

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit
PD Dr. med. Monika
Klinkhammer-Schalke:
„Wir brauchen nun
klare Umsetzungs-
strategien“

„Big Data: Handlungsbedarf für Versorgungsforschung“ (von Stillfried)
„Zwischen Gesundheitsversorgung und Begehrlichkeiten“ (Götz)
„Off-Label-Use bei adjuvantem Brustkrebs“ (Schmidt)

**FOKUS:
15. DKVF**

Editorial

Versorgungsforschung schafft Nutzen 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Wir brauchen nun klare Umsetzungs-Strategien“ 6

Titelinterview mit PD Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke:

„Bis zum Patienten durchdringen“ 10

Statements aus der Pressekonferenz zum 15. DKVF

„Eine bereichernde Erfahrung“ 12

Was Studierende am 15. DKVF gut fanden

Baas: „Kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit“ 16

WINEG-Kongress zum zehnjährigen Bestehen des Instituts

„From bedside to practise“ 20

Serie „Versorgungsforschung made in“, diesmal: Dresden

Stegers: „Qualitätsindikatoren sind wichtig“ 24

3. Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft

Unabhängige, wissenschaftliche Gesamtevaluation 28

Das Thema M-RSA auf der Handelsblatt/Euroforum-Veranstaltung „Health 2016“

Fünf Schritte für eine bessere Versorgung 30

Herzengesundheit? – Ein neues Format von DGIV, Vivantes und AOK Nordost

Modell einer prävalenzadjustierten Bedarfsplanung 32

Psychotherapeuten: Bedarf, Nachfrage, Angebot – von Dr. Stefan Etgeton

Gesundheitsversorgung und Begehrlichkeiten 36

Big Data: Elemente einer Strukturveränderung – von Dr. Christoph F.-J. Goetz

Zahlen - Daten - Fakten

Hydroaktive Wundbehandlung – heute Standard? 14

Standards

Impressum 2

News 29, 40

Bitte beachten Sie die einer Teilaufgabe beigelegte Sonderveröffentlichung „Versorgungsforschung Kompakt“

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

Dieser Ausgabe liegt die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 64-65

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

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

Verlag
eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 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:
Kölstr. 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
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

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

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

Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin.
Verbreitete Auflage: 6.636 (IVW 3. 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



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.

Versorgungsforschung schafft Nutzen

MVF-Titelinterview mit Privatdozentin Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke, Kongresspräsidentin des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung

> S. 6 ff.

„Wissen schaf(f)t Nutzen“ war das Motto des 15. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung im Oktober in Berlin. Aber dieser Nutzen kommt oft nicht bei den Patienten an. „Was uns fehlt sind klare Strategien, wie die Umsetzung von Studienergebnissen erfolgen kann. Denken Sie an die Einführung neuer Arzneimittel. Hier ist klar geregelt, dass eine Nutzenbewertung erfolgen muss, bevor sie eingesetzt werden können. Dieser Mechanismus fehlt bisher bei signifikanten Ergebnissen der Versorgungsforschung und dies zu entwickeln, muss das Ziel der nahen Zukunft sein,“ so Kongresspräsidentin **PD Dr. Klinkhammer-Schalke** in unserem Titelinterview. Für erfolgreiche Translation und Implementierung kommt es nicht nur darauf an, Barrieren zu erkennen, sondern die Akteure müssen ihr Verhalten ändern. „Dies ist sicher ein wesentliches Problem. Ich glaube aber, der Druck dies zu verändern, kommt zunehmend aus dem System selbst und auch von informierten Patientenvertretern und Patientinnen und Patienten.“ Interessant und wichtig zu lesen. Bitte beachten Sie auch unsere anderen Berichte zum Kongress.

> S. 10 ff.

Versorgungsforschung made in Dresden

> S. 14 ff.

Diesmal berichten wir über das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden und die Arbeit von **Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH**, und seines Teams.

Deutsche Schmerzgesellschaft

> S. 26 ff.

Die zunehmend multiprofessionelle und multimodale Schmerzmedizin gewinnt immer mehr an Bedeutung. Das zeigte sich deutlich beim 3. Nationalen Schmerzforum, das Wissenschaftler, Politiker, Ärzte, Krankenkassen- und Patientenvertreter zusammenbrachte.

Wissen

> S. 36 ff.

Die zunehmende Bedeutung von Big Data für unser Gesundheitssystem, aber auch die involvierten Interessen und die Probleme, erläutert **Dr. Christoph F.-J. Goetz**, der Leiter der Gesundheitstelematik bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Wissenschaftliche Beiträge

von Stillfried fordert eine politische Initiative zur Schaffung einer nationalen Forschungsinfrastruktur für die Versorgungsforschung, die administrative, klinische und unstrukturierte Alltags-Daten verbindet. Finanzielle Förderung der Versorgungsforschung allein reicht nicht. Es braucht auch eine Rechtsgrundlage für Datenbanken und die pseudonymisierte Zusammenführung von Daten.

> S. 45 ff.

Jacob, Walker und **Sunder-Plassmann** stellen eine Längsschnittstudie auf der Basis von GKV-Routinedaten mit Propensity Score Matching zur Evaluation eines Integrierten Versorgungsvertrages für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz vor. Bei den Teilnehmern an der Integrierten Versorgung kam es zu weniger Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz, so dass die Gesamtbehandlungskosten und die stationären Leistungskosten geringer waren. Allerdings könnte das auch an der Selektion der Patienten mit geringerer Komorbidität für das IV-Modell liegen.

> S. 50 ff.

Schmidt untersucht longitudinal den zulassungsübergreifenden Einsatz von Arzneimitteln in adjuvanten Therapien für Brustkrebspatientinnen. Dabei ergab sich, dass der Großteil der Patientinnen Leitlinien-konform behandelt wurde. Off-Label-Use ist anscheinend deutlich weniger verbreitet als bisher meist angenommen.

> S. 55 ff.

Ich wünsche Ihnen wieder eine interessante Lektüre, frohe Festtage, einen guten Rutsch und ein gesundes, erfolgreiches und glückliches Neues Jahr.

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 PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke

„Wir brauchen nun klare Umsetzungs-Strategien“

Zum 15. Mal fand der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung statt, zum zweiten Mal in der Urania, zudem in Eigenregie des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) und zum ersten Mal unter der Führung einer Frau: PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit ihr über den erneut gut besuchten Kongress, der unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ stand und der einige Neuerungen im Vergleich zu den bisher stattgefundenen aufwies.

>> Sehr geehrte Frau Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, im Oktober war mit Ihnen erstmals eine Frau Kongresspräsidentin des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung. Wird nach der Ärzteschaft nun (endlich) auch die Versorgungsforschung weiblicher?

Die Versorgungsforscher waren schon immer auch weiblich, schauen Sie allein die beiden Forschergruppen der Preisträgerinnen des Wilfried Lorenz Preises für Versorgungsforschung der letzten beiden Jahre an. Zudem kommt es ja auf die Qualität der Versorgungsforschung an und nicht auf das Geschlecht.

Der 15. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung und damit der zweite in Eigenregie des DNVF fand unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ statt. Muss die deutsche Versorgungsforschung nach den Jahren der Selbstfindung und Selbstdefinition mit diversen Memoranden nun zeigen, was sie kann und welchen Nutzen sie für Gesellschaft und Gesundheitssystem hat?

Die Memoranden des DNVF waren und sind eine sehr wichtige Grundlage, um einheitliche Standards zu entwickeln und zusammenzuführen. Sie haben auch die Mitglieder enger miteinander verbunden und mit einer einheitlichen Sprache sprechen lassen. Parallel sind viele Studien und Projekte mit signifikanten Ergebnissen durchgeführt worden und die gilt es jetzt in den Vordergrund zu stellen. Wie der Titel des Kongress schon sagt: Wir müssen uns der Wissenschaft bedienen und vor allem viel stärker die Umsetzung der erlangten Ergebnisse in die Versorgung betreiben.

Versorgungsforschung kann ja nicht nur als Pfaff'sche „Letzte Meile“, sondern als vor allem wahrer Anwalt des Patientennutzens (was ja oft Kassen und auch Ärzte für sich reklamieren) wirken, wenn ihre Ergebnisse tatsächlich genutzt werden, um das System im Sinne des Patienten qualitativ besser zu gestalten. Ist die Versorgungsforschung in Deutschland denn schon so weit?

Ganz sicher ist sie soweit. Was uns fehlt sind klare Strategien, wie die Umsetzung von Studienergebnissen erfolgen kann. Denken Sie an die Einführung neuer Arzneimittel. Hier ist klar geregelt, dass eine Nutzenbewertung erfolgen muss, bevor sie eingesetzt werden können. Dieser Mechanismus fehlt bisher bei signifikanten Ergebnissen der Versorgungsforschung und dies zu entwickeln, muss das Ziel der nahen Zukunft sein.

Ihnen ist bekanntlich die Lebensqualität der Patienten besonders wichtig, was ein sehr komplexer Begriff mit vielen Dimensionen ist. Wie kann die Versorgungsforschung denn die Lebensqualität erfassen und was verstehen Sie unter krankheitsbezogener Lebensqualität?

International validierte Instrumente zur Lebensqualitätsmessung

stehen seit langem zur Verfügung beispielsweise von der EORTC und können für fast alle Tumorentitäten detailliert genutzt werden. Ergebnisse komplexer Interventionen für diesen Bereich stehen zur Verfügung und sollten in der Praxis verwendet werden. Der anstehende notwendige Schritt ist die Entscheidung für ein Instrument, was aber folgen muss. Ist die spezifische Therapie bei Einbrüchen in der Lebensqualität. Es geht bei unterschiedlichen Krankheiten ja nicht primär um die Steigerung der Lebensqualität durch z.B. einen wundervollen Urlaub, wie wir Gesunden vielleicht denken würden. Bei krankheitsspezifischer Lebensqualität geht es um Belastungen und Probleme, die mit einer Krankheit verbunden sind, wie z.B. Beschwerden im Armbereich nach operierter Achselhöhle beim Brustkrebs, auftretendes Lymphödem oder finanzielle Nöte, die durch die Langzeitbehandlung eines Tumors und dadurch lange Krankheitszeiten und z.B. auch Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehen können. Für diese Probleme gilt es Lösungen zu finden und dem Erkrankten auch in diesen Bereichen Spezialisten an die Seite zu stellen, genauso wie im medizinischen Bereich. Wichtig ist es also, aus bereits vorhandenen Strukturen Netzwerke um den Erkrankten herum zu schaffen.

Doch zurück zum Stichwort Translation. Hier hat Prof. Wensing aus Heidelberg den Status Quo der „Implementation Science“ in Deutschland vorgetragen und auf den Unterschied zwischen „Barrieren erkennen“ und „Verhalten verändern“ hingewiesen. Wer will denn wirklich etwas verändern, wo sich doch viele ganz gut mit dem System arrangiert haben und daran gut bedienen?

Dies ist sicher ein wesentliches Problem. Ich glaube aber, der Druck dies zu verändern, kommt zunehmend aus dem System selbst und auch von informierten Patientenvertretern und Patientinnen und Patienten. Vor zwanzig Jahren zum Beispiel hat die Implementierung von neuen Leitlinienempfehlungen in die medizinische Versorgung mindestens fünf Jahre gedauert. Heute wird beispielsweise eine onkologische Leitlinie verabschiedet, in zertifizierte Krebszentren umgesetzt und das Ergebnis der Umsetzung durch externe Audits gemessen. Das dauert maximal ein Jahr, bis das Ergebnis auch nach außen sichtbar ist. Sie können sich vorstellen, dass keine behandelnde Einrichtung schlechter als eine andere in der Außendarstellung sein möchte. Zudem gibt es häufiger Patientenleitlinien, die Menschen allgemeinverständlich medizinisches Wissen zur Verfügung stellen.

Der Transfer der Ergebnisse von Versorgungsforschung in die Versorgungspraxis sollte möglichst umfassend angestrebt werden und hierzu gehören laut Stellungnahme der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) klinische Praxis, Politik, Verbände, Krankenkassen

und Verwaltung. Inzwischen gebe es, so die DFG, „zwar ein breites Bewusstsein für die Notwendigkeit des Transfers, gleichzeitig bestehen aber nach wie vor zentrale Transferhemmnisse wie zum Beispiel fehlende Anreize und mangelndes Wissen um Transferstrategien.“ Was ist seitens des DNVF zu tun?

Sie benennen es ja schon in Ihrer Frage. Genau um die Entwicklung von Transferstrategien und Anreize zu deren Nutzung, genau darum muss sich das DNVF kümmern. Es ist ja nicht so, dass wir bei Null anfangen müssen, denn national und international gibt es Beispiele. Nehmen Sie zum Beispiel die Leeds Castle-Konferenz, die bereits 2001 stattgefunden hat. Schon damals wurde international empfohlen, wie Implementierung am besten vorangebracht wird: Benennung von Opinionleadern, outreach visits, Qualitätszirkel und Vor-Ort-Besuche. Alles keine einfachen Strategien, aber eben wirkungsvoll.

Wo sehen Sie die größten Hindernisse für eine erfolgreiche Translation der Ergebnisse der Versorgungsforschung? Und was stimmt Sie optimistisch?

Das größte Hindernis ist meiner Meinung nach, dass wir zwar viele Strategien haben, die auch Herr Wensing in der Eröffnungsveranstaltung des DKVF hervorragend dargestellt hat, aber an der wirklichen effizienten Umsetzung mangelt es noch. Ein Aspekt ist sicher, dass Forschungsergebnisse mutiprofessionell aufgegriffen werden müssen. Ein wichtiger Fokus für die Zukunft. Optimistisch stimmt mich, dass wir schon so weit sind, dass wir über die Umsetzung der Ergebnisse sprechen können. Lange Zeit standen die Methoden und die Definitionen von Versorgungsforschung fast ausschließlich im Mittelpunkt. Wir sind also schon einen großen Schritt weiter!

Haben Sie vielleicht Beispiele für Erfolge? Und vielleicht auch Beispiele, wo es nicht gut geklappt hat?

Die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in die direkte Versorgung zertifizierter Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft ist ein positives Beispiel. Durch diese selbstverpflichtenden Strukturen und die enge Zusammenarbeit mit regionalen Klinischen Krebsregistern zur Darstellung der Ergebnisqualität, ist es gelungen, z.B. das Überleben von Menschen mit Darmkrebs durch die leitliniengerechte Gabe von Chemotherapie in einem bestimmten Stadium um mehr als 10 Prozent zu verbessern. Erste Analysen durch bevölkerungsbezogene klinische Krebsregister zeigten eine Umsetzung dieser Therapie von nur 55 Prozent. Nach Einführung der Zertifizierungen und direkter Übernahme dieser Empfehlung in die Versorgung liegt die Umsetzung bei 75 bis 80 Prozent. Dies entspricht der Leitlinienempfehlung. Am Beispiel Diabetes sieht man, dass es dringend notwendig ist, Programme und Aktivitäten in diesem Bereich zusammenzuführen. Es fehlt eine einheitliche Datengrundlage zur Erfassung und Zusammenführung spezifischer Behandlungen und damit auch umfassende Analysen.

Der Innovationsfonds ist sicher eine große Chance, aber vielleicht auch ein Risiko für die Versorgungsforschung, weil er so große Erwartungen enthält. Kann denn die deutsche Versorgungsforschung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen?

Ich glaube ja, das kann sie erfüllen. So eine Chance hatte die Versorgungsforschung noch nie und sie ist bereit. Wichtig ist, dass die Projekte evaluiert und dann auch in die Regelversorgung weiter umgesetzt werden. Deshalb sind ja von Anfang an auch Krankenkassen mit beteiligt, was hoffen lässt, dass die Ergebnisse uns weiter voranbringen, wenn sie eine klare Verbesserung der Versorgung für die Bevölkerung bringen.



„Was erwartet die Versorgungsforschung von der Politik?“, fragte Dr. Edmund Neugebauer, der Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V., bei der Pressekonferenz. Was erwarten denn Sie jenseits des Innovationsfonds?

Die Versorgungsforschung erwartet Nachhaltigkeit und gemeinsame Strategien seitens der Politik. Eine Evaluationskultur, wie sie die Versorgungs- und Implementierungsforschung benötigt, ist in Deutschland noch nicht ausreichend entwickelt. Hier bedarf es auch entsprechender unterstützender Maßnahmen in den Studiengängen aller Gesundheitsberufe. Selber zu forschen und selbst beforscht zu werden, um aus den Forschungsergebnissen für die Optimierung der Versorgung zu lernen, ist noch nicht fester Bestandteil im Selbstverständnis der Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen. Die Versorgungsforschung erwartet weiterhin Unterstützung der Poli-



Blick ins Plenum des 15. DKVF



Die Professoren Dr. Holger Pfaff, Dr. Wolfgang Hoffmann (Kongresspräsident des DKVF 2017) und Dr. Matthias Schrappe.



PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke im Gespräch mit Prof. Dr. Michael Wensing.

tik beim Datenzugang. Aus Sicht der Versorgungsforschung muss die Transparenz der Daten und der Zugang zu Daten für Forschungsprojekte verbessert werden.

Zum ersten Mal fand auf dem DKVF eine Sondersitzung unter dem Thema „Herausforderung Diabetes – Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog“ statt, wobei die Indikation Diabetes recht schwierig zu fassen ist. Mit dafür verantwortlich ist, dass trotz vieler Einzeldaten und -erkenntnisse gerade die politisch gewollte breite und schnelle Einführung strukturierter komplexer Versorgungsmodelle wie Disease Management Programme (ohne vorher einen Nullpunkt bestimmt zu haben) daran schuld war, dass auch noch zehn Jahre nach der Einführung an dem Nutzen des ganzen Vorhabens gezweifelt wird. Wie könnte denn ein DMP 2.0 aussehen?

Ich würde lieber fragen, wie sieht die Diabetesversorgung 2020 aus? Sie haben die derzeitigen Schwierigkeiten ja schon in der Frage beschrieben, viele Einzelprojekte, unterschiedliche Datenerhebungen uvm. Die Probleme werden im Rahmen der Diabetes Surveillance vom Robert Koch-Institut angegangen. Zu schaffen sind eine einheitliche Datenbasis mit spezifischen Modulen für unterschiedliche Versorgungsmodelle und Fragestellungen, klar benannte Ziele, Zusammenarbeit aller Beteiligten, auch mit Krankenkassen und Politik. Und auch die Entwicklung von Versorgungszielen muss vordringlich auf der Agenda stehen.

Was war für Sie persönlich bei diesem Kongress das wichtigste?

Die Verbindung und Nutzung der vielfachen Kompetenz unterschiedlicher Fachgesellschaften war und ist mir ein großes Anliegen. Die Zeit der reinen Einzelaktivitäten muss übergehen in Interdisziplinarität und Multiprofessionalität. Über alle Sitzungen hinweg wurde dieses Prinzip von den Moderatoren und Sitzungsleitern der 20 Poster- und 62 Vortragssessions dem Kongressmotto entsprechend die Diskussion der Implikationen für die Forschung und Praxis umgesetzt. Die Vortragenden nutzten die Diskussionsplattform, die aufgrund der Zusammenstellung von Wissenschaftlern, Methodikern, Praktikern und im Versorgungsmanagement tätigen, ein besonders wertvolles Forum zum Austausch der Methoden, Ergebnisse, und Umsetzungsstrategien dargestellt hat. Dass dieses Vorhaben auch bei den Teilnehmern positiv angekommen und genutzt wurde, freut mich sehr. Ein entscheidender Satz kam für mich in der letzten Plenarsitzung von Frau Hilde Schulte, Ehrenvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Bundesverband e.V.: Zur Entwicklung von Fragestellungen für die Versorgungsforschung müssen Erkrankte und/oder deren Vertreter involviert sein, denn sie erleben die Probleme in der direkten Versorgung. Wir können nur gemeinsam wirklich vorankommen!

Frau Dr. Klinkhammer-Schalke, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

PD Dr. med. Dipl.-Theol. Monika Klinkhammer-Schalke

ist Direktorin des Tumorzentrums Regensburg, Institut für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung der Universität Regensburg, Stellvertretende Vorsitzende Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), Köln, sowie Geschäftsführender Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), Berlin. 2013 hat sie im Fach Versorgungsforschung mit der Arbeit „Bedeutung klinischer Krebsregister für die Qualitätssicherung und Versorgungsverbesserung in der Onkologie“ habilitiert.



Mein Coach & ich

unterstützt Ihre Versicherten konkret im Alltag. Medizinisch qualifiziert, 1-zu-1 und Schritt für Schritt. Bei chronischer Erkrankung, psychischen Beschwerden und belastendem Schmerz.

AUCH ALS DMP

Casaplus

Medizinische Begleitung zuhause.
Für Mehrfacherkrankte.

Spezial

Mein Coach & ich

Konkrete Unterstützung im Alltag.
Für Chroniker.

Intensiv

Extra-Services

- ME:CO DMP
- ME:CO Pflegeberatung

g wie gesund

Sofortberatung jederzeit & überall.
Für alle Versicherten.

Basis

Pressekonferenz zum 15. DKVF: Bessere Implementierbarkeit von Maßnahmen in die Regelversorgung

Neugebauer: „In einen neuen Dialog treten“

Das Fundament für die Umsetzung der Ergebnisse aus Versorgungsforschungsstudien ist die frühe Einbeziehung aller Beteiligten. Dass auch die Patienten bei diesem Prozess nicht vergessen werden dürfen, wurde auf der Pressekonferenz des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, der vom 5. bis 7. Oktober in der Urania Berlin stattfand, ausdrücklich betont. Problemen bei der Implementierung sei nur mit fundierter Forschung, Evaluation und Kommunikation der Ergebnisse beizukommen, um die Translation von Innovationen von der Grundlagenforschung auch in die breite Versorgung erfolgreich vornehmen zu können.

>> „Ich muss sagen, ich habe hier einen ganz guten Überblick über das Thema Versorgungsforschung bekommen, weil ich mich bisher immer nur mit Krebs beschäftigt habe. Ich sehe viele Zusammenhänge mit anderen, ich sehe aber auch die Besonderheiten unseres Fachs“, resümierte Dr. Gerd Wegener, Leiter des Klinischen Krebsregisters an der Medizinische Hochschule Hannover, nach der Veranstaltung und nahm damit genau das mit, was Kongresspräsidentin PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke vermitteln wollte.

Der berühmte Blick über den Tellerrand stand nämlich für Klinkhammer-Schalke, Direktorin des Instituts für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, im Vordergrund. Um die Versorgungsforschung weiterzuentwickeln, sei das Lernen voneinander unerlässlich. Dieser Geist scheint den Hannoveraner Wegener auch erreicht zu haben: „Wenn man selbst nur an einer Stelle arbeitet, verengt sich der Blick ein bisschen und der ist hier doch deutlich geweitet worden, muss ich sagen“, erklärte der Mediziner.

Implementierbarkeit

Neben der Vernetzung machte Klinkhammer-Schalke als Ziel der Veranstaltung die voranzutreibende Implementierbarkeit der Versorgungsforschung aus. „Das ist mein größtes Anliegen, dass wir mit den Fähigkeiten all dieser Fachgesellschaften wirklich zum Nutzen der Patienten beitragen können – es also tatsächlich in der Versorgungsebene ankommt“, so die Kongresspräsidentin. Nur durch Interdisziplinarität könne dies erreicht werden. Die unterschiedlichen Fachbereiche seien durchaus in der Lage, sich gegenseitig Hilfestellungen zu geben, da Themen bisweilen unterschiedlich weit entwickelt und oft übertrag- oder ableitbar seien.

Befragt nach konkreten Ansätzen für eine bessere Vernetzung führte Klinkhammer-Schalke das Beispiel der Lebensqualität an, bei der es sowohl der Interdisziplinarität als auch einer großen methodischen Sorgfalt bedürfe, um diese messen und bewerten zu können. Beispielshaft verwies sie auf die mentale Schwäche einer Brustkrebpatientin nach Diagnose oder Operation, die einer psychoonkologischen Behandlung bedürfe,

und das meist ambulant, da oft nur kurze Aufenthalte im Krankenhaus angezeigt seien. Darüber hinaus gerieten Patienten durch Krankheit oft in finanzielle Nöte, für die dann Schuldnerberater notwendig seien. Dieses Netzwerk funktioniere bereits. „Um die medizinische Versorgung muss sich ein Netzwerk aus vielen Gesundheitsberufen bilden, die den Patienten auffangen“, so die Kongresspräsidentin und macht als Erfolgsfaktoren Forschergeist, Enthusiasmus und einen ganzheitlichen Blick für den Patienten aus. „Wir müssen die Wichtigkeit dieses Faches vermitteln. Das ist unsere Aufgabe, die wir mit vielen praktischen Beispielen auf den Weg bringen müssen und hoffen, dass es von vielen aufgegriffen wird.“

Wie eine solche Implementierung vonstatten gehen kann, erklärte im Anschluss Professor Dr. Michael Wensing, Wissenschaftler am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, der dort Implementierungs- sowie Versorgungsforschung lehrt.

Das laut Wensing besonders in den USA, Kanada und Großbritannien etablierte Fach der Implementierungsforschung versuche sinnvolle Implementierungen zu verstehen, zu erklären und zu verbessern. In Deutschland noch ein sehr junges Fach – obwohl hier mit Fort- und Weiterbildung von Leistungserbringern, mit Qualitätszirkeln, mit Selektivverträgen, manchmal mit Gesetzen auch sehr viel implementiert werde – identifiziert Wensing die Implementierungsforschung als stark handlungsorientiert. Die Wirksamkeit der Interventionen werde nämlich evaluiert und auch hinterfragt, wie man neue, eventuell effektivere Implementierungsprogramme entwickeln könne. Unerlässlich sei dabei die Vermittlung der Ergebnisse, um diese einer breiten wissenschaftlichen Basis zur Verfügung zu stellen, um aus den Resultaten zu lernen und gegebenenfalls Implementierungsprogramme zu optimieren.

Evaluation, Entwicklung von Intervention und Konzeptentwicklung macht Wensing demnach als Kernaufgaben des Faches aus, die jedoch nicht nur mit größeren finanziellen Zuwendungen zu stärken seien, auch die Attraktivität müsse gesteigert werden, um junge Forscher bei der Stange zu halten. Denn gerade in der systematischen Entwicklung von Implementierungsstrategien, besonders bei neuen Versorgungspfaden oder

-strukturen, gebe es noch viel Luft nach oben, was von der Wissenschaft angepackt werden müsse, um medizinische Innovationen in der Routine-Versorgung effektiv zu etablieren.

Im politischen Kontext

„Für das BMG ist die Versorgungsforschung besonders wertvoll, weil die Versorgungsforschung einen besonders engen Bezug zur Versorgungspraxis hat“, konstatierte Dr. Antonius Helou vom BMG. Auch die stärkere Fokussierung auf die Nutzer- bzw. Patientenperspektive sei überaus wichtig, wozu auch die erfolgreiche, sogenannte späte Translation von Innovationen gehöre. Denn dem Übertrag von der Grundlagenforschung in die klinische Forschung müsse sich dann auch selbiger in die breite Versorgung anschließen. Diese späte Translation werde gerne mal übersehen, kritisierte Helou und machte deutlich, dass zu dieser ebenso die Untersuchungen von Maßnahmen im Hinblick auf ihre Alltagswirksamkeit gehörten.

Helou nahm dann das Thema Barrieren in den Blick, die sowohl auf Seiten der Anbieter als auch auf Seiten der Patienten existierten, weil Wissen oder Gesundheitskompetenz fehlten. Bisweilen sei auch eine gewisse Orientierungslosigkeit durch die komplexen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens mit den unterschiedlichen Sektoren zu beobachten, dem die Politik mit Maßnahmen wie Disease Management-Programmen oder Integrationsverträgen entgegenwirke.

Ein zunehmend wichtiges Feld in der Versorgungsforschung sei, so ist sich Helou sicher, die Arzt-Patienten-Interaktion. Deshalb habe auch die Gesundheitspolitik die Versorgungsforschung als ein wichtiges Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung



Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Vorsitzender des DNVF, Senior-Professor für Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke und Dekan an der medizinischen Hochschule in Brandenburg: „Wir müssen die Patienten sehen und nicht die Player.“

entdeckt, das unter anderem zur Unterstützung gesundheitspolitischer Maßnahmen und Aktionspläne herangezogen werde. Helou verweist hier auf das zeitlich nicht limitierte Projekt des Nationalen Krebsplans, bei dem von der Zielvereinbarung, über die Analyse der Versorgungssituation, bis hin zur Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen, die Versorgungsforschung eine ganz wichtige und unterstützende Rolle gespielt habe. Wissenslücken in den Bereichen psychoonkologische Versorgung, Krebsfrüherkennung oder auch der Patientenorientierung wurden im Rahmen des Nationalen Krebsplanes durch Experten ausgemacht, vom BMG zu einem kleinen Forschungskatalog gebündelt und im Rahmen eines vom BMG geförderten Förderschwerpunktes im Nationalen Krebsplan versucht zu beantworten. Fragestellungen wie: Wie kann Krebsfrüherkennung optimal organisiert werden, dass sie mehr Menschen erreicht? Oder: Wie gehen Menschen mit unterschiedlichen Risikostufen oder Risiken mit der Krebsfrüherkennung um?, waren nach Angaben Helous Aspekte, die es zu beantworten galt.

Auch in der Diabetesbekämpfung spiele die Versorgungsforschung eine zentrale Rolle, so der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und verwies auf das Diabetesüberwachungssystem (Diabetes-Surveillance-Systems), das am Robert Koch-Institut eingerichtet wird. Dabei gehe es darum, mit Mitteln der Versorgungsforschung und unter Einbindung aller relevanten Akteure die wichtigsten

Informationen und Daten aus dem deutschen Gesundheitswesen zu sammeln. Neben dem Gesundheitsmonitoring des RKI kämen so eben auch Sekundärdaten von Kassen und unterschiedlichen Register auf den Tisch, um ein möglichst treffendes differenziertes Bild der Versorgungslage zu bekommen.

Partikularinteressen neutralisieren

Hemmschuh bei gesundheitspolitischen Maßnahmen, die als Kooperationsprogramme angelegt sind, seien divergierende Interessen und Sichtweisen der Akteure, gab Halou an. Das Potenzial der Versorgungsforschung liege hier in

der Möglichkeit einheitlicher Bewertungsmaßstab zu sein, der Kostenträgern, Leistungserbringer und Patienten als sachliche Diskussions- und Entscheidungsbasis dienen könne. Damit sei die Disziplin auch in der Lage, sachfremde Partikularinteressen einzelner Akteure zu neutralisieren, was als Eigenschaft bei Kooperationsmaßnahmen oft auch vom BMG gefordert werde.

Denn im Endeffekt profitiere der Patient. „Wir müssen die Patienten im System sehen und nicht die Player“, forderte entsprechend Professor Dr. Edmund Neugebauer, Vorsitzender des DNVF, Senior-Professor für Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke und Dekan an der medizinischen Hochschule in Brandenburg, mit Nachdruck. Die bisherige playerzentrierte Organisation identifiziert er als Auslaufmodell und will patientenzentrierte Organisation im Fokus wissen. Beispielhaft zeigte er noch einmal auf den Nationalen Krebsplan, dessen integrierte Vorgehensweise sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiere. Doch um solche Programme zu entwickeln und erfolgreich zu implementieren, müsse das Gesundheitssystem in der Lage sein, zu lernen. Fundament hierfür sei die Wissenschaft, die mit guten, und wünschenswerter Weise neutralen, Partnern agiere.

Sektoren überwinden

Originäre Aufgabe der Versorgungsforschung sei die Lokalisierung von systemverändernden Faktoren, die sich oft auch nur in kleinsten Stellschrauben manifestieren könnten. Um diese aufzuspüren, müssten Barrieren identifiziert werden. „Das Hauptproblem liegt in den Sektoren, die immer noch vorliegen und die immer noch ‚versäult‘ sind“, sagte der Professor. Für Klinkhammer-Schalke kann auch an dieser Stelle das Projekt des Nationalen Krebsplans ein leuchtendes Beispiel sein, dessen klinische Registerdaten aus allen Sektoren gesammelt, analysiert und die Ergebnisse schließlich an die behandelnden Ärzte zurückgemeldet werden. Es geht also.

Ein Abbau der Sektoren solle ja beispielsweise auch durch die Zusammensetzung von Industrie, Fachgesellschaften oder der Wissenschaft des DNVF erreicht werden, erklärte Neugebauer. Dass diese Entwicklung Zeit braucht, liegt auf der Hand. „Die Versorgungsforschung ist auf Langfristigkeit angelegt“, konstatierte er und wies auf den noch jungen Charakter der Disziplin in Deutschland hin, die eine nachhaltige Entwicklung verlange. Mit dem Innovationsfonds sei da schon ein guter Anfang gemacht, doch strukturell sieht Neugebauer noch große Schwächen, beispielsweise in den fehlenden Versorgungszielen, die essenziell für die Versorgungsforschung seien oder den quantitativ ungenügend vorhandenen

Lehrstühlen für Versorgungsforschung im Land.

Bei letztgenanntem will Neugebauer als neuer Dekan selbst mit anpacken und an der Medizinischen Hochschule Brandenburg einen Studiengang Versorgungsforschung mit entsprechendem Schwerpunkt Implementierung einrichten. Darüber hinaus müsse auch die Politik dabei unterstützen, die Infrastruktur hier voranzutreiben, forderte Neugebauer, damit die Versorgungsforschung letztlich auch effektiv die Politik beraten könne.

Da gibt es jedoch noch weitere Hürden: „Ein Riesenproblem sind Daten“, sagte der Vorsitzende des DNVF und bemängelte, dass die vorhandenen Daten beim DIMDI eigentlich gar nicht abgerufen werden. Und auch Klinkhammer-Schalke erinnerte daran, dass valide, nutzbare Datengrundlagen die Basis für patientenorientierte Forschung darstellten. Den Datenschutz an sich identifizierte Neugebauer als ein Hemmnis für Grenzüberwindung und Lernen im überaus komplexen Gesundheitssystem.

In diesem nicht linearen System sei bisher gar keine Forschung vorhanden, was die Wirkung einer Implementierung anbelange. Neugebauer rekurrierte hier auf Ungarn, wo die Auswirkungen von Maßnahmen bereits wissenschaftlich untersucht werden. Mithilfe der 3-Vektoren-Regel, könne man tatsächlich lokalisieren, an welcher Stelle ein System umkippt und reagiert. „Wenn man die kennt, dann kann man das besser steuern“, erklärte Neugebauer und stellte eine Analogie zur Wettervorhersage her, die eigentlich nach dem selben System funktioniere, deren prädiktive Analyse jedoch immer genauer werde. „Wir laufen da irgendwie hinterher“, resümierte er und machte von Seiten der Politik – „nicht vom BMG“ – einen gewissen Widerstand aus, den er mit Angst vor Machtverlust erklärte. Deswegen müsse die Forschung her, um zu zeigen, was möglich ist und „dann werden wir in einen neuen Dialog treten.“ Hoffnungen, das System hier effizienter zu machen, ruhen auf dem Innovationsfonds, denn, dass Maßnahmen in die Regelversorgung nach Nutznachweis übernommen werden, sei durch die dortige Anwesenheit der Kassen wesentlich größer.

Und so gibt Neugebauer im Angesicht des Innovationsfonds und dessen Umfangs zu, durchaus „angespannt“ zu sein, da bei der Aussicht auf eine solche Menge Geld vielleicht mehr „Versorgungsforscher“ unterwegs sein könnten, als de facto vorhanden. Ohne ausgewiesene Versorgungsziele sei es zudem für den Innovationsausschuss um Prof. Josef Hecken schwierig, die Projekte herauszufiltern, die die Versorgungsforschung voranbringen. Doch „es gibt ganz tolle, methodisch gute Gruppen in Deutschland“, weiß Neugebauer, „wenn die gefördert werden, dann mache ich mir keine Sorgen.“ <<

Ein Kongressbesuch beim DKVF aus Sicht von Studierenden

„Eine bereichernde Erfahrung“

Wir Studierende des neuen Masterstudiengangs „Versorgungsforschung und Implementierungswissenschaft im Gesundheitswesen“ an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg unternahmen im Oktober 2016 eine Exkursion nach Berlin. Diese fand im Rahmen des Moduls „Qualitätsförderung und Evaluation“ unter der Leitung des Ärztlichen Direktors der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi und der Modulverantwortlichen Pamela Wronski statt.

>> Vor Ort hatten wir die Gelegenheit, verschiedene zentrale Institutionen des Gesundheitswesens zu besuchen und deren Arbeit kennenzulernen. Im Vordergrund dieser Exkursion stand jedoch der Besuch des 15. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung mit dem Titel „Wissen schaf(f)t Nutzen“.

Dieser bot uns in zahlreichen Vortragsreihen einen Einblick in aktuelle Themen und Schwerpunkte der Versorgungsforschung. Neben dem Besuch unterschiedlicher Sessions wurde uns die Möglichkeit geboten, unseren Studiengang in einer gemeinsamen Veranstaltung mit den Studierenden des Verbundstudiengangs Versorgungswissenschaft der Universität zu Köln vorstellen zu dürfen. Darüber hinaus konnten wir allgemeine Informationen zum Studiengang sowie persönliche Erfahrungen interessierten Kongressbesuchern an einem Informationsstand nahebringen.

Die Vorträge thematisierten ein breites Spektrum an Forschungsthemen unter anderem aus den Bereichen Gesundheitspolitik, Qualitätssi-

cherung, Gesundheitsversorgung und Methoden. Wir Studierende konnten die Vortragsreihen nach individuellen Interessen und Schwerpunkten frei wählen. Besonders gut in Erinnerung geblieben sind uns beispielsweise die Vorträge der Sessions „Evaluation der Versorgungsleistung der Gesundheitssysteme Deutschlands, der Niederlande und der Schweiz“, „Patientenzentrierung und Patientenbeteiligung in der klinischen Forschung und in der Versorgungsforschung“, „Wie kann das Konzept Lebensqualität zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen?“, „Wissenschaft = Patientennutzen? Im Fokus: personalisierte Medizin“, sowie „Implementierung und Evaluation von Versorgungsinnovationen: Ergebnisse, Erfolge, Hemmnisse“.

Hervorzuheben ist aus unserer Sicht die Session „Meet the editors – erfolgreich publizieren in Zeitschriften der Versorgungsforschung“, die einen Einblick in die Herangehensweise an das wissenschaftliche Publizieren gab. Die Studentin Johanna Forstner kommentiert hierzu: „Die Veranstaltung „Meet the editors“ war sehr interes-

sant und gewinnbringend. Für meine berufliche Zukunft konnte ich sehr viel mitnehmen.“ Gerne würden wir auch bei zukünftigen Kongressen mehr Veranstaltungen dieser Art sehen. Wir empfinden es als positiv, dass der Nachwuchs berücksichtigt wird und können uns eine weitere Förderung dieser Art gut vorstellen.

Neben der Vielfältigkeit der Vorträge konnten wir durch anregende Gespräche über die alltägliche Arbeit der Forscher und Forscherinnen viele neue Erkenntnisse bezüglich der Versorgungsforschung und möglichen Berufsfeldern erlangen. Hierzu berichtet Gaetan Kamdje Wabo: „Durch ein kurzes Gespräch mit einem Mitarbeiter des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen ergaben sich neue Perspektiven für ein Praktikum im Rahmen des Studiums.“

Neben den vielen spannenden Aspekten, die der Kongress uns bot, sehen wir Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Zeitmanagements innerhalb der einzelnen Sessions. Nach vielen gut gelungenen Vorträgen blieb aufgrund von Zeitmangel zu wenig Raum, um die Inhalte angemessen zu diskutieren. Dadurch konnten relevante Fragen nicht gestellt und beantwortet werden. Dadurch kam aus unserer Sicht der wissenschaftliche Austausch zwischen den Referenten und den Zuhörern zu kurz.

Zusammenfassend war der Kongressbesuch für uns Studierende eine bereichernde Erfahrung. Den Besuch möchten wir auch anderen Nachwuchswissenschaftlern weiterempfehlen. In diesem Kontext sagt Anica Mayer: „Der Kongress war eine tolle Möglichkeit, mit Forschern ins Gespräch zu kommen und mögliche Forschungsfelder kennenzulernen.“

Wir Studierende möchten uns hiermit bei allen Organisatoren des Moduls und des Studiengangs sowie bei der Kongresspräsidentin Dr. Monika Klinkhammer-Schalke und allen anderen Mitwirkenden für den gelungenen Kongress bedanken. <<

von: Jasmin Bossert, Anna Ehmann, Johanna Forstner, Laura Hagelskamp, Melina Hippler, Jana Mader, Anica Mayer, Marcela Montenegro, Regina Poß-Doering, Anchal Puri und Gaetan Kamdje Waboen



Ab
01.01.17

Eine gesunde Entscheidung

**Aus Deutsche BKK und
BARMER GEK wird BARMER.**

Als BARMER machen wir uns fit für die Herausforderungen der Zukunft.
Denn die Vereinigung beider Kassen bringt viele Vorteile und Verbesserungen mit sich.
Zum Beispiel

- Persönlicher Service in über 400 Geschäftsstellen
- 24-Stunden-Servicetelefon
- Bonusprogramm mit attraktiven Prämien
- Und viele umfangreiche Zusatzleistungen

**www.deutschebkk-wird-barmer.de
0800 255 66 55**



INSIGHT Health zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Hydroaktive Wundbehandlung – heute Standard?

Ein bis zwei Millionen Menschen leiden nach Expertenschätzungen in Deutschland aufgrund von Durchblutungsstörungen an chronischen Wunden: Ulcus cruris (offenes Bein), Dekubitus (Wundliegeneschwür) und das diabetische Fußsyndrom sind mögliche Folgen. Mehr als 60.000 Mal wurden im Jahr 2014 in deutschen Krankenhäusern Anwendungen zur Amputation und Exartikulation am Fuß durchgeführt, was die Relevanz einer guten Versorgung chronischer Wunden verdeutlicht (Quelle: INSIGHT Health-Klinikspiegel).

