

VERSORGUNGS KOMPAKT FORSCHUNG

Entscheider-Informationen für Leistungsträger und Gesundheitspolitik



„Expertise für praxisrelevante Forschung“ (Baas)

„Die Wissenslücke auf dem Weg zum Patienten schließen“ (Gerlach)

„Der Patient als Mitproduzent von Qualität“ (Dierks)

01/2016

VERSORGUNGS KOMPAKT FORSCHUNG

Inhalt

Editorial

„Übersetzungsarbeit“ von Wissenschaft in Praxis 3
 von Dr. Jens Baas, Vorstand der TK, und Thomas Ballast, Stv. Vorstand der TK

Redaktion*

Expertise für praxisrelevante Forschung 4-6
 10 Jahre Versorgungsforschung – 10 Jahre Translation

Die Rolle der Politik 5
 Interview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

„Die Wissenslücke auf dem Weg zum Patienten schließen“ 7
 Interview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach

10 Jahre WINEG / 10 Erfolge 8-9
 Meilensteine der Versorgungsforschung made in Hamburg

Der Patient als Mitproduzent von Qualität 10-11
 Gesundheitsbildung als ungenutzte Ressource

Qualität statt Quantität – ein Widerspruch? 12-13
 In der Gesundheitsversorgung kein Widerspruch

Mit Big Data zu einer besseren Versorgungsqualität? 14-15
 Datenflut – eine Herausforderung für die Versorgungsforschung



„Gerade der interdisziplinäre Ansatz, nach dem beim WINEG gearbeitet wird, erscheint mir wichtig und wertvoll.“
Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks



„Es ist ein Problem in Deutschland, dass wir eine organisierte Verantwortungslosigkeit haben. Das System sieht nämlich nicht vor, dass alle Informationen an einer Stelle zusammenfließen.“
Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach



„Die Gesundheitskompetenz der Patienten zu berücksichtigen und weiterzuentwickeln, ist eine wesentliche Aufgabe für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens.“
Prof. Dr. Marie-Luise Dierks



„Um praxistaugliche Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, müssen wir langfristig denken und arbeiten. Und es ist nicht klug, dabei immer neue Schnittstellen im Gesundheitswesen zu errichten.“
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi

*Text und Redaktion: Bettina Nellen, Berlin

Impressum Versorgungsforschung Kompakt – Eine Sonderausgabe von Monitor Versorgungsforschung

<p>Versorgungsforschung Kompakt Eine Sonderausgabe von Monitor Versorgungsforschung 9. Jahrgang</p> <p>Herausgeber Peter Stegmaier, Bonn stegmaier@m-vf.de</p> <p>Chefredaktion Peter Stegmaier (verantw. Redakt.) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-7638280-0</p>	<p>Fax +49-(0)228-7638280-1 stegmaier@m-vf.de</p> <p>Redaktion Jutta Mutschler mutschler@m-vf.de Kerstin Müller mueller@m-vf.de</p> <p>Verlag eRelation AG - Content in Health Vorstand: Peter Stegmaier Kölnstr. 119, 53111 Bonn www.erelection.org mail@erelection.org</p>	<p>Verlagsleitung Peter Stegmaier</p> <p>Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel +49-(0)228-7638280-0 Fax +49-(0)228-7638280-1 heiser@m-vf.de</p> <p>Erscheinungsweise „Versorgungsforschung Kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr.</p>	<p>Layout eRelation AG, Bonn</p> <p>Druck Printed in Germany Kössinger AG Fruehaufstraße 21 84069 Schierling</p> <p>Urheber- und Verlagsrecht Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme</p>	<p>des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten</p> <p>Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.</p> <p>Auflage 3.000 Exemplare</p> <p>Leserzielgruppe Entscheider in Krankenkassen und Politik</p> <p>Portal www.m-vf.de</p>
--	--	---	--	--

„Übersetzungsarbeit“ von Wissenschaft in Praxis

Liebe Leserinnen und Leser,

warum leistet sich eine Krankenkasse ein wissenschaftliches Institut? Die Frage lässt sich leicht beantworten. Als Premiumanbieter unter den Krankenkassen baut sich die Techniker Krankenkasse (TK) mit dem WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen) dringend benötigte wissenschaftliche Expertise auf. Denn wir sehen einen deutlichen Bedarf, die Kluft zwischen den aus der Forschung gewonnenen Erkenntnissen und der konkreten Verbesserung der Patientenversorgung zu schließen. Das WINEG ist insofern kein Luxus, sondern absolut notwendig. Seine Gründung vor zehn Jahren war eine sehr kluge Entscheidung. Von Anbeginn seines Bestehens beantwortet uns das WINEG wichtige Fragen der Versorgungsforschung. Zu diesem Erfolg möchten wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herzlich gratulieren!

Blicken wir doch einmal in die Zukunft: Entscheidungen aus dem Bauch heraus sind schon lange nicht mehr zeitgemäß. Das Gesundheitswesen wird immer komplexer und Digitalisierung erweitert diese Komplexität um eine weitere Dimension. Mit der intelligenten Analyse von Routine- und anderen Daten, deren schiere Masse durch neue IT-Anwendungen und innovative digitale Versorgungsprodukte rasant zunehmen, sehen wir uns vor weitere, ganz neue Herausforderungen gestellt. Hier liegt die entscheidende Schlüsselkompetenz für den medizinischen Fortschritt der kommenden Jahre. Die TK ist schon dabei, ihre gesamten Geschäftsprozesse zu digitalisieren und will bei dieser Entwicklung ganz bewusst Schrittmacher sein. Dafür benötigen wir wissenschaftliche Expertise. Deshalb sind wir froh, mit dem WINEG ein Institut zu haben, das uns mit dieser Expertise versorgen kann. Denn wir beschäftigen uns längst mit der Frage, wie wir mit Daten zukünftig umgehen wollen. Unbestritten, die Digitalisierung ist ein großer Fortschritt, aber hier lauern auch Gefahren. Wo sollen die Daten gespeichert werden, welche Rahmenbedingungen benötigen wir? Das bewegt sich alles noch in einer Grauzone. Wenn wir Datenschutz aber nicht als Totschlagargument gelten lassen wollen, müssen wir uns als Krankenkasse klar positionieren.

Das WINEG macht uns als Partner Wissenschaft verständlich. Mit dem Institut besitzen wir die notwendige Methodenkompetenz, um die uns zur Verfügung stehenden Daten mit klugen Fragestellungen zu analysieren. Wenn wir zum zehnjährigen Bestehen des WINEG Bilanz ziehen, dann steht für uns fest, dass sich das Institut in so wichtigen Bereichen wie der Routinedatenanalyse, bei Primärbefragungen, der



Dr. Jens Baas
Vorsitzender des
Vorstands der TK

Evaluierung von Versorgungsprojekten und beim Thema Patientensicherheit, auch in der Wissenschaftsszene, etabliert hat. Es ist inzwischen mit zahlreichen Universitäten und wissenschaftlichen Instituten über Kooperationen vernetzt. Um das zu schaffen, muss man erst einmal anerkannt sein und wahrgenommen werden.

Die TK wird sich gemeinsam mit dem WINEG auch in Zukunft für mehr Transparenz im realen Versorgungsgeschehen engagieren. Zu viele Akteure im Gesundheitswesen wehren sich gegen allzu große Transparenz, das macht Versorgungsstrukturen nicht gerade effizienter. Dem wollen wir etwas entgegensetzen. Auch aus diesen Gründen ist die praxisnahe Versorgungsforschung so wichtig.



Thomas Ballast
Stv. Vorsitzender
des Vorstands der TK

Die Gesetzliche Krankenversicherung braucht Institute wie das WINEG – als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis. Je enger diese Verbindung geknüpft wird, desto effizienter werden die Versorgungsstrukturen und desto besser wird auch die Qualität in der Patientenversorgung. Unser Beitrag gilt auch der Politik. Mit unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten wir den politischen Entscheidungsträgern eine Grundlage für zukunftsorientierte Entscheidungen.

Den Schritt der TK, ein eigenes wissenschaftliches Institut zu gründen, können wir heute im Rückblick stolz als vorausschauend und innovativ bezeichnen. In Zukunft brauchen wir noch mehr „Übersetzungsarbeit“ von Wissenschaft in die Praxis! Mit dem WINEG leisten wir genau hier schon einen wertvollen Beitrag für praxisrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse.

Ihr
Dr. Jens Baas

Ihr
Thomas Ballast

Weitere Informationen und Download

Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz
im Gesundheitswesen (WINEG)
E-Mail symposium@wineg.de
Web www.wineg.de
Twitter www.twitter.com/TK_Presse



10 Jahre Wissenschaftliches Institut der TK

Expertise für praxisrelevante Forschung

Die Erwartungshaltung war groß, als die Techniker Krankenkasse (TK) vor zehn Jahren ein eigenes wissenschaftliches Institut gründete. Das WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen) ist längst aus seinen Kinderschuhen herausgewachsen. Mit seiner Expertise besitzt es inzwischen einen festen Platz in der Wissenschaftsszene. Der zehnjährige Geburtstag bietet Anlass für eine erste Bilanz.

>> Vor zehn Jahren war die Techniker Krankenkasse mit dem Anspruch angetreten, zukünftig versorgungsrelevante Fragen aus der Versichertenperspektive zu stellen, um darauf wissenschaftlich fundierte Antworten geben zu können. So kam es im August 2006 zur Gründung des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Ziel der For-

schungsprojekte des Instituts sollte sein, die gesundheitliche Versorgung der Patienten zu verbessern. Warum braucht es dafür ein eigenes Institut? „Mit dem WINEG wollten wir unabhängig vom operativen Geschäft wissenschaftliche Expertise aufbauen“, so Professor Dr. Norbert Klusen, bis 2012 Vorstandschef der Techniker Krankenkasse. Es sollte vor allem die Versorgungsforschung gestärkt werden, lange Jahre ein Stiefkind der Wissenschaft. Bei der Themensetzung des Instituts ging es dem damaligen Kassenchef nicht darum, vordergründige Interessen der TK zu bedienen. „Natürlich ist das WINEG Teil der TK, aber mir ging es darum, gute seriöse Forschung zu betreiben, um erfolgversprechende Impulse für die Versorgung setzen zu können. Und ich wollte, dass die Erkenntnisse unmittelbar den Patienten nutzen“, so Klusen.

