

G
A
A



Gesellschaft für
Arzneimittelanwendungsforschung und
Arzneimittelepidemiologie (GAA) e. V.



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e. V.

Arzneimittelversorgung: Qualität und Effizienz

Bericht

über den 10. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und
über die 18. GAA-Jahrestagung

vom 20.–22. Oktober 2011 in Köln



Impressum

Autorin

Andrea Steinert

E-Mail andrea.steinert@t-online.de

Herausgeber

Prof. Dr. Sebastian Harder (GAA)

Prof. Dr. Holger Pfaff (DNVF)

Prof. Dr. Gerd Glaeske (GAA, DNVF)

unter Mitarbeit von

Cornelia Trittin, M. A., Dr. Gisela Nellessen-Martens

Kontakt

DNVF – Deutsches Netzwerk

Versorgungsforschung e. V.

c/o IMVR

Eupener Str. 129

50933 Köln

E-Mail kontakt@dnvf.de

Webseite www.dnvf.de

Fotos

Beatrice Tomasetti-Gatzweiler, Bergisch Gladbach

Gestaltung

Christoph Dahinten – Visuelle Kommunikation

Webseite www.christophdahinten.com

Köln, April 2012

Vorwort

Der 10. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung fand als Kooperationsveranstaltung des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) und der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie (GAA) statt. Das Jubiläum der Kongressreihe war Grund genug, einen Bericht zu erstellen, der beispielhaft einige Themen und Aktivitäten in diesem für Deutschland relativ neuen Wissenschaftsfeld „Versorgungsforschung“ darstellt. Diese Themen reichen von methodischen Konzepten zur Durchführung von Studien in der Versorgungsforschung über Analysen und Evaluationen derzeitiger Versorgungsstrukturen, wobei die Arzneimittelversorgung einen wichtigen Rang einnahm, bis hin zur Patientenorientierung und Shared-Decision-Strategien.



Der Kongress zeigte das große Potenzial der Versorgungsforschung auf, die bisherigen Defizite in der „Evaluationskultur“ in unserem Gesundheitswesen überwinden und sich als kritische Begleitwissenschaft mit neuen Konzepten im Gesundheitswesen etablieren zu können. Dieses Ziel bedingt auch

die Förderung junger Wissenschaftler in diesem Bereich wie auch die Forschungsförderung insgesamt. Daher haben wir im Rahmen der abschließenden Podiumsdiskussion mit großer Freude hören können, dass auch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) mit ihrem Nachwuchsprogramm („Nachwuchsakademie Versorgungsforschung“) und ihrer Bereitschaft, Projekte mit adäquater Methodik und wissenschaftlich relevanten Fragestellungen zu fördern, zur Etablierung und Weiterentwicklung der Versorgungsforschung beitragen will (s. S. 17). Die internationalen Entwicklungen können uns hier Vorbild sein (s. S. 36 ff.).

Der 10. Kongress für Versorgungsforschung war aus Sicht der Veranstalter ein großer Erfolg, er fand auch das Interesse in der Öffentlichkeit und der Presse (siehe Foto links). Daher ist unsere Hoffnung sicherlich berechtigt, dass die Versorgungsforschung in den kommenden Jahren weiter an Einfluss im wissenschaftlichen und politischen Umfeld gewinnen wird – letztlich zum Nutzen für alle, die in unserem Gesundheitssystem tätig sind und behandelt werden.

Wir hätten den Kongress nicht ohne Unterstützung vieler Helferinnen und Helfer „im Hintergrund“ und unserer Sponsoren durchführen können – allen voran die BARMER GEK, die uns auch beim Druck dieses Berichts geholfen hat. Wir möchten uns bei allen Beteiligten herzlich bedanken!

Prof. Dr. Gerd Glaeske
*Hauptgeschäftsführer des Deutschen
Netzwerks Versorgungsforschung*

Inhaltsverzeichnis

	Impressum	2
	Vorwort	3
1	Zehn Jahre Versorgungsforschung in Deutschland: Das DNVF und die GAA laden zum Jubiläums-Kongress	
	Ein Rückblick des DNVF auf zehn Jahre „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“ – <i>Prof. Dr. Holger Pfaff</i>	6
	Fünf Jahre „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)“ – <i>Prof. Dr. Holger Pfaff</i>	6
	Kongress-Partner GAA: 18 Jahre Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie – <i>Prof. Dr. Sebastian Harder</i>	7
	Ein Resümee aus Sicht der Wissenschaft – <i>Prof. Dr. Bernhard Badura</i>	8
	Ein Resümee aus Sicht der Krankenkassen – <i>Dr. Rolf-Ulrich Schlenker</i>	9
	Ein Resümee aus Sicht der Politik – <i>Dr. Karin Richter</i>	10
2	Einführungsvortrag	
	„Wenn die Medizin ihr Territorium ausweitet – zukünftige Aufgaben für die Priorisierung?“ – <i>Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe</i>	11
3	Agenda 2020 – ein Ausblick auf die vielfältigen Aufgaben der Versorgungsforschung	
	Versorgungsforschung als politischer Schwerpunkt – <i>NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens</i>	13
	Zukunftsaufgaben und Stellenwert der Versorgungsforschung – ein Co-Referat – <i>Prof. Dr. Edmund Neugebauer</i>	14
	Podiumsdiskussion	15
4	Kongresspartner BARMER GEK und Techniker Krankenkasse	
	Das Erkenntnisinteresse im Mittelpunkt! Versorgungsforschung aus Sicht der BARMER GEK – <i>Michael Hübner</i>	18
	Arzneimittelmanagement: Workshop der Techniker Krankenkasse – <i>Tim Steimle</i>	18
5	Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen	
	Nutzenbewertung nach AMNOG: Erfahrungen und Perspektiven – <i>Prof. Dr. Jürgen Windeler</i>	20
	Ohne Qualität keine Effizienz: Voraussetzungen für eine gute Arzneimitteltherapie – <i>Prof. Dr. Gerd Glaeske</i>	21

6 Vorgestellte Studien und Projekte

Klinische Aspekte/Gender-Aspekte: Verschreibung von Antidementiva innerhalb des ersten Jahrs nach Demenzdiagnose – Analyse von Krankenkassen-Routinedaten – *Dr. Hanna Kaduszkiewicz* 23

Patientenbeteiligung in der Versorgung: Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der Medizin: Was können wir von Bürgern lernen? – *Sabine Stumpf* 24

Neurologische und psychiatrische Erkrankungen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Inzidenz, Verlauf und Prädiktoren depressiver Störungen im höheren Lebensalter – Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+) – *Dr. Melanie Lupp* 25

Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei alten Menschen in Deutschland: Einflussfaktoren auf die Verordnung einer potenziell inadäquaten Medikation nach PRISCUS-Liste, Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – *Dr. Ingrid Schubert* 26

Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei alten Menschen in Deutschland: Implementierung der deutschen PIM-Liste im Rahmen des AOK-Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg – *Petra Kaufmann-Kolle* 27

Arzneimittelverordnung durch Psychotherapeuten: Wissenschaftliche Erkenntnisse, Pro und Contra – *Prof. Dr. Alexander L. Gerlach* 28

Regionale Varianz als Fokus der Versorgungsforschung: Medizinische Versorgung im regionalen Vergleich, Vorstellung des Konzeptes www.versorgungsatlas.de – *Dr. Sandra Mangiapane* 29

Multimorbidität und Polypharmazie: Die Wirksamkeit von Vitamin-D zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung – *Dr. Dagmar Lüthmann* 30

7 Innovationspreis 2011 des Kongresspartners KKH-Allianz

Vorstellung der ausgezeichneten Projekte 32

8 DNVF-Poster-Preise 2011

Vorstellung der durch das DNVF und die GAA ausgezeichneten Beiträge 33

9 Internationale Versorgungsforschung: Stand und Zusammenarbeit

Hausärztliche Versorgung in Deutschland als Forschungsobjekt aus der Sicht eines „involved outsiders“ – *Prof. Chris van Weel* 35

Die Situation in Europa – *Prof. Dr. Niek Klazinga* 36

Die Situation in den USA – *Elizabeth A. McGlynn, Ph. D.* 37

Ein Rückblick des DNVF auf zehn Jahre „Deutscher Kongress für Versorgungsforschung“

Vor zehn Jahren fand in Köln der erste Deutsche Kongress für Versorgungsforschung statt, damals mit dem Schwerpunktthema „Disease Management“. Prof. Dr. Holger Pfaff betrat als Leiter dieses ersten Kongresses Neuland. Auf dem Jubiläumskongress zieht Pfaff, inzwischen Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e. V. (DNVF), Bilanz und erinnert an die Anfänge.

Zu Beginn der 2000er Jahre war Versorgungsforschung in Deutschland immer noch eine junge Disziplin, wie Pfaff berichtet. Es habe viele Bereiche gegeben, die fortentwickelt werden mussten. Der Deutsche Kongress für Versorgungsforschung sei die Antwort auf diese Situation gewesen. Pfaff zählt mehrere Punkte auf, an denen damals gearbeitet werden sollte. Dazu gehörte die interdisziplinäre Forschung, das Entwickeln eines einheitlichen Verständnisses der wissenschaftlichen Disziplin sowie eines stabilen Methodenkerns, eine stärkere Theorieorientierung, die Nachwuchsförderung und eine kollektive Ausrichtung auf aktuelle Themen. Schließlich habe man eine Brücke zwischen der Welt der Naturwissenschaften auf der einen Seite und der Geistes- und Sozialwissenschaften auf der anderen Seite schlagen wollen.

Die Organisatoren gaben dem Kongress eine Struktur, die geeignet war, alle diese Ziele zu erfüllen. Dazu gehört, dass der DNVF die Tagung immer gemeinsam mit ein oder zwei Fachgesellschaften ausrichtet – die Interdisziplinarität ist auf diese Weise gesichert. Des Weiteren finden Workshops zum eigenen Selbstverständnis statt und außerdem werden regelmäßig Seminare angeboten, die sich ausschließlich der Methodik und Theorie widmen. In weiteren Workshops kann sich der Nachwuchs weiterbilden und eigene Forschungsergebnisse präsentieren. Jeden Kongress durchzieht außerdem ein aktuelles Thema. In diesem Jahr war es die bedarfsgerechte Versorgung mit Arzneimitteln. Interdisziplinäre Workshops sollen Teilnehmer aus unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen an einen Tisch bringen.

Inhaltlich nennt Pfaff vor allem vier Bereiche, in denen die Kongressreihe bislang Schwerpunkte setzte: Erstens die kritische Analyse der

Versorgungsstrukturen und -prozesse inklusive der Frage nach der Bedeutung von Managed Care-Programmen, zweitens Patientenorientierung und psychosoziale Versorgung, drittens Versorgungsqualität und Patientensicherheit sowie viertens Innovation und Innovationstransfer.

Nach zehn Jahren Versorgungsforschungskongress freut sich Pfaff: „Die Hauptfunktion, die deutschen Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher zu vernetzen und ihnen einmal im Jahr eine Plattform zum Austausch von Ideen zu bieten, hat der Kongress voll erfüllt.“ Auch in den anderen Bereichen sei man weit vorangeschritten. So bringe man die methodischen und klinischen Fächer zusammen, habe Identität geschaffen und dem eigenen Forschungsfeld ein Gesicht gegeben sowie Impulse und Themen gesetzt. Nicht zuletzt sei man auch Forum für Projekte des Bundesforschungsministeriums (BMBF) und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Pfaff: „Wir sind absolut auf dem richtigen Weg. Aber es gibt noch viel zu tun.“ Im nächsten Jahr wird der Kongress in Dresden stattfinden, dann geht es um die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung. Und auch für 2013 und 2014 stehen die großen Themen bereits fest: Orthopädie und Palliativmedizin.

Fünf Jahre „Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)“

*Eine Bilanz von Prof. Dr. Holger Pfaff,
erster Vorsitzender des DNVF*

Das „Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung“ wurde 2006 in Berlin gegründet. In ihm organisieren sich Personen und Institutionen, die in der Versorgungsforschung tätig sind. Das Netzwerk will Wissensgrundlagen schaffen, die für eine bürgerorientierte Kranken- und Gesundheitsversorgung benötigt werden. Dabei sieht es sich vor allem in einer integrativen Rolle: Durch einen interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz soll ein Mehrwert geschaffen werden, der bislang in der Forschung gefehlt hat. Hierfür scheut sich das Netzwerk auch nicht, verschiedene offene Kooperationen einzugehen. Das Netzwerk bekennt sich zum Primat des Wissenschaftlichen – wobei der starke Praxisbezug als besondere Herausforderung gesehen wird. Pfaff: „Das ist uns wichtig, dass der wissenschaftliche Kern gewahrt bleibt.“

Der Verein ist aus der Ständigen Kongresskommission Versorgungsforschung hervorgegangen, die bis dahin die Kongressreihe organisiert hatte. Inzwischen hat der Verein 48 ordentliche Mitglieder, Tendenz steigend. Die Mehrzahl sind Fachgesellschaften aus der Medizin sowie der Public Health-Forschung. Das Netzwerk finanziert sich über Mitgliedsbeiträge und Pre-Conference-Fortbildungen.

Das DNVF widmet sich im Wesentlichen drei Aufgaben: Erstens soll die Qualität der Versorgungsforschung weiter gesteigert werden. Hierfür veröffentlicht der Verein Memoranden, in denen Fachfragen erörtert werden. Außerdem bietet er während des Versorgungsforschungskongresses regelmäßig eine Sitzungsreihe an, die sich ausschließlich mit methodischen Problemen und theoretischen Fragen beschäftigt. Pfaff: „Die Methodik muss hohen wissenschaftlichen Standards entsprechen.“ Zweitens soll den Wissenschaftlern die Möglichkeit gegeben werden, sich stärker zu vernetzen. Dies geschieht in interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen des Vereins wie natürlich auch regelmäßig während der Kongresse. Und drittens geht es um Fortbildung. Diese wird sichergestellt durch ein Pre-Conference-Angebot, durch die Kongressreihe selbst, wie auch durch ein Lehrbuch, das aus den eigenen Reihen entstanden ist.

Der Einsatz des DNVF für eine weitere Verankerung der Versorgungsforschung in der Gesellschaft hat bereits Früchte getragen. So wurde die Disziplin in eines der Fachkollegien der Deutschen Forschungsgemeinschaft aufgenommen.

Für die Zukunft sieht der Vorsitzende des Netzwerks folgende strategische Ziele: Zum einen müsse die Versorgungsforschung weiter wissenschaftlich fundiert werden. Hierfür werde die Theorieentwicklung vorangetrieben und insbesondere auch die bereits existierenden Methoden-Memoranden. Des Weiteren soll der Praxisbezug weiter gesteigert werden. Dies sei wichtig, um „nah an den Problemen“ zu sein und Erhebungen durchführen zu können. Hierfür sollen in Zukunft auch Arztpraxen als Mitglieder gewonnen werden. Und schließlich wolle sich das Netzwerk noch stärker in die gesundheitspolitische Diskussion im Lande einbringen. Hierfür gebe es bereits ein neues Instrument, eine offizielle „Stellungnahme des Vorstandes“. Mit dieser soll auf aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und Gesetzesvorhaben schnell reagiert werden.

Inhaltlich will sich das Netzwerk vor allem in folgenden Bereichen profilieren: Versorgungsgerechtigkeit, normative und experimentelle Versorgungsforschung, Organisationswissenschaft und Patientenorientierung. Ein besonderes Anliegen ist den Verantwortlichen zudem die Aus- und Weiterbildung der Mitglieder. Pfaff: „Es geht darum, die Versorgungsforschung durch Nachwuchsforscher weiter zu beleben und innovative Ideen aufzugreifen.“



v.l. Prof. Dr. Holger Pfaff, Prof. Dr. Sebastian Harder

Kongress-Partner GAA – 18 Jahre Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie

*Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung richtet seine Kongresse jeweils zusammen mit einer Mitgliedsgesellschaft aus. Dies sichert eine große Themenvielfalt und trägt zur Vernetzung der unterschiedlichen Disziplinen bei. In diesem Jahr hat die „Gesellschaft für Arzneimittel-anwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie e. V. (GAA)“ den Kongress mit organisiert. **Prof. Dr. Sebastian Harder** ist Vorsitzender der GAA. Er informiert über seine Fachgesellschaft, die im Rahmen des Kongresses auch ihre 18. Jahrestagung abhält. Außerdem erläutert er die besondere Rolle der Medikamente in der ärztlichen Heilkunst.*

„Arzneimittel sind faktisch das Hauptstandbein der Therapie in der Medizin“, stellt Harder fest. Es werde geschätzt, dass Patienten in etwa 80 Prozent der Fälle eine Praxis mit einem Rezept in der Hand verlassen. Die Gesamtkosten hierfür seien beachtlich, sie liegen in etwa gleichauf mit den GKV-Ausgaben für die Honorare der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen. Da Medikamente eine so große Rolle spielen – medizinisch wie wirtschaftlich – sei es wichtig, dass sie sich im Patientenalltag auch wirklich bewähren, erklärt Harder. Dies ist der Punkt, an dem

die Arbeit der GAA einsetzt: Sie fördert die wissenschaftliche Forschung über die Anwendung und den Gebrauch von Arzneimitteln.

Die GAA ist eine Fachgesellschaft für Ärzte, Apotheker, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftler. Sie wurde 1992 gegründet und versteht sich primär als Forum für den wissenschaftlichen Austausch. Konkret geht es um folgende Fragen: Welche Arzneimittel nehmen Patienten ein und in welcher Menge? Wovon hängt es ab, was ihnen verschrieben wird? Welche Rolle spielt der Verbraucher im Gesundheitswesen bei Fragen rund um die Arzneimitteltherapie? Werden eigentlich Therapiewünsche der Patienten berücksichtigt? Wie verhält es sich mit dem Thema „Selbstmedikation“? Und mit welcher Methodik lassen sich bestimmte Fragestellungen beantworten?

Ein wichtiges Forum, auf dem diese Fragen regelmäßig besprochen werden, ist die Jahrestagung der GAA. In diesem Jahr findet sie im Rahmen des Versorgungsforschungskongresses statt. Die Veranstaltung wendet sich insbesondere auch an den wissenschaftlichen Nachwuchs, der hier eigene Forschungsergebnisse vorstellen kann. Ein weiteres Anliegen der GAA ist es, mit Partnern aus dem Gesundheitswesen in Austausch zu treten. So kooperiert sie mit anderen Fachgesellschaften, Krankenkassen, Berufsverbänden und weiteren Organisationen.