>> Gemäß den allgemeinen Therapiezielen der aktuellen S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) muss grundsätzlich das Abheilen der Wunde ermöglicht und Entzündungen sowie Infektionskrankheiten vorgebeugt werden. Dazu wird die Wunde zunächst von avitalen Belägen, Fremdkörpern und abgestorbenem Gewebe befreit und anschließend vor äußeren Einwirkungen geschützt. Dementsprechend definiert der Gemeinsame Bundesausschuss Verbandmittel als Produkte, die dazu bestimmt sind, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken oder deren Körperflüssigkeit aufzusaugen.

Konventionelle und moderne Wundversorgung

Die Versorgung chronischer Wunden wird im Wesentlichen unterteilt in konventionelle trockene und moderne hydroaktive Wundversorgung, jeweils ergänzt um die Kompressionstherapie. Die trockene Wundversorgung erfolgt traditionell mit Verbandmaterialien wie Mullbinden, Kompressen, Tupfern, Tamponaden, Verbandwatte und -zellstoff. Es werden Mullkompressen oder mit Ringerlösung befeuchtete Gaze eingesetzt, die in der Wunde austrocknen und mit dem Wundgrund verkleben können.

Diese Art der Behandlung geht mit häufigen Verbandwechseln einher. Dadurch kommt es zu einem erhöhten Infektions- und Verletzungsrisiko für die Wunde und das bereits neugebildete Gewebe (vgl. BVMed).

Bei der Behandlung von chronischen Wunden bemühte man sich in der Vergangenheit, die Wunde nach dem beschriebenen Vorgehen möglichst trocken zu halten. Ein Umdenken begann, als der Engländer George Winter 1962 in Experimenten an Schweinen nachwies, dass feuchte Wunden besser und schneller heilen. In diesem Wundmilieu sind Zellen mobiler und beschleunigen so den Heilungsprozess. Daher spricht sich auch die aktuelle Leitlinie in ihren allgemeinen Therapiezielen für die Herstellung eines „optimal feuchten“ Wundmilieus aus. Von einer Empfehlung bestimmter Produktgruppen wird jedoch mit dem Hinweis auf fehlende Evidenz bewusst abgesehen.

Besserer Heilungsprozess im feuchten Wundmilieu

Eine Wundheilung vollzieht sich, unabhängig von der Ursache, in drei wesentlichen Schritten: Nach der Reinigungs- und Entzündungsphase (Exsudation) kommt es zur Neubildung von Gewebe (Granulation), schließlich wird in der

Regenerationsphase (Epithelisierung) das neue Gewebe verstärkt und die Wunde geschlossen. Bei der hydroaktiven Wundversorgung wird in sämtlichen Wundheilungsphasen ein feuchtes Wundmilieu geschaffen und über den gesamten Heilungsverlauf aufrechterhalten. Die in der ersten Phase der Wundheilung eingesetzten Verbände müssen einerseits weiterhin stark saugfähig sein, um die aus der Wunde transportierten Schmutzpartikel, Bakterien und beschädigten oder abgestorbenen Zellen aufnehmen zu können. Andererseits müssen sie nach den Standards der modernen Wundversorgung die Wunde zusätzlich feucht halten, um sie vor dem Austrocknen zu schützen und somit die Gewebeneubildung während der Granulation sowie in der Regenerationsphase zu begünstigen.

Steigende Verordnungen hydroaktiver Produkte

Insgesamt wurden in Deutschland im Jahr 2015 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen 9,5 Mio. Verordnungen für den Bereich Wundversorgung über die Apothekenrechenzentren abgerechnet. Nach Herstellerabgabepreisen entspricht dies einer Summe von über 238,5 Mio. Euro. Von den gesamten Verordnungen zur Wundversorgung entfielen 41 Prozent auf die hydroaktiven Produkte. Abbildung 1 liefert eine Übersicht der Verordnungsanteile für die Top 5-Produktgruppen in der modernen Wundversorgung. Schaumstoffverbände stehen mit einem Anteil von gut einem Drittel an erster Stelle.

Dass die moderne Wundversorgung in ihrer Anwendung zunehmend an Bedeutung gewinnt, zeigt sich in der Betrachtung der letzten 10 Jahre: Im Zeitraum von 2005 bis 2015 nimmt die Verordnungsmenge bei der hydroaktiven Wundversorgung um 47 Prozent zu. Wurden im Jahr 2005 noch 2,7 Mio. Verordnungen ausgestellt, waren es in 2015 knapp 4 Mio. (vgl. Abbildung 2). Die Umsätze (nach Herstellerabgabepreisen) steigen im selben Zeitraum sogar um 132 Prozent. Während die Anwendung der hydroaktiven Therapie weiter zunimmt, ist bei Verordnungen von Produkten der traditionellen Wundversorgung ein Rückgang von 19 Prozent zu verzeichnen. Es kann also davon ausgegangen

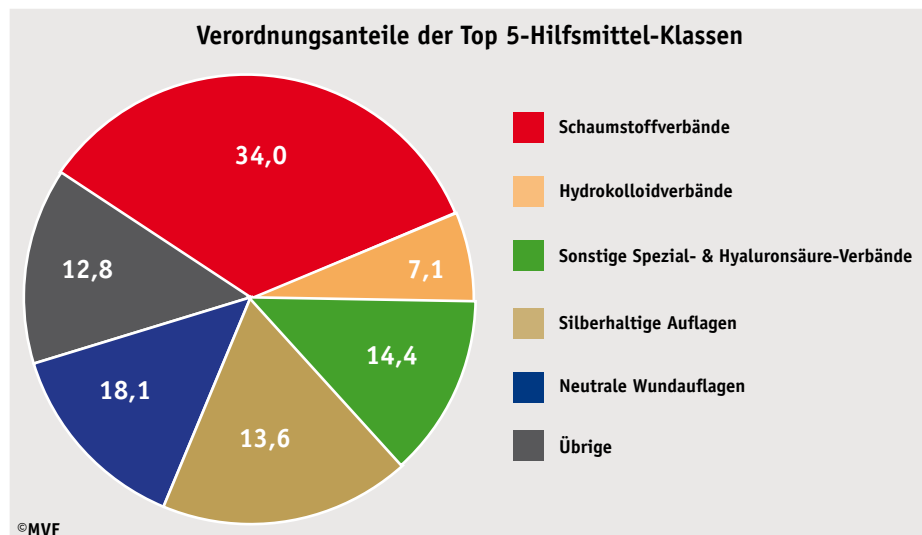


Abb. 1: Verordnungsanteile der Top 5-Hilfsmittel-Klassen (Einteilung nach INSIGHT Health, Geschäftsbereich C.I. Care Information) mit Rest bei der hydroaktiven Wundversorgung im Jahr 2015; Quelle: NVI-CI (INSIGHT Health).

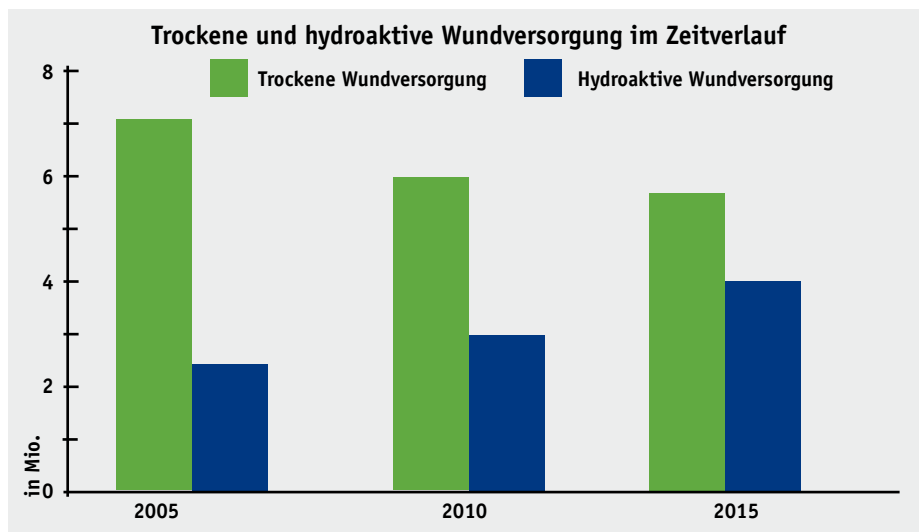


Abb. 2: Verordnungen von Produkten der trockenen und hydroaktiven Wundversorgung für die Jahre 2005, 2010 und 2015; Quelle: NVI-CI (INSIGHT Health).

werden, dass sich zumindest in Teilbereichen der Wundversorgung ein Wandel zur modernen Therapieform vollzieht.

Obwohl die Wundversorgung ein dermatologisches Fachgebiet darstellt, liegt die Betreuung vorwiegend in hausärztlicher Hand. So werden 71 Prozent der Verordnungen in 2015 von Allgemeinmedizinern und Internisten ausgestellt. Auf Dermatologen entfallen nahezu 5 Prozent. Auf der Ebene einzelner Facharztgruppen zeigt sich ein unterschiedliches Verordnungsverhalten bezüglich der trockenen und hydroaktiven Wundbehandlung. Wie Abbildung 3 zeigt, weisen die Dermatologen mit 49 Prozent den höchsten Verordnungsanteil hydroaktiver Produkte auf. Allgemeinmediziner und Internisten liegen mit 46 Prozent nur knapp darunter (Quelle: NVI-CI, INSIGHT Health).

Versorgungsstrukturen in der Wundbehandlung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinem Beschluss vom Mai 2008 Verbandmittel als verordnungsfähig deklariert. Als CE-geprüfte Medizinprodukte fallen sie nicht unter die verschreibungspflichtigen Arzneimittel und auch nicht unter die Regelung für arzneimittelähnliche Medizinprodukte. Damit haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Versorgungsanspruch nach § 31 Abs. 1 SGB V. Im aktuell beschlossenen Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) möchte der Gesetzgeber „eine gute und zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ sicherstellen. Mit voraussichtlichem Inkrafttreten zum März 2017 wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis zu aktualisieren - zudem werden

zusätzliche Spielräume bei Vergütungsvereinbarungen geschaffen. Allerdings lassen der gesetzliche Versorgungsanspruch sowie die geplanten Neuerungen nicht unmittelbar einen Rückschluss auf den Alltag in der Wundversorgung zu. Überlegungen in Bezug auf die weitere Stärkung neuer Versorgungsformen, wie interdisziplinäre Wundzentren oder Wundnetze in Ballungsräumen oder mobile Lösungen und Netzwerke in ländlichen Gebieten, wurden seitens Krankenkassen, Ärztevertretern und Herstellern bereits diskutiert. Auch die Einführung eines zentralen Wundregisters zur Erfassung sämtlicher Fälle des diabetischen Fußsyndroms, Ulcus cruris und Dekubitus wird thematisiert (vgl. BVMed).

Seit dem Jahr 2000 besteht darüber hinaus seitens des Gesetzgebers die Möglichkeit, integrierte Versorgungsmodelle abzuschließen. Ziel

dieser Selektivverträge ist eine Verbesserung der Behandlung durch eine höhere Vernetzung des ambulanten und stationären Sektors. Seit 2008 unterhält beispielsweise die AOK Sachsen-Anhalt mit vier Zentren einen Vertrag zur integrierten Versorgung chronischer Wunden. Im genannten Zeitraum konnten bereits über 1.700 Versicherte von diesem Behandlungskonzept profitieren. Nach Aussagen des AOK-Fachreferenten Andreas Goldmann werden die Wunden bei den Teilnehmern nach durchschnittlich 84 Tagen geschlossen. In der Regelversorgung dauere es im Mittel 566 Tage (vgl. PRO DIALOG aktuell; AOK Sachsen-Anhalt).

Fazit

Die demografische Entwicklung in Deutschland, sowie eine Zunahme der Patienten mit Diabetes, lässt einen weiteren Anstieg des Bedarfs im Bereich der Versorgung chronischer Wunden erwarten. Dabei ist das Angebot an unterschiedlichen hydroaktiven Produkten vielfältig und der Trend geht hin zu Gesamtlösungen in der phasengerechten Wundversorgung. Diese Behandlung ist nicht selten zeit- und kostenintensiv und kann bis zu sechs und mehr Jahren dauern. Besonders vor dem beschriebenen Hintergrund spielt die fachgerechte Versorgung eine wichtige Rolle. Neben den Selektivverträgen gibt es weitere Ansätze: Qualifizierungsausbildungen im Wundmanagement für Pflegefachkräfte und zertifizierte Wundzentren für Dermatologie können helfen, die Behandlung chronischer Wunden zu professionalisieren und damit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten. <<

Autorinnen: Gabriele Maack, Jana Heiler und Kathrin Pieloth*

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

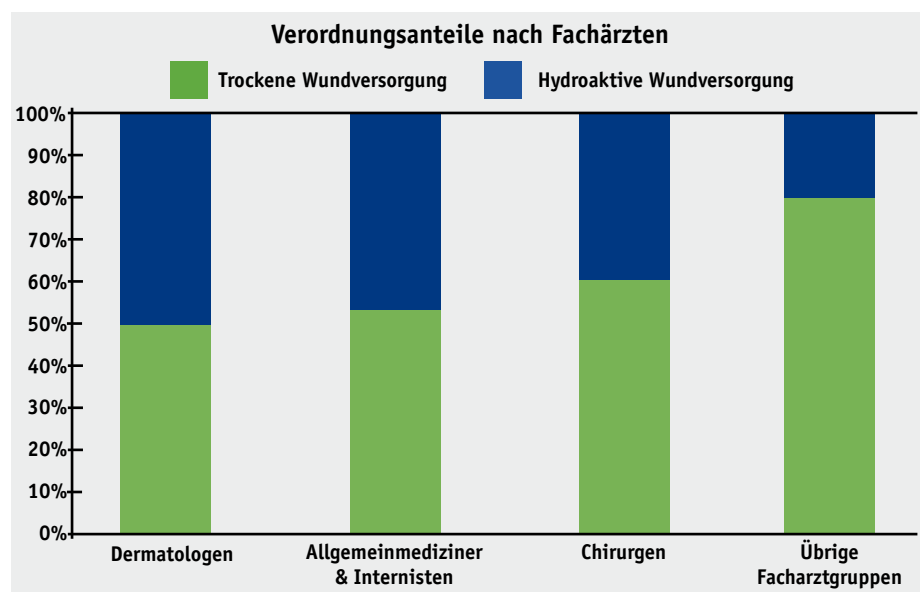


Abb. 3: Verordnungsanteile von Produkten der trockenen und hydroaktiven Wundversorgung nach Fachärzten im Jahr 2015; Quelle: NVI-CI (INSIGHT Health).

WINEG-Kongress anlässlich des zehnjährigen Bestehens des wissenschaftlichen Instituts der TK

Baas: „Kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit“

Anlässlich der Geburtstagsfeier zum zehnjährigen Bestehen bezeichnete Dr. Jens Baas, der Vorsitzende des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK), das vor zehn Jahren von seinem Vorgänger Dr. Norbert Klusen gegründete „Wissenschaftliche Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen“ (WINEG) als „Transmissionsriemen“. Obwohl ein solches Institut nicht im originären Leistungs- und Aufgabenspektrum einer Krankenversicherung verankert sei, wäre das WINEG eine wichtige Institution, um die „Kluft zwischen dem, was in Wissenschaft und Versorgungsforschung passiert und dem, was bei unseren Versicherten ankommt“ zu verkleinern. Genau dieser Ansatz zog sich durch das gesamte Programm des wissenschaftlichen Geburtstags-Kongresses, in dem jedes angesprochene Thema aus zwei Sichtweisen beleuchtet und hinterfragt wurde: aus Sicht der Versorgungsforschung und der Versorgungsrealität.

>> Dass ein solches Institut nicht im originären Leistungs- und Aufgabenspektrum einer Krankenversicherung verankert sei, sah Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, die Gesundheitsministerin der Landes Hamburg, durchaus anders. In ihrem - den Kongress einleitenden - Grußwort, sagte sie, sowohl an die TK, das WINEG und an die rund 200 Besucher gewandt, dass es „sehr wohl zur Aufgabe von Krankenversicherungen gehört, sich nicht nur dafür zu interessieren, dass das Geld eingesammelt und möglichst nicht zu ausgegeben wird“, sondern dass dies vernünftig geschehe. Daher sei es den gesetzlichen Krankenkassen durchaus anzuraten, Versorgungsforschung zu betreiben und dafür den bei ihnen erhobenen Datenschatz einzusetzen. Nur könne es sich eben nicht jede Kasse leisten, ein solches Institut zu finanzieren, doch fände sie es gut, dass dies zumindest die großen Kassenarten machen würden, womit sie auf das wesentlich ältere AOK-Institut WiDO hinwies.

Für Baas haben diese wissenschaftlichen Institute – vornehmlich natürlich das WINEG – eine durchaus wichtige Funktion, die sowohl nach innen wie nach außen gerichtet ist. Für die TK bestünde dessen Aufgaben darin, zu hinterfragen, ob „das, was wir tun, die Versorgung wirklich verbessert“, um so bei jeder Entscheidung der Kasse die Frage beantworten zu helfen: „Möchte der Versicherte wirklich, dass ich sein Geld dafür ausbebe?“ Baas: „Das ist die Fragestellung, die sich jede Krankenkasse stellen muss, und genau dafür brauchen wir Antworten.“ Doch neben der weiteren Aufgabe zu evaluieren, wie Versorgungsforschung möglichst praxisnah gestaltet und umgesetzt werden kann, damit



Als Hausherr eröffnete Dr. Jens Baas (unten links), Vorsitzender des Vorstands der TK, den Kongress anlässlich des zehnjährigen Bestehens des WINEG und begrüßte ganz besonders Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (Bild oben), Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg, die in seinen Augen als die beste Gesundheitsministerin eines deutschen Bundeslandes gelten darf, sowie Prof. Dr. Marie-Luise Dierks (unten rechts), Leiterin Patientenorientierung und Gesundheitsbildung der Medizinischen Hochschule Hannover, die beim der TK sehr wichtigen Thema „Der Patient als Mitproduzent von Qualität“ die Sicht der Versorgungsforschung einbrachte.

VERSORGUNGS
FORSCHUNG

Sonderausgabe „10 Jahre WINEG“

Eine ausführliche Berichterstattung zum Kongress des WINEG lesen Sie in der Sonderbeilage „Versorgungsforschung Kompakt“, die einer Teilaufgabe dieser Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ beiliegt. Die Sonderbeilage ist ebenso downloadbar unter: www.m-vf.de/archiv



Engagiert, kreativ, überzeugend?

Willkommen im Team!

Wir suchen für Januar 2017 neue Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen. Zum einen verstärken wir uns weiter aufseiten der Hamburger OptiMedis AG. Zum anderen bauen wir zurzeit ein innovatives, patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk in den sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn auf und stellen ein Team für die neu gegründete Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt) zusammen.

Unter anderem suchen wir unbefristet

Data Scientist / Datenanalyst / Gesundheitsökonom (m/w) für die OptiMedis AG

Sie entwickeln u. a. strategische Analysefragestellungen, erstellen Datenbankabfragen und konzipieren Studien zur Versorgungsforschung. Sie sollten ein abgeschlossenes Studium der Gesundheitsökonomie, Wirtschaftswissenschaften, Mathematik, Wirtschaftsinformatik, Soziologie, Public Health o. ä. haben, analytische Erfahrung mit großen Datenmengen (möglichst in der gesetzlichen Krankenversicherung) und gute Programmierkenntnisse (z. B. R, Stata, SQL, MDX).

Data Warehouse-Entwickler – Schwerpunkt ETL / Systemadministrator (m/w) für die OptiMedis AG

Sie konfigurieren und optimieren ETL-Prozesse (T-SQL und Java basiert mit Talend Open Studio) und entwickeln unser Data-Warehouse weiter. Hinzu kommt die Administration der Netzwerk- und Serverumgebung sowie der MS Windows-basierten Softwarelandschaft. Voraussetzung sind eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung zum Fachinformatiker und mindestens zwei Jahre Berufspraxis, alternativ ein Hochschulabschluss der Informatik oder einer vergleichbaren Fachrichtung.

Die ausführlichen Stellenangebote, Kontaktadressen und diverse weitere Stellen (z. B. IT, Controlling, Kommunikation) finden Sie unter www.optimedis.de/stellenangebote.



Programme, die sich jemand im Labor ausgedacht hat, auch unter Alltagsbedingungen funktionieren können und andererseits die Themen, die für die Kasse relevant sind, in die Forschung zu bringen, schätzt Baas auch die inhaltliche Unterstützung des WINEG in der Argumentation gegenüber der Politik. Zunehmend stelle man fest, dass sich nicht alle Politiker so gut auskennen würden wie die Hamburger Senatorin, sondern durchweg „ein sehr, sehr gesundes Halbwissen vorhanden“ sei – meinte Baas in Bezug auf so manche Politiker, deren ebenso tiefe wie feste Überzeugungen mit der Realität oft recht wenig zu tun hätten. Genau bei diesen sei es oft hilfreich, sich eine gute wissenschaftliche Basis zu erarbeiten, um so zumindest versuchen zu können, den ein oder anderen zu überzeugen. Baas: „Darum ist für uns das WINEG kein Luxus, sondern eine absolute Notwendigkeit.“

Eine ebensolche Notwendigkeit ist es, die Versorgungsforschung praxisnäher zu gestalten, was auch schon das erklärte Ziel des diesjährigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) war, nämlich „die voranzutreibende Implementierbarkeit der Versorgungsforschung“ zu stärken, wie es Kongresspräsidentin PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke formulierte (s. S. 10).

Ähnliches forderte beim WINEG-Kongress auch Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, der Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, ebenso Vorsitzender des Sachverständigenausschuss Gesundheit und nicht zuletzt Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der TK. „Die letzte Meile zum Patienten“ war sein Thema, oder neuhochdeutsch formuliert: „Bridging the Gap durch Versorgungsforschung“.

Ein großes Problem bei diesem sicher dringend notwendigen Brückenschlag sind auch Limitationen, die sich aus bisher zu wenig erforschten oder bisher meist unbeachteten Gebieten ergeben. „Wir haben eine Wissenslücke, die durch Versorgungsforschung eventuell geschlossen werden kann“, erklärte Gerlach und sprach dabei als erstes das Thema Multimedikation an. Es reiche eben nicht nur aus, auf fünf Medikamente pro Patient zu reduzieren, sondern man müsse sich die Mühe machen, jeden einzelnen Patienten und jede einzelne Situation genau anzuschauen – was ein Ergebnis von Versorgungsforschung sein kann, wenn man sie denn durchführt. Man wisse zum Beispiel prinzipiell sehr gut, was ein Arzt vor der Medikation beachten muss, denn es gebe seit Jahren die sogenannten fünf Vass-Fragen, die mit sehr guter Evidenz belegt wären. Gerlach: „Das Problem ist nur, dass diese Fragen in Studien nicht weiter untersucht werden.“ Darum sei die Art und Weise, wie die meisten Arznei-

mittel durch Haus- und Fachärzte verordnet würden, praktisch unbekannt. Doch auch das Thema der Dosierung sei eine relative Blackbox. Ein bisher in der Versorgungsforschung kaum genutzter Studientyp seien Absatz- oder auch Dosisfindungs-Studien. Doch genau hier gebe es eine ganze Reihe von offenen Fragestellungen, die in der Praxis hochrelevant seien. Einfach deshalb, weil nach Gerlachs Meinung die meisten Arzneimittelzulassungsstudien „mit viel zu hohen Dosen“ arbeiten würden, da die Arzneimittelhersteller sicher gehen wollten, dass die zu erforschenden Arzneimittel auch wirkten. Doch, so Gerlach: „Bei den meisten

Patienten sind diese Dosierungen viel zu hoch, aber wo die wahren Dosierungen liegen, kann man nur in Dosierungsreduktionsstudien herausfinden.“ Wenn man es denn anpackt.

Gerlachs Hauptkritik befasst sich jedoch mit RCT-Studien. Bei diesen werde „der ganz normale Wahnsinn“ der gerade in einer Hausarztpraxis vorkomme, systematisch ausgeschlossen, zudem seien sie zu kurz, zu simpel und zu „medium aged“, weil auch Kinder und Hochaltrige so gut wie nie erforscht würden. All das seien Gebiete, mit denen sich die Versorgungsforschung auf der letzten Meile sehr gut befassen könne. <<



Dr. Andreas Meusch (oben), der Direktor des WINEG, moderierte die beiden Sessions „Entwicklung, Evaluation und Breitenimplementierung eines praxisbasierten Konzeptes zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität“ und „Big Data: Das Eldorado der Versorgungsforschung?“ Unten: Die beiden Professoren Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach (unten links), MPH, Direktor Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt, der über „Die letzte Meile zum Patienten: Bridging the Gap durch Versorgungsforschung“ referierte, und Prof. Dr. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (unten rechts), Ärztlicher Direktor Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Uni-Klinikums Heidelberg, der „Die Sicht der Versorgungsforschung“ einbrachte.



HOFFNUNG

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/Capa Pictures - BABEL

1601_XXK_A



Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV)

„From bedside to practise“

Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Dresdner Hochschulmedizin hat eine ganz wichtige Besonderheit: Das ZEGV wird nicht einfach als Add-on verstanden, das eben nun einmal Versorgungsforschung macht, sondern als integraler Bestandteil und Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum gefördert, weil erkannt worden ist, dass „ein weit größerer Impact ausgelöst wird, wenn Kliniker, Patienten und Versorgungsforscher zusammengebracht werden“.

>> Das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin ist einer der wenigen deutschen Standorte, an denen das in den 90er Jahren staatlich geförderte Pflänzchen Public Health nicht nur überlebt, sondern gediehen ist und sich bereits ab den 2000er Jahren in Richtung Versorgungsforschung weiterentwickelt hat. Das ist der Unterstützung der NBL-Förderinitiative zu verdanken, doch vor allem Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, dem Dekan (1997 bis 1999) der Medizinischen Fakultät und Prof. Albrecht, dem Medizinischen Vorstand des Universitätsklinikums, „das sich stolz und selbstbewusst „Die Dresdner“ nennt, und natürlich dem 2011 zum W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung berufenen Dr. Jochen Schmitt, der seit 2012 Direktor des ZEGV und seit März 2016 auch Geschäftsführender Direktor des Gesundheitsökonomischen Zentrums (GÖZ) an der TU Dresden ist.

Das vielleicht Einzigartige ist jedoch, dass im Gegensatz zu vielen anderen Standorten das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung nicht nur als integraler Bestandteil, sondern auch als Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum verstanden wird, die gemeinsam die Dresdener Hochschulmedizin bilden. Während in der Hochschulmedizin vor allem onkologische, metabolische und neurologische Erkrankungen erforscht und behandelt werden, kümmert sich das ZEGV um die Translationsforschung, jedoch nicht um nur die von „bench to bedside“ (T1-Translation), sondern auch um die von „bedside to practise“ (T2-Translation). „Es ist erkannt worden“, gibt Prof. Schmitt zu Protokoll, „dass es nicht mehr ausreicht, sich nur auf ausschließlichen Wissenszuwachs qua Grundlagenforschung zu fokussieren, sondern ein weit größerer Impact ausgelöst wird, wenn Kliniker, Patienten und Versorgungsforscher zusammenge-



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Seit 2011 ist er W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, zuvor war Prof. Schmitt rund 10 Jahre klinisch als Dermatologe und Allergologe am Universitätsklinikum Dresden tätig, zuletzt als Oberarzt mit Zuständigkeit für Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie. 2009 hat er an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus im Fachgebiet Dermatologie und Venerologie zum Thema „Epidemiologie, medizinische Versorgung und gesundheitsökonomische Aspekte des atopischen Ekzems“ habilitiert.

* Ein Doppel-Interview mit Prof. Maria Eberlein-Gonska und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH lesen Sie in der MVF-Ausgabe 01/17

bracht werden.“ Nur das führe zu dem, was die Versorgung wirklich weiterbringe und mit dem dritten Translationsschritt gemeint ist: „Es geht nicht mehr unbedingt um die sogenannte Pfaffsche letzte Meile, sondern um die Frage, wie man von der klinischen Wirksamkeit in die qualitätsgesicherte Umsetzung im Kontext des Gesundheitssystems kommt.“ Nur dieser wirklich letzte, dritte Schritt von der klinischen zur populationsbezogenen Anwendung führe zu einem wirklichen Gesundheitszuwachs.

Hier arbeitet das ZEGV vor allem in der Qualitätsforschung. Unter anderem wird die Sicherheit der Leistungserbringung oder von komplexen Interventionen im Versorgungskontext analysiert, was weit über die reine Wirksamkeit oder Effectiveness unter Routinebedingungen hinausgeht, weil weit größere Kontexte hinzukommen – angefangen von Sicherheit, der Integration verschiedener Perspektiven und natürlich jener der Qualität an sich. Schmitt: „Letzten Endes geht es um die Nutzung der Methoden der evidenzbasierten Medizin und jene der Versorgungsforschung, um die politischen Ziele in der Qualitätsmedizin zu bewerten und letztlich auch erreichen zu können.“

Was auf politischer Ebene nicht so einfach ist, wird in der Dresdner Hochschulmedizin gelebt. Als erstes Klinikum in ganz Deutschland hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus einen gemeinsamen Bereich Qualitätsforschung geschaffen, der strukturell die Versorgungsforschung des ZEGV mit Fragen der praktischen Umsetzung durch den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement integriert, den Prof. Maria Eberlein-Gonska* leitet. Beide arbeiten eng zusammen, immer das Ziel vor Augen, die Methoden der Versorgungsforschung im Qualitätsmanagement zur Anwendung zu bringen. Wie das funktionieren kann, macht Schmitt am Beispiel des Dekubitus fest, der als eigentlich einziger medizinischer Qualitätsindikator in der Pflege gelten kann. Die im Klinikinformationssystem über rund vier Jahre erfassten Dekubitusdokumentationen wurden im Team des ZEGV ausgewertet. Heraus kam, dass sich das Risiko für einen Dekubitus in verschiedenen klinischen Bereichen sehr unterschiedlich darstellt, unbenommen davon, dass solche Fälle natürlicherweise mehr in der Altersmedizin denn in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auftreten. Auf Basis der Analyse wurden die Ergebnisse gemeinsam mit der Pflegeleitung diskutiert. Wobei im Konsens Szenarien entwickelt, berechnet und kritisch hinterfragt wurde, ob die der Analyse zu

Grunde liegende 100-Prozent-Dokumentation wirklich Sinn macht. Wo das Risiko für einen Dekubitus kleiner 0,5 Prozent ist, wird wohl eine generelle Dekubitusdokumentation nicht sehr sinnvoll sein, würde aber andererseits Dokumentationszeit und auch Kosten über minimierte Personenminuten sparen. „Dazu muss aber klar sein, welches Risiko mit weniger Dokumentation verbunden ist und auch, wie viele Fälle man durch ein nicht mehr generelles Screening verpassen könnte“, erklärt Schmitt. Das wurde qua Versorgungsforschung in diversen Szenarien beschrieben und gemeinsam mit der Pflegeleitung und dem Qualitätsmanagement zum Vorstand gebracht. Im Ergebnis wurde von diesem entschieden, dass eine generelle Dekubitusdokumentation nur noch in Klinikbereichen mit mittlerem bis hohem Risiko durchgeführt wird, dies aber weiter evaluiert wird. „Das ist das Grandiose bei der Versorgungsforschung im Setting Klinik“, freut sich Schmitt, „denn das, was wir erforschen, hat immer die Möglichkeit, schnell umgesetzt zu werden, um die Versorgung zu verbessern.“

Zumindest am Standort Dresden und das auch nur im Universitätsklinikum, nicht aber in den vielen anderen Kliniken der Landeshauptstadt des Freistaates Sachsens oder gar im Freistaat selbst. „Nun müssen wir eben den nächsten Schritt machen“, erteilt sich Schmitt selbst eine Aufgabe, denn unsere Erfahrungen in Dresden könnte man durchaus auf die Landes- und Bundesebene übertragen.

Dass die Translation im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus zu Dresden so gut funktioniert, liegt nicht nur an den handelnden Personen, die sich gut verstehen, sondern auch an der Struktur an sich. Denn an der Gründung des ZEGV haben sich viele unterschiedliche Kliniken und Institute der „Dresdner“ beteiligt, das jedoch nicht nur ideell, sondern mit Ausstattung und vor allem Personal – begonnen wurde mit immerhin vier Stellen. Nach der Gründungsphase, getrieben vom positiven Commitment aller Beteiligten, hat das ZEGV auch noch das Glück zwei große BMBF-Anträge mit Partnern aus der Anästhesiologie und der Neonatologie durchzubekommen. Schmitt: „So konnten wir gleich im ersten Jahr zwei ganz erfolgreiche Projekte starten, das war irgendwie wie im Märchen.“ Heute, nur vier Jahre später, arbeiten 28 Mitarbeiter – zur Mehrheit allerdings drittmittelfinanziert – am ZEGV, womit eine kritische Schwelle erreicht ist, die nicht nur Struktur- und Zukunftsfragen aufwirft, sondern auch jene nach einer weiteren Professur – doch das wird sicher eine andere Geschichte. <<



Freya Trautmann

>> Der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Freya Trautmann wird es sicher nicht langweilig. Wenn sie sich nicht gerade mit der Häufigkeit von Sarkomen in Sachsen – und hier dem durch die Krebshilfe geförderten Aufbau eines nationalen Versorgungsnetzwerkes und einer prospektiven Kohortenstudie zur Versorgungssituation von Patienten mit Sarkom in Deutschland – kümmert, analysiert sie die Inanspruchnahme und Effekte des gesetzlichen Hautkrebscreenings in Sachsen, erforscht die Wirksamkeit von Behandlungen in zertifizierten Krebszentren und arbeitet mit an der Erfassung von Patient-Reported Outcomes in der ambulanten Routineversorgung oder am Linkage von Klinikdaten (TDS, KIS) mit Daten des Klinischen Krebsregisters. Das ist jede Menge Arbeit für eine junge Frau, aber eine, die ihr viel Spaß macht.

Das vor allem, weil sie im ZEGV trotz ihres Alters nicht nur ein gerüttelt Maß an Mitspracherecht und Gestaltungsfreiheit hat, sondern auch, weil hier das vorhanden ist, was der Versorgungsforschung anderswo oft fehlt: Daten! „Dass wir mit Sekundär- und Primärdaten arbeiten können, ist ein enormer Vorteil“, sagt Freya Trautmann, die gerade ihre Promotion über versorgungsepidemiologische Analysen aus Sekundärdaten angemeldet hat.

Ein Teil ihrer Promotion wird sich sicher mit dem Thema Hautkrebscreening beschäftigen; und hier unter anderem mit der Frage, welchen Sinn solche Screenings überhaupt machen. Da es meist signifikante Unterschiede in der Mortalität zwischen den Screening-Teilnehmern und den Nichtteilnehmern gibt, führen Screening-Kritiker oft sehr schnell den sogenannten „Healthy Screening Bias“ ins Feld und entwerfen damit Screenings per se. „Doch das verrät uns

nichts über andere Faktoren“, erklärt sie und weist auf unterschiedliche Inanspruchnahmen aber auch auf diverse Facharztgruppen hin, deren Teilnahmeanteil ebenso unterschiedlich ist – mit durchaus beschreibbaren Effekten. So sind ersten Analysen zufolge Melanome prognostisch etwas ungünstiger bei jenen Patienten, die ein derartiges Screening nicht in Anspruch genommen haben, was ein „leichtes, schwaches“, doch immerhin als ein „schwaches positives Signal“ gelten könne. Aber auch tendenziell seltener seien Metastasierungen und Interferontherapien zu erkennen, was wiederum ein Marker für schwerere Erkrankungen sei. Wenn man diese Erkenntnis nun mit Registerdaten und einer größeren Fallzahl abklären könnte? Die Arbeit beim ZEGV geht eben nie aus. <<



Dr. Anne Neumann, MPH

>> Die frisch gebackene Doktorin Anne Neumann beschäftigt sich als Studienkoordinatorin mit EVA64, der bundesweit einheitlichen wissenschaftlichen Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V, die das ZEGV gemeinsam mit den Konsortialpartnern ISMG (Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie in Magdeburg) sowie WIG2 in Leipzig im Auftrag von immerhin 97 beteiligten Krankenkassen betreut – das nach einer immerhin europaweiten Ausschreibung, die die drei Partner für sich entscheiden konnten. Zu beweisen ist, dass – so zumindest die Hypothese – Verträge zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b SGB V zu einer kosteneffektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung führen.

Um diese Hypothese zu beweisen oder zu widerlegen, wurde eine komplexes Studienprogramm erarbeitet. Basierend auf Kas-

sendaten, die durch ISMG geprüft, vereinheitlicht, aufbereitet und pseudonymisiert werden, führen das ZEGV und WIG2 eine Kosten-Effektivitätsanalyse (KEA) durch.

Das tut auch not, denn bereits seit längerem werden psychiatrische Versorgungsmodelle erprobt, die über Änderungen des Anreizsystems sowohl zu qualitativen Verbesserungen der Patientenversorgung als auch zu einem ökonomischeren Ressourceneinsatz führen sollen. „Sollen“, betont die Epidemiologin, die eben ihren PhD in Schweden gemacht hat, denn bewiesen ist das eben noch nicht. „Retro- und prospektiv schauen wir uns darum in dieser sekundärdatenbasierten, nicht-randomisierten Parallelgruppenstudie mit Interventions- und Nichtinterventionsgruppe an, wie sich die derzeit 16 Modellprojekte im Vergleich zur Regelversorgung unterscheiden.

Der Zuschlag für das Projekt erfolgte schon im Mai 2015, doch seitdem mussten das Feinkonzept, die Datensatzbeschrei-

bung sowie die Analyse und Berichtsalgorithmen festgelegt werden. Zur Zeit läuft die erste Datenaufbereitung in Magdeburg, doch schon Mitte kommenden Jahres soll der erste Zwischenbericht von vielen weiteren stehen.

Auch hier: viel, viel Arbeit. Und das einige Jahre lang. Da der Evaluationszeitraum nicht nur die ersten vier Jahre des Modellvorhabens umfasst, sondern auch noch fünf weitere Jahre des Follow-up dauern wird, weiß Anne Neumann schon ziemlich genau, was auf sie in den kommenden noch neun Jahren zukommen wird. Denn bleiben will sie in Dresden auf jeden Fall. „Ich gehe stark davon aus, dass ich bis 2025 da bin“, lautet ihr persönliches Commitment, nicht nur an das Projekt, sondern besonders an das ZEGV und ein wenig sicher auch an die Stadt Dresden, deren Image eben nicht nur von dummen Glatzköpfen, sondern von intelligenten Menschen geprägt wird – die „guten Dresdner“ eben. <<

Internationale Initiative zur Outcome-Standardisierung in der Dermatologie unter der Leitung des ZEGV

In Studien ist die Wahl von adäquaten Outcome-Parametern und Instrumenten ausschlaggebend, um aussagekräftige und vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Doch die Heterogenität bezogen auf die Outcome-Messung in Studien für Hauterkrankungen macht es häufig unmöglich, Meta-Analysen durchzuführen und klinische Empfehlungen abzuleiten. Eine Strategie, diesem Problem entgegenzutreten, ist die Entwicklung von sogenannten Core Outcome Sets, wobei diese eine bestimmte Anzahl an Outcome-Parametern und Messinstrumenten beinhalten, die einheitlich in allen klinischen Studien zu einer Krankheit/Studienpopulation erhoben und berichtet werden sollen. Damit wird das Poolen von Studienergebnissen in Meta-Analysen ermöglicht und damit die Nutzung von Studienevidenz für valide Behandlungsempfehlungen in Leitlinien verbessert. Zusätzlich können abhängig von der spezifischen Forschungsfrage weitere Outcomes gemessen werden. Für den Bereich der Dermatologie haben Prof. Jochen Schmitt und Prof. Hywel Williams (Professor für Dermato-Epidemiologie, Direktor der Evidence Based Dermatology an der Nottingham University und co-ordinating Editor der Cochrane Skin Group) im Jahre 2014 die Cochrane Skin Group – Core Outcome Set Initiative, kurz CSG-COUSIN, gegründet. Diese Initiative

- ist eine internationale, multidisziplinäre Arbeitsgruppe mit dem Ziel der Entwicklung und Implementierung von qualitativ hochwertigen COS in der Dermatologie, um die Outcome-Messung in klinischen Studien zu standardisieren und zu verbessern, wodurch gesicherte Empfehlungen zur klinischen Entscheidungsfindung abgeleitet werden können.
- besteht aus verschiedenen Teams, die sich in ihrer Arbeit unterstützen und ergänzen.

Die Initiative wird vom Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) koordiniert. Das dort angesiedelte Management-Team wird von der Cochrane Skin Group unterstützt und bietet neben der Koordination technische und organisatorische Beratung für die Methoden- und Projektgruppen. Neben einem Informations-Management werden z.B. Unterstützung bei der systematischen Literatursuche und die Bereitstellung von Software-Tools angeboten. Die Methodengruppe bearbeitet eigene Projekte wie z.B. die geplante Studie zum optimalen Einbezug von Patienten und berät die COS-Projektgruppen durch Peer-Review-Verfahren. Die einzelnen Projektgruppen entwickeln qualitativ hochwertige, krankheitsspezifische COS und sorgen für deren Verbreitung und Anwendung.

Save the date: Das zweite CSG-COUSIN Meeting wird zusammen mit dem „Annual Cochrane Skin Group Meeting 2017“ am 9. und 10. Januar kommenden Jahres in Berlin an der Charité-Universitätsmedizin stattfinden.

Weitere Infos: <https://www.uniklinikum-dresden.de/COUSIN>

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

3. Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft

Steegers: „Qualitätsindikatoren sind wichtig“

Zum 3. Nationalen Schmerzforum, veranstaltet von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., kamen erneut Politiker, Wissenschaftler, Ärzte, Krankenkassen- und Patientenvertreter, die mit ihren Statements und aktiven Diskussionsarbeit zeigten, wie wichtig ihnen das Thema Schmerz und besonders dessen multiprofessionelle und multimodale Therapie ist. Das Highlight des nunmehr schon 3. Schmerzforums war indes der Vortrag von Dr. Monique Steegers (MD, PhD, FIPP, jPL), der Kanzlerin des WIP, des World Institute of Pain, die die realen Probleme von und mit Qualitätsindikatoren beschrieb – angesichts der demnächst anstehenden Veröffentlichung des Qualitätsindikatorensatzes des IQTIG ein höchst aktuelles Thema.

