena.de/content/forschung/angststoerung/index_ger.html

3. Rang: Diabetisches Fußsyndrom (AOK Nordost – Die Gesundheitskasse) www.aok.de/nordost (s.a. MVF 03/16)

3. Rang: Pro Youth (Forschungsstelle für Psychotherapie, Universitätsklinikum Heidelberg) www.proyouth.eu

Sonderpreis: MZEB – Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (Evangelische Stiftung Alsterdorf), das eine Lücke in der Versorgung von Patienten schließt, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung eine besondere Expertise brauchen. <<

Interview mit Prof. Dr. Matthias Schrappe, Köln

Warnung vor institutioneller Eigendynamik

In nur 14 Tagen hat es das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. geschafft, rund 50 Forscher und Wissenschaftler aus den Reihen der Mitgliedsverbände und der persönlichen Mitglieder zu motivieren, um eine wirklich gehaltvolle und stimmige Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren abgeben zu können. Die arbeitsreiche Aufgabe des Leiters der vom DNVF dafür gebildeten Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“ hat einer der Mitgründer des DNVF und aktuell im Vorstand tätigen Versorgungsforscher übernommen: Prof. Dr. Matthias Schrappe.

>> Herr Prof. Schrappe, schon im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17. März 2016 über die Beauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V steht, dass der G-BA „von einer Neuentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ absehe und stattdessen „auf die Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren aus dem vorhandenen, im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung gemäß QSKH-RL bereits erhobenen Pool von Qualitätsindikatoren“ fokussiere. Ist denn diese Aufgabe dem IQTIG in dem kürzlich vorgelegten Vorbericht zu „Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ gelungen?

Der Gesetzgeber hat als Ziel der Krankenhausversorgung zunächst einmal in §1 Abs. 1 KHG die „bedarfsgerechte Versorgung“ durch die Begriffe „qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung“ ersetzt und den Krankenhäusern neben der Leistungsfähigkeit als Attribut „qualitativ hochwertig“ mit auf den Weg gegeben. Der Gesetzgeber hat weiterhin im neuen Abs. 1a des §6 KHG als Regelfall vorgeschrieben, dass „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ Bestandteil der Krankenhauspläne sind (es sei denn, auf Landesebene würden Ausnahmeregelungen geschaffen). In §136c Abs. 1 SGB V wird dann der G-BA damit beauftragt, solche planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu entwickeln – vom Verzicht auf eine Neuentwicklung steht nirgendwo etwas. Lediglich in der Gesetzesbegründung wird, angesichts des engen Zeitplanes verständlich, der Hinweis gegeben, dass für den ersten Aufschlag (Start 1.1.2017) eine Neuentwicklung nicht sinnvoll sei. Der G-BA leitet daher in seiner Beauftragung des IQTIG ab, dass „diese erste Beauftragung“ sich auf die bisherigen Qualitätssicherungsdaten beziehen solle. Entsprechend hat das IQTIG gehandelt. Aber es steht in der Beauftragung natürlich nicht, dass diese Beauftragung mit einer Auswahl von Parametern enden soll, die in ihrer Mehrzahl für Planungszwecke völlig irrelevant sind (z.B. Herzchirurgie).

Von März bis Mitte Juli, als der Vorbericht des IQTIG veröffentlicht wurde, sind gerade einmal vier Monate vergangen. War die Zeitvorgabe einfach zu eng? Hätte die Politik und/oder der G-BA diese Aufgabe nicht mit mehr Ruhe und einem höheren Willen zu mehr Qualität angehen sollen?

Ich denke, die Politik muss das Tempo vorgeben, der G-BA muss dies umsetzen – und dass angesichts eines solch „heißen“ Themas wie der Umgestaltung der Krankenhausplanung auf politischer Seite aufs Tempo gedrückt wird, damit keine Zeit bleibt, das Thema zu zerreden, liegt im Bereich des Verständlichen. Man darf ja nicht aus den Augen verlieren: Mit der Einführung von Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung öffnen wir endlich den Weg in eine Versorgungsplanung, die über die reine Bettenplanung und auch über die Krankenhausversorgung hinausweist, um regional adäquate Konzepte zu entwickeln,

die gleichermaßen Bedarf und Qualität berücksichtigen.

Es werden doch seit vielen Jahren Qualitätsindikatoren entwickelt und fleissigst gesammelt.

Sicher. Wir sammeln im Krankenhaus Qualitätsdaten seit über 20 Jahren, da darf man auch von den Fachleuten erwarten, dass sie schon mal vorausgeschaut haben, denn die Entwicklung war ja vorhersehbar.

Spätestens seit dem Koalitionsvertrag 2013 und dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Kommission von Dezember 2014.

Exakt. Das DNVF ist auf jeden Fall der Meinung, dass es z.B. mit einem „Indikatoren-Set Patientensicherheit“ auch auf der Basis der bisherigen Indikatoren gute Möglichkeiten gegeben hätte, sinnvolle Instrumente vorzuschlagen – und hält dies immer noch für möglich.

Das DNVF identifiziert in seiner Stellungnahme zum vorgelegten Bericht und dem vom IQTIG gewählten Ansatz vier schwerwiegende Mängel, die aus Perspektive der Versorgungsforschung einer dringenden Korrektur bedürften. Was ist denn der schwerwiegendste Mangel?

Am schwerwiegensten sind die beiden Bereiche „Auswahl der Leistungsbereiche“ und das sogenannte „Konzept Patientengefährdung“.

Bei letzterem handelt es sich um eine Neuentwicklung durch das IQTIG, das leider diametral zu dem Fehlerverständnis steht, das wir in den letzten 10 bis 15 Jahren in Deutschland und in den letzten 20 Jahren weltweit mit großer Kraftanstrengung implementiert haben.

Wo liegt das Kardinalproblem?

Das moderne Fehlerverständnis bezieht sich nicht auf Gefahr oder „schwerwiegende Gefährdung“, denn das sind Begriffe, die in der nationalen und internationalen Patientensicherheitsdiskussion überhaupt nicht vorkommen, sondern auf die Analyse von Fehlerketten, um zu verstehen, warum etwas passiert und wie man es in Zukunft verhindern kann. Denn die Medizin ist ein Hochrisikobereich: Wir haben keine andere Wahl als zu versuchen, Fehlerketten und Risiken früh zu erkennen und präventiv tätig zu werden. Dafür brauchen wir in erster Linie die Kooperation von Mitarbeitern, Patienten und Institutionen, und wir brauchen den Einsatz von Patientensicherheitsindikatoren, so wie sie der Sachverständigenrat bereits vor zehn Jahren beschrieben hat. Wenn Krankenhäuser jetzt plötzlich wieder als „Gefährder“ bezeichnet werden (denn das wird ja die Folge sein), dann ist das eine völlig Verkehrung der bisherigen Strategie. Dies darf auf keinen Fall Wirklichkeit werden.

Einer der vom DNVF genannten Mängel, der in der Stellungnah-

me als „zentrales Missverständnis“ und „fehlerhafte Annahme“ gekennzeichnet wird, ist das sogenannte „Repräsentationsprinzip, das besagt, dass nur dann, wenn ein Fachgebiet durch die verwendeten Parameter möglichst umfassend abgebildet wird, eine Aussage zu Qualität (und Sicherheit, wenn man dem Konzept folgt) möglich sei und zu Planungszwecken Verwendung finden könne. Wie kann es denn überhaupt zu einem derart „zentralen Missverständnis“ kommen?

Das fragen wir uns auch. Die Selektivität von Indikatoren ist eine der wichtigsten Eigenschaften, denn wir wollen (und können!) ja nicht alles messen, sondern möchten mittels ausgewählter Indikatoren oder Kennzahlen ein kräftesparendes Monitoring durchführen, damit man im Fall der Fälle genauer hinschauen kann. Wenn man dem „Repräsentationsprinzip“, das nirgendwo in der internationalen Literatur und Praxis bislang aufgetaucht ist, folgt, würde das heißen, dass gerade die vielgestaltige Versorgung der „Patienten vor Ort“ mit ihren chronischen und Mehrfacherkrankungen niemals mit einbezogen werden würden, genauso wenig jedoch die operativen Fächer wie z.B. die Unfallchirurgie, denn die Vielzahl der Eingriffe, die im Stadtteilkrankenhaus durchgeführt werden, können wir nie und nimmer umfassend abbilden.

Wo sehen Sie die größte Gefahr?

Das „Repräsentationsprinzip“ würde dazu führen, dass ausgerechnet die Herzchirurgie und die Leistungsbereiche Mamma-Chirurgie sowie Perinatalmedizin aus der Frauenheilkunde ausgewählt werden. Im ersten Fall handelt es sich um einen Leistungsbereich aus der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, die nun ganz und gar nicht im Mittelpunkt des Planungsinteresses steht, im zweiten Fall interferiert die Auswahl mit den laufenden Strukturänderungen mit Brust- und Perinatalzentren, ohne dass klar ist, ob dies nun wirklich die Bereiche mit dem größten Handlungsbedarf sind. Erkrankungsbilder wie die ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung), die gut untersucht ist, bei Krankenhausaufnahme eine Mortalität um die zehn Prozent aufweist und vor allem das Tagesgeschäft der Krankenhausversorgung in der Fläche darstellt, werden hingegen außen vor gelassen.

Wie stellt sich aus Ihrer Sicht die vom IQTIG vorgesehene Auswahl der Indikatoren dar?

Natürlich sind Ergebnisindikatoren der Goldstandard, aber jede Medaille hat eine Rückseite. Diese Rückseite besteht darin, dass sie Ergebnisindikatoren im Gegensatz zu Prozessindikatoren risikoadjustieren muss, wodurch kleine statistische Gruppengrößen entstehen. Da nun gerade kleine und mittelgroße Krankenhäuser (in Ballungsgebieten) im Mittelpunkt der Diskussion stehen, die sowieso schon eher kleine Fallzahlen aufweisen, ist natürlich fraglich, ob man mit risikoadjustierten Ergebnisindikatoren je eine Planungsrelevanz des ganzen Unterfangens hinbekommen kann.

Es klingt doch ganz gut, nach Ergebnisindikatoren zu rufen.



Auf den ersten Blick sicher. Doch in der Konsequenz erreicht man genau dadurch, dass sich gar nichts tut. Für den Bereich Herzchirurgie geben dies die Verfasser des IQTIG-Berichtes auch unumwunden zu: „keine statistische Aussagekraft zu erwarten“. Das DNVF empfiehlt daher ein Umdenken und den Einsatz von Struktur- und Prozessindikatoren, vor allem, weil diese auch viel eher dem präventiven Charakter eines Qualitätsverbesserungsansatzes entsprechen.

Im letzten Kapitel der Stellungnahme, der mit „Schritte bis zum Regelbetrieb“ überschrieben ist, empfiehlt das DNVF vor der Einführung in den Regelbetrieb eine Testphase durchzuführen. Verbirgt sich hier nicht auch die Warnung vor politisch motivierten bundesweiten Feldversuchen mit nicht absehbaren Folgen für die Versorgungsqualität?

Dieser Aspekt steht weniger im Vordergrund, aber es ist natürlich sinnvoll, bei dem komplexen Vorgehen, das das IQTIG vorschlägt (z.B. erst eine „Verifizierung“, dann eine Datenvalidierung) vorher mal auszuprobieren, ob das eigentlich klappen kann.

Sie haben als Koordinator der vom DNVF gebildeten Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“ rund 50 Wissenschaftler koordiniert, deren Wissen und Erfahrungen in die DNVF-Stellungnahme eingeflossen sind. Könnte man nicht annehmen, dass das IQTIG schon vorher auf diese Expertise hätte zurückgreifen können und sollen, sogar müssen?

Das IQTIG hat ja einen kleinen Expertenbeirat gebildet. Aus dem Bereich Patientensicherheit ist jedoch niemand hinzugebeten worden – was angesichts der Bedeutung des Themas „Patientengefährdung“ erstaunlich ist –, aber dies liegt einzig und alleine im Verantwortungsbereich des Instituts.

Wann kam das DNVF ins Spiel?

Das DNVF ist nach §137a Abs. 7 bei der Arbeit des IQTIG „zu beteiligen“. Nach Veröffentlichung des Vorberichts hat man uns 14 Tage Zeit für die Stellungnahme gegeben. Obwohl das angesichts der komplexen Thematik viel zu wenig Zeit war, haben wir reagiert und damit sicher auch gezeigt, was das DNVF zu leisten im Stande ist. Und auch künftig leisten kann und wird, darum bietet das DNVF hiermit allen Akteuren – und so auch dem IQTIG – seine Kooperation an.

Was wäre dem IQTIG nach den Erfahrungen mit dem vorgelegten Vorbericht für weitere derartige Aktivitäten anzuraten?

Neu nachdenken, sich Rat holen und den Mut haben, konzeptionelle Eigenentwicklungen auf den Prüfstand zu stellen. Trotz allem öffentlichen und politischen Drucks, unter dem das IQTIG steht, sollte vor institutioneller Eigendynamik gewarnt werden. Denn man muss nun einmal nicht jedes Rad neu erfinden, was uns doch frappant an die ersten Jahre des Schwesterinstitutes IQWiG erinnern mag.

Herr Prof. Schrappe, danke für das Gespräch. <<
Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Interview mit Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut

Die Datenlage ist reichhaltig, aber fragmentiert

Die Epidemiologin Dr. Christa Scheidt-Nave leitet den Aufbau der Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut in Berlin. Im Interview erklärt sie die Ziele des Projekts und geht auf die Herausforderungen ein.

>> Schätzungen zufolge wird die Zahl der Menschen mit Diabetes in Europa bis 2035 um 33 Prozent zunehmen. Wo steht Deutschland in diesem Feld?

Bevölkerungsbezogene Studien zur Verbreitung von Diabetes können in der Regel nicht zwischen den verschiedenen Diabetes-Formen unterscheiden. Wenn wir hier von Diabetes sprechen, ist in erster Linie der Typ-2-Diabetes gemeint. Epidemiologische Modellierungen von Ralph Brinks und Kollegen am Deutschen Diabetes Zentrum in Düsseldorf haben auch für Deutschland eine starke Zunahme der Zahlen für Typ 2-Diabetes vorausgesagt. Die zukünftige Entwicklung wird ganz entscheidend davon abhängen, wie erfolgreich die Prävention von Typ-2-Diabetes in den nächsten Jahren umgesetzt wird. Einen wichtigen Beitrag zur Überprüfung der Prognose leistet das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Regelmäßig wiederkehrend werden in bundesweiten, bevölkerungsrepräsentativen Gesundheitssurveys u.a. auch Daten zur Prävalenz von ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus, unerkanntem Diabetes und wichtigen Diabetes-Risikofaktoren erhoben.

Wo steht Deutschland beim Diabetes im internationalen Vergleich?

Bezogen auf die Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus liegt Deutschland im europäischen Vergleich bislang im oberen Drittel, weltweit gesehen im Mittelfeld. Die insgesamt weitaus höchsten Diabetes-Prävalenzen werden im Nahen Osten, unter den indigenen Völkern Nordamerikas, in der Bevölkerung einiger Südseeinselformen und in Indien beobachtet.

Sie sind mit der Leitung eines Projekts zum Aufbau einer epidemiologischen Diabetes-Überwachung betraut. Welches Ziel verfolgt das Projekt genau?

Die Diabetes-Surveillance soll die in Deutschland bereits verfügbaren Daten zusammenführen, um verlässliche und über die Zeit vergleichbare Aussagen zum Krankheitsgeschehen und zu Fortschritten bzw. verbleibenden Herausforderungen in der Prävention und Versorgung von Diabetes mellitus in Deutschland treffen zu können.

Welche Daten, außer den bereits erhobenen, werden denn dafür benötigt?

Untersuchungen in bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts liefern nicht nur Prävalenzschätzungen, sondern lassen auch eine Einschätzung der Verbreitung wichtiger Diabetes-Risikofaktoren, z.B. Adipositas und körperliche Inaktivität, zu. Sie haben jedoch auch ihre Grenzen. Z.B. sind Untersuchungssurveys, zu denen die Menschen in ein Studienzentrum kommen müssen, nicht geeignet, die Anzahl von Personen mit schwerwiegenden Diabetes-bedingten Komplikationen in Deutschland verlässlich einzuschätzen oder das Versorgungsgeschehen zum Diabetes mellitus umfassend zu beurteilen. Außerdem sind damit keine verlässlichen Einschätzungen zur Epidemiologie und zur Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes oder bei Schwangerschaftsdiabetes möglich.

Könnte man nicht auch Versichertendaten der Kassen hinzuziehen?

In der Tat existiert eine Fülle von routinemäßig erhobenen Daten, z.B. aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder der DRG-Statistik. Hinzu kommen Verlaufsdaten zur Prozess- und Ergebnisqualität aus den 2002-2004 eingeführten Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Bislang wurden alle diese Daten aber nur punktuell für eine zusammenfassende und kontinuierliche Diabetes-Berichterstattung genutzt. Für den Aufbau der Diabetes-Surveillance ist geplant, diese Daten systematisch einzubeziehen.

Wo liegen die Herausforderungen für das Diabetes-Surveillance-Projekt?

Wie gesagt, die Datenlage ist reichhaltig, aber fragmentiert. Wir brauchen erstens ein

Rahmenkonzept mit geeigneten Kennzahlen für eine umfassende und evidenzbasierte Gesundheitsberichterstattung zum Diabetes mellitus, um die Fachöffentlichkeit zu informieren und die Gesundheitspolitik zu beraten. Und zweitens benötigen wir Standards für das Zusammenführen relevanter Informationen

zur Abbildung dieser Kernindikatoren – sie müssen in enger Zusammenarbeit mit den jeweiligen Datenhaltern und wissenschaftlichen Kooperationspartnern auf nationaler und regionaler Ebene entwickelt werden.

Wie gehen Sie konkret beim Aufbau der Surveillance vor?

Die Projektlaufzeit beträgt insgesamt vier Jahre, vom August 2015 bis Juli 2019, sie gliedert sich in eine Entwicklungs-, eine Umsetzungs- und eine Produktphase. Zunächst soll ein

wissenschaftliches Rahmenkonzept konsentiert und publiziert werden. Es geht dabei um die Festlegung von Handlungsfeldern und Kernindikatoren sowie um eine abschließende Bestandsaufnahme zur grundsätzlichen Nutzbarkeit verfügbarer Datenquellen und der verbleibenden Datenlücken.

Was lässt sich aus der Diabetes-Surveillance für die Erfassung anderer chronischer Erkrankungen lernen?

Die Wahrscheinlichkeit ist sehr hoch, dass Erwachsene mit Diabetes mellitus auch andere chronische Krankheiten haben. Für die Diabetes-Surveillance sollen daher Datengrundlagen und Indikatoren genutzt werden, die auch bei anderen chronischen Erkrankungen relevant sind. Erfahrungen aus anderen Ländern, z.B. Kanada, haben gezeigt, dass Diabetes mellitus ein gutes Beispiel ist, mit dem sich Pionierarbeit für den Aufbau von Surveillance-Strukturen zu nicht übertragbaren Krankheiten leisten lässt. <<



Die Epidemiologin Dr. Christa Scheidt-Nave leitet den Aufbau der Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut in Berlin.

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Diabetes mellitus

DKVF 2016: 06.10.2016, 18:00 - 20:00 Uhr

Gesundheitspolitik & Versorgungsforschung beim DKVF im Dialog

Die Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren wegweisende Projekte wie den Aufbau einer nationalen Diabetes-Surveillance initiiert – im links nebenstehenden Interview gibt die Projektleiterin Dr. Christa Scheidt-Nave vom Robert Koch-Institut einen Einblick in den Stand des Projekts. Gleichzeitig wurden verschiedene Anstrengungen unternommen, um Prävention, Früherkennung und Versorgung von Diabetes mellitus in Deutschland zu verbessern.

>> Doch was wurde bislang erreicht und welche Anpassungen sind notwendig? Wer mehr darüber erfahren möchte, sollte den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2016 auf keinen Fall verpassen. In einer wissenschaftlichen Schwerpunktsitzung werden die bisherigen Ergebnisse zu Rahmenkonzept, Kernindikatoren und verfügbaren Datenquellen für die Diabetes-Surveillance diskutiert. Im Programm vorgesehen ist außerdem ein gesundheitspolitisches Symposium, das

gemeinsam vom Netzwerk Versorgungsforschung e.V. und dem Bundesministerium für Gesundheit veranstaltet wird. Dort geht es um die wechselseitigen Erwartungen von Versorgungsforschern und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, um die Zusammenarbeit bei der Erstellung einer verlässlichen Datengrundlage zur Versorgungsgestaltung weiter zu verbessern. <<

> Siehe dazu Interview auf Seite 26 -

DNVF-Stellungnahme vom 31. Juli 2016

Das DNVF fordert grundlegende Überarbeitung des IQTIG-Vorberichts

Das DNVF hat in seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2016 eine grundlegende Revision des vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 18.7.2016 vorgelegten Vorberichts „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, der die Grundlage entsprechender Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur „Qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ bildet, gefordert.

>> Das DNVF bezieht sich dabei auf zwei zentrale Themen:

1. Der Vorbericht des IQTIG wählt die Leistungsbereiche (Herzchirurgie und Frauenheilkunde mit den Schwerpunkten Brustkrebs und Perinatalogie) aus, die für die aktuellen Probleme der Krankenhausplanung (kleine Krankenhäuser in Ballungsgebieten) kaum eine Rolle spielen und ohne Notwendigkeit in bestehende Strukturentwicklungen (z.B. Bildung von Brust- und Perinatalzentren) eingreifen.
2. Der Vorbericht des IQTIG basiert auf dem Konzept der Patientengefährdung, das mit

Schuldzuweisung und Sanktion arbeitet, und dem modernen Fehlerverständnis, das die Analyse von Schadensfällen, die Fehlerkette und Systemursachen in den Mittelpunkt stellt, diametral entgegen steht. Die positive Entwicklung, die das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren genommen hat, wird hierdurch in Frage gestellt.

Das DNVF weist darauf hin, dass in ausreichendem Umfang Indikatoren zur Verfügung stehen, die relevante Erkrankungen der Grund- und Regelversorgung

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das vorliegende Heft erscheint aus Anlass des Deutschen Versorgungsforschungskongresses diesmal etwas früher als gewohnt. Neben der Vorbereitung und den kontinuierlichen Berichten zum DKVF 2016 haben wir uns in einer Stellungnahme zum Vorbericht (Fassung 18.7.2016) „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kritisch geäußert. Das DNVF fordert eine grundlegende Überarbeitung des IQTIG-Vorberichts und hat ein Dialogangebot unterbreitet. Wir sind dabei nicht alleine – auch andere Organisationen und Gesellschaften, wie die AWMF sehen das ähnlich kritisch. Sicher ist dies auch ein zentrales Thema auf der 8. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 28./29. September 2016 in Berlin, an dem das DNVF aktiv teilnimmt. Zusätzlich haben wir eine Sonderveranstaltung während des DKVF am 05.10.2016 eingeplant. Andere Beispiele, die zeigen, wo und wie sich das DNVF in Diskussionen einbringt, lesen Sie in den nebenstehenden DNVF-Seiten.

Neben all diesem gibt es Persönliches: Herr Prof. Appelrath, der sich um die Förderung der Versorgungsforschung äußerst verdient gemacht hat, ist kürzlich zu unserem großen Bedauern verstorben – Prof. Dr. Gerd Glaeske würdigt als Ehrenmitglied des DNVF und langjähriger Wegbegleiter die Persönlichkeit in einem Nachruf. Sehr erfreulich für das DNVF hingegen ist, dass Herr Prof. Selbmann die Ehrenmitgliedschaft des DNVF angenommen hat.

Ich freue mich, Sie alle auf dem DKVF 2016 in der Urania begrüßen zu können.

Ihr

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



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

betreffen (z.B. Lungenentzündung, koronare Herzerkrankung). Auch Komplikationen der Behandlung können mit einbezogen werden, jedoch auf der Basis eines präventiv ausgerichteten und nicht strafenden „Indikatoren-Sets Patientensicherheit“. Das DNVF hält es für unangemessen, wenn bei einem für die Bevölkerung derart zentralen Thema bereits im Vorbericht eingeräumt wird, dass bei einem der zwei ausgewählten Leistungsbe- reiche aus statistischen Gründen keinerlei

Aussage zu erwarten ist (Herzchirurgie). Das DNVF fordert daher, vermehrt Prozess- und Strukturindikatoren einzusetzen, bei denen statistische Einschränkungen in weitaus geringerem Ausmaß zu erwarten sind.