Inhaltlich widmet sich die GAA beispielsweise dem Problem, dass ältere Menschen häufig sehr viele Tabletten schlucken müssen. Harder: „Es ist inzwischen eher die Regel als die Ausnahme, wenn ältere Patienten mit zwei bis drei chronischen Grunderkrankungen mehr als zwölf Einzeldosen pro Tag einnehmen – und zwar völlig in Übereinstimmung mit den Leitlinien.“ Der Arzt behandle einen Patienten also eigentlich korrekt, aber am Ende des Tages gebe es eben doch ein Problem. „Wir wissen, dass aufgrund dieser ausführlichen Medikation Neben- und Wechselwirkungen mit zum Teil erheblichen Risiken auftreten“, berichtet Harder, „und es wird geschätzt, dass etwa fünf Prozent aller Krankenhausaufnahmen in Deutschland im Zusammenhang mit unerwünschten Arzneimittelreaktionen stehen.“ Im Patientenalltag seien besonders Hausärzte gefordert, die sehr komplexe Arzneimitteltherapie ihrer älteren Patienten zu koordinieren. „Wir müssen die Hausärzte stärken“, verlangt Harder, „damit Leitlinien

mehr als bisher zugunsten der Patienten abgewogen werden.“

Ein weiteres Thema, das auf dem Tisch liegt, sind die neuen Medikamente für Krebs-Patienten. Inzwischen gebe es eine ganze Reihe von Präparaten, die nur in eng umrissenen, sehr spezifischen Fällen eingesetzt werden können. Diese Medikamente seien oft sehr teuer. Gleichzeitig bliebe häufig unklar, ob sie einem Patienten wirklich nutzen. Auch hier sei Klärung nötig. Die GAA treibt diesen Prozess voran.

Auf dem Versorgungsforschungskongress wird es inhaltlich vor allem um folgende Fragestellungen aus dem Bereich der Arzneimittel gehen:

- Wie kann der Nutzen eines Arzneimittels sicher bestimmt werden, sodass die Solidargemeinschaft guten Gewissens auch sehr hohe Kosten übernehmen kann?
- Wie können medizinische Risiken vermieden oder zumindest reduziert werden, die mit der Einnahme von Arzneimitteln einhergehen?
- Wie wird es mit der so genannten „personalisierten Medizin“ weitergehen? Darunter fallen zum einen neu entwickelte Medikamente, die sich an bestimmte, eng umschriebene Patientengruppen wenden. Zum anderen ist damit gemeint, dass ein Arzt bei einer Behandlung stärker noch als bislang üblich die individuellen Besonderheiten eines Patienten mit im Blick hat.

Ziel des Kongresses ist, die Themen dabei nicht nur einzeln zu betrachten, sondern sie auch zu verknüpfen. Konkret stelle sich zum Beispiel die Frage, wie bei älteren Patienten durch eine personalisierte Medizin Nebenwirkungen reduziert werden können. Harder weiter: „Der wissenschaftliche Austausch auf dem Kongress wird dazu beitragen, dem Ziel einer optimalen Arzneimittelversorgung etwas näher zu kommen.“

Ein Resümee aus Sicht der Wissenschaft

Prof. Dr. Bernhard Badura, Emeritus der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, gehört zu den Wissenschaftlern, die der Versorgungsforschung in Deutschland den Weg bereitet haben. Als

Soziologe und langjähriger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health hat er sich Zeit seines Berufslebens für eine stärkere Patientenorientierung im bundesdeutschen Gesundheitswesen eingesetzt. Ein Resümee zu zehn Jahren Versorgungsforschungskongress aus wissenschaftlicher Sicht.

„Heute sind die Herausforderungen dramatischer als noch vor zehn Jahren“, fasst Badura die aktuelle Situation zusammen. Habe man sich früher ganz dem Thema „Patientenorientierung“ oder „Qualität im Gesundheitswesen“ widmen können, stehe das System heute unter einem enormen Kostendruck. Dies bedeute eine besondere Herausforderung nicht zuletzt für Menschen mit Führungsverantwortung, die unter diesen Bedingungen die Arbeit zu organisieren hätten. Bezogen auf den stationären Sektor fragt Badura provokativ: „Brauchen wir nicht – ebenso wie es Leitlinien für Ärzte gibt – auch Leitlinien für Krankenhäuser?“ Umfassender formuliert: „Was heißt überhaupt kunstgerechte Führung einer komplexen Organisation wie eines Krankenhauses oder einer Pflegeeinrichtung heute?“

Die Krankenhausforschung sei stark unterentwickelt, kritisiert Badura. Ein präziser Blick auf die Organisation könne dabei zu interessanten Erkenntnissen führen, zum Beispiel dass eine gute Mitarbeiterführung für die Versorgungsqualität eine große Rolle spiele. Die häufig zitierte (zu) dünne Personaldecke reiche im Allgemeinen nicht aus, um Defizite in der Versorgungsqualität erschöpfend zu erklären.

Wichtig sei dabei, alle relevanten Wechselwirkungen im Blick zu haben – und in diesem Zusammenhang auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. Qualitative Mängel in der Mitarbeiterführung seien mit ein Grund für Burnout-Syndrome bei Beschäftigten. Und diese wiederum könnten „erhebliche Rückwirkungen“ auf die Effizienz und Versorgungsqualität in einer Einrichtung haben.

Badura empfiehlt fünf Maßnahmen, um die Versorgungssituation in Deutschland zu verbessern:

- Entwicklung von Standards für die Mitarbeiterführung in Gesundheitseinrichtungen
- Identifizierung von Handlungsbedarf durch Rückmeldung von Patienten, Angehörigen und Beschäftigten

- Mehr Selbstorganisation statt Hierarchie
- Entwicklung einer Kultur der Achtsamkeit für Qualität und Wohlbefinden
- Entwicklung einer vergleichenden Krankenhausforschung.

Ein Resümee aus Sicht der Krankenkassen

*Die BARMER GEK gehört zu den Pionieren der Versorgungsforschung. Dies gilt gleichermaßen für die BARMER wie auch für die GEK, die bis vor wenigen Jahren noch getrennt auftraten. Die Forschungsergebnisse werden dabei in weithin beachteten Reporten veröffentlicht, wie etwa dem Arzneimittel-, Arzt- oder Klinikreport. **Dr. Rolf-Ulrich Schlenker**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, erläutert die Motivation der Kasse, sich auf diesem Feld zu engagieren, und zieht Bilanz.*

Versorgungsforschung ziele darauf ab, Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen, sagt Schlenker. Insofern sei es nur natürlich, dass die Kassen in dieser wissenschaftlichen Disziplin auch selbst als Akteure aufträten. „Versorgungsforschung dient der Entdeckung und Behebung von Über-, Unter- und Fehlversorgung“, fasst Schlenker die konkreten Ziele zusammen. Es gehe um die bedarfsgerechte Verteilung knapper Ressourcen. Im Forschungsalltag stellten die Abrechnungsdaten der Kassen dabei eine „echte Schatzkammer“ dar. Viele wichtige Fragen könnten mit diesen so genannten Routedaten beantwortet werden.



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Nach Ansicht von Schlenker hat die Versorgungsforschung dabei bereits eine Strahlkraft entwickelt, die weit über rein ökonomische Zusammenhänge hinausgeht. So trage sie ganz wesentlich dazu bei, Transparenz und Patientensouveränität im Gesundheitswesen zu erhöhen. Schlenker sieht darin sogar einen „wesentlichen Kern“ der Versorgungsforschung. Allerdings sei es in diesem Zusammenhang wichtig, dass die Erkenntnisse der Versorgungsforschung auch in der Praxis umgesetzt würden.

Aktuell sieht Schlenker ein Tätigkeitsfeld für Versorgungsforscher bei den neu entstehenden Bewertungsportalen. In einem wissenschaftlichen Rahmen können Patienten bei diesen Portalen ihre Ärzte bewerten. Auch die BARMER GEK hat ein solches Angebot auf ihre Website gestellt. Eine Herausforderung sei es nun, so Schlenker, die vorhandenen objektiven Routinedaten der Kassen mit den neuen subjektiven Patienteneinschätzungen zusammenzuführen. Eine Methode hierfür gebe es noch nicht. Hier sei die Wissenschaft gefordert, diese weiteren Puzzle-Stücke auf dem Weg zu mehr Patientensouveränität beizusteuern.

Mit zwei Appellen schließt Schlenker seinen Vortrag: Die Allgemeinen Kodierrichtlinien (AKR) müssen seiner Ansicht nach obligatorisch eingeführt werden. So könne die Datenqualität deutlich verbessert werden. Außerdem weist er darauf hin, dass im offiziellen Etat der Kassen keine Gelder für Forschung vorgesehen sind. Diese zwacke man irgendwo ab. „100 Millionen für die GKV aus dem Bundeshaushalt würden reichen, um eine ordentliche Versorgungsforschung zu betreiben. Schließlich handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.“

Ein Resümee aus Sicht der Politik

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert seit knapp 20 Jahren Versorgungsforschung in Deutschland. Die Anfänge gehen auf den Aufbau des Wissenschaftsbereichs „Public Health“ zurück.

Dr. Karin Richter, wissenschaftliche Mitarbeiterin des „Projekträgers im DLR für Gesundheitsforschung“ des BMBF, mit einem Rückblick und einer aktuellen Bestandsaufnahme aus Ministeriumssicht.

Anfang der 90er Jahre stieg das BMBF in großem Stil in die Förderung der Versorgungsforschung in Deutschland ein, wie Richter ausführt. Das Ministerium habe in jenen Jahren den Aufbau von Public Health-Instituten an den Universitäten mit rund 50 Millionen Euro unterstützt. Die Themen damals: Erforschung von Krankheitsursachen, Gesundheitsförderung und das Gesundheitssystem als solches. In der Folge habe das Ministerium sein Engagement auf die Bereiche der Rehabilitation und der allgemeinärztlichen Versorgung ausgeweitet.

Bereits frühzeitig hat sich das BMBF für seine Fördermaßnahmen Partner ins Boot geholt, wie etwa Sozialversicherungsträger. So legte es 1996 zusammen mit der Deutschen Rentenversicherung den Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ auf. Ab 2001 förderte das Ministerium dann gemeinsam mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen versorgungsbezogene Forschungsansätze, wie etwa Studien zum Thema „Disease Management“.

Seit 2007 gibt es ein neues Schwerpunkt-Programm mit einer besonders breiten Trägerschaft. Gemeinsam mit der gesetzlichen Rentenversicherung sowie gesetzlichen und privaten Krankenkassen will das BMBF die Versorgung von chronisch kranken Patienten verbessern. Im Einzelnen geht es darum, die Menschen aktiver an ihrer eigenen Versorgung zu beteiligen. Dies greife den wichtigen Aspekt der Patientenorientierung auf, so Richter.

Ein weiterer aktueller Förderschwerpunkt sei der Ausbau von Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung, berichtet Richter. Konkret gehe es um die Schärfung des wissenschaftlichen Profils und eine bessere Sichtbarkeit auf dem internationalen Parkett.

Für die Zukunft sieht Richter vor allem zwei Herausforderungen: Es müssten mehr Konzepte und Strukturen erarbeitet werden, die auf unterschiedliche sozio-kulturelle Lebensbedingungen von Patienten auch unterschiedliche Antworten gäben. Und zweitens sollte sich die Gesellschaft weiter für eine gerechte und bezahlbare Gesundheitsversorgung einsetzen. Dies bedeute, dass auch die Versorgungsforschung ihren Platz im Forschungskanon haben müsse, da sie die nötigen Fakten und Erkenntnisse hierfür liefere. Richter betont, dass sich die Bundesregierung in ihrem „Rahmenprogramm Gesundheitsforschung“ aus dem Jahr 2010 erneut zu diesen Zielen bekennt.



„Wenn die Medizin ihr Territorium ausweitet – zukünftige Aufgaben für die Priorisierung?“

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Seniorprofessor für Bevölkerungsmedizin an der Universität zu Lübeck, ist einer der wichtigsten Vordenker der Versorgungsforschung in Deutschland. Der Soziologe und Mediziner befasst sich in seinem Einführungsvortrag mit dem Phänomen der Medikalisation, einer Situation, in der das normale Leben mit seinen vielen Facetten immer mehr in den Fokus der Medizin rückt.

„Wenn die Medizin ihr Territorium ausweitet – zukünftige Aufgaben für die Priorisierung?“, hat Raspe seinen Vortrag betitelt. Im Laufe der Ausführungen wird jedoch klar: Bereits dieser Titel will hinterfragt sein. Weitet tatsächlich die Medizin ihr Territorium aus? Oder sind es eher andere Akteure, die maßgeblich zu der beobachteten Medikalisation der Gesellschaft beitragen?

Raspe spannt einen zeitlichen Bogen von den 70er Jahren bis heute. Damals habe es einen „generalisierten Machtverdacht“ gegeben, in dessen politischem Umfeld auch Medizinsoziologen zu weitreichenden Schlussfolgerungen kamen. Raspe zitiert aus „Limits to Medicine“ von Ivan Illich aus dem Jahr 1976: „Die etablierte Medizin hat sich zu einer ersten Gefahr für die Gesundheit entwickelt. Die lähmenden Folgen, die eine von professionellen Standesorganisationen ausgeübte Kontrolle über das Gesundheitswesen hat, erreichen mittlerweile die Ausmaße einer Epidemie. Der Name dieser neuen Epidemie ist die Iatrogenese.“

Eine klare, analytische Kontur habe der Begriff der Medikalisation in jenen Jahren allerdings nicht erhalten, berichtet Raspe. Er schlägt folgende Kriterien vor, um den Begriff präzise zu beschreiben: Demnach liegt Medikalisation vor, wenn ein Phänomen, das bislang nicht mit gesundheitlichen Begriffen diskutiert wurde, plötzlich dem Gegensatzpaar

gesund – krank zugeordnet wird. Beispiel: Der Zappelphillip von früher und ADHS heute. Hinzu kommt, dass einer solchen „Störung“ mit medizinischen Mitteln begegnet wird, wobei ein relativ intensiver Kontakt zum medizinischen System notwendig ist. Und schließlich übernimmt auch noch die Solidargemeinschaft die Kosten.

Praktisch vollziehe sich der Prozess der Medikalisation, indem die Medizin ihre Zuständigkeit immer weiter ausdehne: Ausgehend von scharf umrissenen Krankheiten, für die man sich schon immer zuständig gefühlt habe, interessiere man sich nun auch für Krankheitsvorstufen, im nächsten Schritt dann für die „nicht-richtig-kranken – nicht-richtig-gesunden“ Menschen und schließlich stehe der „noch gesunde“ Mensch im Mittelpunkt des Interesses.

Für unbedenklich hält Raspe eine solche Entwicklung nicht. Erstens bestehe die Gefahr, dass die Medizin am Ende des Tages damit beschäftigt sei, zu weiten Teilen irrelevante Gesundheitsstörungen zu behandeln. Zweitens verleite eine solche Entwicklung Menschen dazu, sich krank zu fühlen, obwohl sie gesund wären.

Raspe fordert aus diesen Gründen, den Prozess der Medikalisation gut im Blick zu behalten und gegebenenfalls einzuschreiten. Hierfür gebe es auch ein Instrumentarium: Die Priorisierung medizinischer Maßnahmen. Priorisierung sei dabei nichts anderes, als bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vorrangig vor anderen einzustufen. Was nach öffentlichem Konsens wichtig erscheint, wird bevorzugt, wirkungslose Therapien landen am Ende der Skala.

Während „Priorisierung“ in Deutschland bei vielen Politikern immer noch als „no go“ gelte, setze sich Schweden bereits seit Anfang der 90er Jahre mit diesem Thema erfolgreich auseinander. Zunächst habe man sich in verschiedenen Kommissionen und Arbeitsgruppen auf eine ethische Basis verständigt. Später wurden auf dieser Grundlage Priorisierungsleitlinien für den medizinischen Alltag erarbeitet.

„Blanker Unsinn“ sei es, sagt Raspe, dass angesichts eines solch umsichtigen Vorgehens der Schweden hierzulande immer noch behauptet werde, Priorisierung sei unethisch. Viel zu häufig werde eine aufkeimende Diskussion mit dem Hinweis auf die Unerwünschtheit von „Rationierung“ im Gesundheitswesen abgewürgt. Bei dem Konzept der Priorisierung gehe es jedoch nicht darum, den Zugang zu Leistungen zu beschneiden, sondern auf der Grundlage eines allgemeinen Konsenses eine Reihenfolge für Interventionen aufzustellen. Priorisierung helfe auf diese Weise, sorgsam mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen.

Darüber hinaus könne auf diese Weise, die Medikalisation der Gesellschaft in Grenzen gehalten werden. Dies allein reicht nach Ansicht von Raspe jedoch nicht aus, zu vermeiden, dass eines Tages in Deutschland nur noch Kranke leben. Er fordert einen „Schutz der Gesundheit“. Vor allem auch gegenüber der Gesundheitsindustrie. Denn ursächlich seien es nicht die Mediziner, die die Medikalisation in Deutschland maßgeblich vorantrieben, sagt Raspe. Und hier schlägt er den Bogen zum Beginn seines Vortrags. Der „eigentliche Treiber“ der Medikalisation sei die Gesundheitsindustrie, die ihr Angebot immer weiter ausdehne. Raspe: „Priorisierung kann dabei helfen, dass wir uns selbst beschränken.“

3

Agenda 2020 – ein Ausblick auf die vielfältigen Aufgaben der Versorgungsforschung

Versorgungsforschung als politischer Schwerpunkt

*Im bundesweiten Vergleich gilt das Land Nordrhein-Westfalen bei der Versorgungsforschung als Vorreiter. So wurde im Jahr 2009 in Bochum ein „Strategiezentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen“ eingerichtet, das die Versorgungsforschung im Land bündelt. Das Bundesland fördert die Einrichtung mit jährlich rund zwei Millionen Euro. **NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens** erklärt in einem Vortrag, warum sie Versorgungsforschung für unverzichtbar hält.*

Die demografische Entwicklung ist auch für NRW eine Herausforderung: So wird die Zahl der über 65-Jährigen im Land bis 2030 von 3,6 auf 4,7 Millionen steigen. Die Zahl der Erwerbstätigen sinkt im selben Zeitraum von 8,7 auf 7,5 Millionen. „Wir werden mehr Menschen mit weniger men-and-women-power zu versorgen haben“, fasst Steffens die zukünftige Entwicklung zusammen. Da die Länder für die stationäre Versorgung zuständig sind, seien sie direkt gefordert. Aber auch in anderen Bereichen sieht sich die Ministerin in der Pflicht: „Letztlich ist es ja so, dass die Menschen nicht an eine weit entfernte Bundesebene herantreten wollen, sondern von uns eine adäquate Versorgung erwarten.“

Über das geplante Versorgungsstrukturgesetz äußert sich die Ministerin enttäuscht. Was den ambulanten Bereich betrifft, gebe es in Sachen Mitspracherechte kaum Verbesserungen. Auf Landesebene sei zwar ein sektorübergreifendes Planungsgremium für den ambulanten und stationären Bereich vorgesehen, aber „weichgespült ohne Ende“. Steffens: „Das ist kein Gremium, das wirklich planen kann.“ Den Herausforderungen der Zukunft sei so nicht beizukommen.