In diesem Jahr feierte das WINEG sein zehnjähriges Jubiläum. Zu diesem Anlass veranstaltete das Wissenschaftliche Institut der TK in Hamburg ein Symposium zum Thema „Herausforderung Qualität – Der Beitrag der Versorgungsforschung“, an dem rund 250 Wissenschaftler und Experten aus dem Gesundheitswesen teilnahmen. „Das WINEG ist kein Luxus, den wir uns einfach so leisten“, sagte Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse in seiner



„Das WINEG ist kein Luxus, den wir uns einfach so leisten. Es ist absolut notwendig. Seine Gründung vor zehn Jahren war eine sehr kluge Entscheidung.“

**Dr. Jens Baas,
Vorsitzender des Vorstands
der Techniker Krankenkasse**

Im Sommer zur Schule

Wer geht schon gern im Sommer zur Schule? Freiwillig! Es sind ziemlich viele!

Das WINEG bietet interessierten Studentinnen und Studenten sowie Doktorandinnen und Doktoranden seit seiner Gründung vor zehn Jahren einmal im Jahr eine „Summer School“ an. Es will damit den wissenschaftlichen Nachwuchs fördern. So können sich beispielsweise angehende Mediziner, Pharmazeuten, Sozialwissenschaftler oder Gesundheitsökonominnen mit aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Themen auseinandersetzen. Die Themen haben einen hohen Praxisbezug, der in vielen Curricula der Hochschulen zu kurz kommt. Eine Mischung aus Vorträgen und Gruppenarbeit unterstreicht diesen Anspruch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Summer School profitieren von der Erfahrung interner und externer Referenten aus Gesundheitspolitik, gesetzlicher Krankenversicherung, Ärzteschaft, Krankenhaus, Forschung und Lehre sowie Presse. Einige Themen aus den vergangenen Jahren:

- Europäische Gesundheitssysteme im Vergleich
- Patientensicherheit
- Medizinprodukte
- Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung
- Patienteninformation/Patientenempowerment

Das WINEG

- greift aktuelle gesundheitswissenschaftliche und -politische Themen auf und überprüft deren Auswirkungen auf die Versicherten
- möchte Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems aufzeigen und hinterfragen
- möchte einen Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion leisten und den Dialog mit den unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitssystems suchen
- analysiert die Effekte neuer Versorgungsformen und hilft so, neue evidenzbasierte Verfahren zu entwickeln und zu implementieren
- arbeitet daran, den Versicherten qualifizierte, informierte Entscheidungen zu ermöglichen
- bewertet die Wirksamkeit von präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und bezieht dabei auch Kosten- und Nutzen-Aspekte mit ein



„Gerade der interdisziplinäre Ansatz, nach dem beim WINEG gearbeitet wird, erscheint mir wichtig und wertvoll.“
Cornelia Prüfer-Storcks, Gesundheits-senatorin der Freien und Hansestadt Hamburg

Begrüßung. „Es ist absolut notwendig, und seine Gründung vor zehn Jahren war eine sehr kluge Entscheidung.“

Mehr als ein Dutzend Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler arbeitet und forscht im WINEG. Sie kommen aus so unterschiedlichen Fachrichtungen wie Gesundheitswissenschaften, Medizin, Medizininformatik, Statistik, Gesundheitsökonomie, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Nur eine fächerübergreifende Arbeitsweise kann erfolgreiche Unterstützungsarbeit leisten, um langfristig eine hochwertige patientenzentrierte und effektive Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern. Die einzelnen Forschungsprojekte orientieren sich am Versorgungsbedarf der Versicherten.

Seit zehn Jahren beschäftigt sich das Institut intensiv mit unterschiedlichen Themen der Versorgungsforschung. „Das WINEG liefert uns seit vielen Jahren verlässliche Antworten auf drängende Fragen in der Patientenversorgung. Antworten, die wir als Krankenkasse für unsere Arbeit dringend benötigen“, zieht Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK, Bilanz. Das WINEG fällt in seinen Verantwortungsbereich. „In der Praxis ist es zum Beispiel viel schwieriger nachzuweisen, wo tatsächlich Überversorgung stattfindet, als nachzuweisen, wo es zu wenig Behandlungen gibt. Das ist nur eine Baustelle, an der das WINEG unbedingt weiterarbeiten muss.“

Die Fragestellungen des WINEG zielen auf die Kernthemen Qualität der Versorgung, Patientensicherheit und Digitalisierung. Zu diesem Zweck kooperiert das Institut auch mit anderen wissenschaftlichen Einrichtungen wie Universitäten, Hochschulen, Kliniken, Instituten und anerkannten Netzwerken im deutschen Gesundheitswesen.

Ein großer Vorteil des WINEG liegt darin, Teil der TK zu sein. Damit stehen ihm die anonymisierten Daten von knapp zehn Millionen Versicherten zur Verfügung. Wissenschaftliche Auswertungen können mit einem solchen Datenschatz sehr schnell und sicher erfolgen, ohne dass diese Daten das Haus verlassen müssen. Fragen, die die WINEG-Wissenschaftler an ihre Daten stellen, lauten beispielsweise: Bekommen die Versicherten die Behandlung, wie sie dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht? Bekommen sie die richtigen Leistungen angeboten? Steht einer durchgeführten Therapie eine entsprechende Steigerung der Lebensqualität gegenüber?

Die Fragen sind auch deshalb gar nicht so einfach zu beantworten, weil es bei der

Nutzung der Daten Einschränkungen gibt. „Das Thema Datenschutz ist für die Forschung mehr als virulent“, meinte auch Dr. Andreas Meusch, seit April 2016 Direktor des WINEG. „Unsere Daten wurden für Abrechnungszwecke erstellt. Viele Versorgungsfragen lassen sich damit nicht beantworten. Außerdem erschweren uns zu kurze Aufbewahrungsfristen die Bildung längerer Zeitreihen.“ Gerade die Auswertung von Zeitreihen käme aber einer Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten zugute, so Meusch (siehe zu diesem Thema auch den Beitrag auf den Seiten 14-15).

Vielfältiges Engagement des WINEG

Seit Jahren engagiert sich das WINEG aktiv im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). Das APS hat es sich zur Aufgabe gemacht, Bewusstsein für eine Fehlerkultur in der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Nur in einem Umfeld, in dem angst- und sanktionsfrei über Fehler gesprochen werden kann, können Fehler auch vermieden oder wenigstens reduziert werden. Patientensicherheit zu fördern bedeutet, unerwünschte Ereignisse zu vermeiden. Dadurch treten weniger Komplikationen auf und es werden weniger Nachuntersuchungen und weniger Behandlungen notwendig. All dies sind Faktoren, die Patienten unnötig belasten. Hier beispielhaft einige Aktivitäten des WINEG mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit:

- „Sicher im Krankenhaus – Ein Ratgeber für Patienten“
- Klinisches Risikomanagement – Befragung aller deutschen Krankenhäuser zum Einführungsstand
- Patienteninformations-Kampagne zum Thema „Multiresistente Erreger“
- CIRS (critical incident reporting system) – Einführung eines Fehlerberichts- und Lernsystems in der ambulanten Versorgung

Ein weiteres Ziel des WINEG ist es, die allseits geforderte Transparenz auch im Bereich der Versorgungsforschung zu unterstützen. Es gründete daher gemeinsam mit dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) die Projektdatenbank „Versorgungsforschung Deutschland“, die Mitte 2012 online ging. Die Datenbank ist ein kostenfreies, öffentlich zugängliches Online-Register für wissenschaftliche Projekte zur Versorgungsforschung deutschlandweit. Im Jahr 2016 übernahm

Die Rolle der Politik

Wie lauten aus Ihrer Sicht die dringenden Fragen beziehungsweise Aufgaben bei dem Bemühen, die Qualität der Patientenversorgung weiter zu erhöhen?

Um die Qualität der Versorgung zu erhöhen, brauchen wir belastbare Daten, damit wir den Nutzen einzelner Therapien, zum Beispiel in der Krebsbehandlung, einschätzen und den Behandlungserfolg von medizinischen Einrichtungen überprüfen und vergleichen können. Deshalb ist eine der wichtigsten Aufgaben die Nutzung von Routinedaten für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. In Hamburg ist die Versorgungsqualität bereits ein Aspekt der Krankenhausplanung, den wir weiter ausbauen wollen. Wir warten auf die Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Was kann die Politik dafür tun, dass auch die Erkenntnisse der Versorgungsforschung schneller beim Patienten ankommen?

Die Versorgungsforschung liefert oftmals recht komplexe Ergebnisse. Diese gilt es besonders aus dem Blickwinkel der Patientinnen und Patienten zu analysieren, zu bewerten, in verständlicher Weise zu veröffentlichen und in politische Entscheidungen einfließen zu lassen. Gerade in Hinblick auf den demografischen Wandel brauchen wir zum Beispiel mehr integrierte oder vernetzte Versorgungsstrukturen und sektorenübergreifende Angebote. Der Innovationsfonds des Bundes bietet hier die Chance, neue Organisations- und Vergütungsmodelle zu testen. Einige Modellprojekte aus Hamburg haben sich mit politischer Unterstützung erfolgreich beworben und können nun umgesetzt werden.

Was möchten Sie dem WINEG für die nächsten 10 Jahre mit auf den Weg geben?

Gerade der interdisziplinäre Ansatz, nach dem beim WINEG gearbeitet wird, erscheint mir wichtig und wertvoll. Deshalb hoffe ich, dass dies auch in Zukunft so bleibt und das Institut weiterhin belastbare Ergebnisse und neue Argumente für die gesundheitspolitische Diskussion liefern kann.