>> Als Ärztin, Forscherin und auch Krankenhausmanagerin hat sie seit 2008 die Einführung eines Fünfjahresprogramm begleitet, das zum Ziel hatte, durch die Einhaltung von Leitlinien für bestimmte Interventionen sowie der Implementierung eines Sicherheitsmanagementsystems potenziell vermeidbare unerwünschte Ereignisse bei hospitalisierten Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren zu reduzieren. Also, das was bis heute die USA nicht geschafft hat: Nach einer Publikation von Makary und Daniel mit dem eindrucksvollen Titel „Medical error – the third leading cause of death in the USA (BMJ. 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139) sind medizinische Behandlungsfehler mit 251.000 durch sie ausgelösten Todesfälle die dritthäufigste Todesursache in Nordamerika – nach Herzkrankheiten (611.000) und Krebs (685.000).

Qualitätsindikatoren eingeführt, von denen einer der Schmerz war. Alle Kliniken müssen seitdem die dort erhobenen Qualitätsindikatoren an die Inspektion der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden liefern, dazu gehören Prozessindikatoren (Prozentsatz der standardisierten Schmerz-Score-Messungen bei postoperativen Patienten) und ein Ergebnisindikator (Prozentsatz der Patienten mit einem Schmerzwert über 7 in den ersten 72 Stunden nach der Operation).

Dr. Steegers ist Anästhesistin und seit über 20 Jahren Schmerz-Spezialistin, tätig in der Radboud Universität in Nimwegen, einer kleiner Stadt unweit der Grenze zu Deutschland. Zudem ist sie seit 1996 nicht nur verantwortlich für die Behandlung von akuten Schmerzen in ihrem Krankenhaus, sondern auch für die Erstellung des Schmerztherapie-Protokolls der ganzen Klinik, zudem war sie von 2009 bis 2012 als Expertenmitglied des niederländischen nationalen Sicherheitsprogramms für Schmerzen tätig. Darum fiel sie quasi fast aus allen Wolken, als die ersten Scores öffentlich in Publikumsmedien veröffentlicht wurden, denn die Medien – wie beispielsweise das durchaus mit der „Bild-Zeitung“ vergleichbare „Algemeen Dagblad“ – griffen die transparent publizierten Qualitätsindikatoren auf, während diese die niederländische Regierung zwar erheben lässt, aber damit keine Konsequenzen verknüpft – was sich in Deutschland bekanntlich im Zuge der aktuellen Gesetzgebung ändern wird.

In der medialen Berichterstattung wurde auf einmal der Schmerz-Score – obwohl nur einer der zehn relevanten Komponenten – zu genau jenem, mit sich die Krankenhäuser bezogen auf ihre Qualität differenzieren konnten, wenn auch eben nur dem Gebiet der Qualität der Schmerztherapie. „Jedes Krankenhaus will dort in der

Top Five sein“, weiß Steegers sehr genau. Doch exakt das Krankenhaus, in dem sie seit über 20 Jahren für die Schmerzbehandlung zuständig ist, fiel auf – negativ. Das Radboud University Medical Center hatte einen Qualitätsindikator von 20 Prozent der Ergebnisse über dem Score 7. „Warum sind andere Krankenhäuser so gut und wir nicht so gut“, fragte sich damals Steegers, sich noch sehr gut an die damalige schmerzliche Erfahrung erinnernd. Und: „Wo liegt das Problem?“ Das wollte sie untersuchen und tat das auch mit einer Forschergruppe.

In einer Studie, in der zwei Datenquellen – Daten aus einer Evaluierungsstudie des niederländischen Krankenhaus-Patientensicherheitsprogramms und aus einer eigens durchgeführten Fragebogenumfrage – verwandt und gematcht wurden, beschrieben Hoogervorst-Schilp, van Boekel, de Blok, Spreeuwenberg, Wagner und Steegers das „Postoperative pain assessment in hospitalised patients: National survey and secondary data analysis“ (Int J Nurs Stud. 2016 Sep 4;63:124-131).

Gemeinsam mit dem Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) wurde in Utrecht eine Studie durchgeführt, mit dem erklärten Ziel, die Einhaltung des Prozessindikatoren bei der postoperativen Patienten in der Umsetzung des nationalen Sicherheitsprogramms nach den nationalen Qualitätsindikatoren für Schmerzen

zu evaluieren. In diese Studie wurden Daten aus 3.895 Patientenakten aus 16 Krankenhäusern einbezogen. Heraus kam, dass nur bei 12% der postoperativen Patienten Schmerzen dreimal am Tag und alle drei volle Tage nach der Operation gemessen wurden, bei 53% der postoperativen Patienten immerhin noch mehr als einmal pro Tag, wiederum bis drei volle Tage nach der Operation. Dies deutete auf eine geringe Einhaltung

„Der Schmerz ist ein wichtiger Indikator der Gesundheitsmedizin.“
Prof. Dr. Michael Schäfer, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

„Das sind genau die Probleme, die uns oft im G-BA bewegen, weshalb wir dringend ein wirklich gut funktionierendes Institut brauchen.“

Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Partienvertreterin im G-BA

Todesgründe in den USA (2013)

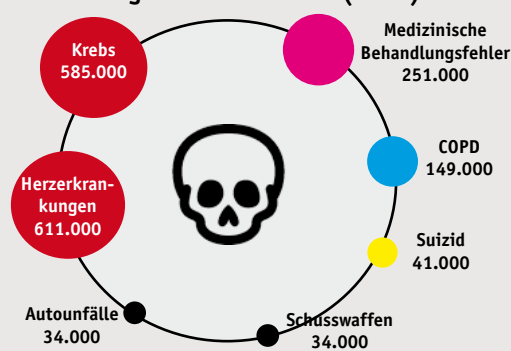


Abb. 1: „Medical error - the third leading cause of death in the US“ (Makary, Daniel).

„Wenn medizinische Fehler eine Krankheit wären, würden sie als eine dritte führende Todesursache in den Vereinigten Staaten gelten“, sagt Steegers dazu. Darum sollte das System zur Messung nationaler Vitalstatistiken überarbeitet und ein besseres Verständnis des Todes durch medizinische Versorgung geschaffen werden. Doch waren genau diese medizinischen Todesursachen der Grund, ein nationales Patientensicherheitsprogramm einzuführen und umzusetzen, zu dem alle niederländischen Krankenhäuser verpflichtet worden sind, ebenso wurde in den Niederlanden ein System von Qua-

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.



„In Mecklenburg-Vorpommern überlegen wir ernsthaft, Schmerznetzwerke zu entwickeln und Zentren auszuweisen.“

Dr. Sibylle Scriba, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern

der Schmerz-Beurteilung bei postoperativen Patienten und ebenso darauf hin, das die Durchführung von Schmerzmessung in Krankenhäusern noch unzureichend ist.

Wenn das aber alle Krankenhäuser so machen, fragte sich Steegers: „Warum gibt es dann einen so großen Unterschied zwischen den Krankenhäusern?“ Darum besuchte das Autorenteam verschiedene Krankenhäuser und konnte mehrere Punkte identifizieren. Der erste war gleich die Kernfrage: „Wie standardisiert messen wir eigentlich?“ Laut Literatur müsste das in einer Zehnerskala (0 = kein Schmerz, 10 = höchster Schmerzgrad) geschehen, doch eine Kliniken gaben ihren Patienten die Anweisung Schmerzen so einzuteilen: wenig Schmerzen (1-3 Punkte) und hohe Schmerzen haben (7-10). Der zweite Punkt war der Zeitpunkt der Schmerzmessung nach der Operation. Steegers: „Vom Zeitpunkt der Befragung hängt es davon ab, wie viel Prozent schwerer Schmerzen zu finden sind.“ Doch ebenso hängt die Höhe des reportierten Schmerz von der Art und Weise ab, wie die Messung durchgeführt wird: ob in Ruhe oder in Bewegung. „Der Unterschied kann bis zu 20 Prozent betragen“, sagt Steegers und verweist hier auf eine schon etwas ältere Arbeit von Sommer: „The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients“ (European Journal of Anaesthesiology. 25(4):267‐274, April 2008).

Aus all dem schloss Steegers, dass das Ergebnis von Schmerzmessungen „immer subjektiv“ ist, zudem die Kliniken Schmerzen weit weniger messen würden als sie sollten; und das, obwohl anerkannt sei, dass die Messung an sich „wichtig für die Verbesserung der Qualität der Schmerztherapie“ ist. Dazu müsste aber – und hier hat Deutschland die Chance mit der Beauftragung des IQTIG, vorher zu standardisieren, was gemessen werden soll und ebenso zu definieren, welche Indikatoren wirklich zuverlässig die Qualität der Schmerztherapie beschreiben können. Steegers: „Qualitätsindikatoren sind wichtig, um die interne Schmerzversorgung und das externe Benchmarking mit anderen Krankenhäusern zu verbessern, das gelinge aber nur, wenn wirklich die gleichen Dinge gemessen werden.“ Dem sei aber, wie ihre Studie gezeigt habe, in ihrem Lande noch nicht so. „Die von der Gesundheitsbehörde gesammelten Qualitätsindikatoren in den Niederlanden sind öffentlich und unzuverlässig.“ <<



„Immer mehr Top Down-Detailvorgaben in die Welt zu entsenden, erst vom Gesetzgeber an uns und dann von uns in Richtung Versorgungsebene, kann kein Weg in die Zukunft sein. Wir – sowohl die Politik, als auch wir als untergesetzlicher Normgeber – sind gemeinsam gefordert, ein intelligenteres politisches Führungskonzept zu entwickeln.“

Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA



Abb. 2 (v.li.): Prof. Dr. med. Martin Schmelz (President elect der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.) mit Forums-Moderatorin Lisa Braun, dem amtierenden Präsidenten Prof. Dr. Michael Schäfer, sowie Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft. Oben: Blick ins Plenum.

OECKL. Adress-Service

Direkt zu Entscheidern im öffentlichen Bereich



© 123rf.com

Sie benötigen einen aktuellen Verteiler zum sofortigen Einsatz?

Hier finden Sie Kontakte zu Entscheidungsträgern aus Parlamenten, Regierungen, Behörden, Kommunen, Verbänden, Diplomatie und weiteren Organisationen des öffentlichen Lebens.

Adress-Recherche

Nennen Sie uns Ihre Zielgruppe - wir recherchieren auch Adressen außerhalb des OECKL.-Bestands.

Adress-Shop

Direkt abrufbare Adress-Pakete unter:

www.oeckl.de/oeckl-adress/adress-shop.html

Updates

OECKL. Adressdaten können Sie auch inklusive regelmäßiger Aktualisierungen beziehen.

Datenabgleich

Reichern Sie Ihren Adressbestand an durch einen Abgleich mit der OECKL. Datenbank.

OECKL. DIE GUTE ADRESSE

Kontakt:

FESTLAND VERLAG GmbH
Thomas Wolf
Telefon (02 28) 36 20 22
thomas.wolf@oeckl.de
www.oeckl.de

21. Handelsblatt Jahrestagung Health 2016

Unabhängige, wissenschaftliche Gesamtevaluation

Weder an den über Top-20-Referenten, noch an dem wie immer eloquenten Prof. Dr. Jürgen Wasem (Alfried-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen) kann es wohl gelegen haben, dass überraschend wenige Teilnehmer den Weg zur nun schon 21. Handelsblatt Jahrestagung – der Health 2016, eigentlich der Nukleus aller Gesundheitskongresse in Deutschland – gefunden haben. Vielleicht war der zeitliche Aufwand des auf drei Tage ausgelegten Programms etwas unglücklich gewählt, oder aber die zu breite Themendiversifizierung und das Aufgebot von vielen Rednern bis hin zu Politikern, wie Annette Widmann-Mauz, die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, die den Konfress eröffnete, oder Staatssekretär Karl-Josef Laumann, der den aktuellen Stand der Pflegegesetzgebung referierte, aber im Themenkanon aus AMNOG und Morbi-RSA (das hier erörtert wird) seltsam falsch am Platz wirkte.

>> Dass „der Morbi-RSA noch nie so gut wie heute“, wie es Martin Litsch, der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes bei der erneut von Euroforum veranstalteten 21. Handelsblatt Jahrestagung Health 2016 ausdrückte, sehen Vertreter anderer Kassenarten (die allerdings nicht auf dem Kongress vertreten waren) anders. Doch Litsch weiß auch, dass es in diesem wettbewerblich orientierten System „Gewinner und Verlierer“ gibt, wobei letztere gegenüber der Politik „ihre finanzielle Schieflage jedoch nicht auf unterschiedliche Geschäftsmodelle“ zurückführen würden, sondern dafür den Morbi-RSA verantwortlich machten. „Durch seine angeblich falsche Krankheitsauswahl, seine unterstellte Präventionsfeindlichkeit, seine vermeintliche Überfrachtung durch Erwerbsminderungsgruppen oder seinen fehlenden Regionalfaktor erzeuge er große Verwerfungen zwischen den Kassen“, würden nach Litsch Worten Kritiker behaupten.

Ist aufgrund dieser „Unwuchten“ überhaupt eine RSA-Reform nötig, wie sie derzeit vehement gefordert wird? Seiner Meinung nach nicht, auch wenn er einräumt, dass es durchaus richtig sei, „nicht nachzulassen im Bemühen, den RSA perspektivisch noch zielgenauer auszugestalten“. Doch seien auch „Schnellschüsse zu vermeiden“, weil es im RSA hohe Interdependenzen gebe. Litsch: „Man kann nicht die Herausnahme der Erwerbsminderungsgruppen und zeitgleich die Veränderung der Prävalenzgewichtung fordern, ohne diese Vorschläge in ihrer kombinierten Wirkung zu untersuchen.“ Darum sei der „einzig seriöse Weg eine unabhängige, wissenschaftliche und auf einem vollständigen Datensatz aufbauende Gesamtevaluation, um mögliche Reformoptionen auch in ihren Wechselwirkungen zu evaluieren.“

Eine solche unabhängige, wissenschaftliche Gesamtevaluation könnte zum Beispiel vom IGES Institut aus Berlin kommen, dessen Geschäftsführer, Dr. Karsten Neumann, auf der Euroforumveranstaltung die Bereinigung des M-RSA um eine „spezifische Managementleistung“ forderte, um eine vergleichbare Deckungsquote erzielen zu können. Es sei nämlich heute unklar, ob die Unterschiede in den Deckungsquoten der Kassen auf Fehlver-

teilungen des RSA oder auf die unterschiedliche Kostensteuerung der Kassen zurückzuführen sei – das ist genau das, was Litsch vermutet, aber bisher eben nur aus seiner Bauchevidenz heraus.

„Um festzustellen, ob der heutige RSA fair ist, muss die Managementleistung beurteilt werden“, erklärte Neumann, der einen solchen Vergleich der Leistungs- und Verwaltungskosten methodisch für möglich hält. Dazu seien jeweils die Kennzahlen für die beeinflussbaren Handlungen einer Kasse zu bilden, zu sammeln und zu vergleichen, sowie teilweise für einen wirklich fairen Vergleich weitere Adjustierungen, beispielsweise nach Morbidität oder Region, erforderlich. Sein Rat an die Kassenlandschaft: „Die neutrale Durchführung eines solchen Vergleichs würde die Diskussion um den RSA und die Bewertung konkreter Reformoptionen auf eine neue, sachlichere Basis stellen.“

Ebenso bereits recht intensiv mit dem M-RSA und dessen Detailthemen wie Krankengeld, Präventionsanreize und regionale Risiken hat sich das Leipziger WIG2-Institut beschäftigt. Die Forschung, so Geschäftsführer und Institutsleiter Dr. Dennis Häckl, zeige, dass zunächst passende Kriterien benötigt würden, um Probleme zielgerichtet detektieren zu können. Häckl: „Zentral sind dabei geeignete Kennzahlen, um die Diskussion um Zielgenauigkeit, Risikoselektion und Manipulationsanfälligkeit empirisch zu untermauern.“ Doch müssten diese Kriterien auch zur jeweiligen Fragestellung passen, denn sollten zum Beispiel finanzielle Vor- und Nachteile eines Ausgleichsystems aufgedeckt werden, dann erscheine eine Betrachtung von Deckungsquoten relevant. „So konnten wir beim Krankengeld beobachten, wie Preiseffekte (Einkommen), krankengeldspezifische Morbidität, aber auch die Region wirken und eine Integration dieser Faktoren die Zuweisungsgenauigkeit

deutlich verbessert“, weiß Häckl aus bisher durchgeführten Analysen. So sei nicht nur spezifisch beim Krankengeld, sondern generell im Morbi-RSA der Effekt von regionalen Strukturunterschieden bedeutsam. Doch genau diese werden im bisherigen M-RSA-System überhaupt nicht beachtet; auch würden nach Häckls Erkenntnissen etablierte Kennzahlen wie das Bestimmtheitsmaß R^2 nicht dabei helfen, regionale Risiken zu detektieren. „Um regionale Verwerfungen im Morbi-RSA zu untersuchen, sind Regionalkennzahlen wie das sogenannte Morans I^* erforderlich“, erklärt der WIG2-Chef. Doch kennt er auch die Limitationen: „Nutzt man derartige Kennzahlen, stellt man fest, dass nach Durchführung des Morbi-RSA noch immer gravierende regionale Unterschiede bzw. Clusterstrukturen bestehen und diese sich wiederum auf den Wettbewerb zwischen Krankenkassen erheblich auswirken können.“

Auch er warnt indes vor Schnellschüssen. Um mögliche Wechselwirkungen zwischen einzelnen Reformvorhaben untersuchen zu können, sollte unbedingt vorher eine breite Datenbasis für die Forschung verfügbar sein. Auch sollten ebenfalls insbesondere Daten wie das Regionalkennzeichen zugänglich gemacht werden – die im DIMDI-Informationssystem Versorgungsdaten erst seit Juni 2015 vorliegen. <<



Auf dem Health 2016-Podium (v.li.): Prof. Dr. Jürgen Wasem, Alfried-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen; Frank Plate, Präsident des Bundesversicherungsamts; Wolfgang B. Schnaase, Vorstand der BKK Mobil Oil; Martin Litsch, Vorsitzender des Geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes; Peter Thelen, Redakteur des Handelsblatts; Dr. Dennis Häckl, Institutsleiter und Geschäftsführer der WIG2 GmbH; Dr. Karsten Neumann, Geschäftsführer und Bereichsleiter Krankenversicherung des IGES Instituts. Foto: Dietmar Gust/EUROFORUM.

Morans I^ ist ein Maß für die räumliche Autokorrelation, die von dem australischen Statistiker Patrick Alfred Pierce Moran (1917-1988) entwickelt wurde.

Gesundes Kinzigtal ist „Vorbild und Vorreiter“ bei der Nutzung digitaler Möglichkeiten

>> Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) und die von ihr gegründete Initiative Intelligente Vernetzung haben Gesundes Kinzigtal mit dem ersten Preis des Wettbewerbs „Intelligente Regionen Deutschlands“ ausgezeichnet. Gesundes Kinzigtal konnte sich bei diesem bundesweiten Innovationswettbewerb gegenüber 100 Mitbewerber durchsetzen. Matthias Machnig, Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium, zeichnete die Preisträger im Rahmen der Konferenz „Digital: Intelligente Vernetzung in Deutschlands Regionen“ der Initiative Intelligente Vernetzung in Berlin aus.

„In Zukunft müssen wir digitale Möglichkeiten viel stärker nutzen, um die Dienstleistungen im Gesundheitsbereich – in der Stadt und auf dem Land – sinnvoll zum Wohle der Patienten zu verknüpfen. Hier ist das Netzwerk Gesundes Kinzigtal Vorbild und Vorreiter: Ein Netzwerk von Ärzten, Krankenhäusern, The-

rapeuten und anderen Gesundheitsdienstleistern arbeitet auf Basis einer elektronischen Gesundheitsakte eng zusammen. So können Doppeluntersuchungen verhindert, Prävention gefördert und eine optimale Versorgung der Patienten sichergestellt werden“, begründete Jurymitglied Dr. Daniela Brönstrup, Leiterin der Abteilung Ordnungsrahmen Digitalpolitik, Postpolitik, Internationales, Medien im Bundeswirtschaftsministerium, die Auszeichnung an Gesundes Kinzigtal. Zu den technischen Innovationen im Kinzigtal zählt unter anderem eine digitale Vernetzungs- und Kommunikationslösung, die Gesundes Kinzigtal gemeinsam mit einem Industriepartner entwickelt hat. Diese umfasst eine praxisübergreifende elektronische Patientenakte sowie digitale Behandlungspfade. Kinzigtaler Patienten sollen zukünftig einen Zugang zu ihrer praxisübergreifenden Patientenakte erhalten. Darüber hinaus lobte die Jury auch die Forschungs-

aktivitäten von Gesundes Kinzigtal, um neue Erkenntnisse für die Versorgung zu gewinnen. Gesundes Kinzigtal war und ist an einer Vielzahl nationaler und europäischer Forschungsprojekte beteiligt, zum Beispiel an der Erprobung von digitalen Assistenzleistungen in der eigenen Häuslichkeit (Ambient Assisted Living) oder an der digitalen Vernetzung von Arztpraxen und Pflegediensten.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH und Vorstand der OptiMedis AG, betonte bei der Auszeichnung in Berlin: „Gesundheitsversorgung von heute kann nicht auf der Technologie von gestern aufgebaut werden. Was heute in vielen Wirtschaftsbereichen selbstverständlich ist und woran unter dem Begriff Industrie 4.0 gearbeitet wird, müssen wir auch im Gesundheitswesen entwickeln. Dazu gehöre auch, dem Patienten einen direkten Zugriff auf seine Daten zu gewähren.“ <<

Innovationsfonds unterstützt 3 Hamburger Projekte: Rund 10 Prozent der Fördersumme gehen in die Hansestadt

>> Mit Beschluss der Hamburger Landeskonzferenz Versorgung wurden mehrere Projekte zur besseren gesundheitlichen Versorgung für eine Finanzierung aus dem Innovationsfonds auf Bundesebene vorgeschlagen. Wie nun mitgeteilt wurde, folgt der Innovationsausschuss den Vorschlägen und hat in Zwischenbescheiden Förderungen in Höhe von über 22 Millionen Euro angekündigt. Damit würden insgesamt rund zehn Prozent des bundesweiten Fördervolumens von 225 Millionen Euro nach Hamburg fließen.

„Es ist ein großer Erfolg für Hamburg, dass alle von der Landeskonzferenz unterstützten Projekte eine Förderung erhalten sollen. Umso mehr, weil mit den angekündigten 22 Millionen Euro rund zehn Prozent des zur Verfügung stehenden Fördervolumens der Versorgung hier in der Hansestadt zu Gute kommen würden“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. „Dieser Erfolg zeigt wieder einmal, welches Potenzial Hamburg als Gesundheitsmetropole entfaltet. Wir brauchen innovative Projekte, um auch in Zukunft die bestmögliche gesundheitliche Versorgung für die Menschen in der Stadt und im Umland sicherstellen zu können.“

Im Rahmen des ersten Projektes „Gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn“, das mit rund 6,3 Millionen Euro gefördert werden soll, sollen in den beiden Stadtteilen ein innovatives Versorgungsmanagement aufgebaut, Gesundheitsförderung und Prävention etabliert, Ärztinnen und

Ärzte entlastet und die ambulante wohnortnahe Versorgung gestärkt werden. Um die Versorgungssituation in Billstedt und Horn zu verbessern, sollen im Rahmen des Projektes niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen, soziale Einrichtungen sowie weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammenarbeiten, um den Gesundheitsstatus der Menschen durch eine höhere Versorgungsqualität, eine wohnortnahe Versorgung sowie eine stärkere Vernetzung zu verbessern. Das Projekt wird unter anderem getragen vom Ärztenetz Billstedt-Horn, der Stadtteilklinik Mümmelmannsberg, der OptiMedis AG, dem NAV-Virchowbund und der AOK Rheinland/Hamburg.

Das zweite Projekt, das per Zwischenbescheid die Unterstützung in Höhe von 8,9 Millionen Euro gefunden hat, ist das „Netzwerk LebenPlus“ (NWLP). Das Vorhaben, das als Pilotprojekt im Bezirk Eimsbüttel geplant ist, soll Menschen im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit ein möglichst selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Durch die Vernetzung von Hilfsangeboten sowie eine gezielte Beratung und Begleitung soll die ambulante Versorgung zuhause zu einer Alternative für ältere Menschen werden, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation bislang vollstationäre Pflege benötigen und aus diesem Grund in eine Pflegeeinrichtung ziehen. Das Projekt wurde vom Albertinen-Krankenhaus und der Techni-

ker Krankenkasse beantragt.

Das ebenfalls für eine Förderung – in angekündigter Höhe von 6,8 Millionen Euro – ausgewählte Projekt, „Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregrad-gestufteten Versorgung psychischer Erkrankungen“ (RECOVER) hat das Ziel, die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern. Es geht unter anderem darum, Wartezeiten auf eine Behandlung zu verkürzen, ein sprach- und kultursensibles Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen und neue Verknüpfungen ambulanter Versorgungsformen zu erproben, um stationäre Behandlungen möglichst zu vermeiden. Im Rahmen des Projektes sind beispielsweise Zentren für Diagnostik und Krisenintervention geplant, die eine sofortige Untersuchung anbieten und rund um die Uhr in akuten Krisenfällen Patientinnen und Patienten betreuen. Das Projekt ist als Vergleichsstudie angelegt und soll daher sowohl in Hamburg im Versorgungssektor des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) als einer großstädtischen Region wie auch in Itzehoe als einer ländlich-kleinstädtischen Region durchgeführt werden.

An dem von der UKE geleiteten Forschungskonsortium RECOVER beteiligen sich neben mehreren UKE-Kliniken das Klinikum Itzehoe, die Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH, Minddistrict, 14 Therapie- und Forschungseinrichtungen sowie vier Krankenkassen, unter anderem die Barmer GEK. <<

Herzengesundheit? – Ein neues Format von DGIV, Vivantes und AOK Nordost

Fünf Schritte für eine bessere Versorgung

Die Aussicht auf die 5-Sterne-Marina der Yachthafenresidenz Hohe Düne in Rostock-Warnemünde ist schon etwas besonders - der schier endlose Blick über die Ostsee, ein paar große und viele kleine Schiffe die Wellen durchpflügend. Doch lockte nicht das exquisite Panorama 40 ausgewiesene Vertreter aus der Versorgungspraxis nach Rostock, sondern das Thema: „Herzengesundheit? – Die nächsten fünf Schritte für eine bessere Versorgung von Herzkranken aus der Sicht von Praktikern“, zu dem die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V., mit Unterstützung von Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH und die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, eingeladen hatten. Mit dem erklärten Ziel, das auch erreicht wurde: Eine Art Wegbeschreibung zu konzipieren und obendrein zu konsentieren, mit der die Gesundheitsversorgung im Bereich Herz nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern, sondern auch in der Bundesrepublik neu ausgerichtet werden kann.

>> Dass das Initiator-Trio, gebildet aus DGIV, Vivantes und AOK-Nordost, ein durchaus für das deutsche Gesundheitswesen neuartiges Veranstaltungsformat* ausgerechnet in Rostock ausgerichtet hat – einer Stadt ganz oben an der Küste Mecklenburg-Vorpommerns (MV), das als Bundesland im Nordosten Deutschlands das einwohnerärmste Land pro Quadratmeter der Republik ist – ist alles andere als Zufall oder gar der Aussicht geschuldet. Das ist pure Absicht!

Der Grund für die Ortswahl fern von Berlin war nicht nur, dass MV ebenso das Bundesland mit der niedrigsten Krankenhausdichte in der Bundesrepublik ist und zudem auch zu jenen mit einer sehr geringeren Versorgungsdichte durch niedergelassene Kardiologen gehört, sondern vielmehr, dass hier die Versorgung von morgen schon heute stattfindet – oder zumindest schon seit längerem pragmatisch erdacht, erprobt und auch umgesetzt wird. Oder wie es Prof. Dr. med. Hüseyin Ince, Direktor der Kliniken für Kardiologie und Konservative Intensivmedizin von Vivantes und ebenso Direktor der Abteilung Kardiologie des Universitären Herzzentrums in Rostock, ausdrückte: „Wir in Mecklenburg-Vorpommern sind eine Modellregion im Osten und seit jeher schon pragma-

tischer unterwegs als anderswo.“

Aus den zahlreichen Vorträgen, die das Thema Herzversorgung aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln beleuchteten – aus Sicht der Epidemiologie, der Wissenschaft, der Klinik und des Versorgungsmanagements, aber auch und ganz besonders aus der Sicht von Behandlern aus Klinik, niedergelassener Kardiologie und dem Hausarztbereich – wurde schnell klar, dass die Hauptprobleme der, trotz aller Erfolge der Medizin und Medizintechnik, immer noch ungenügenden Versorgung von Herzkranken vor allem einem Umstand anzulasten ist: den starren, oft schier undurchlässigen Schranken zwischen stationärem und ambulatem Sektor.

Das machte vor allem Dr. med. Benny Levenson, niedergelassener Kardiologe und Vorstandsmitglied des BNK (Bundesverband niedergelassener Kardiologen) klar, der die kardiologische Praxis als Realübergang zwischen den Sektorengrenzen bezeichnete, da eine derartige Praxis eng und Hand in Hand mit der kardiologischen Abteilung des Krankenhauses zusammenarbeit. Der Idealzustand sei, so Levenson, dann erreicht, „wenn im Gesamtbild aus kardiolo-

gischer Gemeinschaftspraxis und kardiologischer Krankenhausabteilung eine einzige Versorgungseinheit gebildet wird, in dem keine Mauern mehr zwischen der Patientenversorgung bestehen.“

Doch wo bleibt in diesem Versorgungskonzept der Hausarzt? Levenson macht da alle Hoffnung: „Die Sektorengrenzen reißen wir ein, indem wir eng mit Hausärzten kooperieren oder die Hausärzte sehr eng mit uns.“

„Beste Informationsbereitstellung in allen Ebenen, eine adäquate und schnelle Terminversorgung auch mit Onlineterminversorgung, spezielle Versorgungsmodelle wie Brustschmerzambulanzen, einfache Netzwerkstrukturen – Stichwort Telemedizin und telemedizinische Betreuung – und Hilfe für Hausärzte und Patienten und stabile und leitliniengerechte Versorgung der Patienten trotz schwieriger Rahmenbedingungen“

Dr. med. Frank Henschel

Dr. med. Dieter Kreye, Hausarzt und stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung und ebenso Vorsitzender des Hausärzterverbands Mecklenburg-Vorpommern, steht dem offen gegenüber. Er machte aber auch sehr deutlich, dass er sich von seinen fachärztlichen Kollegen nicht nur ein Art Coaching, sondern gar gegenseitige Konsultationen wünscht: „Ich möchte von Fachärzten gecoacht werden.“ Kein Facharzt könne doch allen Ernstes erwarten, dass jeder Hausarzt jede kardiologische Leitlinie und jede neue wissenschaftliche Erkenntnis präsent habe, denn die größte Schwierigkeit eines Hausarztes gegenüber eines Kardiologen sei, dass erste viele, aus rein ökonomischen Gründen viel zu viele Patienten versorgen würden, die eben

„In Deutschland wird die Versorgung von Herzpatienten auf allen Ebenen nur dann besser, wenn der Patient ohne Schnittstellenproblematiken die bestmögliche Betreuung erhalten kann.“

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Die Rostocker „Herzengesundheit“

Moderation:

Prof. Dr. Dr. A. Holzgreve und Harald Möhlmann

Format*:

5 Praktiker bringen 5 Ideen: Aus maximal 25 Ideen konsentiert das Veranstaltungsplenum, gebildet aus maximal 40 multiprofessionell im Gesundheitswesen Tätigen (Wissenschaft & Forschung, Ärzte, Krankenkassen, KVen), 5 Final-Ideen, die danach publiziert werden, um aktiv dazu beizutragen, die Versorgung in Deutschland zu verbessern.

Referenten:

Dr. med. Frank Henschel, Niedergelassener Kardiologe, Regionalvorstand Mecklenburg-Vorpommern des BNK (Bundesverband niedergelassener Kardiologen)
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfred Holzgreve, Direktor Forschung und Lehre, Vivantes, Netzwerk für Gesundheit GmbH, stv. Vorsitzender des Vorstandes, DGIV, Berlin
 Prof. Dr. med. Hüseyin Ince, Klinikdirektor, Kliniken für Kardiologie und Konservative Intensivmedizin, Vivantes – Berlin und Direktor (k) der Abteilung Kardiologie, Universitäres Herzzentrum Rostock, Universitätsmedizin Rostock
 Dr. med. Dieter Kreye, Hausarzt, stv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Vorsitzender des Hausärzterverbands Mecklenburg-Vorpommern
 Dr. med. Benny Levenson, niedergelassener Kardiologe, Vorstandsmitglied des BNK (Bundesverband niedergelassener Kardiologen)
 Harald Möhlmann, Berater des Vorstandes der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
 Prof. Dr. med. Christian Schmidt MPH, Ärztlicher Vorstand und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Rostock
 Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes, DGIV, Hauptgeschäftsführer Praxisklinik Herz/Gefäße, Dresden

„Wir stellen derzeit um auf eine Zentrumsstruktur und haben schon eine Reihe von Kooperationen, zum Beispiel in Schwerin, wo wir eine kardiologische Dependence eröffnet haben. Diese werden wir mit niedergelassenen Kardiologen im Rahmen von IV- und Selektivverträgen in einen Kreislauf bringen.“

Prof. Dr. med. Christian Schmidt MPH

nicht nur etwas mit Herzen, sondern auch jede Menge anderer Erkrankungen hätten.

Sinnreich wären daher keine 30-seitigen Epikrisen, sondern „verständliche Gebrauchsanweisungen“, die der Hausarzt auch dem Patienten erklären kann. Und, so Kreye weiter: „Ich würde gerne wissen, warum zum Beispiel im Krankenhaus von Rami- auf Linsopril umgestellt worden ist.“ Mit dieser Information könne der Hausarzt etwas anfangen, weil so verstanden werde, ob eine Substanz oder gar eine Arzneimittelgruppe ausgetauscht werden kann oder nicht. Und sein letzter Wunsch: „Dass einmal ein Krankenhausarzt bei mir anruft und fragt, ob ich als behandelnder Hausarzt zu einer Patienten-Entscheidung im Krankenhaus beitragen kann.“ Das gern auch vor Ort in der Klinik, um sich dort mit den Spezialisten und den gemeinsamen Patienten zu besprechen – auch und ganz besonders wie es nach der Entlassung mit der Therapie weitergeht. Doch er weiß ebenso ganz genau, dass der Hausarzt das derzeit nur in seiner Freizeit machen kann, denn honoriert werden derartige Konsultationen – und seien sie noch so sinn- und hilfreich – nicht. Noch nicht.

Das führt vom Punkt Information zum Überleitungsmanagement, das man nur deswegen braucht, weil es in Deutschland immer noch weitestgehend abgeschottete Sektoren der Versorgung gibt. Darum lautet das Plädoyer von Ince: „Reißen wir die Mauern ein, gemeinsam mit den Kassen und der Politik und allen Beteiligten.“ Denn alleine durch den Fall der Mauern zwischen ambulant und stationär können 10 bis 15% der Kosten gesenkt und nicht nur die Versorgung der Herzschwäche als endemisches und pandemisches Problem gestärkt werden. Ein bisher offenkundiges Problem sei nämlich, dass Patienten in der Klinik durchweg gut auf hochwertige Originalpräparate eingestellt würden, doch sei inzwischen die Liegezeit viel zu kurz, so dass eine optimale medikamentöse Therapie niemals erreicht werde und der Patient gerade mal mit 30 % der Zieldosis entlassen würde. „Die Aufgabe in der Hausarzt- oder Facharzt-Ebene muss es sein, eine 100-prozentige Dosierung zu erreichen“, gibt Ince den Weg vor. Nur und alleine mit dieser Dosierung hätten innovative Medikamente in Studien ihre Vorteile in der Therapie bewiesen, doch die Realität sehe leider meist ganz anders aus. Nach der Entlassung werde oft aus Budgetgründen auf andere Medikamente umgestellt, dazu kommt die oft fehlende Compliance der Patienten.

„Wenn ein Tool wie CardioGo funktioniert, dann integrieren wir es eben in unsere Systeme.“

Prof. Dr. med. Hüseyin Ince

Eine Lösung wäre hier eine telemedizinische Versorgung von Herzpatienten. In einer in „Lancet“ publizierten Studie hätte gezeigt werden können, das durch eine derartige Intervention die Sterblichkeit der Patienten halbiert werden konnte. Diese Art der Intervention habe die Aufgabe, die Therapie-Optimierung zu überprüfen und über Schulung die Compliance zu steigern. Das am besten per Mail, App oder über einen klassischen Telefonanruf – so könne eine entsprechend ausgebildete Pflegerin wesentlich besser und öfter auf einen Patienten einwirken, als ein Arzt das kann, den der Patient – wenn überhaupt – nur ein paar Mal im Jahr sieht.

„Wir müssen die Zuwendung fördern und endlich ein System finden, das sich um wirklich Kranke kümmert und nicht wie bisher die ein bisschen Kranken in den Mittelpunkt stellt“, gibt dazu Kreye zu Protokoll. Er hat jedoch dabei kein so paternalistisches Denken im Kopf wie so manch anderer Arzt. Im Sinne eines Claims einer Krankenkasse („Wir nehmen die Menschen so wie sie sind“) plädiert er dafür, dass auch Ärzte ihre Patienten so annehmen müssten, wie sie eben sind; doch müssten diese dann auch mit Folgen ihrer Entscheidungen umgehen. „Wir Ärzte können Ratschläge und Empfehlungen geben, doch am Ende soll der Patient entscheiden, was er damit macht“, sagt er und tritt vehement für eine sehr früh einsetzende Gesundheitsbildung ein, denn „wir müssen den Menschen die Chance geben zu verstehen, wo sie selbst etwas für sich machen können“. Zwar könne die Ärzteschaft probat behaupten, der Patient sei der Unsicherheitsfaktor, doch „vielleicht sind wir einfach nicht in der Lage, unser Anliegen gut genug zu vermitteln.“

Solch selbstzweifelnde und ehrliche Worte hört man selten von einem Arztfunktionär auf Bundesebene, doch kommt Kreye eben aus Mecklenburg-Vorpommern, einem Bundesland, in dem man seit langem gelernt hat, praktisch zu denken und vor allem: gemeinsam zu handeln. Das macht MV zu einer nahezu idealen Modellregion für neue Versorgungsmodelle, die alleine deswegen besser funktionieren als anderswo, weil sich die handelnden Akteure auf den verschiedenen Ebenen einfach kennen. Auf dieser Basis kann man – so Dr. med. Frank Henschel, Niedergelassener Kardiologe und Regionalvorstand Mecklenburg-Vorpommern des Bundes-

verbands niedergelassener Kardiologen (BNK) – über „spezielle Versorgungsmodelle in der Fläche mit

möglichst einfachen Netzwerkstrukturen“ nachdenken. Und diese dann auch umsetzen. Zum Beispiel bei der Aufgabe, sogenannte Chest Pain-Units (Brustschmerz-Einheiten), Krankenhäusern vorgeschalteten Diagnostik- und Therapieeinheiten zur Versorgung von Patienten mit akuten Brustschmerzen, aufzubauen.

Bisher gebe es in MV vier zugelassene und zertifizierte Units, wobei in den nächsten Monaten weitere in Stralsund, Neubrandenburg und Schwerin hinzukommen würden. Das funktioniere, doch bei den Brustschmerzambulanzen, von denen es bundesweit inzwischen 39 gebe, sehe der Status im Nordosten der Bundesrepublik relativ ernüchternd aus: „nämlich null“. Als weiteres Projekt stellte Henschel „CardioGo“ vor, ein von dem Hamburger Kardiologen Dr. med. Jens Beerman entwickeltes App-System (www.cardiogo.de) für Patienten und Kardiologen, das ein mobiles EKG-Gerät und eine elektronische Gesundheitsakte umfasst sowie eine direkte Verbindung zu einem kardiologischen Facharzt ermöglicht – und das zu jeder Tages- und Nachtzeit. Das kostenpflichtige (1.975 Euro pro Jahr) Behandlungsprinzip der App funktioniert so, dass der Patient, nach dem er selbst ein EKG geschrieben hat, diese in seiner elektronischen Gesundheitsakte abgelegt hat, einen Dialog aufbaut zu einem Kardiologen, der sofort Zugriff auf die hinterlegten Daten hat, damit dieser mit dem Patienten entscheiden kann, ob eine kritische Situation vorliegt oder nicht oder gar ein Notfall ausgelöst werden sollte. Zur Zeit werde evaluiert, inwieweit durch diese App die Patientenversorgung verbessert werden kann. Wenn dem wirklich so ist, überlegt sich Prof. Ince schon, ob ihn seine nächsten Schritte in die Praxis von Dr. Henschel führen werden: „Dann werden wir überlegen, wie wir gemeinsam unsere Projekte in Deckung bringen können.“ Womit einer der nötigen ersten Schritte, um die „Herzangelegenheiten“ ins Laufen zu bringen, schon getan wäre.