Das DNVF begrüßt ausdrücklich das Ziel des seit 1.1.2016 gültigen Krankenhausstrukturgesetzes, die Krankenhausplanung nicht nur auf Betten- bzw. Fallzahlen zu beziehen,

sondern auch in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung Qualitätsgesichtspunkte zu berücksichtigen. Auf Grundlage des neuen §136c Abs. 1 und 2 SGB V hat daher der G-BA am 17.3.2016 das IQTIG beauftragt, bis zum 31.8.2016 erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln, mit denen der G-BA bereits zum 1.1.2017 die Bundesländer in ihren Entscheidungen zum jeweiligen

Krankenhausplan unterstützen kann.

Das DNVF, das laut §137a Abs. 7 in das Stellungnahmeverfahren zu den IQTIG-Berichten eingebunden ist, bietet seine umfassende Kooperation an. <<

>> [Zum Interview mit Prof. Dr. Matthias Schrappe, Koordinator der Ad-hoc-Kommission, s. Seite 26.](#)

>> [Ausführliche Stellungnahme, s. Seite 45 ff](#)

DNVF-Spring-School 2017

Umfangreiches Programm mit neuen Modulen

>> Das Programm der nunmehr 5. DNVF-Spring-School, die im kommenden Jahr vom 4. bis 6. April im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn stattfinden wird, steht. Insgesamt 17 Module werden von mehr als 25 verschiedenen Referenten an den drei Veranstaltungstagen angeboten. Neben altbewährten Modulen, wie z.B. dem 1,5-tägigen Einführungsmodul in die Versorgungsforschung, wurden auf Anregung der DNVF-Arbeitsgruppen bzw. der wissenschaftlichen Leiter, Prof. Nicole Ernstmann (Bonn) und Prof. Jochen Schmitt (Köln), neue Module in das Programm aufgenommen. Die Themen und Referenten der Module sowie den Zeitplan stellen wir hier vor. Detaillierte Informationen zu den Inhalten,

den Teilnahmevoraussetzungen der einzelnen Module sowie den Teilnahmegebühren und

der Online-Anmeldung zum ermäßigten Frühbucherrabatt finden Sie auf www.dnvf.de <<

DNVF Spring-School 2017 Seminarplan

Dienstagvormittag	ID 1			
Dienstagnachmittag		ID 6	ID 8	
Mittwochvormittag		ID 7	ID 9	ID 17
Mittwochnachmittag	ID 5	ID 3	ID 13	ID 16
Mittwochabend	Vortragsabend			
Donnerstagvormittag	ID 2	ID 4	ID 14	ID 15
Donnerstagnachmittag	ID 11	ID 12	ID 10	

Seminartyp ■ basic-Module ■ advanced-Module ID Modul-Identifikationsnummer

DNVF-Spring-School 2017		
ID	Thema	Leiter/in
ID 1	Einführung in die Versorgungsforschung und methodische Grundlagen basic	Prof. Dr. N. Ernstmann, PD Dr. C. Holmberg, Prof. Dr. Dr. A. Icks, Prof. Dr. T. Meyer, Dr. N. Scholten
ID 2	Implementieren und Evaluieren in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Theorien und Methoden basic	Jun.-Prof. Dr. L. Ansmann, Prof. Dr. M. Hellmich
ID 3	Patient-Reported Outcomes: Entwicklung von Fragebögen – konzeptuelle und methodische Grundlagen basic	Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, Prof. Dr. M. Koller
ID 4	Patient-Reported Outcomes: Anwendung von Fragebögen – Interpretation von Ergebnissen und Umsetzung in der Praxis advanced	Prof. Dr. E. Farin-Glattacker, PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke, Prof. Dr. M. Koller
ID 5	Studientypen und Evaluationsdesigns in der Versorgungsforschung basic	Dr. C. Kowalski
ID 6	Komplexe Interventionen: Entwicklung und Evaluation basic	Dr. R. Möhler
ID 7	Komplexe Interventionen: Herausforderungen bei der Synthese publizierter Daten in systematischen Reviews advanced	Dr. R. Möhler
ID 8	Definition und Planung von Registern basic	Prof. Dr. J. Stausberg, M. Löprrich
ID 9	Einsatz und Betrieb von Registern für Forschung und Qualitätssicherung advanced	K. Buckow, J. Kieschke, Prof. Dr. R. Lefering Moderation: Prof. Dr. Stausberg
ID 10	Routinedaten in der Versorgungsforschung: Politische Rahmenbedingungen, Nutzbarkeit, Linkage und praktische Beispiele advanced	Prof. Dr. F. Hoffmann
ID 11	Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Grundlagen basic	Dr. D. Müller, Prof. Dr. S. Stock
ID 12	Gesundheitsökonomische Evaluationen – methodische Herausforderungen advanced	Dr. N. Chernyak, Dr. C.-M. Dintsios
ID 13	Erkenntnispotentiale qualitativer Forschung – Eine Einführung mit Forschungswerkstatt basic	Prof. Dr. T. Meyer, Prof. Dr. M. Stamer
ID 14	Gruppendiskussion als Methode in der Versorgungsforschung advanced	Dr. K. Klindtworth, Dr. M. Xyländer
ID 15	Versorgungsforschung und Politik: Grundlagen und Interaktion advanced	Prof. Dr. M. Geraedts, Prof. Dr. M. Schrappe
ID 16	Qualitätsindikatoren – Entwicklung, Auswahl und Interpretation basic	Prof. Dr. M. Geraedts, Prof. Dr. M. Schrappe
ID 17	Systematische Reviews basic	N. N., Ausrichtung in Kooperation mit dem KKS-Netzwerk

8. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA am 28.-29.09.2016

Sicht der Versorgungsforschung

>> Bei der nunmehr bereits achten vom G-BA ausgerichteten Qualitätskonferenz waren auch in diesem Jahr das DNVF und einige Mitglieder aktiv beteiligt. Herr Prof. Edmund Neugebauer referierte als DNVF-Vorsitzender am 28.09. von 15:45-17:17 Uhr in der Parallelveranstaltung „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung“ zum Thema „QS-Maßnahmen – aus Sicht der Versorgungsforschung“. Darüber hinaus waren verschiedene Referentinnen und Referenten aus den Reihen der DNVF-Mitglieder im Programm vertreten, u.a. Frau Mc Dermott vom Institut für Patientensicherheit

(IfPS), Frau Francois-Kettner vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), Frau Dr. Wesselmann von der Dt. Krebsgesellschaft (DKG), Frau Dr. Hauth von der Dt. Gesellschaft für Psychotherapie und Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DG-PPN) und Frau Dr. Kostuj (Pers. Mitglied). Dies verdeutlicht den hohen Stellenwert, den diese Veranstaltung und das Thema für die DNVF-Mitglieder haben. <<

>> <https://www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/qs Konferenzen/>

68. Kongress der Dt. Gesellschaft für Urologie e.V am 28.09.2016

Real Life Data in Klinik und Praxis

>> Auf Einladung des Kongresspräsidenten Prof. Dr. Kurt Miller, hat sich das DNVF an einer Sitzung und der Diskussion zum Thema „Qualität in der Medizin: Hilft uns Versorgungsforschung?“ beteiligt. Prof. Max Geraedts aus Marburg, Sprecher der AG Qualitäts- und Patientensicherheitsfor-

schung, stellte in der Pro- und Contra-Sitzung am Mittwoch, den 28.09., von 14.30 bis 16 Uhr in Saal E, Halle 2 die Vorteile der Versorgungsforschung heraus.

Sein Referatsthema lautete: Pro: „Real Life Data“ hilft uns in Klinik und Praxis bei wichtigen Entscheidungen. <<

Sonderveranstaltung am 05.10.2016 von 10.30-12.30 Uhr, Urania Berlin

Einführung: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

>> Aus aktuellem Anlass wird auf dem DKVF für DNVF-Mitglieder folgende Veranstaltung durchgeführt: „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung – eine Einführung“.

Das DNVF ist laut § 137a Abs. 7 SGB an der „Entwicklung der Inhalte“, die in der Aufgabenstellung des IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung) nach Abs. 3 genannt sind, „zu beteiligen“ und hat, wie berichtet, zum IQTIG Vorbericht kritisch Stellung bezogen. In dem zweistündigen Seminar für die DNVF-Mitglieder wird auf die Grundzüge der Krankenhausplanung eingegangen (Zuständigkeitsbereich der Bundesländer). Die Krankenhausplanung muss mehrere Entwicklungen berücksichtigen (zunehmende Differenzierung der Versorgungsstufen, Tendenz zur gleichzeitigen Unter- und Überversorgung im ländlichen Bereich bzw. Ballungsgebieten, zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung) und entwickelt sich zunehmend von der einrichtungsbezogenen Investitionsförderung zur morbiditätsbezogenen Fallplanung, regionale Versorgungsaspekte treten in den Vorder-

grund. Veränderungen können vor diesem Hintergrund nur im Rahmen einer umfassenden Bund-Länder-Kooperation erfolgreich durchgeführt werden, wie sie in den letzten Jahren durch die Machtkonstellation in Bundestag und Bundesrat gegeben war.

Zentral war die Erweiterung der Zielformulierung der Krankenhausversorgung um die Kriterien der Qualität und Patientengerechtigkeit (§1 Abs. 1 KHG vom 22.12.2015), außerdem musste die Nebenbedingung der Trägervielfalt relativiert werden. Diese Veränderungen wurden schrittweise im Koalitions-

vertrag von 2013, dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Kommission von 12/2014 und letztlich der KHSG-Reform von 12/2015 umgesetzt und müssen als größte Reform seit der DRG-Einführung im Jahr 2000 angesehen werden. Vor diesem Hintergrund werden im Einführungsseminar der Vorbericht des IQTIG dargestellt.

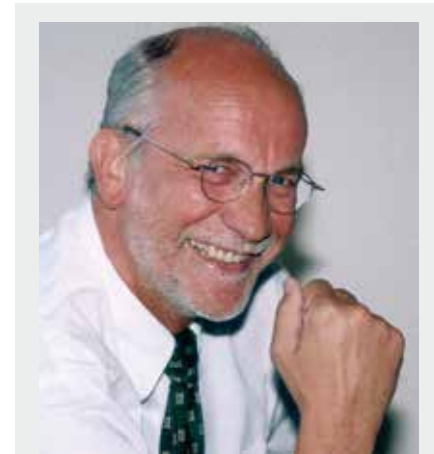
Zum Vorbericht hatte sich das DNVF um dort vertretenen Konzept der „Patientengefährdung“ und des sog. „Repräsentationsprinzips“ sehr kritisch geäußert (s. Seite 43 ff). <<

BPI-Workshop am 19.10.2016, Berlin

Sichtweise der Versorgungsforschung

>> Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) e.V. lädt am 19. Oktober von 10 bis 13 Uhr nach Berlin zum Workshop „Evidenzgenerierung außerhalb von RCT-Extrapolation“ ein. Mit Vertretern aus Wissenschaft,

Forschung, Politik und Behörden wird eine Diskussion geführt, bei der Prof. Matthias Schrappe, als Mitglied des DNVF-Vorstands, die Sichtweise der Versorgungsforschung vorstellen wird. <<



Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann ist neues Ehrenmitglied im DNVF e.V.

Prof. Selbmann wird am 5. Oktober im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des diesjährigen Versorgungsforschungskongresses die Ehrenmitgliedschaft des DNVF e.V. verliehen. Der Verein ehrt Prof. Selbmann für seine großen Verdienste in der Versorgungsforschung und im DNVF. Herr Prof. Selbmann war seit 2008 bis Juni 2016 als kooptiertes Vorstandsmitglied seitens der AWMF im DNVF-Vorstand tätig und hat die Entwicklungen im DNVF wesentlich mitgestaltet.

Nachruf zum Tode unseres Mitglieds Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Jürgen Appelrath

Am 5. August 2016 ist Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Jürgen Appelrath im Alter von 64 Jahren in Oldenburg nach schwerer Krankheit verstorben. Sein Tod ist auch für das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung ein großer Verlust, da er sich gerade in den letzten Jahren seines Lebens intensiv für die Förderung der Versorgungsforschung mit der Einrichtung eines Departments für Versorgungsforschung mit bisher bereits fünf besetzten Professuren eingesetzt und damit die größte universitäre Einrichtung dieser Art in Deutschland geschaffen hat. Dass solche Gründungen neuer wissenschaftlicher Einrichtungen auch mit mancherlei Problemen verbunden sind, hat ihn nicht erschreckt, sondern im Gegenteil seine strategische Kompetenz herausgefordert, die auf der Basis intensiver Netzwerkarbeit im politischen und wissenschaftlichen Raum vielfach erfolgreich war. Die Kraft der Vernetzung hat er sicherlich aus seinem erfolgreichen Wirken und vielfältigen Aktivitäten in der Informatik erkannt. In diesem Zusammenhang gehört ohne Frage die Gründung des ersten An-Institutes der Universität Oldenburg, des OFFIS-Instituts für Informatik (Mitglied im DNVF), zu seinen wichtigsten wissenschaftlichen Aktivitäten. Dieses Institut feierte übrigens Anfang Juli 2016 das 25-jährige Bestehen. Nach seiner Assistenzprofessur für Informatik an der ETH Zürich, wo er von 1984 bis 1987 tätig war, hat er das OFFIS von 1992 bis 2016 als Vorstand geleitet. Herr Appelrath hatte die Gabe, Prozesse und Situationen rasch zu analysieren und die richtigen Wege einzuschlagen und dabei Kooperationspartner einzubinden. Seiner Eloquenz, seiner integrierenden Wirkung und Überzeugungskraft konnte man sich kaum entziehen. Er war fordernd, dabei aber immer kollegial; er war scharf in der Diskussion, letztlich aber immer respektvoll anderen gegenüber, er war klar in der Formulierung, aber niemals verletzend. Seine wissenschaftlichen Ziele hat er immer konsequent verfolgt, anders wäre ihm sicherlich die Gründung des Departments für Versorgungsforschung in der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg nicht gelungen (<https://www.uni-oldenburg.de/versorgungsforschung/abteilungen/>). Dabei hat er sich auch der Unterstützung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung versichert, als er einige Mitglieder des Vorstandes gebeten hat, gutachterlich zu dem von ihm geplanten Konzept des Departments für Versorgungsforschung Stellung zu nehmen und ihn bei seinen Aktivitäten zu unterstützen, auch z.B. in einer Kolloquiumsreihe, die den interessierten Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich von Kliniken und Informatik Grundlagen, Methodik und Ziele der Versorgungsforschung vermitteln sollten. Ich hatte das große Glück, mit Herrn Appelrath in den letzten Monaten einige OFFIS-Projekte aus dem Bereich Gesundheit begleiten zu können. Die Begegnungen, Gespräche und Diskussionen mit ihm gehören zu den wichtigsten und eindrucksvollsten, die ich in meinen vergangenen Jahren erlebt habe. Sein analytisches Denken, seine rasche Auffassungsgabe und seine Fähigkeit, Zusammenhänge auf die wichtigen Inhalte zu reduzieren, haben mich immer wieder beeindruckt. Die offene und freundliche, ja freundschaftliche Gesprächsatmosphäre bot dabei eine gute Basis für kreative Planungen und innovative Ideen.



Neben allem wissenschaftlichen Engagement hat er sein familiäres Leben geliebt – ein Ausgleich zwischen beiden Lebensbereichen war ihm immer wichtig: Das Haus am Hummelweg in Oldenburg war der Lebensmittelpunkt für ihn – mit seiner Frau und seinen beiden Töchtern. Und ich konnte ihn als stolzen Vater erleben, als eine seiner Töchter in unserem Institut in Bremen ihre Dissertation mit großem Erfolg abgeschlossen hat.

Mit Herrn Appelrath hat die Versorgungsforschung in Deutschland einen wichtigen Mentor und aktiven Gestalter verloren. Ich persönlich trauere um einen kollegialen und eindrucksvollen Gesprächspartner, den ich vermissen werde. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung, dem Herr Appelrath im September 2012 als persönliches Mitglied beitrug, wird ihm ein ehrendes Andenken erhalten – er hat sich um die Förderung der Versorgungsforschung verdient gemacht.

Für das DNVF: Prof. Dr. Gerd Glaeske
SOCIMUM, Universität Bremen

News

Neue Mitglieder

Im August wurde die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine Ambulante Pädiatrie (DGAAP) als neues Mitglied (Sektion 1) in das Netzwerk aufgenommen. Weiterhin wurde ein neues persönliches Mitglied aufgenommen, die Anzahl persönlicher Mitglieder blieb aufgrund des Todes von Prof. Appelrath (s. oben) unverändert bei 114 Personen. Als neues Ehrenmitglied begrüßt das DNVF Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann in seinen Reihen (s. Seite III).

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. Marianne Röbl-Mathieu

Prävention der Frauengesundheit durch strukturierte präkonzeptionelle Beratung – Ärztliche Managed Prevention

Seit der Einführung der Mutterschaftsvorsorge im Jahr 1961 als standardisierte, flächendeckende und frei verfügbare Maßnahme der Präventivmedizin ist die perinatale Mortalität um den Faktor 10, die mütterliche um ein Vielfaches mehr gesunken. Zu beobachten ist jedoch eine Zunahme der perinatalen und mütterlichen Morbidität sowie der Sectiorate. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Schwangerschaftsergebnisse nicht auch von der gesundheitlichen Verfassung der Frau außerhalb der Schwangerschaft beeinflusst werden. Auf diesem Hintergrund ist auch die Zunahme von Fertilitätsstörungen zu untersuchen sowie die beiden Haupt-Todesursachen der Frau, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Karzinome.

>> Der prä- und interkonzeptionelle Gesundheitszustand ist eine wichtige Determinante von Fertilität (Fähigkeit zur Fortpflanzung) und Fekundität (Anzahl erfolgreicher Schwangerschaften pro Frau), aber auch von Schwangerschaftsverläufen und ihrem „Outcome“ [1]. Das betrifft sowohl die unmittelbare perinatale und mütterliche Morbidität und Mortalität als auch die langfristige Gesundheit von Mutter und Kind, denn die Schwangerschaft ist für beide eine sensible und prägende Phase. Mit Preconception Counseling (PCC) sollen individuelle Lebensstil-, Verhaltens-, medizinische und soziale Risiken für die Gesundheit einer Frau oder den Erfolg einer Schwangerschaft erkannt und behoben werden, rechtzeitig vor einer (weiteren) Schwangerschaft. Das Konzept setzt auf primäre Prävention und Intervention, Gesundheitsschutz und -förderung [2].

Im Folgenden werden epidemiologische Daten und medizinische Hintergründe der einzelnen Parameter der reproduktiven Gesundheit dargestellt sowie pathogenetische Mechanismen, protektive Faktoren und mögliche Maßnahmen der aktiven Prävention und Intervention beleuchtet.

Kinderwunsch, Fertilität und ihre Grenzen

Laut Familienreport 2014 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wünschen sich mehr als 80 Prozent der 20- bis 39-jährigen eigene Kinder. Allerdings gab in der Studie „frauen leben 3“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nur ca. ein Fünftel aller Frauen mit Kinderwunsch an, diesen „recht bald“ realisieren zu wollen, bei der Mehrzahl der Frauen hatte der Kinderwunsch perspektivischen Charakter. 17 % aller Frauen waren mindestens einmal im Leben ungewollt schwanger, zu einem großen Teil trotz Anwendung oraler hormonaler Kontrazeptiva oder Verhütung mittels Kondom. Eine umfangreiche Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2011 zeigte, dass vor einer

Zusammenfassung

Die Gesundheit der Frau wird maßgeblich beeinflusst von ihren reproduktiven Funktionen. Mit der Verschiebung der Familienplanung in ein immer höheres Lebensalter sind zunehmende Risiken für die reproduktive Gesundheit verbunden, insbesondere in Kombination mit mangelndem Gesundheitswissen, vorbestehenden latenten oder manifesten Erkrankungen und ungesunder Lebensführung. Dabei handelt es sich zu einem großen Teil um modifizierbare Risikofaktoren, die auch unabhängig von Schwangerschaften die Inzidenz vieler nichtübertragbarer Krankheiten beeinflussen und damit auch die Haupt-Todesursachen der Frau. Der prä- und interkonzeptionelle Gesundheitszustand der Frau ist eine wichtige Determinante für Fertilität sowie Schwangerschaftsverläufe und -ergebnisse mit ihren kurz- und langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind sowie transgenerationalen Effekten. Die präkonzeptionelle Gesundheitsoptimierung durch qualifizierte individuelle Beratung mit dem Ziel aktiver Prävention und primärer Intervention ist eine entscheidende Maßnahme zur nachhaltigen Förderung der Frauengesundheit, bei der die vorhandene frauenärztliche Kompetenz systematisch genutzt werden könnte im Sinne eines Gender-spezifischen Disease Prevention Management Programms (DPMP).

Schlüsselwörter

präkonzeptionell, Frauengesundheit, transgenerational, Gesundheitsförderung, nichtübertragbare Krankheiten, Managementprogramm, intrauterine Programmierung

frauenärztlichen Beratung 26 % unsicher waren hinsichtlich der für sie geeigneten Verhütungsmethode, nach der Beratung nur noch 5 % [3].

Gleichzeitig ist ein Anstieg ungewollter Kinderlosigkeit aufgrund von Fertilitätsstörungen zu verzeichnen [4]. Die Fertilität ist abhängig vom Lebensalter mit der optimalen Fruchtbarkeit der Frau in ihren 20er Jahren, was laut Umfragen in der Bevölkerung wenig bekannt ist [2]. Die Konzeptionsrate innerhalb eines Jahres sinkt mit dem Alter der Frau, der Bedarf für reproduktionsmedizinische Maßnahmen nimmt altersabhängig zu. Gleichzeitig sinken die Erfolgsraten, während die Inzidenz von Mehrlingsschwangerschaften steigt und die Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind zunehmen [5]. Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) war im Jahr 2014 der Anteil der Mehrlingskinder an allen Neugeborenen so hoch wie nie zuvor.

Sowohl Fertilität als auch Fekundität werden aber auch beeinflusst von der Lebensführung. Eine Akkumulation negativer Lifestyle-Faktoren wie Rauchen, Alkohol und Adipositas reduziert neben anderen Faktoren wie psychosozialer Belastung die Konzeptionswahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres von ca. 80% auf ca. 40%, verlängert signifikant die Zeit bis zum Eintritt der Schwangerschaft und erhöht die Wahrscheinlichkeit für Subfekundität [6]. Die Adipositas reduziert die Fertilität dabei durch ovulatorische Dysfunktion, die sich mit zunehmender Ausprägung und Dauer des Übergewichts verschlechtert. Wissenslücken zum Thema Fertilität und Reproduktion können, insbesondere in Zusammenhang mit psychischen Aspekten wie Depressivität, ein Grund für risikoreiches Verhalten sein [4]. Eine depressive Symptomatik besteht bei 8,1% der Erwachsenen, wobei Frauen mit 10,2% häufiger betroffen sind als Männer (6,1 %; Gender-Effekt). Bei beiden Geschlechtern ist die Prävalenz bei 18- bis 29-Jährigen am höchsten (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) [7].

Weitere Einflussfaktoren auf die Fertilität sind sexuell übertragbare Krankheiten wie Infektionen durch HPV. Die Teilnehmerate der Zielgruppe der 14- bis 17jährigen Mädchen an der HPV-Impfung liegt laut KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheits-Survey) nur bei 40 %.