Forschungsfelder für den Nachwuchs

Eine Gelegenheit, die Bachelor-, Master- oder Doktorarbeit nicht im wissenschaftlichen Elfenbeinturm zu verfassen, sondern direkt im versorgungsmedizinischen Umfeld anzusiedeln, bietet das WINEG Studentinnen und Studenten unterschiedlicher Fachrichtungen. In Kooperation mit Hochschulen und Instituten aus dem ganzen Bundesgebiet betreuen die WINEG-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler beispielsweise angehende Mediziner, Pharmazeuten, Gesundheitsökonom oder Sozialwissenschaftler. Das Angebot, mit interessanten praxisrelevanten Fragestellungen auf den anonymisierten Routinedatenschatz der Techniker Krankenkasse zugreifen zu können, gilt auch für Doktoranden und Habilitanden. Das Interesse auf beiden Seiten ist groß. In den vergangenen Jahren wurden durch das WINEG über 30 Abschlussarbeiten (Bachelor- und Masterarbeiten, Dissertationen, Habilitationen) wissenschaftlich begleitet oder betreut. Ausgewählte bisherige Themen:

- Fehlanreize in der Geburtshilfe
- Einflussfaktoren auf die Masern-Impfbereitschaft
- Versorgungsqualität in der Endoprothetik
- Patientensicherheit: Wie kann eine Krankenkasse ihre Versicherten unterstützen?
- Fitnessmessung bei Grundschulkindern
- Ambulante Versorgung am Quartalsende
- Qualitätsmessung im Krankenhaus
- Kosten und Behandlungsmuster bei ADHS
- Versorgungsqualität bei Hüft- und Knie-Erstimplantationen
- Patientenrechte in Deutschland
- Pflegebefragung: Belastung und sozialer Zusammenhalt
- Propensity Score Matching
- Bewertung der Eignung von Kennziffern zur Fitnessmessung bei Grundschulkindern
- Marktdiffusion von Arzneimittelinnovationen am Beispiel von Antidiabetika
- Analyse der Versorgungs- und Krankheitskosten bei Typ-2-Diabetes

Mit dabei auf dem Kongress zum 10-Jährigen (v.li.) waren die WINEG-Mitarbeiter/innen: Daria Langner, Dennis Cole, Regina Nissen, Dr. Dirk Horenkamp-Sonntag, Dr. Susanne Engel, Dr. Marco Garling, Dr. Andreas Meusch, Dr. Stefan Wirtz, Hardy Müller, Dr. Beate Bestmann, Angela Kloppenburg, PD Dr. Udo Schneider, Katharina Rubin und Magdalena Krzyzanowski.

das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) die Datenbank, um sie weiter auszubauen und weiterzuentwickeln. Mehr als 570 Projekte sind inzwischen registriert. Um Weiterentwicklungen zu fördern, eine schnellere Umsetzung von erfolgreichen Modellvorhaben in die Praxis zu erleichtern und um zu vermeiden, dass parallel aus Unwissenheit heraus Studien zu denselben Themen aufgelegt werden, wird eine möglichst große Zahl von registrierten Projekten angestrebt.

Aktuell hat sich das WINEG auch an der Ausschreibung des Innovationsfonds beteiligt. Das übergeordnete Ziel des Fonds ist die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Jahre 2016 bis 2019 stehen 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung zur Verfügung. Das WINEG fokussiert sich mit Vollarträgen auf die folgenden Themenschwerpunkte im Bereich Versorgungsforschung:

- Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung
- Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung
- Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur Verbesserung der Versorgung

Meusch will allerdings keine zu großen Hoffnungen wecken: „Die durch den Innovationsfonds angestoßene Versorgungsforschung wird sicherlich vorzeigbare Ergebnisse herausfinden, doch ob diese eine systemverändernde Wirkung zeitigen werden, steht auf einem ganz anderen Blatt.“ „Bridging the Gap“ müsse das Ziel sein. Um diese letzte Meile zwischen Forschung und Praxis, auf der die Patienten immer noch zu oft verloren zu gehen drohen, geht es dem Direktor des



„Das WINEG liefert uns seit vielen Jahren verlässliche Antworten auf drängende Fragen in der Patientenversorgung. Antworten, die wir als Krankenkasse für unsere Arbeit dringend benötigen.“
Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK

WINEG. „Die Forschungsergebnisse müssen in Zukunft überhaupt und schneller im Versorgungsalltag ankommen“, fordert Meusch. Bei dem wissenschaftlichen Symposium „Herausforderung Qualität – der Beitrag der Versorgungsforschung“ zum Anlass des zehnjährigen Bestehens des WINEG standen für die rund 250 Teilnehmer aus Wissenschaft, Politik und Praxis die Themen Gesundheitskompetenz, Qualität versus Quantität und Big Data im Fokus (siehe hierzu auch die Beiträge auf den Seiten 10 bis 15). Ergebnis: Es bleibt auch für die kommenden zehn Jahre genügend Arbeit für das WINEG. <<

Interview mit Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt

„Die Wissenslücke auf dem Weg zum Patienten schließen“

>> Herr Professor Gerlach, warum hat es die Versorgungsforschung immer noch so schwer?

Weil wir hier einen Mentalitätswandel brauchen. Die Forschung wird sehr stark von Universitäten und der Arzneimittelindustrie betrieben. An den Universitäten werden auf hohem wissenschaftlichen Niveau Grundlagenforschung und klinische Studien unter besonderen Bedingungen, letztere an nur etwa 0,5 Prozent aller Patienten, durchgeführt. Die forschende Arzneimittelindustrie hat Interesse an der Entwicklung neuer Medikamente und legt zu wenig Wert darauf zu verfolgen, ob diese später den Patienten auch unter Alltagsbedingungen nützen.

Es wird viel von Überversorgung gesprochen, es gibt aber auch Unterversorgung. Wo zeigt sie sich Ihrer Meinung nach besonders deutlich?

Wir haben praktisch immer ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Es gibt Hinweise auf Überversorgung in menschengemessenen Bereichen, die durch das Honorierungssystem, also durch die DRGs im stationären Bereich und durch den EBM im ambulanten Bereich, besonders attraktiv sind. Menschengemessene sind zum Beispiel Linksherzkatheter, Endoprothesen, Wirbelkörperoperationen und generell bildgebende Verfahren. Auf der anderen Seite sehen wir Bereiche mit Unterversorgung, etwa bei der palliativmedizinischen Versorgung, der pflegerischen Betreuung, der hausärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, und inzwischen auch in unterversorgten ärmeren Stadtteilen in den Ballungsgebieten.

Welche Probleme gibt es in der Hausarztpraxis, insbesondere bei Patienten mit mehreren Erkrankungen?

Das kann ich beispielhaft am Thema Multimedikation erläutern. In Arzneimittelstudien werden ja regelhaft solche Patienten ausgeschlossen, die Begleiterkrankungen haben, bereits mehrere Medikamente einnehmen, zu alt oder zu jung sind. Das kann dazu führen, dass der größte Teil der Patienten, für die das Medikament bestimmt ist, gar nicht in die Studien eingeschlossen wird. Wenn diese jeweils singular entwickelten Arzneimittel dann von multimorbiden Patienten eingenommen werden sollen, fehlen uns ganz viele Informationen, zum Beispiel über Arzneimittelwechselwirkungen oder Wechselwirkungen zwischen den Arzneimitteln und den Erkrankungen. Aus Studien wissen wir, dass - kontraintuitiv - die Wahrscheinlichkeit einer Unterversorgung mit der Anzahl der bereits eingenommenen Medikamente steigt. Zum Beispiel bekommen schwer kranke Patienten zwar eine Schmerzbehandlung mit Opiaten, aber Laxanzien, die häufig erforderlich sind, werden nicht gegeben. Oder, obwohl Leitlinien es eindeutig empfehlen, werden nach Herzinfarkt keine Betablocker gegeben, bei Herzinsuffizienz keine ACE-Hemmer, bei Vorhofflimmern wird keine orale Antikoagulation durchgeführt und so weiter. Leider gibt es nicht die einfache Option zu sagen, da nimmt jemand zu viele Medikamente, also streichen wir mal die Hälfte weg.

Wer soll denn die Verantwortung dafür übernehmen, welche Medikamente von multimorbiden Patienten weggelassen werden können?

Da gibt es aus meiner Sicht eine ganz klare Antwort. Wenn bei einem Patienten oder einer Patientin mehrere Erkrankungen vorliegen und mehrere Fachspezialisten aufgesucht werden, der Patient vielleicht auch noch ins Krankenhaus kommt, dann muss es jemanden geben, bei dem alle Informationen zusammenfließen. Das ist typischerweise der Hausarzt oder die Hausärztin.

Ist das bei den derzeitigen Strukturen im Gesundheitswesen von den Hausärzten überhaupt zu leisten?

Die Hausärzte müssen das ja schon jeden Tag machen. In der Tat aber haben wir in Deutschland das Problem, dass wir eine organisierte Verantwortungslosigkeit haben. Das System sieht nämlich nicht vor, dass alle Informationen an einer Stelle zusammenfließen. Patienten nehmen ungesteuert, ohne Überweisung verschiedenste Spezialisten in Anspruch. In der Praxis ist außerdem zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten. In unserem Gesundheitssystem gibt es niemanden, der die ältere, multimorbide Patientin fachübergreifend betreut und vor zu viel oder falscher Medizin schützt. Das Konzept des sogenannten Medical Homes, wo die Informationen zusammenfließen, wo ein Medikationsplan besprochen wird, ist in Deutschland durch die Rahmenbedingungen erschwert.

Sie plädieren für mehr Forschung in der Hausarztpraxis ...

... Ja unbedingt. Immer mehr Universitäten bauen Netzwerke mit Forschungspraxen auf. Da können wir viele wichtige Fragestellungen sehr gut unter Alltagsbedingungen verfolgen, sowohl in der klinischen als auch in der Versorgungsforschung. Das ist dringend notwendig, denn hier werden über 90 Prozent der Bevölkerung versorgt. Und nur hier sehen wir die ganze Vielfalt an Krankheiten, Schweregraden und Kombinationen von Begleiterkrankungen.