Der nächste wäre es, das Veranstaltungsformat, das solche Einsichten ermöglicht hat, auf andere Entitäten zu übertragen. „Ich betrachte die Veranstaltung als Erfolg“, macht hier Mitinitiator Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Direktor Forschung und Lehre von Vivantes und stv. Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, alle Hoffnung, umso mehr, wenn sich auch der Innovationsfonds mit Themen wie den „Herzangelegenheiten“ befassen würde, was durchaus im Rahmen der Möglichkeiten sein dürfte (siehe MVF 01/2017). <<

Psychotherapeuten: Bedarf, Nachfrage, Angebot

Modell einer prävalenzadjustierten Bedarfsplanung

Die psychotherapeutische Versorgung ist in Deutschland im Vergleich zu vielen Nachbarländern gut. So konzentriert sich das psychotherapeutische Angebot in Österreich oder Großbritannien weitgehend auf die großen Städte und muss in vielen europäischen Ländern aus eigener Tasche bezahlt werden (Bühning). Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind allerdings auch in Deutschland ein Problem (BPTK); und die Hälfte der Psychotherapeuten praktiziert in Großstädten, wo aber nur ein Viertel der Bevölkerung lebt. Um dieser Situation zu begegnen, hat der Gesetzgeber im Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) von 2015 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, die Bedarfsplanung zu überarbeiten. Bis zum 1. Januar 2017 soll eine bedarfsgerechtere Versorgung ermöglicht werden – insbesondere in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung. Hierzu hat der Gesetzgeber dem G-BA konkrete Vorgaben gemacht: Er soll unter Berücksichtigung der Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung die Verhältniszahlen überprüfen und hierbei die demografische Entwicklung und die Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigen.

>> In einer von der Bertelsmann Stiftung und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) gemeinsam in Auftrag gegebenen Studie hat das IGES Institut untersucht, wie sich die verschiedenen Maßnahmen auf die regionale Verteilung der Psychotherapeutenplätze auswirken und welche Indikatoren für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung relevant sind. Dazu wurden von Prof. Dr. Frank Jacobi (Psychologische Hochschule Berlin) auch epidemiologische Daten aus dem „Modul zur Psychischen Gesundheit“ der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (RKI) ausgewertet, um auf Basis der regionalen Verbreitung psychischer Störungen Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechtere Planung von Psychotherapeutenplätzen zu erhalten (Kasten rechts unten).

Instrumente der Bedarfsplanung

In einem ersten Abschnitt der Studie wurden die Effekte von Modifikationen innerhalb der bestehenden Bedarfsplanung untersucht, die bereits von unterschiedlichen Akteuren in der Diskussion eingebracht wurden:

1. **Gesetzgeber:** Kleinräumige Bedarfsplanung (nicht auf Kreis-, sondern auf Gemeindeebene)
2. **BPTK:** Verschiebung des Stichtages für die Bedarfsplanung auf den 31.12.2004 in Verbindung mit der Eingrenzung der Berechnungsgrundlage für die bedarfsgerechte Gesamtzahl der Psychotherapeuten auf Westdeutschland
3. **Bertelsmann Stiftung:** Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl (statt regionstypenspezifischer Verhältniszahlen)

Würde man den zweiten Vorschlag umsetzen, könnte mit knapp 6.000 Psychotherapeutenplätzen mehr geplant werden als in der derzeit geltenden Bedarfsplanung. Im Vergleich zum Status quo würde die Zahl der übertensorgten Kreise

(Versorgungsgrad: 140 Prozent und mehr) von derzeit gut 4.400 auf ca. 1.200 Sitze sinken. An der regional unausgewogenen Verteilung der Psychotherapeutenplätze würden diese Maßnahmen jedoch nichts ändern. Im Gegenteil: verglichen mit der aktuellen Bedarfsplanung würden sich noch mehr Psychotherapeuten in den Großstädten konzentrieren (s. Abb. 1 Zeile 4.).

Das Gleiche gilt auch für die nach VSG zu prüfende kleinräumige Bedarfsplanung. Derzeit werden Psychotherapeutenplätze auf Kreisebene geplant. Erfolgte die Planung wie bei den Hausärzten auf Gemeindeebene, würde dies an der regionalen Ungleichverteilung nichts ändern (s. Abb. 1 Zeile 5.). Das liegt vor allem daran, dass in der aktuellen Bedarfsplanung für Fachärzte je nach Regionstyp (z. B. Großstadt oder ländlicher Raum) unterschiedliche Verhältniszahlen gelten: Danach ist ein Psychotherapeut auf dem Land für fast doppelt so viele Einwohner (5.953) zuständig wie in der Großstadt (3.079). Nur die Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl würde zu einer regional ausgewogenen Verteilung der Psychotherapeutenplätze führen (s. Abb. 1 Zeile 4.).

Faktoren für Prävalenzunterschiede

Aber entspräche eine regionale Gleichverteilung auch dem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung? Um dieser Frage nachzugehen, hat die Studie in einem zweiten Abschnitt Daten aus dem RKI-Gesundheitssurvey (DEGS1-MH) ausgewertet. Ziel der Untersuchung war es, die Indikatoren aus der soziodemografischen Bevölkerungsstatistik zu identifizieren, die signifikant mit der Verbreitung psychischer Störungen (Prävalenz) korrelieren. Es ging also darum herauszufinden, welche Faktoren als Prädiktoren für die Prävalenz psychischer Störungen fungieren können. Als relevant erwiesen sich die demografischen Faktoren Alter und Geschlecht sowie die sozio-ökonomischen Faktoren Bildung und Erwerbsstatus.

Alter und Geschlecht (demografische Faktoren)

Die Prävalenz psychischer Störungen nimmt mit dem Alter ab: Bei Menschen über 65 ist die Verbreitung entsprechender Diagnosen – ausgenommen kognitive Einschränkungen und Multimorbiditäten – um ein Drittel geringer als bei

Kritik der Kammer an der Bedarfsplanung der Psychotherapeutenplätze

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 konnten Psychotherapeuten erstmals eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung (Kassenzulassung) beantragen. Sie wurden dadurch in die ambulante Bedarfsplanung einbezogen. Als Grundlage für die Bedarfsplanung wurden alle Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst, die bis zum 31.08.1999 rechtswirksam zugelassen waren. Nicht alle Psychotherapeuten, die vor dem Psychotherapeutengesetz schon tätig waren, konnten jedoch innerhalb eines halben Jahres rechtskräftig zugelassen werden. Zum Stichtag 31.08.1999 befanden sich noch über 5.000 Anträge auf Zulassung im Genehmigungsverfahren. Somit spiegelt nach Einschätzung der BPTK die Grundlage der Bedarfsplanung die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 nicht adäquat wider.

Darüber hinaus wird für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das der Bedarfsplanung zugrunde liegende Verhältnis „Psychotherapeut je 100.000 Einwohner“ auf Basis der gesamtdeutschen Zahlen ermittelt und nicht, wie für die anderen Facharztgruppen, nur auf Grundlage der Verhältnisse in Westdeutschland. In den neuen Bundesländern war die ambulante psychotherapeutische Versorgung jedoch 1999 noch im Aufbau und von daher als Maßstab für die weitere Planung nur bedingt geeignet. Auch darin sieht die BPTK eine strukturelle Verzerrung der Bedarfsplanung bei Psychotherapeuten.

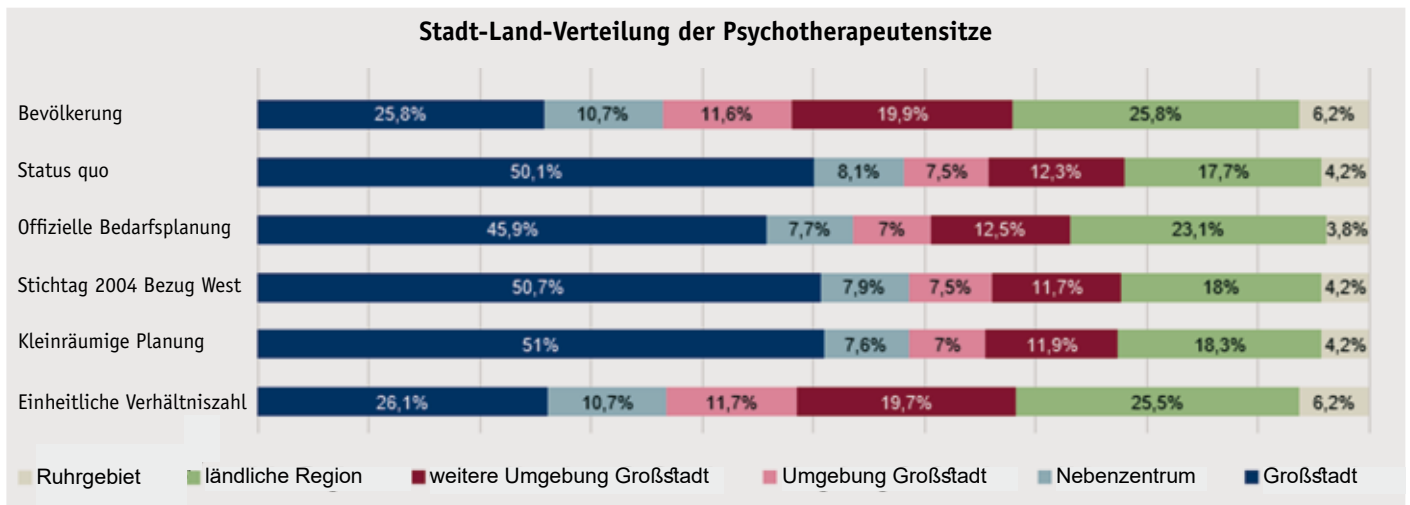


Abb. 1: Quelle: Albrecht

den unter 65-Jährigen und halbiert sich sogar, wenn man sie nur mit der Gruppe der 18-bis-34-Jährigen vergleicht (s. Abb. 2). Als mögliche Ursachen für die geringere Prävalenz im Alter werden folgende Hypothesen diskutiert:

- Der Wegfall einiger psychischer Belastungsfaktoren im Alter (z. B. beruflicher Verpflichtungen)
- Die Zunahme von Gelassenheit und „Weisheit“ im Zusammenhang mit Widrigkeiten des Lebens
- Die Verschiebung des Fokus auf somatische Krankheiten und Multimorbidität

Allerdings ist die epidemiologische Prävalenz im Alter deutlicher höher als die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote vermuten lässt. So weisen die Abrechnungsdaten, die auch dem Demografiefaktor der offiziellen Bedarfsplanung zugrunde liegen, eine um das Siebenfache geringere Nachfrage der über 65-Jährigen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen aus. Wenn also die offizielle Bedarfsplanung von der Inanspruchnahme auf den Bedarf zurückschließt, so erscheint dies mit Blick auf die epidemiologischen Befunde zumindest fragwürdig.

Ferner bestätigen die RKI-Daten die bereits bekannten Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen. So liegt das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen fast doppelt so hoch wie bei Männern (s. Abb. 2).

Bildung und Erwerbsstatus (sozio-ökonomische Faktoren)

In Bezug auf die Bildung erweist sich im Vergleich zur Hochschulreife die mittlere Reife, aber vor allem das Fehlen eines Schulabschlusses als statistisch bedeutsamer Risikofaktor im



Abb. 2 und 3: Quelle: Albrecht

Zusammenhang mit der Prävalenz psychischer Störungen (s. Abb. 3). Allerdings waren Personen ohne Schulabschluss in der Stichprobe nur sehr gering vertreten (2,4 % der Gesamtstichprobe, N=67), so dass dieser Befund mit Vorbehalt zu interpretieren ist. Als übliche Erklärung für einen gesundheitlichen Vorteil höherer Bildung werden diskutiert: das mit höherem Bildungsgrad assoziierte günstigere Gesundheitsverhalten sowie die höhere Kompetenz, sich medizinische Hilfe eigenständig zu organisieren.

Neben der Bildung stellt der Erwerbsstatus einen relevanten Risikofaktor für psychische Störungen dar. Arbeitslose haben ein zweieinhalbfach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Erwerbstätigen (s. Abb. 3). Dies entspricht nicht nur den Befunden vieler (auch längsschnittlichen) Studien in diesem Gebiet. Auch die Routinedaten der Krankenkassen weisen bei arbeitslosen Menschen eine etwa doppelt so hohe Zahl psychischer Diagnosen auf wie bei Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Übliche Erklärungsan-

sätze fokussieren auf das Fehlen einer (Tages-) Struktur, sozialer bzw. zwischenmenschlicher Kontakte (u. a. positive Rückmeldungen) sowie den Mangel an Sinnhaftigkeit und materieller Sicherheit.

Der neue prävalenzadjustierte Bedarfsindex

Entsprechend ihrer Relevanz für die Wahrscheinlichkeit psychisch zu erkranken wurden diese Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Erwerbsstatus sowie Einflüsse, die sich aus dem Regionstyp (z. B. Großstadt oder Land) ergeben, mittels eines Bedarfsindex' auf die Kreise und kreisfreien Städte übertragen. Er unterscheidet sich von seinen Vorläufern (Albrecht, et al., 2012; Albrecht, et al., 2015) dadurch, dass hier nur die für die psychischen Diagnosen relevanten Faktoren mit den entsprechenden statistischen Gewichten eingeflossen sind.

Dieser prävalenzadjustierte Bedarfsindex erlaubt es nun, auch die regionale Prävalenzverteilung genauer zu untersuchen. Das Vor-

kommen psychischer Störungen ist regional unterschiedlich ausgeprägt (s. Abb. 5). Der Anteil derer, die unter einer psychischen Störungen leiden, reicht je nach Kreis von 23,4 bis zu 31,8 Prozent. Das Spektrum der regionalen Prävalenzunterschiede erstreckt sich, gemessen am Bundesdurchschnitt, von minus 14,9 Prozent (Minderbedarf) bis zu plus 15,6 Prozent (Mehrbedarf). Der anhand des prävalenzadjustierten Index' vorgenommene regionale Vergleich erfasst die Bedarfsunterschiede genauer und streut somit deutlich stärker als beim allgemeinen Bedarfsindex (s. Abb. 6).

Prävalenzadjustierte Bedarfsplanung

Auf Grundlage der regionalen Prävalenzverteilung wurde abschließend untersucht, wie sich die Anwendung des Bedarfsindex' in Verbindung mit einer einheitlichen Verhältniszahl auf die Planung der Psychotherapeuten-sitze auswirkt. Legt man die Soll-Gesamtzahl der gegenwärtigen Bedarfsplanung zugrunde, ergibt sich eine einheitliche Verhältniszahl von 5.419 Einwohnern je Psychotherapeuten (bezogen auf einen Versorgungsgrad von 100 Prozent). Würde diese einheitliche Verhältniszahl zugrunde gelegt und würden darüber hinaus die regionalen Bedarfsunterschiede nach dem prävalenzadjustierten Bedarfsindex für psychische Erkrankungen berücksichtigt, käme es zu einer umfangreichen Umverteilung der Plansitze von den Großstadtzentren ins Umland sowie die ländlichen Regionen. Das Ergebnis wäre eine gleichmäßigere Verteilung der geplanten Sitze über die Kreistypen hinweg. Anders als bei der gegenwärtigen Versorgung (Abb. 7, linke Karte) oder der aktuellen Bedarfsplanung (Abb. 7, mittlere Karte) fielen die verbleibenden Unterschiede in der Versorgungsdichte wesentlich geringer aus und wären ausschließlich durch regionale Prävalenzunterschiede begründet (Abb. 7, rechte Karte).

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn die Vorschläge der BPTK für eine erhöhte Gesamtzahl der Psychotherapeuten-sitze umgesetzt würden (s.o.). Die starke Konzentration von Psychotherapeuten in den Großstädten bliebe – wie oben schon gezeigt – erhalten, sofern an den

Indikatoren	Bedarfsplanung	Bedarfsindex (allgemein)	Bedarfsindex (psych.)
demographisch	aktuelle Altersstruktur	✓	✓
	Geschlecht	✓	✓
	Alterungsentwicklung	✗	✗
sozio-ökonomisch	Arbeitslosenquote	✗	✓
	Bildungsabschluss	✗	✗
	Haushaltseinkommen	✗	✓
morbiditäts-bezogen	Zahl der Pflegebedürftigen	✗	✓
	Mortalitätsrate	✗	✓
	epidemiologische Daten	✗	✗

(✓)*

* epidemiologische Daten wurden methodisch zur Ermittlung der Faktoren herangezogen, fließen aber nicht direkt ein

Abb. 4: Vergleich der einbezogenen Faktoren (Bedarfsplanung, Bedarfsindex 2015, Bedarfsindex psych. 2016).

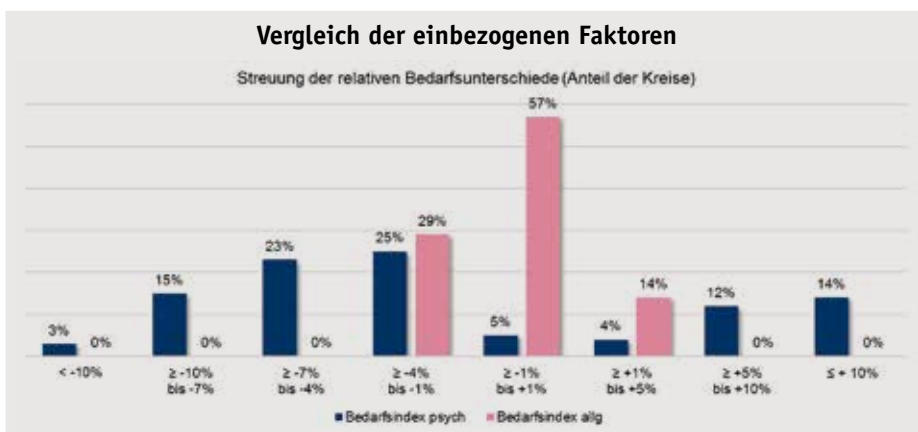


Abb. 6: Vergleich allgemeiner und prävalenzadjustierter Bedarfsindex

regionstypenspezifischen Verhältniszahlen festgehalten würde. Erst die Zugrundelegung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl löst dieses Ungleichgewicht auf. Auf der Basis eines modifizierten Stichtags (31.12.2004) und des Bezugs nur auf Westdeutschland ergäbe sich eine geringere einheitliche Verhältniszahl von 3.988 Einwohnern je Psychotherapeuten und insofern eine insgesamt höhere Versorgungsdichte. Berücksichtigt man ferner den Bedarfsindex für psychische Erkrankungen, werden auch hier die regionalen Prävalenzunterschiede erkennbar, aber die Konzentration der Versorgung in den Großstädten würde aufgelöst.

Fazit

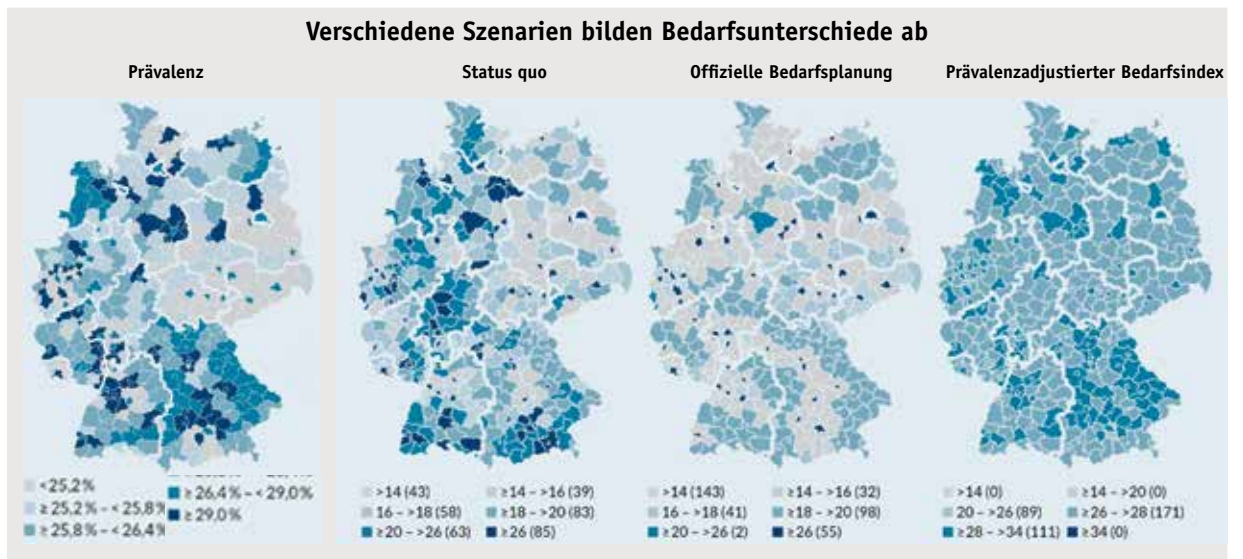
Aus der Untersuchung lassen sich folgende Schlussfolgerungen theseartig zusammenfassen:

1. Die Gewichtung des Faktors „Alter“ in der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten sollte auf Basis der epidemiologischen Befunde überprüft werden. Die aufgrund der Inanspruchnahme festgestellte siebenfach geringere Nachfrage der über 65-Jährigen lässt sich nur zum Teil epidemiologisch erklären, da die Prävalenz der Senioren nur um ein Drittel geringer ist als die der

Literatur

Albrecht, M., Etgeton, S. & Ochmann, R., 2015. Faktencheck Gesundheit: Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte), Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
 Albrecht, M., Nolting, D., Schliwen, A. & Schwinger, A., 2012. Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung, Berlin: IGES Institut.
 Albrecht, M. et al., 2016. Bedarfsplanung Psychotherapeuten, Berlin: IGES Institut.
 BPTK, 2011. BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer.
 Bühring, P., 2011. Psychotherapie im Europäischen Vergleich: Deutschland gut aufgestellt. [Online] Available at: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/84549> [Zugriff am 08.11.2016].

Abb. 5 und 7: Prävalenz sowie Anzahl Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner bei gegenwärtiger Versorgung (IST), nach Bedarfsplanung (SOLL-SQ, 110%) und nach Bedarfsindex (BDI-neu, 110%) (Plankreise) 5, Bedarfsindex psych. 2016). Quelle: IGES



Jüngeren. Sie mag zwar zusätzlich von einem in dieser Generation mit Blick auf Psychotherapie eher zurückhaltenden Inanspruchnahmeverhalten herrühren. Ursächlich dürfte aber auch das gerade in ländlichen Regionen ausgedünnte Versorgungsangebot mit Psychotherapeuten sein, das es älteren Menschen schwerer macht, sich behandeln zu lassen. Hielte man somit weiterhin an der Nachfrage als Richtwert für das Angebot fest – wie dies in der gegenwärtigen Bedarfsplanung geschieht –, so würden letztlich auch angebotsinduzierte Nachfrageunterschiede durch eine mehr oder weniger zirkuläre Planung fortgeschrieben. Das wäre das Gegenteil von Bedarfsorientierung.

2. Da sich zwischen dem Regionstyp und der Prävalenz psychischer Störungen kein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt, sind regionstypenspezifische Verhältniszahlen epidemiologisch nicht zu rechtfertigen. Mögliche Mitversorgungsbeziehungen zwischen Großstadt und Umgebungsregionen, die als Grund für die differenzierten Verhältniszahlen herangezogen werden, sollten nicht einfach pauschal vorausgesetzt, sondern durch Studien über Erreichbarkeit und Patientenpräferenzen nachgewiesen werden. Auch die Analogie zu anderen Facharztgruppen trägt hier nur bedingt, da die Wahrnehmung einer Psychotherapie in der Regel mit Sitzungen im Wochenrhythmus verbunden ist. Für die Planung der Psychotherapeutenplätze legt dies die Zugrundlegung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl nahe, von der dann begründet abgewichen werden kann.

3. Der prävalenzadjustierte Bedarfsindex für psychische Erkrankungen, der die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung und Erwerbsstatus gewichtet nach ihrer Relevanz berücksichtigt, bildet die Bedarfsunterschiede besser ab als alle bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung. Er sollte daher Eingang in die künftige Bedarfsplanung der Psychotherapeutenplätze finden. Darüber hinaus eröffnet die Nutzung sozio-demografischer Prädiktoren für die Bestimmung von Prävalenzunterschieden auch die Möglichkeit, die Planung vom Status quo zu emanzipieren und Entwicklungen nicht nur der Demografie datenbasiert zu prognostizieren. Erstmals ließen sich so die Angebotsstrukturen wirklich planen, wie es der Begriff „Bedarfsplanung“ bisher nur suggeriert.

von:
Dr. Stefan Etgeton,
Senior Expert des Programms
„Versorgung verbessern – Patienten
informieren“
der Bertelsmann Stiftung

Infos zur Studie

Die Studie gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil umfasst Analysen zur Veränderung des vorgesehenen psychotherapeutischen Versorgungsangebots, die sich ergibt, wenn Anpassungen an den der Bedarfsplanung zugrunde liegenden Verhältniszahlen vorgenommen werden. Zunächst wurden die Auswirkungen auf die vorgesehenen psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten untersucht, die sich ergäben, wenn die im Rahmen der Bedarfsplanung geplante Gesamtzahl an Psychotherapeutenplätzen auf Grundlage eines alternativen Stichtags und eines abweichenden regionalen Bezugs neu berechnet wird. Auf dieser Grundlage wurden die Auswirkungen einer kleinräumigeren Planung auf Mittelbereichsebene sowie der Einführung einer bundeseinheitlichen Verhältniszahl auf die regionale Verteilung der Psychotherapeutenplätze untersucht.

Im zweiten Teil der vorliegenden Studie wurde der Bedarfsindex, den das IGES Institut ursprünglich im Rahmen eines Gutachtens für die Patientenvertreter im G-BA entwickelt und für den Faktencheck Ärztedichte der Bertelsmann Stiftung modifiziert hatte, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten weiterentwickelt. Dabei wurden erstmals epidemiologische Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung genutzt, die vom Robert Koch-Institut und der Technischen Universität Dresden erhoben wurden (DEGS1-MH-Studie). Damit konnten regionale Unterschiede des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs unabhängig von der aktuellen Versorgungslage (und damit evtl. Versorgungsdefiziten) gemessen werden. Auf Basis von Individualdaten (DEGS1-MH) wurden zunächst Analysen zum Zusammenhang zwischen der 12-Monats-Prävalenz des Auftretens einer psychischen Störung – als Schätzer für den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf – und sozioökonomischen Merkmalen durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analysen wurde ein multivariates Regressionsmodell entwickelt, mit dem die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung und relevanten sozioökonomischen Merkmalen quantifiziert und anschließend auf die regionale Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als Planungsbereiche der psychotherapeutischen Bedarfsplanung (Plankreise gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL) zur Anpassung des Bedarfsindex (INKAR-Daten) übertragen wurden. Die Ergebnisse erwiesen sich als robust hinsichtlich alternativer Modellspezifikationen sowie eines alternativen Ansatzes zur Abbildung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs auf Basis von Indikatoren der Krankheitsschwere (Fälle mit hohem Schweregrad der psychischen Erkrankung und besonderem Behandlungsbedarf).

Blickwinkel: Elemente einer Strukturveränderung

Big Data zwischen Gesundheitsversorgung und Begehrlichkeiten

Aus den früheren Datenrinsalen vieler Wissenschaften ist inzwischen eine Lawine geworden, ja eine ganze Sintflut, die stetig zunimmt und immer stärker wird (Callebaut 2012). An jedem Tag werden heute mehr Daten aus dem Leben jedes Einzelnen generiert als jemals zuvor. 90 % aller Daten auf der Welt wurden in den letzten beiden Jahren erfasst, so schätzen Experten (BBC Health 2016). Der wesentliche Grund dafür liegt in einer technischen Kerninnovation der Moderne, der Informationstechnologie. Das Tempo der Veränderung wird immer schneller. Brauchte 2003 die Entschlüsselung des ersten Genoms von Homo Sapiens mit seinen $3,27 \times 10^9$ Basenpaaren noch fast zehn Jahre, ist diese Zeit heute auf unter eine Woche geschrumpft. In naher Zukunft wird das Gleiche in wenigen Stunden erledigt sein. Viele Probleme dieser Welt liegen nicht mehr im „Was“, sondern im „Warum“. Ursächlichkeit bleibt wichtiger als Feststellung. Ein Sprichwort pointiert das Problem: Man sieht den Wald oft vor lauter Bäumen nicht. Anders als früher hat die Verfügbarkeit von Information das Verständnis der Zusammenhänge des Wissens schon weit überholt. Das Volumen von Information wächst heute schneller als traditionelle Analytik den Werteberg bewältigen kann.

>> Eine neue Studie der TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e. V. – sieht in den medizinischen Informationswissenschaften eine aufkommende Paradigmenkonkurrenz. Bisher standen „systematische Studien und Auswertungen von Routinedaten für eine gewachsene, gereifte Welt von Wissenschaft und Organisation (Alte Schule)“. Jetzt steht „Big Data dagegen für eine teilweise neue Herangehensweise an Daten, die über die Verfügbarkeit und Auswertung großer Mengen von Informationen aus vielgestaltigen, stetig wachsenden Dokumentationen, die Welt vermisst, steuert und verwertet (Neue Schule)“ (Schepers 2016).

Dennoch muss man die ärztliche Kunst heute immer noch als professionelles Fähigkeitsensemble verstehen, und nicht als vormodernen, traditionellen Restbestand betrachten. Ärztliches Handeln, gerade unter schwierigen Rahmenbedingungen wie in „kritischen Situationen“ oder unter Zeitdruck, ist und bleibt nur effektiv als ein aus Logik und Erfahrung gespeistes subjektivierendes Handeln im Sinne der Alten Schule. Die Gesundheitsversorgung in ihrer Gesamtheit entstammt somit den Erfahrungswissenschaften. Sie hat sich jedoch aufgrund neuer Entwicklungen wie Epidemiologie, Statistik oder Genomik wesentlich weiterentwickelt. Information wird zur Quelle von Systemerkenntnis und zur Fundgrube für Zusammenhänge im Sinne der Neuen Schule. Insgesamt belegen also beide Schulen ihren jeweils eigenen Platz.

Ein konkretes Beispiel macht diese beiden

Veränderungen und das begleitende Spannungsverhältnis sehr gut deutlich: Genomik bei Brustkrebs – Arend Sidow, Wissenschaftler der Stanford Universität, durchsuchte bei zahlreichen Krebsvarianten systematisch die gesammelten Genome von Patientinnen mit Brustkrebs nach Auffälligkeiten und gemeinsamen Mustern (Marx 2013). Damit stratifiziert er das Material und bildet Gruppen für die jeweils beste Auswahl an Zytostatika und Bestrahlung. Die Arbeit geht aber noch weiter. Genomsequenzen, die in dem riesigen Datenreservoir als Gemeinsamkeiten identifiziert werden, können dann gezielt untersucht werden, um die molekularen Prozesse und deren Entgleisungen besser zu verstehen. Aus diesem neuen Wissen über die Krebsentstehung können dann kausale Therapieansätze abgeleitet werden. Genomic Big Data hilft somit gleichzeitig der Therapie wie auch der Entschlüsselung der zugrunde liegenden biologischen Systeme.

Eine definitorische Annäherung

Es wird immer wieder behauptet, Big Data sei ein schwer fassbares, ständig bewegliches Phänomen. Das ist nicht ganz falsch. Einen recht guten Ansatz hat aber der Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e. V. (bitkom) mit seiner definitorischen Näherung gefunden: „Big Data bezeichnet den Einsatz großer Datenmengen aus vielfältigen Quellen mit einer hohen Verarbeitungsgeschwindigkeit zur Erzeugung wirtschaftlichen Nutzens“ (Schepers

2016). Obwohl aus Sicht des bitkom verständlich, muss die Einschränkung auf wirtschaftlichen Nutzens sicher um viele weitere Vorteile ergänzt werden. Nur einige Beispiele: Die Schaffung von klaren, transparenten Entscheidungsgrundlagen, die Optimierung von Geschäftsprozessen, die Schaffung von Erkenntnisfortschritten oder die Ausrichtung auf das betroffene Personenkollektiv bieten auch für die Gesundheitsversorgung wertvolle Potenziale.

Das Typische und Verbindende an Big Data wurde von der Gartner-Group abgeleitet aus (Lanley 2001) und ist nach diesem Verständnis durch drei Kategorien charakterisiert: Volume/Menge (V1), Variety/Vielfalt (V2) und Velocity/Geschwindigkeit (V3). Als Ergänzung des wirtschaftlichen Nutzens fügte dann der bitkom noch drei weitere Kategorien hinzu: Viability/Brauchbarkeit (V4), Veracity/Wirklichkeit (V5) und Value/Wertschöpfung (V6). Als besonders wichtig in der Gesundheitsversorgung gelten die beiden Kategorien V4 (Brauchbarkeit) und V5 (Wirklichkeit). Insgesamt lässt sich Big Data mit diesen sechs V gut beschreiben und Effekte stratifizieren.

Muster im Datenmeer

Warum wird Big Data auch für die Gesundheit wichtig? Big Data bedeutet schließlich einen radikalen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung. Bisher diente medizinische Datenerhebung zur Prüfung ganz konkreter klinischer Hypothesen. Big Data hingegen sammelt zunächst ungezielt Daten aus vielen erreichbaren Datenquellen und durchforstet dann bei Anfragen der Versorgung dieses riesige Datenmeer nach erkennbaren Ähnlichkeiten oder Mustern. Aus der ehemals logischen Kausalkette der Medizin („Die Krankheit A verursacht die veränderten Laborwerte X, Y und Z“) wird eine statistisch-empirische Feststellung („Die Laborwerte A, B und C finden sich immer wieder gehäuft bei Krankheit Z“).

Diese neue Perspektive ist für die Gesundheitsversorgung auf der einen Seite problematisch, da die durch Big Data gefundenen Korrelationen nicht zwingend auf kausalen Zusammenhängen beruhen müssen. Korrelationen beweisen noch lange keine Ursächlichkeit. Auf der anderen Seite könnte diese neue Perspektive sehr hilfreich für die Gesundheitsversorgung sein, da sie Ärzten helfen könnte, eventuell bislang völlig unbekannt Zusammenhänge aufzudecken.

In diesem Sinne interessiert sich Versorgungsforschung für die Wirksamkeit von

Therapien unter Alltagsbedingungen und fragt zusätzlich, wie die Versorgung konkret verbessert werden kann. Sie liefert Informationen über Einsatz, Erfolg und Risiken von diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie Versorgungskonzepte unter Alltagsbedingungen. Damit klärt die Versorgungsforschung laut dem Bundesministerium für Bildung und Forschung jene Fragen, die weder die biomedizinische Grundlagenforschung noch die klassische klinische Forschung beantworten können (BMBF 2016). Sie richtet dabei klassischer Weise den wissenschaftlichen Blick in die Vergangenheit und entwickelt die Zukunft aus der Analytik abgelaufener Prozesse.

Gegenwärtig kommt ein ganz neuer „Spin“ hinzu, der das Potenzial hat, ein veritabler „Game Changer“ zu werden: Big Data Analytics. Große Datenmengen waren vor Jahren noch ein beträchtliches Problem. Mit wachsenden Speicher- und Verarbeitungskapazitäten entdecken Unternehmen mittels neuartiger analytischer Verfahren, dass sie damit aus eigenen Daten Einsichten generieren können, die bislang nicht möglich waren. So entstand Forrester Consulting zufolge die Tendenz, immer mehr Daten mit immer feinerer Granularität zu sammeln und in Echtzeit zu analysieren (Forrester Consulting 2015).

A.L. Cochrane, einer der Gründungsväter moderner Epidemiologie, stellte in seiner richtungsweisenden Studie über die Effektivität und Effizienz von Gesundheitssystemen (Cochrane 1972) fest: „Wer Recht hat, heilt und wer heilt, hat Recht“. Er forderte als Wissenschaftler bei der Pathogenese die Unterscheidung zwischen Zufall und kausalen bzw. systematischen Effekten. Heute verändern systematische geografische Unterschiede in den Maßzahlen ärztlicher Versorgung wie Verteilung, Raumordnung, individuelles Verhalten oder Wechselwirkungen mit anderen Gesundheitsleistungen, die Planung und Bereitstellung ärztlicher Leistungen anhand ihrer jeweils erkennbaren Besonderheiten. Mehr noch, die Erklärung statistisch erkennbarer, regionaler Muster von Krankheitsverteilungen sowie die Ermittlung künftiger Gestaltungsoptionen im Sinne der Zusammenschau von Daten unterschiedlicher Quellen, sind zwingend auf die Methoden von Big Data angewiesen. Gerade hier können Fragestellungen oder Analysen bestimmte Synchronizitäten aufdecken, die dann Prozessdenken oder medizinisches Verständnis zu ganz neuen Erkenntnissen verbinden kann. So beeinflussen Routinedaten aus Big Data ganz praktisch auch die gesundheitspolitische Diskussion.

Big Data scheint also für die Befürworter

der Entwicklung ein Schatz zu sein, der heute – allerdings zersplittert – ungehoben in vielen unterschiedlichen Gesundheitssystemen schlummert. Während die Probleme des Datenschutzes mit modernen Mitteln wie Anonymisierung oder Pseudonymisierung beherrschbar scheinen, liegen die wirklich wichtigen Hürden ganz woanders, nämlich bei der Beantwortung noch offener Fragen: Wie können die potenziellen Nutzer der Medizin die richtigen Fragen entwickeln, die solche Big Data Modelle sauber beantworten könnten? Wie kann sichergestellt werden, dass Patientenberatung basierend auf Big Data mit ärztlichem Sachverstand erfolgt? Aus diesen und weiteren Fragen speisen sich viele der Kritiker.

Dieser kleine Exkurs zeigt, warum Big Data immer wieder in der Gesundheitsversorgung kontrovers bewertet wird. Die Befürworter rufen nach einer Zusammenlegung aller Gesundheitsdaten, während die Gegner darin den Untergang des Abendlandes sehen. Wie so oft ist das Ganze eine Frage der Perspektiven. Dabei gibt es nicht etwa „die eine“ richtige Betrachtung von Big Data oder von Datenaggregation und Analytik.

Perspektiven von Big Data

Zu der mit diesen unterschiedlichen Sichtweisen einhergehenden funktionellen Bewertung von Aggregation und Analytik gibt es bislang wenige strukturierende Betrachtungen über Big-Data. Das mag zum einen an der relativen Neuheit der wissenschaftlichen Beschäftigung liegen, hat aber vermutlich andererseits auch mit den treibenden Kräften hinter den Big Data-Innovationen zu tun. Wirtschaftlich verwertbare Ergebnisse sind die primär treibende Kraft und wissenschaftliche Systematisierung steht erst an zweiter Stelle. Dennoch kann es hilfreich sein, die entsprechenden Perspektiven anhand einer kleinen Systematik zu beleuchten.

Bei dieser systematischen Betrachtung gibt es zu Big Data zweimal zwei verschiedene Blickwinkel: Der Wirkfokus un-

terscheidet individuelle und kollektive Betrachtungswinkel, während der Antriebsfokus medizinische und kommerzielle Kräfte charakterisiert. Jede dieser „Welten“ hat Berührungspunkte zu Big Data, jede allerdings unter anderen Vorzeichen.

Klinische Prozesse sind die älteste Domäne der Medizin, seit jeher beherrscht von Diagnostik, Therapeutik und Prävention. Dieser Quadrant betrifft also die ganz konkrete Arbeit am individuellen Patienten. Beispiel: „Targeted Pharmacotherapy“

Der große Quadrant der Systemanalytik begann mit dem Aufkommen der Epidemiologie und greift neuerdings auf das Prozessverständnis der verschiedenen „Omics (wie z.B. Genomik, Proteomik oder Metabolomik) über. Hier begründet eine Kenntnis der Kausalketten die Handlungsoptionen der bevölkerungsweiten, auch strategisch ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Beispiel: „Planing of Interventional Groups“

Die nächste Domäne belegen die wirtschaftlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung der Bürger, wie die Monistik der Krankenhausfinanzierung, genauso wie die Funktionsmechanismen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Privaten Krankenversicherung (PKV), bis hin zum Wirtschaftszweig rund um die sogenannten „Selbstzahler“. Beispiel: „National Health Plans“

Der letzte, quasi „neue“ Quadrant bezieht sich auf den riesigen verbleibenden Bereich der Gesundheitswirtschaft. Hier spielen generelle Angebote und Produkte für die gesamte Bevölkerung oder für bestimmte Zielgruppen die Hauptrolle und werden in der Regel von Firmen mit Ertragsabsicht entwickelt oder angeboten. Hier ist so viel in Bewegung, dass

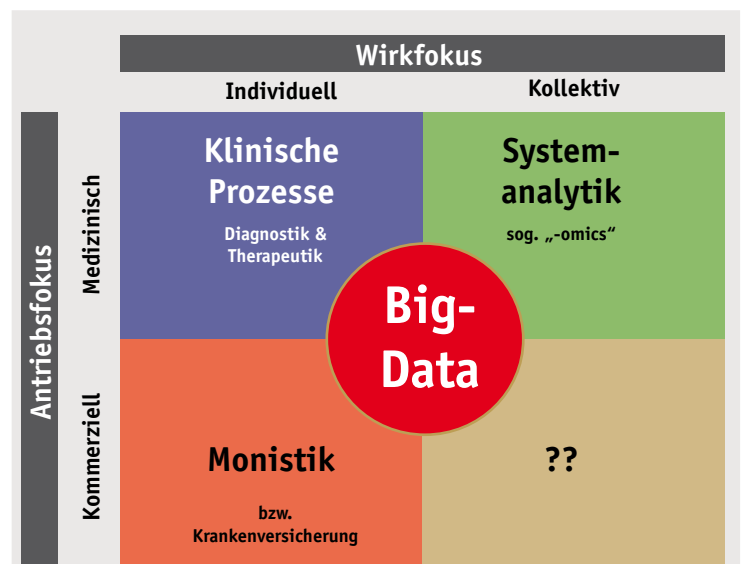


Abb. 1: Perspektiven der Aggregation und Analytik

eine charakterisierende Kurzbezeichnung schwer fällt.

Heute verbindet das gemeinsame Interesse an Big Data diese vier sehr unterschiedlich gewachsenen, früher disparaten Prozesse der modernen Gesundheitsversorgung. Jedoch, jeder Player will etwas anderes von Big Data, um sein eigenes Ziel zu erreichen: zum Beispiel beim Bürger ist es die individuelle Gesundheit, bei der Politik Zielvorstellungen zu Public Health, bei den Krankenversicherungen ihre wirtschaftliche Bilanz und, last but not least, der wirtschaftliche Gewinn den sich eine Industrie erwartet. Das Verständnis dieser schwierigen Gemengelage wird spätestens dann wichtig, wenn über Strategien zum Umgang mit Big Data entschieden wird, oder wenn es an die Vorbereitung von entsprechenden funktionellen Strukturen für die Gesundheitsversorgung geht.