Von der Versorgungsforschung erwartet Steffens präzise Antworten auf praktische Fragen. Viel zu viele Vorgänge und Mechanismen seien im Gesundheitswesen bislang noch unbekannt. Die zentralen Fragen lauteten: Wie funktionieren die Dinge? Wie sind die Abläufe? Wie lassen sich unerwünschte Folgen vermeiden?

Steffens nennt als Beispiel die unzulängliche Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Der



NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens

tatsächliche Bedarf seitens der Patientinnen und Patienten nach Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen- und Therapeuten sei völlig unklar. Geplant werde auf der Grundlage von Abrechnungsdaten aus lange vergangener Zeit. Tatsächlich hat der Gesetzgeber die Versorgungssituation mit Ärztinnen und Ärzten von Anfang der 90er Jahre festgeschrieben und orientiert sich seither daran. Der Versorgungsgrad von damals darf in den einzelnen Zulassungsbezirken lediglich um zehn Prozent überschritten werden, ab da wird ein Bezirk für andere Arztpraxen gesperrt – wobei die einzelnen Fachgruppen separat betrachtet werden. „Mit den tatsächlichen Bedarfen der Menschen hat das nichts zu tun“, kritisiert die Ministerin. Das zeige sich zum Beispiel an langen Wartezeiten für Psychotherapien. Nötig sei eine „reale Berechnung dessen, was die Menschen brauchen.“ Versorgungsforschung biete hierfür das nötige Instrumentarium.

Auch auf anderen Gebieten sieht die Ministerin Klärungsbedarf. So sei zum Beispiel letztlich nicht bekannt, warum die Deutschen so viele Antibiotika schlucken. Mit den Folgen habe das Land bereits jetzt zu kämpfen. Immer häufiger träten multiresistente Keime auf, die kaum noch in den Griff zu bekommen wären. Die Fragen, die die Ministerin in den Raum stellt: Verschreiben die Ärztinnen und Ärzte zu sorglos? Oder verlangen die Patientinnen und Patienten, die vielleicht beruflich und familiär unter Druck stehen, direkt nach Antibiotika? Oder ist es vielleicht so, dass sich viele Patientinnen und

Patienten die freiverkäuflichen Medikamente nicht mehr leisten können und deshalb lieber mit einem Antibiotika-Rezept die Praxis verlassen? „Alles das sind Fragen, die sich stellen und für die es bislang keine strukturellen Antworten gibt“, so Steffens.

Zum Leben im Alter fällt der Ministerin gleich ein ganzes Bündel an Themen ein, das auf der Agenda steht. Die Bereiche Pflege und Senioren fallen mit in ihren Zuständigkeitsbereich. Als erstes nennt die Ministerin die Neben- und Wechselwirkungen der Medikamente, unter denen viele alte Menschen leiden. „Patientinnen und Patienten über 65 Jahre nehmen im Schnitt täglich vier verschiedene Arzneimittel. Bei Pflegebedürftigen sind es sogar zum Teil mehr als sieben“, verdeutlicht Steffens das Problem. Andererseits wiederum klappe es mit der richtigen Medikamenteneinnahme zuhause oft nicht richtig. Auch das sei ein Problem. „Hier fehlt uns praktische Forschung, um die Situation wirklich verbessern zu können“, kritisiert die Ministerin.

Im Versorgungsalltag sei es durchaus möglich, mit wenig Geld die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen, betont Steffens. Sie nennt als Beispiel ein Modellprojekt am St. Franziskus-Hospital in Münster. Dort habe man das besondere Narkose-Risiko älterer Menschen durch ein sorgsames und fachgerechtes Vorgehen deutlich senken können. Vor allem bei älteren, leicht verwirrten Menschen kommt es immer wieder vor, dass sie sich nach einer Operation nicht mehr richtig zurechtfinden. In Münster habe dieses so genannte perioperative Delir erfolgreich reduziert werden können.

Mehr anwendungsbezogene Forschung verlangt Steffens auch beim Thema Geschlechterdifferenzierung. In der Arzneimittelforschung sei erst spät erkannt worden, dass Männer und Frauen auf Medikamente unterschiedlich reagieren. Im Gesundheitssystem sei diese Erkenntnis indessen noch gar nicht angekommen. „Männer und Frauen weisen bei vielen Krankheiten unterschiedliche Symptome auf. Sie gehen mit Gesundheit und Krankheit unterschiedlich um, haben andere Lebensläufe, andere Verhaltensweisen.“ Aus diesen Gründen seien zum Beispiel geschlechterdifferenzierte Dosierungen wichtig. Ihren Vortrag schließt Steffens mit dem Appell, das Gesundheitssystem so zu verbessern, „dass wir 2030, wenn wir selber mal die Probleme haben, wissen, dass wir in diesem System noch gut aufgehoben sind.“

Zukunftsaufgaben und Stellenwert der Versorgungsforschung – ein Co-Referat

Prof. Dr. Edmund Neugebauer, stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF), beschreibt die Rolle der Versorgungsforschung bei der Entscheidung, die finanziellen Mittel im Gesundheitswesen möglichst sinnvoll einzusetzen. Dabei greift er auf eine Stellungnahme¹ des Netzwerks zurück. Außerdem gibt Neugebauer einen Ausblick auf die wichtigsten Zukunftsaufgaben.

Bei Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen geht es darum, politisch festzulegen, welche Behandlungs- und Präventivmethoden als Versicherungsleistungen bereitgestellt werden, wie Neugebauer ausführt. Darüber hinaus müssten auch allgemeinere Entscheidungen über Inhalte getroffen werden. Zudem müssten der konkrete Bedarf und die Höhe der nötigen Investitionen bestimmt werden. Neugebauer: „Das Ziel der Versorgungsforschung ist es, für gesundheitspolitische Entscheidungen eine transparente und valide Entscheidungsgrundlage zu schaffen.“ Bislang sei das System wenig transparent. Hier setze Versorgungsforschung an. Angesichts der gesundheitspolitischen Diskussionen um die Allokation knapper Ressourcen hat das DNVF in einer aktuellen Stellungnahme die unverzichtbare Bedeutung der Versorgungsforschung für Allokationsentscheidungen deutlich gemacht.

Inhaltlich bewegt sich Versorgungsforschung laut Neugebauer vor allem auf zwei Feldern: Bewertet werden bestimmte Maßnahmen, wie etwa Arzneimittelausgaben oder operative Maßnahmen, und zweitens Strukturen. Bei den Maßnahmen geht es darum zu prüfen, ob sich diese auch im Patientenalltag bewähren. Insofern beginnt Versorgungsforschung dort, wo klinische Studien enden. Bei der Frage, wie Strukturen einzuschätzen sind – und wie diese verbessert werden können – kann nur die Versorgungsforschung die nötigen Erkenntnisse liefern. Methodisch greift die Disziplin dabei auf das Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin zurück.

¹ „Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme“, Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung, Sonderdruck, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2011.

Die Überlegung, welche Kosten die Solidargemeinschaft übernehmen soll, erfordert eine Abgrenzung zwischen subjektivem und objektivem Bedarf, wie Neugebauer erläutert. Der subjektive Bedarf entspreche im Wesentlichen einem persönlichen Bedürfnis nach Versorgung, der objektive Bedarf beziehe sich auf Maßnahmen mit belegtem Nutzen. In der Vergangenheit wurde dieser objektive Bedarf vor allem an dem Ergebnis klinischer Studien gemessen. Das soll nun anders werden. Neugebauer: „Die Versorgungsforschung möchte den Begriff des objektiven Bedarfs erweitern und nicht nur die im klinischen Versuch unter streng kontrollierten Bedingungen nachgewiesene Wirksamkeit („efficacy“) sehen, sondern auch die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen („effectiveness“) berücksichtigen.“ Wichtig sei allerdings, die Reihenfolge zu beachten: Erst klinische, dann Versorgungsforschung. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass medizinische Maßnahmen eingeführt werden, die überhaupt nicht nützen sondern vielleicht sogar schaden.

Nicht zu vergessen sei, dass der Patient auf alle Fälle im Mittelpunkt stehen müsse. Etwa, indem der so genannten Netto-Nutzen betrachtet werde, also ob sich eine Therapie zum Beispiel auch dann noch lohnt, wenn man alle mit ihr verbundenen Nebenwirkungen berücksichtigt. Oder bei der Frage, welche Forschungsziele man sich überhaupt setzt. Als klassische Ziele von Versorgungsforschung nennt Neugebauer unter anderem die Verbesserung der Lebensqualität oder auch eine ethischere Angemessenheit von Maßnahmen.

Versorgungsforschung zu betreiben, sei aufwendig, betont Neugebauer. Häufig seien lange Beobachtungszeiträume nötig und viele Patienten müssten einbezogen werden. Oder es müssten neue Methoden zur Datenerhebung entwickelt werden. Vor diesem Hintergrund verlangt Neugebauer, in Deutschland neue interdisziplinäre Forschungsstrukturen aufzubauen. Diese sollten öffentlich gefördert werden.

Für die Zukunft nennt Neugebauer sieben zentrale Aufgaben:

- Nachwuchsförderung
- Ausbau der Forschungsinfrastruktur
- Zusammenführung von Datenbeständen, um zu einer breiteren Forschungsbasis zu gelangen.

- Staatliche Förderung von Projekten mit interessensunabhängiger Themensetzung
- Transfer von Forschungserkenntnissen in die Praxis
- Methodische Weiterentwicklung der Disziplin
- Eine stärkere Integration der einzelnen Fachdisziplinen im Gesundheitswesen und die Überwindung von Sektorengrenzen.

Podiumsdiskussion

Moderation: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Hauptgeschäftsführer des DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.)

TeilnehmerInnen:

- **Barbara Steffens**
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- **Birgit Fischer**
Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)
- **Dr. Rainer Hess**
unparteiischer Vorsitzender des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss)
- **Prof. Dr. Edmund Neugebauer**
stellvertretender Vorsitzender des DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V.)
- **Dr. Christoph Straub**
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK
- **Dr. Dominik Graf von Stillfried**
Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- **Dr. Frank Wissing**
Programmdirektor Gruppe Lebenswissenschaften 1 der Deutschen Forschungsgemeinschaft e. V. (DFG).

Reichen die vorliegenden Studien überhaupt für eine frühe Nutzenbewertung aus?, fragt der Moderator den unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, Hess,



v.l. Dr. Dominik Graf von Stillfried, Dr. Christoph Straub, Dr. Frank Wissing, Birgit Fischer, Dr. Rainer Hess

zum Auftakt der Diskussion. Seit dem 1. Januar 2011 ist das heiß umkämpfte „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG) in Kraft. Es sieht vor, dass neu zugelassene Arzneimittel vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) innerhalb weniger Monate auf einen Zusatznutzen hin überprüft werden. Der unparteiische Vorsitzende dämpft mögliche Erwartungen, zu diesem Zeitpunkt bereits abschließende Bewertungen abgeben zu können. Das AMNOG sei nicht mehr als eine „Einstiegsbewertung“, die der Preisfindung diene. Allerdings räumt Hess ein, dass es durchaus sinnvoll wäre, in dem Verfahren frühzeitiger mit ausführlichen Versorgungsstudien zu arbeiten. Bislang werden diese nur in Auftrag gegeben, wenn sich die Parteien nicht einigen können und die Verhandlungen als gescheitert gelten. „Das finde ich einen Fehler im Gesetz“, sagt Hess, „dass man die gemeinsame Vereinbarung von Studien an das Scheitern knüpft und nicht von vornherein sagt, lasst uns doch mal eine Studie machen.“ Gäbe es mehr Daten zur Alltagstauglichkeit der Arzneimittel, würde der G-BA diese gerne bei seiner Prüfung berücksichtigen. „Aber die gibt es nicht“, stellt Hess fest. „Wo sind zum Beispiel die Daten, dass die Krankenhausverweildauer verkürzt wird, dass die Lebensqualität wirklich verbessert wird?“

Der Ball geht an die Chefin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Fischer. Ob sie

sich nach diesen Worten in der Pflicht sehe, Versorgungsforschung auch zum Prinzip ihrer Branche zu machen? Fischer räumt ein, dass bislang zu wenig darüber gesprochen wurde, ob sich Medikamente im Patientenalltag wirklich bewähren. Entsprechende Forschungen müssten tatsächlich „zu einem Teil der Strategie der forschenden Arzneimittelhersteller werden“. Allerdings betont Fischer, dass dies nur gemeinsam mit anderen Akteuren wie den Kassen und der Ärzteschaft möglich sei. Grundsätzlich verlangt auch sie ein Mehr an Forschung, und zwar auch außerhalb der frühen Nutzenbewertung. Gelder, die nun langsam in das System fließen, seien „ein erster Schritt in diese Richtung“.

Die NRW-Gesundheitsministerin Steffens drängt indes zur Eile. „Uns läuft die Zeit weg.“ Wenn jetzt nicht bestimmte Strukturen substanziell geändert würden, seien Versorgungsengpässe programmiert. Das Fehlen großer und umfassender Studien könne kein Grund zum Nichtstun sein. „Ich denke, wir müssen in bestimmten Bereichen auch kleinere Studien als Grundlage nehmen.“ In Frage kämen beispielsweise erfolgreiche Modellprojekte.

BARMER GEK-Chef Straub schaltet sich mit einer provokativen These in die Diskussion ein. Die ganze Zeit werde das Fehlen von Daten beklagt, dabei ließe sich gar nicht erkennen, „dass die Politik bei Veränderungen von Strukturen im Gesundheitswesen

wissenschaftliche Evidenz – egal welcher Art – einbezieht“. In aller Regel finde man sogar mehr Evidenz, die dafür spreche, es nicht so zu machen, wie es dem politischen Willen entspräche. Zudem weist Straub darauf hin, wie schwierig es sei, Evidenz, sofern dann doch vorhanden, in der Praxis umzusetzen. Die „ungeheure Macht ökonomischer Interessen“ sei durch Studien schwer zu bändigen. Bezogen auf seine Institution sagt Straub, Krankenkassen bräuchten den Freiraum, Änderungen auch einzelvertraglich umsetzen zu können. „Ansonsten ist vieles, was wir derzeit mit großer Überzeugung tun, l’art pour l’art.“

Trotz Straubs Einschränkungen herrscht Konsens unter den Teilnehmern, dass mehr Versorgungsforschung nötig ist. Moderator Glaeske: „Die Akzeptanz von Forschung hängt allerdings auch mit der Finanzierung zusammen.“ Vor diesem Hintergrund fragt er Wissing von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, ob es jetzt „das große grüne Signal der Forschungsförderung“ gebe.

Wissings Antwort ist eindeutig: Gefördert werde weiterhin nur, was für die Wissenschaft interessant sei. Die DFG sei schließlich die Selbstverwaltung der Deutschen Wissenschaft und alle Anträge hätten diese Hürde zu nehmen. Sofern Versorgungsforschung die Anforderungen erfülle, könne auch sie gefördert werden. „Da gibt es kein Problem“, sagt Wissing. Es gebe keinen Malus Versorgungsforschung. Allerdings räumt Wissing ein, dass das früher anders gewesen sei. Chancenreich seien zum Beispiel Anträge, bei denen es darum ginge, Prinzipien zu verstehen und Mechanismen zu erkennen, die auf andere Zusammenhänge übertragen werden können.

Der stellvertretende Vorsitzende des DNVF, Neugebauer, wendet ein, dass es bei der Vergabe der Forschungsgelder durch die DFG immer noch einen „miss-match“ gebe. Nur etwa zehn Prozent der gestellten Anträge aus dem Bereich der Versorgungsforschung würden erfolgreich beschieden. „Das ist zu wenig“, sagt Neugebauer. Es seien beileibe keine schlechten Anträge, die eingereicht würden. In

anderen Ländern stünde das Geld den Versorgungsforschern längst zur Verfügung.

Über die Frage, wie viel Regionalisierung im Gesundheitssystem sinnvoll ist, gehen die Ansichten in der Diskussion auseinander. Ärztevertreter Graf von Stillfried setzt sich für deutlich mehr regionale Autonomie ein. Vieles würde auch deshalb nicht umgesetzt, weil es auf regionaler Ebene keine Institution gebe, die konkrete Verantwortung für eine Population vor Ort übernehme. Da die regionale Ausgangssituation sehr unterschiedlich sei, mache es viel Sinn, sich mit den lokalen Begebenheiten auseinanderzusetzen. Dies leistet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, indem es zum Beispiel einen so genannten Versorgungsatlas anbietet.