Wenn Sie sich etwas wünschen dürften vom Wissenschaftlichen Institut der TK, was wäre das?

Ich würde mir wünschen, dass das WINEG und die TK weiterhin dazu beitragen, dass die Wissenslücke in der letzten Meile auf dem Weg zum Patienten schrittweise geschlossen wird, dass mehr Real-World-Forschung stattfindet und Forschung sowie gesundheitliche Versorgung patientenbezogener werden.

Herr Professor Gerlach, danke für das Gespräch. << Das Interview führte Bettina Nellen.

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Von 2010 bis 2016 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören Qualitätsförderung und evidenzbasierte Medizin in der Praxis, Praxisepidemiologie, Fehlerprävention und Patientensicherheit, Versorgung chronisch kranker Patienten sowie Versorgungsforschung.



Start

Am 1. August gründet die Techniker Krankenkasse (TK) ein eigenes Wissenschaftliches Institut. Es erhält den Namen Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, kurz WINEG. Der damalige Vorstandsvorsitzende der TK, Professor Dr. Norbert Klusen zur Gründung: „Wir wollen unseren Versicherten auch in Zukunft die beste medizinische Versorgung anbieten. Dazu brauchen wir wissenschaftliche Erkenntnisse, die sowohl uns als auch anderen dabei helfen, wichtige und richtige Entscheidungen zu treffen.“

WINEG – Ein Überblick

Zehn Jahre – zehn Erfolge

Seit seiner Gründung im August 2006 stellen sich die multidisziplinär arbeitenden Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (WINEG) patientenrelevante Forschungsfragen. Eine Auswahl aus den vergangenen zehn Jahren.

Künstliche Befruchtung

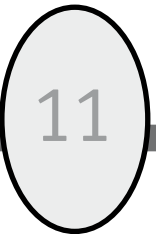
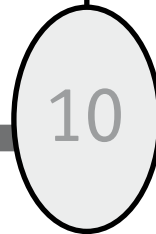
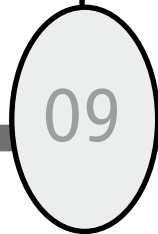
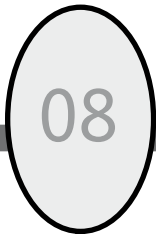
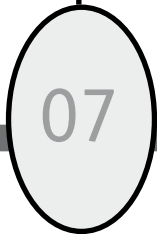
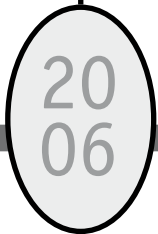
Mit Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 durften nur noch 50 Prozent, statt wie zuvor 100 Prozent der Kosten für die künstliche Befruchtung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen werden. Das WINEG untersuchte anhand von Routedaten, wie sich diese Gesetzesänderung auf die Anzahl durchgeführter Behandlungen ausgewirkt hat. Ergebnis: Zwischen 2002 und 2005 gab es in der gesamten GKV einen Rückgang an durchgeführten künstlichen Befruchtungen von rund 56 Prozent. Bei der TK waren es 55 Prozent.

Primärprävention Diabetes

Wie lässt dich die informierte Entscheidung bei den Versicherten verbessern? Das WINEG überprüfte dazu den Erfolg einer eigens entwickelten, web- und evidenzbasierten Patienteninformation (EBPI) zum Thema grenzwertig erhöhter Blutzucker. Im Vergleich mit den Standardinformationen zur Primärprävention des Diabetes zeigte sich, dass die EBPI das Wissen zum Thema erhöhte Blutzuckerwerte signifikant verbessern konnte. Gleichzeitig stieg allerdings auch der Entscheidungskonflikt. Die Absicht, an einem Stoffwechselltest teilzunehmen, nahm ab.

Zweitmeinung

Die pulmonale Hypertonie ist eine seltene Erkrankung, an der in Deutschland etwa 3.000 Patienten leiden. Die symptomatische Therapie der Erkrankung ist mit Arzneimitteln möglich, aber mit besonders hohen Jahrestherapiekosten verbunden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat aus diesem Grund bei der Verordnung dieser Arzneimittel ein verbindliches Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Die Effekte lassen sich mit GKV-Routedaten prinzipiell erfassen.



Versorgungsforschung in Deutschland musste in den vergangenen Jahren einen Spagat schaffen: Einerseits: sich als Wissenschaft etablieren, Methoden entwickeln und Reputation in der Scientific Community schaffen. Andererseits ging es darum, das Ziel nicht aus den Augen zu verlieren, konkrete Verbesserungen für Patienten zu bewirken: Es geht um die „letzte Meile zum Patienten“, wie es Professor Pfaff formuliert hat. Das WINEG war und ist Teil dieser Bemühungen. Wir stehen jetzt zusehends auf den Schultern der Riesen, die diesen Spagat ausgehalten und die neue Wissenschaft etabliert haben. Wir können



Dr. Andreas Meusch, Direktor des WINEG

Symposium: Kosten-Nutzen-Bewertung

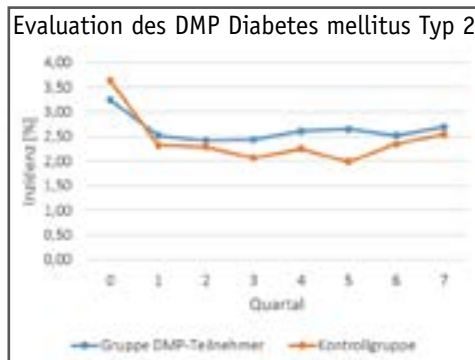
Durch das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz vom 1. April 2007 und der Gründung des IQWiG drei Jahre zuvor rückte die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln in den Fokus der Gesundheitspolitik. Im Juni 2008 veranstaltete das WINEG daher ein Symposium zu diesem Thema. Eines der Ergebnisse: Medikamente nicht nur auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit zu untersuchen, sondern auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu analysieren, ist sinnvoll, aber durchaus kein Allheilmittel, um die Ausgaben für Arzneimittel langfristig in den Griff zu bekommen.

DMP Diabetes Typ 2

Für DMP (Disease-Management-Programme) wurden im Jahr 2009 rund 1,1 Milliarden Euro aufgewendet, hauptsächlich für das DMP „Diabetes mellitus Typ 2“. Das WINEG ging mit Routedaten der Frage nach, inwieweit dieses DMP die Behandlungsergebnisse von TK-Versicherten verbessert oder Kosten einspart. Nach „propensity score interval matching“ wurden DMP-Teilnehmer mit Nicht-Teilnehmern verglichen. Die Ergebnisse konnten weder in Hinblick auf die Inzidenz relevanter Begleiterkrankungen noch bei Betrachtung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einen eindeutigen Nutzen von DMP zeigen. Dies unterstreicht den Bedarf an methodisch hochwertigen Evaluationen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

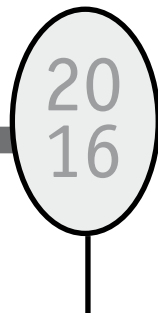
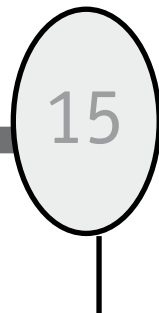
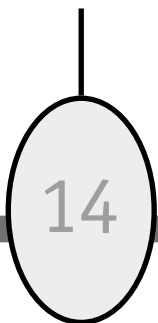
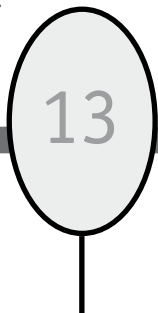
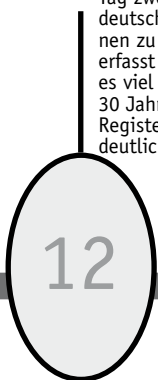
Mehrwert für die Menschen

jetzt auf der Arbeit der Gründerväter aufbauen, wir brauchen ihre Kämpfe um Anerkennung nicht noch einmal zu kämpfen, wir können von den Früchten ihrer Arbeit zehren. Deshalb können die Versorgungsforscher sich jetzt auf den Patienten fokussieren. Das gilt besonders für das WINEG, wir sind als Institut der Techniker Krankenkasse dem Patienten, unseren Versicherten in besonderer Weise verpflichtet. Einen Mehrwert für die Menschen zu bieten, das ist unser Ansporn.



ftlerinnen und Wissenschaftler des Wissenschaft-
Die Ergebnisse kommen allen Versicherten zugute.

Endoprothesen
Mindestens 15 Jahre sollte ein künstliches Hüftgelenk halten – sagen die Hersteller. Das hat das WINEG in einer wissenschaftlichen Studie überprüft. Ergebnis: 3,5 Prozent aller Hüft- und 3,8 Prozent aller Kniegelenke müssen schon innerhalb der ersten zwei Jahre ersetzt werden. Grund sind in acht von zehn Fällen mechanische Probleme des neuen Gelenks. In Deutschland müssen daher jeden Tag zwölf Menschen re-operiert werden. Ein deutschlandweites Register, in dem Informationen zu Operation, Prothese und Komplikationen erfasst sind, fehlt. Als Frühwarnsystem könnte es viel Leid ersparen. Schweden macht es seit 30 Jahren vor: Seit Einführung des Prothesen-Registers ist die Zahl der Folgeoperationen deutlich zurückgegangen.



Pflege
Die Zahl der Pflegebedürftigen und damit auch der pflegenden Angehörigen steigt kontinuierlich. Das WINEG befragte pflegende Angehörige zu ihrer Belastungssituation und Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten. Ergebnis: Die Belastung hängt stark vom individuellen Kontext ab. Alleinpflgende und Personen, die Pflegebedürftige mit Demenz pflegen, sind signifikant stärker belastet. Die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen (80 Prozent und mehr) macht aber auch positive Erfahrungen und fühlt sich in der Lage, die Situation gut zu bewältigen. Entlastungs- und Beratungsangebote werden häufig nicht genutzt.