Schwangerschaftsassozierte Risiken für die Kindergesundheit

Auch in Zeiten modernster reproduktionsmedizinischer Techniken findet die pränatale Entwicklung des Menschen im Körper einer Frau statt, dessen intrauterine Umgebungsbedingungen prägende Effekte auf den Embryo und Feten ausüben. Die Hauptaspekte der schwanger-

schaftsassozierten Gefährdung der kindlichen Gesundheit sind Frühgeburtlichkeit, kongenitale Fehlbildungen und kindliches Übergewicht. Die Zahl der Frühgeburten steigt trotz zunehmender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten weltweit an, auch in den Industrienationen. In Deutschland liegt die Frühgeburtenrate bei 9 %, was im europäischen Vergleich zu den höchsten Raten zählt [8]. Die Frühgeburtlichkeit ist einerseits für 70 % der neonatalen Todesfälle verantwortlich und andererseits mit einem hohen Risiko für bleibende neurologische Schäden assoziiert. Trotz der niedrigen Prävalenz von 2 – 4 % verursachen kongenitale Fehlbildungen 30 % der perinatalen Morbidität [9]. Sie sind die häufigste Todesursache im Kindesalter und Hauptursache für Behinderungen mit lebenslanger Beeinträchtigung. Bei der Entstehung spielen modifizierbare externe Faktoren eine ebenso große Rolle wie genetische Faktoren. Durch Einwirkung von Noxen zu einem bestimmten sensiblen Zeitpunkt der Organogenese werden teratogenetische Prozesse induziert, was teilweise durch einfache Maßnahmen verhindert werden könnte. Zum Beispiel wäre mindestens jeder zweite der ca. 1000 jährlichen Fälle von Neuralrohrdefekten durch die präkonzeptionell begonnene (!) Folsäure-Prophylaxe vermeidbar [10]. Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass auch die Disposition zu Adipositas und weiteren nichtübertragbaren Krankheiten bereits intrauterin entsteht, durch eine Art von funktioneller Teratogenese [11;12]. Im Jahr 2007 waren in Deutschland 15 % der Kinder und Jugendlichen von 3 – 17 Jahren übergewichtig, mehr als ein Drittel von ihnen (6,3%) litt an Adipositas [13]. Tab. 1 gibt einen Überblick über eine Reihe von vermeidbaren Ursachen, die zwei Kategorien zugeordnet werden können: Störungen, die durch aktive Prophylaxemaßnahmen zum Teil vollständig vermieden werden können, sowie Faktoren, die grundsätzlich einer Intervention zugänglich sind. Eine ausführliche Darstellung des Themas findet sich an anderer Stelle [14].

Vermeidbare Ursachen
für Frühgeburtlichkeit
IUWR (Nikotin, Drogen, Adipositas, Untergewicht)
Schwangerschaftskomplikationen durch vorbestehende Risikofaktoren (Adipositas, Gestationsdiabetes)
impfpräventable Infektionen
Anämie
Psychosoziale Faktoren, Depression
für angeborene Fehlbildungen
impfpräventable Infektionen
Folsäuremangel (<i>Timing!</i> Dosis)
Medikamente, Röntgenstrahlen
Substanzmissbrauch (Nikotin, Alkohol – <i>null Promille in grav.!</i> , Drogen)
Adipositas
Stoffwechselfaktoren (<i>perikonzeptionell!</i> Dysthyreose, Diabetes mell.)
für kindliches Übergewicht
Mütterliche Adipositas , Untergewicht
Intrauterine Mangelernährung, Nikotin

Tab. 1: Vermeidbare Ursachen für die drei Hauptaspekte der schwangerschaftsassozierten Gefährdung der kindlichen Gesundheit. Legende: IUWR = intrauterine Wachstumsretardierung, in grav. = in der Schwangerschaft; grün = aktive Vorbeugung möglich, rot = modifizierbare Lebensstilfaktoren, kursiv = rechtzeitige Aufklärung erforderlich.

Schwangerschaftsassozierte Risikofaktoren für die Frauengesundheit

Die Hauptursachen der mütterlichen Morbidität und Mortalität sind in Tab. 2 dargestellt. Die wichtigsten Risikofaktoren sind das Alter, das Rauchen und die Adipositas.

Mütterliches Alter

Laut Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 03.09.2014 waren im Jahr 2012 fast die Hälfte der Gebärenden älter als 30 Jahre. 22 % aller Kinder, die 2012 in Deutschland geboren wurden, hatten eine Mutter, die zum Zeitpunkt der Geburt 35 Jahre oder älter war. Im Jahr 2014 waren Mütter der Erstgeborenen bei der Geburt im Schnitt 29,5 Jahre, beim zweiten Kind rund 32 Jahre alt. Eine besonders starke Zunahme der Geburtenhäufigkeit war bei Frauen zwischen 29 und 38 Jahren zu beobachten. Das Lebensalter ist der stärkste Prädiktor für numerische Chromosomenanomalien und ist assoziiert mit einem erhöhten Risiko für alle Ursachen der mütterlichen Morbidität und Mortalität [Übersicht bei 5].

Vermeidbare Ursachen für mütterliche Morbidität und Mortalität

Einige der auslösenden Faktoren können durch aktive Prävention bzw. primäre Intervention vermieden werden. Dazu gehört auch die Vermeidung reproduktionsmedizinischer Maßnahmen durch den Schutz der Fertilität (s.o.).

Neben den gesundheitlichen Risiken für das ungeborene und neugeborene Kind sind Virusinfektionen in der Schwangerschaft auch mit einem erhöhten Risiko für Aborte und Frühgeburten und besonderer Schwere der Erkrankung der Mutter verbunden. Seit 2003 ist eine signifikante Zunahme von Maserninfektionen vor allem bei der Bevölkerungsgruppe der jungen Erwachsenen über 20 Jahren zu verzeichnen, außerdem zeigen sich seit Jahren konstant hohe Inzidenzen bei den Null- und Einjährigen. Die Masernimpfung ist in der Schwangerschaft kontraindiziert, aber beide Altersgruppen wären über die Impfung der Frau im gebärfähigen Alter erreichbar. Dennoch wird im Nationalen Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern in Deutschland die Frau im gebärfähigen Alter nicht als „Bevölkerungsgruppe mit besonderem Handlungsbedarf“ genannt. In Deutschland wird jährlich bei ca. 60.000 Frauen ein operativer Eingriff wegen zervikaler Präkanzerose durchgeführt, überwiegend vor und während der Familienplanungsphase. Da nach einer solchen Konisation lebenslang

Mütterliche Morbidität und Mortalität – vermeidbare Risiken
Aborte (Infektionen, Adipositas)
IUGR und Frühgeburt (Nikotin, Adipositas , Zustand nach Konisation/HPV-Impfung, Mehrlinge/Reproduktionsmedizin)
IUFT (Adipositas, Nikotin)
Schwangerschaftskomplikationen (Adipositas, Nikotin): Hypertonie/Präeklampsie, Gestationsdiabetes, TVT/LE, Hämorrhagie, GWG, Geburtskomplikationen, Sectio, Plazentationsstörungen, Uterusruptur
Mütterliche Mortalität (BMI > 25, Rauchen, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen)

Tab. 2: Hauptursachen für mütterliche Morbidität und Mortalität sind Alter, Adipositas und Rauchen. Legende: IUGR = intrauterine Wachstumsretardierung, IUFT = intrauteriner Fruchttod, TVT = tiefe Venenthrombose, LE = Lungenembolie, GWG = gestational weight gain; grün = aktive Vorbeugung möglich, rot = modifizierbare Lebensstilfaktoren, kursiv = rechtzeitige Aufklärung erforderlich.

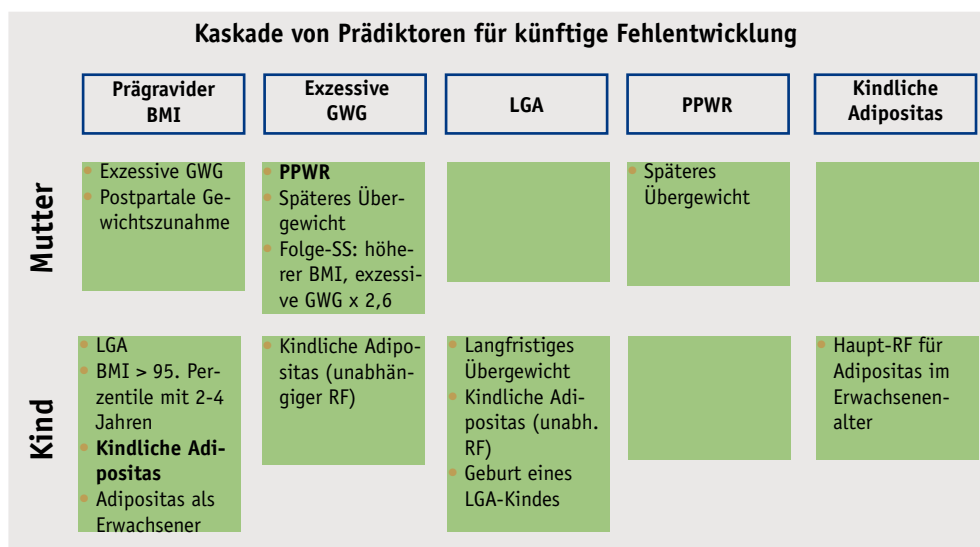


Abb. 1: Prädiktoren für künftige Fehlentwicklung in der Schwangerschaft. Der prägravid BMI ist der stärkste Prädiktor für kindliche Adipositas, die übermäßige Gewichtszunahme (GWG) der stärkste Prädiktor für postpartale Gewichtszunahme (PPWR). (LGA = large for gestational age, SS = Schwangerschaft, RF = Risikofaktor)

ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko besteht, das sich nicht auf die erste postinterventionelle Entbindung beschränkt [15], sollte der primären Prävention durch die rechtzeitige HPV-Impfung ein hoher Stellenwert eingeräumt werden.

Ein weiterer vermeidbarer Risikofaktor ist das Rauchen, das mit einem erhöhten Risiko für Aborte, Extrauteringraviditäten, Frühgeburten und Totgeburten assoziiert ist und das Risiko für schwere Schwangerschaftskomplikationen wie Plazentalösung erhöht. Laut der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ beträgt die Raucherquote bei Frauen 27 Prozent mit einem hohen Anteil vor allem bei jüngeren Erwachsenen.

Ein Drittel der Frauen beginnt die Schwangerschaft mit einem BMI > 25kg/m². Adipositas ist die Hauptursache sowohl für fetale als auch für mütterliche Morbidität [16]. Sie ist ein Hochrisikofaktor für Gestationsdiabetes und hypertensive Schwangerschaftskomplikationen, die in Europa an erster Stelle der Müttersterblichkeit stehen [Übersicht bei 17]. Die durch Adipositas bedingte Zunahme der Sectorate erhöht darüber hinaus das Risiko für Plazentationsstörungen, Uterusruptur und Resectio in einer Folgeschwangerschaft. Das Risiko für mütterliche und fetale Komplikationen steigt mit dem Grad des Übergewichts und der Adipositas [18]. Es kommt eine Kaskade von Folgeentwicklungen in Gang, die sich auf den langfristigen Gesundheitszustand der Frau, auf nachfolgende Schwangerschaften sowie die nächste Generation fortsetzt und sogar das Geburtsgewicht des Enkelkinds beeinflussen kann. In Abb. 1 sind die einzelnen Stufen dieser Kaskade als Prädiktoren für künftige Fehlentwicklung dargestellt.

Unter- oder Übergewicht der Frau in der ersten Schwangerschaft erhöht das Risiko für Komplikationen in einer Folgeschwangerschaft auch bei unkomplizierter erster Schwangerschaft oder Normalgewicht in der zweiten Schwangerschaft [19]. Etwa die Hälfte der Frauen erkrankt nach einem Gestationsdiabetes innerhalb der folgenden zehn Jahre an einem Diabetes mellitus Typ 2. Frauen mit einem BMI > 30 kg/m² in der Schwangerschaft haben im späteren Leben eine erhöhte Gesamtmortalität und ein signifikant erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse [20].

Schwangerschaftsunabhängige Auswirkungen modifizierbarer Lebensstilfaktoren

Seit Jahren sind in Deutschland Herz-/Kreislaufkrankungen die häufigste Todesursache bei beiden Geschlechtern, und es besteht ein enger Zusammenhang zur Adipositas und den assoziierten metabolischen und kardiovaskulären Veränderungen. An zweiter Stelle der Todesursachen stehen Krebserkrankungen. Die häufigste Krebserkrankung der Frau ist das Mammakarzinom, gefolgt von Darm- und Lungenkrebs. Tabakkonsum ist ein signifikanter Risikofaktor für das Bronchial- und Lungenkarzinom, das im Jahr 2014 das Sterbealter von betroffenen Frauen laut Statistischem Bundesamt um durchschnittlich 10,4 Jahre senkte. Die Adipositas ist ein signifikanter Risikofaktor sowohl für das (postmenopausale) Mammakarzinom als

auch für das Kolonkarzinom [21]. Laut einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamts vom 05.11.2014 waren im Jahr 2013 40 % der erwachsenen Frauen übergewichtig, 14 % waren adipös, was einem deutlichen Anstieg der Prävalenz in den vergangenen Jahren entspricht. Parallel dazu gibt es eine wachsende Zahl von Diabetikern (vorwiegend Typ 2), wobei betroffene Frauen häufiger als Männer einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden [22] (Gender-Effekt). Eine Auswertung von Daten des NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) weist darauf hin, dass ein zu hohes Körpergewicht im Alter von 25 Jahren das Risiko für Adipositas Grad 3 (BMI > 40 kg/m²) und messbare Risikoindikatoren (Blutdruck, Laborparameter) nach dem 35. Geburtstag erhöht [23]. Dieser Effekt ist für Frauen deutlich stärker ausgeprägt als für Männer (Gender-Effekt).

Entwicklungsbezogene Krankheitsdisposition und transgenerationale Effekte

Das Beispiel der Adipogenese

Die Schwangerschaft hat eine Schlüsselfunktion für die Körpergewichtsentwicklung des Kindes [18], die in starkem Maß von der intrauterinen Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen bestimmt wird. Ein hohes Geburtsgewicht prädisponiert für späteres Übergewicht [Review und Metaanalyse bei 24]. Im Rahmen der Ulmer Kinderstudie, bei der 1.000 Kinder von der Schwangerschaft bis zum achten Lebensjahr begleitet wurden, konnte belegt werden, dass der mütterliche BMI zu Beginn der Schwangerschaft mit dem kindlichen Gewicht im Grundschulalter korrelierte [25]. Außerdem zeigte sich eine klare Assoziation zwischen prägravidem mütterlichem Übergewicht und kindlichen Insulinkonzentrationen im Plasma, sowohl zum Zeitpunkt der Geburt als auch im Alter von acht Jahren. Dabei hatten Mädchen im Alter von 8 Jahren höhere Insulinkonzentrationen als Jungen (Gender-Effekt).

Die intrauterine Exposition zu mütterlicher Adipositas und Gestationsdiabetes ist ein Risikofaktor für Adipositas im Kindes- und Erwachsenenalter; kindliches Übergewicht ist der Haupt-Risikofaktor für Adipositas im Erwachsenenalter [26]. Frauen mit hohem Geburtsgewicht

haben im gebärfähigen Alter auch unabhängig von ihrem BMI ein größeres Risiko, ein LGA-Kind zu gebären (large for gestational age, [18]).

Ein ansteigender mütterlicher Blutdruck kann bereits bei Prähypertonie zu intrauteriner Mangelversorgung und zur Geburt von SGA-Kindern (small for gestational age) führen [27]. SGA-Kinder haben als Erwachsene ebenfalls ein konsistent erhöhtes Risiko für Adipositas und metabolische Dysfunktion [28]. Auch Frühgeburtlichkeit kann die Entstehung einer Insulinresistenz begünstigen [29].

Pathogenetische Mechanismen

Die Entwicklung von kindlichem Übergewicht und anderen Krankheitsdispositionen hängt in starkem Maße vom intrauterinen metabolischen Milieu ab. Sowohl intrauterine Mangelernährung als auch Überernährung, aber auch Rauchen [30] und psychische Faktoren wie Stress oder Depressivität führen zu Modifikationen des Epigenoms, die die Funktionsweise von Genen verändern und Auswirkungen haben auf die physiologische, strukturelle und metabolische Entwicklung sowie die des Immunsystems und des Verhaltens. Die besondere Sensibilität für diese Umgebungseinflüsse während bestimmter Entwicklungszeitfenster in der Schwangerschaft führt zu einer nachhaltigen, schützenden („Resilienz“, [31]) oder schädlichen Prägung physiologischer

Mechanismen, die Auswirkungen bis weit ins spätere Leben haben.

Eine intrauterine Fehlprogrammierung begünstigt eine beschleunigte Zellalterung und beinhaltet ein pathogenes Potenzial im Hinblick auf die Entstehung von chronischen Krankheiten und die Karzinogenese. Die Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsmanifestation ist umso höher, je stärker der präpathogene Zustand ausgeprägt ist und / oder je länger er besteht. Deshalb verschiebt sich bereits im Kindesalter das Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Erkrankungen [32]. Die Schwangerschaft ist ein Stressmodell sowohl für das kardiovaskuläre und metabolische System als auch für die Regulation immunologischer Prozesse, was bei bestehender Präpathologie zur Dekompensation, d.h. Krankheitsmanifestation führen kann [33]. Da eine Senkung des Alters der Gebärenden nicht realistisch erscheint, kommt der primären Prävention und Intervention eine entscheidende Bedeutung zu.

Protektive Faktoren

In einer prospektiven Kohortenstudie mit über 5.000 Erstgebärenden waren die Normalisierung des Gewichts, die Blutdrucksenkung oder der Verzicht auf Substanzmissbrauch im ersten Trimenon mit nachfolgenden gesunden Schwangerschaften assoziiert. Der dabei beobachtete Anstieg

Literatur

- Kermack AJ, Macklon N (2013): Preconception care and fertility. In: *Minerva Ginecol* 2013, 65: 253-69
- Röbl-Mathieu M (2013): Preconception Counselling. In: *Frauenarzt* 2013, 54, 10: 966-973
- Merkle E (2016): Update Kontrazeption – Frauenärztliche Beratungskompetenz wichtiger denn je. In: *gynäkologie + geburtshilfe* 2016, 21, 2: 16-20
- Fügener J et al. (2013): Knowledge and Behaviour of Young People Concerning Fertility Risks – Results of a Questionnaire. In: *GebFra Science* 2013, 73: 800-807
- Balasz J, Gratacós E (2011): Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. In: *Fetal Diagn Ther*. 2011, 29, 4: 263-73.
- Hassan MA, Killick SR (2004): Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. In: *Fertil Steril*. 2004, 81, 2: 384-92.
- Busch MA et al. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsbl* 2013, 56: 733-739
- Dudenhausen JW et al. (2015): Verringerung von Frühgeburten im Rahmen der Schwangerenvorsorge. In: *Frauenarzt* 2015, 56, 4: 292-297
- Hartge DR et al. (2010): Die Schwangere über 25 (BMI) – Herausforderung in der antenatalen und peripartalen Überwachung. In: *Geburtsh Frauenheilk* 2010, 70: 463-471.
- Koletzko B (2016): Folatmangel bleibt ein dringendes Problem bei Frauen mit Kinderwunsch. In: *Frauenarzt* 2016, 57, 2: 160 -161
- Lehnen H et al. (2010): Epigenetische Aspekte der fetalen und perinatalen Programmierung. In: *Frauenarzt* 2010, 51, 6: 542-547.
- Stupin JH, Arabin B (2014): Overweight and obesity before, during and after pregnancy. In: *Geburtsh Frauenheilk*. 2014, 74: 639-645
- Kurth BM, Schaffrath-Rosario A (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt* 2007, 50, 5/6: 736-743
- Röbl-Mathieu M (2016): Kindergesundheit fördern durch präkonzeptionelle Gesundheitsoptimierung. In: *Frauenarzt* 2016, 57, 2: 132-139
- Castanon A et al. (2015): Is the increased risk of preterm birth following excision for cervical intraepithelial neoplasia restricted to the first birth post treatment? In: *BJOG* 2015, 122: 1191-1199
- Nicklas JM, Barbour LA (2015): Optimizing Weight for Maternal and Infant Health - Tenable, or Too Late? In: *Expert Rev Endocrinol Metab*. 2015, 10, 2: 227-242.
- Mildeke M (2014): Hypertonie in der Schwangerschaft und antihypertensive Therapie. In: *Aktuel Kardiologie* 2014, 3, 4: 235-241
- Korsten-Reck U (2014): Adipositasprävention bei Frauen in allen Lebensphasen. In: *Geburtsh Frauenheilk* 2014, 74: 411-414
- Tabet M et al. (2013): Prepregnancy body mass index in a first uncomplicated pregnancy and outcomes of a second pregnancy. In: *Am J Obstet Gynecol*. 2015, 213, 4: 548.e1-7.
- Lee KK et al. (2015): Maternal Obesity During Pregnancy Associates With Premature Mortality and Major Cardiovascular Events in Later Life. In: *Hypertension* 2015, 66, 5: 938-44.
- Herzig S, Vegiopoulos A (2012): Adipositas, Diabetes und Krebs. In: *Onkologische Welt* 2012, 3: 209-212
- Regensteiner JG et al. (2015): Sex Differences in the Cardiovascular Consequences of Diabetes Mellitus. A Scientific Statement From the American Heart Association. In: *Circulation* 2015, doi: 10.1161/CIR.0000000000000343
- Dowd JB, Zajacova A (2014): Long-Term Obesity and Cardiovascular, Inflammatory, and Metabolic Risk in U.S. Adults. In: *Am J Prev Med* 2014, 46, 6: 578-584
- Schellong K et al. (2012): Birth Weight and Long-Term Overweight Risk: Systematic Review and a Meta-Analysis including 643902 Persons from 66 Studies and 26 Countries Globally. In: *Plos One* 2012, 7, 10: e47776.
- Brandt S et al. (2014): Plasma insulin levels in childhood are related to maternal factors – results of the Ulm Birth Cohort Study. In: *Pediatric Diabetes* 2014, doi: 10.1111
- Desai M et al. (2013): Developmental Origins of Obesity: Programmed Adipogenesis. In: *Curr Diab Rep*. 2013, 13, 1: 27-33.
- Wikström AK et al. (2016): Prehypertension in Pregnancy and Risks of Small for Gestational Age Infant and Stillbirth. In: *Hypertension* 2016, 67, 3: 640-646.
- Catalano PM et al. (2009): Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. In: *Am J Clin Nutr* 2009, 90: 1303-13
- Wang G et al. (2014): Preterm birth and random plasma insulin levels at birth and in early childhood. In: *JAMA* 2014, 311, 6: 587-96
- Bauer T et al. (2016): Environment-induced epigenetic reprogramming in genomic regulatory elements in smoking mothers and their children. In: *Mol Syst Biol* 2016, 12, 3: 861, doi: 10.15252/msb.20156520
- Unteraehrer E et al. (2016): Maternal Adversities during Pregnancy and Cord Blood Oxytocin Receptor (OXTR) DNA Methylation. In: *Soc Cogn Affect Neurosci* 2016, doi: 10.1093/scan/nsw051
- Tarantal AF, Berglund L (2014): Obesity and Lifespan Health – Importance of the Fetal Environment. In: *Nutrients* 2014, 6, 4: 1725-1736
- Hilfiker-Kleiner D, Bauersachs J (2016): Herzerkrankungen in der Schwangerschaft. In: *Dtsch Med Wochenschr* 2016, 141: 110-114
- Chappell LC et al. (2013): Exploration and confirmation of factors associated with uncomplicated pregnancy in nulliparous women: prospective cohort study. In: *BMJ* 2013, 347: f6398
- Zhang C et al. (2014): Adherence to healthy lifestyle and risk of gestational diabetes mellitus: prospective cohort study. In: *BMJ* 2014, 349: g5450
- Barakat R et al. (2016): Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. In: *Am J Obstet Gynecol* 2016, 214, 5: 649.e1-8
- Ding D et al. (2016): The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. In: *Lancet* 2016, doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- Much D et al. (2016): Lactation is associated with altered metabolomic signatures in women with gestational diabetes. In: *Diabetologica* 2016, doi: 10.1007/s00125-016-4055-8
- Elsinga J et al. (2008): The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. In: *Womens Health Issues* 2008, 18, 6 (Suppl): S117-25
- You X et al. (2015): Effects of preconception counseling on maternal health care of migrant women in China: a community-based, cross-sectional survey. In: *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015, doi 10.1186/s12884-015-0485-4.
- Weisman CS et al. (2011): Improving Women's Preconceptional Health: Long-Term Effects of the Strong Healthy Women Behavior Change Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. In: *Womens Health Issues* 2011, 21, 4: 265-271
- Mazza D et al. (2013): Barriers to the implementation of preconception care guidelines as perceived by general practitioners: a qualitative study. In: *BMC Health Services Res* 2013, doi: 10.1186/1472-6963-13-366rtn

des Risikos für Komplikationen in Abhängigkeit vom Blutdruck auch innerhalb definierter Normgrenzen erklärt möglicherweise die zusätzliche Risikozunahme mit dem Lebensalter trotz „normaler“ RR-Werte [34].