Auch Ministerin Steffens wünscht sich mehr Handlungsfreiheit auf Länderebene, zum Beispiel bei sektorübergreifender Planung. Demgegenüber setzt Krankenkassenvertreter Straub auf eine stärkere Zentralisierung bei der Lösung der anstehenden Aufgaben: „Wenn es richtig ist – und es ist richtig –, dass für junge Frauen und alte Männer Therapien unterschiedlich angeboten werden müssen“, dann sei es zu kompliziert, das Thema noch in „ostfriesische junge Frauen, bayerische alte Männer“ und so weiter zu unterteilen. Wichtig sei eine Versachlichung der Diskussion, sagt Ministerin Steffens zum Abschluss des Gesprächs. „Forschung ist dabei das beste Argument.“

Der Moderator hält resümierend drei Punkte fest: Die vergangenen zehn Jahre hätten gezeigt, dass es gelungen sei, im Bereich Versorgungsforschung erfolgreich ein Programm, eine Initiative und auch eine Philosophie zu entwickeln. Zweitens gäbe es weiterhin viele Bereiche, in denen die Versorgungsforschung näher an die Menschen heranrücken müsse. Und drittens sieht Glaeske die Versorgungsforschung in methodischer Hinsicht auf einem guten Weg wie auch bezüglich der Forschungsförderung. „Ich nehme von Herrn Wissing mit, dass entsprechende Anträge, die die Wissenschaft und die Methodik weiterentwickeln, sehr gerne positiv bewertet werden.“

Das Erkenntnisinteresse im Mittelpunkt! Versorgungsforschung aus Sicht der BARMER GEK

*Depressionen gelten inzwischen als Volkskrankheit. Schätzungsweise zehn Prozent der Bevölkerung sind betroffen. Tendenz steigend. Die BARMER GEK hatte sich für das Jahr 2011 als inhaltlichen Arbeitsschwerpunkt das Thema „psychische Erkrankungen“ gesetzt. Wie die Kasse die Behandlung der Patienten verbessern möchte, berichtet **Michael Hübner**, Leiter der Hauptabteilung Versorgungsmanagement der BARMER GEK.*

Immer mehr Menschen geraten in so tiefe seelische Not, dass sie Hilfe im Krankenhaus suchen. Hübner berichtet, dass sich die Zahl der Betroffenen bei der BARMER GEK in den vergangenen 20 Jahren um rund 130 Prozent erhöht habe. Ein großes Problem seien dabei die vielen Wiedereinweisungen: in rund zehn Prozent der Fälle sei ein Patient innerhalb eines Monats wieder zurück „auf Station“. Nach Ansicht von Hübner müsse dies nicht so sein. Ein Grund für die unbefriedigende Situation sei, dass viele Patienten nach der Entlassung nicht direkt die Hilfe fänden, die sie in dieser sensiblen Situation bräuchten.

Aus diesem Grund wird die BARMER GEK Anfang 2012 ein Pilotprojekt aufsetzen. Gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse soll das Modell zunächst in fünf Regionen erprobt werden. Einzelnen Patienten soll dann zum Beispiel eine individuelle Betreuung angeboten werden, im Fachjargon „Case Management“ genannt. „Auf diese Weise versuchen wir, die Lücke zwischen der stationären Behandlung und dem ambulanten Bereich zu füllen“, erklärt Hübner. Darüber hinaus wollen die Kassen prüfen, inwieweit sie mit den Krankenhäusern für ihre Versicherten besondere Behandlungsbedingungen vereinbaren können, die die Situation ebenfalls verbessern. Mit im Fokus hat die Kasse dabei die stark steigenden Kosten für psychisch Kranke. Wenngleich die Zahl der Erkrankungen nicht durch einfache Maßnahmen reduziert werden könne, ließe sich mittels einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung durchaus Geld sparen, erklärt Hübner.

Das Pilotprojekt setzt bei der besseren Vernetzung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor ausdrücklich auch auf Träger der so genannten

Gemeindepsychiatrie. Damit sind psychiatrische und auch allgemein seelisch-soziale Hilfsangebote gemeint, wie etwa psychiatrische Dienste der Städte oder Angebote von betreutem Wohnen seitens verschiedener Vereine.

In der abschließenden Diskussion stellte sich allerdings die Frage, ob das vorgesehene Fallmanagement bei der Krankenkasse wirklich richtig aufgehoben sei. Oder ob sich hierfür nicht der Hausarzt besser eigne. Hübner: „Wir haben uns entschieden, nicht länger zu warten. Einer muss es machen.“

Arzneimittelmanagement: Workshop der Techniker Krankenkasse

*Er gehört zum wichtigsten Instrumentarium einer Arztpraxis: Der Rezeptblock. Entsprechend hoch fallen die Kosten für Arzneimittel in Deutschland aus. Allein die Techniker Krankenkasse (TK) gab in 2010 über 2,5 Milliarden Euro für Arzneimittel aus. Auf dem Kongress hat die TK gemeinsam mit dem Veranstalter zum Workshop „Arzneimittelmanagement“ eingeladen. **Tim Steimle**, Leiter des Fachbereichs Arzneimittel bei der TK, erläutert, welche Schwerpunkte seine Kasse beim Arzneimittelmanagement setzt.*

Es reicht nicht, als Kasse einfach die Medikamente der Versicherten zu bezahlen – dies wird in dem Vortrag schnell deutlich. Stattdessen bedarf es einer ganzen Arzneimittelversorgungsstrategie. Steimle befasst sich in seinem Vortrag vor allem mit den Rabattverträgen, die die Kassen mit Arzneimittelherstellern abschließen, um auf diese Weise ihre Kosten zu senken. Thematisiert werden außerdem die Bereitstellung von Informationen für Ärzte und Versicherte und schließlich Fragen zur Therapietreue von Patienten, der Adhärenz.

Allein durch die Umsetzung von Rabattverträgen habe die TK im Jahr 2010 über 100 Millionen Euro gespart, berichtet Steimle. Diese Verträge implizieren eine exklusive Versorgung der GKV-Versicherten mit bestimmten Arzneimitteln, verbunden mit erhöhten Verkaufsmengen auf Seiten der Hersteller und rabattierten Einsparpotentialen auf Seiten der Kassen. So hat die TK in der Vergangenheit Rabattverträge über ganze Sortimente geschlossen.

Inzwischen setzt die Kasse auf wirkstoffbezogene Verträge, wobei jeder Wirkstoff einzeln ausgeschrieben wird. Dies bietet ein „hohes Einsparpotenzial“, sagt Steimle.

Vor allem bei patentgeschützten Arzneimitteln sieht Steimle noch viel Raum für Kostensenkungen über Rabattverträge. Während patentgeschützte Arzneimittel rund 45 Prozent des Arzneimittelumsatzes ausmachen, liegt ihr Verordnungsanteil nur bei 8 Prozent, für lediglich 5 Prozent gibt es Rabattverträge. Zum Vergleich: Auf dem Markt für Nachahmerpräparate (Generika) entfallen rund 70 Prozent aller Arzneiverordnungen. Diese Mittel machen aber nur rund 30 Prozent des Arzneimittelumsatzes aus, wobei über 70 Prozent der Generika rabattiert sind. „Ich denke, bei den patentgeschützten Arzneimitteln wird und muss sich in Zukunft noch einiges tun“, so Steimle.

Eine große Herausforderung für die Kassen sei es zudem, Ärzte mit evidenzbasierten Informationen über Medikamente zu versorgen. Dabei ginge es vor allem um herstellerunabhängige Angebote. Kostenlose Zeitschriften, die von Seiten der Industrie auf neue Medikamente aufmerksam machen, gebe es in den Praxen genug, sagt Steimle. Einer Studie zufolge werden diese von den Ärzten auch genutzt. In dieser Situation sei es daher wichtig gegenzusteuern. Dies leiste die TK mit ihrem bekannten Arzneimittelreport, den sie zusammen mit der Kassenzärztlichen Vereinigung Nordrhein entwickelt hat. Im Rahmen dieses Angebots können sich Ärzte eine Liste über die von ihnen verschriebenen Rezepte erstellen lassen, um auf diese Weise ihr Verordnungsverhalten

kennenzulernen und vorhandene Effizienzpotentiale nutzen zu können. Bislang nehmen über 900 Ärzte im Bereich Nordrhein an dem Projekt teil.

Bei der Thematik Therapietreue verweist Steimle auf die richtige Einnahme von Medikamenten, insbesondere bei älteren Menschen. Die TK unterstützt ihre Versicherten, indem sie ihnen auf Wunsch eine individuelle Aufstellung aller ihrer Verordnungen zukommen lässt und darüber hinaus über Medikamente informiert, deren Einnahme im Alter problematisch sein kann. Diese Informationen basieren auf der so genannten PRISCUS-Liste, die im Auftrag des Bundesforschungsministeriums erstellt wurde. Mit diesen ausgehändigten Informationen können die Patienten mit ihrem Arzt ausführlich über Risiko und Nutzen einer Therapie beraten. Auch in der Ärzteschaft selbst hat dieses Angebot ein gutes Feedback gefunden, berichtet Steimle. Die TK habe dafür gesorgt, dass die Informationen frühzeitig auch den Ärzten zur Verfügung standen.

Für die Zukunft gebe es viel zu tun, so Steimle. Konkret überlegt die Kasse, wie sie das Thema „Therapietreue“ weiter voranbringen kann. Programme als Gießkannenprinzip aufzulegen, lehnt Steimle ab. Viel besser wäre es, Patienten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Problem mit ihren Medikamenten hätten, aus der Gesamtzahl der Versicherten zu identifizieren, um ihnen dann Unterstützung anzubieten. Wie die vorhandenen wertvollen Informationen der so genannten „Routinedaten“ in ein individuelles Angebot an Patienten und Ärzte überführt werden können, das sei die Frage zukünftiger Strategien.

Nutzenbewertung nach AMNOG – Erfahrungen und Perspektiven

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Oktober 2011 seine erste frühe Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) vorgelegt. Institutsleiter Prof. Dr. Jürgen Windeler berichtet über die ersten Erfahrungen mit dem neuen Gesetz und gibt einen Ausblick für die weitere Arbeit.

In seiner ersten Bewertung hat das IQWiG den Wirkstoff Ticagrelor untersucht. Dieser ist seit Anfang 2011 unter dem Handelsnamen Brilique® in Deutschland auf dem Markt. Das Medikament wird eingesetzt, um bei einer akuten Durchblutungsstörung des Herzmuskels Blutgerinnseln vorzubeugen. Hersteller ist die Firma AstraZeneca. Das Ergebnis der IQWiG-Bewertung: Das Medikament hat einen beträchtlichen Zusatznutzen bei „leichteren“ Herzinfarkten ohne typische EKG-Veränderungen (NSTEMI) und bei instabiler Angina Pectoris (IA). In diesen Fällen senkt das Medikament das Risiko für Todesfälle und Herzinfarkte. Bei „schwereren“ Herzinfarkten (STEMI) fehlen entsprechende Belege. Windeler zu den besonderen Herausforderungen des ersten Verfahrens: „Wir mussten uns mit dem Ausmaß des Zusatznutzens beschäftigen. Dafür gab es keinerlei Vorgaben.“

Die Rechtsverordnung habe zwar vorgesehen, bei der Bewertung des Zusatznutzens bestimmte Abstufungen vorzunehmen, diese aber letztlich nicht im Detail konkretisiert. Windeler weiter: „Wir haben uns den Sturm der Entrüstung vorgestellt, der in das IQWiG schießen würde, wenn wir sagen, wir finden den Zusatznutzen beträchtlich.“ Deshalb habe man versucht zu operationalisieren, was „beträchtlich“ sei. Das Ergebnis könne jeder im Internet nachlesen. Unterschieden wird dabei nach genauen Kriterien in die Unterpunkte „erheblich“, „beträchtlich“, „geringer“ Zusatznutzen etc. (www.iqwig.de / Projekte & Ergebnisse). Diese Form der Öffentlichkeit, die das AMNOG vorsehe und die das IQWiG bereits seit langem praktiziere, sei bereits ein Wert an sich, freut sich Windeler.

Zurzeit bearbeitet das IQWiG nach diesem Verfahren zehn Anträge („Dossierbewertung“). Formal ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dieser Aufgabe betraut. Es gibt jedoch einen Beschluss, diese Aufgabe „regelmäßig“ an das IQWiG

weiterzuleiten. Die fertige Bewertung, wie etwa die von Ticagrelor, geht dann zurück an den G-BA. Dieser entscheidet in letzter Instanz, wie das Medikament einzuordnen ist.

Bei der Bestimmung eines möglichen Zusatznutzens orientiert sich das IQWiG an einer bestimmten Vergleichstherapie. Den Vorgaben nach soll diese „zweckmäßig“ sein. In der Vergangenheit habe es zu der Frage, welche Therapie in einem Verfahren denn nun die angemessene Vergleichstherapie sei, „intensive, auch öffentlich ausgetragene Diskussionen“ gegeben, berichtet Windeler. Auch hierfür gebe es allerdings feste Kriterien. Diese seien in der Verfahrensordnung des G-BA nachlesbar.

Ein konkretes Problem bei der Bewertung von Ticagrelor war laut Windeler, dass die ausgewählte Vergleichstherapie für bestimmte Anwendungen gar keine offizielle Zulassung hatte. Da sich das IQWiG aber am offiziellen Zulassungsstatus orientiere, habe die Vergleichstherapie in diesen Bereichen nicht herangezogen werden können. „Die ganze Problematik des Off-Label-Einsatzes gewinnt im AMNOG noch einmal eine neue, ganz andere Bedeutung. Das muss sicherlich noch angepackt werden“, so Windeler.

Zum Hintergrund des Gesetzes stellt Windeler fest, dass es prioritär verabschiedet wurde, um zur Preisfindung beizutragen. Interessant sei jedoch, dass in der Gesetzesbegründung auch darauf verwiesen wurde, warum eine Nutzenbewertung nötig ist. Zitat aus der Begründung: „Die Datenlage für neue Wirkstoffe (insbesondere in der Onkologie) wird von Experten als unbefriedigend bezeichnet. Die Aussagekraft der für die Zulassung durchgeführten klinischen Studien über die in der Praxis auftretenden Anforderungen an ein Arzneimittel und auch zu patientenrelevanten Endpunkten sind nach Ansicht der Experten gering. Gefordert werden daher mehr versorgungsrelevante Studien.“ Windeler hält fest: „Wir haben hier offenbar ein Defizit. Darauf möchte ich hinweisen.“

Im Hinblick auf die Zukunft konstatiert der IQWiG-Institutsleiter, man habe bei der ersten Nutzenbewertung mit dem Verfahren „keine relevanten Probleme“ gesehen. Allerdings sei zu beobachten, dass die Hersteller ihrer Pflicht zur Veröffentlichung von Studienergebnissen und Methodik nicht ausreichend nachkämen. Hier müsse nachgebessert werden.

Windeler macht darauf aufmerksam, dass sich mit dem AMNOG die Informationslage auf dem Arzneimittelmarkt deutlich verbessern wird. Darüber hinaus stünden die Informationen auch sehr frühzeitig zur Verfügung. Diese könnten dann an Ärzte und Patienten weitergegeben werden. Im Frühjahr 2012 will das IQWiG eine umfassende Zwischenbilanz zu den Erfahrungen mit dem AMNOG abgeben.

Windeler regt an, eine frühe Nutzenbewertung auch für andere Bereiche außerhalb des Arzneimittelmarktes zu entwickeln. Bei nicht-medikamentösen Therapien, ohne vorhandenes Zulassungsverfahren, gehe es dabei grundsätzlich um eine jeweilige Bewertung des Nutzens. Bislang müssen beispielsweise neue Operationsmethoden nicht offiziell zugelassen werden. „Natürlich brauchen wir auch dort ein solches analoges Verfahren“, stellt der Leiter des IQWiG mit Nachdruck klar.

Ohne Qualität keine Effizienz – Voraussetzungen für eine gute Arzneimitteltherapie

Wenn ein Arzt eine Therapie verschreibt, geht es meistens um Arzneimittel. Bei den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen sie mit rund 30 Milliarden Euro im Jahr nach den Krankenhauskosten an zweiter Stelle. Prof. Dr. Gerd Glaeske, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung, erklärt in seinem Vortrag, wie Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelversorgung zusammenhängen.

„Die Ökonomie war schon immer ein Begleiter der Medizin“, stellt Glaeske fest. Zu jeder Zeit sei gefragt worden, wie mit begrenzten Mitteln eine vernünftige Versorgung erreicht werden könne. Insofern seien Überschriften wie „Die Ökonomie macht die Medizin tot“ irreführend. Wichtig sei es zu diskutieren, wie Medizin und Ökonomie zusammenhängen – und nicht ob überhaupt.

Wenn die Mittel begrenzt sind, sei es wichtig, dass sich zum Beispiel auch Ärztinnen und Ärzte um Effizienz bemühen. Die Frage, die sich jeder Mediziner zu stellen habe: Kann ich das Ziel, auf das es ankommt, genauso gut mit einem anderen, wirtschaftlicheren Arzneimittel erreichen? Was die Begrifflichkeit betrifft, handele es sich hierbei um Effizienzoptimierung und um Ökonomisierung.

Effizienz und Qualität seien eng miteinander verbunden, erklärt Glaeske. Ein System, in dem Unter-, Über- oder Fehlversorgung herrschen, habe ebenso qualitative Mängel wie Effizienzdefizite. Laut Glaeske gibt es zum Beispiel eine „grandiose Fehlversorgung“ von dementen Patienten mit Neuroleptika, die zu einer 1,6–1,7-fachen Übersterblichkeit führt, im Vergleich zu gleich alten Patienten ohne Demenz. Außerdem erhalten Kinder zu viele Antibiotika, was zu unerwünschten Resistenzen führt, wie Glaeske ausführt. Des Weiteren existiert bei Asthma immer noch eine Unterversorgung mit Cortisonsprays, dagegen eine Überversorgung mit beta-2-sympathomimetischen Antiasthmatica. Rezepte werden hierbei zum Teil in einem Umfang ausgestellt, dass Patienten die Tagesdosierung zehnmals abdecken können. Glaeske: „Qualitätsdefizite in der Versorgung sind letzten Endes immer auch Effizienzdefizite.“

In einer Situation, in der sich der Arzneimittelmarkt dramatisch ändert, sei es besonders wichtig, die Frage nach der Qualität und der Effizienz im Blick zu behalten, sagt Glaeske. Aktuell gebe es eine ganze Reihe von neuen Herausforderungen: So drängt die Pharmaindustrie mit neuen Spezialpräparaten wie Biologicals auf den Markt, die mit bislang völlig unüblichen hohen Preisen einhergehen. Außerdem werden die Menschen älter, sodass sie in der Summe mehr Medikamente benötigen. Und darüber hinaus verlagert sich die Versorgung zunehmend in den ambulanten Raum – soweit nur einige von vielen Trends. Die Qualität in der Arzneimittelversorgung müsse dabei auf drei Ebenen gesichert sein: Bei Zulassung, Angebot, Vermarktung und Information („Strukturqualität“), auf der Verordnungsebene der Ärzte („Prozessqualität“) und bei der Frage, ob die Hilfe auch wirklich ankommt („Ergebnisqualität“). Diese Unterscheidungen sind in der Literatur als „Qualitätstrias“ bekannt. Effizienz gilt dabei als das Maß der eingesetzten Ressourcen in Bezug auf das erreichte Ergebnis.