Ausdrücklich muss bezüglich dieses Strukturbilds darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei lediglich um eine unvalidierte Gedanken-skizze handelt, sicher mit Unschärfen und Detailfehlern. Sinn und Zweck des Diagramms liegen aber in dem Versuch, die oft heterogenen, ja sogar häufig gegenläufigen Betrachtungsweisen von Big Data ein wenig in eine Gesamtschau zu stellen. Die verschiedenen Facetten sind dabei nicht so widersprüchlich wie sie oft erscheinen. Sie beleuchten lediglich die verschiedenen Seiten ein und derselben Medaille: die der Gesundheitsversorgung.

Ich will auch noch mit

Mit den vorstehenden Betrachtungen ist man schon an der Wurzel vieler Auseinandersetzungen rund um Big Data angelangt: Die Welt liebt einprägsame Schlagworte, die Fachwelt genauso, selbst dann, wenn eigentlich noch nicht einmal belastbar abgezikelt ist, was mit dem Begriff alles gemeint ist. Eines ist jedoch jetzt schon klar: Die Versprechungen von und Erwartungen an „Big Data“

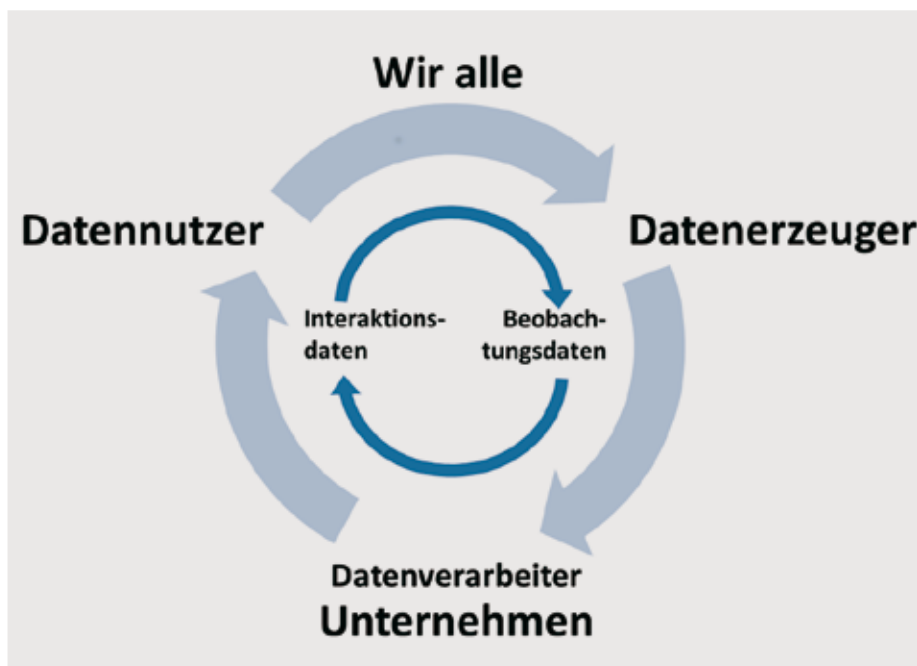


Abb. 2: Big Data Primärkreisläufe

sind zu groß, um sie zu ignorieren. Sie versprechen Potenzial und wecken Begehrlichkeiten. Das wiederum ruft die Aktionisten und die Goldgräber auf den Plan. Dies weist starke Parallelen zur Entstehung der Suchmaschinen-giganten auf. Daher die Sorge: Muss hier nicht eine neue, möglicherweise sogar systemverändernde Herausforderung an die tradierte Gesundheitsversorgung gewittert werden?

Nach den Überlegungen von Bachmann und Kemper gibt es wenig Zweifel, dass die Methoden von Big Data schon für viele Bereiche einen erheblichen Mehrwert bieten (Bachmann 2014). Die Herausforderungen für solche Entwicklungen sind aber nach menschlichem Ermessen in der Gesundheitsversorgung erheblich größer als anderswo. Gesundheitsdaten, Krankengeschichten oder die individuellen Schicksale hinter den verschiedenen Datenbeständen bringen ganz spezielle Problemstellungen mit sich und erfordern maßgeschneiderte, kreative Lösungen. Da will jetzt jeder mitreden und mitmachen. Jeder

will bestimmen.

Die damit verbundene Dynamik ist jedoch so rasch, dass es für den Einsatz von Big Data in der Gesundheitsversorgung fast keine belastbaren Rechtsgrundlagen gibt, erst recht noch gar keine umfassenden oder gar systematischen. Diese Reise ins Unbekannte besitzt jedoch einen zentralen Fixpunkt: Das Primat der freien und selbstbestimmten Willensentscheidung der Betroffenen. Dies erscheint in Deutschland durch die Datenschutzgesetze hinreichend gesichert, gerade wenn es um individuelle und persönliche Gesundheitsdaten geht.

Aber auch diese Medaille hat zwei Seiten. Alle aus dem Primat der Freiwilligkeit entstehenden persönlichen Entscheidungen, also eine Freizügigkeit oder eine Restriktion, sind situativ und temporär. Ganz konkret kann der Betroffene und Eigentümer der Gesundheitsdaten seine Zustimmung jederzeit erklären, aber auch zurückziehen. Die Genehmigung zur Weiterverwendung seiner personenbezogenen Daten ist somit nie „in Stein gemeißelt“.

Literatur

- Bachmann R., Kemper G. et. al.: Big Data - Fluch oder Segen?: Unternehmen im Spiegel gesellschaftlichen Wandels. mitp Professional (2014) S. 1 - 384
 BBC Health: The challenge of saving lives with „big data“. URL: <http://www.bbc.com/news/health-35491177> (zuletzt aufgerufen: 25.08.2016)
 BMBF: Versorgungsforschung. URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/versorgungsforschung.php> (zuletzt aufgerufen: 25.08.2016)
 Callebaut W: Scientific perspectivism: A philosopher of science's response to the challenge of big data biology. In: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 43 (2012) 69–80
 Cochrane A.L: Effectiveness and Efficiency - Random Reflections on Health Services. Eigenverlag: The Nuffield Provincial Hospital Trust (1972) 1-94
 Forrester Consulting: The Big Data Analytics Reality For Modern Infrastructure And Operations Leaders, a commissioned study conducted on behalf of BMC. (2015) 1-5 URL: <http://www.bmc.com/forms/PA-TSIntell-BMCom-Q2FY16.html> (zuletzt aufgerufen: 25.08.2016)
 Laney D.: 3D Data Management: Controlling Data Volume, Velocity, and Variety. In: Application Delivery Strategies. Published by META Group Inc. (2001)
 Marx V: The Big Challenges of Big Data. In: Nature 498 (2013) S. 255-260
 Müller-Jung J: Das Ende der modernen Medizin? In: FAZ 194 (2016) S 1
 Schaar P: Daten sind die neue Währung. URL: <http://www.pkv-ratgeber.de/daten-sind-die-neue-waehrung.html> (zuletzt aufgerufen: 25.08.2016)
 Schepers J, Gläß V et al.: Machbarkeitsstudie für ein Bayerisches Gesundheitsdatenzentrum - Gutachten für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Eigenverlag TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V. 1. Juni (2016) 1-466
 Schrappe M: eHealth, Medical Apps, Big Data - Versorgungsforschung braucht eine Digitale Agenda. In: Monitor Versorgungsforschung 2 (2016) S. 52-57
 Wegscheider K: Die Versorgungsforschung als möglicher Profiteur von Big Data. In: Bundesgesundheitsblatt (2015) 58:806–812. DOI 10.1007/s00103-015-2183-9. (Online publiziert: 11. Juni 2015)

Das sind auf der anderen Seite der Medaille schlechte Vorzeichen für die Drittnutzung solcher Daten, beispielsweise für epidemiologische Detailauswertungen. Komplizierend kommt hinzu, dass das Spannungsfeld oft vom aktuellen Gesundheitszustand des Betroffenen abhängt. Aus einem radikalen Datenverweigerer kann ein glühender Befürworter der Datenweitergabe werden, wenn er erkrankt. Das kann sich wieder umkehren, wenn er gesundet.

Im Endeffekt stehen also alle Zuordnungen von personenbezogenen Daten zu Gesundheitsdatenpools im Sinne eines „Moving Targets“ als ungesichert da. Das ist eine methodische Herausforderung an Big Data, für die es bislang fast keine gesicherten und erprobten Methoden gibt.

Der klassische Reflex, personenbezogene Daten durch Pseudonymisierung oder Anonymisierung zu erschließen, ist kein Allheilmittel, denn auch diese beiden Verfahren sind letztendlich perspektivisch und vor allem dynamisch. Ein einfaches Beispiel mag dies verdeutlichen: Schon drei charakterisierende Angaben, „weiblich“, „sieben Kinder“ und „Hüftarthrose rechts“ sind in jeder nennbaren Großstadt sicher eine anonyme Stratifizierung, bezogen jedoch auf eine bestimmte ländliche Region kann eigentlich nur die Huber-Bäuerin gemeint sein.

Ein weiterer Faktor kommt hinzu: Die Qualität der Datenbestände bestimmt sich immer aus dem jeweiligen Sammelzweck. Jede Veränderung des Nutzungszwecks oder des Auswertungsfokus ist somit besonders problematisch. Bei einer Studie mag der dreistellige ICD-Code vollkommen ausreichend sein. Aus so einem Datenbestand kann jedoch nie die gleiche Detailanalyse abgeleitet werden, wie dies z. B. aus einer fünfstelligen Kodierung mit zusätzlichem Buchstabencode möglich wäre. Verlorene oder unterlassene Feingranularität ist einfach nicht ersetzbar. Während ein Sammelzweck zu einem ganz bestimmten Datenbestand führt, kann es sehr wohl sein, dass sich dieser zu einem anderen Analysezzweck einfach nicht eignet. Alle Werkzeuge von Big Data müssen also je nach Fragestellung unterschiedlich angesetzt werden.

Als verbindendes Fazit dieser komplizierenden Faktoren darf also gelten: Eine „One Size Fits All“-Strategie ist bei Big Data der Gesundheitsversorgung grundsätzlich ausgeschlossen. Einfach alle Daten in einen großen Topf zu werfen, wird wohl - mindestens in Deutschland - auf Dauer unrealistisch bleiben. Es müsste also eine dynamische Strategie entwickelt werden, die mit den genannten und weiteren Herausforderungen umgehen kann.

Fokussiert auf den Kern der ärztlichen Versorgung mittels Diagnostik, Therapeutik und Prävention können folgende, eigentlich von Schrappe für „eHealth“ entwickelte Überlegungen, sehr gut auf Big Data übertragen werden (Schrappe 2016): Neue Prozesse, und hierzu zählen Big Data nun einmal, verändern die Arzt-Patientenbeziehung grundlegend. Es handelt sich dabei nicht lediglich um eine Veränderung der Methoden, sondern um einen gänzlich anderen, neuen Prozess.

Das System befindet sich bei Big Data laut Schrappe offensichtlich in der typischen ersten „Honeymoon“-Phase, die man bei Innovationen regelmäßig beobachten kann. Eine realistische Einschätzung ist noch äußerst schwierig, denn Big Data ist grundsätzlich so neu, dass man mit paradoxen, nicht vorhersehbaren Wirkungen rechnen muss. Dies hat jedoch die Konsequenz, dass solche Methoden auf ihren Nutzen genauso wie auf ihre unerwünschten Effekte hin sehr genau untersucht werden müssen (Schrappe 2016). Das ist eine ganz neue Herausforderung an die Digitale Agenda der Gesundheitsversorgung.

Erschließung mit Vernunft

Es scheint ein Phänomen der Zeit zu sein: Auf der einen Seite sammelt jeder nach Kräften – Wie war das doch gleich mit PayBack? – auf der anderen Seite wird die Errichtung von dedizierten Zentren zur Behebung von Datendefiziten vorgeschlagen. Dieses Spannungsfeld der digitalen Welt findet sich ohne Abstriche auch in der Gesundheitsversorgung wieder (Schepers 2016). Wer viele Daten hat, hält sich für besser gerüstet auf dem Gesundheitsmarkt. Daher wird gesammelt und weiter gesammelt. Eine Frage darf dabei schon gestattet sein: „Wo“ liegen denn eigentlich die vielen Daten von Big Data? Kann man Big Data wirklich verorten, oder macht sich hier eine Unlogik des Datenzeitalters breit?

Die aktuellen Reflexe der politischen Planung weisen mehrheitlich in die Richtung Datenzentren – also Zusammenführungen von Datenbeständen – und digitale Agenden – also zum Beispiel Bildung regionaler Kompetenzzentren. Die betroffenen Akteure und ihre Organe stehen dieser Sichtweise aber mit erkennbarer Skepsis gegenüber. Erheber und Verarbeiter geben „ihre“ Daten nur ungern heraus. Hinzu kommt, dass sie teils aus Datenschutzgründen oder zur Wahrung von Betriebsgeheimnissen diese Daten überhaupt nicht aus der Hand geben „dürfen“. Personenbezug oder vertraulicher Kontext sind nicht immer entfernbar. Ein weiteres Argument ge-

gen große Datensammlungen an einer Stelle ist deren Eignung als potenzielles Angriffsziel. Heute gilt es, einen riesengroßen „single point of failure“ zu verhindern, damit dann im Falle eines doch auftretenden Daten-GAU das Kollektiv der Betroffenen überschaubar bleibt.

Andreas Sundquist, technischer Direktor bei dem Genomik-Unternehmen DNAnexus, hat eigene Erfahrungen gemacht und stellt aus rechentechnischen Gründen fest, dass Datenzentren nicht mehr zeitgemäß sind. Früher, im Zeitalter der aufkommenden Informationstechnik, galt „move the data and not the patient“ als letzte Weisheit. Wissenschaftler luden sich benötigte Daten aus den verschiedenen Quellen zur Analyse auf die eigenen Rechner herunter (Marx 2013). Inzwischen haben sich die Vorzeichen allerdings umgekehrt. Mit Big Data sind die Daten heute so viel größer als die gesamte Infrastruktur der Analysewerkzeuge, dass die bisherige Strategie keinen Sinn mehr macht. Laut Sundquist liege die Lösung in der Nutzung der vielen Möglichkeiten der Cloud-Technologie, sowohl für die Speicherkapazität (im Sinne von IaaS, Infrastructure-as-a-Service) als auch für die Rechenleistung (im Sinne von SaaS, Software-as-a-Service).

Gegenwärtig steht also eine Richtungsentscheidung für den Umgang der Gesundheitsversorgung mit Big Data an. Die TMF-Machbarkeitsstudie gibt zwar schon Fingerzeige in welche Richtungen diskutiert werden könnte, aber angesichts der vielfältigen Beteiligten und der originären Zuständigkeiten stellt sich die Frage, wie und von welcher Instanz so etwas entschieden werden könnte. Mit einem überschaubaren Federstrich wird das sicher nicht und mit einer pauschalen Rechtssetzung auch nicht einmal ansatzweise zu regeln sein. Jahrelange Diskussionen und Abstimmungsrunden sind hingegen auch keine Alternative, da sie nur dem Vorpreschen der industriellen Datensammler in die Hände spielen würden.

Genau in diesem Spannungsfeld könnte aber eine wirksame Lösung gefunden werden, denn in der Gesundheitsversorgung kommt es entscheidend auf die Qualität der Daten an und jeder bewertet Qualität aus seinem Blickwinkel. Wenn also „Top down“ auszuschneiden scheint, warum nicht einfach „Bottom up“? Ganz konkret: Wäre bekannt, welche Instanz welche Daten in welcher Qualität für die Erfüllung ihrer Aufgaben heute sowieso vorrätig hätte, so könnten kollaborative Analysen je nach Fragestellung auf sehr kurzem Weg verhandelt und rasch durchgearbeitet werden.

Doch so etwas gibt es bisher nicht. Es existiert keine konsolidierende Übersicht über die vielfältigen, verstreuten Datenbestände der

Gesundheitsakteure. Es gibt kein Verzeichnis in dem ein interessierter Forscher nachsehen könnte, ob relevante Daten für seine Fragestellung schon irgendwo vorliegen. Doch mit so einem Instrument wäre schon ein Anfang gemacht in die Richtung von Big Data. Noch besser, so ein Anfang wäre an keinen über-regionalen Konsens gebunden, er könnte wie ein Grass-Roots-Projekt lokal heranwachsen und seine Sogwirkung entfalten.

Der Weg zu einer solchen konsolidierten und abgestimmten Gesundheitsvernetzung im ursprünglichen Sinne von Big Data ist also noch weit, aber ein erster Ansatz könnte sehr rasch schon bei der Beantwortung konkreter medizinischer Fragestellungen helfen. Eine „Thesaurus“-Lösung, also ein Repository in dem gesammelt wird, wer, wo, was, wie gespeichert hat, könnte als erster Erprobungsansatz für Big Data sehr schnell praktischen Nutzen bringen. Eine solche große „Landkarte“ gibt es noch nicht in dem Flickenteppich der Gesundheitsversorgung. Projekte zur Konkretisierung eines solchen Instruments könnten aber sehr rasch zur Erprobung von Transfermodellen dienen und den Beteiligten helfen,

ihre Strategien für die Zukunft fit zu machen.

Fazit und Zusammenfassung

Gegenwärtig wird an vielen Stellen in Deutschland, in Europa, ja in der ganzen Welt um den Aufbau von neuen Analysemethoden rund um Big Data gerungen, auch in der Gesundheitsversorgung. Kern ist die Suche nach schneller Datenhaltung und mächtigen Analysemethoden, die einen ausreichenden technischen Reifegrad für rasch entwickelte und preiswerte Anwendungen besitzen und den gewünschten zusätzlichen Systemnutzen mit sich bringen. Voraussetzung für eine solche vorteilhafte Nutzung der Big-Data-Methodologie ist allerdings der Besitz von – oder zumindest der Zugang zu – genügend großen Datensammlungen. Wegscheider bringt es auf den Punkt (Wegscheider 2015): „Wir haben kein vollständiges Bild davon, welche Daten zum Gesundheitszustand und zur Versorgung der Bevölkerung sich in den Händen der auf dem Markt aktiven privaten Anbieter befinden“, wohingegen wir „über die Datensammlungen, über die die Ämter, Versicherer und Versorger verfügen,

verhältnismäßig gut Bescheid“ wissen. „Es besteht jedoch die Gefahr einer Monopolisierung besonders geeigneter Datenquellen bei wenigen Anbietern.“ Dieser drohenden Gefahr sollte sich die verfasste medizinische Gemeinschaft energisch entgegenstellen.

Er fährt fort, es sei mit Anwendungen in unmittelbarer Zukunft in dem Maße zu rechnen, in dem die Vernetzung deutscher Datenquellen vorankomme. Somit sei es Zeit, darüber nachzudenken, welche Vorteile und welche Risiken Big Data für die Versorgungsforschung mit sich bringe, wer an dieser Forschung Anteil haben sollte, wie sich das mit unseren Vorstellungen von Datenschutz verbinden lasse und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden sollten. Antworten auf diese Fragen, so sein Fazit, werde die Versorgungsforschung nicht allein geben können, sondern nur im Kontext der Entscheidungen, die unsere Gesellschaft zum Umgang mit Big Data allgemein fällen werde. <<

von: Dr. med. Christoph F.-J. Goetz, Arzt mit Zusatztitel „Medizinische Informatik“ und Leiter der Gesundheitstelematik bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

„Dementia Care Management“ verbessert die Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

>> Ein spezielles Versorgungsmanagement verbessert die Lebens- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz, die zu Hause leben. Im Vergleich zu Patienten, die auf herkömmliche Weise versorgt werden, sind sie medikamentös besser eingestellt. Außerdem sind sie weniger von Depression oder anderen neuropsychiatrischen Symptomen betroffen. Gleichzeitig werden die pflegenden Angehörigen entlastet. Darüber hinaus ist durch das Versorgungsmanagement die Lebensqualität höher bei jenen Patienten, die mit Angehörigen zusammen leben. Dies sind die Ergebnisse einer Studie des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), in deren Rahmen seit 2012 die Situation von über 600 Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern untersucht wurde. Ein Teil davon wurde bis zu einem Jahr durch ein individuelles Versorgungsmanagement unterstützt. Die Untersuchung fand in enger Zusammenarbeit mit mehr als 130 Hausarztpraxen statt.

Im Mittelpunkt stand die Erprobung eines bundesweit einmaligen Versorgungskonzepts – des „Dementia Care Managements“: Dabei untersuchten zunächst Hausärzte aus Mecklenburg-Vorpommern die Gedächtnisleistung bei Patienten ab dem Alter von 70 Jahren. Lag bei dieser Untersuchung der Hinweis auf eine Demenzerkrankung vor, konnten die Patienten an

der Studie teilnehmen. Speziell geschulte Studienschwestern besuchten Teilnehmer zu Hause und erfassten systematisch deren Situation und Bedürfnisse. Auf dieser Grundlage wurde ein Plan zur Verbesserung der Versorgung erstellt und in enger Abstimmung mit dem behandelnden Hausarzt umgesetzt. Die Studienschwestern standen den Studienteilnehmern und Angehörigen bis zu einem Jahr beratend zur Seite. Eine Vergleichsgruppe erhielt diese Hilfe nicht. Nach einem Jahr erfolgte bei allen Studienteilnehmern eine Nachuntersuchung mit erneuter Erfassung der Lebens- und Versorgungssituation. Die Ergebnisse der „DelpHi-MV“-Studie sind durchaus richtungsweisend: Sie zeigen neue Ansätze, wie Menschen mit Demenz und deren Angehörige unterstützt werden können.

„Demenz ist eine Krankheit, die die gesamte Familie betrifft. Sie verändert nicht nur die Lebenswelt des Kranken, sondern auch das Leben der Angehörigen grundlegend“, erklärte dazu Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig: Ein zentraler Ansatz zur Verbesserung der Situation liege deshalb in der kontinuierlichen Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger. „Hier

setzen wir national mit der Allianz für Menschen mit Demenz und regional mit den lokalen Allianzen an“, sagte sie weiter bei der Vorstellung der Studie in Greifswald. Dementia Care Management sei ein Konzept, das die gesamte, individuelle Situation des Betroffenen im Blick habe, wobei jetzt die DelpHi-MV-Studie dessen Wirksamkeit gezeigt habe. Schwesig: „Wir müssen jetzt gemeinsam daran arbeiten, dass Betroffene und deren Familien auch außerhalb von Studien davon profitieren können. Die Wissenschaft kann und soll einen wichtigen Beitrag dazu leisten.“



Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann: „Gemeinsam mit den Kostenträgern und Gesundheitspolitik dieses Konzept möglichst rasch in die Versorgung bringen.“

Genau das hat Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Leiter der DelpHi-MV-Studie und Sprecher des DZNE-Standorts Rostock/Greifswald bereits getan. „Wir haben mit hoher wissenschaftlicher Qualität gezeigt, dass das Dementia Care Management die Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in wichtigen Bereichen deutlich verbessert“, erklärte er. Jetzt gehe es darum, gemeinsam mit den Kostenträgern und Gesundheitspolitik dieses Konzept möglichst rasch in die Versorgung zu bringen, damit Betroffene deutschlandweit davon profitieren. <<



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

15. DKVF in Berlin

Der interdisziplinäre und multi-professionelle Dialog ist die Basis

Bei der 15. Auflage des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung trafen sich Anfang Oktober, vom 5.-7. in Berlin, Versorgungsforscher*innen und an der Versorgungsforschung Interessierte. Der Kongress unter Leitung der Kongresspräsidentin PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke stand unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“. Im Mittelpunkt standen der Transfer von Ergebnissen der Versorgungsforschung in die Praxis sowie umgekehrt der Transfer von Praxiserfahrungen in die Versorgungsforschung.

>> Insgesamt 252 Vorträge und 161 Poster wurden präsentiert und von den Teilnehmern aus Wissenschaft, Praxis und Politik diskutiert. Zahlreiche Referenten haben zudem ihre Vortragsfolien auf der DNVF-Webseite zum Download bereitgestellt.

Das Symposium „Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog“, das mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Herausforderung Diabetes“ standfand, verdeutlichte insbesondere, wie wichtig der Dialog zwischen allen Beteiligten aus Wissenschaft, Praxis und Politik ist.

Als zentrales Ergebnis der Veranstaltung wurde festgehalten:

- Wir müssen uns mehr um den Transfer der

Versorgungsforschung in die Praxis bemühen. Dabei ist der interdisziplinäre und multi-professionelle Dialog eine wichtige Basis, den es auszubauen gilt.

- Genau dieser Dialog ist das, was den Versorgungsforschungskongress ausmacht, von der Diskussion Wissenschaft – Praxis – Politik profitieren alle.
- Wir brauchen mehr Maßnahmen zur Transparenz und Qualität in der Versorgungsforschung, hier erwartet das BMG Unterstützung und Initiativen seitens des DNVF. <<

Ein ausführliches Interview mit der Kongresspräsidentin hat MVF geführt (ab Seite 5
Link: > www.dnvf.de)

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen, mein Kommentar steht ganz unter dem noch frischen Eindruck des 15. DKVF in Berlin, welcher nicht nur sehr gut besucht, sondern inhaltlich und organisatorisch ganz ausgezeichnet war. Hierfür meinen ganz herzlichen Dank an die Kongresspräsidentin Frau PD Dr. Klinkhammer-Schalke, das Team der Geschäftsstelle unter Führung von Frau Dr. Nellesen-Martens, allen Referentinnen und Referenten, dem Programmkomitee sowie der Agentur m:con. Die brennenden Themen der Gesundheitspolitik wurden genauso aufgegriffen wie neue Entwicklungen in der Versorgungsforschung. Dem Transfer und dem dafür notwendigen Dialog wurde ein breiter Raum mit ausreichend Diskussion eingeräumt. In der Implementierungsforschung haben wir im Vergleich mit Ländern wie den Niederlanden, Dänemark und Schweden noch großen Forschungs- und Nachholbedarf. In diesen News lesen Sie einige Beispiele für den jetzt intensiviert aufgenommenen Dialog. Zum Schluss gratuliere ich den Preisträgern des DNVF ganz herzlich zu Ihren ausgezeichneten Beiträgen. Ihnen viel Spaß bei der Lektüre der weiteren Themen der DNVF-News.



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

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



Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Dialog; v.l.: K. Knufmann-Happe (BMG, Berlin), H. Kühn-Mengel (MdB, Berlin), Prof. Dr. Th. Danne (Dt. Diabetes-Hilfe, Berlin), Dr. G. Schillinger (AOK-Bundesverband, Berlin), D. Monstadt (MdB, Berlin), PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke (DNVF, Regensburg), Prof. Dr. H. Pfaff (DNVF, Köln), Dr. R. Klakow-Franck (G-BA, Berlin), Prof. Dr. W. Hoffmann (DNVF, Greifswald). Foto: ©chickster.de

Publikation zur Leitlinienforschung ausgezeichnet

Im Rahmen des 15. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung wurden die Preisträger des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreises 2016 bekannt gegeben und ausgezeichnet. Den Autoren Dr. Christian Jacke, Prof. Dr. Ute S. Albert und Prof. Dr. Mathias Kalder wurde der mit 2.500 Euro dotierte Preis für ihre herausragende Publikation „The adherence paradox: guideline deviations contribute to the increased 5-year survival of breast cancer patients“ (2015) verliehen.

>> Bei der Preisverleihung im Rahmen der Eröffnungsfeier des DKVF konnte leider nur Herr Dr. Jacke, die Urkunde und Auszeichnung, vom DNVF-Vorsitzenden Herrn Prof. Neugebauer und der Vorsitzenden der Preisjury Frau Prof. Dr. Nicole Ernstmann entgegen nehmen.

Die Arbeit wurde, wie Frau Ernstmann erläuterte, aufgrund ihrer innovativen Fragestellung, der hohen Relevanz für die Patientenversorgung und der anspruchsvollen wissenschaftlichen Methodik von der 10-köpfigen Jury unter den 11 Bewerbungen ausgewählt. Die Autoren konnten auf der Basis der Auswertung von klinischen Krebsregistern zeigen, dass die Leitlinien-treue in der Therapie des Brustkrebses in der untersuchten Stichprobe zugenommen hat. Paradoxerweise zeigen ihre Ergebnisse auch, dass die Überlebenschancen von S3-Leitlinien-non-kon-

form behandelten Patientinnen im Zeitverlauf massiv gestiegen sind und über dem Niveau von adhärenz-behandelten Patientinnen in der Vergleichsperiode 1996-97 lagen. Die Autoren werten das Adhärenzparadoxon als Hinweis auf die fachgerechte Anwendung von Leitlinien in zertifizierten Brustkrebszentren. Die Wissenschaftler sprechen sich für leitlinienbasierte Entschei-

dungen im Gegensatz zu einer reinen Adhärenz-Maximierung aus.

Der Preis wird in Gedenken an das DNVF-Ehrenmitglied Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz vergeben, der sich viele Jahrzehnte um die Versorgungsforschung, und hier insbesondere um die patientenzentrierte Outcomeforschung, verdient gemacht hat. <<



Verleihung des Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2016; v.l.: PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke (Kongresspräsidentin), Prof. Dr. E. Neugebauer (Vorsitzender DNVF), Dr. C. Jacke (Preisträger), Prof. Dr. N. Ernstmann (Vorsitzende der Jury). Foto: ©chickster.de

Versorgungsforschung in der Rehabilitation

Über die Rolle der Rehabilitation in der Versorgungsforschung hielt Prof. Holger Pfaff, Vorstandsmitglied im DNVF, beim 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium am 4. November in Berlin eine Keynote. Dieses Symposium wurde ausgerichtet von der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften GfR e.V., dem Rehabilitationswissenschaftlichen Verbund Berlin, Brandenburg, Sachsen (BBS) und dem Forschungsverbund Sachsen-Anhalt/Thüringen (SAT) sowie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften.

Nach der Begrüßung der rund 150 Besucher durch Gundula Roßbach, Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund, Prof. Adelheid Kuhlmei, Prodekanin der Charité und den Sprecher der Region Berlin des BBS, Prof. Karsten Dreinhöfer begann das Programm mit einer Keynote vom Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Professor Josef Hecken zur Bedeutung des Innovationsfonds für die Rehabilitationsforschung.

In der zweiten Keynote stellte Pfaff u.a. das neue systemtheoretische Throughput-Modell vor, dessen Outcome beispielsweise die Erhöhung der Autonomie und Transparenz der Patienten vorsieht sowie die Versorgungsqualität der Population. Grundlage der medizinischen, sozialen und ökonomischen Verbesserung des bestehenden Versorgungssystems sei dessen Entwicklung als geplante Veränderung des Systems und der damit verbundenen Prozesse und Strukturen unter Einbeziehung, Federführung oder in Eigenregie der Akteure, erklärte

Pfaff. Anschließend diskutierte der Wissenschaftler auf dem Podium über den Gegenstand der zukünftigen Rehabilitationsforschung mit Professor Josef Hecken, Prof. Holger Pfaff, und Gundula Roßbach, sowie Prof. Thomas Zahn, Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts der AOK Nordost sowie Prof. Heinz Völler, Geschäftsführender Sprecher BBS von der Universität Potsdam und der Klinik am See, Rüdersdorf, der mit seinem Lehrstuhl ebenso wie das GEWINO Mitglied im DNVF ist. Moderiert wurde die Diskussion von Prof. Karsten Dreinhöfer, DNVF-Vorstand, Charité – Universitätsmedizin und Medical Park Humboldtmühle, und Dr. Rolf Buschmann-Steinhage von der DRV.

Auf dem Symposium in Berlin wurde zudem Prof. Anja Mehnert vom Universitätsklinikum Leipzig mit dem 1. Forschungs- und Innovationspreis der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (GfR) ausgezeichnet. Gundula Roßbach überreichte ihr den Preis für den Artikel über eine groß angelegte Längsschnittstudie, in der die Wissenschaftlerin den Frühberentungswunsch bei Krebspatienten untersucht und krebspezifische und psychosoziale Risikofaktoren für eine Frühberentung analysiert hatte.



Diskussionsrunde (v.li.): Zahn, Buschmann-Steinhage, Roßbach, Dreinhöfer, Völler, Hecken, Pfaff. Foto: D. Terbach, DRV Bund.

62 Poster in der Shortlist

Die DKVF Posterpreisträger 2016

>> Traditionell lobt das DNVF e.V. bereits seit vielen Jahren im Rahmen des Versorgungsforschungskongresses drei Posterpreise aus, die mit insgesamt 1.000 Euro dotiert sind. Insgesamt 62 Kandidaten bewarben sich mit ihrem Abstract und Poster für die Auszeichnung. Eine 6-köpfige Jury, der Frau Prof. Lena Ansmann, Herr Prof. Karsten Dreinhöfer, Herr Prof. Falk Hoffmann, Herr Prof. Thorsten Meyer, Frau Dr. Gisela Nellesen-Martens und Herr Prof. Jochen Schmitt angehörte, wählte die drei Preisträger(-gruppen) unter Berücksichtigung der Gutachterbewertungen (für den Abstract) und den Poster- und Präsentationsbewertungen der Sitzungsleiter aus.

Mit dem ersten Preis (dotiert mit 500 Euro) wurde das Poster „Versorgungsforschung im klinischen Alltag: Akzeptanz und Umsetzbarkeit der DACAPO-Studie in teilnehmenden Kliniken“ von Herrn Dr. Sebastian Blecha ausgezeichnet (Co-Autoren: S. Brandstetter, F. Doodoo-Schittko, M. Brandl, T. Bein, C. Apfelbacher). Der zweite Preis wurde Frau Martina Schmiedhofer überreicht, die sich mit dem Poster zum Thema „Ambulante Inanspruchnahme einer Notaufnahme in ruraler Umgebung: Qualitative Befragung zur Motivation von Patient*innen ohne dringlichen medizinischen Handlungsbedarf“ beworben hatte (Co-Autoren: J. Searle, J. Frick, S. Ruhla, A. Slagman, M. Möckel). Der dritte Preis ging an Frau Verena Levke für ihren Beitrag „Kommunikationstraining für Hausärzte/innen – Zur Umsetzung von Trainingsinhalten im hausärztlichen Praxisalltag“ (Co-Autoren: S. Steinhausen, O. Reddemann, S. Wilm, F. Vitinius, M. Langenbach, A-W.).

Herr Prof. Dr. Falk Hoffmann, Mitglied der Preis-Jury, würdigte die Preisträger*innen, denen es gelungen sei, ihre Ergebnisse knapp und sehr anschaulich zu präsentieren. Er überreichte gemeinsam mit der Kongresspräsidentin Frau PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke den ersten und zweiten Preis an die Preisträger. Leider konnte die dritte Preisträgerin Frau Verena Levke und auch keiner ihrer Co-Autor*innen den Termin der Verleihung wahrnehmen. Daher wurde Herr Prof. Neugebauer (Witten) von der Arbeitsgruppe der Uni Witten/Herdecke gebeten, den Preis bei der Abschlussplenarsitzung des Kongresses entgegen zu nehmen. <<



Verleihung der Posterpreise beim DKVF 2016; v. l.: Prof. Dr. E. Neugebauer (Witten/Herdecke), Prof. F. Hoffmann (Mitglied der Jury), PD Dr. M. Klinkhammer-Schalke (Kongresspräsidentin), M. Schmiedhofer (2. Platz) und Dr. S. Blecha (1. Platz). Foto: ©chickster.de

TMF-Forum Versorgungsforschung am 12. Dezember in Berlin

„Sekundärdatennutzung: Wo stehen wir und wie geht es weiter?“

In Kooperation mit dem DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) und dem DNVF e.V. findet am Montag, dem 12. Dezember 2016 ein TMF-Forum Versorgungsforschung zum Thema „Sekundärnutzung von Daten des Gesundheits- und Sozialsystems – Wo stehen wir, wie geht es weiter?“ statt.

>> Immer häufiger greift die Versorgungsforschung im Rahmen der Zweitnutzung auf Datenkörper aus dem Gesundheits- und Sozialsystem zu, um damit wissenschaftliche Fragen zum Versorgungsgeschehen in Deutschland zu bearbeiten. Während die Erfahrung und das methodische Wissen im Umgang mit diesen Datenkörpern wachsen, stellt sich die Frage, wie die nun etablierten Zugriffswege künftig an eine steigende Nachfrage und die Nutzungsregularien noch besser an die Bedürfnisse der Wissenschaft angepasst werden können.

Der Workshop stellt exemplarisch einige Projekte der Versorgungsforschung mit Sekundärdaten vor, um Möglichkeiten und Grenzen der Datennutzung im Status quo zu diskutieren.

Anschließend wird der Blick auf die nahe Zukunft gelenkt:

- Wie entwickelt sich die Datenbereitstellung beim Informationssystem Versorgungsdaten des DIMDI?
- Was gibt es aus der Projektförderung des Innovationsfonds zu berichten?

- Wie soll die Vernetzung der deutschen Universitätskliniken im Förderkonzept Medizininformatik des BMBF verlaufen?

Abschließend beleuchtet der Workshop die voraussichtlichen Auswirkungen der Datenschutzgrundverordnung und diskutiert die Zukunft des Rechtsrahmens für die Versorgungsforschung.

Teilnahmegebühren und Anmeldung: Die Teilnahme an der Veranstaltung ist für TMF-Mitglieder kostenlos. Nicht-Mitglieder zahlen einen Teilnahmebeitrag von 30 Euro.

Die Anmeldung erfolgt online unter: www.tmf-ev.de/anmelden. <<



Save the Date:

Die Veranstaltung beginnt am 12. Dezember 2016 um 9.30 Uhr im Kaiserin Friedrich-Haus (Berlin) und endet gegen 17 Uhr.

Hamburger Symposium Patientensicherheit, 16./17. September 2016

Innovationsfonds – Angebote und Chancen zum Ausbau der Patientensicherheit in der Routineversorgung

Am 16. und 17. September 2016 fand das 3. Hamburger Symposium Patientensicherheit statt. Dieses wurde erstmals gemeinsam von den Asklepios Kliniken Hamburg, der Techniker Krankenkasse und ihrem Wissenschaftlichen Institut (WINEG) ausgerichtet. Die zweitägige Veranstaltung fand unter der Schirmherrschaft des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) statt. Unter den ca. 100 Teilnehmern waren deutsche und internationale Wissenschaftler, Ärzte, Pflegekräfte, Qualitäts- und Risikomanager sowie Führungskräfte aus Kliniken und Gesundheitswirtschaft.

>> Unter dem Leitmotiv „Von der Akutmedizin in die Routineversorgung!“ befasste sich das Symposium mit Möglichkeiten sowie Notwendigkeiten des Transfers von Erfahrungen aus dem klinischen Bereich der AINS (Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie) in die ambulante Versorgung. Ein weiteres Leitthema war die programmatische Weiterentwicklung des Sicherheits-Begriffs von Patient Safety I, wonach der Fokus auf Ursachenbekämpfung und Schadenbegrenzung liegt, hin zu Patient Safety II, das nach den Gründen fragt, warum sonst erfolgreiche Arbeiten misslingen.

Am Ende des ersten Tages stand eine Podiumsdiskussion zum Thema Innovationsfonds – Angebote und Chancen zum Ausbau der Patientensicherheit in der Routineversorgung – auf dem Programm. Unter der Leitung von Prof. Lackner nahmen Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender der Techniker, Prof. Marie-Luise Dierks, Leiterin der Patientenuniversität und stellvertretende Vorsitzende des Expertenbeirates des Innovationsfonds, Prof. Christoph U. Herborn, medizinischer Direktor der Asklepios Kliniken Hamburg, Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg und Prof. Edmund Neugebauer, der Vorsitzende des Deutschen

Netzwerkes für Versorgungsforschung (DNVF), teil. Der Innovationsfonds mit seiner Mittelausstattung von insgesamt 1,2 Mrd. Euro für die nächsten vier Jahre ist derzeit anhand der bisher eingegangenen Anträge in der ersten Förderwelle (für die 300 Mio. Euro vorgesehen sind) deutlich überzeichnet. Die stellvertretende Expertenbeirats-Vorsitzende Frau Prof. Dierks sieht daher das Arbeitsvolumen für den Expertenbeirat kritisch, in dem eng gesteckten Zeitrahmen alle Anträge bewältigen zu können. Sie und ebenso Prof. Neugebauer plädierten für mehr Transparenz in den Entscheidungsprozessen hinsichtlich der Förderentscheidungen und warben für eine anschließende Evaluation der Verfahren der 1. Ausschreibungsrunde. Die Beteiligten sahen großen Innovationsgehalt für die Behebung von zentralen Problemen des Gesundheitssystems. Fragen nach der Implementierbarkeit der durch die Anträge vorgeschlagenen Verfahren wurden durch Thomas Ballast und Prof. Herborn aufgeworfen. Prof. Dierks schloss diese Diskussion mit der Anmerkung, dass der Innovationsfonds nur so gut sein kann wie die gestellten Anträge. Alle würden die weitere Entwicklung sorgfältig verfolgen und ggf. auf wünschenswerte oder notwendige Korrekturen hinwirken. <<

Save the date!

5. DNVF-Forum Versorgungsforschung am 10. Mai 2017 in Berlin

„Quality Improvement im Gesundheitswesen von morgen: Versorgungsforschung diskutiert zukunftsfähige Konzepte und Instrumente“

News

BMBF-Ausschreibung zur Registerforschung veröffentlicht

Das BMBF hat am 10.10.2016 seine Richtlinie zur Förderung des Aufbaus modellhafter patientenbezogener Register für die Versorgungsforschung veröffentlicht. Bis zum 12.01.2017 können Anträge eingereicht werden. Gefördert werden Einzel- oder Verbundvorhaben zum Aufbau neuer, insbesondere patientenbezogener Register. Details entnehmen Sie bitte der Ausschreibung. > <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/6663.php>

Neue Mitglieder

Der Vorstand des DNVF e.V. hat im Oktober bzw. November der Aufnahme der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft e.V. in die Sektion 1 (Fachgesellschaften), der Aufnahme des LVR-Instituts für Versorgungsforschung (LVR-IVF, Düsseldorf) und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) in die Sektion 2 (Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände) sowie der Aufnahme des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (bvkj) in die Sektion 3 (Juristische Personen und Personenvereinigungen) zugestimmt. Außerdem stimmte der Vorstand der Aufnahme von 12 persönlichen Mitgliedern (Sektion 4) zu.