ADHS
Rund 600.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden an ADHS. Ärzte behandeln es häufig mit dem Wirkstoff Methylphenidat, bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin. Die Verschreibungsmengen steigen seit Jahren. Allerdings: Die größten Kostentreiber in der Therapie von ADHS sind nicht die Medikamente. Eine Studie des WINEG in Kooperation mit der Leibniz-Universität Hannover und der Universität Bielefeld konnte zeigen: Die meisten Kosten, nämlich rund 44 Prozent, fallen für Verhaltenstherapien und Heilmittel wie zum Beispiel Ergotherapie an.

Risikomanagement
Seit 2014 ist das klinische Risikomanagement (kRM) in Deutschland gesetzlich verankert. Es soll Krankenhausmitarbeiter dabei unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen und zu reduzieren. Das WINEG analysierte gemeinsam mit dem Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn vorliegende Daten. Ergebnis: Deutsche Krankenhäuser setzen ein breites Maßnahmenpaket zur Erhöhung der Patientensicherheit ein, jedoch häufig reaktiv. Das heißt: Potenzielle Risiken von Behandlungsprozessen werden selten systematisch und vorausschauend identifiziert und analysiert.

Informierte Entscheidung: Darmkrebsfrüherkennung
Das im Jahr 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz sieht unter anderem die Förderung der informierten Entscheidung und Optimierung der Informationsmaterialien vor. Welchen Einfluss haben verschiedene Formen der Ansprache, evidenzbasiertes versus marketingorientiertes Anschreiben, und verschiedene Informationsbroschüren (IQWiG, KV Bayern oder TK) auf die Inanspruchnahme der angebotenen ärztlichen Beratung? Ergebnis der WINEG-Studie: Ein signifikant höherer Anteil informierter Entscheidungen für oder gegen eine Maßnahme liegt bei den Versicherten, die eine TK- oder IQWiG-Broschüre erhielten.



Gesundheitsbildung

Der Patient als Mitproduzent von Qualität

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. So heißt es in Paragraf 1 des Fünften Sozialgesetzbuches. Und die Musterberufsordnung der Ärzte beschreibt in Paragraf 8 den ‚Informed consent‘ als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung. Ist der Patient also Mitproduzent seiner Gesundheit, und wie kann seine Rolle gestärkt werden?

>> Medizinisches Wissen entwickelt sich ständig weiter. Der Wissenszuwachs ist inzwischen so groß, dass kein Mensch mehr Schritt halten kann. Das gilt für Wissenschaftler, Ärzte und Therapeuten gleichermaßen – und erst recht für Patientinnen und Patienten.

Was möchten die Versicherten zu Krankheiten und gesundheitlichen Fragen wissen? Wie viel Verantwortung wollen oder können sie für ihren Behandlungsverlauf selbst übernehmen? Sind sie in der Lage, qualitativ hochwertige Informationen zu finden und diese auch zu verarbeiten? Können sie überhaupt zwischen qualitativ hochwertigen und minderwertigen Informationen unterscheiden?

Mit diesen Fragen befassten sich rund 250 Wissenschaftler und Praktiker auf einem Symposium, das das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) anlässlich seines zehnjährigen Bestehens veranstaltete. Patientenorientierung und Gesundheitsbildung als ungenutzte Ressource war eines der drei zentralen Themen, die unter dem Veranstaltungstitel „Herausforderung Qualität – Der Beitrag der Versorgungsforschung“ diskutiert wurden.

Den Patienten als Mitproduzenten von Qualität zu betrachten, setze voraus, dass ein kranker Mensch Koproduct seiner Gesundheit ist, sagte Professor Dr. Marie-Luise Dierks, Leiterin Patientenorientierung und Gesundheitsbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Das setze weiterhin voraus, dass der Patient auf Basis informierter Entscheidungen Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen kann und die Fähigkeit zum Selbstmanagement besitzt, auf die er im Erkrankungsfall auch zurückgreifen kann. Patienten bekommen aus dieser Perspektive heraus also die Rolle von Experten zugewiesen, die in der Lage sind, die Versorgungsqualität – auch sektorenübergreifend – zu beurteilen. Aus dieser Innensicht und Erfahrung heraus können sie im Dialog mit den Professionellen Auskunft geben, Versorgungsqualität und -realität transparent machen und so daran mitwirken, Qualität zu verbessern.

So weit also das Wunsch- und Idealbild. Die Realität sei davon noch weit entfernt, so

Dierks. Eine Reihe vergleichender Studien in Europa zeigten, dass die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung ungleich verteilt, dass Wissen über Gesundheit und Krankheit oft nur rudimentär vorhanden ist und Menschen weder ihre Rechte noch Anlaufstellen im Gesundheitswesen kennen. In Deutschland verfügten knapp 45 Prozent der Menschen über eine problematische Gesundheitskompetenz.

Im angelsächsischen Raum ist die Bedeutung von Health Literacy schon in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts in den Fokus der Forschung gerückt. Seit einigen Jahren nimmt das Thema auch bei uns an Fahrt auf. „Versorgungsforschung bezieht die Patientensicht zunehmend mit ein, und wir verfügen über viele Erkenntnisse“, so Dierks weiter. In der Praxis scheint das Thema aber noch nicht ausreichend angekommen zu sein. Dierks: „Im realen Versorgungsalltag sehen wir noch eindeutig Umsetzungsdefizite.“

Patienten und Versicherte nicht überfordern

Alle Bemühungen, Patienten kommunikativ besser in ihren Behandlungsprozess einzubinden, stoßen dort an Grenzen, wo sie schlecht informiert oder aufgrund ihres Bildungshintergrunds nicht in der Lage sind, Gesundheitskompetenz zu entwickeln, um auch als informierte Partner der professionellen Gesundheitsberufe auftreten zu können. „Wir müssen bei unseren ganzen Anstrengungen auch aufpassen, dass wir Versicherte und Patienten nicht überfordern“, sagte Hardy Müller, Wissenschaftler beim WINEG. „Aus der Theorie und vielen Modellen wissen wir, wie es sein sollte. Im echten Leben scheitert dieses ‚Sollen‘ aber häufig am ‚Können‘,“ bestätigte Müller.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nennt diese Diskrepanz „health decision-making paradox“. Dieser Begriff beschreibt, dass die Navigation und das Zurechtkommen in zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystemen selbst für gut gebildete Menschen immer schwieriger wird. Gleichzeitig schaffen es die Bildungssysteme nicht mehr, ausrei-



„Die Gesundheitskompetenz der Patienten zu berücksichtigen und weiterzuentwickeln, ist eine wesentliche Aufgabe für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens.“

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Leiterin Patientenorientierung und Gesundheitsbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover

chend grundlegende Fähigkeiten des Lesens und Schreibens zu vermitteln. „Die Gesundheitskompetenz der Patienten zu berücksichtigen und weiterzuentwickeln, ist eine wesentliche Aufgabe für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens“, so Dierks.

Immer wichtiger werden in diesem Zusammenhang daher Initiativen, die schon im Elementarbereich beginnen und über unterschiedliche Angebote für Gesunde, spezielle Angebote für vulnerable Gruppen bis hin zu Patientenschulungen und Hilfen beim Selbstmanagement von Erkrankungen reichen. Alle Bemühungen zur Informationsvermittlung müssen die unterschiedlichen Gesundheitskompetenzniveaus der Bevölkerung berücksichtigen.

Gesundheitskompetenz ist auch das Ergebnis von Sozialisation und Lebensbedingungen und entwickelt sich immer in einem gesellschaftlichen Kontext. Ungleiche Bildungschancen und soziale Benachteiligung spiegeln sich in einer niedrigen Gesundheitskompetenz

wider. Das habe auch ökonomische Folgen. So würden beispielsweise Medikationsfehler, mangelndes Wissen über die eigene Erkrankung, mehr Notfallbehandlungen, Krankenhauseinweisungen und Wiedereinweisungen, höhere Mortalität und Risikoverhalten mit einer geringen Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht. Auch deshalb gerate das



„Mit den digitalen Medien wird das Thema Gesundheitskompetenz noch brisanter, weil dort auch viel Schrott zu finden ist. Wir müssen aufpassen, dass keine Verantwortungsdiffusion hin zum Patienten stattfindet.“
Hardy Müller, Wissenschaftler beim WINEG

Thema Health Literacy zunehmend in den Fokus der Politik, so Dierks.

Internet und Digitalisierung führten dazu, dass bildungsferne Gruppen noch schneller abgehängt werden. Über das Internet kommen die Menschen zwar schneller an Informationen, sie sind aber häufig nicht in der Lage, die Qualität der jeweiligen Information zu beurteilen. „Mit den digitalen Medien wird das Thema Gesundheitskompetenz noch brisanter, weil dort auch viel Schrott zu finden ist“, bestätigte Müller. „Wir müssen aufpassen, dass keine Verantwortungsdiffusion hin zum Patienten stattfindet“, so Müller.

Die Erhöhung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung bleibt ein wichtiges Gesundheitsziel, und es ist die Aufgabe aller Institutionen, hierzu beizutragen. In diesem Jahr wurde sogar ein Nationaler Aktionsplan Health Literacy unter Schirmherrschaft des Gesundheitsministers ins Leben gerufen. In Paragraph 20 des Präventionsgesetz im Fünften Sozialgesetzbuch wird das Ziel, die gesundheitliche

Kompetenz zu erhöhen, explizit benannt. „Wollen wir wirklich den aufgeklärten und gesundheitskompetenten Patienten?“, fragte Joachim Pröls, Direktor für Patienten- und Pflegemanagement am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. Gesundheitskompetente Patienten sind anspruchsvoll, verlangen nach Information, wollen eingebunden werden in den Entscheidungsprozess. Krankenhäuser aber sind streng durchorganisierte Institutionen.