Eine Teilauswertung der prospektiven Nurses' Health Study II konnte zeigen, dass ein gesunder Lebensstil (Nichtrauchen, 150 Minuten körperliche Aktivität pro Woche mittlerer bis starker Anstrengung, gesunde Ernährung, BMI < 25) mit einem signifikant reduzierten Risiko für Schwangerschaftsdiabetes einhergeht, das bei Beachtung aller vier Kriterien 83 % niedriger lag [35].

Ein entscheidender protektiver Faktor ist die körperliche Aktivität. Frauen, die am meisten körperlich aktiv sind, weisen die geringste Prävalenz an Gestationsdiabetes auf. Regelmäßige moderate körperliche Aktivität vor und in der Schwangerschaft führt zu geringerer Gewichtszunahme der Mutter und zu einem geringeren Geburtsgewicht des Kindes, schützt vor Gestationshypertonie [36] und reduziert die Inzidenz von postpartaler Gewichtsretention. Körperliche Aktivität trägt zur Gewichtskonstanz bzw. -abnahme bei und verbessert die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen. Das gilt auch für übergewichtige Frauen, unabhängig davon, ob ein Gewichtsverlust eintritt. Die Kinder körperlich aktiver Frauen weisen ein deutlich niedrigeres Risiko für das postnatale Catch-up-Wachstum auf, das chronische Erkrankungen im späteren Leben begünstigt [18].

Die WHO empfiehlt für Personen im Alter von 18 – 64 Jahren 150 Minuten körperliche Bewegung pro Woche. Dadurch lässt sich das Risiko senken, an chronischen Krankheiten wie Diabetes, koronarer Herzkrankung, Hypertonie sowie Brust- oder Darmkrebs zu erkranken, die mit weltweit fünf Millionen Todesfällen pro Jahr in Verbindung gebracht werden und Kosten von mehr als 60 Milliarden Euro pro Jahr verursachen [37]. Laut aktuellen Studien sowohl der Techniker Krankenkasse („Beweg Dich, Deutschland“) als auch der Deutschen Krankenversicherung (DKV) sind jedoch immer mehr Bundesbürger von der „Pandemie der körperlichen Inaktivität“ [37] betroffen.

Das Stillen reduziert ab einer Dauer von drei Monaten bei Frauen mit Zustand nach Gestationsdiabetes das Risiko, an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, um 40 Prozent. Dieser Schutzeffekt hält bis zu 15 Jahre an und basiert auf einer günstigen Beeinflussung krankheitsrelevanter Stoffwechselfade [38].

Prä- und interkonzeptionelle Gesundheitsoptimierung durch qualifizierte individuelle präkonzeptionelle Beratung

Ein Konzept zur präkonzeptionellen Gesundheitsoptimierung umfasst ein ganzes Repertoire präventiv wirksamer Maßnahmen rund um

die reproduktive Gesundheit, die sich an den vielfältigen Einflussfaktoren auf den prä- und interkonzeptionellen Gesundheitszustand orientieren (Tab. 3). Preconception Counseling verfolgt die Ziele der Fertilitätsprotektion, der Reduktion schwangerschaftsassoziierter Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind sowie der schwangerschaftsunabhängigen Förderung der Frauengesundheit und besteht aus den Bausteinen

- Aufklärung/Information zu (modifizierbaren) Einflussfaktoren auf die reproduktive Gesundheit, die Chance auf (spätere) gesunde Schwangerschaft und Kinder
- Evaluation des Gesundheitszustandes
- Ermittlung potentieller Risikofaktoren und präpathologischer Befunde
- gezielte, der individuellen Situation angepasste Beratung / Gesundheitserziehung
- Motivation zu aktiver Prävention und rechtzeitiger primärer Intervention.

Die Gründung einer Familie ist für die meisten jungen Menschen ein essentieller Teil der Lebensplanung, die Option auf ein eigenes Kind ist ein starker Motivationsfaktor. In einer prospektiv randomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass Frauen nach PCC einen besseren Wissensstand über wesentliche Aspekte der reproduktiven Gesundheit aufwiesen und signifikant häufiger ihr Verhalten positiv veränderten. Auch die Rate ungünstiger Schwangerschaftsverläufe sank signifikant [39]. Eine chinesische Studie an 1.012 Migrantinnen zeigte positive Effekte von PCC bezüglich der Häufigkeit der Folsäure-Prophylaxe und Inanspruchnahme einer besseren pränatalen Versorgung [40]. Eine Interventionsstudie für Frauen in prä- und interkonzeptionellen Lebensphasen zeigte in der Interventionsgruppe eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Einnahme eines folsäurehaltigen Multivitaminpräparats, für einen niedrigeren BMI und eine geringere Gewichtszunahme in einer folgenden Schwangerschaft [41].

Trotz dieser ermutigenden Ergebnisse gibt es Hindernisse für die Umsetzung des Konzepts in der Praxis. Nur wenige Frauen suchen von sich aus präkonzeptionell ärztlichen Rat. Da pro Konsultation nur begrenzte Zeit zur Verfügung steht, kommt es zur Priorisierung anderer ärztlicher Maßnahmen, zumal die Beratung zu PCC besonders zeitaufwendig ist, aber nicht speziell vergütet wird. Außerdem gibt es bisher keine ausreichenden Informationsmaterialien und -möglichkeiten aus unabhängigen Quellen sowie kein standardisiertes Konzept [42].

Während Vorsorge-Untersuchungen Kinder und Jugendliche in kritischen Entwicklungsphasen begleiten (U1 bis J2) sowie Erwachsene bei der Prävention bzw. Früherkennung der wichtigsten „Volkskrank-

Einflussfaktoren auf den prä- und interkonzeptionellen Gesundheitszustand	
anamnestisch	Befunde und Lebensstil
Hohes oder niedriges Geburtsgewicht	Alter
Als Frühgeburt geboren	Suboptimaler BMI
Vorbestehende Krankheitsdisposition	Bewegungsmangel
(latente) Gesundheitsstörungen und Erkrankungen	Fehlender Impfschutz / Impflücken
Medikamenteneinnahme	Mangelndes Gesundheitswissen / Aufklärung (Einflussfaktor Zeit!)
Zustand nach Konisation	Ambivalenter Umgang mit Fertilität und Kontrazeption
Verlauf vorangeg. Schwangerschaften: suboptimaler BMI, Zustand nach Sectio	Problematisches Gesundheitsverhalten: Suchtmittelkonsum, STD
	Psychoziale Belastung und Depression

Tab. 3: Einflussfaktoren auf den prä- und interkonzeptionellen Gesundheitszustand. Ein Teil der anamnestischen Faktoren ist auf intrauterine Umgebungsbedingungen zurückzuführen. Legende: STD = Sexually Transmitted Disease.

Vergleich DMP vs. DPMP „PCC“		
	DMP	DPMP „PCC“
Gegenstand / Inhalt	Eingetretene Krankheit, die durch chronischen Verlauf gekennzeichnet ist	Risikokonstellation oder Präpathologie, die durch negative Auswirkungen auf die (reproduktive) Gesundheit besonders der Frau charakterisiert ist
Ziel	Vermeidung der Progression bzw. von manifesten Sekundärschäden	Vermeidung der Progression zur Pathologie, der Dekompensation in der Schwangerschaft sowie der damit verbundenen akuten und chronischen gesundheitlichen Folgeschäden bei Mutter und Kind
Instrumente	Strukturierte Zwischenanamnesen in regelmäßigen Zeitintervallen, Förderung der Selbstkompetenz durch Aufklärung, Schulung, Wissensvermittlung - „health education“, Förderung protektiver Faktoren	
Motivation	Betroffenheit durch eingetretene Erkrankung	Wunsch, die Option auf ein eigenes gesundes Kind zu erhalten

Tab. 4: Vergleich der Charakteristika von Disease Management-Programmen und einem Disease Prevention Management-Programm „Preconception Counseling“.

heiten“ (Gesundheitscheck ab 35 Jahren), klappt in der Zeit dazwischen eine Vorsorgelücke. In einer Lebensphase, die für die Frauengesundheit und die der nachfolgenden Generation(en) eine weichenstellende Bedeutung hat, fehlt in einer wichtigen Zielgruppe, die optimal durch das bereits beschlossene Einladungsprogramm zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung erreicht werden könnte, eine präventionsorientierte Gesundheitsuntersuchung.

Disease Management-Programme (DMP), die vor zehn Jahren zur strukturierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen etabliert wurden, haben sich als erfolgreich erwiesen: die Patienten profitieren durch bessere Lebensqualität, weniger Komplikationen und eine höhere Gesundheitskompetenz, die Ärzte durch leistungsgerechte Honorierung und eine gewachsene Aufklärungskompetenz, beide durch eine verbesserte Kommunikation. Die Kostenträger werden nachweislich entlastet, u.a. durch Vermeidung stationärer Aufenthalte. Gleichzeitig können Aktualisierungen anhand von Leitlinien und neuen Forschungsergebnissen jederzeit in das bestehende Konzept aufgenommen werden, wie z.B. der am 21.06.2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss gerade beschlossene Zugang zu evaluierten Tabakentwöhnungsprogrammen für jeden rauchenden Teilnehmer am DMP COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung). DMP haben einen Paradigmenwechsel eingeleitet, weg von einer rein kurativen Zielsetzung hin zu präventiven Aspekten. In der Frauenheilkunde stellt die ärztliche

Prevention of Women's Health by Structured Preconception Counseling – a Matter of Managed Prevention

A woman's health is predominantly influenced by her reproductive functions. Delaying childbirth to a more elevated age results in increased risks to reproductive health, particularly when combined with a lack of health knowledge, pre-existing latent or manifest diseases and unhealthy lifestyle. These are, to a large extent, modifiable risk factors that also influence the incidence of so-called non-communicable diseases, accompanied by the main causes of death for women, even independently of pregnancies. The preconceptional and inter-pregnancy state of an individual women's health is an important determinant of fertility and of pregnancy courses and outcomes with their short- and long-term effects on the health of mother and child including transgenerational implications. Preconception health optimisation through qualified individual counseling, which aims at active prevention and primary intervention, is a decisive measure for the sustainable promotion and care of women's health. The endogenous gynecologist's expertise could be utilised systematically in this context in order to establish a gender-specific Disease Prevention Management Programme (DPMP).

Keywords

preconception, women's health, transgenerational, health promotion, non communicable diseases, management programme, intrauterine programming, managed prevention

Mutterschaftsvorsorge ein Managementprogramm dar, das mit der Fokussierung auf die Erkennung und Behandlung von Risiken ebenfalls präventiv ausgerichtet ist. In Anbetracht der immer längeren reproduktiven Zeitspanne und immer größerer prä- und interkonzeptioneller Zeiträume sowie der weitreichenden Bedeutung des präkonzeptionellen Gesundheitszustands für die Frau und ihre Nachkommen erscheint ein frei verfügbares, qualifiziertes ärztliches Gesundheitsmanagement nicht nur der Schwangerschaft, sondern der gesamten reproduktiven Lebensphase als Versorgungsstandard dringend geboten (Tab. 4). Gemäß dem Satz des Pythagoras von Samos „Die Gewohnheit macht dem Menschen die erworbene Weisheit zum Eigentum und gibt ihm Beständigkeit“ sollten von Anfang an gesunde Gewohnheiten gefördert und gesunde Entwicklungen gestärkt werden. Der Frau im reproduktiven Alter, die in Partnerschaft und Familie häufig die Funktion eines Gesundheitsguides übernimmt, kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Die vorhandene frauenärztliche Expertise sollte systematisch dazu genutzt werden, die Gesundheitskompetenz der Frau zu stärken. <<

Autorenerklärung

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Arbeit, die in Kürze in der Zeitschrift „gynäkologische Praxis“ als CME-Fortbildung zur Publikation vorgesehen ist. Es besteht kein Interessenkonflikt.

Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu

ist Bezirksvorsitzende des Berufsverbands der Frauenärzte, Mitglied der Vertreterversammlung und des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Bayerns sowie Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI). Sie hat in Regensburg und München Medizin studiert. Ihre Facharztweiterbildung erhielt sie an der Frauenklinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München. Seit 1992 ist sie in München als Frauenärztin niedergelassen.

Kontakt: info@praxis-dr-roebel.de



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

Gesundheitsregionen der Zukunft: Praxiserfahrungen zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen

Um ein langfristiges Bestehen, eine effektive Organisation, eine Einführung erfolgreicher Innovationen und eine Nutzengenerierung für alle Akteure von Netzwerken im Gesundheitswesen zu gewährleisten, ist es unabdingbar, die Einflussfaktoren auf die Nachhaltigkeit dieser Netzwerke zu erkennen (Buhl 2010: 13–31). Nur so können diese Determinanten zielgerichtet für ein unabhängiges Bestehen gestaltet werden. Im ersten Teil dieser Studie wurde mithilfe einer systematischen Literaturrecherche ein vorläufiges Framework erstellt, das die Nachhaltigkeitsfaktoren innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen darstellt. Das Forschungsfeld Nachhaltigkeitsfaktoren innovativer Netzwerke wurde im Kontext des deutschen Gesundheitswesens noch nicht untersucht, daher stammen die bisher generierten Ergebnisse aus anderen Gesundheitssystemen bzw. verwandten Kooperationsformen. Um die Unsicherheiten der Übertragbarkeit und Vollständigkeit zu entkräften, sollen die Determinanten für ausgewählte innovative Gesundheitsnetzwerke qualitativ untersucht und das hypothetische Modell somit empirisch modifiziert und ergänzt werden. Durch den Abgleich der Erkenntnisse aus der Theorie und der Praxis soll ein Instrument geschaffen werden, das Koordinatorinnen und Koordinatoren in innovativen Gesundheitsnetzwerken unterstützen soll, Kooperationen und Verbünde nachhaltig zu gestalten.

>> Ein Beispiel für innovative Netzwerke sind Gesundheitsregionen. In der Dachorganisation des Netzwerks deutscher Gesundheitsregionen sollen der Austausch und die Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit, insbesondere Patienten, sowie Forschung, Wirtschaft und Politik gefördert werden (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen 2015). Die heterogenen Akteure des Gesundheitswesens kooperieren in neuartigen bzw. innovativen Beziehungen/Konstellationen mit eigenen Zielstellungen und rechtlicher Selbstständigkeit mit dem Ziel, Verbesserungen bzw. Innovationen herbeizuführen (Greulich/Berchtold 2002; Wenger et al. 2002; Duschek 2002). Im Rahmen eines zweistufigen Wettbewerbs des Bundesministeri-

Zusammenfassung

Hintergrund: Im ersten Teil dieser Studie (Die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen: Ein literaturbasiertes Framework der Einflussfaktoren (siehe MVF 04/16)) wurden, basierend auf einer systematischen Literaturrecherche, Faktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen identifiziert. Das dort entwickelte vorläufige Framework wurde anschließend im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung zum BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ qualitativ untersucht. Ziel dieser Untersuchung war es, ein Instrument für die gezielt nachhaltige Gestaltung innovativer Gesundheitsnetzwerke zu schaffen.

Methodik: Es wurden leitfadengestützte, halb-standardisierte Telefoninterviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren der am Wettbewerb teilnehmenden Gesundheitsregionen geführt. Die Ergebnisse der Experteninterviews wurden nach einer computergestützten, qualitativen Auswertung mit denen der wissenschaftlichen Analyse konsolidiert und ein abschließendes Framework erstellt.

Ergebnisse: In acht Interviews wurden die bisherigen Ergebnisse aus der Literatur bestätigt und ergänzt. Nach Expertenmeinung ist die Nachhaltigkeit wesentlich von Umweltfaktoren, Finanzierung, Anpassungsfähigkeit, Sichtbarkeit, Kommunikation, Netzwerkmanagement, Relevanz der Zielstellung und interner Funktionsfähigkeit abhängig.

Fazit: Die Nachhaltigkeit ist multifaktoriell und interdependent zu verstehen. Die Faktoren des endgültigen Frameworks können zukünftig Netzwerkmanagern helfen, nachhaltige Kooperationen zu gestalten.

Schlüsselwörter

Innovation, Netzwerk, Nachhaltigkeit, Erfolgsfaktoren, Framework, Experteninterviews

ums für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahr 2008 wurden fünf „Gesundheitsregionen der Zukunft“ in den Jahren 2010 und 2011 ausgewählt und gefördert. Durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit soll eine „enge, regional fokussierte Vernetzung aller im Innovationsprozess beteiligten Akteure“ (BMBF 2016) angestrebt werden.

Die betreffenden Gesundheitsregionen des BMBF-Wettbewerbs sind in Abbildung 1 dargestellt, die Gewinnerregionen sind rot hervorgehoben. Die anderen abgebildeten Regionen waren in der zweiten Stufe des Wettbewerbs nicht erfolgreich, werden aber durch die wissenschaftliche Begleitforschung weiter betreut. Die wissenschaftliche Begleitforschung hat u.a. zum Ziel, die Rahmenbedingungen und Erfolgsfaktoren von Gesundheitsregionen zu erforschen. Es sollen verallgemeinerbare Erkenntnisse über die

Infobox „Gesundheitsregionen der Zukunft“

Seit 2009 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit der Initiative „Gesundheitsregionen der Zukunft“ in fünf Regionen den Aufbau regionaler Netzwerke mit allen am Innovationsprozess im Gesundheitswesen beteiligten Partnern.

Die Gesundheitsregionen konzentrieren sich dabei auf unterschiedliche Themen: In Stuttgart wird im Rahmen eines Projekts zur regenerativen Medizin Zell- und Gewebeersatz entwickelt (REGiNA), im strukturschwachen ländlichen Raum Nordbrandenburgs wird die telemedizinische Versorgung von Herz-Kreislauf-Kranken erforscht (FONTANE), an der Ostseeküste liegt der Fokus auf der Bekämpfung multiresistenter Erreger (HICARE), in Hamburg steht die bessere Versorgung bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Essstörungen im Mittelpunkt (psychenet), und im Rhein-Neckar-Raum wird eine patientengeführte elektronische Akte für an Darmkrebs und Diabetes erkrankte Menschen entwickelt (INFOPAT). Die nicht-geförderten Regionen decken im Gegensatz zu diesen stark fokussierten Vorhaben eine Vielzahl unterschiedlicher Projekte ab. In NordHessen gibt es neben den Gesundheitstagen Nordhessen verschiedene Projekte im Bereich Pflege, AAL oder MRE, Dingolfing thematisierte u.a. das Thema BGM und im Gesundes Kinzigtal steht die integrierte bevölkerungsbezogene Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt.

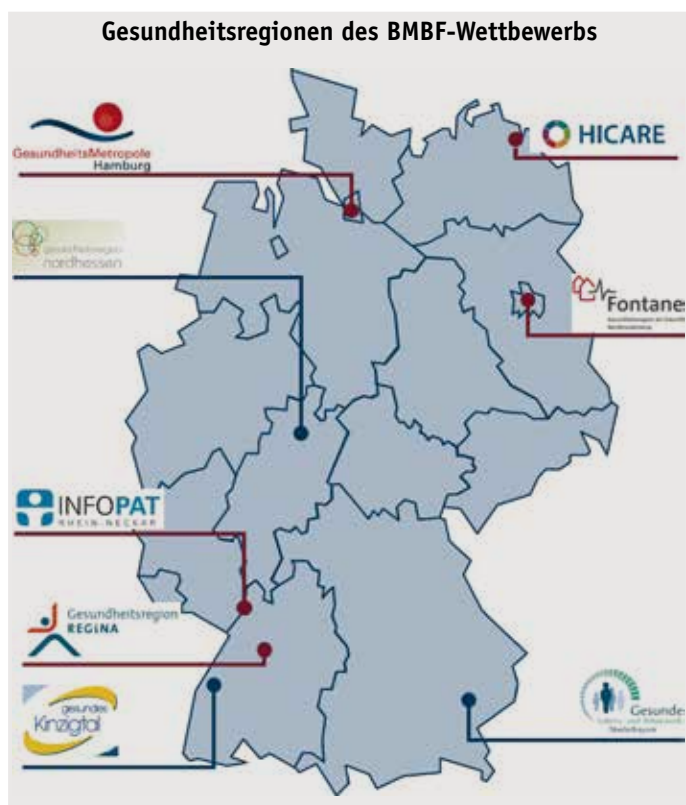


Abb. 1: Beispiele für Gesundheitsregionen in Deutschland

Rahmenbedingungen gewonnen werden, die für die erfolgreiche Entwicklung von Gesundheitsregionen notwendig sind. Zusätzlich ermöglicht die Begleitforschung den Akteuren einen Austausch mit den anderen Regionen, um in den laufenden Prozessen Lernimpulse aufzunehmen und unterstützt die nachhaltige Umsetzung der regionalen Innovationen. Oberstes Ziel der Begleitforschung ist es, in den Gesundheitsregionen nachhaltige Strukturen und Projektergebnisse zu erzielen, die nach dem Ende der Projektförderung weiterbestehen können (Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI 2016).

Zur Validierung des zuvor entwickelten Frameworks wurden Experteninterviews geführt. Als Experten wurden acht Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren der Regionen, welche an der zweiten Stufe der BMBF-Ausschreibung „Gesundheitsregionen der Zukunft“ teilnahmen, befragt. Alle berücksichtigten Regionen sind Teilnehmer an der Begleitforschung und werden hier unabhängig vom Erfolg in der BMBF-Ausschreibung berücksichtigt.

Die Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren in den Gesundheitsregionen nehmen dauerhaft eine zentrale Koordinationsfunktion im Netzwerk ein, weshalb ihnen ein spezifischer Wissensvorsprung attestiert wird (Gläser/Laudel 2010).

Zur Gesprächsführung wurden leitfadengestützte, halb-standardisierte Interviews gewählt, um eine offene Gesprächssituation zu ermöglichen, in der die Experten ihre Antworten durch Beispiele und weiterführende Ausführungen untermauern können. Der Interviewleitfaden wurde basierend auf dem literaturbasierten vorläufigen Framework entwickelt und enthielt die in Tabelle 1 dargestellten Themenbereiche. Die Befragungen fanden telefonisch statt und wurden nach der Transkription mithilfe einer computergestützten qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die acht Netzwerke des BMBF-Projekts Begleitforschung „Ge-

Themenbereiche des Interviewleitfadens

1	Finanzierung ihrer Gesundheitsregion (Relevanz/externe Förderung)
2	Anpassung an Veränderungen
3	Mitgliederpartizipation und Netzwerkkohäsion
4	Rekrutierung neuer Mitglieder
5	Motivation neuer Netzwerkpartner (Nutzen/Anreize/Wertschätzung/Entstehung)
6	Netzwerkführung/-management
7	Sichtbarkeit des Netzwerks (Zentralität)
8	Umweltbedingungen (Gesellschaft/Politik/Stakeholder/Wettbewerb)
9	Weitere relevante Faktoren

Tab. 1: Themenbereiche des Leitfadens für die Experteninterviews

sundheitsregionen der Zukunft“ wurden kontaktiert und um eine Teilnahme an den Interviews gebeten. Die Interviewten erhielten vor dem Gespräch via E-Mail den vollständigen Leitfaden und wurden über Gesprächshintergrund, -führung und -aufzeichnung informiert. Im Anschluss an die Gespräche erfolgte die computergestützte, qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Interviews. Hierbei wurde mit dem Programm MAXQDA gearbeitet. Nach der Bestimmung der Analyseeinheiten wurde in einem iterativen Prozess ein Kategoriensystem gebildet, in welches die Antworten eingeordnet wurden (Mayring 2003). Mit zwei Paraphrasierungs- und Extraktionsphasen wurde die Inhaltsanalyse abgeschlossen.