Gerade im Arzneimittelsektor habe es in der Vergangenheit viele unnötige Ausgaben gegeben, kritisiert Glaeske. Von rund 450 Arzneimitteln, die seit 1994 in Deutschland auf den Markt gekommen sind, seien etwa 40 Prozent unnötig gewesen, weil sie keine Verbesserungen gebracht haben. Glaeske: „Diese Arzneimittel hätten Ihnen und mir nicht gefehlt. Aber sie hätten der pharmazeutischen Industrie gefehlt, denn für solche Arzneimittel durfte sie in der Vor-AMNOG-Zeit einen eigenen Preis festsetzen.“

Von etwa 20 Prozent der übrigen Arzneimittel könne man sagen, dass sie zumindest mit einem „gewissen Fortschritt“ bezüglich der Technologie einhergingen, wie etwa bei den Schmerzplastern. Lediglich in 40 Prozent der Fälle sei es gerechtfertigt, wirklich von einem therapeutischen Fortschritt zu sprechen.

Aber auch die unnötigen neuen Mittel haben dabei zu weiten Teilen ihren Weg zu den Patienten gefunden. „In Deutschland machen rund 16.000 Pharmareferenten etwa 25 Millionen Besuche im Jahr“, berichtet Glaeske. Die Marketing-Abteilungen der forschenden Pharmakonzerne sind finanziell entsprechend gut ausgestattet. Glaeske: „Etwa 30 Prozent des Umsatzes fließen in das Marketing und in den Vertrieb. Lediglich 13 bis 15 Prozent in die Forschung.“ Erhebungen hätten gezeigt, dass viele Ärzte den neuen Medikamenten wohlgesonnen seien. Sie hätten den Eindruck, die Patienten auf diese Weise am therapeutischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Glaeske mahnt an dieser Stelle mehr kritische Distanz an. Es sei nicht zuletzt der Siegeszug vieler zweifelhafter Medikamente, der zu den hohen Ausgabensteigerungen im Arzneimittelmarkt beigetragen habe. Während beispielsweise zwischen 2004 und 2008 die Krankenhaus- und Arztkosten um jeweils etwa zehn Prozent stiegen, schnellten die Arzneimittelausgaben im selben Zeitraum um über 30 Prozent in die Höhe, wie Glaeske berichtet. Mit dem IQWiG („Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“), das seit Anfang 2011 eine frühe Nutzenbewertung für neue Medikamente vornimmt, ist nun eine stärkere Qualitätskontrolle gegeben. „Auf die Ergebnisse sei man gespannt“, sagt Glaeske.

Bislang generieren allerdings auch zweifelhafte Medikamente weiterhin hohe Umsätze. Glaeske nennt insbesondere den Cholesterinsenker „Inegy“, so der Handelsname des Produktes. Hierbei handelt es sich um ein Kombinationspräparat, das von einer

Merck-Tochter vertrieben wird. Mit einem Umsatz in Höhe von rund 150 Millionen Euro in 2010 allein in Deutschland steht es im Ranking der umsatzstärksten Arzneimittel an zwölfter Stelle. Dabei hatte bereits im Jahr 2008 eine Studie herausgefunden, dass das Kombinationsprodukt keinen Deut besser ist als eine entsprechende Solo-Variante mit dem Wirkstoff Simvastin. Die Süddeutsche Zeitung titelte damals: „Nichts als nutzlos.“ Dennoch wird das Präparat weiter gut verkauft. Glaeske: „Wir haben eine Situation, in der die Evidenz vorliegt, aber nicht ausreichend berücksichtigt wird.“ So bleibt die Effizienz „auf der Strecke“.

Auch das Problem der hochpreisigen Spezialpräparate ist nicht gelöst. 2,6 Prozent der Verordnungen seien inzwischen für 27 Prozent der Ausgaben verantwortlich. Glaeske weiter: „Für die GKV ist das etwas völlig Neues. Zudem seien bei vielen dieser Arzneimittel etwa aus dem Bereich der Onkologie Frühbewertungen nur sehr begrenzt möglich, zum Beispiel wegen zu geringer Fallzahlen und wegen vieler methodischer Unzulänglichkeiten in Zulassungsstudien“. Nicht zuletzt aus diesem Grund hält Glaeske auch Spätbewertungen nach etwa 2–3 Jahren zur Überprüfung der Ergebnisse einer Frühbewertung für dringend erforderlich.

Es seien vor allem „gute Studien“ mit definitiven Aussagen in Hinsicht auf Qualität, patientenorientiertem Nutzen und Effizienz notwendig und herstellerunabhängige Erhebungen. Bei der Methodik weist Glaeske darauf hin, dass zwischen einer ersten Stufe der Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischen Qualität eines Arzneimittels („efficacy“) und einer zweiten Stufe des patientenorientierten Nutzens („effectiveness“) unterschieden werden muss. Diese Erkenntnis müsse sich in der Praxis weiter durchsetzen. Glaeske: „Das sagt die Politik auch. Es geht darum, Versorgungsforschung zu fördern.“

6

Vorgestellte Studien und Projekte

Klinische Aspekte/Gender-Aspekte

Verschreibung von Antidementiva innerhalb des ersten Jahrs nach Demenzdiagnose – Analyse von Krankenkassen-Routinedaten

Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Erhalten Demenzkranke in Deutschland wirklich die Medikamente, die für sie vorgesehen sind? Dieser Frage sind die Autoren der hier vorgestellten Studie nachgegangen (s. u.). Zu diesem Zweck haben sie Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) aus den Jahren 2004 bis 2006 ausgewertet. Berücksichtigt wurden 1848 Fälle von Patienten ab 65 Jahren, die neu an Demenz erkrankt waren. Bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer Demenz ist für diese Patienten die Gabe von Cholinesterasehemmern vorgesehen, bei mittelschwerer bis schwerer Form Memantine. Diese Empfehlungen stehen in nationalen und internationalen Leitlinien. In der Studie ging es darum herauszufinden, ob beziehungsweise wie diese Medikamente bei Alzheimer-Demenz eingesetzt werden.

Die Auswertung der Routinedaten zeigte zunächst, dass viele Demenzdiagnosen nicht weiter differenziert wurden. Das betraf etwa die Hälfte der Patienten. Mit „Alzheimer Demenz“ codierten die Ärzte überhaupt nur acht Prozent ihrer Diagnosen. „Rein epidemiologisch wäre zu erwarten gewesen, dass die Hälfte bis zu zwei Drittel der Diagnosen auf Alzheimer entfallen“, erläutert Kaduszkiewicz. Da es zudem auch noch Mischtypen von Demenz gebe, habe man sich bei der Studie entschlossen, die Gabe der Medikamente an alle Demenz-Patienten zu untersuchen. Anstatt lediglich die acht Prozent codierten Alzheimer-Fälle einzubeziehen, hat das Forschungsteam also bei allen 1848 Fällen untersucht, ob entsprechende Medikamente verschrieben wurden.

Die Studie ergab, dass lediglich acht Prozent der Patienten Cholinesterasehemmer oder/und Memantine in angemessener Dosis erhielten. Zwölf Prozent bekamen die Medikamente in zu geringer Dosis. Acht Prozent nahmen Antidementiva ein, die nicht mehr empfohlen werden und eigentlich auch keine Rolle mehr spielen sollten, so Kaduszkiewicz. Der

Rest, fast drei Viertel aller Patienten, erhielt überhaupt kein Antidementivum. Kaduszkiewicz: „Das ist natürlich eine Versorgungswirklichkeit, die sich komplett unterscheidet von dem, was in den Leitlinien der Neuropsychiater steht und die diese auch gerne erreichen würden.“

Der Studie zufolge verschreiben Hausärzte seltener Antidementiva als die Spezialisten: Wer beim Hausarzt war, erhielt in 7,5 Prozent der Fälle eine „angemessene Dosis“, wer hingegen einen Neuropsychiater aufsuchte, in 12,5 Prozent der Fälle. Kaduszkiewicz fasst zusammen, dass die Verschreibungsrate der niedergelassenen Neuropsychiater zwar höher war als bei den Hausärzten, bei einer Rate von 12,5 Prozent diese aber letztlich den Leitlinien ihrer eigenen Fachgesellschaft zu einem großen Teil auch nicht folgten.

Weiter fiel bei der Auswertung der Daten auf, dass jüngere Alzheimer-Patienten eher ein Medikament als ältere und relativ rüstige Menschen eher als Schwerkranke und Gebrechliche erhielten. Das Geschlecht hingegen spielte keine Rolle. Auffallend war allerdings, dass Menschen die auf dem Land lebten, eher Antidementiva erhielten als Städter.

Kaduszkiewicz: „Wenn man das alles an den Leitlinien misst, kann man feststellen, dass es eine deutliche Unterversorgung mit Cholinesterasehemmern und Memantinen gibt.“ Die Forschungsfrage, die sich die Autoren stellten, kann somit als beantwortet gelten. Unstrittig ist, dass mit dem Ergebnis nun allerdings die Frage im Raum steht, was angepasst werden sollte: Die Behandlung der Ärzte an die Leitlinien, oder die Leitlinien an den Praxisalltag?

Tatsächlich sieht Kaduszkiewicz „Hinweise auf sinnvolle Versorgungsunterschiede, die in diesem Sinne keine Diskriminierung bedeuten“. Hierzu gehöre beispielsweise die Abwägung bei schwer kranken Patienten, ob tatsächlich noch ein weiteres Medikament gegeben werden soll. Außerdem gibt die Referentin zu bedenken, dass die Medikamente mit Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen einhergehen.

In der abschließenden Diskussion blieb die Frage nach der Wirksamkeit von Cholinesterasehemmern und Memantinen nicht ausgeklammert. Diese wird nach wie vor unter Ärzten kontrovers diskutiert. Die

Autoren der vorgestellten Studie hatten sich jedoch lediglich die Verschreibungsrealität als Forschungssujet vorgenommen. Zumindest den Cholinesterasehemmern hatte das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) im Jahr 2007 attestiert, dass diese den Abbau kognitiver Fähigkeiten „leicht verzögern“ können. Angesprochen auf die Frage nach der Wirksamkeit erklärt die Referentin: „Wenn ich Kliniker frage, jetzt mal Hand aufs Herz, wer profitiert eigentlich von den Cholinesterasehemmern wirklich? Dann sagen die, na ja, etwa ein Fünftel der Patienten.“ Vor diesem Hintergrund fragt eine Teilnehmerin, wie die Referentin die Verschreibungspraxis in Deutschland denn nun einschätzt. Kaduszkiewicz: „Ich bin der Meinung, dass das der Level ist, der angemessen ist.“ Das Fazit der anschließenden Diskussion: Es blieb das Gefühl, dass auch die Leitlinien stark überarbeitungsbedürftig sind.

Abstract Nr. 230¹

Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Prof. Dr. Hendrik van den Bussche, Daniela Koller, Marion Eisele, Prof. Dr. Martin Scherer, Susanne Steinmann, Prof. Dr. Gerd Glaeske, Birgitt Wiese

Patientenbeteiligung in der Versorgung

Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der Medizin: Was können wir von Bürgern lernen?

Sabine Stumpf, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck.

Priorisierung in der Medizin ist kein Thema, das in der Öffentlichkeit in Deutschland breit diskutiert wird. Zumeist verbleibt es in Expertenzirkeln. „Politik und Kostenträger vermeiden nach wie vor einen öffentlichen Diskurs“, stellt die Referentin Sabine Stumpf fest. Die Soziologin hat gemeinsam mit Professor Heiner Raspe an der Universität zu Lübeck im Jahre 2010 eine Bürgerkonferenz zu dem Thema ausgerichtet. Dabei wurden die Teilnehmer gebeten, zu Fragen der medizinischen Priorisierung Stellung zu nehmen. Ein Ziel des Projektes war, herauszufinden, ob und inwiefern die Bevölkerung einen eigenständigen inhaltlichen Beitrag zu dem Thema „Priorisierung“ leisten kann.

19 Frauen und Männer hatten sich hierfür an vier Wochenenden getroffen und sich mit einem professionellen Moderator in das Thema eingearbeitet. Zum Abschluss hielten sie die Ergebnisse in einem „Bürgervotum“ fest. Zwei Leitfragen sollten beantwortet werden: Wer soll auf welche Art über Prioritäten entscheiden? Und nach welchen Werten und Kriterien sollen verfügbare Ressourcen verteilt werden?

Nach Abschluss der Bürgerkonferenz haben die Studienleiter das Ergebnis mit anderen Stellungnahmen und Empfehlungen verglichen, die zu diesem Thema bereits existieren. Hierbei berücksichtigten sie Stellungnahmen der „Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer“, außerdem einen nationalen und einen regionalen Bevölkerungssurvey sowie Empfehlungen aus skandinavischen Ländern, die als Vorreiter in der Priorisierungsdebatte gelten.

Die Ergebnisse im Einzelnen: Bei der Frage, wie Priorisierung erfolgen soll, wenn sie aufgrund von begrenzten Ressourcen nötig ist, hatten die Lübecker Bürger die gleichen Ansichten wie Experten aus Skandinavien oder aus der Zentralen Ethikkommission. Konkret sprachen sie sich zum Beispiel für Transparenz aus und verlangten, die Öffentlichkeit an der Diskussion zu beteiligen.

Bei der Frage nach den ethischen Grundwerten, die angelegt werden sollen, zeigten sich die Bürger ebenfalls einig mit den Expertengremien. Interessant war an dieser Stelle, dass die Lübecker zusätzlich auf Generationengerechtigkeit beim Umgang mit begrenzten Ressourcen pochten. Es müsse darauf geachtet werden, dass auch für künftige Generationen noch genügend Ressourcen vorhanden seien.

Große Einmütigkeit über Lübeck hinaus herrschte auch bei den medizinischen Kriterien, die grundsätzlich berücksichtigt werden können. So solle beispielsweise die Schwere einer Krankheit oder der Nutzen einer Behandlung bei Entscheidungen eine Rolle spielen. Interessant war, dass sich die Bürgerkonferenz ausdrücklich auch für kosteneffiziente Maßnahmen aussprach und großen Wert auf Evidenz legte. Bei Umfragen im Rahmen von Bevölkerungssurveys hatten die Teilnehmer Kosteneffizienz mehrheitlich abgelehnt. Sabine Stumpf weist darauf hin, dass im Gegensatz zur Bürgerkonferenz die Surveys ohne vorherigen

¹ Die Abstracts zu den Vorträgen des Kongresses sind zu finden bei: cgms – german medical science <http://www.cgms.de/de/meetings/dkvf2011/>

Diskussionsprozess erfolgen. Dies könne eine Erklärung für die unterschiedlichen Ergebnisse sein.

Personenbezogene Kriterien lehnte die Bürgerkonferenz einhellig ab. Alter, Geschlecht, Wohnort oder kulturell-ethnische Hintergründe sollten bei der Verfügbarkeit medizinischer Leistungen keine Rolle spielen. Auch hierin wich sie nicht von anderen Empfehlungen ab. Allerdings wies die Bürgerkonferenz zusätzlich darauf hin, dass auf religiöse Gefühle von Patienten möglichst Rücksicht genommen werden sollte. Wenn beispielsweise eine muslimische Frau nicht von einem Mann behandelt werden wolle, müsse versucht werden, ihrem Wunsch nachzukommen.

Resümierend halten die Studienleiter folgende Punkte fest: Insgesamt habe sich eine große Übereinstimmung mit anderen Empfehlungen und Stellungnahmen gezeigt. Im Detail habe die Bürgerkonferenz allerdings besondere Schwerpunkte gesetzt. Auf diese Weise hätten die Bürger ihre Alltags- und Betroffenenperspektive eingebracht. Hieraus könnte die Politik Anregungen schöpfen. Schließlich sei deutlich geworden, dass sich das Instrument der Bürgerkonferenz auch für komplexe Themen eignet. Die Referentin zieht aus der Konferenz den Schluss: „Die Bürger möchten sich gerne einbringen und sind dazu auch in der Lage, auch wenn die Politik das eher bezweifelt.“ Für die Zukunft hofft die Referentin auf viele Nachahmerprojekte.

Abstract Nr. 36

Sabine Stumpf, Prof. Dr. Heiner Raspe

Neurologische und psychiatrische Erkrankungen als Gegenstand der Versorgungsforschung

Inzidenz, Verlauf und Prädiktoren depressiver Störungen im höheren Lebensalter – Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+)

Dr. Melanie Lupp, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

Wenn alte Menschen depressiv sind, kann das schnell schwere Folgen nach sich ziehen. Der

Körper, der ohnehin schon viel Leben hinter sich hat, muss auch noch die seelische Belastung verkraften. Und die Lebensqualität, die im Alter bereits einen Dämpfer erfahren hat, nimmt durch die düstere Seelenlage weiter ab. Studien zufolge steigt mit einer Depression die Wahrscheinlichkeit, Suizid zu begehen, oder vergleichsweise bald eines natürlichen Todes zu sterben. Dr. med. Melanie Lupp von der Universität Leipzig und ihre Kollegen haben sich die Situation betagter Menschen hinsichtlich einer depressiven Krankheit genauer angeschaut. Sie wollten wissen, wie viele Senioren von der Krankheit betroffen sind, welchen Verlauf sie nimmt und mit welchen Lebensumständen sie einhergeht. Die Erhebung fand im Rahmen der „Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+)“ statt.

Für die Untersuchung wurden 1265 Teilnehmer zu ihrem Leben befragt. Inhaltlich ging es um den subjektiven Gesundheitszustand, um Krankheits-symptome, die geistige Verfassung, soziale Kontakte und mehr. Bezogen auf 1000 Personenjahre lag die Inzidenz für eine Depression bei 34. Dabei waren Frauen mit einer Rate von 39 deutlich häufiger betroffen als Männer mit einer Rate von 23. Innerhalb eines Beobachtungszeitraums von acht Jahren verschwanden die Symptome in 60 Prozent der Fälle wieder, bei 17 Prozent zeigte sich ein uneinheitlicher Verlauf und in 23 Prozent der Fälle wurde die Krankheit chronisch. Melanie Lupp: „Die Studie zeigt, dass Depressionen im höheren Lebensalter häufig sind und bei etwa einem Viertel der Betroffenen chronisch verlaufen.“

Die Wissenschaftler konnten darüber hinaus Risikofaktoren für Depressionen in höherem Alter identifizieren. Besonders häufig traf es Menschen, die sozial nicht sehr eingebunden waren. Ein weiterer Risikofaktor war Alkoholkonsum, ebenso ein Schlaganfall in der Vergangenheit. Zudem lagen bei den Betroffenen relativ viele Facharztbesuche vor und der eigene Gesundheitszustand wurde als nicht gut eingeschätzt.