News

JETZT ANMELDEN

5. DNVF-Spring-School, 4-6. April 2017 – Frühbucherrabatt bis zum 01.02.17

Die 5. DNVF-Spring-School findet vom 4.-6. April 2017 im Gustav-Stresemann-Institut in Bonn statt. Insgesamt 16 verschiedene Seminarmodule können an drei Tagen gebucht werden. Bis zum 1. Februar 2017 ist die Anmeldung zum Frühbucherrabatt möglich. Alle Infos zum Programm und zur Anmeldung finden Sie auf der DNVF-Webseite: > www.dnvf.de > DNVF-Spring-School.

DNVF-Info-Tag 2016

Am 21.09. trafen sich im Berlin über 50 an der Versorgungsforschung und dem DNVF interessierte Personen zum DNVF-Info-Tag, der in diesem Jahr unter dem Motto „Versorgungsforschung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung – aktuelle Perspektiven und Förderprogramme“ stand. Im Anschluss an die Veranstaltung zog der geschäftsführende Vorstand eine sehr positive Bilanz, zumal einige Teilnehmer*innen großes Interesse an den Veranstaltungen des DNVF, den Arbeits- und Fachgruppen sowie einer Mitgliedschaft zeigten.

Save the date!

Amerikanischer Versorgungsforschungskongress 2017

vom 25.-27.06.2017 in New Orleans, Louisiana:

„Annual Research Meeting“ der Academy Health > <http://www.academyhealth.org/events/2017-06/2017-annual-research-meeting>

DNVVF

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

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried

Big Data und Digitalisierung: Handlungsbedarf für Versorgungsforschung

Die Gesundheitssysteme der Industrieländer sind extrem komplex. Wer sie verstehen, steuern oder verbessern will, braucht dazu zwingend eine funktionsfähige Versorgungsforschung. Wer außerdem Innovationen im Kontext von Alltagssituationen bewerten will, kommt an einer leistungsfähigen Versorgungsforschung nicht vorbei. Darüber gibt es keinen Dissens in Deutschland. Förderprogramme des BMBF in den Aufbau von Forschungsstrukturen und für die Zusammenführung von Daten sowie die Verankerung des Innovationsfonds im Sozialgesetzbuch zeugen auch von der Bereitschaft, in die Entwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland zu investieren. Allein, es fehlt an den notwendigen Rechtsgrundlagen, aufgrund derer Finanzinvestitionen in die Versorgungsforschung zur Entwicklung einer nachhaltigen und leistungsfähigen Forschungsinfrastruktur heranreifen können. Ohne Daten gibt es keine Forschung, und ohne geeignete Rechtsgrundlage fehlt der deutschen Versorgungsforschung der notwendige Datenzugang. Der formale Anlass, um dieses „heiße Eisen“ anzupacken ist gegeben: Die anstehende Umsetzung der europäischen Datenschutzverordnung in deutsches Recht. Der Zeitrahmen dafür ist begrenzt, nämlich bis Ende 2018. Allzu lange sollte die (alte und die neue) Bundesregierung auch aus anderen Gründen nicht warten. Andere Parlamente, etwa im Vereinigten Königreich, haben den internationalen Wettbewerbsdruck längst erkannt und bereits gehandelt. In den nächsten Jahren wird sich entscheiden, ob Deutschland bei ‚Big Data‘ in der Versorgungsforschung führend oder langfristig ein internationales Nischendasein in der Versorgungsforschung führen wird. An dieser Frage wird sich auch entscheiden, ob Deutschland perspektivisch weiter ein Exportland von Gesundheitstechnologie sein oder zu einem Importland werden wird. Wer den Forschungsstandort Deutschland auch im Bereich der Versorgungsforschung an der Weltspitze halten will, muss jetzt die Ressorts Forschung, Gesundheit, Wirtschaft und Inneres dazu verpflichten, ein gemeinsames Aktionsprogramm Versorgungsforschung aufzulegen, welches baldmöglichst vom Bundestag beschlossen werden müsste.

>> Um die Voraussetzungen für die Versorgungsforschung in Deutschland langfristig günstiger zu gestalten, muss der Gesetzgeber jetzt mit Hochdruck an zwei Stellen ansetzen.

Erstens: Die Versorgungsforschung braucht für die meisten Fragestellungen Daten von Einzelpersonen und diese in möglichst langen Zeitreihen. Der Aufbau einer entsprechenden Forschungsdatenbank ist nach geltenden Rechtsmaßstäben im Bereich der Sozialdaten nur dann zulässig, wenn die Zielsetzung des Forschungsvorhabens eindeutig speziell diese Datensätze in Zeitreihe erfordert; nach Abschluss der Analyse muss die Forschungsdatenbank gelöscht werden (§ 75 SGB X). Das erhöht nicht nur massiv den Personal-, Zeit-, und Finanzaufwand,

Zusammenfassung

Datengrundlagen und Analysemöglichkeiten für die Versorgungsforschung nehmen rapide zu. Soll Deutschland als Forschungsstandort internationale Bedeutung behalten, reicht allein eine finanzielle Förderung der Versorgungsforschung nicht aus. Vielmehr bedarf es einer politischen Initiative zur Schaffung einer nationalen Forschungsinfrastruktur. Diese sollte auf dem Prinzip des data linkage von administrativen Daten, klinischen Daten und unstrukturierten Alltagsdaten beruhen. Notwendig ist dafür eine Rechtsgrundlage, die den Aufbau von Datenbanken über längere Zeitreihen und die Zusammenführung von Daten unterschiedlicher Quellen auf pseudonymisierte Einzelpersonen gestattet. Deutschland kann sich hierbei auf internationale Erfahrungen wie z.B. aus dem australischen Population Health Research Network stützen.

Schlüsselwörter

Digitalisierung, Big Data, Versorgungsforschung, Forschungsinfrastruktur, Forschungsstandort Deutschland

bis eine Auswertung überhaupt starten kann. Eine Forschungsdatenbank kann somit gewissermaßen auch nur im Rückspiegel aufgebaut werden, denn welche Forschungsfragen in fünf oder zehn Jahren relevant sein werden, vermag heute niemand präzise zu sagen. Heute bereits Datengrundlagen für künftige Forschungsfragen aufzubauen, fällt unter das Unwort „Vorratsdatenhaltung“ und ist verboten.

Zweitens: Die Versorgungsforschung muss, um aussagefähige und praktisch nutzbare Ergebnisse zu erzielen, Daten über Einzelpersonen aus einer zunehmenden Anzahl von Quellen zusammenführen. Dazu gehören z.B. Abrechnungsdaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsdaten aus anderen Bereichen der Sozialversicherung, Daten aus dem Melderegister sowie aus speziellen Registern (z.B. Krebsregister), Todeszeitpunkte und -ursachen, medizinische Befunddaten, Daten aus Biobanken, Daten zum Einkaufs- und Fahrverhalten, Daten aus stationären und mobilen Geräten über Abläufe des alltäglichen Lebens, sowie aus (fortlaufenden) Befragungen. Mit zwei Worten: Big Data. Da die – auf jeweils gleiche Personenidentitäten – notwendige Zusammenführung der Daten aus so unterschiedlichen Quellen, und womöglich über eine längere Zeitreihe, für die Zwecke der Versorgungsforschung nicht durch eine einzige Stelle geleistet werden kann, ist der Aufbau einer Forschungsinfrastruktur notwendig. Und die braucht eine Rechtsgrundlage. Datenhalter müssen verpflichtet werden, ihre Daten auf Anfrage in einer bestimmten Weise in einen „Pool“ zu geben. Die Koordinatoren dieses Prozesses benötigen Berechtigungen und müssen bestimmten Auflagen an den Datenschutz und die Datensicherheit genügen.

Wenn es gelingt, auf diesen beiden Baustellen in den kommenden zwei bis drei Jahren substantielle Fortschritte zur Errichtung einer Forschungsinfrastruktur in der Versorgungsforschung zu erzielen, dann bleibt der Forschungsstandort Deutschland weiterhin weltweit in der Spitzengruppe. Es ist völlig klar, dass hiermit eine sehr große Herausforderung verbunden ist. Aber: sie ist grundsätzlich leistbar, wie uns andere Länder beweisen.

Wieso eigentlich Versorgungsforschung?

Bevor wir uns internationalen Rollenmodellen für einen möglichen Forschungs-Entwicklungsplan in Deutschland widmen, noch einmal eine Reflexion. Warum erhebt die Versorgungsforschung im Grundsatz einen so breiten Anspruch auf Teilhabe am weltweit rapide wachsenden Datenschatz?

Versorgungsforschung überprüft, wie die medizinische Versorgung unter Alltagsbedingungen funktioniert und wirkt. Sie ergänzt damit unverzichtbar die klinische Forschung. Deren Ziel ist es, den Nachweis über Wirksamkeit und Sicherheit von Behandlungsmethoden zu führen. Dies aber ist nur unter kontrollierten Laborbedingungen möglich. Wäh-

rend die klinische Forschung zwei oder mehrere Behandlungsverfahren vergleicht, betrachtet die Versorgungsforschung Populationen, z.B. alle Versicherten mit Wohnort in bestimmten Regionen.

Versorgungsforschung untersucht die Anwendung und die im Alltag erreichten Ergebnisse von Behandlungsmethoden. Sie stellt die Frage „Was kommt tatsächlich bei den Patienten an?“ und ermittelt Einflussfaktoren, die unterschiedliche Inanspruchnahmemuster, Behandlungsverläufe oder Ergebnisse (Outcomes) erklären. Damit liefert sie wichtige Informationen zur Verbesserung der Organisation, der Prozesse und der Ergebnisse der medizinischen Versorgung. Sie ergänzt somit die „Laborergebnisse“ der klinischen Forschung.

Uneinheitliche Versorgung trotz einheitlicher Rahmenbedingungen

Es wäre grundfalsch anzunehmen, dass eine neue wissenschaftliche Erkenntnis im Bereich der klinischen Forschung oder ein neues Gesetz zur Regulierung des Gesundheitswesens einfach aufgrund ihres jeweiligen Allgemeingültigkeitsanspruchs einheitliche Ergebnisse in der realen Welt hervorrufen.

Versorgungsforschung deckt Lücken zwischen Anspruch und Wirklichkeit auf. So basieren nahezu alle Gesundheitssysteme der Industrieländer auf dem Leitbild, dass jeder Bürger, zumindest aber jeder Sozialversicherte, Anspruch auf eine medizinische Versorgung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse hat. Nahezu alle Versorgungs- und Versicherungssysteme zielen darauf, allen Bürgern in dieser Hinsicht verlässliche Rahmenbedingungen zu bieten.

Die Versorgungsforschung zeigt, dass trotzdem in allen Industrieländern erhebliche regionale und kleinräumige Versorgungsunterschiede bestehen. Die Gründe liegen teils in der Bevölkerungs- oder Versichertenstruktur und in allgemeinen, administrativ-ökonomischen Rahmenbedingungen, teils in der Organisation der Versorgungssysteme. Auch Abläufe und Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und das Verhalten Einzelner spielen eine Rolle. In großen Datenmengen lassen sich bestimmte Muster erkennen, die auf Ursachen regionaler Variationen schließen lassen, wie etwa verschiedene Gesundheits- und Versorgungsatlanten weltweit demonstrieren.

Abseits der standardisierten Laborbedingungen der klinischen Forschung ist es entscheidend, Relevanz und Wirkungsrichtung der verschiedenen möglichen Einflüsse zu kennen, um letztlich wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung bestimmen zu können. Dies gilt umso mehr, je komplexer die medizinische Versorgung wird. Welchen Effekt haben etwa die komplexen Therapieregime in der Onkologie, die in Abhängigkeit gendiagnostischer Befunde oft im Verlauf einer Krankheitsepisode mehrfach gewechselt werden müssen? Welche Bedeutung haben etwa die Versorgungsstrukturen bei Apotheken, Ärzten und Krankenhäusern, Bildungsstand, Wohnverhältnisse und andere Lebensumstände sowie die Compliance der Patienten im Verhältnis dazu? Inwieweit sind erwünschte und unerwünschte Ergebnisse abhängig von lokalen Rahmenbedingungen oder vom individuellen Verhalten der Behandler und ihrer Patienten?

Ohne Daten keine Forschung

Während klinische Forschung für jede Studie eigene Daten erhebt, benötigt Versorgungsforschung zwingend Zugang zu bestehenden „Alltagsdaten“; es ist viel zu aufwändig, für jede Fragestellung erneut flächendeckende Daten zur Versorgungslage von Bevölkerungsgruppen zu erheben.

Administrative Daten:

Üblicher Weise nutzt Versorgungsforschung vor allem sogenannte Routine- oder Sekundärdaten, also Daten, die primär für administrative Zwecke erhoben werden. Hierzu gehören z.B. Abrechnungsdaten von Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken aus der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch Angaben zum Versicherten und zum Versicherungsverhältnis, Leistungsdaten aus anderen Sozialversicherungszweigen, Daten von Einwohnermeldeämtern. Der Vorteil dieser Daten ist, dass sie den jeweiligen Ausschnitt der Bevölkerung nahezu vollständig erfassen und in der Regel populationsbezogen vollständig vorliegen. Nachteile bestehen darin, dass

- die Daten bei vielen Institutionen verstreut verwaltet werden und für Forschungszwecke nicht zugänglich sind. Zudem können sie nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand mit anderen Daten zusammengeführt werden.
- die erhobenen Datenmerkmale nur den administrativen Zwecken genügen müssen. Unter Gesichtspunkten der Forschung bleiben hierdurch viele Fragen offen, die nur durch zusätzliche Daten beantwortet werden können.

Klinische Daten:

Bei jeder ambulanten oder stationären Behandlung entsteht eine individuelle Dokumentation der Anamnese, der diagnostischen Befunde, der Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen, der Patientenpräferenzen sowie der Kontrollbefunde. Anhand dieser Daten ließen sich viele Fragen spezifischer als etwa auf Basis von Abrechnungsdaten beantworten. Diese Daten sind mangels strukturierter elektronischer Patientenakten bislang zumeist nicht elektronisch auswertbar. Auch sind die Inhalte der Dokumentation nicht abgestimmt oder vereinheitlicht. Zudem muss in jedem Einzelfall eine Einwilligung der Beteiligten zur Nutzung der Daten vorliegen. Wie u.a. im Rahmen der Nationalen Kohorte für eine vergleichsweise begrenzte Zahl von Probanden gezeigt, wäre auf dieser Basis eine Zusammenführung mit administrativen Routinedaten möglich. Sie scheitert außerhalb besonders geförderter Projekte aber meist am Aufwand.

Primärdaten:

In besonderen Fällen wird versucht, diese Lücken durch die zusätzliche Erhebung von Primärdaten zu schließen, etwa durch Befragungen von Versicherten, Ärzten oder Einrichtungen. Dies gelingt in der Regel nur im Rahmen von geförderten Studien. Danach stehen die Einzeldaten für weitere Analysen meist nicht mehr zur Verfügung und können auch nicht mit anderen Datenbeständen zusammengeführt werden. Einen Mittelweg zwischen klinischen Daten und Primärdaten eröffnen Register, die bereits erhobene klinische Daten für Zwecke der Versorgungsforschung in einem eigenen Datenbestand zusammenfassen. Typischerweise konzentrieren sich Register auf eine bestimmte Erkrankung (z.B. Krebserkrankungen, Herzinfarkt) oder Maßnahme (z.B. die Implantation einer Gelenkendoprothese).

Surveillance- bzw. Melderegisterdaten:

Diese Daten werden vorzugsweise auf gesetzlicher Grundlage von staatlichen oder staatlich beauftragten Institutionen erhoben und dienen der Überwachung bestimmter gesundheitlicher Gefahren für die Bevölkerung, z.B. durch Infektionskrankheiten. Formal besitzen sie Charakteristika sowohl von Primär- als auch Sekundärdaten. Teils stehen die erhobenen Daten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung in aggregierter Form und eingeschränktem Umfang zur Verfügung. Eine Verknüpfung mit anderen Datenquellen ist nicht möglich.

Unstrukturierte Alltagsdaten:

In rasender Geschwindigkeit entstehen parallel zu den bisher genannten Datenquellen Datenbestände, deren Namensgebung noch im Fluss ist. Die Nutzung des Internets, von sozialen Netzwerken, von Apps sowie von mobilen Endgeräten, die zunehmend mit Sensorik ausgestattet sind, schafft eine Fülle von Daten über Interessen, Meinungen und Verhaltensweisen von Individuen. Perspektivisch wird dieser Datenbestand durch das „Internet der Dinge“ gigantisch gesteigert werden. Diese Informationen gehören derzeit kommerziellen Anbietern und werden für kommerzielle Zwecke gehandelt und genutzt. Insbesondere durch die Zusammenführung der Informationen aus verschiedenen Quellen, lassen sich mit diesen Daten Profile erstellen, die viel über Lebensstil, Risikoneigung, gesundheitsfördernde oder –schädliche Verhaltensweisen sowie Entstehung und Umgang mit Krankheiten aussagen können. Dennoch stehen diese Daten der Wissenschaft, insbesondere der Versorgungsforschung, bisher nicht zur Verfügung.

Bei „Big Data“ muss Deutschland vom Zuschauer zum Akteur werden

Als „Big Data“ werden große personenbezogene oder -beziehbare, stark differenzierte Datenmengen bezeichnet, die mit Softwareunterstützung schnell auswertbar gemacht werden. Für manche scheint dies gleichbedeutend mit der Annahme, dass allein durch die Fülle an Informationen handlungsrelevante Muster erkennbar werden, manche haben schon das Ende theoriegeleiteter Analysen vorhergesagt. Diese Erwartung wird sicherlich enttäuscht werden. Vielfach ist auch die Qualität der Daten schlicht nicht ausreichend, um weitreichende Schlussfolgerungen zu ziehen. In diese Kategorie fallen viele der über mobile Geräte oder das Internet generierten Daten. So musste etwa Google seine Erwartung korrigieren, aufgrund von Häufigkeit und geografischer Entwicklung der Nutzung bestimmter Suchbegriffe im Internet z.B. Epidemien vorhersagen zu können. Gleichwohl müssen angesichts des rapide steigenden Datenvolumens rechtzeitig Weichen gestellt werden, um der Wissenschaft den Zugang zu potenziell relevanten Daten zu sichern. Ob und inwieweit Daten relevant sind, kann aber oftmals erst entschieden werden, wenn mit ihnen an konkreten Forschungsfragen gearbeitet wird. Derzeit scheint die Entwicklung von „Big Data“ an Deutschland weitestgehend vorbei zu gehen. Da die meisten Anbieter derjenigen Hard- und Software, die die entsprechenden Daten ihrer Nutzer generieren, aus dem Ausland kommen, fließen auch die unstrukturierten Alltagsdaten dorthin zurück. Zudem gelten viele der im Inland auch von deutschen Unternehmen erhobenen Daten als „proprietär“, also als Geschäftsgeheimnis.

Warum aber sollten die etwa in einem modernen Fahrzeug der Oberklasse bei jeder Fahrt generierten Daten allein dem Hersteller des Fahrzeugs gehören? Wem sollen künftig etwa die Daten der intelligenten Stromzähler in Häusern und Wohnungen gehören, mit denen das Alltagsverhalten der Bewohner abgebildet werden kann? Die Kenntnis, was und wie gut mit den Daten ausgesagt werden kann, darf aus Sicht einer effizienten Versorgungsforschung keinesfalls allein der internen Bewertung des Geräteanbieters oder des Stromkonzerns überlassen bleiben, denn dann bleiben der Öffentlichkeit auch die Gefahren verborgen, die potenziell mit einem solchen privaten Informationsvorsprung verbunden sind.

Ein zukunftsfähiges Forschungsdatennetz in Deutschland kann dem entgegenwirken. Eine leistungsfähige Versorgungsforschung benötigt ein Forschungsdatennetz, in dem Daten aus unterschiedlichen Quellen nach dem Prinzip von „Big Data“ permanent zusammengeführt und für bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen verantwortungsvoll ausgewertet werden können. Je umfassender der Datenbestand,

desto größer der Nutzen für die Versorgungsforschung. Mit Umfang und Nutzbarkeit der Daten steigt auch das Interesse potenzieller Kooperationspartner. Ein entsprechender „Datenkern“ wird, wie Beispiele aus Kalifornien zeigen, weitere „Datenspenden“ aus Universitäten, von Unternehmen und von Einzelpersonen erzeugen, wenn sich hierdurch weitere Erkenntnisse ergeben.

Grundzüge eines Forschungsdatennetzes für die Versorgungsforschung in Deutschland

Von internationalen Beispielen lernen

In den skandinavischen Ländern existieren seit Jahrzehnten amtliche Register für Routine- und Registerdaten; alle Einträge können jeweils eindeutig einem Bürger und z.B. dem behandelnden Arzt zugeordnet werden. Auf dieser Basis können Analysen über langfristige Behandlungsverläufe durchgeführt werden. Rückschlüsse darauf, welche Behandlungsmaßnahmen Qualität und Wirtschaftlichkeit fördern, sind dadurch möglich.

Ein anderes Beispiel liefert das australische Population Health Research Network (PHRN). Dies ist ein Zusammenschluss aller staatlichen Stellen auf regionaler und föderaler Ebene, die im australischen Gesundheitssystem über Routinedaten verfügen. Dank pseudonymisierter Datenzusammenführung (data linkage) können Wissenschaftler diese Daten nachträglich zur Erforschung von Einflüssen auf die gesundheitliche Entwicklung nutzen. So gewinnen sie zahlreiche Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten.

Das Beispiel Australiens scheint auf die Ausgangslage in Deutschland weitaus einfacher anwendbar als skandinavische Vorbilder. Eine Lehre aus diversen Projekten der Zusammenführung von Daten in Deutschland ist, dass das dezentral verteilte Wissen bei den Datenherren benötigt wird, um die Qualität der Daten und die Aussagefähigkeit zusammengeführter Daten zu sichern. Auch dies spricht eher für das australische Modell, in dem dieses Wissen seitens der Koordinatoren des PHRN und durch die Struktur des PHRN explizit eingebunden wird. Um das Wissen zu erhalten, müssen die Teildatenbestände auch weiterhin von den Quellen genutzt und gepflegt werden. Die Wissenschaft erhält somit gewissermaßen eine Kopie verfügbarer Daten.

Datentrias der Versorgungsforschung

Etwa 95% aller Deutschen gehen mindestens einmal jährlich zum Arzt. Routinedaten aus der Sozialversicherung erfassen die wichtigsten Ereignisse in der alltäglichen medizinischen Versorgung nahezu vollständig. Angaben aus Melderegistern könnten zudem weitere Informationslücken schließen. Eine populationsvollständige Routinedatengrundlage bildet das Rückgrat der Versorgungsforschung.

Die Routinedaten haben zwei Lücken: Zum einen sind sie oftmals nicht spezifisch genug. Zum anderen fehlen Informationen über das Geschehen zwischen Ereignissen, z.B. zwischen dem Besuch einer Arztpraxis und einem Krankenhausaufenthalt, die administrativ erfasst werden. Diese Lücken können durch eine geeignete Forschungsdateninfrastruktur schrittweise geschlossen werden.

Klinische Daten sind sehr gut dokumentiert. Sie liefern wesentlich spezifischere Informationen und folgen meist einer durch das Krankheits- und Behandlungsgeschehen bestimmten Struktur.

Die Daten aus dem Internet, aus Apps und von Sensoren der Endgeräte liefern schließlich wichtige Informationen über verlaufsbestimmende Ereignisse, Meinungen, Lebensumstände, Präferenzen und Verhaltensweisen der Patienten. Sie können ggf. durch Primärdaten aus Befragungen und Register ergänzt werden.



Abb. 1: Datentrias der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung braucht eine ständige, leistungsfähige Infrastruktur

Menge und Fülle der Daten schließen aus, die Datengrundlage für jede Fragestellung neu zu legen. Insofern müsste zunächst die langjährige Datenvorhaltung bei den Quellen in einer Weise gesichert werden, die auch später noch eine personenbezogene Zusammenführung von einzelnen Datensätzen mit denen anderer Quelldatenbanken erlaubt.

Auf Basis einer Rechtsgrundlage, die den dauerhaften Aufbau von Datenbanken zur Versorgungsforschung ermöglicht, sowie mittels einer Koordinationsstelle, die einen funktionsfähigen Datenzugang für die wissenschaftliche Nutzung gewährleisten kann, wäre zu erwarten, dass dann an mehr als einer Stelle zusammengeführte Datenbanken entstehen, deren Bestände von anderen Forschern mitgenutzt werden können. Anstelle einer einzigen Datentransparenzstelle etwa beim DIMDI würden bereits voraggregierte und gepflegte Datenbanken (bezogen auf den heutigen Stand in Deutschland z.B. die AOK Versichertenstichprobe Hessen und die Daten von vier Krankenkassen an der Universität Bremen) für eine Fragestellung gemeinsam analysiert und ggf. mit weiteren ergänzenden Daten (etwa aus Krebsregistern, dem Gesundheits-survey DEGS und Versichertenbefragungen) kombiniert werden können.

Es ist davon auszugehen, dass hierdurch bestimmte Datenbanken als „Bausteine“ für Studien der Versorgungsforschung entstehen, die zunächst im Zuge einer Studie entwickelt werden und dann von Dritten wiederum als eine von mehreren Quellen weitergenutzt werden können.

Dieses Modell hätte den Charme, dass extreme Engpasssituationen vermieden werden wie sie derzeit beim DIMDI oder in Forschungsdatenzentren des Statistischen Bundesamts mit monate- und jahrelangen Verzögerungen von Auswertungsergebnissen bestehen.

Zuerst Routinedaten zusammenführen

Grundlage einer Forschungsinfrastruktur für die Versorgungsforschung in Deutschland sollte daher ein Data Linkage bestehender Routinedaten sein. Deren Kern wiederum sollten die Abrechnungsdaten in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der privaten Krankenversicherung sein. Diese sind heute auf viele datenhaltende Stellen verteilt und somit faktisch nicht in zusammengeführter Form auswertbar. Die Datentransparenzverordnung (DaTraV) hat auf Basis der Daten des Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen einen Anfang gemacht. Die Daten können bezogen auf pseudonymisierte Krankenversicherungsnummern ausgewertet werden. Der Datenbestand ist jedoch unvollständig, zum Zeitpunkt der Auswertung veraltet und das Verfahren der Auswertung ungeeignet, um von einer Vielzahl von Wissenschaftlern mit kurzen Bearbeitungszeiten genutzt werden zu können.

Zudem sind weitere Routinedaten notwendig. Daten aus anderen Zweigen der Sozialversicherung, wie z.B. das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit, die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen, ein Renteneintritt, das Vorliegen von Arbeitslosigkeit etc. sind wichtige Informationen, die in den Daten der gesetzlichen Krankenversicherung fehlen. Dort finden sich auch wichtige epidemiologische Rahmendaten, etwa zur Geburt, zum Wohnort, zum Bildungsstand sowie zu Todeszeitpunkt und -ursache, die nicht extra erhoben werden müssten.

Hierfür kann Deutschland sich am Erfolgsmodell des australischen PHRN orientieren. Dies geht noch über die im aktuellen Aktionsplan Versorgungsforschung des BMBF bereits vorgesehenen forschungsbezogenen Datenregister hinaus. Notwendig ist eine gesetzliche Grundlage, mit welcher der Gesetzgeber einen in der Forschung verwurzelten Akteur oder ein Konsortium mit der Koordinationsaufgabe des Data Linkage bestehender Datenquellen beleiht.

Die Zukunft von Anfang an mitdenken

Auch ein deutsches Forschungsdatennetz in der Versorgungsforschung aus methodischen Gründen müsste bei den Routinedaten der Sozialversicherung und staatlicher Stellen seinen Ursprung nehmen. Der Gesetzgeber dürfte hier aber nicht Halt machen. Die technologische Entwicklung schafft einen die Routinedaten schnell übersteigenden Bestand an weitgehend unstrukturierten Alltagsdaten von zunehmender epidemiologischer Relevanz. Hier sollte nach dem gleichen Grundsatz verfahren werden wie bei den Routinedaten: Daten, die für administrative oder kommerzielle Gründe „sowieso“ erhoben werden, werden der Versorgungsforschung zugänglich gemacht. Dies würde bedeuten, dass Deutschland von Unternehmen, die im Internet, per App oder Sensor Daten erheben, eine Kopie der Daten zur wissenschaftlichen Nutzung einfordert. Um für Fragestellungen der Versorgungsforschung genutzt werden zu können, sollten auch diese Daten, soweit technisch möglich, dem Nutzer in pseudonymisierter Form zugeordnet werden.

Literatur

- Garbe E, Pigeot I. (2015) Der Nutzen großer Gesundheitsdatenbanken für die Arzneimittelrisikoforschung. Bundesgesundheitsbl. 58: 829. doi:10.1007/s00103-015-2185-7
- Jacobs S, Stallmann C, Pigeot I. (2015) Verknüpfung großer Sekundär- und Registerdatenquellen mit Daten aus Kohortenstudien Bundesgesundheitsbl. 58: 822. doi:10.1007/s00103-015-2184-8
- Swart, E., Stallmann, C., Powietzka, J. et al. (2014) Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten Ein Zugewinn auch für die kleinräumige Versorgungsforschung in Deutschland? Bundesgesundheitsbl. 57: 180. doi:10.1007/s00103-013-1892-1
- Swart, E., Thomas, D., March, S. et al. (2011) Die Eignung von Sekundärdaten zur Evaluation eines Interventionsprojekts. Præv Gesundheitsf 6: 305. doi:10.1007/s11553-011-0309-y
- Aspinall EJ, Hutchinson SJ, Janjua NZ, et al. (2015) Trends in mortality after diagnosis of hepatitis C virus infection: an international comparison and implications for monitoring the population impact of treatment. J Hepatol.62(2):269-77. PubMed PMID: 25200903. Epub 2014/09/10. eng.
- Falster MO, Jorm LR, Douglas KA, Blyth FM, Elliott RF, Leyland AH. (2015) Sociodemographic and health characteristics, rather than primary care supply, are major drivers of geographic variation in preventable hospitalizations in Australia. Med Care. 53(5):436-45. PubMed PMID: 25793270. Pubmed Central PMCID: Pmc4396734. Epub 2015/03/21. eng.
- Holman CD, Bass AJ, Rouse IL, Hobbs MS. (1999) Population-based linkage of health records in Western Australia: development of a health services research linked database. ANZJPH 23 (5): 453-459
- <http://www.phrn.org.au/>

Datenspende ermöglichen

Schafft der Gesetzgeber die Voraussetzungen für eine Infrastruktur, die eine regelhafte Auswertung zusammengeführter administrativer Routinedaten und unstrukturierter Alltagsdaten ermöglicht, sind wesentliche Elemente eines zukunftsfähigen Forschungsdatennetzes vorhanden, welches durch Datenspenden aus dem Bereich der medizinischen Befunddaten ergänzt werden könnte.

Weiterer wichtiger Bestandteil eines zukunftsfähigen Forschungsdatennetzes müssen deshalb flexible Regeln zur Ermöglichung von Datenspenden sein. Schon heute ist es Einzelpersonen möglich, der Nutzung ihrer klinischen Daten für Forschungszwecke zuzustimmen. Aufgrund der besonderen Sensibilität der klinischen Daten dürfte dieses Einwilligungsmodell auch weiterhin Grundlage für die Einbeziehung klinischer Daten in das Forschungsdatennetz bleiben.

Heute existieren jedoch vielfache rechtliche Hürden, um klinische Daten z.B. mit administrativen Routinedaten der Sozialversicherung zusammenzuführen, selbst wenn die Einwilligung der beteiligten Patienten und Ärzte vorliegt.

In Zeiten einer zunehmenden Subspezialisierung der Medizin, der Entwicklung sogenannter personalisierter Therapien sowie einer rasanten medizinischen und medizintechnischen Entwicklung, die ihrerseits wie etwa in der Humangenetik enorme Datenmengen generiert, bilden klinische Daten den dritten unverzichtbaren Pfeiler des deutschen Forschungsdatennetzes.

Aufgrund der besonderen Präzision und des steigenden Informationsgehalts klinischer Daten müssen diese auf der Grundlage des Prinzips der Datenspende, nämlich durch Einwilligung der Patienten, Bestandteil des Datenkörpers werden können. Im Rahmen der Einwilligung können hierbei Art und Umfang der Auswertungsmöglichkeiten und besondere Anforderungen an den Datenschutz im Bedarfsfall individuell geregelt werden.

Datenschutzregeln an veränderte Bedingungen adaptieren

Internationale Erfahrungen belegen, dass der Umgang mit solchen komplexen Datenbanken mit wirksamen Datenschutzerfordernissen verbunden werden kann. Für jeden wissenschaftlichen Nutzer einer Datenbank im Netz könnte gelten, dass der Zugang nur über einen jeweils zentralen Datenzugang erfolgt. Teile des Datenkörpers werden nicht an einzelne Forscher abgegeben. Somit können sämtliche Datenzugriffe überprüft und etwa nach dem dänischen Modell sanktioniert werden. Dort erfolgt der Datenzugang für einzelne Forscher immer über eine Institution, z.B. die Universität. Verletzt ein Forscher den Datenschutz,

Autorenerklärung

Dieser Beitrag entstand im Zusammenhang der Arbeit von Dr. Dominik Graf von Stillfried als Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi). Der Autor dankt Frau Prof. Iris Pigeot, Bremen, sowie Mitarbeitern des Zentralinstituts für wertvolle Kommentare.

Making big data work for health sciences in Germany – What needs to be done now

In spite of uniform regulation health care is subject to geographic variation within each health system. In order to know what is actually happening to the patients, and why, we need health services research. The answers can be drawn from various sources of data, administrative, clinical, and personal. Relevant data is created by an ever increasing degree of digitalization of day-to-day-life. Germany, however, has not yet made proper use of its data sources for health services research. In order to stay abreast with other countries Germany now needs to embark on a program to create a lasting data infrastructure for scientific research. There needs to be a legal basis to allow for long time series of personally identifiable data as well as data linkage across the various data bases. In doing so, Germany can refer to prior experiences in other countries such as in the Australian Population Health Research Network.

Keywords

digitalization of all aspect of life, big data, health services research, life sciences, research infrastructure, international competition

wird der Datenzugang für die gesamte Institution zunächst befristet, im Wiederholungsfall vollständig gesperrt. Zusammen mit technischen Maßnahmen des Datenschutzes, wie etwa geeigneter Pseudonymisierung der Namensbezüge, können entsprechende Sanktionsmaßnahmen die Einhaltung der Datenschutzerfordernisse wirksam unterstützen.

Jetzt beginnen und den Anschluss nicht weiter verlieren

Die Errichtung eines deutschen Forschungsdatennetzes für die Versorgungsforschung ist ein maßgebliches Infrastrukturprojekt. Auch unter Nutzung internationaler Vorerfahrungen hat ein solches Projekt eine Entwicklungszeit von etwa zehn Jahren – von der Beratung im Bundestag bis zur praktischen Nutzung für Wissenschaftler. Wer will, dass die Versorgungsforschung im Jahr 2030 maßgebliche Beiträge zur Verbesserung des deutschen Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung in anderen Industrieländern leistet, muss heute dafür die Voraussetzungen schaffen. Zum Einstieg sollte bereits das Zeitfenster zur Implementierung der europäischen Datenschutzrichtlinie genutzt werden. Zur Vorbereitung eines beratungsfähigen Gesetzentwurfs wäre deshalb ein Schritt noch in dieser Legislaturperiode erforderlich, etwa die Einrichtung einer gemeinsamen Kommission von Experten, die auf Basis internationaler Erfahrungen bis Anfang 2018 einen technischen und organisatorischen Verfahrensvorschlag inklusive ggf. erforderlicher Rechtsänderungen entwickelt. Wer könnte diesen Schritt wirksam vornehmen? Hier wäre vermutlich das Kanzleramt am Zuge. <<

Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried

ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) in Berlin. Von 2006 bis 2008 war er Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, von 1998 bis 2006 Leiter des Dezernates Grundsatzfragen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von 1996 bis 1998 leitete er das Sachgebiet Managed Care bei der BARMER Ersatzkasse.

Kontakt: DStillfried@zi.de



Josephine Jacob, MPH
Dr. med. Jochen Walker

Dr. med. Dirk Sunder-Plassmann, MPH

Evaluation eines Integrierten Versorgungs- vertrages zur Versorgung von Patienten mit chro- nischer Herzinsuffizienz

Eine Matched Pair-Analyse auf Basis von GKV-Routinedaten

Die Herzinsuffizienz stellt eine der medizinisch und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Erkrankungen in Deutschland dar (Neumann et al. 2009; Gensichen et al. 2004; Zugck et al. 2010; Willich et al. 2013; Buhr et al. 2007). Die Prävalenz der Herzinsuffizienz ist stark altersabhängig, so dass davon auszugehen ist, dass die Kosten für Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz angesichts der alternden deutschen Bevölkerung in den nächsten Jahren ansteigen werden. Ein Großteil der Behandlungskosten der Herzinsuffizienz entstehen im stationären Bereich (Zugck et al. 2010). Vor diesem Hintergrund haben effektive integrierte Versorgungsprogramme das Potenzial, die Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten zu verbessern und gleichzeitig Dekompensationen, die besonders häufig im stationären Setting behandelt werden, zu verhindern. Effektive neue Versorgungsprogramme ermöglichen es, die Behandlungsabläufe besonders im ambulanten Bereich zu optimieren und die Patienten aktiv in das Behandlungskonzept einzubinden (Buhr et al. 2007).

>> Angelehnt an das HeartNetCare-HF™ (Angermann et al. 2012; Gelbrich et al. 2014; Güder et al. 2015) bieten die an dem Selektivvertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKK) des Landesverbandes Mitte Versicherten mit chronischer Herzinsuffizienz seit 2011 ein zusätzliches integriertes Versorgungsprogramm an. Die Ärztenetze GO-LU, Ludwigshafen/Rhein, und PRAVO, Speyer, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau Hessen, Rheinland Pfalz und Saarland sowie die IKK Südwest schlossen einen integrierten Versorgungsvertrag gemäß § 140a SGB V, im Folgenden Integriertes Versorgungs-Modell genannt.

Die Versorgung der Patienten soll durch eine kontinuierliche Betreuung durch den Hausarzt, den Kardiologen und die Etablierung von abgestimmten Behandlungspfaden unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der gültigen nationalen und internationalen Leitlinien verbessert und die Hospitalisierungsrate reduziert werden. Eine spezialisierte Herzinsuffizienz-Nurse soll medizinische Parameter überwachen, die auf eine Dekompensation der Herzinsuffizienz hinweisen und durch frühzeitige Interventionen unnötige Krankenhausaufenthalte verhindern.

Das Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin (InGef) hat in einer kontrollierten Längsschnittstudie auf Basis von

Zusammenfassung

Die chronische Herzinsuffizienz stellt eine gesundheitsökonomisch relevante Erkrankung in Deutschland dar. In einer Längsschnittstudie basierend auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mittels Propensity Score Matching ein Integrierter Versorgungsvertrag (IV) evaluiert, dessen Ziel es ist, die Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten zu verbessern und Hospitalisierungen zu vermeiden. Untersucht wurde, wie sich die patientenseitige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in der Interventionsgruppe im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bestehend aus Patienten in der Regelversorgung in einem Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten entwickelt hat. Es zeigten sich Vorteile zu Gunsten der Teilnehmer am IV-Modell hinsichtlich Gesamtbehandlungskosten und stationärer Leistungskosten sowie für die Gesamtzahl der Hospitalisierungen und die Anzahl der Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz. Die ambulanten Behandlungskosten hingegen waren in der Nicht-Teilnehmergruppe niedriger. Die beobachteten Unterschiede in den stationären Behandlungskosten entstehen nicht durch geringere Behandlungskosten der Indikation Herzinsuffizienz und könnten zum Teil auf eine selektionsbedingte höhere Komorbidität der nicht am IV-Modell teilnehmenden Patienten zurückgeführt werden.

Schlüsselwörter

Evaluation Selektivvertrag, Integrierte Versorgung, Nursing, chronische Herzinsuffizienz, Routinedaten, Ärztenetz

Routinedaten untersucht, wie sich die patientenseitigen Parameter in der Interventionsgruppe (IV) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bestehend aus Patienten in der Regelversorgung (RV) in einem Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten entwickelt haben. Die hier dargestellten Ergebnisse zielen darauf ab, etwaige Zusammenhänge zwischen einer zusätzlichen Betreuung durch das Integrierte Versorgungs-Modell und patientenseitigen Parametern zu untersuchen. Im Fokus standen dabei insbesondere Fragestellungen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Betrachtung der Behandlungskosten, Krankenhauseinweisungen und Zuweisungen aus dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Methoden

Die Studie untersucht die Effektivität des Integrierten Versorgungs-Modells im Vergleich zur Regelversorgung. Die Studie wurde als Beobachtungsstudie im Kontrollgruppendedesign durchgeführt. Die Einschlusskriterien für die beiden untersuchten Gruppen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Ausgewertet wurden anonymisierte Routinedaten von 1.035 Teilnehmern am Integrierten Versorgungs-Modell des BKK Landesverband Mitte und von ca. vier Millionen Versicherten in der InGef Forschungsdatenbank, aus der die potenzielle Vergleichsgruppe rekrutiert wurde. Für beide Gruppen lagen Daten aus den Jahren 2009-2014 vor.

Es wurden verschiedene patientenseitige Parameter in einem Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten untersucht, u.a. Gesamtbehandlungskosten, stationäre Behandlungskosten, Anzahl der Hospitalisierungen und Höhe der Zuweisung durch den Morbi-RSA.

Den Patienten aus der IV wurden mittels Propensity Score Matching (PSM) eine Gruppe Vergleichspartner aus der RV zugeteilt. Diese ähneln den Teilnehmern hinsichtlich verschiedener beobachtbarer soziodemographischer und klinischer Charakteristika, sodass die beiden Gruppen sich nur noch hinsichtlich der Teilnahme am Nursing Modell unterscheiden.