Im letzten Schritt wurden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Literaturanalyse aus dem ersten Teil der Studie mit denen der qualitativen Befragungen konsolidiert und ein abschließendes Framework der Erfolgsfaktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen präsentiert.

Faktoren der Nachhaltigkeit aus der Sicht von Netzwerkmanagern

Die acht Interviews fanden im April 2014 telefonisch statt und dauerten durchschnittlich 47 Minuten.

Unter den befragten Experten herrscht Einigkeit darüber, dass die Finanzierung ein wichtiger Faktor für das nachhaltige Bestehen eines Netzwerks ist. So kann das Ende einer externen Förderung einen kritischen Punkt darstellen. Fördermittel werden in den ersten risikoreichen Phasen als existentiell, jedoch langfristig als kritisch angesehen, da sich hierdurch inhaltliche Vorgaben anschließen können. Flexibilität ist wesentlich zur Erschließung neuer Finanzierungsquellen. Zur langfristigen Basisfinanzierung sehen die meisten Experten eine Eigenfinanzierung, z. B. über Mitgliedsbeiträge oder kostenpflichtige Workshops als sinnvoll an. Diese sollte, wenn möglich, durch externe Fördermittel ergänzt werden. Die Aufnahme in den Entgeltkatalog der Krankenkassen wird ebenfalls als Instrument zur Sicherung der Existenz genannt, jedoch wird es gleichermaßen als schwierig benannt, da der Prozess sehr langwierig ist. Zudem ist der mögliche Einfluss der Kostenträger zu berücksichtigen. Erwartungsgemäß zeigten sich beim Faktor der Finanzierung Unterschiede zwischen den Regionen. Für Manager nicht geförderter Regionen ist es unerlässlich, die Finanzierung

frühzeitig zu planen. Die Gesprächspartner aus den Gewinnerregionen hingegen sehen dies widersprüchlich. Ein Experte hält die Planung für nicht möglich und die anderen nur in Grundzügen, da Fördermittel dem Ermessen der Politik unterliegen.

Weiterhin haben verschiedene Umweltfaktoren einen Einfluss auf die Nachhaltigkeit. Die Netzwerke sollten sich bereits bei ihrer inhaltlichen Ausrichtung den regional spezifischen Rahmenbedingungen anpassen. Die Anwesenheit von Akteuren in der Region, z.B. Pharma- oder Medizintechnikunternehmen, die im Zusammenhang mit dem Themengebiet stehen, ist für ein Fortbestehen sehr hilfreich. Im systemischen Rahmen des Gesundheitswesens ergibt sich durch die langen Entwicklungsperioden neuer Innovationen und der kurzfristigen Haushaltsplanung der Kostenträger ein Spannungsverhältnis. Gute Beziehungen zu Kostenträgern können helfen, um frühzeitig über Entwicklungen informiert zu sein und auf Veränderungen der Rahmenbedingungen reagieren zu können. Die politischen Rahmenbedingungen wirken sich in Gesetzesänderungen, externen Evaluationen oder Fördermittelausschreibungen existenziell auf die Netzwerke aus. Steht die lokale Politik den Netzwerken mit Wohlwollen gegenüber, kann diese auch einen Einfluss auf die Kostenträger nehmen. Die Sichtbarkeit des Netzwerkes und gute Beziehungen sind notwendig um eigene Interessen platzieren zu können. Einer der befragten Experten sieht in seinem schlechten Verhältnis zur Politik sogar den Grund für das Scheitern seines Netzwerkes, da er „die Politik am Anfang nicht als wichtigen Netzwerkpartner identifiziert“ und zu spät erkannt hat, „dass es ohne die Politik nicht geht“ (Experte 1 2014). Auch können innerhalb des Gesundheitswesens Wettbewerbsdynamiken Einfluss nehmen. Zwar besteht im Grunde keine Konkurrenz zu anderen Netzwerken, dafür haben andere etablierte Akteure Angst um die Existenz ihrer Rollen und können mittels politischer Kontakte Einfluss nehmen. Ob inhaltliche Konkurrenz die Nachhaltigkeit gefährdet, wird widersprüchlich diskutiert. Abschließend müssen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bedacht werden. Komplexe Themen der Netzwerke sind nicht immer verständlich für die Öffentlichkeit. Deshalb können andere gesellschaftliche Themen, die eine gewisse Nähe zum Inhalt des Netzwerkes aufweisen, sich auf die öffentliche Wahrnehmung der Gesundheitsregion auswirken. Als Beispiel sei hier die „NSA-Affäre“ in Bezug auf Datensicherheit der digital verfügbaren Patienteninformationen genannt, welchen man mit einer Aufklärung der Öffentlichkeit begegnen sollte (Experte 4 2014).

Als weiteren zentralen Faktor für die Nachhaltigkeit wird die Anpassungsfähigkeit genannt. Denn im „Gesundheitswesen [werden] [...] viele Dinge eben auch politisch gelenkt. Das ist schon auch immer eine nicht ganz freie Entscheidung, die da die Gesundheitsanbieter haben“ (Experte 3 2014). Regional und überregional muss der Blick für Entwicklungen und neue Ideen offen gehalten werden, wofür der Austausch und eine gute Informationslage über nationale, europäische bzw. internationale Trends wichtig sind. Die Reaktion ist hierbei von der Art der Veränderung abhängig. Generell sind neuen Trends, politischen oder personellen Veränderungen mit Flexibilität und einer grundsätzlichen Anpassungsbereitschaft zu begegnen. Neue Partner können auch neue Ideen, Kompetenzen oder bisher nicht betrachtete Blickwinkel mitbringen. Jedoch sollte nicht auf alle Veränderungen reagiert werden. Hier existiert ein gewisser Spielraum. Kleine, kaum relevante Veränderungen können die Verfolgung der eigenen Linie stören, weshalb auch eine gewisse Beharrlichkeit den übergeordneten Zielen zugestanden

werden kann. „Ich glaube, dass man da, wenn man eine gute Idee hat, auch den roten Faden setzen sollte und dem folgen sollte“ (Experte 7 2014). Insgesamt ist im Veränderungsprozess ein guter Austausch zwischen den Netzwerkpartnern und der -koordination wichtig, um auf den verschiedenen Ebenen reagieren zu können.

Wie bereits bei den politischen Rahmenbedingungen erwähnt, ist die Sichtbarkeit des Netzwerkes intern und extern relevant. Zwischen den Partnern kann es die Motivation erhöhen, wenn Ergebnisse der Zusammenarbeit in der Region sichtbar werden. Dabei ist es wichtig, diese Sichtbarkeit auch in die tieferen Strukturebene der Region zu tragen, „denn dort sitzen dann die Leute, die Projektideen haben, die gewisse Themen vorantreiben.“ (Experte 8 2014). Extern ist eine Sichtbarkeit in der Öffentlichkeit bzw. Fachöffentlichkeit hilfreich für die Rekrutierung neuer Partner und in Bezug auf die öffentlichen Fördermittel, über welche in den politischen Kreisen der zuständigen Ebenen entschieden werden. Während die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Netzwerke lieber klare Ergebnisse nach außen kommunizieren, erwarten Politiker auch die Kommunikation der gegenwärtigen Netzwerkaktivitäten. Zur Erhöhung der Bekanntheit sind Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, wie Anzeigen in Zeitschriften, Wettbewerbsteilnahmen, Internetpräsenz und Social Media oder Unterstützung durch einen Schirmherren notwendig. Unterstützung von Multiplikatoren, die Positives berichten, ist ebenfalls von Vorteil.

Die Kommunikation trägt insbesondere zur Nachhaltigkeit bei, indem sie Einfluss auf andere Faktoren nimmt. Auf die verschiedenen Rahmenbedingungen kann eine gute Kommunikation positive Auswirkungen haben. Sie steht zudem im engen Zusammenhang mit der Sichtbarkeit des Netzwerkes. Nutzbringende Kommunikation ist nach Meinung der Experten zielgruppenspezifisch, weshalb auch unterschiedliche Maßnahmen ergriffen werden sollten. Zum Beispiel wird eine Galionsfigur bzw. Schirmherr, welcher das Netzwerk repräsentiert, überwiegend als positiv betrachtet. Eine oder mehrere in Fachkreisen oder der Öffentlichkeit bekannte Personen können die Ergebnisse der Netzwerkarbeit „prominent [...] medienwirksam in der Landschaft platzieren“ (Experte 7 2014). Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Netzwerke schätzen den Vorteil einer solchen Figur vor allem beim Aufbau des Netzwerkes als relevantes Mittel ein.

Eine zentrale Rolle für die langfristige Existenz spielt das Netzwerkmanagement als Lenkungsinstrument. Das Management nimmt sich neben den administrativen Aufgaben und der Projektkoordination, der Vermittlung der Vision und der Weiterführung der Marke an. Besonders sollte es sich jedoch in der Integrationsfunktion und der Rolle des Vermittlers wiederfinden. So kann es die Aktivität und Partizipation der Mitglieder verstärken und vermittelt zwischen verschiedenen Interessen und Erwartungen, um Konflikten vorzubeugen. Um „die Kooperation in so einem Netzwerk der Konkurrenzsituation hinten anzustellen [...] muss die kulturelle Gleichberechtigung“ (Experte 1 2014) gefördert werden.

Als übergreifende Faktoren sind die Relevanz der Zielstellung und Vision von großer Bedeutung für das erfolgreiche Bestehen von innovativen Netzwerken. Der Zugang zu Finanzierungsquellen wird von den Koordinatorinnen und Koordinatoren als einfacher eingeschätzt, wenn das Thema eine erhöhte Relevanz in der Region oder auch bundesweit hat und hier bereits diskutiert wird. Zudem wirken sich Zielsetzung und Vision der Region stark auf die Motivation der Partner aus.

Unter der internen Funktionsfähigkeit lassen sich verschiedene

nachhaltigkeitsfördernde Determinanten zusammenfassen. Die Motivation ist entscheidend für die Teilnahme und Partizipation am Netzwerk. Intrinsische Motivation, welche von 25% der Befragten als wirkungsreich angesehen wird, erhält „man [...] nur darüber, dass man vorher gut mit denen zusammengearbeitet hat, dass es eine Identifikation mit dem Projekt gibt und dann gelingt es auch“ (Experte 4 2014). Die anderen Manager bewerten den Einfluss der extrinsischen Motivation höher, welche durch finanzielle Anreize, Arbeitsentlastungen oder Verbesserung der Versorgung hervorgerufen wird. Die Partner müssen hierbei den Wert einer fortgeführten Kooperation erkennen, weshalb die Kommunikation von Fortschritten und Ergebnissen bedeutsam ist. Hierbei ist weniger die Anerkennung durch das Netzwerkmanagement, sondern vielmehr die externe Kommunikation der Leistungen sowie das explizite Hervorheben des Engagements der Netzwerkmitglieder relevant.

Bezüglich der Mitgliederpartizipation und -einbindung sind sich die Experten nicht einig. Diese ist abhängig von der Netzwerkgröße und deren Zielstellung. Während in kleinen Netzwerken eine starke Einbindung nötig ist, da nur durch Aktivität ein Fortschritt erreichbar ist, ist in größeren Netzwerken eine aktive Beteiligung aller Akteure im gleichen Ausmaß nicht möglich. Zentrale Mitglieder sind stärker eingebunden und für Akteure, die räumlich weiter entfernt sind, müssen andere Möglichkeiten der Kommunikation wie eine Plattform für Ideen, Wünsche und Problemlösung geschaffen werden.

Für alle Experten ist klar, dass sich persönliche Beziehungen positiv auswirken, da Vertrauen zwischen den Partnern „der Motor [...] für eine gute Zusammenarbeit“ (Experte 5 2014) ist. Dieses entsteht durch eine längere, erfolgreiche Zusammenarbeit und steten Austausch.

Damit geht die Kohäsion im Netzwerk, der innere Zusammenhalt einher. Diese ist zur Fortführung einzelner Projekte oder der Finanzierung von Belang. Sie wird durch den Austausch zu verschiede-

nen Projekten und die Zielsetzung/Vision gefördert und kann vom Netzwerkmanagement durch gezielte Kommunikation des individuellen Nutzens interner Beziehungen an die Netzwerkmitglieder beeinflusst werden.

Weiterhin lassen sich Unterschiede in der Organisationsstruktur erkennen, welche den Zielen angemessen sein müssen. Ob sich die Entstehung eines Netzwerks auf die Nachhaltigkeit auswirkt, also ob es aus dem konkreten Bedarf der Akteure (Bottom-up) oder Top-down entstanden ist, ist nicht eindeutig zu bewerten. Top-down Ansätze lassen sich jedoch schwerer implementieren, da die Motivation der Mitglieder häufig fehlt und Interessenskonflikte entstehen können.

Framework: Nachhaltigkeit in innovativen Netzwerken

Der Vergleich des literaturbasierten Frameworks mit den Ergebnissen der Experteninterviews zeigt, dass die aus der Theorie abgeleiteten Faktoren relevant für die nachhaltige Gestaltung von innovativen Netzwerken im Gesundheitswesen sind. Die Experten haben neben den Faktoren, die in der Literatur diskutiert werden, auch die Tragweite der Kommunikation, die Netzwerkführung und die Vision/Zielsetzung als Einflussfaktoren identifiziert, sodass das vorläufige Framework um diese Faktoren erweitert wird. Es entsteht ein abschließendes Framework (s. Abbildung 2) der Erfolgsfaktoren zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen, das Netzwerkmanagern zukünftig einen Anhaltspunkt für die nachhaltige Gestaltung der Netzwerke bietet. Die Nachhaltigkeit muss dabei immer als multifaktorielles Phänomen betrachtet werden, dessen Faktoren interdependent sind.

Die Experteninterviews haben bestätigt, dass Netzwerke nicht unabhängig von ihrer Umwelt betrachtet werden können. Es müssen systemische, politische, wettbewerbliche, gesellschaftliche und auch regionale Spezifika beachtet werden. Während die Fähigkeit sich an äußere Einflüsse anzupassen bedeutsam für die Nachhaltigkeit ist, können innovative Netzwerke auch selbst durch Elemente wie Sichtbarkeit, Kommunikation und das Management auf äußere Einflüsse einwirken.

Langfristig ist die Anpassungsfähigkeit aller Netzwerkkomponenten als zentraler Faktor für die Nachhaltigkeit anzusehen. Auf interne und externe Veränderungen muss passend reagiert werden und ggf. Zielstellungen erneuert oder neue Partner einbezogen werden. Nur so kann die Innovationsfähigkeit erhalten bleiben.

Außerdem ist eine dauerhafte Lösung der Finanzierung unverzichtbar, wobei eine frühzeitige Planung nicht immer möglich ist. Eine Kombination verschiedener Finanzierungsquellen, wie z.B. Mitgliederbeiträge und öffentliche Fördermittel, führt langfristig zum Erfolg. Jedoch sind die finanziellen Mittel für eine anhaltende Innovationskraft und Nutzengenerierung nicht der bedeutendste Faktor.

Die interne Funktionsfähigkeit ist ein grundlegender Faktor. Für gemeinsame Innovationen müssen Motivation, Vertrauen, Partizipation und teilweise Kohäsion der Mitglieder vorhanden sein. Hierzu muss das Netzwerk eine relevante Zielsetzung verfolgen. Auch die Entstehung und die Bekanntheit des Netzwerkes beeinflussen die Motivation. Die interne Funktionsfähigkeit steht also unweigerlich mit Kommunikation, Management und Vision/Zielsetzung in Verbindung. Partizipation ist abhängig von der Größe des Netzwerks von den Mitgliedern zu fordern. Auch eine angemessene



Abb. 2: Framework der Nachhaltigkeitsfaktoren innovativer Netzwerke im deutschen Gesundheitswesen

Netzwerkstruktur gehört zur internen Funktionsfähigkeit.

Der Faktor der Sichtbarkeit wirkt sich auf die interne Funktionsfähigkeit, die Generierung von Projektidee, die Gewinnung neuer Partner und auf die weiteren Umweltbedingungen aus. Eine zielgruppenspezifische Kommunikation schafft hierfür die Voraussetzungen.

Zwischen all diesen Punkten wirken das Netzwerkmanagement, die Kommunikation und die Vision bzw. Zielstellung. Eigenschaften des Netzwerkmanagements und Ausgestaltung dieser Rolle beeinflussen alle Faktoren der Nachhaltigkeit. Effektive Maßnahmen der internen und externen Kommunikation unterstützen die Organisation und Innovationskraft. Die Zielstellung des Netzwerks muss den Mitgliedern einen Nutzen versprechen, weshalb eine strategische Planung nötig ist. Da nicht alle Elemente langfristig planbar sind, ist eine mittelfristige und anpassungsfähige Ausrichtung des Netzwerks existenziell.

Limitationen

Als Limitationen dieser Studie sind der subjektive Einfluss durch die Methode der Experteninterviews sowie mögliche interpretative Ergebnisverzerrungen durch die Autoren zu nennen. Experteninterviews sind immer subjektiv geprägt und mitunter unvollständig durch die Selbsteinschätzungen der Befragten (Wiltsey Stirman et al. 2012: 1–19; Scheirer/Dearing 2011: 2059–2067). Durch Verwendung eines standardisierten Fragebogens wurde versucht, diesen Einfluss zu mindern. Eventuellen Interpretationsverzerrungen könnte durch ein unabhängiges, interdisziplinäres Forschungsteam vorgebeugt werden.

Außerdem könnten erneute Befragungen, in einer späteren Phase der Netzwerkevolution, umfangreiche Einzelfallstudien oder auch die Befragung von Netzwerkmitgliedern die Ergebnisse bereichern. Betrachtungen anderer innovativer Netzwerkformen im Gesundheitswesen würden den hier vorliegenden Forschungsbeitrag vervollständigen. Die Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf andere Akteursstrukturen innerhalb des Gesundheitswesens kann aufgrund der Berücksichtigung der besonderen Umweltbedingungen im Ge-

sundheitswesen in gewissem Maße angenommen werden.

Praxisrelevanz für Netzwerkmanager

Das vorliegende Framework zeigt, dass die Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke von neun Faktoren bestimmt wird: den Umweltbedingungen, der Anpassungsfähigkeit, der Finanzierung, dem Netzwerkmanagement, der Vision/Zielstellung, der internen Funktionsfähigkeit, der Kommunikation und Sichtbarkeit des Netzwerks. Zwischen all diesen Faktoren lassen sich Interdependenzen erkennen.

Das Framework kann für die praktische Netzwerkarbeit den Netzwerkakteuren bei der Herausforderung helfen, nachhaltige Kooperationen zu erschaffen, indem sie einzelne Nachhaltigkeitsfaktoren für ihr Netzwerk reflektieren und ggf. Handlungen einleiten. Indem es den bisherigen theoretischen Erkenntnisstand untermauert und einen Ausgangspunkt für weitere wissenschaftliche Untersuchungen darstellt, kommt es der wachsenden Bedeutung für Netzwerke im Gesundheitswesen nach.

Das erstellte Framework kann zudem dem wissenschaftlichen Diskurs zur Nachhaltigkeit innovativer Netzwerke im Gesundheitswesen Impulse verleihen. Die weitere Betrachtung von Netzwerknachhaltigkeit sowohl in der praktischen Arbeit als auch in der Forschung ist unter Berücksichtigung der hohen Investitionskosten und des großen Innovationspotentials solcher innovativen Netzwerke wünschenswert. Das entstehende Verständnis von Netzwerknachhaltigkeit wird helfen, dass die innovativen Ansätze langfristig existieren und zur Optimierung des Gesundheitssystems beitragen. <<

Literatur

- BMBF (2016): Mit Gesundheitsregionen Innovationspotentiale heben. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4884.php> (2/23/2016).
- Buhl, C. (2010): Nachhaltigkeit von Netzwerken zwischen Theorie und Praxis. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.): Wie Netzwerke und Cluster nachhaltig erfolgreich sein können! Kontinuität, Stabilität und Effektivität, 13–31.
- Duschek, S. (2002): Innovation in Netzwerken. Renten-Relationen-Regeln. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Experte 1 (23.04.2014). Experte 3 (23.04.2014). Experte 4 (23.04.2014). Experte 5 (24.04.2014). Experte 7 (24.04.2014). Experte 8 (30.04.2014).
- Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung ISI (2016): Begleitforschung Gesundheitsregionen der Zukunft. Über uns. <http://www.begleitforschung-gesundheitsregionen.de/ueber-uns> (2/24/2016).
- Gläser, J./Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greulich, A./Berchtold, P. (2002): Disease Management: Patient und Prozess im Mittelpunkt: Hüthig.
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen (2015): Gesundheitswirtschaft im Aufbruch. <http://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/home/> (12/21/2015).
- 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.
- 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 2012, 7, 17: 1–19.

Health Regions of the Future: Practical Implications for Innovative Networks in the German Health Care System

Objective: In the first part of this study factors of sustainability of innovative networks in the health care system (MVF 04/16) were identified, based on a systematic literature search. Now this preliminary framework will be investigated qualitatively within the scope of accompanying scientific research to the competition from BMBF „Health Regions of the Future“. The aim of this study is to create an instrument for a purposeful sustainable managing of innovative health networks.

Methods: We conducted qualitative semi-structured interviews with managers from participating health regions in the competition. After computer-aided, qualitative analysis, the results of the expert interviews were consolidated with results from scientific analysis and a final framework were developed.

Results: Eight interviews confirmed and completed the results from literature. According to the experts environmental factors, funding, adaptability, visibility, communication, network management, relevance of objective target and intern functionality, determine the sustainability.

Conclusion: The sustainability is interpreting as multifactorial and interdependent. The factors of the final framework can assist network managers to create sustainable cooperations in the future.

Keywords

Innovation, network, sustainability, success factors, framework, expert interviews

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



Ad-hoc Kommission des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.*

Stellungnahme zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in der Fassung vom 18.7.2016 gemäß Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.3.2016

DNVF-Stellungnahme zum IQTIG-Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“

1. Teil: Allgemeines¹

1.1. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. begrüßt die aus dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 22.12.2015 abgeleitete Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Krankenhausplanung im deutschen Gesundheitswesen um das Element der Qualitätsorientierung zu ergänzen, und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Erstellung eines ersten, aus der externen Qualitätssicherung nach §135a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 i.V.m. §136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und §137a Abs. 3 abgeleiteten Indikatorensets für den Start dieser sog. qualitätsorientierten Krankenhausplanung zum 1.1.2017 zu beauftragen.

1.2. Das DNVF bringt gegenüber dem IQTIG seine Anerkennung zum Ausdruck, die ihm mit Auftrag vom 17.3.2016 gestellte Aufgabe unter großem Zeitdruck und unter Einbeziehung umfangreicher methodischer Überlegungen sowie statistischer Auswertungen in einer derart kurzen Zeitspanne angegangen zu haben, gerade wenn man berücksichtigt, dass die Indikatoren der externen Qualitätssicherung nicht für die Zwecke der Krankenhausplanung entwickelt worden sind, sondern eine Qualitätsverbesserung zum Ziel hatten. Allerdings bestehen in dem vorliegenden Bericht und in dem vom IQTIG gewählten Ansatz schwerwiegende Mängel, die aus Perspektive der Versorgungsforschung einer dringenden Korrektur bedürfen. Diese Mängel beziehen sich auf vier Bereiche, auf die in den folgenden Abschnitten der Stellungnahme im Einzelnen eingegangen wird:

- (1) Konzept der „Patientengefährdung“ (ausführlich im 3. Teil der Stellungnahme)
- (2) verwendetes Qualitätsmodell inkl. „Repräsentationsprinzip“ für Indikatoren (s. Abs. 4.2. und 4.3. d. Stellungnahme)
- (3) Auswahl der Leistungsbereiche (ausführlich im 5. Teil d. Stellungnahme)
- (4) Zahlreiche Detailfehler in der Darstellung der gesetzlichen Grundlagen (Abs. 2.2. d. Stellungn.), in der Begrifflichkeit der Qualitätssystematik (Abs. 3.2.2./3. d. Stellungnahme) und bei der statistischen Terminologie (Abs. 6.2. d. Stellungnahme)

1: Verweise in Form von „Kap. X.x.“ beziehen sich auf den Vorbericht des IQTIG, Verweise auf Teile der vorliegenden Stellungnahme des DNVF sind durch „Teil x Abs. y.y. d. Stellungn.“ gekennzeichnet.