Die Wissenschaftler stellen abschließend fest, dass Depressionen im höheren Lebensalter ein bedeutendes Thema sind. Wichtig sei es, durch eine gute Diagnostik Depressionen rechtzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

Abstract Nr. 47

Dr. Melanie Lupp, Claudia Sikorski, Dr. Tobias Luck, Dr. Siegfried Weyerer, Prof. Dr. Hans-Helmut König, Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller

Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei alten Menschen in Deutschland

Einflussfaktoren auf die Verordnung einer potenziell inadäquaten Medikation nach PRISCUS-Liste – Daten der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen

Dr. Ingrid Schubert, PMV Forschungsgruppe, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln

In der so genannten PRISCUS-Liste sind Wirkstoffe aufgeführt, deren Anwendung bei älteren Menschen mit einem höheren Risiko für unerwünschte Wirkungen verbunden ist. Die Autoren der Liste benennen Alternativen, auf die Ärztinnen und Ärzte zurückgreifen können und geben Hinweise auf Kontrolluntersuchungen, für den Fall, dass eine Therapie mit diesen Stoffen unumgänglich ist. In der hier vorgestellten Studie wurde untersucht, wovon es abhängt, ob ein Patient eine potenziell inadäquate Medikation (PIM) der PRISCUS-Liste erhält oder ein Alternativ-Präparat. Dabei unterschieden die Wissenschaftler insbesondere zwischen Patienten, die erstmalig entsprechende Medikamente erhielten und denjenigen, die bereits länger behandelt wurden. In ihrem Vortrag stellt die Referentin Schubert die Ergebnisse in Bezug auf Schmerzmittel und entzündungshemmende Medikamente vor (Analgetika und Antiphlogistika).

Die Wissenschaftler werteten für ihre Studie die Daten der Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen aus. Berücksichtigt wurden Versicherte ab einem Alter von 65 Jahren. Die Studie bezog sich auf die Verschreibungspraxis im Jahr 2008. Unter den Patienten, die erstmalig nach einem behandlungsfreien Zeitraum von 365 Tagen mit einem Analgetikum/Antiphlogistikum behandelt wurden, erhielten 444 Personen einen Wirkstoff der PRISCUS-Liste und 8451 Personen eine Verordnung mit einem der vorgeschlagenen Alternativ-Wirkstoffe. Der Anteil der über 79-Jährigen lag bei den PIM-Empfängern bei 21 Prozent, bei denen, die die Alternative erhielten, bei 33 Prozent, d. h. die PIM-Empfänger waren im Durchschnitt jünger.

Als Einflussfaktoren auf eine PIM-Verordnung wurden neben Alter und Geschlecht, Multimedikation,

Krankenhausaufenthalten, die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen berücksichtigt. Das Risiko einer PIM-Medikation für Analgetika und Antiphlogistika sank mit höherem Alter, bei Frauen und wenn ein Patient zuvor im Krankenhaus gewesen war. Das Gleiche galt für Patienten, die gepflegt werden mussten. Außerdem ergab die Auswertung, dass Versicherte, die fünf oder mehr verschiedene Arzneimittel erhielten, ein geringeres Risiko für eine PIM Verordnung hatten, im Vergleich zu denen mit weniger als fünf verschiedenen Wirkstoffen. Bei den Patienten, die bereits länger Schmerzmittel oder entzündungshemmende Medikamente einnahmen, ergab sich ein sehr ähnliches Bild. Die oben beschriebenen Aussagen trafen auch auf sie zu, allerdings mit einer wichtigen Ausnahme: Wer bereits viele verschiedene Arzneimittel einnehmen musste, erhielt auch häufiger ein PIM-Rezept.

Schubert weist darauf hin, dass die hier geschilderten Risikofaktoren für eine PIM-Verordnung nur für die untersuchten Arzneimittelgruppen gelten. Da viele Studien zur PIM-Medikation bislang nicht nach einzelnen Arzneigruppen differenzieren, regt sie für künftige Forschungsarbeiten an, diesen Punkt weiter zu vertiefen. Nur so könnten die Risikofaktoren für eine PIM-Verschreibung wirklich identifiziert werden. Vorhandene Studien kommen zu dieser Frage zu unterschiedlichen Ergebnissen, was – so die Annahme der Referentin – durch die unterschiedliche Zusammensetzung der PIM-Liste und durch den Stellenwert der psychotropen Medikation in den Listen bedingt sein könnte.

Ogleich die Studie zu relativ klaren Ergebnissen kommt, schätzt es die Referentin als noch zu früh ein, konkrete Handlungsaufforderungen von ihr abzuleiten. Schubert über die Studie: „Das war eine erste Annäherung an das Thema.“ Und auch auf die Anmerkung eines Teilnehmers, dass es ja eigentlich ein sehr erfreuliches Ergebnis sei, dass Ärzte ihren sehr alten Patienten wenig PIMs verschreiben, reagierte die Referentin mit Zurückhaltung: „Ja, das würde mich freuen.“ Zunächst seien jedoch weitere Arbeiten nötig, die das Ergebnis bestätigten.

Wie komplex das gesamte Thema ist, wurde dann auch in der Diskussion deutlich. So wies Frau Prof. Thürmann darauf hin, dass die PRISCUS-Liste, die ja die Basis für die hier präsentierte Studie darstellt, zwar eindeutig zwischen PIMs und Nicht-PIMs unterscheidet, aber in Wirklichkeit habe man es mit einem

sehr viel uneindeutigeren Szenario zu tun. So gebe es beispielsweise Medikamente, die auf Grund des Konsensusprozesses gerade so an der Liste „vorbei geschrappt“ sind. „Da gibt es ein paar Beinahe-PIMS, die fehlen.“ Hinzu komme, dass unter den Alternativen auch zweifelhafte Präparate auftauchten. Ob diese die bessere Lösung seien, könne letztlich nicht gesagt werden. Das Fazit aus dem Vortrag: Eine „hundertprozentige Botschaft“ gab es nicht, aber doch interessante Hinweise auf Risikofaktoren und weitere Forschungsfragen.

Abstract Nr. 73

*Dr. Ingrid Schubert, Dr. Jutta Küpper-Nybelen,
MPH Stefanie Holt, Prof. Dr. Petra Thürmann*

Potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei alten Menschen in Deutschland

Implementierung der deutschen PIM-Liste im Rahmen des AOK-Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg

Dr. Petra Kaufmann-Kolle, AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

Das „AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“ bietet Hausärzten in Baden-Württemberg im Auftrag der AOK Schulungen in so genannten Qualitätszirkeln an. Das Projekt läuft seit rund zwei Jahren und etwa 3.300 Ärzte haben bislang an den Veranstaltungen teilgenommen. Die Referentin Kaufmann-Kolle informiert in ihrem Vortrag, wie das Thema der PRISCUS-Liste in die Qualitätszirkel einbezogen wurde.

Im Rahmen der Qualitätszirkel bietet das AQUA-Institut den Ärzten einmal im Quartal moderierte Treffen zu unterschiedlichen Themen an. Die PRISCUS-Liste stand im ersten Quartal 2011 auf dem Programm. Zur Vorbereitung des Treffens erhielten die Ärzte seitens der AOK eine individuelle Verordnungsanalyse, die bei Bedarf in den Sitzungen thematisiert werden konnte.

Darüber hinaus analysierte die AOK die bundeslandesweite Verordnungssituation in Bezug auf die PRISCUS-Liste und stellte diese zur Verfügung.

Ausgewertet wurden dabei Abrechnungsdaten aus dem dritten Quartal 2010.

Die Analyse ergab, dass in Baden-Württemberg in besagtem Quartal rund 120.000 ältere AOK-Versicherte von ihren Hausärzten PIM-Verordnungen erhielten. Von 100 Verordnungen, die Hausärzte ihren älteren Patienten ausstellten, gab es im Schnitt sechs mit PIM-Wirkstoffen, berichtet Kaufmann-Kolle. Ein Vergleich über die Facharztgruppen hinweg habe gezeigt, dass Hausärzte auch die meisten PIM-Rezepte ausstellen. Dies müsse allerdings insofern relativiert werden, als dass Hausärzte ohnehin die meisten Verordnungen schrieben, so die Referentin.

Bezogen auf eine einzelne Praxis stellt ein Hausarzt im Schnitt pro Quartal rund 25 PIM-Rezepte aus. Diese gehen an etwa 14 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 78 Jahren, mehrheitlich Frauen. Bei den Wirkstoffgruppen, auf die die PIM-Medikation entfällt, dominieren Anxiolytika, Sedativa, Hypnotika und Antidepressiva.

Im Rahmen der Qualitätszirkel bestand für die teilnehmenden Ärzte die Möglichkeit, individuelle Versorgungssituationen Ihrer Patienten aufgrund der Rahmendaten zu analysieren und zu optimieren. Da die Sitzungen erst vor Kurzem stattfanden, konnten sie noch nicht evaluiert werden, berichtet Kaufmann-Kolle. Allerdings stehen Feedback-Bögen der Teilnehmer und Moderatoren zur Verfügung. Diesen zufolge haben die Teilnehmer die Sitzungen zum PRISCUS-Thema sehr unterschiedlich bewertet. „Für die einen war es zu theoretisch und langweilig und nichts Neues, andere hingegen fanden es hochspannend, ganz wichtig und wollten mehr davon“, erzählt die Referentin. Im Schnitt seien die Treffen nicht ganz so gut bewertet worden wie die Sitzungen zu anderen Themen. Der Grund hierfür ist laut AQUA noch nicht geklärt. Eine Ursache könnte sein, dass die PRISCUS-Liste als solche noch nicht validiert ist, sagt Kaufmann-Kolle, d. h. auf einer Experteneinschätzung basiere, und es bislang keine umfassenden Studien gebe, die nachweisen, dass die Menschen ohne PIMs wirklich besser, weil „gesünder“ versorgt seien. Dies hätten viele Ärzte kritisiert, berichtet die Referentin.

Abschließend hält Kaufmann-Kolle fest: „In unseren Augen haben die als PIM definierten Wirkstoffe schon eine große Ordnungsrelevanz in den Hausarztpraxen.“ Insofern seien Projekte wie das

von AQUA sehr sinnvoll, insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass es zu den problematischen Medikamenten Alternativen gebe. Zudem könnte in vielen Fällen die Belastung für die Patienten durch die Senkung von Dosen vermindert werden. Über die nächsten Schritte sagt die Referentin: „In unseren Augen ist es ganz wichtig, die PRISCUS-Liste zu validieren und dann diese Intervention noch gezielter zu wiederholen.“

Abstract Nr. 121

Dr. Petra Kaufmann-Kolle, Dr. Tonia Kazmaier, Kirstin Neidhart, MPH, Dr. Petra Bludau-Mysegades, Erik Bauer, Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

In diesem Zusammenhang sei auf die Arbeit von Anja Mathews, Dr. Harald Dormann, Melanie Kirchner, Andrius Patapovas, Dr. Fabian Müller, Nina Hartmann, Barbara Pfistermeister, Bettina Plank-Kiegele, Dr. Thomas Bürkle und Prof. Dr. Renke Maas „Systematische Erkennung von unerwünschten Arzneimittelereignissen im Zusammenhang mit potenziell inadäquater Medikation für ältere Patienten in der Notaufnahme“ und die Posterprämierung verwiesen.



Arzneimittelverordnung durch Psychotherapeuten

Wissenschaftliche Erkenntnisse, Pro und Contra

Prof. Dr. Alexander L. Gerlach, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln.

Sollten Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten Medikamente verschreiben dürfen? Bislang ist ihnen das nicht erlaubt. Braucht ein Patient zum Beispiel ein Medikament gegen Angststörungen, muss der Therapeut einen Arzt hinzuziehen. In seinem Vortrag thematisiert Gerlach, ob es sinnvoll wäre, Psychologen zumindest eingeschränkte Verschreibungsrechte für Psychopharmaka

einzuräumen. Gerlach wirft in diesem Zusammenhang drei Fragen auf: Würde sich die Versorgungssituation für die Patienten verbessern, wenn Psychologen Verschreibungsrechte erhielten? Lässt sich das sichere Verschreiben von Medikamenten überhaupt mit vertretbarem Aufwand lernen? Und welche Auswirkungen hätten Verschreibungsrechte auf die Arbeit der Psychologen und ihr Selbstbild?

Im Hinblick auf diese Fragen hat Gerlach die zur Verfügung stehende Fachliteratur ausgewertet. Dabei sei er auf „viel Meinung und wenig Daten“ gestoßen. Die folgenden Informationen basieren auf 133 Fachartikeln, sechs Umfragen und einer Studie zur praktischen Umsetzbarkeit.

Versorgungssituation. In der Literatur wird auf viele Vorteile hingewiesen, die mit Verschreibungsrechten einhergehen können: Für die Patienten würde die Behandlung weniger aufwendig werden, da ein zusätzlicher Arztbesuch und evtl. Terminüberbrückungen entfallen. Die Kosten für die Behandlungen aus einer Hand würden sich reduzieren. Zudem wäre es einfacher, Psychotherapie und Arzneimitteltherapie optimal aufeinander abzustimmen und die Verschreibungsqualität zu verbessern, zumal die Mehrzahl der Psychopharmaka heute von Allgemeinmedizinern ohne entsprechende Zusatzausbildung verschrieben wird.

Als Argument gegen Verschreibungsrechte für Psychologen gilt allerdings die Sorge, dass Kinder noch mehr Medikamente erhalten könnten. Vor allem in Bezug auf Ritalin, das bei ADHS eingesetzt wird, gibt es in der Fachöffentlichkeit eine kontroverse Diskussion hinsichtlich stark gesteigener Verordnungszahlen. Denkbar ist ebenfalls, dass Erwachsene sehr viel stärker medikamentös therapiert würden als bisher.

Verschreibungskompetenz. Die Situation in den USA zeigt, dass es offenbar möglich ist, Psychologen entsprechend weiterzubilden, wie Gerlach darlegt. So können Psychologen in Louisiana, New Mexico und dem Überseegebiet Guam eingeschränkte Verschreibungsrechte erhalten, wenn sie eine geeignete Fortbildung absolvieren. Der Gesetzgeber hatte sich aus Gründen des Ärztemangels für diesen Weg entschieden. Die New Mexico State University bietet eine entsprechende Fortbildung an. Das Curriculum sieht mindestens 400 Stunden Präsenzunterricht vor. Ausbildungsinhalte sind unter anderem Anatomie,

Physiologie, Biochemie und Neuroanatomie. Darüber hinaus sind Praxisnachweise erforderlich. In den Staaten New Mexico und Louisiana hatten im Jahr 2008 knapp 70 Psychologen entsprechende Verschreibungsrechte erworben. Einer Studie zufolge habe es keinen einzigen dokumentierten Fehler bei den Verschreibungen gegeben, berichtet Gerlach. Die Befürchtung, dass es zu großen Problemen kommen könnte, habe sich nicht bewahrheitet. „Ich glaube, das ist eine wichtige Information“, so Gerlach.

Auch weitere Studien hätten gezeigt, dass Nicht-Mediziner den adäquaten Umgang mit Arzneimitteln gut lernen könnten, berichtet Gerlach. Allerdings handele es sich hier insgesamt eher um „weiche Daten“. Im Einzelnen gebe es zu diesem Thema eine Studie mit Krankenschwestern und anderen Nicht-Medizinern, eine Fallstudie mit einem einzelnen Psychologen sowie ein gut evaluiertes Ausbildungsprojekt, das sich an Militärpsychologen in den USA gewandt hatte („Psychopharmacology Demonstration Project“).

In diesem Zusammenhang weist Gerlach darauf hin, dass in Deutschland die Grundausbildung der Psychologen zum Beispiel bereits die Disziplinen der Neurowissenschaften, Neurologie und Physiologie enthalte. „Als Vertreter der Lehrstuhlinhaber klinischer Psychologie darf ich auch sagen, dass zu meinem Curriculum Psychopharmakologie dazu gehört“, betont Gerlach. Insofern könne eine entsprechende Zusatzausbildung auf vorhandenem Wissen aufbauen. Darüber hinaus hätten viele Psychologen durch ihre Zusammenarbeit mit Nervenärzten auch praktische Erfahrung im Umgang mit Psychopharmaka.

Als Hindernis stellen sich indessen die hohen Ausbildungskosten und der Zeitaufwand dar, um die neue Qualifikation zu erwerben. Bereits jetzt koste eine Psychotherapie-Ausbildung rund 23.000 Euro plus Lebenshaltungskosten, zitiert Gerlach ein Gutachten. Eine Umfrage beispielsweise habe ergeben, dass nur einer von 20 niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten bereit gewesen wäre, ein intensives ein- bis zweijähriges Programm in Pharmakotherapie zu absolvieren.

Berufsbild. Entscheidend für das berufliche Selbstverständnis sei die Erstausbildung, zitiert Gerlach aus der Fachliteratur. Außerdem hätten Psychologen auch in der Vergangenheit somatische Verfahren in ihre Arbeit integriert. Insofern sei mit

Verschreibungsrechten kein grundsätzlicher Wandel des Berufsbildes zu erwarten. Allerdings gibt es auch Stimmen, die darauf hinweisen, dass die Disziplin der Psychologie gerade deshalb so erfolgreich sei, weil sie auf Medikamente verzichtet. Entsprechend würde sie ihr Alleinstellungsmerkmal verlieren. Auf einen Punkt weist Gerlach indessen noch hin, der sich im Zuge seiner Recherche gezeigt hat: „Tatsächlich ist es so, dass die Mehrheit der Psychologen gerne Verschreibungsrechte erhalten können möchte, zumindest als Option.“

In der abschließenden Diskussion fragte eine Teilnehmerin den Referenten, wie er es persönlich mit dem Thema hält. Gerlachs Antwort: „Ich neige im Grunde zum Pro.“

Regionale Varianz als Fokus der Versorgungsforschung

Medizinische Versorgung im regionalen Vergleich: Vorstellung des Konzeptes
www.versorgungsatlas.de

Dr. Sandra Mangiapane, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Berlin.