Der Propensity Score (PS), der die bedingte Wahrscheinlichkeit wiedergibt, dass ein Versicherter in das Integrierte Versorgungs-

Einschlusskriterien			
Gruppe	Datenbasis	Kriterien	Vollbeobachtbarkeit
Interventionsgruppe (IV)	Versichertenkollektiv des BKK Landesverband Mitte.	Versicherte mit Herzinsuffizienzdiagnose, die zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12.2013 in das Integrierte Versorgungs-Modell eingeschrieben wurden. Das Quartal der Einschreibung wurde als Indexquartal definiert.	Berücksichtigt werden ausschließlich Patienten, die in den 12 Monaten vor dem Indexquartal vollbeobachtbar waren und die in 12 Monaten nach dem Indexquartal vollbeobachtbar waren oder verstorben sind.
Potenzielle Kontrollgruppe Regelversorgung (RV)	HRI Forschungsdatenbank	Versicherte mit Wohnsitz in Westdeutschland, für die in einem zufällig gebildeten Indexquartal ¹ eine Herzinsuffizienzdiagnose dokumentiert war und die nicht in das Integrierte Versorgungs-Modell eingeschrieben wurden.	

Tab. 1: Einschlusskriterien. Legende: 1= Den Patienten in der RV wurde, basierend auf der Verteilung der Indexdaten in der Interventionsgruppe, ein zufälliges Indexdatum zugeteilt.

Flow Chart			
Interventionsgruppe (IV)	N	potenzielle Kontrollgruppe (RV)	N
Kriterium		Kriterium	
Versicherte, die zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12.2013 in das Integrierte Versorgungs-Modell eingeschrieben wurden.	1.035	Versicherte, die zwischen dem 01.01.2012 und dem 31.12.2013 mindestens einen Tag in Westdeutschland wohnhaft waren und bei denen mindestens eine Herzinsuffizienzdiagnose in diesem Zeitraum dokumentiert wurde.	221.808
Versicherte, für die im Quartal des Indexdatums (Indexquartal) eine Herzinsuffizienzdiagnose dokumentiert wurde.	918	Versicherte für die im Quartal eines zufällig gebildeten Indexdatums in 2012 oder 2013 eine Herzinsuffizienzdiagnose dokumentiert wurde.	40.750
Versicherte, die in den 12 Monaten vor dem Indexdatum und in den 12 Monaten nach dem Indexdatum vollbeobachtbar waren oder im Nachbeobachtungszeitraum verstorben sind.	891	Versicherte, die in den 12 Monaten vor dem Indexdatum und in den 12 Monaten nach dem Indexdatum vollbeobachtbar waren oder verstorben sind und in Rheinland-Pfalz oder Baden-Württemberg gelebt haben.	7.547
Versicherte, für die ein passender Partner nach PSM gefunden werden konnte.	791	Versicherte, für die ein passender Partner nach PSM gefunden werden konnte.	791

Tab. 2: Flow Chart

Modell eingeschrieben wurde in einem Vorbeobachtungszeitraum von 12 Monaten vor dem Indexquartal gebildet. Die Teilnahme-wahrscheinlichkeit wurde in Abhängigkeit verschiedener soziode-mographischer und klinischer Charakteristika der Patienten modelliert (Rosenbaum und Rubin 1983). Als unabhängige Variable wurden u.a. Alter, Geschlecht und das höchste NYHA Stadium im Vorzeitraum berücksichtigt. Eine komplette Liste aller berücksichtigten Kovariaten findet sich in Abbildung 1.

Die Bildung der paired matches aus IV und RV erfolgte in zwei Schritten:

1. Bestimmung des PS für jeden Patienten mittels logistischer Regression. Dazu wurde die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme am Integrierten Versorgungs-Modell mittels beobachtbarer Kovariaten modelliert ($=\log(p/(1-p))$).
2. Auswahl der Probanden aus IV und RV mit ähnlichem PS. Das PSM erfolgte ohne Zurücklegen und unter Anwendung eines Calipers von $\leq 0,2$ Standardabweichungen, i.e. die absolute Differenz der PS der gematchten Patienten in IV und RV durfte nicht mehr $0,2$ Standardabweichungen des PS der gesamten Studienpopulation betragen.

Zur Überprüfung der Balance zwischen den gepaarten Gruppen wurde die standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) gebildet. Eine SMD $>10\%$ wurde als unzureichende Balance zwischen den Gruppen angesehen (Normand et al. 2001).

Da für einige Variablen durch das PSM keine Balance erreicht werden konnte, wurde anschließend ein hierarchisches lineares Modell (HLM) berechnet, das zur Analyse hierarchisch strukturierter Daten genutzt werden kann (Farin 2005; Nelder und Wedderburn 1972; Sascha Walter und Oliver Rack 2006). In unserem Anwendungsfall wurde davon ausgegangen, dass die Paare aus der Teilnehmer- und der Nichtteilnehmergruppe jeweils eine Gruppe bilden. Dieses Verfahren ermöglicht es für zusätzliche Variablen zu adjustieren, die während des PSM nicht berücksichtigt wurden bzw. nicht balanciert werden konnten. In das HLM gingen die Gruppenzugehörigkeit (IV vs. RV) sowie der Inzidenzstatus der Herzinsuffizienzdiagnose und der jeweils untersuchte Inanspruchnahme-Parameter im Vorzeitraum ein. Modelliert wurden die folgenden Zielvariablen: Gesamtleistungskosten und die Kosten aus drei Hauptleistungsbereichen (ambulant, stationäre, Arzneimittel), Morbi-RSA Zuweisungen und Anzahl der stationären Behandlungsfälle.

Ergebnisse

Für den oben genannten Evaluationszeitraum standen die Routedaten von 1.035 Versicherten der BKKen des Landesverband Mitte und die Forschungsdatenbank der HRI zur Verfügung.

Insgesamt erfüllten 8.438 Patienten alle Einschlusskriterien für die Analyse, davon 891 in der IV und 7.547 in der RV (vergleiche Tab. 2).

Nach dem PSM konnten 791 Paare analysiert werden. Während sich vor Durchführung des PSM deutliche Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen und klinischen Charakteristika zwischen der IV und RV zeigten, lag die SMD für den Großteil der Kovariaten nach PSM unter 10% (vergleiche Abb. 1). Lediglich hinsichtlich der Inzidenz der Herzinsuffizienzdiagnose im Vorbeobachtungszeitraum unterschieden sich IV und RV nach PSM weiterhin. Es scheint, dass besonders Patienten mit einer inzidenten Herzinsuffizienzdiagnose in die Interventionsgruppe eingeschlossen wurden. Hinsichtlich verschiedener, im Vorzeitraum gemessener Inanspruchnahme-Para-

Standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) der Kovariaten vor und nach PSM

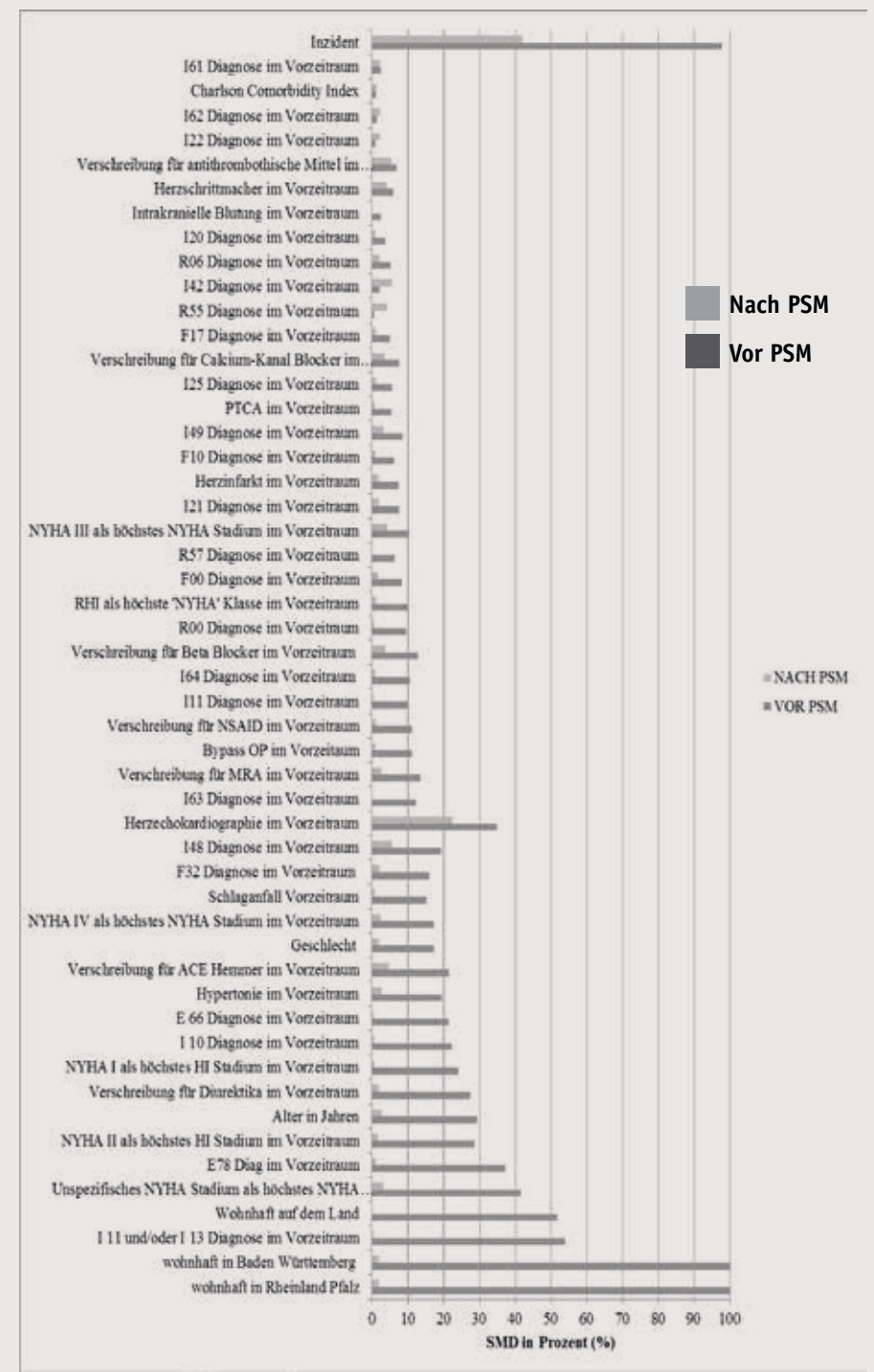


Abb. 1: Standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) in Prozent der Kovariaten vor und nach PSM.

meter, wie der Gesamtzahl der Hospitalisierungen, waren nach PSM keine größeren Unterschiede in der SMD mehr zu beobachten (s. Abb.1 und 2).

Nach PSM und zusätzlicher Adjustierung für den Inzidenzstatus der Herzinsuffizienzdiagnose mittels HLM zeigten sich signifikante Unterschiede in den Gesamtbehandlungskosten, stationären und ambulanten Behandlungskosten (vergleiche Tabelle 3). Die stationären Behandlungskosten waren in der IV deutlich niedriger als in der RV. Dieser Unterschied war allerdings nicht auf stationäre Behandlungskosten aufgrund von Herzinsuffizienz zurückzuführen. Hinsichtlich dieser zeigten sich keine signifikanten

Unterschiede. Bei detaillierter Analyse der Hauptentlassungsdiagnosen vollstationärer Behandlungsfälle zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Indikationen zwischen den beiden Gruppen. Die beobachteten stationären Kostenunterschiede zugunsten der IV sind überwiegend auf Indikationen außerhalb des kardiovaskulären Formenkreises zurückzuführen. Die größten Unterschiede in den mittleren Kosten zwischen RV und IV wurden für die ICD Kapitel A*/B* (Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten), D* (Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems) und J* (Krankheiten des Atmungssystems) beobachtet (vergl. Abb. 3).

Die ambulanten Behandlungskosten waren in RV signifikant niedriger als in der IV. Die mittlere Anzahl der Hospitalisierungen und der Hospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienzdiagnose waren in der IV signifikant niedriger als in der RV. Hinsichtlich der mittleren Arzneimittelkosten und der Morbi-RSA Zuweisungen im Nachbeobachtungszeitraum konnten keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden.

Die signifikanten Unterschiede in den Gesamtbehandlungskosten können zum größten Teil auf die Unterschiede in den stationären Behandlungskosten zurückgeführt werden (vgl. Tab 3 und Abb. 3).

Diskussion

Die Analysen zeigen, dass sich Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern am Integrierten Versorgungs-Modell nachweisen lassen. Signifikante Unterschiede zu Gunsten der IV wurden für die Gesamtleistungskosten, stationäre Behandlungskosten, Hospitalisierungen und Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz nachgewiesen. Die ambulanten Behandlungskosten hingegen waren signifikant niedriger in der RV. Teile der signifikant niedrigeren ambulanten Behandlungskosten in der RV können auf die Zusatzkosten für das Integrierte Versorgungs-Modell in der IV zurückgeführt werden. Fast die Hälfte des beobachteten Kostenunterschieds kann auf diese zusätzliche Vergütung zurückgeführt werden.

Die signifikant niedrigeren Gesamtbehandlungskosten in der IV sind größtenteils auf die geringeren stationären Behandlungskosten zurückzuführen (vergleiche Tabelle 3). Da die stationären Behandlungskosten aufgrund einer Herzinsuffizienz in beiden Gruppen ähnlich hoch waren, können die stationären Kostenvorteile nicht auf die verbesserte Versorgung der Herzinsuffizienz durch das Integrierte Versorgungs-Modell im engeren Sinne zurückgeführt werden. Vielmehr hat sich gezeigt, dass Teile der Ausgabenunter-

Standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) ausgewählter Inanspruchnahme-Parameter im Vorzeitraum vor und nach PSM

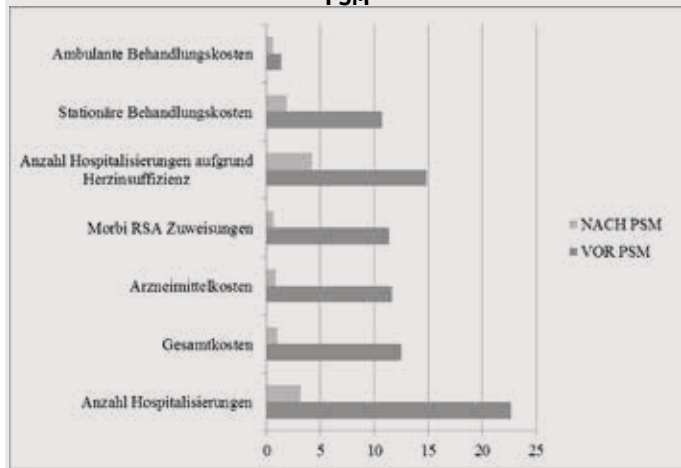


Abb. 2: Standardisierte Mittelwertsdifferenz (SMD) in Prozent ausgewählter Inanspruchnahme-Parameter im Vorzeitraum vor und nach PSM.

Unterschied Mittlere Behandlungskosten zwischen RV-IV für ausgewählte Hauptentlassungsdiagnosen im Nachbeobachtungszeitraum

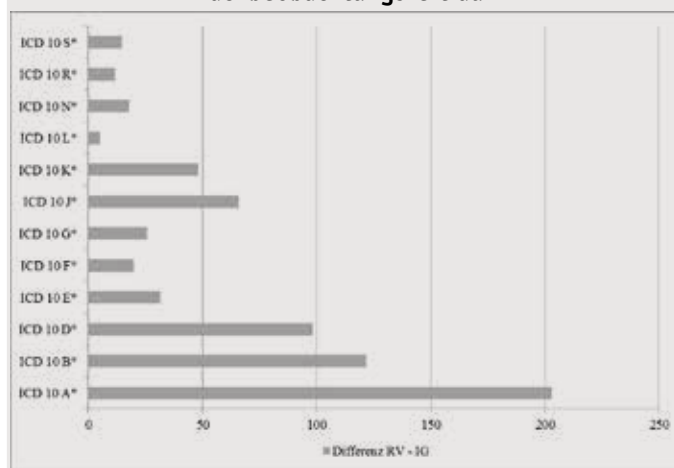


Abb. 3: Unterschied mittlere Behandlungskosten in Euro zwischen RV-IV für ausgewählte Hauptentlassungsdiagnosen im Nachbeobachtungszeitraum.

Mittelwerte und Differenz (IV – RV) ausgewählter Inanspruchnahme-Parameter im Nachbeobachtungszeitraum

Parameter	IV Mittelwert (SE)	RV Mittelwert (SE)	Differenz in Euro (IV - RV)	P-Wert
Gesamtbehandlungskosten (Euro)	9.024 (532)	10.760 (907)	-1.736	0,0305
Stationäre Behandlungskosten (Euro)	4.644 (461)	6.832 (833)	-2.188	0,003
Stationäre Behandlungskosten aufgrund Herzinsuffizienz (Euro)	930 (267)	978 (229)	-48	0,8946
Arzneimittelkosten (Euro)	1.392 (52)	1.405 (72)	-13	0,8934
Ambulante Behandlungskosten (Euro)	1.847 (41)	1.209 (67)	638	<0,0001
Zusatzvergütung Nursing Modell (Teil der amb. Behandlungskosten) (Euro)	310 (9)	0 (0)	310	<0,0001
Morbi RSA Zuweisungen (Euro)	5.721 (202)	5.260 (275)	461	0,105
Anzahl Hospitalisierungen aufgrund Herzinsuffizienz	0,10 (0,14)	0,21 (0,15)	-0,11	0,0002
Anzahl Hospitalisierungen (gesamt)	0,82 (0,06)	1,24 (0,07)	-0,42	<0,0001

Tab. 3: Mittelwerte und Differenz (IV – RV) ausgewählter Inanspruchnahme-Parameter im Nachbeobachtungszeitraum.

Literatur

Sascha Walter, und Oliver Rack. 2006. „Eine anwendungsbezogene Einführung in die Hierarchische Lineare Modellierung (HLM)“. In Methodik der empirischen Forschung, herausgegeben von Sönke Albers, Daniel Klapper, Udo Konradt, Achim Walter, und Joachim Wolf, 293–310. Deutscher Universitäts-Verlag.

Angermann, Christiane E., Stefan Störk, Götz Gelbrich, Hermann Faller, Roland Jahns, Stefan Frantz, Markus Loeffler, Georg Ertl, und Competence Network Heart Failure. 2012. „Mode of Action and Effects of Standardized Collaborative Disease Management on Mortality and Morbidity in Patients with Systolic Heart Failure: The Interdisciplinary Network for Heart Failure (INH) Study“. *Circulation. Heart Failure* 5 (1): 25–35. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.962969.

Buhr, Christiane, Till Neumann*, Nina Kolbe, Stefan Sack, und Raimund Erbel. 2007. „Neue Versorgungsstrukturen für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“. *Herz/Kreisläufersystem* 32 (8): 618–22. doi:10.1007/s00059-007-3076-y.

Farin, E. 2005. „Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung“. *Die Rehabilitation* 44 (3): 157–64. doi:10.1055/s-2004-834785.

Gelbrich, Götz, Stefan Störk, Sonja Kreißl-Kemmer, Hermann Faller, Christiane Prettin, Peter U. Heuschmann, Georg Ertl, und Christiane E. Angermann. 2014. „Effects of Structured Heart Failure Disease Management on Mortality and Morbidity Depend on Patients' Mood: Results from the Interdisciplinary Network for Heart Failure Study“. *European Journal of Heart Failure* 16 (10): 1133–41. doi:10.1002/ejhf.150.

Gensichen, Jochen, Martin Beyer, C. Kuver, Hongmei Wang, und Ferdinand M. Gerlach. 2004. „Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung—Ein kritischer Review“. *ZEITSCHRIFT FÜR ARZTLICHE FORTBILDUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG* 98 (2): 143–154.

Güder, Gülmalisal, Stefan Störk, Goetz Gelbrich, Susanne Brenner, Nikolas Deubner, Caroline Morbach, Julia Wallenborn, Dominik Berliner, Georg Ertl, und Christiane E. Angermann. 2015. „Nurse-Coordinated Collaborative Disease Management Improves the Quality of Guideline-Recommended Heart Failure Therapy, Patient-Reported Outcomes, and Left Ventricular Remodelling“. *European Journal of Heart Failure* 17 (4): 442–52. doi:10.1002/ejhf.252.

Nelder, J. A., und R. W. M. Wedderburn. 1972. „Generalized Linear Models“. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (General)* 135 (3): 370. doi:10.2307/2344614.

Neumann, Till, Janine Biermann, Anja Neumann, Jürgen Wasem, Georg Ertl, Rainer Dietz, und Raimund Erbel. 2009. „Herzinsuffizienz: Häufigster Grund für Krankenhausaufenthalte“. *Deutsches Ärzteblatt* 106 (16): 269–275.

Normand, S. T., M. B. Landrum, E. Guadagnoli, J. Z. Ayanian, T. J. Ryan, P. D. Cleary, und B. J. McNeil. 2001. „Validating Recommendations for Coronary Angiography Following Acute Myocardial Infarction in the Elderly: A Matched Analysis Using Propensity Scores“. *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (4): 387–98.

Rosenbaum, Paul R., und Donald B. Rubin. 1983. „The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects“. *Biometrika* 70 (1): 41–55. doi:10.1093/biomet/70.1.41.

Willich, Prof Dr Stefan N., Thomas Reinhold, Christian Lenz, und Bernd Brüggjenjürgen. 2013. „Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt in Deutschland — Ökonomische Bedeutung und Einschränkung der Lebensqualität“. *PharmacoEconomics German Research Articles* 3 (1): 25–39. doi:10.1007/BF03321561.

Zugck, C, A Müller, T Helms, H Wildau, T Becks, J Hacker, S Haag, K Goldhagen, und J Schwab. 2010. „Gesundheitsökonomische Bedeutung der Herzinsuffizienz: Analyse bundesweiter Daten“. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 135 (13): 633–38. doi:10.1055/s-0030-1251912.

schiede auf andere Indikationen zurückzuführen sind, so z.B. auf vollstationäre Behandlungen aufgrund von bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD 10 Code A*/B*), Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (ICD 10 Code D*) sowie von bestimmten Störungen mit Beteiligung des Immunsystems und Krankheiten des Atmungssystems (ICD 10 Code J*).

Die niedrigeren stationären Behandlungskosten könnten ferner auf eine selektionsbedingt höhere Komorbidität der Patienten in der RV zurückzuführen sein. Selektionseffekte, die zur Einschreibung in das Integrierte Versorgungs-Modell beitragen und die nicht nur den Schweregrad der Herzinsuffizienz, sondern auch verschiedene Komorbiditäten betreffen und für die mittels der gemessenen Kovariaten nicht angemessen adjustiert wurde, können nicht ausgeschlossen werden. Es ist also möglich, dass Herzinsuffizienzpatienten mit ausgeprägter Morbidität seltener am Integrierten Versorgungs-Modell teilnehmen und dass dieser Selektionseffekt die beobachteten Kostenunterschiede erklärt.

Denkbar wäre auch, dass sich die Betreuung der Patienten durch die Herzinsuffizienz-Nurse auf andere Behandlungsbedarfe des Patienten positiv auswirkt. Angermann et al. (2012) haben bei der Evaluation des HeartNetCare-HF™ beobachtet, dass 80% der Patienten den Rat der betreuenden Herzinsuffizienz-Nurse öfter aufgrund von nicht kardiovaskulären Gesundheitsproblemen denn aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen gesucht haben. Eine Patienten-Befragung der Teilnehmer am Integrierten Versorgungs-Modell durch die teilnehmenden Ärztenetze zeigte, dass innerhalb des evaluierten Integrierten Versorgungs-Modells eventuell ein ähnlicher spill-over Effekt stattgefunden hat. Insgesamt fühlten sich 95% der befragten Patienten durch das Integrierte Versorgungs-Modell grundsätzlich besser versorgt und 93% der Befragten fanden es hilfreich, dass sich die Herzinsuffizienz-Nurse regelmässig nach ihrem Gesundheitszustand erkundigt. Dies verdeutlicht die Bedeutung umfassender Versorgungsmodelle, die dem allgemein erhöhten Versorgungsbedarf multimorbider Herzinsuffizienzpatienten durch kontinuierliche persönliche Ansprache und Einbindung der

Effectiveness of an integrated care program for chronic heart failure patients – a matched pair analysis based on claims data from the German statutory health insurance

Chronic heart failure (CHF) is a health economically relevant condition in Germany. This study aimed to evaluate an integrated care model for CHF patients, aimed at improving the care of CHF patients and reduce hospital admissions. A longitudinal study using Propensity Score Matching was conducted based on claims data from the German statutory health insurance. We evaluated whether resource utilization differed between patients partaking in the integrated care model and patients in standard care in a follow-up period of 12 months. Total treatment costs and hospital treatment costs as well as the total number of hospitalizations and the number of hospitalizations due to CHF were lower in the group of patients participating in the integrated care model. Ambulatory treatment costs were lower in patients under standard care. However, the observed differences in hospital treatment costs could not be attributed to lower hospital treatment costs due to CHF and could in part be attributed to a selection effect of patients with fewer comorbidities in the intervention group.

Keywords

Evaluation, integrated managed care, nursing, chronic heart failure, claims data, doctor's network

Patienten in ihr persönliches Gesundheits-Management Rechnung tragen – auch außerhalb der eng gefassten Versorgungsindikation Herzinsuffizienz. <<

Autorenerklärung

Es liegen keine Konflikte vor.

Josephine Jacob, MPH

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am InGef – Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH. Nach einer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin erfolgte ein Studium in Public Health und Epidemiologie. Seit 2014 arbeitet Frau Jacob an verschiedenen Versorgungsforschungsprojekten auf Basis von Routinedaten.

Kontakt: Josephine.Jacob@ingef.de



Dr. med. Jochen Walker

ist Institutsleiter und Geschäftsführer des InGef – Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin GmbH. Er hat Medizin und Informatik studiert und war sechs Jahre nach dem Studium als Assistenz- und Oberassistentenarzt, sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Krankenhaus beschäftigt. Seit 2009 arbeitete er in verschiedenen Rollen mit Routinedaten von gesetzlichen Krankenkassen.

Kontakt: Jochen.Walker@ingef.de



Dr. med. Dirk Sunder-Plassmann, MPH

Nach dem Studium der Humanmedizin und klinischer Tätigkeit erfolgte ein Studium der Gesundheitswissenschaften und Sozialmedizin. Mit dieser bevölkerungsmedizinischen Perspektive auf das Versorgungsmanagement folgten Tätigkeiten bei einer gesetzlichen Krankenkasse und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen sowie ein berufsbegleitendes Studium der Ökonomie. Seit 2009 leitet Sunder-Plassmann den Geschäftsbereich Versorgungsmanagement bei der spectrumK GmbH.

Kontakt: Dirk.Sunder-Plassmann@SpectrumK.de



Dr. rer. med. Dipl.-Biochem. Nina Schmidt M.Sc.

Off-Label-Use in der Versorgung adjuvanter Brustkrebspatientinnen

Arzneimittel können in Deutschland nur auf den Markt gebracht werden, wenn sie ein Zulassungsverfahren gemäß §21 des Arzneimittelgesetzes durchlaufen haben. Basierend auf den vom antragstellenden pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Daten werden dann im Rahmen der Zulassung unter anderem das Anwendungsgebiet (Indikation), die Applikationsart und die Dosierung des Arzneimittels festgelegt. Grundsätzlich kann ein Medikament nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden, wenn es entsprechend seiner Zulassung eingesetzt wird. Den zulassungsüberschreitenden Einsatz eines Arzneimittels außerhalb des von der nationalen und europäischen Zulassungsbehörde genehmigten Anwendungsgebiets bezeichnet man als Off-Label-Use. Off-Label-Use wird in Deutschland in der Onkologie auf bis zu 60% der Patienten (Ludwig 2006) geschätzt. Bislang liegen allerdings keine empirischen Daten vor, um diese Einschätzungen zu belegen. Vom „klassischen“ Off-Label-Use ist der anerkannte Off-Label-Use zu unterscheiden, der die zulassungsüberschreitende Verordnung gemäß § 35c Abs. 1 SGB V ermöglicht. 2003 wurde beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Expertengruppe eingerichtet, deren Aufgabe die Vermittlung der „Bewertung zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Off-Label-Use bestimmter Arzneimittel als Empfehlung“ an den G-BA ist (G-BA Pressemitteilung 2014). Beschlüsse zum anerkannten Off-Label-Use werden nur rechtskräftig, wenn das pharmazeutische Unternehmen sowie das Bundesministerium für Gesundheit zustimmen. Ein Beispiel für den anerkannten Off-Label-Use in der Onkologie ist Fluorouracil (5FU), das zur Behandlung des fortgeschrittenen Kolorektalkarzinoms, Magenkarzinoms, Pankreaskarzinoms und des fortgeschrittenen und/oder metastasierten Mammakarzinoms (BCa) zugelassen ist. Gemäß § 35b Abs. 2 und 3 SGB V erfolgte die zusätzliche Zulassung von 5FU für die adjuvante Therapie des BCa. Der anerkannte Off-Label-Use von 5FU wurde auch in die S3- und Onkopedia-Leitlinien übernommen, wo die adjuvante Behandlung der Patienten mit 5FU-haltigen Regimen empfohlen wird.

>> Es sollte auch erwähnt werden, dass ungeachtet der Zulassung eines Arzneimittels der Off-Label-Use als Teil von Leitlinien Bestandteil der medizinischen Standardversorgung der Patienten, insbesondere in der Onkologie, werden kann, wenn wissenschaftliche Daten den Erfolg des Einsatzes eines Arzneimittels belegen. Ein Beispiel hierfür ist Carboplatin, welches ohne entsprechende Zulassung in den S3-Leitlinien zur adjuvanten Behandlung des Her2/neu positiven (Her2+) BCa, berücksichtigt wird.

Darüber hinaus obliegt die Entscheidung über die zulassungsü-

Zusammenfassung

Zahlen zum Umfang des Off-Label-Use beruhen bislang lediglich auf Schätzungen sehr breiter Spannweite. Diese Studie verfolgt deshalb das Ziel empirisch den Anteil des zulassungsübergreifenden Einsatzes von Arzneimitteln am Beispiel der adjuvanten Therapie des BCa zu untersuchen. Das BCa ist die bei Frauen am häufigsten auftretende Krebsart in Deutschland und repräsentiert viele Patientenpopulationen, die von großen medizinischen Fortschritten und zu großen Teilen von Kombinationstherapien profitieren. Gerade der wissenschaftliche Fortschritt und die freie Therapieentscheidung des Arztes werden oft als Gründe für einen vermeintlich hohen Anteil von Off-Label diskutiert.

Im Rahmen der Studie wurden retrospektive longitudinale Daten aus der adjuvanten Therapie des BCa untersucht. Es konnten 1.129 Patienten mit der Diagnose BCa (ICD 10: C50) in die Studie eingeschlossen werden, die auf eine Gesamtpopulation von 110.919 Patienten projiziert wurden. Der Vergleich der adjuvanten Therapie mit aktuell gültigen Leitlinien zeigte, dass der Großteil der Studienpopulation Leitlinien-konform behandelt wurde.

Ein Off-Label-Use konnte bei nur knapp 3% der Studienpopulation nachgewiesen werden. Der Anteil des Off-Label-Use an Kombinationstherapien lag dabei sogar bei lediglich 0,2% aller adjuvanten Therapien. Es kann demnach nicht von einem hohen Anteil des Off-Label-Use bei der adjuvanten Behandlung des BCa in Deutschland gesprochen werden. Basierend auf diesen Ergebnissen empirischer Daten müssen bisherige Annahmen bezüglich des teilweise hoch eingeschätzten Umfangs des Off-Label-Use noch einmal überdacht werden.

Schlüsselwörter

Arzneimittelzulassung, Off-Label-Use, Leitlinien, Mammakarzinom, adjuvante Therapie

berschreitende Verordnung eines Arzneimittels der Therapiefreiheit des Arztes. Als Folge kann es allerdings zu Problemen bezüglich der Erstattung durch die Krankenkassen kommen. Unter bestimmten Voraussetzungen (es handelt sich um eine schwerwiegende Erkrankung, bei der keine andere Therapieoption verfügbar ist und eine begründete Aussicht auf Therapieerfolg besteht) ist jedoch die Erstattungsfähigkeit des Off-Label-Use aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vom 19. März 2002) dennoch möglich.

Als Gründe für den empirischen Off-Label-Use in der Onkologie werden beispielsweise der dynamische wissenschaftliche Fortschritt, die durch die Zulassung nicht abgedeckten Therapiepotentiale eines neuen Medikaments sowie die freie Therapieentscheidung der Ärzte, auch in Bezug auf Arzneimittelkombinationen, genannt (Ludwig 2006; Bausch et al. 2016).

Da Angaben zum Umfang des Off-Label-Use allein auf Schätzungen beruhen, aber keine validen Daten zugrunde liegen, verfolgt diese Studie das Ziel, empirisch den Anteil des zulassungsübergreifenden Einsatzes von Arzneimitteln am Beispiel der adjuvanten Therapie des BCa zu untersuchen.

Inzidenz und Epidemiologie des Mammakarzinoms

Das BCa ist mit einer Inzidenz von 122/100.000 Fällen pro Jahr die bei Frauen am häufigsten auftretende Krebsart (Ferlay 2014). Die Inzidenz steigt aufgrund der verbesserten Früherkennung und der stetigen Alterung der Gesellschaft weiter an. Bei 25% der Fälle tritt die Erkrankung bereits vor dem 50. Lebensjahr auf, bei <5% vor dem 35. Lebensjahr (Aebi et al. 2011). Die geschätzte 5-Jahres Prävalenz von Brustkrebs in Deutschland lag 2012 bei 279.045 Fällen (Ferlay 2014). Die Prävalenz steigt aufgrund der steigenden Inzidenzrate und der verbesserten Behandlungsmöglichkeiten und -erfolge. Trotz alledem ist das BCa die am häufigsten zum Tode führende Krebsart der Frau in Deutschland (Ferlay 2014).

Die adjuvante Therapie des Mammakarzinoms

Das Stadium des BCa wird basierend auf dem TNM System klassifiziert und beschreibt die Größe des Tumors (T), die Anzahl der befallenen Lymphknoten (N) und eine eventuelle Fernmetastasierung (M). Liegen noch keine Fernmetastasen vor, wird die Einleitung einer adjuvanten Therapie nach operativer Resektion des Primärtumors empfohlen, um das Rezidiv-Risiko zu senken (Kreienberg 2012). Die Möglichkeit der Durchführung diagnostischer Tests zum Nachweis von Hormonrezeptoren (HR) und Her2 sowie die damit verbundene Vielzahl an Therapiemöglichkeiten eröffnete eine neue Ära in der Behandlung des BCa. Der HR-, Her2- sowie der Menopausen-Status sollten vor Beginn der adjuvanten Therapie bestimmt werden, um die Entscheidung für eine entsprechende endokrine (ET), bzw. Her2-gerichtete Therapie zu fällen.

Endokrine Therapie

Kann bei Patienten eine HR-Positivität (HR+) nachgewiesen werden, sollte gemäß Leitlinien eine ET in Betracht gezogen werden. Für die antiöstrogene Therapie wird in erster Linie das für die adjuvante Therapie zugelassene Tamoxifen berücksichtigt. Frauen in der Postmenopause sollen zusätzlich mit einem Aromataseinhibitor (AI) (z.B. Letrozol, Anastrozol) behandelt werden. AI sind nicht für die Therapie von Frauen in der Prämenopause zugelassen.

Prämenopausale Patienten sollten immer von einer ET profitieren. Ob eine Kombination mit einer Chemotherapie (CT) Vorteile mit sich bringt, ist nicht geklärt (Greil 2008). Bei postmenopausalen Patienten sollten gemäß Leitlinien der Allgemeinzustand, Komorbiditäten und das Rezidivrisiko abgeschätzt werden. Eine chemoendokrine Therapie (CET) sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn eine Lebenserwartung von ≥ 10 Jahren besteht.

Chemotherapie

Für die adjuvante CT werden meist zwei oder drei Zytostatika kombiniert. Zur Verfügung steht eine Vielzahl an Kombinationen, die aktuell nicht evaluiert sind. Zur CT eingesetzt werden können Anthracycline, Taxane sowie Cyclophosphamid und 5FU.

Her2-Therapie

In jedem Fall einer Her2+ empfehlen die Leitlinien eine Therapie mit Trastuzumab mit Taxanen oder nach Anthracyclinen durchzu-

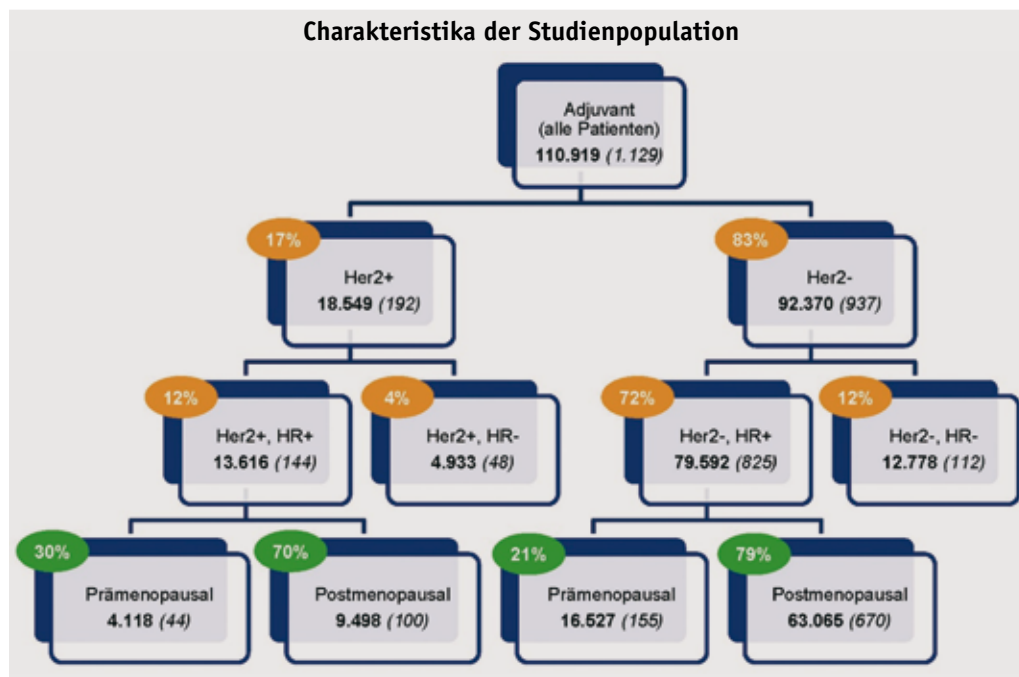


Abb. 1: Charakteristika der Studienpopulation mit der Diagnose Mammakarzinom, die eine adjuvante Therapie erhalten haben. Studienpatienten wurden auf den deutschen Markt projiziert. Anteile (%) der projizierten Patienten wurden berechnet. Quelle: IMS Oncology Analyzer; Oktober 2014 bis September 2015, Deutschland, Mammakarzinompatienten, die aktuell eine Therapie erhalten, Stadium I-III.

führen. Darüber hinaus empfehlen die Leitlinien auch den Off-Label-Use von Carboplatin in Kombination mit Docetaxel und Trastuzumab. Patienten mit einer kardialen Dysfunktion sollten von der Trastuzumab-Behandlung ausgeschlossen werden. Analysen deutscher Registerdaten belegen eine verschlechterte 5-Jahres Überlebensrate und ein erhöhtes Sterberisiko bei Patienten, die keine gemäß der Leitlinien empfohlene adjuvante Therapie erhalten (Holczek/Brenner 2014), was die Relevanz dieser belegt.