Zusammenfassung

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. fordert in seiner Stellungnahme eine grundlegende Revision des vom Institut für Qualität und Transparenz (IQTIG) am 18.7.2016 vorgelegten Vorberichts „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“, der die Grundlage entsprechender Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur „Qualitätsorientierten Krankenhausplanung“ bildet. Das DNVF bezieht sich dabei auf zwei zentrale Themen:

1. Der Vorbericht des IQTIG wählt die Leistungsbereiche (Herzchirurgie und Frauenheilkunde mit den Schwerpunkten Brustkrebs und Perinatalogie) aus, die für die aktuellen Probleme der Krankenhausplanung (kleine Krankenhäuser in Ballungsgebieten) kaum eine Rolle spielen und ohne Notwendigkeit in bestehende Strukturentwicklungen (z.B. Bildung von Brust- und Perinatalzentren) eingreifen.
2. Der Vorbericht des IQTIG basiert auf dem Konzept der Patientengefährdung, das mit Schuldzuweisung und Sanktion arbeitet, und dem modernen Fehlerverständnis, das die Analyse von Schadensfällen, die Fehlerkette und Systemursachen in den Mittelpunkt stellt, diametral entgegensteht. Die positive Entwicklung, die das Thema Patientensicherheit in den letzten Jahren genommen hat, wird hierdurch in Frage gestellt.

Schlüsselwörter

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, IQTIG, DNVF, Krankenhausplanung

1.3. Das DNVF nimmt in seiner Stellungnahme in seiner Eigenschaft als wissenschaftlich orientiertes Netzwerk von Fachgesellschaften, Institutionen und Einzelpersonen eine Perspektive ein, die bewusst über die rein tagespolitische Logik hinausgeht und mittel- sowie langfristige Auswirkungen mit einbezieht. Dessen ungeachtet begrüßt das DNVF ausdrücklich die (sachlich alternativlose) Zusammenarbeit von Bundes- und Landesebene, die letztlich zum „Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015“ vom 5.12.2015 geführt hat, und hat volles Verständnis für die politische Absicht, sich im „ersten Schritt“ einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung vor allem auf kleine/mittelgroße Einrichtungen mit wiederholt schlechten Ergebnissen zu beziehen (bad apples). Doch gerade aus dieser struktur- und gesundheitspolitischen Perspektive muss geprüft werden, ob mit dem vorgeschlagenen Vorgehen tatsächlich eine realistische Chance besteht, diese Ziele zu erreichen (Funktionalität). Darüber hinaus muss jedoch aus langfristiger Perspektive – soweit man von gegebener Funktionalität ausgeht – darauf hingewirkt werden, dass grundlegende Konzepte der Qualitätsverbesserung und des Verständnisses von Patientensicherheit sowie übergreifende Entwicklungen wie Patientenorientierung und Regionalität der Versorgung nicht in Frage gestellt und durch inadäquate Operationalisierung letztlich entwertet werden (*negative Langfristeffekte*).

1.4. Die vorliegende Stellungnahme des DNVF geht auf die Frage der Funktionalität und auf die Problematik der inadäquaten Operationalisierung mit der Folge negativer Langfristeffekte ein. Das DNVF betont bereits an dieser Stelle, dass die ausgeführten Probleme von den Autoren des Vorberichts ohne jegliche Notwendigkeit in Kauf genommen werden, obwohl bessere Alternativen auf der Hand liegen; diese werden in den folgenden Teilen der Stellungnahme dargelegt. Stattdessen muss man sich nun mit schwerwiegenden negativen Konsequenzen auseinandersetzen, die sich auf drei Ebenen realisieren:

1.4.1. Die erste Ebene bezieht sich auf die Wahrung der *wissenschaftlich-methodischen Integrität* der zentralen Voraussetzungen und Konzepten der Versorgungsforschung und thematisiert hierin ein zentrales Element der negativen Langfristeffekte. Eines der zentralen konstituierenden Merkmale der Versorgungsforschung besteht in der *Patientenorientierung*. Wenngleich das DNVF durchaus die Absicht des IQTIG erkennt, Patientenorientierung durch den Begriff der „Patientengefährdung“ zu operationalisieren, handelt es sich dabei um

eine deutliche Einschränkung und Verkürzung. Patientenorientierung versteht sich als aktivierendes Element in einer Interaktion zwischen Patient und Behandlern, während der Begriff der Patientengefährdung den Patienten (in Vermengung juristischer und epidemiologischer Nomenklatur) als passives, „Gefährdungen“ ausgesetztes Objekt ansieht. Gleiches gilt für die **Regionalität** der Versorgung, die einen wichtigen Bestandteil des Alltagsbezuges der Versorgung darstellt: wenn gerade die Herzchirurgie (einschließlich hochkomplexer kardiologischer Interventionen) als Leistungsbereich ausgewählt wird, der gerade nicht die kleinräumig-regionale Versorgung betrifft (und somit auch das eigentliche Regelungsproblem, nämlich die Überversorgung durch kleine/mittlere Häuser in Ballungsgebieten, verfehlt), dann ist dies aus Sicht der Versorgungsforschung nicht akzeptabel. Drittens, und dies ist der wichtigste Aspekt, sind **grundlegende konzeptionelle Voraussetzungen der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung missachtet**, wenn z.B. statt des prozessorientierten Konzeptes von Patientensicherheit („Fehlerkette“) wieder auf ein Schaden- und Gefährdungs-bezogenes Konzept Bezug genommen wird, das erneut die Frage der Schuld statt der Stärkung der Fehlerprävention in den Mittelpunkt stellt.

1.4.2. Die zweite Ebene betrifft das Verfehlen der gesetzlichen Ziele (**mangelnde Funktionalität**). Das DNVF betrachtet die Forderungen des Krankenhausgesetzes in §1 Abs. 1 nach einer „qualitativ hochwertige(n), patienten- und bedarfsgerechte(n) Versorgung der Bevölkerung“ und die Forderung von §136c Abs. 1 SGB V nach Entwicklung von „Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind“, als übergeordnete Normen. Natürlich schränkt die Gesetzesbegründung zum KHSG („bei diesem ersten Beschluss“ sind „aus den vorhandenen Ergebnissen der externen Qualitätssicherung geeignete Indikatoren auszuwählen“) diese übergeordneten Vorschriften ein, worauf sich auch der G-BA in seinem Beschluss vom 17.3.2016 bezieht, jedoch ist dadurch die Forderung nach einer Eignung für die Krankenhausplanung weder gegenstandslos noch wird sie hierdurch relativiert. Die im vorliegenden Vorbericht angedachte Umsetzung erfüllt diese Forderung jedoch nicht, weder in Bezug auf Qualitätsverbesserung bzw. Stärkung der Patientensicherheit noch in Bezug auf die Stärkung der Planungsinstrumente auf Bundeslandebene. Schwerpunktmäßig wird hierauf im 4. Teil der Stellungnahme (zu Kapitel 3) eingegangen.

1.4.3. Nicht weniger schwerwiegend stellt sich die dritte Ebene dar, die sich auf **negative Langfristeffekte** bezieht, hier aber i.Ggs. zu 1.4.1. nicht auf die Wissenschaft, sondern die zukünftige Nutzung von Instrumenten wie Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit im gesundheitspolitischen Kontext abhebt. Wenn diese Instrumente heute durch eine nicht sachgerechte Anwendung in ihrer Akzeptanz beschädigt werden, wird man morgen, in zukünftigen Phasen der Strukturentwicklung, nicht mehr auf diese Instrumente zurückgreifen können. Hierdurch würde einer der zentralen Treiber jeder weiteren zukünftigen Entwicklung verloren gehen. Dies gilt umso mehr, und hierauf möchte das DNVF mit Nachdruck hinweisen, als dass die qualitätsorientierte Krankenhausplanung nichts weiter als einen temporären Zwischenschritt darstellt: *Die Zukunft gehört ohne Zweifel nicht der Krankenhausplanung, sondern einer qualitätsorientierten Versorgungsplanung, die alle Sektoren und die bereits bestehenden Ansätze der sektorenunabhängigen Versorgung mit in den Blick nimmt.* Die Entwertung von Konzepten zur Qualitätsentwicklung in der Gegenwart hätte also eine schwerwiegende Einschränkung der Handlungsoptionen in der Zukunft zur Folge.

1.5. Das DNVF hält die genannten Punkte für eine (auch kurzfristige) Korrektur geeignet und geht hierauf in den folgenden Abschnitten näher ein. Das DNVF möchte nicht unerwähnt lassen, dass sinnvolle und hinsichtlich der Einführung gut abgestimmte Konzepte zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung durchaus vorliegen und vermisst im vorliegenden Vorbericht die Bezugnahme auf solche Konzepte eine Bezugnahme, die trotz aller Einschränkungen der Beauftragung zwanglos möglich gewesen wäre und vorgeschlagene Maßnahmen in einen Sinnzusammenhang stellen würde. Als Beispiel könnte man folgendes Dreistufen-Modell zugrunde legen:

Stufe 1: Übergang von der Kapazitäts- zu einer Morbiditäts-orientierten Planung (Erkrankungshäufigkeit statt Bettenkapazität). Diese Entwicklung ist derzeit in Deutschland im Gang. Sie erfordert die Bildung von für Planungszwecke operationalisierbaren Krankheitsgruppen, die entsprechend Häufigkeit, Dringlichkeit und Schweregrad gebildet werden und das gesamte Morbiditätsspektrum von der Traumatologie und Geburtshilfe über die chronischen Erkrankungen und z.B. die Onkologie bis zur Transplantationsmedizin repräsentieren.

Stufe 2: Einführung und Aktivierung der Kriterien Zentralisierung (z.B. durch Mindestmengen oder Zentrenbildung) und Erreichbarkeit (Zugang) in die Krankenhausplanung. Das SGB V hat in der letzten Zeit über die Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen (§136c Abs. 3 SGB V und §17b Abs. 1a Satz 1 Nr. 6 KHG) den Aspekt der Erreichbarkeit definitiv eingeführt (in der ambulanten Versorgung war dies bereits im VSG über die Regelungen zu den Terminservicestellen der Fall, s. §75 Abs. 1a). Zentralisierende Elemente und Erreichbarkeit stehen in einer Wechselbeziehung, die für jede Krankheitsgruppe aufeinander abgestimmt werden muss. Die hierfür notwendige Diskussion ist ein öffentlicher Prozess, der die Einbeziehung von Bevölkerung und Patienten ermöglicht und erfordert.

Stufe 3: Bildung Krankheitsgruppen-bezogener Area-Indikatoren, die – unter Nivellierung der Sektorengrenzen – die regionale Versorgung beschreiben (regionale Versorgungsplanung). Internationale Erfahrungen sind in umfänglichem Maße vorhanden (s. SVR-Gutachten 2007, Nr. 501).

1.6. Das DNVF betont, dass es das Thema qualitätsorientierte Krankenhausplanung nicht nur für relevant, sondern auch im Sinne der gesetzlichen Vorschriften für kurzfristig angebar und mittelfristig umsetzbar hält. Eine langfristige Strategie muss jedoch erkennbar sein, und es ist zu fordern, dass die konzeptionellen Grundlagen stimmig, untereinander konsistent und zu den bereits bestehenden Aktivitäten und Konzepten anschlussfähig sind. Das DNVF bietet dem IQTIG sowohl bei konzeptionellen als auch bei sachlichen und technischen Fragen seine aktive Mitarbeit an.

2. Teil: Kapitel 1 – Einleitung

2.1. In der Einleitung des Vorberichtes werden der gesetzliche Hintergrund und der Auftrag des G-BA dargestellt, bereits kurz das Vorgehen skizziert und der externe Expertenbeirat vorgestellt. Auf die problematische Forderung nach Repräsentation (1.3. Abs. 2) wird in Teil 4 der Stellungnahme eingegangen. Der eigenwillige Begriff der „Reife“ von Indikatoren (1.3. Abs. 2) wird ebenfalls in Teil 4 kommentiert. Da im Vorbericht auf die Bedeutung der Patientensicherheit abgehoben wird („Patientengefährdung“), stellt sich die Frage, warum nicht ein Experte bzw. eine Expertin aus dem Bereich der

Patientensicherheit(sforschung) herangezogen werden konnte, z.B. aus dem Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (Korrespondierendes Mitglied im DNVF).

2.2. Wie unter „Allgemeines“ Abs. 1.2. dieser Stellungnahme bereits kurz genannt, irritiert die Menge der ungenauen Bezugnahmen auf die gesetzlichen Vorschriften. Bereits im ersten Satz wird der (prominente) §1 Abs. 1 des KHG zitiert, aber in der Fassung, die zum Zeitpunkt der Erstellung des Vorberichts und seiner Beauftragung (1. Halbjahr 2016) nicht mehr gültig war. Zwar wird später angemerkt, dass im Krankenhausstrukturgesetz „den genannten Zielen der Krankenhausplanung eine ‚qualitativ hochwertige‘ und ‚patientengerechte‘ Versorgung der Bevölkerung mit ‚qualitativ hochwertigen‘ Krankenhäusern hinzugefügt“ wurde, trotzdem fragt sich der Leser, warum nicht gleich die relevante Fassung zitiert werden kann. Hinzu kommen weitere sachliche Fehler (1.1. Abs. 2: „Nach §6 Abs. 4 KHG ist Krankenhausplanung Ländersache“, es handelt sich jedoch um Abs. 1), im Verlauf werden die Regelungen nach dem SGB V in der alten Fassung (bis 31.12.2015) und der neuen Fassung (ab 1.1.2016) teilweise parallel genutzt. So wird z.B. in 1.1. Abs. 4 der §137 Abs. 3 Satz 9 SGB V als Bezug für die Weiterleitung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung an die Länder genannt, der jedoch in der Fassung vom 21.12.2015 (vor KHSG) gar nicht existent war (gemeint ist wohl Satz 4) und – wenn er denn existent gewesen wäre – seit 1.1.2016 in §136c Abs. 1 Satz 2 niedergelegt wäre (und nicht, wie in der Fußnote auf S. 19 angemerkt, in §136b Abs. 2 Satz 4, der einen völlig anderen Gegenstand hat).

2.3. Das DNVF stellt fest, dass im weiteren Verlauf des Vorberichtes ähnliche handwerkliche Ungenauigkeiten auch in der Verwendung der statistischen Terminologie (s. Abs. 6.2. d. Stellungn.) und in der Verwendung der Qualitätssystematik (s. Abs. 3.2.2./3. d. Stellungn.) zu beobachten sind. Da die umfangreichen statistischen Berechnungen zur Aussagekraft der einzelnen Indikatoren in Kap. 4 des Vorberichtes aus Gründen der Zeitknappheit und wegen mangelnder Ressourcen nicht nachvollzogen werden können, kann das DNVF lediglich der Hoffnung Ausdruck geben, dass hier ein höherer Standard verwirklicht wurde. Das DNVF hält diese Einschätzung wegen der unbestrittenen Kompetenz des IQTIG auf diesem Gebiet für vertretbar.

Fazit:

Das DNVF empfiehlt für Kapitel 1 eine eingehende Überarbeitung.

3. Teil: Kapitel 2 Patientengefährdung als planungsrelevanter Aspekt der medizinischen Versorgung

3.1. Das DNVF begrüßt, wie einleitend erwähnt, durchaus den Versuch, die sog. bad apple-Problematik über das Thema Patientensicherheit anzugehen, da hier gerade bei den für die Planung relevanten Gruppen von Krankenhäusern (kleine bis mittelgroße Häuser in Ballungsgebieten) ohne Zweifel ein großer Handlungsbedarf besteht. Eine an die gängige Praxis und die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas Patientensicherheit anschlussfähige Ausgestaltung einer Nutzung von Patientensicherheitsindikatoren wäre daher sehr zu begrüßen (vgl. SVR-GA 2007, Nr. 616). Der vom IQTIG vorgeschlagene Weg und das zugrunde gelegte „Konzept der Patientengefährdung“ sind jedoch abzulehnen, da:

1. dieses Konzept im diametralen Gegensatz zum national und international verwendeten Konzept eines auf Prävention (und nicht Schuld)

basierenden Verständnisses von Patientensicherheit steht und
2. das Konzept in seiner beabsichtigten Umsetzung im Rahmen der qualitätsorientierten Krankenhausplanung aus Sicht des DNVF keinerlei Erfolgchance auf eine Verbesserung der Patientensicherheit hat.

Es handelt sich also um eine Kombination von fehlender Funktionalität und negativen Langfristeffekten, so dass erwartet werden muss, dass das Thema Patientensicherheit und seine derzeitig doch relativ positive Besetzung und Umsetzung in Deutschland nachhaltig geschwächt und geschädigt wird. Beide o.g. Punkte sollen hier getrennt ausgeführt werden:

3.2. Die verwendete Terminologie und das zugrunde liegende Konzept gefährden die Akzeptanz des Themas Patientensicherheit.

3.2.1. Sowohl die Patientensicherheitspraxis als auch die Patientensicherheitsforschung gehen analog zu Sicherheitskonzepten in anderen Hochrisikobereichen der Gesellschaft davon aus, dass die Analyse von fehlerhaften Prozessen und die Prävention höher priorisiert werden als die Identifizierung von stattgehabten negativen Ergebnissen am sog. sharp end. Alle Konzepte stellen darauf ab, dass es auf der Basis von Risiken (z.B. fehlende Sicherheitskultur) zu Fehlern (Beinahe-Schäden) kommt, die eine Fehlerkette bilden und bei Versagen von Barrieren zu einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis führen. In der Praxis kann man auf diese Weise die auf Schuld zugeschnittene traditionelle Denkweise überwinden und eine auf Prävention und Analyse ausgerichtete Perspektive einnehmen; in der Forschung gelingt es, z.B. über Surrogat-Konzepte auch seltene schwerwiegende Ereignisse (z.B. Erfassung von Patientenverwechslungen über Etikettenfehler) analytisch zugänglich zu machen. Zum Monitoring von risikobehafteten Prozessen (und dies sind im Gesundheitswesen fast alle Vorgänge) dienen Patientensicherheitsindikatoren (s. SVR-Gutachten 2007, Nr. 616), ein Begriff, der im vorliegenden Vorbericht, trotz der wiederholten Bezugnahme auf das SVR-Gutachten und des eigentlich zwingend darauf hinführenden Themas „planungsrelevante Indikatoren“, kein einziges Mal auftaucht. In der Terminologie spiegelt sich dieses Verständnis in dem Begriff des Unerwünschten Ereignisses wider (negativ, behandlungsassoziiert, unbeabsichtigt), das – wenn ein Fehler (Regelverletzung) zugrunde liegt – als „vermeidbar“ eingestuft wird (vgl. To Err is Human, Institute of Medicine 1999, S. 3). Man geht davon aus, dass Fehler recht häufig sind, jedoch meist innerhalb der Fehlerkette abgefangen werden, so dass es nicht zu einem unerwünschten Ereignis kommt.

3.2.2. Im vorliegenden Vorbericht weicht das IQTIG ohne jeglichen erkennbaren Grund von diesem Konzept ab und schlägt *de novo* ein „Konzept Patientengefährdung“ vor, das weder in der deutschen noch in der internationalen Literatur bekannt ist und auch in der Patientensicherheitsforschung keinerlei Anschlussfähigkeit aufweist. Der Kern dieses Konzeptes liegt in einem quantitativen, auf den Schweregrad von unerwünschten Ereignissen zugeschnittenen Verständnis von Patientensicherheit und steht damit in diametralem Gegensatz zum prozessualen, auf Prävention ausgerichteten Konzept von Patientensicherheit. Dies wird besonders in Abbildung 2 (S. 30) deutlich; schon die Farbgebung insinuiert regelrecht die Skandalisierung. Auch hier signalisiert die Terminologie die Grundzüge des Konzeptes, es wird von Schaden, von (erheblichem) Risiko, von Gefährdung, von Gefahr und von „dringender Gefahr“ (woher ist dieser Begriff abgeleitet?) gesprochen. Natürlich finden sich in der wissenschaftlichen Literatur hier entsprechende Begriffe (*harm* für Schaden etc.), die auch (s. Tabellen)

einer Graduierung unterworfen wurden, die aber in der epidemiologischen Betrachtung im Vergleich zu (vermeidbaren) unerwünschten Ereignissen bestenfalls eine randständige Bedeutung haben (z.B. wurde die Graduierung als erstes für unerwünschte Ereignisse verwendet). In Punkt 2.2.2 und folgende werden dann, völlig willkürlich, Begriffe wie „Arten der Patientengefährdung“, „erhebliche Gefahr“, „direkter Schaden“, „dringende Gefahr“, „Gefahr im Verzug“ oder „unnötige Risikoexposition“ aufgeführt, allesamt genuine Neuschöpfungen ohne Bezug zur internationalen Forschung und Entwicklung. Das Resultat wird sein, dass Krankenhäuser als „Gefährder“ angesehen werden, was die Ansätze eines produktiven Risikomanagements deutlich erschweren wird. Zum ähnlich unsystematischen Gebrauch der Terminologie bei Datenauswertung und -validierung (s. Teil 6 dieser Stellungnahme).

3.2.3. Das vorgeschlagene „Konzept Patientengefährdung“ stellt nicht nur eine rückwärtsgewandte Betrachtungsweise und einen gefährlichen Rückschritt im Verständnis von Patientensicherheit dar, sondern ist auch von einem **maßgeblichen Mangel in seiner inneren Konsistenz** begleitet. Wenn das „Konzept Patientengefährdung“ „das vermeidbare Risiko eines Gesundheitsschadens im Rahmen der Patientenversorgung“ bezeichnet (S. 28), dann fragt sich, warum in der Abbildung auf S. 29 links im noch grün-gelben Bereich bereits von einem „zunehmenden Schadensausmaß“ die Rede ist und bereits in der Mitte „schwere UE“ auftreten, die dann aber wieder (weiter rechts) nur eine „sehr hohe Wahrscheinlichkeit“ aufweisen und überdies plötzlich in eine Phase „Gefahr im Verzug“ (also noch kein UE, denn es ist ja nur eine Gefahr?) übertritt (bezeichnenderweise das schwarze Ende). Um ein anderes Beispiel anzuführen: Am Ende von 2. Absatz 1 wird der Begriff der „vermeidbaren erheblichen Patientengefährdung“ genannt; es werden zwei Literaturstellen (Arah et al. 2006 und McLoughlin 2006) zitiert. Es handelt sich hierbei um bekannte Arbeiten (die Arah-Arbeit spielte in den Methodenpapieren des AQUA-Institutes eine tragende Rolle), aber in keiner dieser beiden Arbeiten kommt (auch bei nochmaliger intensiver Überprüfung) der Begriff der vermeidbaren erheblichen Patientengefährdung vor – es handelt sich vielmehr um Arbeiten zur Qualitätssystematik und zu verwendeten Patientensicherheitsindikatoren in OECD-Ländern. Der nachfolgende Absatz ist der Abgrenzung zur „risikobehafteten Diagnostik und Therapie“ gewidmet, ein Thema, bei dem ja *beabsichtigtes* Handeln vorliegt, also kein unerwünschtes Ereignis besteht. Dieser Absatz mündet in den Satz „Erst dort, wo diese Abwägung nicht sorgfältig genug erfolgt [DNVF: Abgrenzung zur risikobehafteten Diagnostik und Therapie] oder wo grundlegende Prinzipien der Patientensicherheit nicht beachtet werden, beginnt die *Planungsrelevanz der Patientengefährdung*“ (Hervorh. DNVF). Da eine „risikobehaftete Diagnostik und Therapie“ *per definitionem* kein unerwünschtes Ereignis, sondern absichtsvolles Handeln darstellt, läuft diese Argumentation darauf hinaus, dass letztlich alle unerwünschten Ereignisse unter das Rubrum „Planungsrelevanz der Patientengefährdung“ fallen. Das DNVF empfiehlt eine gründliche Überarbeitung.

3.3. Auch wenn es auf den ersten Blick wie eine Stärkung des Themas aussieht – die Thematik Patientensicherheit wird mit einer Aufgabe betraut, die nicht erfolgreich zu bewältigen ist.

