Interview mit Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Universitätsmedizin Greifswald

# „Versorgungsforschung unterstützt Innovatoren“

Die Universitäts- und Hansestadt Greifswald im äußersten Nordosten Deutschlands und mitten in Mecklenburg-Vorpommern ist quasi ein „Reallabor“ für Versorgungsepidemiologie, Epidemiologie chronischer Erkrankungen, Epidemiologische Methoden, vernetzte Datenerfassung und zentrales Daten- und Qualitätsmanagement. Kein Wunder, dass all das Schwerpunkte der wissenschaftlichen Tätigkeit von Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, sind, der 2011 zum W3-Professor für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald ernannt wurde. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ berichtet er über seine Arbeit für Krankenkassen, insbesondere für die AOK Nordost.

>> Herr Prof. Hoffmann, die Versorgungsforschung und die Kassenlandschaft scheinen auf den ersten Blick beste Freunde zu sein.

Aber nur auf den ersten Blick. Wenn man auch nur ein wenig in die Vergangenheit blickt, setzten die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen oft eher auf schnellen Erfolg und weniger auf allzu viel Evidenz. Teilweise wurden Kassen- und damit Versichertengelder sogar ohne irgendeine Art von formalisierter Evaluation eingesetzt, während gleichzeitig bei anderen Projekten sehr hohe Hürden aufgetürmt wurden, für die es dann aber ebenfalls kein standardisiertes Verfahren gab.

Woran liegt das? Weil die Kassen vielleicht noch gar keine klare Zielformulierung haben?

Einige Kassen sind sich selbst noch nicht sicher, inwieweit ihre Rolle als aktiver Gestalter im Gesundheitswesen wirklich gehen soll und vor allem gehen kann. Ich jedenfalls vernehme selbst von führenden und engagierten Vertretern der Krankenkassen, dass sie an und für sich gar kein Mandat haben, Versorgungsforschung zu betreiben.

Stimmt ja auch, sie dürften dafür gar kein Geld ausgeben, eigentlich zumindest.

Aber sehr wohl dafür, neue, innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln und zu evaluieren! Und trotzdem werden viele Modellprojekte als integrierte Versorgungsverträge gestartet, ohne vorher klare und transparente Voraussetzungen und Evaluationen zu definieren. Man bekommt ein wenig das Gefühl, dass im Markt relativ viel getrommelt wird, ohne dass wirklich immer richtig klar ist, was denn da von wem wirklich gemacht worden ist, und – noch wichtiger – was wirklich an Outcome evidenzbasiert herausgekommen ist.

Gibt es ein Evaluationsdefizit auch bei innovativen Versorgungsprojekten?

Fast hundertprozentig. Dabei wäre es sowohl für die Kassenszene, als auch für die Versorgungsforschung als Disziplin besser, wenn dieses Evaluationsdefizit aufgehoben würde. Eigentlich dürften keine Projekte öffentlich gefördert werden, die im Konkurrenzverhalten der Kassen motiviert sind, die aber nicht unmittelbar der Versorgung der Versicherten zugutekommen. Es ist sicher noch ein großes Manko, dass viele Projekte und Initiativen noch unter Marketing- und Wettbewerbsgesichtspunkten aufgesetzt werden. Dann besteht das Risiko, dass die mit diesen Projekten erarbeiteten Ergebnisse nur den einzelnen Kassen, aber nicht dem System als solchem zur Verfügung stehen.

*„Versorgungsforschung sollte durchaus auch eine steuernde Wirkung auf die Versorgungsrealität haben.“*

Und das, obwohl die dafür eingesetzten Budgets aus der Versichertengemeinschaft stammen.

Innovative Versorgungsprojekte zu entwickeln ist aus meiner Sicht schwierig, wenn man diese aus Sicht einer Konkurrenz- oder Marketingstrategie initiiert. Es läge vielmehr im Interesse des Gesamtsystems, wenn die Kassen kooperieren anstatt konkurrieren würden. Der aktuelle Wettbewerb ist ein echtes Hindernis bei der Umsetzung von innovativen Versorgungskonzepten – auch im Sinne der Entwicklung und Forschung.

Was hat das System auch als Ganzes davon, wenn es zwar ein tolles indikationsbezogenes Versorgungsprojekt einer Kasse in einem Bundesland gibt, aber im Nachbarland schon wieder nicht, weil die Ergebnisse nicht transparent veröffentlicht werden.