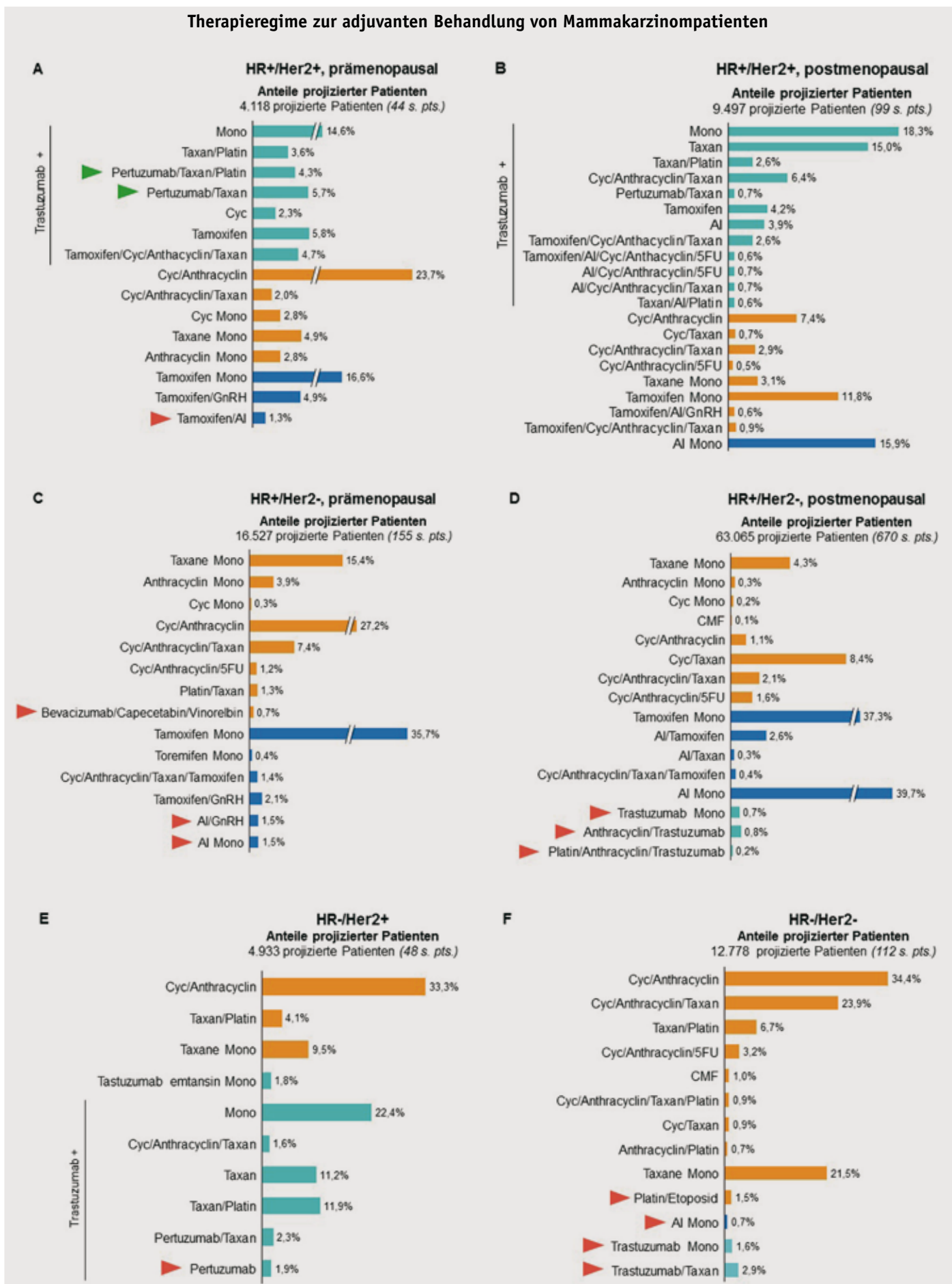
Methodik

Datenbanken

Die IMS Oncology Analyzer (OA) Datenbank beinhaltet retrospektive longitudinale Behandlungshistorien über alle Tumorarten. Die Datenbank umfasst Daten, die quartalsweise von einem Ärztepanel über einen Fragebogen erhoben werden und gibt einen Überblick über die Tumorbehandlung, beginnend mit dem Zeitpunkt der Diagnose. Diese Patientenhistorien werden unter Zuhilfenahme der Krankenakten retrospektiv vervollständigt. Ärzte werden darum gebeten, einen Online-Fragebogen auszufüllen, in dem die komplette Patienten- und Therapiehistorie detailliert erfasst wird. Die Anzahl der Studienpatienten wird unter Berücksichtigung der Facharztgruppe auf nationaler Ebene projiziert, um in der Lage zu sein, die Größe der gesamten, spezifischen Population einzuschätzen. Jede Facharztgruppe wird auf ihr eigenes spezifisches Universum projiziert, wodurch die Gesamtzahl der behandelten Prävalenz für jede Facharztgruppe und Krebsart in jedem Land erhalten wird. Ei-

Abb. 2: Therapieregime zur adjuvanten Behandlung von Mammakarzinompatienten. Therapien von Prä- und Postmenopausalen Patienten wurden untersucht und in die Therapiegruppen Trastuzumab-basierte Therapie, endokrine- und Chemotherapie eingeordnet. Off-label-use wurde mit roten Dreiecken markiert. Wenn nur ein Teil der Patienten Off-Label behandelt wurden, wurde dies mit grünen Dreiecken markiert. Cyc = Cyclophosphamid, AI = Aromataseinhibitor, Mono = Monotherapie, 5FU = Fluorouracil, CMF = Cyclophosphamide, Methotrexate, Fluorouracil. Quelle: IMS Oncology Analyzer; Oktober 2014 bis September 2015, Deutschland, Mammakarzinom Patienten die aktuell eine Therapie erhalten, Stadium I-III, HR+/Her2- (HR+ kann ER+/PR+, ER+/PR- oder ER-/PR+ sein).

Therapieregime zur adjuvanten Behandlung von Mammakarzinompatienten



nige der erfassten Parameter sind: demographische Details (Alter, Geschlecht, Indikation, Lokalisation von Metastasen, ECOG Performance Status), Tumorstadium, die gesamte Tumorthherapie (inkl. Operation, CT, Radiotherapie, ET, supportive Therapie) und Gründe für einen Therapieabbruch.

Im Fall des BCa stellt der OA detaillierte Informationen zu Her2- und HR-Status (Östrogenrezeptor, Progesteronrezeptor) zur Verfü-

gung. Auch der Menopausen-Status der Patienten sowie die Kombination von ET und CT werden im Fragebogen erfasst.

Die in dieser Studie analysierte Zeitperiode umfasst Oktober 2014 bis September 2015 und fokussiert sich auf BCa Patienten in Stadium I-III. Es wurde vorausgesetzt, dass all diese Patienten eine adjuvante (oder neo-adjuvante) Therapie erhalten.

IMS LRx-Daten wurden herangezogen, um das Volumen des Off-Label-Use gemessen an eingelösten GKV-Rezepten in Offizinapotheken abzuschätzen. Die Herangehensweise wird in Tab. 1 erläutert. Für Analysen wurde der Zeitraum November 2013 bis Oktober 2015 verwendet. IMS LRx deckt ca. 60% der GKV-Rezepte aus Offizinapotheken ab. In der Datenbank werden ausschließlich erstattete Rezepte anonymisiert erfasst, daher geben die Daten „echte“ Verschreibungen wieder. Jede Verschreibung ist mit den vollständigen Produkt- (z.B. Marke, Substanz, Packung, Größe, Produktform) und Verschreibungsinformationen (z.B. Anzahl der Packungen, Verschreibungs-/Einlösedatum, Facharztgruppe des Verschreibers) verfügbar. Demographische Daten des Patienten (Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus) sind ebenfalls abrufbar. Die Datenbank enthält keine Informationen über z.B. die Diagnose oder Laborergebnisse. Allerdings ist die gesamte Patientenhistorie, über alle Facharztgruppen und Erkrankungen, verfügbar.

Marker zur eindeutigen Klassifizierung von Mammakarzinompatienten		
Geschlecht		weiblich
Begleitbehandlungen		Aromatase-Inhibitoren, FULVESTRANT, TAMOXIFEN, TOREMFIN, TRASTUZUMAB-EMTASIN
Subtyp	HR+	Aromatase-Inhibitoren, FULVESTRANT, TAMOXIFEN, TOREMFIN
	HER2+	TRASTUZUMAB-EMTASIN
	HR-/HER2+	nicht möglich
Stadien		FULVESTRANT

Tab. 1: Mammakarzinompatienten, Stadien und Subtypen wurden in LRx über spezifische Marker Therapien in Kombination mit dem Geschlecht identifiziert. Der Off-Label-Use von Trastuzumab in HER2- Tumoren kann mittels IMS® LRx nicht ermittelt werden da es sich um HER2+ Tumore handeln könnte. Trastuzumab kann aufgrund seines off-label Einsatz bei Her2- Patienten auch nicht zur HER2+ Typisierung verwendet werden. Zur Bestimmung des Off-Label-Use wurden die letzten 2 MATs (11/2013 bis 10/2015) betrachtet.

Studienpopulation

Für die Analysen waren Daten von insgesamt 1.129 Studienpatienten aus dem IMS Oncology Analyzer verfügbar. Diese wurden auf eine Studienpopulation von 110.919 Patienten projiziert. Diese Patienten hatten die Diagnose BCa (ICD 10: C50) und erhielten

im Zeitraum Oktober 2014 bis September 2015 eine aktuelle medikamentöse Tumorthherapie (ET, CT, zielgerichtete Therapie) in Deutschland. Für alle Behandlungsprofile wurde das Stadium I-III dokumentiert. Patienten mit unbekanntem HR- und Her2-Status wurden nicht in die Studie eingeschlossen.

12% der Studienpopulation wurden positiv auf Her2 (Her2+) und einen oder zwei HR (HR+) (Östrogen- oder Progesteronrezeptor) getestet (Abb. 1). 4% der Patienten hatten basierend auf diagnostischen Testergebnissen einen Her2+/HR--, 72% einen Her-/HR+- und 12% einen Her2-/HR--Status. Da sich Therapieentscheidungen bei HR+ Patienten gemäß Arzneimittelzulassung und Leitlinien basierend auf dem Menopausen-Status

Bestimmung des Volumens der Off-label-Kombination Bevacizumab/Capecetabin/Vinorelbis					
Therapie	Patienten	Packungen (Off-label)	Taxe (Off-label) in Euro	Taxe (LRx Universum) in Euro	Prozent (in %) Off-label vs. LRx
BEVACUZUMAB	8	84	93.304,94	138.740.001,89	0,07
CAPECITABIN	8	26	4.231,52	11.271.597,04	0,04
VINORELBIN	8	48	2.961,94	3.932.349,78	0,08
TOTAL	8	158	100.498, 40	153.943.948,71	0,07
Aufgrund fehlender Markertherapien befinden sich 25% der Patienten wahrscheinlich im adjuvanten Stadium					
TOTAL	2	37	23.938,03	153.943.948,71	0,02

Tab. 2: Patienten mit HR+ spezifischen Markertherapien (Aromataseinhibitoren und Tamoxifen) und einer zusätzliche Therapie mit dem Regime Bevacizumab/Capecetabin/Vinorelbis und die Anzahl der verschriebenen Packungen wurden identifiziert. Anhand der Taxe wurden die Kosten für den Off-Label-Use (Taxe (Off-Label)) sowie die Gesamtkosten für das Regime (Taxe (LRx Universum)) berechnet. Anhand dieser Werte wurde das Volumen des Off-Label-Use bestimmt. Der Her2/neu-Status dieser Patienten ist unklar. Neben den HR+ spezifischen Markertherapien wurden bei 75% der Patienten die Marker Fulvestrant und Gemcitabin identifiziert. Diese indizieren, dass sich diese Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium befinden und keine adjuvante Therapie erhalten. Im fortgeschrittenem Stadium sind die einzelnen Komponenten nicht als Off-Label-Use anzusehen, allerdings ihre Kombination. Quelle: IMS Health, LRx Datenbank, 11/2013 bis 10/2015

Bestimmung des Volumens der off-label Kombination Cisplatin/Etoposid					
Therapie	Patienten	Packungen (Off-label)	Taxe (Off-label) in Euro	Taxe (LRx Universum) in Euro	Prozent (in %) Off-label vs. LRx
CISPLATIN	2	13	499,29	732.675,16	0,07
ETOPOSID	2	24	947,28	1.255.418,72	0,08
TOTAL	2	37	1.446,57	1.988.093,88	0,07

Tab. 3: Patienten mit HR+ spezifischen Markertherapien und einer zusätzlichen Therapie mit dem Regime Cisplatin/ Etoposid und die Anzahl der verschriebenen Packungen wurden identifiziert. Anhand der Taxe wurden die Kosten für den Off-Label-Use (Taxe (Off-Label)) sowie die Gesamtkosten für das Regime (Taxe (LRx Universum)) berechnet. Anhand dieser Werte wurde das Volumen des Off-Label-Use bestimmt. Quelle: IMS Health, LRx Datenbank, 11/2013 bis 10/2015.

tus unterscheiden sollten, wurde die HR+ Studienpopulation unter Berücksichtigung des Status Prä- oder Postmenopause analysiert (Abb. 1). Die Mehrheit (70% bis 79%) der Her+/HR+ und Her2-/HR+ Patienten befand sich zum Zeitpunkt der adjuvanten Therapie in der Postmenopause.

Datenanalyse

Die Behandlung der BCa Patienten in Stadium I-III wurde in Anlehnung an die entsprechenden Arzneimittelzulassungen und die aktuellen S3-, und Onkopedia-Leitlinien für eine adjuvante Therapie untersucht. Für die Beurteilung des Off-Label-Use wurde auch geprüft, ob beim BfArM Beschlüsse nach § 35 c Abs. 1 SGB V für einen anerkannten Off-Label-Use zur Behandlung des BCa vorliegen. Für 5FU, das für die Behandlung des fortgeschrittenen und/oder metastasierten BCa zugelassen ist, wurde eine Empfehlung der Expertengruppe Off-Label für die adjuvante Therapie des BCa mit 5FU an den G-BA ausgesprochen, der zugestimmt wurde. Die Zulassung erfolgte gemäß § 35b Abs. 2 und 3 SGB V. Weitere Anträge für die adjuvante Therapie des BCa lagen zum Zeitpunkt der Einreichung des Manuskripts nicht vor. Demnach wurde der Off-Label-Use basierend auf den Zulassungen und den Beschlüssen zum anerkannten Off-Label-Use beurteilt.

Die Analyse erfolgte für die Populationen (1) HR+/Her2+ prämenopausal, (2) HR+/Her2+ postmenopausal, (3) HR+/Her2- prämenopausal, (4) HR+/Her2- postmenopausal, (5) HR-/Her2+ und (6) HR-/Her2-.

Ergebnisse und Diskussion

HR+/Her2+ Population

41% der prämenopausalen und 56% der postmenopausalen HR+/Her2+ Patienten erhielten in ihrer aktuellen Therapie eine Trastuzumab-basierte Therapie (Abb. 2A). Trastuzumab ist als Monotherapie, in Kombination mit Taxanen, mit Docetaxel und Carboplatin sowie in Kombination mit einer neo-adjuvanten Therapie zugelassen. Die Leitlinien empfehlen eine Gabe mit Taxanen, Anthracyclinen oder dessen Kombination mit Carboplatin und Docetaxel. Obwohl Carboplatin als solches keine Zulassung für die Behandlung des BCa hat, ist die Kombination mit Trastuzumab und Docetaxel, gemäß der Zulassung von Trastuzumab In-Label-Use, mit der 3,6% der Pa-

tienten behandelt werden. Eine Trastuzumab-Monotherapie erhalten fast 15% der Patienten.

10% der prämenopausalen HR+/Her2+ Patienten werden mit einer Trastuzumab/Pertuzumab/CT Kombination behandelt (Abb. 2 A). Diese Kombination ist als neo-adjuvante Therapie zugelassen. Bei nur 50% dieser Subpopulation wurden diese Regime auch als neo-adjuvante Therapie indiziert. Was im Umkehrschluss heißt, dass 50% dieser Patienten eine Off-Label-Therapie mit einem Trastuzumab/Pertuzumab/CT-Regime erhalten. Dies entspricht 5% der gesamten prämenopausalen HR+/Her2+ Population.

Bei 1,3% der HR+/Her2+ BCa-Patienten wurde ein Off-Label-Use mit Tamoxifen und AI (Abb. 2 A) identifiziert. AI sind nicht für die Therapie prämenopausaler Patienten, sondern ausschließlich zur Behandlung postmenopausaler Frauen zugelassen.

23% der prä- und 16% der postmenopausalen HR+/Her2+ Patienten wurden mit einer ET behandelt, bei der auf eine zusätzliche CT und den Einsatz von Trastuzumab verzichtet wird. Vor allem bei Frauen in der Prämenopause ist unklar, ob ggf. eine zusätzliche Trastuzumab/CT von Vorteil wäre. Darüber hinaus werden aber auch 37% der prämenopausalen und 15% der postmenopausalen HR+/Her2+ Frauen entgegen der Leitlinien mit einer reinen CT behandelt, weshalb eine Unterversorgung vorliegt (Abb. 2 A und B).

Weitere Analysen haben gezeigt, dass 9% der Patienten in der Prämenopause und 4% der Patienten in der Postmenopause auch in ihrer Therapiehistorie keine Trastuzumab-Therapie erhielten (Daten nicht gezeigt). Gemäß Leitlinien sollte im Fall von kardialen Dysfunktionen oder einem nodal negativen Karzinom ein Verzicht auf eine Trastuzumab-Therapie in Betracht gezogen werden. Negative Lymphknoten wurden bei 31% der prä- und 71% der postmenopausalen Subpopulation dokumentiert, die nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. Kardiale Dysfunktionen lagen bei keinem dieser Patienten vor. Obwohl in Anbetracht der Leitlinien eine Unterversorgung vorliegt, lag kein Off-Label-Use vor.

HR+/Her2- Population

Bei der Untersuchung der Studienpopulation mit einem HR+ und einem Her2- Status hat sich gezeigt, dass entgegen der Zulassung 2% der gesamten Population eine zulassungsüberschreitende Therapie erhielten: (1) 3% der prämenopausalen Patienten wurden mit einem AI als Monotherapie oder in Kombination mit einem GnRH be-

Literatur

- Aebi, S./ Davidson, T./ Gruber, G./ Cardoso, F. (2011): Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, In: *Annals of Oncology*, 22 (Supplement 6): vi12-vi24
- Bausch, J./ Bruns, J./ Kaesbach, W./ Schmidt, P./ Ulrich, V./ Wasem, J. (2016): Wirkstoffkombinationen – qualitative und monetäre Herausforderungen, Ein aktueller Diskussionsbeitrag mit konkreten Lösungsansätzen. In: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/gesundheitspolitik/oeffentliche-diskussion.html> (Hrsg.) (2016): Version 1.0 (abgerufen am 12.07.2016)
- Ferlay, J./ Steliarova-Foucher, E./ Lortet-Tieulent, J./ Rosso, S./ Coeberg, J. W./ Comber, H./ Forman, D./ Bray, F. (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012, In: *European Journal of Cancer*, 49: 1374 - 1403
- G-BA Pressemitteilung (2014): Off –Label-Use: G-BA schafft weitere zulassungsüberschreitende Verordnungsmöglichkeiten von Arzneimitteln. In: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/544/> (Hrsg.) (2014): Nr. 30/2014. (abgerufen am 13. Juli 2016)
- Greil, R. (2008): Is chemoendocrine treatment without alternative? In: *Breast Care*, 3(4): 231-235
- Holleczek, B./Brenner, H. (2014): Provision of breast cancer care and survival in Germany – results from a population-based high resolution study from Saarland. In: *BMC Cancer*, 14:757
- Kreienberg, R./ Albert, U.-S./ Follmann, M./ Kopp, I./ Kühn, T./ Wöckel, A./ Zemmler, T. (2012): Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. In: Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und Deutschen Krebsgesellschaft e.V.: Langversion 3.0, AWMF Register-Nummer: 032 - 0450L
- Ludwig W.-D. (2006): Arzneimittel(des)information. In: <http://www.arzneimittelbrief.de/news/06%20AMB%2040.%20Jahrgang%20Symposium%20Vor%20Prof.%20Dr.%20W.-D.%20Ludwig.pdf> (abgerufen am 13. Juli 2016)
- <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01275677?term=NSABP+B47&rank=1> (zugriffen am 08. Juli 2016)

handelt. (2) Weitere 0,7% erhielten die Kombination Bevacizumab/Capecetabin/Vinorelbin. Bevacizumab ist ausschließlich für die Behandlung des metastasierten BCa zugelassen und kann dort in Kombination mit Paclitaxel oder Capecetabin eingesetzt werden. Demzufolge entspricht auch die Kombination von Bevacizumab mit Vinorelbin nicht der Arzneimittelzulassung. Durch den Off-Label-Use des Regimes Bevacizumab/Capecetabin/Vinorelbin entstehen gemessen an der Taxe im niedergelassenen Bereich Kosten von insgesamt 100.498,40 Euro (Tab. 2). Davon entfallen 23.938,03 Euro auf die adjuvante Therapie. Dies entspricht 0,02% der durch das Regime Bevacizumab/Capecetabin/Vinorelbin entstehenden Gesamtkosten (153.943.948,71 Euro). (3) Bei 1,7% der postmenopausalen, HR+/Her2- Studienpopulation findet ein Off-Label-Use mit Trastuzumab statt. Trastuzumab wurde als Monotherapie, in Kombination mit Anthracyclinen oder zusätzlich mit Platinen verabreicht. Trastuzumab hat allerdings ausschließlich eine Zulassung für das Her2+ BCa. Aktuell läuft eine Phase III klinische Studie, in der die adjuvante Therapie mit Trastuzumab in Kombination mit einer CT bei Patienten mit einer niedrigen Her2-Expression untersucht wird (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01275677?term=NSABP+B47&rank=1>). Allerdings war keiner der in die Analyse eingeschlossenen Patienten Teilnehmer an einer Studie, so dass der Off-Label-Use nicht durch eine Studienteilnahme begründet ist.

Die Untersuchung der HR+/Her2- Population ergab darüber hinaus, dass 40% der Patienten in der Prämenopause und 80% der Patienten in der Postmenopause eine leitlinienkonforme ET oder CET mit Tamoxifen, Toremifen, AI oder GnRH erhalten (Abb. 2 C und D). Die am häufigsten verabreichte ET ist die Monotherapie mit Tamoxifen bei 36% der prämenopausalen Patienten und die Monotherapie mit AI bei 40% der postmenopausalen Patienten, gefolgt von Tamoxifen Mono (37%). Postmenopausale Patienten werden bedeutend seltener mit einer CET behandelt als prämenopausale Patienten. Dies stimmt mit den Leitlinien überein, die eine adjuvante CET nur bei Patienten mit einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren empfehlen. Sowohl die ET, als auch die CET wurden in der HR+/Her2- Studienpopulation gemäß Zulassung durchgeführt.

Zudem wurden sowohl prä- als auch postmenopausale BCa-Patienten In-Label mit einer reinen CT behandelt (Abb. 2 C und D). Am häufigsten war die Behandlung mit Cyclophosphamid in Kombinationen mit einem Anthracyclin (27%) bei prämenopausalen Patienten und die Cyclophosphamid/Taxan-Kombination bei 8% der postmenopausalen Patienten. Eine Chemotherapie wird bei diesen Patienten aufgrund ihres positiven HR-Status nicht empfohlen. Die Gründe für die Durchführung einer CT anstelle einer ET sind unklar. HR+ Patienten würden allerdings immer von einer endokrinen Therapie profitieren, auch die Kombination einer ET mit einer CT sollte einer reinen CT vorgezogen werden.

HR-/Her2+ Population

Auch in der HR-/Her2+ Studienpopulation konnte ein nur geringer Anteil an Off-Label-Use identifiziert werden, der weit unter den bisherigen Schätzungen liegt. 2% der HR-/Her2+ Studienpopulation wurden Off-Label mit einer Trastuzumab/Pertuzumab-Kombination behandelt (Abb. 2 E). BCa-Patienten dürfen als Teil der neo-adjuvanten Therapie gemäß Arzneimittelzulassung für Pertuzumab nur in Kombination mit Trastuzumab und einer zusätzlichen CT behandelt werden. Die Behandlung von Patienten mit Trastuzumab und Pertuzumab ohne zusätzliche CT stellt damit eine Unterversorgung und gleichzeitig Off-Label-Use dar. Ein weiterer Off-Label-Use wur-

de in der HR-/Her2+ Population nicht beobachtet.

Weitere 2% der HR-/Her2+ Studienpopulation wurden mit Trastuzumab Emtansin behandelt (Abb. 2 E). Dieses hat neben seiner Zulassung für die Behandlung des metastasierten BCa auch eine Zulassung für die adjuvante Therapie, wenn Patienten einen Her2+ Status aufweisen. Damit stellt die Behandlung der Frauen mit Trastuzumab Emtansin einen In-Label-Use dar.

Weitere Analysen haben ergeben, dass 53% der HR-/Her2+ Patienten gemäß Leitlinienempfehlung mit Trastuzumab behandelt wurden. 49% dieser Patienten erhielten zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Trastuzumab-Therapie (Abb. 2 E), bei weiteren 4% war diese bereits abgeschlossen und wurde mit einer CT fortgesetzt (Daten nicht gezeigt). Bei laufenden Trastuzumab-Therapien wurde dieses als Monotherapie (22%) oder in Kombination mit einer CT (27%) eingesetzt. 2% dieser Patienten wurden als Teil einer neo-adjuvanten Therapie In-Label mit einem Trastuzumab/Pertuzumab/Taxan-Regime behandelt.

HR-/Her2- Population

Auch tripelnegative BCa-Patienten wurden in die Analyse eingeschlossen. Für diese Patienten existiert aktuell neben der CT keine alternative medikamentöse adjuvante Therapie.

Trotz des Her2- Status wurden 4,5% der Patientenpopulation mit einem Trastuzumab-Regime, welches nur für Her2+ Patienten zugelassen ist, behandelt (Abb. 2 F). Auch in dieser Studienpopulation wurde kein Patient identifiziert, der an einer klinischen Studie teilnimmt, die die Wirkung einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab in Kombination mit einer CT bei Her2- Patienten untersucht, weshalb der Einsatz von Trastuzumab bei diesen Patienten als Off-Label-Use klassifiziert wurde.

Bei 1% der Patienten wurde ein Off-Label-Use mit einem AI und bei weiteren 1,5% mit Cisplatin/Etoposid identifiziert (Abb. 2 F). Weder haben die vor Jahrzehnten zugelassenen Zytostatika Cisplatin und Etoposid eine Arzneimittelzulassung für die Behandlung des BCa, noch liegt ein anerkannter Off-Label-Use vor. Auch die Leitlinien gehen nicht auf die Behandlung von BCa-Patienten mit Cisplatin/Etoposid ein, weshalb auch nicht von einem wissenschaftlich begründeten Off-Label-Use ausgegangen wird. Nach Bestimmung des Volumens des Off-Label-Use der Kombination Cisplatin/Etoposid entstehen gemessen an der Taxe im niedergelassenen Bereich Kosten von insgesamt 1.446,57 Euro im Jahr (Tab. 3). Dies entspricht 0,07% der Gesamtkosten (1.988.093,88 Euro), die die GKV durch das Regime Cisplatin/Etoposid jährlich hat.

Trotz fehlender Therapieoptionen für das tripelnegative BCa wurden 93% der Patienten mit einer leitlinienkonformen CT behandelt. Diese war bei 64% der Studienpopulation Cyclophosphamid-basiert (Abb. 1 F). Die am häufigsten eingesetzten Therapien waren: (1) 34% Cyclophosphamid/Anthracyclin und (2) 24% Cyclophosphamid/Anthracyclin/Taxan. Darüber hinaus wurden 22% der HR-/Her2- Studienpopulation mit einer Taxan-Monotherapie behandelt (Abb. 1F), die von den Leitlinien nicht ausdrücklich empfohlen wird, aber In-Label-Use ist.

Fazit

Im Rahmen dieser erstmaligen empirischen Studie mit dem Ziel, den zulassungsübergreifenden Einsatz von Arzneimitteln am Beispiel der adjuvanten Therapie des BCa zu untersuchen, konnte nur ein geringer Anteil von Off-Label-Use festgestellt werden.

Das BCa ist die bei Frauen am häufigsten auftretende Krebsart in Deutschland und repräsentiert damit viele Patientenpopulationen, die basierend auf Arzneimittelzulassungen und entsprechenden Leitlinienempfehlungen zum großen Teil von Kombinationstherapien profitieren. Die Therapie des BCa ist komplex und basiert auf verschiedenen Faktoren: (1) der Überexpression von Her2 und (2) HR sowie (3) dem Menopausen-Status. Therapiemöglichkeiten reichen daher von einer CT über eine ET bis hin zu einer anti-Her2-Therapie. All diese Therapieoptionen lassen Raum für Kombinationstherapien, die von den Leitlinien für die meisten Fälle auch als Standard definiert werden. Diese vielfältigen Therapiemöglichkeiten werden oft als Gründe genannt, die zu einem erhöhten Off-Label-Use führen können. In dieser Evidenz-basierten Studie wurde ein Off-Label-Use bei nur knapp 3% der BCa-Patienten identifiziert. Der Anteil des Off-Label-Use an Kombinationstherapien lag dabei sogar bei lediglich 0,2% aller adjuvanten Therapien. Es kann demnach nicht von einem hohen Anteil des Off-Label-Use bei der adjuvanten Behandlung des BCa in Deutschland gesprochen werden.

Die teilweise hohen Schätzungen von bis zu 60% können in der adjuvanten Therapie des BCa nicht bestätigt werden.

Ferner macht der Anteil an Kombinationstherapien am Off-Label-Use einen nur marginalen Anteil aus, obwohl Wirkstoffkombinationen bei der Behandlung des BCa üblich sind. Die hier dargestellten Ergebnisse geben Anlass, die Schätzungen des Anteils des Off-Label-Use in der Onkologie zu überdenken und gegebenenfalls weitere repräsentative Indikationen basierend auf Daten nicht-interventioneller Studien zu untersuchen. <<

Off-Label-Use in the health care of adjuvant breast cancer patients is an exceptional event

Numbers about the amount of Off-Label-Use are based on estimations of a wide range. Therefore, the objective of this study was to investigate empirically the proportion of Off-Label-Use in the adjuvant therapy of the BCa. The BCa is the most commonly observed tumor in women in Germany and represents many patient populations that benefit from novel therapeutic advances and, to a great extent, from combination therapies. In particular, the scientific progress and the freedom of the therapeutic decision by the physician are often discussed reasons for the assumed high proportion of Off-Label-Use.

Within this study, retrospective longitudinal data from the adjuvant BCa therapy were investigated. 1129 patients with a diagnose BCa (ICD10:C50) were included in the study and were projected to the prevalence of 110.919 patients. The comparison of the adjuvant therapy with currently valid guidelines demonstrated a guideline consistent treatment in the majority of the study population.

Off-Label-Use was found in only 3% of the investigated patients. Furthermore, the percentage of Off-Label-Use in combination therapies was only 0.2% of all adjuvant therapies. Consequently, it is not feasible to speak of a high percentage of Off-Label-Use in the adjuvant treatment of BCa in Germany.

Based on these empirical results, already made assumptions concerning a high Off-Label-Use must be reassessed.

Keywords

Drug approval, Off-Label-Use, guidelines, breast cancer, adjuvant therapy

Autorenerklärung

Dr. Nina Schmidt ist Mitarbeiterin des Unternehmens QuintilesIMS in Frankfurt. Frau Dr. Nina Schmidt hat an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse gearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung des vfa und wurde von QuintilesIMS in Frankfurt durchgeführt.

Dr. rer. med. Dipl.-Biochem. Nina Schmidt M.Sc.

erwarb ein Diplom in Biochemie und einen Bachelor in Betriebswirtschaftslehre an der Universität Frankfurt sowie einen Master in International Management und Marketing an der Universität Mainz. Seit November 2012 arbeitet sie für das Fachgebiet Onkologie bei QuintilesIMS Frankfurt und leitet seit Januar 2015 das Onkologiegeschäft für die gesamte Geschäftseinheit Zentral- und Osteuropa. Kontakt: Nina.Schmidt@quintilesiIMS.com





Versorgungsforschung *Aktuell*

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Interprofessionalität für eine patientenorientierte, sektorübergreifende Versorgung

Die Versorgungsforschung hat es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, auf die gesellschaftlichen Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung zu blicken und Lösungsvorschläge für eine patientenorientierte und sektorübergreifende Versorgung zu erarbeiten. Zu diesen Veränderungen gehören auch neue Qualifikationen im Bereich des Gesundheitssystems. Die Akademisierung der in Deutschland bislang traditionell ausgebildeten Gesundheitsberufe führt zu der Notwendigkeit neuer Formen des Miteinanders. Unumstritten ist, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist für eine patientenzentrierte Versorgung, aber wie kann sie gelingen und umgesetzt werden bei den vorliegenden traditionellen Strukturen?

An der Medizinischen Fakultät Heidelberg wurde diese Notwendigkeit früh erkannt, so dass neben der Humanmedizin weitere Gesundheitsberufe sowohl ausgebildet, wie auch eng mit in die Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten und wissenschaftlichen Studien gleichberechtigt einbezogen werden.

Ihr Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Nationaler und internationaler Rahmen

Die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPC) wird schon seit Ende des letzten Jahrhunderts von der WHO postuliert, um insbesondere Fehler zu vermeiden, die Patientensicherheit zu erhöhen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dabei wurden interprofessionelle Ausbildungssequenzen als wichtige Elemente identifiziert. Als Vorreiter in der interprofessionellen Ausbildung (IPE) wird Schweden gefolgt von UK, Canada, USA und Australien angesehen. Inzwischen hat sich diese Bewegung weltweit verbreitet. Erste systematische wissenschaftliche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass IPE und IPC zu verbesserten Patientenoutcomes führt, allerdings vor dem Hintergrund einer sehr heterogenen Studienlage und der Herausforderung in Bezug auf passende Studiendesigns [1].

In Deutschland wird das Thema schon lange diskutiert und als relevant erachtet (SVR 2008, Wissenschaftsrat 2012 & 2014). Schwierigkeiten in der Umsetzung bestehen in der Versorgung und Ausbildung meist auf gesetzlicher und strukturell organisatorischer Ebenen [1]. Um diese Herausforderungen anzugehen, sind neue Ansätze notwendig, die aber häufig von der Motivation einzelner Personen/ Institutionen abhängig sind.

Für eine systematische Auseinandersetzung und langfristige Etablierung ist deshalb Grundlagenarbeit notwendig,

wie zum Beispiel die Definition der verwendeten Begrifflichkeiten [2,3], die Entwicklung von Modellen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung [4] sowie zu einer professionellen und interprofessionellen Haltung [5], die in der Zusammenarbeit und Ausbildung implementiert werden können.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Bereich der Versorgungsforschung werden in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung unterschiedliche Gesundheitsberufe schon früh in die Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten, die sich mit der Verbesserung der Versorgung bzw. mit neuen Lösungen beschäftigen, einbezogen [6-9]. Es hat sich herausgestellt, dass dies wichtig ist, damit bei der Umsetzung von Projekten in der Versorgungsrealität berufsgruppenspezifische Perspektiven beleuchtet werden, die für ein Gelingen der patientenorientierten und sektorübergreifenden Versorgung notwendig sind: In Projekten der Arzneimitteltherapiesicherheit [6-8] wurden Hausärzte, Medizinische Fachangestellte, Pflegende, Fachärzte, Apotheker und Patienten einbezogen: Diese Projekte dienen der besseren Koordination der Versorgung und der Förderung des Selbstmanagements der Patienten und zeigen so die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit. In interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychologie, Pflegewissenschaft und Pflegepraxis) wurde im CONGO-Projekt (**C**omplementary **N**ursing in **G**ynaecologic **O**ncology) eine komplementärpflegerische komplexe Intervention für die ambulante Versorgung, die dem Patientenbedarf entspricht, entwickelt und erfolgreich umgesetzt [9]. Die Einbeziehung der unterschiedlichen Beteiligten konnte die für die Umsetzung notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen identifizieren.

Damit in der späteren beruflichen Praxis diese interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, sollen Studierende schon früh mit Kompetenzen ausgestattet werden, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit notwendig sind.

Interprofessionelle Ausbildung

In der interprofessionellen Ausbildung hat Heidelberg in Deutschland eine Vorreiterrolle. Der ausbildungsintegrierende Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung B.Sc. wurde an der Medi-



Abb. 1: Abschlussfeier der ersten Bachelor-AbsolventInnen 2015

zinischen Fakultät in Kooperation mit der Akademie für Gesundheitsberufe Heidelberg gGmbH und dem Universitätsklinikum entwickelt und zum Wintersemester 2011/12 eingerichtet [10,11]. Die ersten Absolventen wurden 2015 feierlich in Anwesenheit von Ministerin Theresia Bauer verabschiedet.

Schon im Jahr 2012 wurden erste Lehrveranstaltungen gemeinsam mit der Humanmedizin zum Thema Teamkommunikation erfolgreich pilotiert und anschließend in beide Curricula implementiert [12]. Weitere Lehrveranstaltungen u.a. zum Thema Fachenglisch sowie Fehlerkultur und -management [13] folgten. Bei der Implementierung mussten organisatorische und curriculare Hürden überwunden werden, deren langfristige Verstetigung als Change Management Prozess auf allen Ebene (Lehrende, Verantwortliche) erfolgen muss [14].

Evaluation interprofessioneller Ausbildung

Um eine Evidenzbasis für die weitere Etablierung interprofessioneller Lehre zu generieren werden, die interprofessionellen Seminare auf wissenschaftlicher Ebene analysiert. Erste Ergebnisse der Lehrforschung zeigen, dass insbesondere die interprofessionellen Seminare mit Studierenden der Humanmedizin zur Reflexion über die Situation in der Praxis angeregt haben [12]. Fokusgruppen mit Studierenden der ersten Kohorte zeigten, dass interprofessionelles Lernen schon sehr früh von den Studierenden als positiv und bereichernd erachtet wird und sie dazu angeregt hat, über den Tellerrand des eigenen Berufs zu blicken [15]. Zur Evaluation des Studiengangs liegt ein Konzept vor, das quantitative Erhebungsinstrumente [16,17] wie auch qualitative Forschungsansätze einbezieht.

Ausblick

Die Versorgungsforschung braucht die interprofessionelle Zusammenarbeit. Es besteht zwar noch eine wissenschaftliche Herausforderung den Zusammenhang zwischen IPE, IPC und verbesserten Patienten-Outcomes nachzuweisen. Weitere IP Projekte im Bereich der Tutorenschulung, Patientensicherheit und Palliativversorgung werden derzeit im Bereich der Lehre in Heidelberg initiiert und umgesetzt.

Die Beteiligung an nationalen und internationalen Netzwerken zur weiteren systematischen Analyse interprofessioneller Ausbildung und Zusammenarbeit wird dazu beitragen, Lösungsansätze für eine interprofessionelle patientenorientierte, sektorübergreifende Versorgung voranzutreiben.

Ansprechpartnerin und weitere Informationen zur Interprofessionellen Ausbildung:

Kontakt: Frau Dr. Cornelia Mahler M.A.

E-Mail: Cornelia.Mahler@med.uni-heidelberg.de

www.interprofessionelle-gesundheitsversorgung.de



Abb. 2: European IP Special Interest Research Group (v.r.n.l.): Simon Fletcher (UK), Maria Kvarström (S), Marion Huber (CH), Scott Reeves (UK), Maria Mischo-Kelling (I,D), Cornelia Mahler (D), Fleming Jakobsen (DK), Holly Pilkington (UK)

Wo finde ich die Originalliteratur?

1. Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”. GMS Z Med Ausbild. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964
2. Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S. Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. GMS Z Med Ausbild. 2014; 31(4):Doc40 (20141117) - doi: 10.3205/zma000932
3. Mitzkat A, Berger S, Reeves S, Mahler C. Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. GMS J Med Educ. 2016; 33(2):Doc36 (20160429)
4. Berger S, Mahler C, Schultz J-H, Szecsenyi J, Götz K. Collaborative decision-making - a normative synthesis of decision-making models in health care. In (Hrsg.): Salloch S, Sandow V, Schildmann J, Vollmann J. Farnham U.K: Ethics and Professionalism in Healthcare: Transition and Challenges. London: Routledge 2016; 39-51I - ISBN: 978-1-4724-7951-8
5. Berger S, Famenka A, Fragemann K, Fürholzer K, Mckeown A, Rüscher S, Sendula-Pavelic M, Stanescu DM, Stepurko T, Tangerding C, Yu C. Ethics and Professionalism in Healthcare - a position paper. In (Hrsg.): Salloch S, Sandow V, Schildmann J, Vollmann J. Farnham U.K: Ethics and Professionalism in Healthcare: Transition and Challenges. London: Routledge 2016; 178-180 - ISBN: 978-1-4724-7951-8
6. Mahler C, Freund T, Baldauf A, Jank S, Ludt S, Peters-Klimm F, Haefeli WE, Szecsenyi J. Strukturiertes Medikamentenmanagement in der Hausarztpraxis – ein Beitrag zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2014; 108: 258-269, doi: 10.1016/j.zefq.2013.07.011
7. Mahler C, Hermann K, Horne R, Jank S, Haefeli WE, Szecsenyi J. Patients' Beliefs about Medicines in a primary care setting in Germany. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2012; 18: 409-413 doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01589
8. Längst G, Seidling HM, Stütze 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 healthcare professionals. Patient Prefer Adherence. 2015; 1431-1441
9. Klafke N, Mahler C, von Hagens C, Blaser G, Bentner M, Joos S. Developing and implementing a complex Complementary and Alternative (CAM) nursing intervention for breast and gynecologic cancer patients undergoing chemotherapy - report from the CONGO (complementary nursing in gynecologic oncology) study. Support Care Cancer. 2016; 24: 2341-50 - doi: 10.1007/s00520-015-3038-5
10. Mahler C, Karstens S, Roos M, Szecsenyi J. Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen 2012;106(7): 523-532. doi: 10.1016/j.zefq.2012.04.003
11. Mahler C, Berger SJ, Karstens S, Campbell S, Roos M, Szecsenyi J. Re-profiling today's health care curricula for tomorrow's workforce: establishing an inter-professional degree in Germany. J Interprof Care. 2015 Jul;29(4):386-8. doi: 10.3109/13561820.2014.979980. Epub 2014 Nov 12
12. Berger S, Mahler C, Krug K, Szecsenyi J, Schultz J-H. Evaluation of interprofessional education: lessons learned through the development and implementation of an interprofessional seminar on team communication for undergraduate health care students in Heidelberg - a project report. GMS J Med Educ 2016; 33(2):Doc22 (20160429)
13. Berger S, Burian M, Schiessling S, Leowardi C, Mahler C, Ose D, Kadmon M. Facilitating communication competency: an interprofessional seminar on medical error communication. In: 4th Research in Medical Education (RIME) Symposium 2015. München, 19.-21.03.2015. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. DocP31. DOI: 10.3205/15rime42, URN: urn:nbn:de:0183-15rime420 <http://www.egms.de/en/meetings/rime2015/15rime42.shtml>
14. Berger S, Götz K, Leowardi-Bauer C, Schultz J-H, Szecsenyi J, Mahler C. Anchoring interprofessional education in undergraduate curricula: the Heidelberg story. Journal of Interprofessional Care doi:10.1080/13561820.2016.1240156 (in press)
15. Mahler C, Karstens S, Napiralla D, Szecsenyi J, Goetz K. Die Perspektive von Studierenden im Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung. Eine qualitative Studie. Poster auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 25.-27.09.2013
16. Mahler C, Berger S, Reeves S. The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS): A problematic evaluative scale for the interprofessional field. J Interprof Care. 2015 Jul;29(4):289-91
17. Mahler C, Berger S, Pollard K, Krisam J, Karstens S, Szecsenyi J, Krug K. Translation and psychometric properties of the German version of the University of the West of England Interprofessional Questionnaire (UWE-IP). Journal of Interprofessional Care 2016 (early online) - DOI: 10.1080/13561820.2016.1227964



ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist ...

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

NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

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

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

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

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



Vivantes