In der Bundesrepublik gibt es große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. Das „Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung“ hat vor diesem Hintergrund im August 2011 den „Versorgungsatlas“ ins Internet gestellt (www.versorgungsatlas.de). Dieser informiert über Versorgungsunterschiede im Land und soll darüber hinaus zu Diskussionen und Veränderungen anregen. Die Referentin Mangiapane: „Bisher sind Informationen über regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung kaum verfügbar. Das soll sich mit dem Angebot ändern.“ Bei den Inhalten, die im Atlas veröffentlicht werden, handelt es sich um Publikationen von Wissenschaftlern. Ein Reviewer-Board, das sich zurzeit noch in Gründung befindet, entscheidet über die Annahme von Beiträgen.

Wer www.versorgungsatlas.de anklickt, findet in der linken Navigationsleiste eine entsprechende Themenauswahl. Unter „Qualität der Versorgung“ ist dort zum Beispiel eine regionale Übersicht über Influenza-Impfraten hinterlegt. Diese lässt sich als interaktive Karte, Tabelle oder Diagramm aufrufen.

Darüber hinaus steht ein Bericht im PDF-Format zur Verfügung, der das Zahlenmaterial analysiert. Dies sind die Standard-Elemente für Veröffentlichungen im Versorgungsatlas.

Aus der Karte sind die regionalen Unterschiede mit einem Blick zu erkennen. Regionen, in denen sich Menschen häufig impfen lassen, sind dunkel eingefärbt. Bei den Influenza-Impfraten der über 60-Jährigen liegen zum Beispiel Sachsen und Sachsen-Anhalt vorne. Die genauen Zahlen sind über den Mouseover-Effekt erhältlich. Neben der Karte steht eine Kurzerläuterung, die die wichtigsten Punkte zusammenfasst. Außerdem gibt es hier Informationen zur Datenbasis und Methodik.

Nutzer können sich die Karten in unterschiedlichen Ausführungen anzeigen lassen, zum Beispiel im Hinblick auf einzelne Geschlechter oder bestimmte Zeitperioden. Im Beispiel mit den Impfraten kann man sich darüber hinaus entscheiden, ob die Daten für die einzelnen Bundesländer, die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Kreise angezeigt werden sollen. „So kann es zu einer komplett anderen Karte kommen. Und möglicherweise auch zu einem komplett anderen ersten Eindruck“, stellt Mangiapane fest. Auf diese Weise ermöglicht der Versorgungsatlas eine Betrachtungsweise mit vielschichtigen Aspekten.

Wer sich die einzelnen Zahlen nicht über den Mouseover-Effekt aus der Karte herausuchen möchte, kann sich die Übersicht auch als Tabelle anzeigen lassen. Hier sind die gleichen Filter hinterlegt wie in der Kartenansicht. Die Daten können als CSV-Datei exportiert und weiterverarbeitet werden.

Im Säulendiagramm wiederum findet der Nutzer Inhalte, zum Beispiel landesweite Unterschiede beim Impfverhalten, grafisch aufbereitet. In Kürze wolle man an dieser Stelle noch Häufigkeitsdiagramme einbinden, sagt Mangiapane.

Der bereits erwähnte Bericht geht der Frage nach, wie es zu den regionalen Unterschieden kommt. Außerdem hat ein Autor hier die Möglichkeit, auf Punkte einzugehen, die ihm wichtig erscheinen, die aber allein aus den Karten, Tabellen und Diagrammen nicht unbedingt hervorgehen.

Des Weiteren können Leser die Beiträge kommentieren. Hierfür gibt es den Button „Kommentar

schreiben“. Die Redaktion zensiere keine Meinungen, sagt Mangiapane, es komme nur darauf an, einen allgemeinen Kodex des fairen Umgangs miteinander einzuhalten.

Die Redaktion hofft, mit dem Versorgungsatlas auch die Versorgungsrealität zu verändern. Die Referentin: „Das Angebot soll auch einen Link schaffen zwischen der Versorgungsforschung und den Menschen, die mit den Forschungsergebnissen politisch agieren können.“

Abstract Nr. 153

Dr. Sandra Mangiapane, Dr. Jobst Augustin, Dr. Michael Erhart, Dr. Burgi Riens, Dr. Dominik Graf von Stillfried

Multimorbidität und Polypharmazie

Die Wirksamkeit von Vitamin-D zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung

Dr. Dagmar Lühmann, Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

Sollten ältere Menschen Vitamin D einnehmen, um auf diese Weise schweren Sturzverletzungen vorzubeugen? In der Vergangenheit war im Zusammenhang mit der Knochenkrankheit Osteoporose beobachtet worden, dass Senioren, die Vitamin D einnahmen, auch weniger stürzten. Der genaue Wirkungszusammenhang blieb allerdings im Dunkeln. Referentin Lühmann stellt eine Autorenstudie mit systematischer Literaturlage vor, die der Frage nachgeht, ob die Einnahme von Vitamin D tatsächlich zu weniger Sturzverletzungen führt. In die Studie einbezogen wurden Menschen ab 60 Jahren.

„Es gibt sehr viele Publikationen zu dem Thema, die bereits ihrerseits in vielen systematischen Arbeiten zusammengefasst sind“, beschreibt Lühmann die Literaturlage. Die Herausforderung für die Wissenschaftler bestand darin, nur wirklich aussagekräftige Studien in die eigene Übersichtsarbeit einzubeziehen. Folgende Kriterien legten Lühmann und ihr Team bei der Auswahl der Studien an: Zunächst musste es sich um randomisierte kontrollierte Studien handeln. Das heißt in diesem Fall, dass die Teilnehmer in zwei Gruppen aufgeteilt sein mussten, von denen eine mit Placebos versorgt wurde, und die Zuteilung zu den Gruppen nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen hatte.

Außerdem mussten die Studien jeweils mehr als 30 Teilnehmer aufweisen und die Forschungsfrage präzise im Vorfeld gestellt sein. Nach Studienende sollten die Teilnehmer mindestens drei weitere Monate nachbeobachtet werden. Darüber hinaus durften die Studien keine methodischen Mängel aufweisen, die das Ergebnis unzulässig verzerrt hätten. Lühmann: „Wir haben strenge methodische Qualitätskriterien für die Auswahl angelegt.“

Insgesamt hatte das Team zunächst 28 randomisierte kontrollierte Studien zum Thema gefunden. Lediglich 13 Studien gingen schließlich in die Auswertung ein, da die anderen den weiteren oben beschriebenen Anforderungen nicht genügten.

Beim Wirkstoff Alfacalcidol, einem synthetisch hergestellten Vitamin D, habe sich „kein signifikanter Effekt“ gezeigt, berichtet Lühmann. Bei den nativen Vitamin D-Präparaten ergab sich ein uneinheitliches Bild. Das Fazit der Wissenschaftlerin: „Wir können hieraus keine eindeutigen Schlussfolgerungen ziehen.“ Lege man entsprechend strenge Kriterien für die Auswahl der Studien an, wie es hier erfolgt ist, könne die Effektivität einer Vitamin D-Gabe zur Sturzprophylaxe nicht nachgewiesen werden, betont Lühmann.

Erstaunlich ist allerdings, dass viele andere systematische Literaturübersichten zu dem Ergebnis kommen, dass Vitamin D hilft, um Stürzen vorzubeugen, wie Lühmann berichtet. Wie ist das zu erklären? In vielen dieser Studien sei mit Meta-Analysen gearbeitet worden, sagt Lühmann. Bei diesen werden mit Hilfe von statistischen Methoden über mehrere Studien hinweg Kennziffern ermittelt.

Lühmann und ihr Team hatten bei ihrer Studie auf entsprechende Meta-Analysen verzichtet. Bei Alfacalcidol habe es schlicht nicht genügend Studien gegeben. Und beim nativen Vitamin D sei das Setting der einzelnen Studien zu unterschiedlich gewesen, zum Beispiel hinsichtlich der Dosierung oder des Nachbeobachtungszeitraums. Nach Ansicht von Lühmann sind Meta-Analysen auf dieser Basis nicht möglich. Sie äußert deutliche Kritik an der vorherrschenden Praxis: „Da werden entgegen aller Konventionen völlig heterogene Studien zusammengefasst und auf dieser Grundlage berechnet man ein Gesamtergebnis.“

Abschließend hält Lühmann fest, dass nicht nur die fehlende Evidenz der Vitamin D-Gabe zur Sturzprophylaxe ein interessantes Ergebnis ihrer Studie sei. Es habe sich auch gezeigt, dass es offenbar weiterhin Forschungsbedarf gebe, wie sich aus einer größeren Anzahl heterogener Studien sinnvoll Schlüsse ziehen lassen. „Wie können solche Studien zusammengefasst werden, wenn es sich eigentlich verbietet, konventionelle Meta-Analyse-Techniken einzusetzen?“, fragt Lühmann.

Die hier vorgestellte Studie wurde im Auftrag der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) am Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt. Sie ist Teil eines umfassenden Berichts zur Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung.

Abstract Nr. 60

*Dr. Dagmar Lühmann, Katrin Balzer,
Martina Bremer, Prof. Dr. Heiner Raspe*

Vorstellung der ausgezeichneten Projekte

Die KKH-Allianz verleiht alle zwei Jahre einen Preis für besonders innovative Projekte auf dem Gebiet der Prävention. In diesem Jahr steht die Preisverleihung unter dem Leitthema „Psychische Erkrankungen“. Der mit 12.000 Euro dotierte Hauptpreis geht an **Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe** und ihr Forschungsteam. Dieses hat am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Projekt zur Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern entwickelt. Den zweiten Preis in Höhe von 8.000 Euro erhält der Psychologe **Arne Bürger** von der Universitätsmedizin Mainz. Er hat ein Konzept erarbeitet, das Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugt. Der dritte Preis in Höhe von 4.000 Euro wird **Dr. Andreas Bechdolf** von der Universitätsklinik Köln für ein Projekt zur Vorbeugung von Psychosen verliehen.

„CHIMPS“ (children of mentally ill parents)

Die erstprämierte Arbeit setzt sich für ein Thema ein, das bislang nicht die Aufmerksamkeit erhalten hat, derer es bedurft hätte, erläutert Rudolf Hauke, Mitglied des Vorstandes der KKH-Allianz, die Entscheidung der Jury. Kinder von psychisch kranken Eltern würden zwar als Hochrisikogruppe gelten, was die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen betrifft, dennoch gebe es in Deutschland keine entsprechenden Strukturen zur Früherkennung und Prävention. Das neu entwickelte Programm fußt vor allem auf zwei inhaltlichen Säulen: Einem Beratungsangebot für die ganze Familie und diagnostischen Interviews, um psychische Störungen bei den Kindern möglichst früh zu erkennen. Das Programm wurde bereits erprobt und evaluiert. Die Wissenschaftlerinnen haben ihre Erkenntnisse in einem Leitfaden („Manual“) festgehalten, sodass andere Einrichtungen das Konzept übernehmen können.

„MaiStep“ (Mainzer Schultraining zur Essstörungsprävention)

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind schwer zu behandeln. Dies wird nicht zuletzt durch

das heterogene Bild deutlich, das verschiedene Studien zu diesem Thema zeichnen. Die KKH-Allianz sieht weiteren Forschungsbedarf bei dem Thema. Dem zweiten Preisträger sei es insbesondere gelungen, bei seinem Projekt viele verschiedene Akteure einzubinden, was maßgeblich zum Erfolg beigetragen habe, so Hauke. Außerdem seien die Jugendlichen mit ihren „eigenen emotionalen Motiven“ angesprochen worden.

Das Programm wendet sich an Schülerinnen und Schüler der siebten und achten Klasse an Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen. Die Jugendlichen erlernen dabei Strategien, mit denen sie schwierige Situationen rund um das Thema „Schönheit“ meistern können. Weitere Inhalte sind die sensible Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umgang mit negativen Emotionen. Und schließlich erhalten durch MaiStep bereits erkrankte Schülerinnen und Schüler Zugang zu Behandlungen.

„PREVENT – Psychoseprävention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko“

Der dritte Preisträger führt eine große Studie durch zu der Frage, ob es hilfreich ist, Menschen mit beginnender Psychose bereits in einem sehr frühen Stadium zu behandeln. Die Studie findet an elf sogenannten „Früherkennungs- und Behandlungszentren für psychische Krisen“ statt, mit dem Ziel, weitere Zentren zu gründen. Bislang haben knapp 180 Patienten ihre Teilnahme zugesagt. Neben der Frage, ob frühe Intervention hilft, geht es auch um das „Wie“. Konkurrierend stehen sich hier medikamentöse Behandlungen und Psychotherapie gegenüber.

Konkret ist geplant, die Patienten nach dem Zufallsprinzip einer von drei Untersuchungsgruppen zuzuweisen: Gruppe 1 erhält dabei eine Psychotherapie, Gruppe 2 eine medikamentöse Behandlung und Gruppe 3 statt eines wirksamen Medikamentes ein Placebo. Im Anschluss soll die Gesundheit der Probanden untersucht werden. Je nach Studienergebnis könnten dann zum Beispiel Psychotherapie oder Antipsychotika verstärkt zur Psychoseprävention eingesetzt werden.

Vorstellung der durch das DNVF und die GAA ausgezeichneten Beiträge

1. Preis im Poster-Wettbewerb (500 Euro)

Systematische Erkennung von unerwünschten Arzneimittelereignissen im Zusammenhang mit potenziell inadäquater Medikation für ältere Patienten in der Notaufnahme

Viele Medikamente sind für ältere Menschen nicht geeignet. In Deutschland gibt es aus diesem Grund die PRISCUS-Liste, die über „potenziell inadäquate Medikation“ (PIM) bei dieser Patientengruppe informiert. In der vorliegenden Studie sollte untersucht werden, ob es *tatsächlich* so ist, dass Medikamente der PRISCUS-Liste im Patientenalltag besonders gefährlich sind. Zu diesem Zweck haben die Wissenschaftler die Unterlagen von 351 älteren Patientinnen und Patienten ausgewertet, die in die Notaufnahme des Klinikums Fürth eingeliefert wurden.

Das Studienergebnis zeigt, dass Patienten, die Medikamente aus der PRISCUS-Liste eingenommen hatten, tatsächlich häufiger ein so genanntes „Unerwünschtes Arzneimittelereignis“ (UAE) hatten als Patienten, die diese Medikamente nicht nahmen. Bei Patienten, die PRISCUS-Medikamente eingenommen hatten, kam es in etwa 25 Prozent der Fälle zu Problemen, bei Patienten ohne PRISCUS-Medikamente in rund 15 Prozent der Fälle. Aus Sicht der Patienten waren die PRISCUS-Medikamente damit wirklich gefährlicher. Bezogen auf alle Patienten, die in die Notaufnahme eingeliefert wurden, gab es allerdings, absolut gesehen, sehr viel mehr Unerwünschte Arzneimittelereignisse, die auf andere Medikamente zurückzuführen waren.

Die Schlussfolgerung der Autoren: Medikamente aus der PRISCUS-Liste sind für ältere Menschen tatsächlich mit besonderen Gefahren verbunden. Wichtig und entscheidend ist es jedoch, unbedingt auch frühzeitig die Nebenwirkungen von anderen Medikamenten im Blick zu haben, da diese zu weit mehr gefährlichen Zwischenfällen führen.

Das hier vorgestellte Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der

Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland gefördert.

Abstract Nr. 207

Anja Mathews, Dr. Harald Dormann, Melanie Kirchner, Andrius Patapovas, Dr. Fabian Müller, Nina Hartmann, Barbara Pfistermeister, Bettina Plank-Kiegele, Dr. Thomas Bürkle, Prof. Dr. Renke Maas.

2. Preis (250 Euro)

Welche Evidenz wird für die Herstellung von Leitlinien für seltene Erkrankungen herangezogen?

Medizinische Leitlinien helfen Ärzten, für ihre Patienten die richtige Therapie zu finden. Die Studie untersucht, wie entsprechende Leitlinien für seltene Erkrankungen erarbeitet werden. Das besondere Problem hierbei ist, dass es wegen der geringen Zahl der Erkrankungen in der Regel keine großen Studien mit handfesten Ergebnissen gibt. Neben Leitlinien prüften die Wissenschaftler auch, wie so genannte Health Technology Assessment (HTA)-Studien zu seltenen Krankheiten erarbeitet werden. Bei HTA-Studien handelt es sich um ausführliche Berichte, die medizinische Angebote umfassend bewerten und dabei einer festen Struktur folgen.

Bei der Suche nach entsprechenden Anleitungen fanden die Wissenschaftler 62 Leitlinienmanuale und 24 HTA-Manuale. Von diesen enthielten nur sieben Leitlinienmanuale und fünf HTA-Manuale Aussagen mit eindeutigem Bezug zu seltenen Krankheiten. Wirklich ausführliche und strukturierte Anleitungen gab es nicht. Hinweise, wie Leitlinien für seltene Erkrankungen erstellt werden können, tauchten in der Literatur nur vereinzelt auf.

Die Forscher halten fest, dass es keine einheitlichen methodischen Vorgaben zur Erstellung entsprechender Leitlinien gibt. Allerdings gäbe es auch keine Hinweise darauf, dass bei seltenen Erkrankungen eine grundsätzlich andere Methodik nötig wäre. Sie raten dringend zu einer weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema.

Abstract Nr. 242

Ulrich Siering, Dr. Michaela Eikermann, Petra Lange, Maren Walgenbach, Christoph Mosch, Dr. Alric Rüther.



Preisjury v.l. Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Prof. Dr. Holger Pfaff, Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Holger Gothe, Prof. Dr. Gerd Glaeske

3. Preis (250 Euro)

Neuroleptika in der Versorgung von Demenzerkrankten

Die Behandlung von dementen Patienten mit so genannten Neuroleptika steht immer wieder in der Kritik. Neuroleptika sind Medikamente, die in den 50er Jahren in Deutschland auf den Markt kamen und vor allem zur Therapie von Psychosen, zum Beispiel Schizophrenie, eingesetzt werden. Die Medikamente sind auch unter den Namen „Antipsychotika“ oder „Nervendämpfungsmittel“ bekannt. Neuroleptika können schwere Nebenwirkungen haben. Bei Demenzpatienten werden sie eingesetzt, um Verhaltensänderungen, wie zum Beispiel Aggression oder Unruhe, zu behandeln. Anders als Antidementiva setzen sie allerdings nicht an der ursprünglichen Krankheit an. Die Wissenschaftler wollten herausfinden, in welchem Maße Neuroleptika bei dementen Patienten heute noch eingesetzt werden. Hierfür untersuchten sie Abrechnungsdaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) ab dem Jahr 2004.