Selbst wenn man ein adäquates Konzept der Patientensicherheit zugrunde legt, muss die Frage geprüft werden, ob der Einsatz von Patientensicherheitsindikatoren (um den korrekten Begriff an dieser Stelle zu benutzen) im gegebenen Zusammenhang sinnvoll ist und den beabsichtigten Zweck erfüllen kann (Funktionalität). Strukturpolitisch geht es um kleine und mittelgroße Krankenhäuser insbesondere in Bal-

lungsgebieten, die nicht unter die Bestimmungen des Sicherstellungszuschlags (136c Abs. 3 SGB V) fallen (s. auch Abs. 5.1. d. Stellungn.). Da das IQTIG hauptsächlich mit Ergebnisindikatoren arbeitet (in der Herzchirurgie zu 100%) und (anders als vom Gesetzgeber vorgesehen, s. §136c Abs. 1 Satz 1) Prozess- bzw. Strukturindikatoren weitgehend außen vor lässt, steht man vor dem Problem, das kleine Häuser wegen ihrer kleinen Fallzahlen natürlich auch nur relativ selten entsprechende Ereignisse vorweisen. Ganz abgesehen von der Tatsache, dass gerade die Herzchirurgie (plus invasive Kardiologie) nicht das relevante Fachgebiet für diese Gruppe von Häusern darstellt (s. hierzu Abs. 4.2. und 5.1. d. Stellungn.), wird sich herausstellen, dass sich durch die bei Ergebnisindikatoren notwendige Risikoadjustierungsmodelle derart kleine Gruppen bilden (sog. Fallzahl-Prävalenz-Problem), dass die statistische Aussagekraft gegen Null geht. Die Relevanz dieses Aspektes wird noch deutlicher, wenn man die neu eingeführte quartalsweise Auswertung (statt vorher ganzjährig, s. S. 163) und die Forderung des Gesetzgebers (§109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) berücksichtigt, dass Auffälligkeiten für mehrere aufeinanderfolgende Jahre nachweisbar sein müssen (die Verfasser des Vorberichts räumen dies für die Herzchirurgie ja auch freimütig ein, s. S. 153). Das Ergebnis wird sein: **Für die praktische Arbeit mit dem Thema Patientensicherheit und für die Patientensicherheitsforschung wird durch das „Konzept Patientengefährdung“ eine erhebliche Erschwernis eintreten, ein Krankenhausplanerischer Benefit wird jedoch nicht zu verwirklichen sein.**

Fazit:

Das DNVF lehnt das Konzept der Patientengefährdung ab und empfiehlt eine grundlegende Überarbeitung der konzeptionellen Grundlagen.

4. Teil: Kapitel 3 – Methodik

Zur Methodik müssen aus Sicht des DNVF mehrere Punkte angesprochen werden, die in ihrer Gesamtheit einen starken Einfluss auf die Funktionalität des angedachten Vorgehens aufweisen.

4.1. Qualitätsmessung: Zu Anfang muss zumindest kurz auf das Konzept der „Qualitätsmessung“ eingegangen werden, so ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Vorstellung, Qualität sei durch bestimmte Parameter einfach „1:1“ zu messen, nur als eine idealisierende Verkürzung gelten kann. Die Messung von Qualität ist kein linearer Vorgang, sondern ein komplexer Prozess, der z.B. Annahmen über den Zusammenhang zwischen Messwert und Qualität (sagt der Messwert (Parameter) etwas über die Qualität aus?) oder auch über den rekursiven Einfluss des Messvorgangs auf den beobachteten Messwert beinhaltet (oft als Hawthorne-Effekt bezeichnet). Man behilft sich deshalb im Allgemeinen mit einem Monitoring durch Qualitätsindikatoren, die entsprechend der Definition der Joint Commission (JCAHO 1991) Qualitätsprobleme vorhersagen und im Falle des Ansprechens weitere Nachforschungen auslösen. Die Eigenschaft von Beinaheschäden, als Bestandteil der Fehlerkette Vermeidbare Unerwünschte Ereignisse vorherzusagen, belegt die enge Verwandtschaft des Qualitäts- bzw. Indikatorenkonzeptes mit einem modernen Patientensicherheitsverständnis. Große Bedeutung hat dieser Umstand im Zusammenhang mit der sog. „Datenvalidierung“ (s. 3.2.2.b, S. 42f), die nach §9 QSKH-RL des G-BA vom 20.6.2013 durchgeführt werden muss und im Vorbericht auch auf die qualitätsorientierte Krankenhausplanung bezogen wird (vgl. auch Kap. 5.2, S. 164 und Kap. 5.6. S. 173ff), denn es handelt sich hierbei tatsächlich um eine Reliabilitätsprüfung; die Validität von Indikatoren

beschreibt die Sicherheit, mit der Qualitätsprobleme vorhergesagt werden (Indikatoren sind daher hoch-sensitiv eingestellt). Die Monitoring-Funktion der Indikatoren bedingt zahlreiche Eigenschaften, die sie erfüllen müssen und deren Darstellung hier den Rahmen sprengt; einer dieser Eigenschaften ist die Selektivität, also die Fähigkeit von Indikatoren, einen größeren Leistungsbereich zu „beobachten“ (s.u.).

4.2. Repräsentationsprinzip: Der vorgenannte Punkt führt zu einem der zentralen Missverständnisse und fehlerhaften Annahmen des vom IQTIG dargelegten Konzeptes, nämlich der Forderung nach hoher „Repräsentativität“ der Qualitätsparameter für das Leistungsspektrum einer Abteilung (das sog. „Repräsentationsprinzip“). Nur unter dieser Bedingung, also wenn ein Fachgebiet durch die verwendeten Parameter möglichst umfassend abgebildet wird, sei eine Aussage zu Qualität (und Sicherheit, wenn man dem Konzept folgt) möglich, die zu Planungszwecken Verwendung finden kann (3.3.1., S. 33ff). Der Vorbericht lehnt andere Vorgehensweisen ab, in denen Parameter in „zentralen“, „abgegrenzten“ oder „kritischen“ Versorgungsbereichen gemessen werden, diese letztgenannten Vorgehensweisen seien nicht ausreichend, da es sich hier nur um die „Planung einzelner Leistungen oder Indikationen (Fachplanung)“ (S. 35) handeln würde. Dieser Argumentation, das muss man deutlich zum Ausdruck bringen, liegt ein inadäquates Verständnis von Indikatoren zugrunde, denn will man vermeiden, dass die Qualitätssicherung über eine quasi vollständige Erfassung aller Leistungen sich selbst ad absurdum führt, gibt es zu einer Auswahlentscheidung keine Alternative (sog. Selektivität, s.o.). So bleibt es auch unklar, warum z.B. Probleme der Hygiene nicht für die Abbildung von Qualitäts- bzw. Sicherheitsproblemen in einzelnen Fachabteilungen geeignet sein können. In einem Nebensatz verweisen die Verfasser des Vorberichtes auf das „Tracer-Konzept“, das eine solche Auswahl träge, das in der „öffentlichen Diskussion jedoch praktisch keine Rolle mehr“ spielen würde. Hierzu kann man nur festhalten, dass die Forderung nach Selektivität von Indikatoren eine der Grundlagen sowohl der praktischen Arbeit mit Indikatoren z.B. in Organisationen (sonst müsste man ja „alles“ messen) als auch der wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Thema darstellt (z.B. wissenschaftliche Studien zur Leistungsfähigkeit von Managed Care Programmen, die anhand einzelner Indikatoren beschrieben wird). Um ein Beispiel aus der Praxis zu nennen (es handelt sich derzeit um das größte Praxisbeispiel der Welt): in den USA werden 6% der Gesamtvergütung aller (!) an der Medicare-Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser über die „Tracer-Funktion“ von gerade 30 Indikatoren verteilt, davon allein 3% über den einzigen Prozessindikator der Wiederaufnahme: sog. Hospital Readmission Reduction Programm). Es ist daher nicht verwunderlich, dass ein „Repräsentationsprinzip“ in der internationalen Literatur zu Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit unbekannt ist. Diese konzeptionellen Überlegungen haben enorme praktische Konsequenzen, z.B. muss davon ausgegangen werden, dass ca. 1/3 der Krankenhäuser aus den hier dargestellten krankenhauplanerischen Maßnahmen ausgeschlossen bleiben (solange keine neuen Qualitätsindikatoren vorliegen), und bei Beibehaltung des Kriteriums „50 % der Sollfälle“ viele Leistungsbereiche auch in Zukunft nicht berücksichtigt werden können. Weiterhin gibt es Zuordnungsprobleme, wie das einfache Beispiel der Schrittmacher- und ICD-Eingriffe zeigt, die nicht allein der Inneren Medizin/Kardiologie zugeordnet werden können, sondern zu einem erheblichen Teil durch (Herz-)Chirurgen erfolgen.

4.3. Leistungsbereiche: Diese Einschränkung auf das genannte „Repräsentationsprinzip“ stellt den zentralen Mangel des Konzeptes

dar (Funktionalität), das im Vorbericht des IQTIG verfolgt wird, denn hieraus begründet sich die Auswahl der „Leistungsbereiche“. Zwar ist die Argumentation anfangs schlüssig, wenn auf die Schwierigkeit eingegangen wird, aus dem prozedural-akutmedizinischen Spektrum der Qualitätsindikatoren der deutschen externen Qualitätssicherung eine Aussage über die Leistungsfähigkeit einer gesamten Abteilung abzuleiten, vor allem wenn man berücksichtigt, dass die externe Qualitätssicherung nur wenige akut-konservative Indikatoren und gar keine Indikatoren zu chronisch-konservativen Erkrankungen oder zur Multimorbidität enthält, die sicher eines der wichtigsten Aufgabengebiete kleiner Stadtkrankenhäuser darstellen. Allerdings wird die Aussage der Indikatoren nicht dadurch valider gestaltet, dass alle Leistungen der operativen Akutmedizin einzeln abgebildet werden, indem man ein „Repräsentationsprinzip“ verfolgt. Wichtig wäre es vielmehr, die konservative Medizin in den Mittelpunkt zu stellen, auch wenn bislang außer der koronaren Herzkrankheit und der ambulant erworbenen Pneumonie nur wenige Erkrankungen erfasst sind. In der im Vorbericht des IQTIG dargestellten Analyse führt das „Repräsentationsprinzip“ nun jedoch zur Auswahl der Herzchirurgie (einschließlich komplexer kardiologischer Interventionen) und der Frauenheilkunde. Natürlich gehört letzteres Fachgebiet zur Grundversorgung, allerdings bezieht sich der Großteil der Parameter auf die Mamma-Chirurgie und Perinatalmedizin/Neonatologie, gehören also gerade nicht zur Grund- und Regelversorgung. Es werden also zwei Leistungsbereiche ausgewählt, von denen klar vorhergesagt werden kann, dass sie für den Zweck des Unterfangens qualitätsorientierte Krankenhausplanung und hiermit für das Thema des vorliegenden Vorberichtes eine allenfalls sehr geringe Aussagekraft und Relevanz aufweisen (abgesehen von drei operativen gynäkologischen Operationen). Durch diese Auswahlentscheidung und die vorhersehbare Entwertung der hier eingesetzten Qualitäts- und Patientensicherheitsindikatoren schlägt die mangelnde Funktionalität in negative Langfristeffekte um.

4.4. Ergebnisindikatoren und Risikoadjustierung: Die Abschnitte zu diesem Thema (ab 3.2.) weisen eine deutlich höhere innere Konsistenz als die vorangegangenen Textteile auf, der Abschnitt ist klar gegliedert und beginnt mit einer Feststellung, die hellhörig werden lässt (3.2. Abs. 1): Bei den Indikatoren wurde bislang „nicht die Nutzung für Planungszwecke bedacht“ (vgl. Abs. 2.2. d. Stellungn.). Leider bleibt es dabei; möglich wäre es auch gewesen, bereits zu diesem Zeitpunkt zu überlegen, ob die Planungsdefizite der Bundesländer z.B. gerade im Bereich der Herzchirurgie im Vordergrund stehen sollten (s.o.). Zusätzlich müssen jedoch einige weitere Punkte hervorgehoben werden (z.B. Ableitung des Begriffes „Reife von Indikatoren“), insbesondere was die Problematik der Risikoadjustierung angeht. Es wird zutreffend angemerkt, dass Prozessindikatoren nicht risikoadjustiert werden müssen (S. 44) (wenngleich man in einem Exkurs hier anmerken muss, dass es richtiger gewesen wäre zu sagen, „meist nicht risikoadjustiert werden“ (s. die umfangreiche Literatur der letzten 12 Monate zum Thema der Risikoadjustierung des Prozessindikators „Readmission“ (Wiederaufnahme) über die soziodemographischen Dimensionen)), aber vor allem fehlt die Diskussion darüber, warum man für den ersten Ansatz nicht auf Ergebnisindikatoren verzichtet und prioritär mit Prozess- und Strukturindikatoren arbeitet (Strukturindikatoren müssen meist ebenfalls nicht risikoadjustiert werden). Bei der Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren verzichtet man dann auf die ROC-Methodik (S. 44), weil sie „im Zusammenhang mit der vorliegenden Auswahlentscheidung, die nicht Qualitätsindikatoren miteinander vergleicht, nicht weiter“-führt, wobei man die Frage stellen muss: Woran validiert

man Indikatoren denn sonst? Weiterhin: „Ergebnisindikatoren, die als Sentinel-Event-Indikator definiert sind, sind nicht risikoadjustiert, beziehen sich auf Sondersituationen und sind daher im Zusammenhang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auszuschließen“ (S. 44, Abs. 3), auf S. 48 heißt es aber: „Im Rahmen des Verfahrens für planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden für die aus der QSKH-RL ausgewählten und empfohlenen Sentinel-Event-Indikatoren ... für das Erfassungsjahr 2017 prospektiv festgeschrieben.“ Sentinel-Event-Indikatoren werden auch im Rahmen der „Datenvalidierung“ auf S. 162 genannt. Letztlich wird für die Risikoadjustierung ein an der Funnel-Plot-Darstellung angelehntes Verfahren gewählt, das die Konfidenzintervalle der Indikatoren an die Fallhäufigkeit anpasst und hiermit das Fallzahl-Prävalenz-Problem, also das Auftreten einer hohen Streuung der Indikatorergebnisse bei kleinen Krankenhäusern, zu korrigieren versucht. Dies wird absehbar dazu führen, dass es zu keiner Verbesserung der Planungskompetenz vor Ort kommen wird, soweit Ergebnisindikatoren zugrunde gelegt werden, da bei kleinen Fallzahlen die Konfidenzintervalle derart groß werden, dass keine statistisch haltbaren Aussagen getroffen werden können. Das DNVF empfiehlt zur Vermeidung dieses Problems eine zumindest vorübergehende Konzentration auf Prozess- und Strukturindikatoren.

4.5. Justiziabilität und Rechtssicherheit: Im Zusammenhang mit der Problematik der Ergebnisindikatoren und der Thematik Patientengefährdung spielt die juristische Absicherung eine große Rolle im Vorbericht des IQTIG (s. Kap. 3.2.4.). Es wird impliziert, dass Parameter mit Ergebnis-Relevanz und zum Thema Patientensicherheit besonders geeignet seien, als „justizierbar“ wahrgenommen zu werden. Es wird Bezug genommen auf die Gesetzesbegründung im KHSG zu §137 SGB V: „Nur wenn die mit der Qualitätssicherung erhobenen Daten die Qualität der Leistungen sachgerecht wiedergeben, können diese Daten rechtssicher als Grundlage z. B. für eine qualitätsabhängige Vergütung oder einer qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden“ (vgl. Kap. 5.6. zu Datenvalidierung). Einschränkend muss allerdings festgehalten werden, dass im Auftrag des G-BA vom 17.3.2016 hierauf nicht verwiesen wird. Es überschreitet vielleicht den Horizont der vorliegenden Stellungnahme, aber aus Sicht des DNVF wäre zu diskutieren, ob eine Abschwächung der Evidenzanforderungen an die planungsrelevanten Indikatoren (analog zur Neuregelung der Mindestmengen im KHSG mit Streichung der Vorschrift „in besonderem Maße“ in §136b Satz 1 Nr. 2 SGB V) eine verbesserte Berücksichtigung von Prozess- und Strukturindikatoren leichter durchsetzbar wäre, um die aus methodischen Gründen (s.o.) letztlich perspektivlose Fokussierung auf Ergebnisindikatoren zu relativieren. Aus Sicht des DNVF ist bei der Beurteilung des vorliegenden Vorberichts jedoch der Widerspruch zwischen der großen Bedeutung relevant, der der rechtssicheren Gestaltung zugewiesen wird, und den handwerklichen Ungenauigkeiten in der Bezugnahme auf die gesetzlichen Vorgaben (s. Abs. 2.2. d. Stellungn.), hinsichtlich der statistischen Terminologie (s. Abs. 6.2. d. Stellungn.) und hinsichtlich der Qualitätssystematik (s. Abs. 3.2.2./3. d. Stellungn.).

4.6. Weitere statistische Probleme:

(a) Auf Seite 39 wird ausgeführt, dass die vorgenommenen Prüfungen zur Eignung der Indikatoren zusätzlich zu den Prüfungen auf Veröffentlichungsfähigkeit stattfanden. Allerdings wird auf die dort (vormals) verwendeten Prüfungen an keiner Stelle mehr eingegangen. Daher ist unklar, inwiefern diese Prüfungen im Kontext der Veröffentlichungsfähigkeit (z.B. hinsichtlich der Diskriminationsfähigkeit) hier tatsächlich eine Rolle spielen.

- (b) Die statistische Methode lässt die Multi-Test-Situation unberücksichtigt. Wenn für eine Einrichtung 12 Tests zur statistischen Auffälligkeit mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% durchgeführt werden, steigt die Wahrscheinlichkeit, sich in mindestens einem Indikator zu irren, auf 46%. Dies bedeutet konkret, dass bei den Leistungsbereichen Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie mit insgesamt 12 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% auf 46% und bei den Leistungsbereichen zur Herzchirurgie mit 10 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% auf 40% anwächst.
- (c) Die quartalsweise Auswertung hat noch kleinere Ereignishäufigkeiten (v.a. bei Risikoadjustierung) mit der Bildung kleiner Gruppen zur Folge. Dies wird auch nicht durch die sog. „rollierenden Fenster“ (s. S. 170) geheilt, bei denen jeweils die vier letzten Quartale zugrunde gelegt werden, weil es hier zu Mehrfachauswertungen kommt, die wiederum die statistischen Anforderungen ungünstig beeinflussen.
- (d) zur statistischen Terminologie s. Abs. 6.2. d. Stellungn.

Fazit:

Das DNVF empfiehlt (1) das „Repräsentationsprinzip“ aufzugeben und (2) die planungsrelevanten Indikatoren im ersten Schritt auf solche der Prozess- und Strukturqualität zu beschränken. Ergebnisindikatoren sind wichtig, sollten jedoch nicht am Anfang stehen und müssen sich auf hohe Fallzahlen beziehen, damit eine statistische Aussagekraft auch unter Risikoadjustierung gegeben ist.

5. Teil: Kapitel 4 – Ergebnisse

5.1. Auswahl der Leistungsbereiche: Das Kapitel 4 des Vorberichts beginnt mit der Auswahl der Leistungsbereiche (4.1.). Wie in dieser Stellungnahme in Abs. 4.2. und 4.3. ausgeführt, hat das sog. „Repräsentationsprinzip“ zur Folge, dass die für die krankenhauplanerischen Belange entscheidenden Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie keine Berücksichtigung finden und lediglich drei einzelne Indikatoren verbleiben (gynäkologische Operationen), die der Grundversorgung zuzuordnen sind. Diese Tatsache ist insofern von Bedeutung (s. 1. Teil d. Stellungn.), als dass die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung besonders im Bereich der kleineren und mittleren Krankenhäuser in Ballungsräumen vorliegt und nicht bei Schwerpunkt- und Maximalversorgern (mit Perinatalzentren, Brustzentren und Herzchirurgie/invasiver Kardiologie). Auch kleine/mittlere Häuser in ländlichen Regionen, die evtl. sogar von den Bestimmungen zum Sicherstellungszuschlag nach §136c Abs. 3 SGB V profitieren, stehen nicht im Mittelpunkt, wengleich sich durch die Verbindung, die der Gesetzgeber zwischen Sicherstellungszuschlägen und qualitätsorientierter Krankenhausplanung in §136c Abs. 3 Satz 3 hergestellt hat, in der Zukunft durchaus andere Optionen ergeben könnten (was auch wünschenswert wäre). Aufgrund der durch das DRG-System gegebenen Konkurrenzsituation und entsprechenden Produktivitätssteigerungen sind kleinere Häuser in Ballungsgebieten einem Anreiz zur Spezialisierung in Richtung Schwerpunktversorgung ausgesetzt („kleine Universitätskliniken“), was allerdings u.a. wegen der suboptimalen Größe aus übergeordneten Gründen nicht wünschenswert erscheinen kann. Im gesundheitspolitischen Raum wird daher argumentiert, durch Qualitätsindikatoren in Leistungsbereichen, die der Schwerpunktversorgung zuzurechnen sind, würde dieser Spezialisierungstendenz entgegengewirkt.

Das DNVF will diesem Argument nicht grundsätzlich widersprechen, gibt aber zu bedenken, dass es wahrscheinlichere, alternative Entwicklungen zu berücksichtigen gibt. Die betreffende Krankenhausgruppe ist durch die Zulassung nach §108 SGB V im Krankenhausplan „gesetzt“, und da sich die Landespolitik aus der Planung von Fachabteilungen und der Detailplanung zunehmend zurückzieht, werden diese Krankenhäuser auch weiterhin die Option wahrnehmen, „geschützt“ durch ihre Abteilungen in der Grundversorgung (die die Zulassung gewährleisten) doch weiter in ihre Spezialisierungsbemühungen zu investieren, um z.B. auch die (jetzt diskutierten) Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Eine ähnliche Beobachtung kann man hinsichtlich gestiegener Strukturanforderungen machen. Das DNVF beurteilt daher auch unter Berücksichtigung des genannten Argumentes die im Vorbericht des IQWiG vorgenommene Auswahl der Leistungsbereiche nicht nur wegen ihrer theoretischen Grundannahmen („Patientengefährdung“, „Repräsentationsprinzip“), sondern auch aus dem Blickwinkel einer praktisch-gesundheitspolitischen Zielorientierung als ungenügend. Es gibt keine Alternative zur Einbeziehung von Indikatoren von Leistungsbereichen, die die Regelversorgung abbilden, soweit diese im System der externen Qualitätssicherung vorhanden sind (z.B. ambulant erworbene Pneumonie; zu Patientensicherheitsindikatoren s.u.). Die Forderung der „Repräsentation“ ist irrelevant und sollte fallen gelassen werden (s. Abs. 4.2./3. d. Stellungn.).

5.2. Interferenz mit anderen strukturgebenden Maßnahmen:

Die im Vorbericht vorgeschlagenen Leistungsbereiche interferieren in erheblichem Maße mit anderen strukturgebenden Maßnahmen. Es geht nicht nur um die Problematik, dass die Herzchirurgie/interventionelle Kardiologie lediglich die Schwerpunkt- und Maximalversorger betrifft und für die Belange der Planung im aktuellen Kontext nicht von hoher Relevanz sind, sondern zusätzlich sind insbesondere die Bereiche Mamma-Chirurgie und Perinatalmedizin bereits durch Zentrenbildung (Brustzentren, Perinatalzentren) einer Umstrukturierung und Zentralisierung unterworfen, die ein nochmaliges Eingreifen durch eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung nicht sinnvoll erscheinen lässt, ganz abgesehen von einer eventuellen Zunahme der Dokumentationspflichten. Eher wäre es sinnvoll, die Regelungen zu Brustzentren und Perinatalzentren gezielt weiter zu entwickeln, die Länder zu ermächtigen, hier noch stringenter einzugreifen und für die praktische Handlungsrelevanz der Zentrenbildung zu sorgen.

5.3. Set von Patientensicherheitsindikatoren: In der Gesetzesbegründung zu §136c Abs. 1 spricht der Gesetzgeber das Thema von Indikatorensets an. Um den Gedanken der Patientensicherheit aufzugreifen, könnte man aus den in der externen Qualitätssicherung vorhandenen Indikatoren ohne Schwierigkeiten diejenigen auswählen, die als Patientensicherheitsindikatoren zu werten sind, und sie zu einem „Safety-Indikatorenset“ zusammenfassen, das für das gesamte Haus und heruntergebrochen auf die Abteilungen auswertbar ist.