Wie gehen große Versorgungseinrichtungen damit um, dass Patienten über ganz unterschiedliche Kompetenzen verfügen? „Es besteht bei den meisten Menschen noch immer sehr viel Vertrauen in die Institution Krankenhaus“, so Pröls. Dabei sehe er durchaus bei der Kommunikation und Information auf Seiten der Kliniken noch Verbesserungspotenzial. „Webseiten wie washabich.de sind doch ein Armutszeugnis für das System“, so Pröls weiter. „Wir werden in der Kommunikation mit unseren Patienten zwar schon besser, insbesondere im Pflegebereich, aber es gibt auch noch gallische Dörfer.“

Der Weg hin zu einer gesundheitskompetenten Organisation sei langwierig, ein kontinuierlicher Prozess, der einen Top-Down-Ansatz notwendig mache, ist Pröls überzeugt. Konsequente Patientenorientierung mit entsprechender Kommunikation müsse zu einer Anforderung an die Qualifikation aller Mitarbeiter gemacht werden. Dazu sei die maximale Unterstützung des Vorstands nötig. Pröls sieht es auch als Aufgabe einer gesundheitskompetenten Organisation an, es Patienten so leicht wie möglich zu machen, Informationen und Dienstleistungen für ihre Gesundheit zu finden, zu verstehen und nutzen. Alles was sich in der Praxis als erfolgreich erweist, sollte kontinuierlich weiterentwickelt werden. „Aus Patientenbefragungen wissen wir, wo wir noch besser werden müssen“, so Pröls.

Nicht jeder Patient wird in der Lage sein, als Experte seiner Gesundheit aufzutreten. „Wir müssen auch ein Bewusstsein für eine niedrige Gesundheitskompetenz schaffen“, ergänzte Dierks. Erkenntnisse darüber, wie Kommunikation besser gelingt, liegen ausreichend vor: Mit dem Ansatz Teach Back beispielsweise wird ein Patient aufgefordert, mit eigenen Worten zu wiederholen, was der Arzt oder die Ärztin ihm zuvor erklärt hat. So erfährt der Arzt, was beim Patienten wirklich angekommen ist. Ebenso wichtig ist, eine einfache Sprache ohne Fachterminologie zu wählen, dem Patienten zuzuhören, sich auf ihn einzulassen und einfache Botschaften zu verwenden. <<



Joachim Pröls
*Direktor für Patienten- und Pflege
management am Universitätskranken-
haus Hamburg-Eppendorf*

„Selbstbestimmung stärken“

Sind die Patienten, die in Ihre Klinik kommen, ausreichend gesundheitsgebildet? Meine Wahrnehmung, die ich statistisch nicht untermauern kann, ist die, dass es sehr unterschiedlich gebildete Gruppen von Patienten gibt. Chronisch kranke Patienten erlebe ich als topfit informiert. Das geht so weit, dass manche von ihnen uns sogar wertvolle Tipps geben können, die uns helfen, unsere Arbeit noch besser zu machen. Viele von diesen Patienten sind in Selbsthilfegruppen organisiert, was sicherlich auch zu einem höheren Bildungsniveau beiträgt. Andere Gruppen verlassen sich nach wie vor lieber auf den Arzt. Das ist insbesondere bei den älteren Patienten der Fall.

Wie kann ein Krankenhaus zu einer besseren Gesundheitsbildung seiner Patienten beitragen?

Wir müssen die Selbstbestimmung unserer Patienten stärken. Das gelingt nur über informieren und kommunizieren. Und es verlangt natürlich eine hohe Kompetenz vom Krankenhauspersonal, in der Kommunikation mit den Patienten nicht alle gleich zu behandeln. Da gibt es sicherlich noch Luft nach oben. Denn wir sehen auch, dass Angebote von unseren Patienten oft nicht angenommen werden. Fragen wir doch mal, warum das so ist. Und fragen wir doch auch mal, ob sie zufrieden waren mit uns. Hier geht es also auch um Prozesse und Strukturen, und die müssen erst einmal in die Stationsorganisation integriert werden. Und natürlich gilt es, alle Mitarbeiter mit ins Boot zu holen. Dafür müssen Standards entwickelt werden.

Standards? Jeder Mensch ist anders, und Swer krank ist, ist doch ganz besonders sensibel ...

... ja natürlich, es geht ja auch nicht um ein Kochrezept. Es muss zum Standard werden, daran zu denken, besser zu kommunizieren. Und das setzt eine hohe kommunikative Kompetenz und Fingerspitzengefühl beim Krankenhauspersonal voraus. Webseiten wie washabich.de sind doch ein Armutszeugnis für uns.

Gesundheitsversorgung

Qualität statt Quantität – ein Widerspruch?

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wird das Thema Qualität in der Versorgung viel diskutiert. Wie lässt sich die Patientenversorgung weiter verbessern? Was muss sich strukturell ändern? Wie lassen sich innovative Versorgungskonzepte für Patienten mit mehreren Krankheiten entwickeln, im Praxisalltag überprüfen und bundesweit ausrollen? Eines steht fest: Es gibt keine einfachen Antworten.

>> „Qualität und Quantität in der Gesundheitsversorgung sind kein Widerspruch“, sagte Dr. Ulrich Wandschneider, Vorsitzender des Aufsichtsrates der Medioclin AG, auf dem Symposium „Herausforderung Qualität – Der Beitrag der Versorgungsforschung“ anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Das Zusammenspiel von Qualität und Quantität hänge immer auch vom Kontext ab. Bei operativen Eingriffen von hoher Komplexität ist ein Operateur, der diesen Eingriff häufig durchführt, möglicherweise qualitativ erfolgreicher als ein Operateur, der diesen Eingriff seltener durchgeföhrt hat. Auf der anderen Seite besteht das Risiko, dass jemand, der immer wieder die gleichen Leistungen erbringt, mit der Zeit weniger konzentriert arbeitet. Es gehe also darum, die richtige Balance zu finden, so Wandschneider auf dem Panel zum Thema „Qualität statt Quantität“.

„Kein Widerspruch“

Qualität und Quantität stünden auch deshalb nicht im Widerspruch, weil Transparenz bei der Qualität Wahlmöglichkeiten bei den Patienten schaffe, so Wandschneider weiter. Erst durch Qualitätstransparenz werden Leistungen vergleichbar und die meisten Patienten entscheiden sich für das „beste“ Versorgungsangebot. Auf der Suche nach entsprechenden Informationen greifen Patienten schon heute auf unterschiedliche Quellen und Beratungsangebote zurück wie zum Beispiel die Empfehlung des niedergelassenen Arztes. Sie gehen auf Informationssuche in Krankenhausportalen (beispielsweise www.qualitaetskliniken.de oder www.initiative-qualitaetsmedizin.de oder recherchieren im Internet. Viele Leistungserbringer sind bemüht, Qualität und Service zu verbessern, ist Wandschneider überzeugt.

Der Wettbewerb unter den Krankenhäusern habe der Versorgungsqualität in den vergangenen Jahren einen Schub gegeben. Wettbewerb erhöhe die Versorgungsqualität, denn der wirtschaftliche Erfolg und die Qualität



„Qualität und Quantität in der Gesundheitsversorgung sind kein Widerspruch. Zu feste Qualitätsvorgaben führen aber dazu, dass man sich fünfmal absichert, bevor man etwas tut.“

**Dr. Ulrich Wandschneider,
Vorsitzender des Aufsichtsrates der
Medioclin AG**

der Patientenversorgung hängen zusammen. „Es war ein langer Weg von der Selbstkostendeckung zum Wettbewerb und es wurde viel experimentiert“, sagte Wandschneider. Wettbewerb habe dafür gesorgt, dass Produkt- und Prozessinnovationen gefördert, sich das Leistungsangebot am Bedarf und an den Bedürfnissen ausrichtet und gute Qualität, gute Verfügbarkeit und gute Effizienz in Einklang gebracht werden. Wandschneider ist überzeugt, dass gute Qualität erfolgreich ist und sich unter Patienten und Einweisern auch herumspricht. Krankenhäuser verbessern kontinuierlich ihre Versorgungsqualität. Heute werde viel mehr auf Ergebnisqualität geachtet. Das gelte sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. Gute Versorgungsangebote setzten sich im Qualitätswettbewerb durch, ist Wandschneider überzeugt.

Immer mehr Regelungen, die helfen sollen, die Qualität der Versorgung weiter zu



„Um praxistaugliche Konzepte zu entwickeln, müssen wir langfristig denken und arbeiten. Es ist nicht klug, immer neue Schnittstellen im Gesundheitswesen zu errichten.“

**Prof. Dr. Joachim Szecsenyi,
Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg**

verbessern, erhöhten jedoch die Komplexität eines sowieso schon komplexen Gesundheitssystems. Und es werde von der Politik immer mehr eingegriffen und nachjustiert. „Zu starre Vorgaben führen dazu, dass man sich fünfmal absichert, bevor man etwas tut“, so Wandschneider. „Das Erfüllen zentraler Vorgaben wird zum höheren Ziel als gute Versorgung. Mit der konsequenten Ausrichtung und transparenten Darstellung der Behandlungsqualität lässt sich für die Qualitätssicherung viel mehr erreichen.“

Zunehmende Komplexität gilt auch für den ambulanten Bereich. Und das Thema Qualität in der Versorgung ist hier ebenso präsent, wengleich sich die Anforderungen von jenen im stationären Bereich unterscheiden. Wie lässt sich aber beispielsweise die Qualität der Versorgung von multimorbiden Patienten abbilden? In der Medizin – und besonders in der Allgemeinmedizin – gibt es nur selten Goldstandards, sagt auch die Deutsche Ge-

sellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Ergebnisqualität hängt von vielen Faktoren ab und es gibt zahlreiche Fehlerquellen: Überbehandlung, Unterbehandlung, inkorrekt gestellte Diagnose, Komplikationen, inadäquate Therapie. Hinzu kommen Indikatoren, die zum Teil vom Behandler nicht zu beeinflussen sind und sich daher zur Qualitätsmessung nicht eignen wie zum Beispiel die mangelnde Patientenmitarbeit und weitere.