Die Wissenschaftler verglichen in der Studie die Verschreibungspraxis von Neuroleptika für

demente und nicht demente Versicherte. Bei den dementen Patienten wurden nur Menschen mit Neuerkrankungen berücksichtigt – also ohne eine längere Krankheitsgeschichte. Insgesamt wurden Daten von über 9.000 Versicherten ausgewertet.

Das Ergebnis zeigt, dass demente Patienten sehr viel mehr Neuroleptika erhielten als die Kontrollgruppe. Der Unterschied lag bei 25 zu 4 Prozent. Auffällig war, dass älteren Patienten in beiden Gruppen mehr Neuroleptika verordnet wurden als jüngeren. Gleiches galt für Patienten mit zunehmender Pflegebedürftigkeit.

Die Wissenschaftler halten fest, dass demente Patienten im Vergleich zu nicht dementen nach wie vor viele, wahrscheinlich sogar zu viele, Neuroleptika erhalten. Sie fordern, diese Behandlungspraxis grundsätzlich zu hinterfragen. Außerdem seien methodisch hochwertige Studien notwendig, die Auskunft über alternative Behandlungen (z. B. aktivierende Pflege) geben könnten.

*Abstract Nr. 162
Jana Schulze, Dr. Falk Hoffmann, Daniela Koller,
Prof. Dr. Gerd Glaeske, Birgitt Wiese,
Prof. Dr. Hendrik van den Bussche.*

9

Internationale Versorgungsforschung: Stand und Zusammenarbeit

Hausärztliche Versorgung in Deutschland als Forschungsobjekt, aus der Sicht eines „involved outsiders“.

Prof. Chris van Weel leitet das Department „Primary and Community Care“ an der Radboud University Nijmegen in den Niederlanden. Er gilt als einer der führenden Experten auf dem Gebiet der Primärmedizin. Bis vor kurzem stand er als Präsident der „World Organization of Family Doctors“ vor. Prof. van Weel war in der Vergangenheit mit Forschungsprojekten in Deutschland befasst und beurteilt die Situation hierzulande aus der Sicht eines „involved outsiders“.

Die hausärztliche Versorgung ist ein sehr spezifisches Arbeitsfeld, wie van Weel ausführt. Zum einen ist es der Ort, an den sich die Patienten als erstes wenden, wenn sie medizinische Hilfe brauchen. Zum anderen werde hier, quantitativ betrachtet, die meiste Hilfe geleistet, so van Weel. Die Niederlande hätten früh auf die hausärztliche Versorgung gesetzt und inzwischen könnten hier rund 97 Prozent aller Probleme gelöst werden. Van Weel betont die Komplexität der Anforderungen an die Ärzte der Primärversorgung. Sie müssten die sozioökonomischen Besonderheiten ihres Einzugsgebietes kennen, auf die Patienten als Individuen eingehen, in der Medizin in ihrer ganzen Breite bewandert sein und natürlich auch ein Verständnis für das Gesundheitssystem als solches mitbringen.

Im Jahr 2003 fand im kanadischen Kingston eine der ersten internationalen Fachkonferenzen zur primärärztlichen Versorgung statt. Ihre Mission: Die Situation weltweit verbessern. Van Weel: „Das wichtigste Ergebnis der Konferenz war, dass die Forschungskapazitäten unbedingt ausgebaut werden müssen.“ Die Konferenzteilnehmer hatten dabei ein ganzes Bündel an Maßnahmen im Blick: Die Etablierung von Foren für den wissenschaftlichen Austausch, bessere Publikationsmöglichkeiten, ein stärkeres Engagement in der Aus- und Fortbildung und, was ein besonders wichtiger Punkt gewesen sei, so van Weel, das Zusammenführen von Forschung und Praxis.

Etwa zeitgleich hatte auch die Bundesregierung das Thema entdeckt. So begann das Bundesforschungsministerium Projekte zu fördern, die die Vernetzung

zwischen Forschern und praktizierenden Ärzten unterstützten. Auch wurde versucht, der Arbeit an den Universitäten mehr Praxisbezug zu geben. Van Weel, der damals in eines der Projekte eingebunden war: „Ich fand den Ansatz sehr visionär. Möglicherweise reichte er nicht aus, gemessen in Euro. Aber was die Innovation im Denken betrifft, war er sehr bereichernd.“

Bedauerlicherweise habe sich dieses Engagement aber bisher nicht in einer besseren internationalen Sichtbarkeit niedergeschlagen, stellt van Weel fest. Dies gehe aus zwei Veröffentlichungen im British Medical Journal hervor. Was die Zahl der Publikationen betrifft, führen dort mit großem Abstand weiterhin die Niederlande und Großbritannien. Das gleiche Bild ergebe sich im Hinblick auf die Relevanz der Publikationsorgane und Zitathäufigkeiten.

Dass Primärversorgung sehr effektiv ist, habe sie in der Vergangenheit bewiesen, resümiert van Weel. Eine gute primärärztliche Versorgung führe zu einer geringeren Sterblichkeit und verbessere die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt. Forschungsbedarf sieht van Weel allerdings weiterhin bei dem, was als „Paradox of Primary Care“ in die Literatur eingegangen ist. Damit wird das Phänomen beschrieben, dass bei der Behandlung von Krankheiten Fachärzte im Schnitt erfolgreicher sind als Allgemeinmediziner, beim Blick auf die ganze Population das System mit einer engmaschigen hausärztlichen Versorgung jedoch überlegen ist.

Dass sich der Fortschritt vielerorts nur in sehr kleinen Schritten präsentiert, hat nach Ansicht von van Weel viel mit den relativ isolierten Welten der Ärzteschaft einerseits und den Wissenschaftlern andererseits zu tun. „Wir müssen diese beiden Welten unbedingt miteinander verbinden.“ Bei den Allgemeinmedizinerinnen schlummere ein riesiges Wissenspotenzial, das es gelte für die Wissenschaft nutzbar zu machen. Wissenstransfer sei in beide Richtungen nötig. In der Forschungspolitik empfiehlt van Weel eine Mischung aus Top-Down- und Bottom-Up-Ansatz. Um in Deutschland den hausärztlichen Sektor zu stärken, sollte die Disziplin insgesamt aufgewertet werden, rät van Weel. Das sei auch der entscheidende Punkt bei einem Vergleich mit den Niederlanden, wo der Allgemeinmedizin bereits frühzeitig eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung zugewiesen worden ist.



v.l. Prof. Dr. Niek Klazinga, Prof. Dr. Dr. Andrea Icks, Prof. Dr. Holger Pfaff, Elizabeth A. McGlynn, Ph.D., Prof. Chris van Weel, Prof. Dr. Edmund Neugebauer

Die Situation in Europa

Niek Klazinga ist Professor für Sozialmedizin an der „University of Amsterdam“. Bei der OECD leitet er ein Projekt zur Entwicklung qualitativer Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Niek Klazinga gibt einen Überblick über den Stand der Versorgungsforschung in Europa.

Versorgungsforschung im europäischen Kontext ist zunächst häufig deskriptiv, wie Klazinga berichtet. Als erstes müsse geklärt werden, worüber man rede. Ist zum Beispiel ein Allgemeinmediziner in dem einen Land das Gleiche wie ein Hausarzt in dem anderen? Und meinen Schweden das gleiche, wenn sie von einem Krankenhaus sprechen wie Bulgaren? Erst wenn diese Hürde genommen sei, können die Wissenschaftler weiter in die Tiefe gehen („explorative Forschung“). Zur Auswahl stehen dabei qualitative und quantitative Methoden. Klazinga weist darauf hin, dass letztere sehr von der Qualität der Datenbasis abhängen. Bei länderübergreifenden Studien müssten die Daten zudem vergleichbar sein. Des Weiteren gebe es auf europäischer Ebene auch Studien, bei denen Hypothesen getestet werden. Und schließlich beschäftige sich die Wissenschaft auch mit der Entwicklung von Messinstrumenten, die sich für länderübergreifende Projekte eignen.

In der Praxis fördert die Europäische Union Versorgungsforschung in ihrem „Siebten

Forschungsrahmenprogramm“ unter dem relativ vagen Oberbegriff „Optimierung der Gesundheitsversorgung“, der auch andere Forschungsarbeiten aus dem Gesundheitsbereich impliziert. Diese nicht sehr transparente Lösung erklärt Klazinga damit, dass die EU eigentlich gar kein Mandat habe, sich Versorgungsstrukturen auf Länderebene genauer anzuschauen. Erlaubt sei ihr lediglich, auf die öffentliche Gesundheit in ihren Mitgliedsländern zu achten. Versorgungsforschung werde in der Praxis „unter dem Label ‚Public Health‘ versteckt“, so Klazinga.

Bei genauerer Betrachtung können laut Klazinga 62 der im Rahmenprogramm geförderten Projekte dem Bereich „Versorgungsforschung“ zugeordnet werden. Deutschland ist dabei an 35 Projekten beteiligt, in acht von ihnen an führender Position. Damit steht Deutschland nach der Anzahl der Projekte nach Großbritannien und Spanien an dritter Stelle.

Bei der Auswertung der Fachliteratur haben Klazinga und sein Team einen deutlich wachsenden Output auf dem Feld der europäischen Versorgungsforschung ausgemacht. Konkret wurden hierfür Publikationen über Benchmarks und qualitative Indikatoren ausgewertet. Die meisten Publikationen bezogen sich auf die Themen „Krankenhaus“ und „Primärversorgung“. Was Krebserkrankungen betrifft, fehlen laut Klazinga allerdings weiterhin ausreichend Daten, um auch Krankheitsverläufe international vergleichen zu können. Die Daten müssten stärker nach Krankheitsstadien aufgeschlüsselt werden.

Unter dem Strich gebe es durchaus viel europäische Versorgungsforschung, die diesen Namen auch verdient habe. Klazinga führt einige der bedeutenden Projekte auf: Das Pilotprojekt ECHO, bei dem unterschiedliche Informationssysteme miteinander verbunden werden sollen, um Daten gemeinsam nutzen zu können. Dann das Projekt „MARQuIS/DUQuE“, bei dem Strategien zur Qualitätsverbesserung im stationären Sektor entwickelt und umgesetzt werden. Oder das „PATH“-Projekt der WHO, das sich dafür einsetzt, wichtige Indikatoren im Gesundheitswesen auch wirklich einzusetzen. Und schließlich sei auch Patientensicherheit ein großes Thema, das vor allem von der Politik vorangetrieben wird, zum Beispiel das aus europäischen Mitteln geförderte „European Union Network for Patient Safety“ (EUNetPaS).

Für die Zukunft nennt Klazinga vier Punkte, die die Versorgungsforscher in Europa vorantreiben sollten. Zum ersten sei es wichtig, mehr Forschungsgelder zu akquirieren. Es gäbe zwar bereits Gelder, letztlich wären das aber „peanuts“ im Vergleich zu dem, was insgesamt verteilt werde. Die Kardiologen und Onkologen sind beispielsweise einfach in Brüssel präsent und wahren ihre Interessen in den wichtigen Papieren bzw. Anliegen. „Auch die Versorgungsforscher müssen sich organisieren“, mahnt Klazinga.

Die zweite Herausforderung sei die Entwicklung einer gemeinsamen Daten-Infrastruktur. Klazinga empfiehlt insbesondere Deutschland, auch das Thema Datenschutz erneut auf die Tagesordnung zu setzen. Um Versorgungsforschung zu betreiben, müssten bestimmte Daten einfach vorhanden sein, so zum Beispiel zu Krankheitsverläufen von chronisch kranken Patienten. Und schließlich sei es wichtig, sich auf europäischer Ebene grundsätzlich stärker zu vernetzen. Das Ziel müsse eine richtige europäische Forschungsgemeinschaft sein.

Die Situation in den USA

Elizabeth A. McGlynn ist Vorsitzende des US-amerikanischen Netzwerkes „AcademyHealth“. Die Organisation setzt sich dafür ein, wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Gesundheitsbereich in die Gesellschaft hineinzutragen. Hauptberuflich ist McGlynn Direktorin des „Kaiser Permanente Center for Effectiveness & Safety Research (CESR)“. Das

Forschungszentrum gehört dem traditionsreichen Wohlfahrtsunternehmen „Kaiser Permanente“ an, das seinen Mitgliedern Dienstleistungen rund um das Thema Gesundheit anbietet. McGlynn beschreibt in ihrem Vortrag die aktuellen Herausforderungen ihrer Disziplin und den Stand der internationalen Zusammenarbeit.

McGlynn nennt fünf bedeutende Trends, denen sich amerikanische Versorgungsforscher aktuell stellen müssen: Erstens steige der Druck, schnell Ergebnisse zu liefern. Aus diesem Grund suche beispielsweise das CESR nach Wegen, bereits vorhandene Daten systematischer für Forschungsvorhaben nutzen zu können. Zweitens bestehe der große Wunsch seitens vieler Auftraggeber darin, der Patientenperspektive bei Forschungsvorhaben mehr Gewicht zu geben. Es gehe darum, Patienten in „allen Phasen“ einzubinden, so McGlynn. Drittens betont die Referentin, dass das methodische Instrumentarium weiterentwickelt und auf breiterer Basis eingesetzt werden soll. Viertens stellt sich die Frage, wie die Versorgungsforschung den Fortschritt in der Informationstechnologie, der mit der Existenz größerer und präziserer Datenbestände einhergeht, für sich optimal nutzen kann. McGlynn: „Und schließlich dreht sich im Moment sehr viel um die Einführung des Affordable Care Act, also der Gesundheitsreform, die 2010 in den USA verabschiedet wurde.“

Auch bezogen auf die eigenen Grundlagen gebe es weiteren Forschungsbedarf, erläutert McGlynn. Im Bereich des „Health Services Research“ ginge es darum, wie Forschung in der Praxis umgesetzt werden kann. Dabei interessiert, so wie auch in der deutschen Versorgungsforschung, die Alltagstauglichkeit von Maßnahmen („impact on outcomes in real-world“).

McGlynn sieht eine zentrale Aufgabe darin, Wissenschaft und Politik auf dem Feld der Gesundheitsversorgung zusammenzuführen. Im Zuge der amerikanischen Gesundheitsreform habe es bereits einen intensiven Kontakt zwischen beiden Seiten gegeben. Konkret sollen durch die Gesetzesänderungen in den USA ab 2014 rund 30 Millionen Menschen eine Krankenversicherung erhalten, die bislang ohne diesen Schutz auskommen mussten. Wissenschaftler hätten im Vorfeld verschiedene Szenarien durchgespielt, berichtet McGlynn, um den verantwortlichen Politikern eine

Entscheidungsgrundlage zu geben. Auch ein Team der Referentin selbst hat Mikrosimulationen erarbeitet, bei denen mit statistischen Daten die Auswirkungen politischer Maßnahmen abgeschätzt wurden.

Das CESR kann dabei auf eine breite Datenbasis zurückgreifen. Die non-profit-Organisation wurde bereits 1945 gegründet und hat inzwischen 8,7 Millionen Mitglieder. Sie beschäftigt fast 16.000 Ärztinnen und Ärzte und ist in neun US-Staaten und dem Distrikt Columbia präsent. Wie in Deutschland gelten auch in den USA umfangreiche Datenbestände als echte Schatzkammern. McGlynn berichtet, dass das Thema der Verfügbarkeit von Daten sehr in Bewegung sei. Aktuell gebe es ein Projekt, bei dem große Datenbestände über Systemgrenzen hinweg zur Verfügung gestellt werden („Virtual Data Warehouse“).

Als besondere Herausforderung beschreibt McGlynn die sehr zersplitterte Organisationsstruktur im Gesundheitswesen der USA. Dies erschwere den Transfer von Innovationen von einem Träger zum anderen. Im so genannten „Innovation Learning Network (ILN)“ habe man eine Plattform errichtet, die dem Austausch und der Zusammenarbeit diene. Mitglieder sind zum Beispiel konfessionelle und andere karitative Organisationen aus dem Gesundheitsbereich.

Bei der Finanzierung der Forschung spielen private Geber eine große Rolle, wie McGlynn erläutert. Sie stellen etwa doppelt so viele Gelder zur Verfügung wie die öffentliche Hand. Besonders große Summen seien in der Vergangenheit von der Bill & Melinda Gates Foundation gekommen. McGlynn weist auf den globalen Ansatz der Stiftung hin. „Hier gibt es auch gute Chancen für internationale Projekte.“ Viele andere Stiftungen hingegen würden darauf achten, dass ihr Geld im Land bliebe. Aktuell hätten viele amerikanische Versorgungsforscher das Problem, dass Förderungen ausliefen und nicht neu aufgelegt würden. Darüber hinaus beobachtet McGlynn auch einen Wandel bei den Geberinstitutionen im Hinblick auf deren Ziele. Während in der Vergangenheit vor allem die Forschungsqualität eine Rolle gespielt habe, rückten nun praktische Fragen nach Ertrag und Nutzen in den Vordergrund.

Im internationalen Zusammenhang sieht das Netzwerk „AcademyHealth“ seine Aufgabe darin, Erfahrungen aus anderen Ländern der US-Politik zugänglich zu machen und die internationale Zusammenarbeit auszubauen. Die internationale Forschungslandschaft sei bislang geprägt von Einzelprojekten und unterschiedlich gesetzten Schwerpunkten. Für die Zukunft hofft McGlynn, auf ähnliche oder gleiche Probleme mehr gemeinsame Antworten geben zu können.

Wir danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Unterstützung der internationalen Sitzung



Wir danken unseren Sponsoren und Ausstellern



Wir danken der BARMER GEK und Prof. Dr. Gerd Glaeske für die Unterstützung beim Druck dieser Publikation.



**G
A
A**



Gesellschaft für
Arzneimittelanwendungsforschung und
Arzneimittlepidemiologie (GAA) e. V.



Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e. V.