5.4. In der Frauenheilkunde sind im Grunde drei Leistungsbereiche (Gynäkologische Operationen, Mammachirurgie und Geburtshilfe) zusammengefasst. Es ist zu klären, ob jeder Einzelindikator eine Struktur-anpassung auslöst, ob ein Index für jeden der drei Teilbereiche gebildet wird oder ob jeder der drei Teilbereiche für sich als Abteilung in der Gesetzesdefinition anzusehen ist. Der Qualitätsindikator 2163 „Primäre Axilladissektionen bei DCIS“ sollte entsprechend der aktuellen Leitlinie angepasst werden, da es klinische Situationen gibt, wie z.B. das high grade-DCIS, in denen die Sentinel-Node-Biopsie einen Stellenwert hat.

Die geburtshilflichen Indikatoren „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ und „antenatale Kortikoidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ bilden nicht die geburtshilfliche Versorgung ab, da sie sich nur auf 3,5% bzw. 4% aller Geburten beziehen.

5.5. Zur Herzchirurgie/interventionellen Kardiologie ist grundsätzlich zu anzumerken, dass lt. Angaben des Vorberichtes (Plausibilisierung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren anhand der Daten des kombinierten Datenzeitraums 2014/2015) für keinen der Indikatoren statistische Auffälligkeiten vorliegen und sich somit die Frage stellt, warum dieser Indikator überhaupt als planungsrelevanter Qualitätsindikator eingeführt werden soll (mangelnde Relevanz als Planungsinstrument). Der Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert, wird alleinig der Herzchirurgie zugeordnet. Dieser Sachverhalt ist nicht korrekt, da mittlerweile weit mehr als die Hälfte aller isolierten Aortenklappeneingriffe kathetergestützt durch Kardiologen außerhalb der Herzchirurgie erfolgt. Da die Leistungen häufig in zwei Abteilungen erbracht werden, sollte eine Klarstellung erfolgen, inwiefern die Konsequenzen von Auffälligkeiten (z.B. Entzug der Zulassung) beide Abteilungen als Einheit oder nur eine einzelne Abteilung betreffen. Zum Indikator „Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation“ (HCH-AORT-KATH, 2286) stellt sich die Frage nach der Differenzierung von elektiv und dringlich. Der Indikator „neurologische Komplikationen“ ist derzeit nicht risikoadjustiert. Dies steht im Widerspruch zu Abschnitt 3.2.3. Die Aussage, dass patientenseitige Faktoren für neurologische Komplikationen nur eine untergeordnete Rolle spielen, ist sachlich falsch (weil bisher keine Risikoadjustierung vorliegt, ist der Indikator bisher auch nicht veröffentlichungspflichtig).

Fazit:

Das DNVF hält die ausgewählten Leistungsbereiche aus Sicht des Handlungsbedarfs der Krankenhausplanung für nicht relevant und befürchtet außerdem eine Interferenz mit anderen strukturgebenden Maßnahmen (z.B. Bildung von Brustzentren). Sinnvolle Sets von Patientensicherheitsindikatoren könnten auch kurzfristig aus dem Bestand der externen Qualitätssicherung ausgewählt werden. Das DNVF sieht es als notwendig an, dem Thema qualitätsorientierte Krankenhausplanung ein Rahmenkonzept zugrunde zu legen. Das Drei-Stufen-Modell (s. Abs. 1.5. d. Stellungn.) mag als Beispiel dienen.

6. Teil: Kapitel 5 – Umsetzung des Verfahrens zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Dieses Kapitel ist im Licht der engen Zeitvorgaben sehr relevant, und es wird anerkannt, dass das IQTIG hier eine schwierige Aufgabe zugewiesen bekommen hat. Drei Punkte sollen hier herausgegriffen werden:

6.1. Die Differenzierung des Begriffspaares „Verifizierung“ und „Datenvalidierung“ ist unklar: Der Begriff „Verifizierung“ steht ganz im Vordergrund (S. 161, Kap. 5.2.). Hilfreich wäre eine positive Definition dieses Begriffs, da er im Zusammenhang mit Qualitätsbewertung unüblich ist. Ob eine Verifizierung im Wortsinne, nämlich die Daten der Wahrheit anzupassen, möglich ist, darf bezweifelt werden. Es wird immer nur um eine Bewertung des vermuteten Wahrheitsgehaltes im Sinne einer Validierung auf Basis der verfügbaren Dokumentation ge-

hen können. Davon abgegrenzt wird der Begriff der umfassenden und „intensiven“ Datenvalidierung (s. Kap. 5.6., vgl. Abs. 4.1. d. Stellungn.), der „Abgleich der QS-Dokumentation mit der Patientenakte soll durch eine Institution mit dem Recht auf Einsicht in die Patientenakte durchgeführt werden“ (S. 173). Die Verifizierung, so ist der Text wohl zu verstehen, soll durch das IQTIG, unterstützt durch eine Expertengruppe, vorgenommen werden, die Datenvalidierung durch den MDK. Die Abstimmung dieser beiden Prüfprozesse, deren Durchsetzung und die Folgen für die Akzeptanz der externen Qualitätssicherung müssen aus Sicht des DNVF nochmals einer kritischen Diskussion unterzogen werden.

6.2. Die verwendete Terminologie ist unklar und unsystematisch: In der Überschrift zu Kapitel 5.2. wird von sog. „Qualitätsergebnissen“ gesprochen – gemeint sind wohl planungsrelevante Ergebnisse von entsprechenden Qualitätsindikatoren. Weiterhin wird hier zum ersten Mal die Begriffskategorie „erheblich auffällig“ verwendet (S. 162). Gemäß Kapitel 4.3 kann geschlossen werden, dass es sich dabei um Auffälligkeiten handelt, welche mittels eines in Kapitel 3.4 beschriebenen statistischen Verfahrens als „statistisch auffällig“ bzw. „erheblich auffällig“ ausgewiesen werden. Demgegenüber steht die Kategorie „rechnerisch auffällig“ als Auffälligkeit, welche analog QSKH-RL durch einfache Referenzbereichsvergleiche verwendet wurde. Sowohl der Begriff „erheblich“ als auch der Begriff „Auffälligkeit“ bzw. „auffällig“ werden im Vorbericht geradezu inflationär verwendet. Solange noch keine Einstufung bzw. Bewertung eines zunächst lediglich rechnerisch abweichenden Ergebnisses vorliegt, sollte man stets von „Abweichung“ statt von „Auffälligkeit“ sprechen. Weiterhin findet man die Begriffe „schwerwiegender“ Qualitätsmangel (S. 164), „rechnerische“ Auffälligkeit (S. 164), „Anfangsverdacht eines schwerwiegenden Qualitätsmangels“ (S. 164 unten) und „erheblich bzw. statistisch auffällige Ergebnisse“ (S. 173). Unklarheiten bei der Beschreibung statistischer Ergebnisse finden sich auch auf S. 173: „... einerseits um Einrichtungen zu identifizieren, die aufgrund fehlerhafter Dokumentationen im Rahmen des Verfahrens zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auffällig geworden sind (falsch-positiv) oder deren Auffälligkeit aufgrund fehlerhafter Dokumentationen nur vorübergehend war (falsch-negativ) und andererseits, um die Datenvalidität insgesamt einschätzen zu können.“ Selbst wenn man außer Betracht lässt, dass es sich hier um die Reliabilität (nicht die Validität der Daten) handelt, sind „falsch-negative Dokumentationen“ solche, bei denen Auffälligkeiten nicht festgestellt werden konnten, weil die betreffende Dokumentation unterlassen wurde. Zusammengefasst lassen diese terminologischen Fragen einen erheblichen (sic) Nachbearbeitungsbedarf erkennen (zu weiteren statistischen Aspekten s. Abs. 4.6. d. Stellungn.).

6.3. Datenfluss: Neu ist die Datenannahmestelle (DAS) auf Landesebene. Nicht genügend thematisiert wird die Rolle der Abstimmung mit den Software-Updates. Die Datenvalidierung durch den MDK umfasst eine Datenkorrektur, die bislang ausschließlich durch das Krankenhaus erfolgte, das Krankenhaus war Dateneigner. Die Korrekturen des MDK werden direkt dem IQTIG übermittelt. Unklar ist, ob das IQTIG rechtlich befähigt ist, den MDK zu beauftragen, laut §275a SGB V haben ausschließlich die Krankenkassen und die obersten Gesundheitsbehörden der Länder die Möglichkeit, den MDK für Prüfaufträge zu beauftragen. Darüber hinaus ist der MDK bisher mit Datenprüfungen im Sinne der QS-Datenvalidierung (QS-Bogen, Ausfüllhinweise, Anwenderinformation) nicht vertraut, während die Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung (LQS) hiermit eine langjährige Erfahrung haben.

Fazit:

In der Umsetzung des vom IQTIG vorgeschlagenen Vorgehens bleiben zahlreiche Fragen (z.B. Terminologie, Validierung, Datenfluss) unklar.

Teil 7: Kapitel 6 – Schritte bis zum Regelbetrieb

Das DNVF empfiehlt, vor der Einführung in den Regelbetrieb eine Testphase von ein bis zwei Quartalen durchzuführen. Aus Sicht des DNVF können retrograde Auswertungen dies nicht ersetzen. Aufgrund der vorgesehenen quartalsweisen Datenauswertung bzw. den einhergehenden Veränderungen in den Rechenalgorithmen bzw. Auswertungen der Indikatoren ist eine rechtzeitige Information der Leistungserbringer, mindestens ein Jahr im Voraus, notwendig. Zu begrüßen ist, dass das Krankenhaus zukünftig zunehmend auch die inhaltliche Weiterentwicklung des Verfahrens (z.B. Präzisierung von Rechenregeln der planungsrelevanten Indikatoren) „mitgestalten“ kann (Kap. 5.2).

Zitationshinweis:

DNVF-Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“: „Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/16, S. 45-53 (eFirst-Publikation vom 2016-8-2 – Online-ISSN 2509-8381).

Korrespondenzadresse:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Geschäftsstelle
c/o IMVR
Eupener Str. 129, 50933 Köln
E-Mail: dnvf@uk-koeln.de

*Autorenschaft: DNVF-Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“

Der Vorstand hat die Mitglieder des DNVF e.V. im Mai zur Mitarbeit in der Ad-hoc-Kommission „Qualitätskriterien“ eingeladen, die mit der Erarbeitung einer Stellungnahme beauftragt wurde. Mit Beschluss des Vorstands vom 28. Juli 2016 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

An der Ad-hoc-Kommission haben folgende Mitglieder des DNVF e.V. mitgewirkt:

Faize Berger, Persönliches Mitglied im DNVF

Prof. Dr. Peter Biberthaler, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Prof. Dr. Arend Billing, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.

Miriam Blümel, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin

Martin Bosch, 4QD - Qualitätskliniken.de GmbH

Björn Broge, AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Prof. Dr. Mark Coburn, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Prof. Dr. Saskia E. Droesler, DNVF Stellvert. Sprecherin der AG QPSF

Benjamin Finger, BKK Dachverband e.V.

Burkhard Fischer, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Dr. Fabian-S. Frielitz, Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Baptist Gallwitz, Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.

Dr. Peter Göbel, Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. & Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Dr. Anne Hinrichs, MBA, Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie e.V. & TMF - Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.

PD Dr. Thomas Iber, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Dr. Michael Jecht, Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.

Prof. Dr. Hugo Katus, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

PD Dr. Andreas Kühnl, Persönliches Mitglied im DNVF

Dr. Silke Kuske, Persönliches Mitglied im DNVF

Prof. Dr. Stefan K. Lhachimi, Persönliches Mitglied im DNVF

Dr. Susanne Macher-Heidrich, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Dr. Birga Maier, Berliner Herzinfarktregister e.V.

Prof. Dr. Peter Mallmann, Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Prof. Dr. Winfried Meissner, Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Dr. Björn Misselwitz, Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

Hardy Müller, Aktionsbündnis Patientensicherheit

Prof. Dr. Bernd Nowak, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Dr. Thomas Petzold, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Prof. Dr. Franz Porzsolt, Ulm

Prof. Dr. Tienush Rassaf, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Heinrich Recken, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.

Prof. Dr. Monika A. Rieger, Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.

Susanne Rode, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Prof. Dr. Rolf Rossaint, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Prof. Dr. Bernhard Schieffer, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Peter Schirmacher, TMF - Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.

Dr. Jörg Schmidt, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Prof. Dr. Jochen Schmitt, Persönliches Mitglied im DNVF

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Vorstandsmitglied des DNVF, Koordinator der Ad-hoc-Kommission

Holger Sorgatz, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Dr. Katja Stahl, Picker Institut Deutschland gGmbH

Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Martin Storck, Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin e.V.

Dr. Thomas Voshaar, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

PD Dr. Michael A. Weber, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Dr. Simone Wesselmann, Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Prof. Dr. Jörg Wiltfang, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Prof. Dr. Josef Zacher, Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Britta Zander, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin



Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Akademische Forschungspraxen der Medizinischen Fakultät Heidelberg

Die erfolgreiche Durchführung von patientenbezogener und qualitativ hochwertiger versorgungsnaher Forschung in der Allgemeinmedizin setzt eine adäquate interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Praxisinhabern, Praxismitarbeitern und Wissenschaftlern voraus.

Im Ausland werden in größeren Forschungsnetzwerken der Primärversorgung bereits seit längerem erfolgreich Forschungsprojekte durchgeführt [1, 2].

In Heidelberg wird seit 2011 ein überregionales Netzwerk von hausärztlichen Forschungspraxen aufgebaut und unterhalten, um kontinuierlich kleinere und größere Forschungsprojekte auf einem hohen qualitativen Niveau durchführen zu können [3]. Diese Zusammenarbeit zwischen Universität und Praxis ist vertraglich geregelt und dient einer vertieften und verlässlichen Zusammenarbeit zwischen der Universitätsabteilung und den Hausarztpraxen. Inzwischen haben auch weitere universitäre Standorte der Allgemeinmedizin akademische Forschungspraxen etabliert.

Ziel dieses Berichts ist es, über das Heidelberger Konzept der Forschungspraxen, seine Bestandteile und den bisherigen Verlauf zu informieren.

Ihr
Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Wie Zusammenarbeit fördern? Das Heidelberger Konzept

Für die Gewährleistung einer verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und der Abt. Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung Heidelberg (AM&VF) wurde ein Vertragskonzept ausgearbeitet. Die vertragliche Grundlage wurde auf der Basis des positiven Fakultätsratsbeschlusses vom Sommer 2011 geschaffen: Hierin erklärt sich der Praxisinhaber dazu bereit, regelmäßig an Forschungsvorhaben der Abt. AM&VF teilzunehmen. Mit Unterstützung der Abteilung soll die Praxis dadurch die Qualifikation erlangen (bzw. erhalten), auch zukünftig aktiv an Forschungsvorhaben beteiligt zu werden. Der Praxisinhaber darf gemäß Vertrag für die Dauer der Vereinbarung die Bezeichnung „Akademische Forschungspraxis der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg“ führen.

Zu den Vorteilen einer Teilnahme gehören für die Praxis:

- die Beteiligung an der Vorbereitung und Ausformulierung neuer Forschungsvorhaben,
- regelmäßige Informations- und Fortbildungsveranstaltungen zur Kompetenzsteigerung in der Durchführung wissenschaftlicher Studien und
- Informationen per Newsletter.

- Der Praxisinhaber verpflichtet sich insbesondere:
- mit seiner Praxis weiterhin regelmäßig aktiv an einem Forschungsprojekt der Abteilung teilzunehmen,
 - eine Kooperationspartnerin aus dem Kreis der Medizinischen Fachangestellten (MFA) in der Praxis für Forschungsfragen zu benennen, mit der die Abt. AM&VF direkt über die Unterstützung von Forschungsprojekten, Erreichbarkeit und Fortbildungsangebote kommunizieren kann,
 - mindestens einmal jährlich an den für Forschungspraxen spezifischen Fortbildungsveranstaltungen der Abt. AM&VF teilzunehmen (z.B. zum Thema Forschung im Rahmen des Heidelberger Tags der Allgemeinmedizin®),
 - per E-Mail (ggf. per Telefon) während laufender Studien zeitgerecht für die Studienleitung der Abteilung erreichbar zu sein.

Die Medizinische Fakultät erklärt sich damit einverstanden, dass die Praxis für die Geltungsdauer des Vertrages gemäß der geltenden Berufsordnung für Ärzte ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Forschung durch den Zusatz: „Akademische Forschungspraxis der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg“ (z.B. auf dem Praxisschild) ankündigt. Dieser Zusatz ist ein praxis-



Abb. 1: Akkreditierungsurkunde der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

spezifischer organisatorischer Hinweis im Sinne von § 27 Abs. II der Berufsordnung.

Teilnehmer seit 2011

Initial sollten lediglich Praxisinhaber zur Teilnahme eingeladen werden, die bereits im Vorfeld durch ihre bisherige Teilnahme an anspruchsvollen Forschungsprojekten eine wesentliche Voraussetzung für eine Akkreditierung erfüllt haben (n=204). Mit Beginn der Rekrutierung im Herbst 2011 erhielten 21 Praxen ihre Akkreditierungsurkunden im Rahmen des 15. Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin® (s. Abb. 2). Im weiteren Verlauf des Jahres 2012 konnten 86 Praxen akkreditiert werden.

Reakkreditierung

Anfang 2015 wurde der erste Reakkreditierungsprozess abgeschlossen, hierbei sind insgesamt 20 Praxen ausgeschieden: Zehn Praxen erfüllten die Qualitätsanforderungen nicht, weitere zehn hatten persönliche Gründe für eine Nichtfortführung. Zusammen mit neu gewonnenen Praxen kooperiert die Abteilung derzeit mit 72 Praxen (davon 46 Einzelpraxen).

Projektbeispiele

Die meisten Praxen haben durch ihre Teilnahme zu Projekterfolgen beigetragen. Hierzu zählen verschiedene Studienarten aus kleineren und größeren (Teil)-Projekten rund um die Versorgung:

- Komplementärmedizin aus Sicht von Patienten, Allgemeinärzten und Heilpraktikern [4],
- Qualitätsindikatoren und Patientenbeteiligung am Beispiel von Herzinsuffizienz [5],
- Therapiezuweisung bei Kreuzschmerzen [6, 7],
- Praxisbasiertes Case Management [8],
- Hausärztliche Palliativversorgung [9],
- Teilnahmemotivation zum Check-up 35 [10],
- Vernetzte Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen (13+1) [11],
- INFOPAT – Gesundheitsregion der Zukunft, Teilprojekte Patientenakte und Empowerment [12-14], Arzneimitteltherapiesicherheit [15], Versorgungssteuerung [16, 17]

Verknüpfung der Fortbildungen mit dem Heidelberger Tag der Allgemeinmedizin®

Zweimal im Jahr wird für die Praxisteams ein Workshop zu forschungsspezifischen Fortbildungsthemen angeboten. Beispiele hierzu sind:

- Dokumentationsschulungen (ICH/GCP)
- Fokusgruppen zu Fragestellungen der Praxis
- Rückmeldungen an Praxisteams zu ihren Projekten

Fazit

Der vorliegende Bericht belegt die erfolgreich gestaltete Zusammenarbeit der Akteure aus Universität und Praxis. Schlüsselfaktoren sind eine authentische, machbare, aber auch überprüfbare Zusammenarbeit im Sinne eines stetigen Dialogs zwischen Akteuren aus Wissenschaft und Praxis. Unsere Herangehensweise gibt Hinweise darauf, wie der Aufwand aus Abteilungsperspektive im Rahmen gehalten werden kann. Für eine weitere Professionalisierung und ggf. bundesweite Vernetzung nach internationalem Maßstab ist ein nachhaltiges Finanzierungskonzept notwendig [18].



Abb. 2: Überreichung der Urkunde im Rahmen des 15. Heidelberger Tags der Allgemeinmedizin®.

Wo finde ich die Originalliteratur?

1. Lindbloom EJ, Ewigman BG, Hickner JM: Practice-Based Research Networks: The Laboratories of Primary Care Research. *Medical care* 2004, 42(4).
2. Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL: Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007, 334(7603):1093-1094.
3. Peters-Klimm F, Freund T, Bentner M, Kiel M, Gutsche A, Szecsenyi J: „Aus der Praxis und für die Praxis!“ Aufbau eines Netzes von akademischen hausärztlichen Forschungspraxen – ein Werkstattbericht. *Z Allg Med* 2013, 89(4):6.
4. Joos S, Glassen K, Musselmann B: Herbal Medicine in Primary Healthcare in Germany: The Patient's Perspective. Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM 2012, 2012:294638.
5. Baudendistel I, Noest S, Peters-Klimm F, Herzberg H, Scherer M, Blozik E, Joos S: Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. *Patient preference and adherence* 2015, 9:1397-1405.
6. Karstens S, Krug K, Hill JC, Stock C, Steinhäuser J, Szecsenyi J, Joos S: Validation of the German version of the StarT-Back Tool (StarT-G): a cohort study with patients from primary care practices. *BMC musculoskeletal disorders* 2015, 16:346.
7. Karstens S, Joos S, Hill JC, Krug K, Szecsenyi J, Steinhäuser J: General Practitioners Views of Implementing a Stratified Treatment Approach for Low Back Pain in Germany: A Qualitative Study. *PloS one* 2015, 10(8):e0136119.
8. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach FM et al: Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Annals of internal medicine* 2016, 164(5):323-330.
9. Krug K, Bolter R, Ballhausen RA, Engeser P, Peters-Klimm F: [Burden Experienced by Family Caregivers of Patients at the End of Life: What do General Practice Teams Offer?]. *Gesundheitswesen* 2016.
10. Bölter R, Kilian U, Goetz K, Miksch A: Active ageing? Patient's motivation to participate in a health check-up in general practice. In: *European Journal of General Practice*. vol. 22: Taylor & Francis; 2016: 147-154.
11. Valentini J, Ruppert D, Magez J, Stegbauer C, Bramesfeld A, Goetz K: Integrated care in German mental health services as benefit for relatives--a qualitative study. *BMC psychiatry* 2016, 16:48.
12. Baudendistel I, Winkler EC, Kamradt M, Brophy S, Langst G, Eckrich F, Heinze O, Bergh B, Szecsenyi J, Ose D: Cross-sectoral cancer care: views from patients and health care professionals regarding a personal electronic health record. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016.
13. Baudendistel I, Winkler E, Kamradt M, Langst G, Eckrich F, Heinze O, Bergh B, Szecsenyi J, Ose D: Personal electronic health records: understanding user requirements and needs in chronic cancer care. *Journal of medical Internet research* 2015, 17(5):e121.
14. Baudendistel I, Winkler E, Kamradt M, Brophy S, Langst G, Eckrich F, Heinze O, Bergh B, Szecsenyi J, Ose D: The patients' active role in managing a personal electronic health record: a qualitative analysis. *Support Care Cancer* 2015, 23(9):2613-2621.
15. Längst G, Seidling HM, Stutzle M, Ose D, Baudendistel I, Szecsenyi J, Wensing M, Mahler C: Factors associated with medication information in diabetes care: differences in perceptions between patients and health care professionals. *Patient preference and adherence* 2015, 9:1431-1441.
16. Kamradt M, Bozorgmehr K, Krisam J, Freund T, Kiel M, Qreini M, Flum E, Berger S, Besier W, Szecsenyi J et al: Assessing self-management in patients with diabetes mellitus type 2: validation of the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-G). *Health and quality of life outcomes* 2014, 12:185.
17. Bozorgmehr K, Szecsenyi J, Ose D, Besier W, Mayer M, Krisam J, Jacke CO, Salize HJ, Brandner R, Schmitt S et al: Practice network-based care management for patients with type 2 diabetes and multiple comorbidities (GEDIMAPlus): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014, 15:243.
18. Unser Labor ist die Praxis - Warum ein hausärztliches Forschungspraxennetz in Deutschland erforderlich ist. [http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Forschung/DEGAM%20Brochuere_Unser%20Labor%20ist%20die%20Praxis_final.pdf]

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.com

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