Dabei ist Multimorbidität in der Hausarztpraxis schon lange die Regel und nicht mehr die Ausnahme. Multimorbide Patienten fänden sich auch nicht mehr ausschließlich in den älteren Bevölkerungsgruppen der 65-Jährigen und älteren, sagte Professor Dr. med. Joachim Szecsenyi, Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg auf dem Panel „Qualität statt Quantität“. Auch in

jüngeren Altersgruppen gibt es zunehmend Patienten mit mehreren, auch chronischen Erkrankungen. Auf der Systemebene ergäben sich hieraus zahlreiche Herausforderungen: Die Zahl der Konsultationen im ambulanten Bereich steigt, ebenso wie die Zahl (potenziell vermeidbarer) Krankenhausaufenthalte.

So wurde in einer Studie des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg untersucht, welche Gründe es für die Hospitalisierung von multimorbiden Patienten gibt. Hierzu wurden die Krankenakten von 81 Patienten aus zehn Hausarztpraxen mit insgesamt 104 Krankenhausaufenthalten analysiert. 43 dieser 104 Hospitalisierungen (41 Prozent) wären potenziell vermeidbar gewesen. Die Gründe sind vielschichtig und häufig lagen gleich mehrere vor. Rein medizinische Gründe jedoch gab es in nur 19 Prozent der Fälle (siehe auch nebenstehende Tabelle). In 63 Prozent der Fälle lagen die Gründe auf

Systemebene, zum Beispiel weil ein behandelnder Arzt fehlte oder gerade kein ambulanter Service verfügbar war. 38 Prozent der Fälle konnten aufgrund diagnostischer Unsicherheit, Behandlungsfehlern oder suboptimalem Monitoring der Arzteebene zugeschrieben werden. Auch soziale Faktoren (in 45 Prozent der Fälle) spielten eine wichtige Rolle. So können eine Reihe von Patienten auf keine soziale Unterstützung zurückgreifen oder Patienten werden von einer übervorsichtigen Pflegekraft beziehungsweise überlasteten Pflegekraft betreut. Der Patientenebene (zum Beispiel ungenügende Sprachkenntnisse, kultureller Hintergrund, verzögerte Suche nach Hilfe oder kognitive Beeinträchtigung) konnten in der Studie in 54 Prozent der Fälle die Gründe für einen potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalt zugeschrieben werden.

Und es gibt weitere Herausforderungen auf Systemebene: So würden immer mehr Arzneimittel verschrieben und die Versorgungskosten insgesamt steigen. „Daher brauchen wir praxistaugliche Konzepte“, ist Szecsenyi überzeugt. „Um diese zu entwickeln und umzusetzen, müssen wir aber langfristig denken und arbeiten“, so der Mediziner weiter.

Ein solches Konzept in Form eines Case Managements zur Verbesserung der Versorgung multimorbider Patienten in der Hausarztpraxis sei inzwischen gut erprobt. „Zu Beginn gab es zahlreiche Fragen zu beantworten wie zum Beispiel, für welche Patienten kann sich das Versorgungskonzept eignen? Nach welchen Kriterien, welchen Krankheiten mit welchen Komorbiditäten, werden die Patienten ausgewählt? Was ist erfolgreicher, ein Case Management aus der Hausarztpraxis heraus durch eine Medizinische Fachangestellte (MFA) oder durch ein externes Team?“, so Szecsenyi. Für die Auswahl empfehle er die 25 Prozent der Versicherten mit der höchsten vorhergesagten Krankenhausaufnahmewahrscheinlichkeit.

Erste Trends sind vielversprechend: Ein hausarztbasiertes Case Management speziell für multimorbide Patienten zu etablieren, mache Sinn. So konnten die Wissenschaftler und Praktiker um Szecsenyi zeigen, dass sich die Lebensqualität der Patienten verbessert und potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte reduzieren lassen. Das Telefonmonitorings durch speziell geschulte MFA eigne sich, um die Betreuung und Zufriedenheit der Patienten zu verbessern. „Die MFA spricht die Sprache der Patienten und nicht selten erhält sie mehr Informationen als der Arzt oder die Ärztin“ so Szecsenyi. Aus seiner Sicht mache es auch großen Sinn, dieses Case Management nicht an einen externen Dienstleister auszulagern, sondern aus der Hausarztpraxis heraus zu organisieren. „Es ist nicht klug, immer neue Schnittstellen im Gesundheitswesen zu errichten“, so Szecsenyi. Ein Wandel müsse so oder so stattfinden. Weil Ärzte immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten haben, werde es eine Aufgabenverschiebung hin zu den Gesundheitsberufen geben müssen. Patienten werden in Zukunft weniger Zeit mit dem Arzt, dafür aber mehr Zeit mit speziell geschultem Praxispersonal verbringen. <<

Systemebene, zum Beispiel weil ein behandelnder Arzt fehlte oder gerade kein ambulanter Service verfügbar war. 38 Prozent der Fälle konnten aufgrund diagnostischer Unsicherheit, Behandlungsfehlern oder suboptimalem Monitoring der Arzteebene zugeschrieben werden. Auch soziale Faktoren (in 45 Prozent der Fälle) spielten eine wichtige Rolle. So können eine Reihe von Patienten auf keine soziale Unterstützung zurückgreifen oder Patienten werden von einer übervorsichtigen Pflegekraft beziehungsweise überlasteten Pflegekraft

Ursache	Potenziell vermeidb.	Nicht vermeidbar
Gesamt	43 (41%)	61 (59%)
Systemebene	19 (63%)	11 (37%)
Abwesenheit eines behandelnden Arztes	7	3
kein ambulanter Service verfügbar	5	5
nicht in der Lage, einen amb. Service aufzusuchen	7	3
Arzteebene	12 (38%)	20 (62%)
diagnostische Unsicherheit	2	6
Behandlungsfehler	4	13
suboptimales Monitoring	6	1
Medizinische Gründe	19 (19%)	82 (81%)
Medikamentennebenwirkungen	1	5
medizinischer Notfall	0	33
somatische Komorbiditäten	9	29
psychiatrische Komorbiditäten	3	6
Substanzenmissbrauch	2	4
Sturz	4	5
Patientenebene	45 (54%)	38 (46%)
Ängstlichkeit	7	4
kultureller Hintergrund	5	4
ungenügende Sprachkenntnisse	6	3
verzögerte Suche nach Hilfe	5	2
Medikationsfehler	4	0
Medikation: Nicht-Adhärenz	11	10
Nichtmedikation: Nicht-Adhärenz	6	10
kognitive Beeinträchtigung	1	5
Soziale Ebene	9 (45%)	11 (55%)
keine soziale Unterstützung	5	6
überfürsorgliche Pflege	3	1
überlastete Pflege	1	4

Tabelle: Ursachen für vermeidbare Krankenhausaufenthalte. Es wurden hierzu die Krankenakten von 81 Patienten aus zehn Hausarztpraxen mit 104 Krankenhausaufenthalten analysiert. Quelle: Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg.

Digitalisierung

Mit Big Data zu einer besseren Versorgungsqualität?

Die Digitalisierung macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt. Kliniken und Arztpraxen digitalisieren ihre Abläufe. Patienten führen digitale Gesundheitstagebücher, sportlich Aktive messen Puls und Trainingsfortschritte per App. Die Herausforderungen und Auswirkungen dieser Datenflut auf die Versorgungsrealität sind noch nicht abzusehen.

>> Politik und Gesellschaft haben ein Anrecht darauf zu wissen, wie effizient und leistungsfähig das Gesundheitssystem ist. Daten hierzu gäbe es zuhauf, sie seien jedoch für die notwendige wissenschaftliche Auswertung in Teilen nicht zugänglich, konstatierte kürzlich ein Team von Wissenschaftlern um Dr. med. Reinhard Busse, Professor an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin in einem Diskussionspapier für die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina. „Hinzu kommen Defizite im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Fehlende Daten und Digitalisierungsinfrastrukturen bedeuten in der Konsequenz fehlendes Wissen, etwa über Abläufe, über mögliche Über- und Unterversorgung oder über den Nutzen von Therapien“, heißt es wörtlich in der Publikation vom Oktober 2016. Anzustreben seien daher unter anderem einheitliche und für alle geltende Transparenzstandards sowie eine Professionalisierung des Umgangs mit den Daten im Gesundheitswesen.

„Es ist auch ein Zeichen falsch verstandenen Datenschutzes, dass wir es in Deutschland nicht schaffen, das Mammo-

grafie-Screening auf Bevölkerungsebene zu evaluieren“, bestätigt Dr. Andreas Meusch, Direktor des wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK). Die Skepsis sei noch sehr verbreitet, dass Daten nicht nur zum Wohl der Menschen eingesetzt würden. „Wir können aber nicht auf den letzten Bedenkenträger warten, um mit der Auswertung anzufangen.“ Dass es Transparenzstandards und hohe Datenschutzerfordernisse geben müsse, sei dabei Fakt.

Von Heilsversprechen bis Horrarszenarien

Abrechnungsdaten, die im Geschäftsablauf von Krankenkassen routinemäßig anfallen, nutzen Versorgungsforscher in anonymisierter Form bereits seit langem. Auch im Krankenhaus und in der Arztpraxis fallen durch die Digitalisierung immer mehr Daten an. Um Gesundheit und Krankheit besser verstehen zu können, müssten diese Daten jedoch sinnvoll miteinander vernetzt werden. Das Aktionsfeld der Versorgungsforschung. „Natürlich ist die Datenflut eine Herausforderung für die Versorgungsforschung, und



„Natürlich ist die Datenflut eine Herausforderung für die Versorgungsforschung, und Datenanalysetools sind kein Spielzeug.“
Dr. Peter Langkafel, Geschäftsführer der HCB Healthcubator GmbH

Datenanalysetools sind kein Spielzeug“, sagte Dr. Peter Langkafel, Geschäftsführer der HCB Healthcubator bei einer Tagung des Wissenschaftlichen Instituts der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG). Aber der Wandel wird kommen, ist er überzeugt – und die Gesundheitsversorgung dramatisch verändern. Von der Qualität der Daten, der eingesetzten Tools und deren intelligenter Anwendung sowie den richtigen Fragestellungen werde abhängen, ob eine gute oder schlechte digitale Lösung entwickelt wird.

Wie es häufig mit Innovationen der Fall ist, preschen einige Wenige voraus – die Macher. Allgemeingültige und sinnvolle Standards hinken dann meist noch eine Zeitlang hinterher. So verhält es sich auch mit Gesundheits-Apps

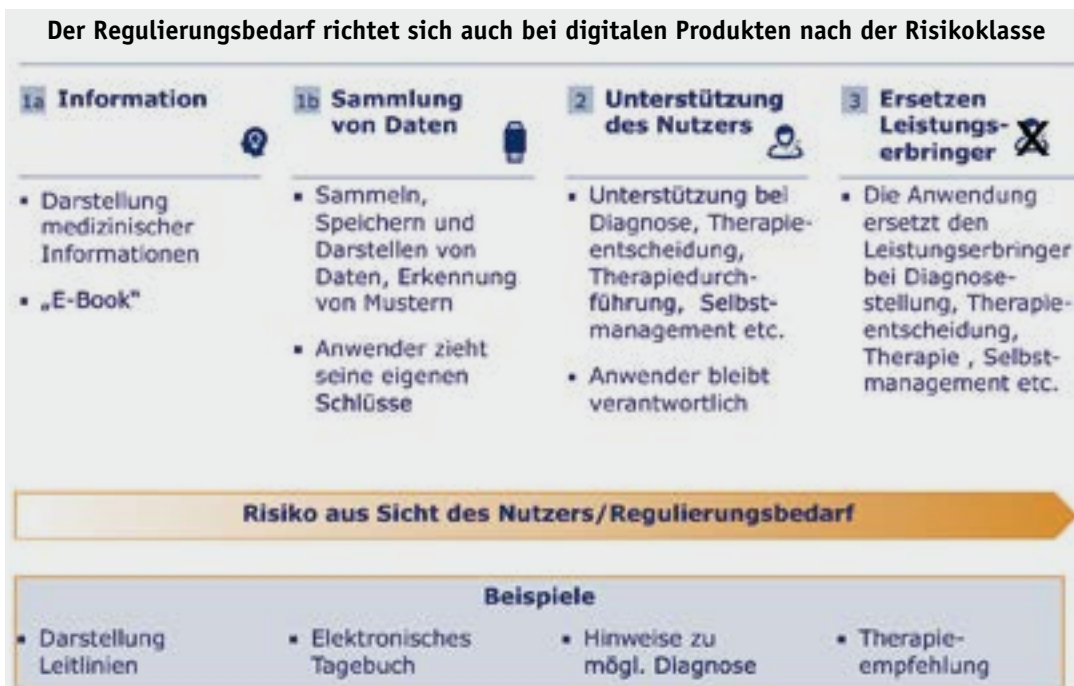


Abb.: Der Regulierungsbedarf richtet sich auch bei digitalen Produkten nach der Risikoklasse – Einteilung in vier Klassen. Quelle: IGES-Studie „Digitale Versorgungsprodukte“

und IT-Programmen in der medizinischen Versorgung. Ganz gleich, ob mit oder ohne Standards, ihre Anwendungen sind in der Realität bereits angekommen – und generieren weitere Mengen an Daten. Die Diskussion über den Nutzen dieser digitalen Produkte sowie deren Regulierung kommt dabei an Themen wie Datenschutz und Patientensicherheit nicht vorbei. Studien und Forschungsergebnisse, die den Versorgungsalltag abbilden würden, seien jedoch noch rar. „Die Realität ist ein Stück weit schon auf dem Ladentisch, aber nur sehr bedingt in der Versorgungsforschung angekommen“, bestätigte Langkafel. Das Thema Big Data biete eine Projektionsfläche in nahezu alle Richtungen, einerseits für die ganz großen Heilsversprechen, andererseits für das Horrorszenario Datenmissbrauch. Versorgungsforschung könnte zu mehr Sachlichkeit beitragen.

Nach einer aktuellen Forsa-Umfrage sprechen sich 95 Prozent der Menschen in Deutschland für den Datenschutz aus, gleichzeitig sind gut 60 Prozent der Bevölkerung bereit, Gesundheitsdaten anonymisiert für die Forschung zur Verfügung zu stellen. Und so ist auch Dr. Stefan Rüping vom Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS überzeugt: „Wenn man den Patienten Datenschutz richtig erklärt, dann ist er nicht das große Hindernis für die Forschung.“

Nutzen, Datenschutz und Patientensicherheit spielen für die Zulassung und Erstattung digitaler Anwendungen durch die gesetzliche Krankenversicherung eine wesentliche Rolle. Die sich bereits auf dem Markt befindenden IT-Programme und mobilen Anwendungen (Apps) wenden sich nicht nur mit Wellnessaspekten an Konsumenten. Ihnen werden auch Apps zu Vorsorge, Diagnose, Therapie oder das Management konkreter Krankheitsbilder angeboten. Die Diskussion über die Regulierung und Zulassung dieser Produkte steckt allerdings noch in den Kinderschuhen. Ziel der digitalen Versorgungsprodukte soll es sein, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und dabei die Patientensicherheit nicht zu gefährden. Hersteller drängen auf eine schnelle Zulassung und schielen damit auch auf die Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkassen. Sinnvolle Regularien und Strukturen müssen in diesem Bereich aber erst aufgebaut werden. Das IGES-Institut in Berlin legte erst kürzlich im Auftrag der Techniker Krankenkasse zum Thema „Digitale Versorgungsprodukte – Chancen nutzen, sichere Wege in den Markt schaffen“ einen



„Deutschland liegt bei der Nutzung seiner Daten hinter den USA und China zurück.“

**Dr. Stefan Rüping,
Fraunhofer-Institut für Intelligente
Analyse- und Informationssysteme IAIS**

Studienbericht vor.

Darin empfehlen die Wissenschaftler mit Hinweis auf die Heterogenität dieser Produkte eine eigene Zulassungsregelung, die auch als Unterkategorie in das Medizinproduktegesetz aufgenommen werden könnte. Für die Qualitätssicherung wird ein mehrstufiges Verfahren vorgeschlagen. Die jeweilige Regulierungsstufe sollte von der Risikoklasse des Produktes abhängen. Je höher das Risiko, desto höher sei auch der Regulierungsbedarf (siehe auch Abbildung Seite 14). Während reine Informationen und Datensammlungen Regelungsstandards zu Datenschutz und IT-Sicherheit benötigten, müsse bei konkreten Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie die Genauigkeit nachgewiesen werden. Und: Digitale Versorgungsprodukte müssten mindestens ebenso gut sein wie der bisherige Standard der Versorgung. Anschließend müsse dann die Frage der Erstattung geregelt werden, die als Satzungsleistung oder im Rahmen von Selektivverträgen erfolgen könnte.

Ein reguliertes Umfeld

„Deutschland liegt bei der Nutzung seiner Daten hinter den USA und China zurück“, monierte Rüping, und ergänzte: Natürlich habe der bessere Datenschutz bei uns auch seine

Vorteile. Dennoch gehen die Meinungen darüber, wie weit Datenschutz gehen soll, noch weit auseinander.

In vielen Diskussionen werde der Begriff Datensicherheit instrumentalisiert, um mehr Transparenz zu verhindern, meinte Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK, kürzlich in einem Beitrag für das Magazin GesundheitsWirtschaft. Die zahlreichen Äußerungen zum Thema Digitalisierung ließen sich leicht danach unterteilen, ob es dem Redner wirklich um den Schutz der Patientendaten oder nicht doch eher um den Schutz vor Transparenz oder Veränderung gehe. Es gelte, die Vorteile für eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen, ohne den Datenschutz zu verletzen. „Um den Datenschutz zu gewährleisten, sind klare Regeln notwendig“, bestätigt auch Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK, auf der Veranstaltung zum zehnjährigen Bestehen des WINEG. Ballast: „Die Datenhoheit muss bei den Patienten bleiben.“

Schutz vor Transparenz

Die TK ist längst dabei, ihre Geschäftsprozesse zu digitalisieren. Und so lautet bei der Kasse die Frage schon längst nicht mehr, ob, sondern wie Digitalisierung die Qualität der Versorgung verbessern kann. Die TK sieht sich dabei durchaus als Vorreiter. Die große Aufgeschlossenheit gegenüber der Digitalisierung kommt nicht von ungefähr. Die Digitalisierung verändere unser Leben bereits – nachhaltig und unumkehrbar, so Baas in seinem Beitrag für das Magazin GesundheitsWirtschaft weiter. Entwicklungen, die heute schon zu sehen sind, für morgen und übermorgen aber nur zu erahnen seien, hätten in der Tat disruptiven Charakter und würden umfassende Veränderungen bringen. Das deutsche Gesundheitswesen sei bei diesem Thema zu zögerlich. Statt die Chancen zu nutzen und die Risiken zu minimieren, gehe die Energie bei den meisten Gesundheitsfunktionären in die Zementierung des Status quo. „Wenn ich dafür plädiere, dass nicht das Silicon Valley zum Mission-Control-Center des deutschen Gesundheitswesens werden darf, dann auch deshalb, weil ich der Überzeugung bin, dass wir die Gesundheitsdaten von Menschen mit Servern in Europa und mit einem Schutzniveau analog des deutschen Datenschutzrechts besser schützen können“, so Baas.

Die Diskussion über die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange. Das WINEG und die TK werden diesen Diskussionsprozess befeuern und aktiv mitgestalten. <<

10 Billionen Rechenoperationen pro Sekunde.

Dein Gehirn.
Weil die beste Technik menschlich ist.

Und falls doch mal etwas ist, ermöglichen wir für
unsere Versicherten moderne Tumorbehandlung.

dietechniker.de