Das geht sogar noch weiter. Manchmal werden überhaupt keine Ergebnisse erhoben. Es gibt eine ganze Reihe von Modellprojekten, die entweder gar nicht evaluiert werden oder bei denen die Evaluation den Namen nicht verdient. Und selbst wenn eine Nutzenbewertung möglich ist, werden oft die Ergebnisse nicht publiziert. Das heißt nichts anderes, als dass die Ergebnisse nicht nachhaltig verwertet werden und anderen nicht zugute kommen können.

Nun haben Sie eine Evaluation eines Projekts der AOK Nordost durchgeführt, bei dem Herr Möhlmann, dort zuständig für das Versorgungsmanagement, nicht nur die hohe Bedeutung der Versorgungsforschung für die Kassenlandschaft betont, sondern auch die strukturierte Herangehensweise und den objektiven Blick auf die Sachlage lobt.

Das Gute an der Versorgungsforschung ist, dass sie, wenn sie denn richtig gemacht werden kann, gute Daten und klare Ergebnisse zeitigt. Und diese sollten durchaus auch eine steuernde Wirkung auf die Versorgungsrealität haben – wenn man sie denn umsetzt. Das würde man sich im Gesundheitssystem durchaus häufiger wünschen, doch heute ist das leider noch nicht die Regel. Im Gegenteil: Die Mechanismen, über die gesteuert wird, sind oftmals nicht datengestützt. Das Projekt mit der AOK Nordost war eine positive Ausnahme, denn diese Kasse hat sich ganz bewusst für ein externes Institut entschieden, um ein sehr interessantes und auch wichtiges telemedizinisches Projekt namens AOK-Curaplan Herz plus zu evaluieren.

Wie lautete Ihr Auftrag?

Bei AOK-Curaplan Herz plus handelt es sich um ein Projekt für Patienten mit Herzinsuffizienz, die in ihrer Häuslichkeit mit einem multimodalen, telemedizinischen Ansatz betreut wurden. Im Konzept enthalten waren verschiedene Elemente, angefangen bei schriftlichen und mündlichen Informationen, Telefonanrufen und bei einer Subgrup-

pe auch eine elektronische Waage, welche telemedizinisch das gewogene Gewicht der Herzinsuffizienzpatienten an ein Telemedizinzentrum übertragen hat. Wir hatten nun den Auftrag zu überprüfen, ob diese Intervention funktioniert hat, gemessen an den beiden Endpunkten Gesamtüberleben und Gesamtkosten für diese Patientengruppe.

Wie haben Sie die Evaluation aufgesetzt?

Mithilfe eines a posteriori, also nachträglich aufgesetzten, kontrollierten Studiendesigns.

Nachher, weil es vorher nicht angedacht war?

Angedacht möglicherweise, aber nicht konsequent vorbereitet. Während der Intervention wurde leider keine Kontrollgruppe mitgeführt. Dieses Manko besteht häufig bei derartigen Projekten, doch das ist durchaus auch erklärbar. Solche Projekte beginnen meist klein, dann werden sie bei ersten Erfolgen etwas größer. Erst dann entscheidet sich im günstigen Fall jemand dafür, dieses Projekt auch zu evaluieren. Vorher haben die Verantwortlichen Sorge, dass eine Evaluation im ungünstigen Fall die weitere Erprobung erschweren könnte – oder schlicht zu teuer ist. Genauso war es bei der AOK Nordost auch. Aus diesem Grund aber konnten wir nicht primär randomisieren, sondern mussten das eben nachträglich machen.

Das ganz normale Leben eines Versorgungsforschers eben.

Man muss immer versuchen, das bestmögliche aus einer bestehenden Studiensituation zu machen. Darum haben wir eine geeignete Kontrollgruppe aus der Gesamtheit der AOK-Nordost-Versicherten nachträglich gebildet, und zwar anhand der wichtigsten Eigenschaften der Interventionspatienten. Das ist eine Herausforderung methodischer Art, bei der man insbesondere darauf achten muss, dass die beiden Gruppen sich möglichst nur durch die Teilnahme an einem Projekt und nicht durch patientenbezogene Eigenschaften unterscheiden. Wir haben uns für ein kombiniertes Matching entschieden; erstmal das direkte Matching, bei dem die Eigenschaften der Interventions- und Kontrollpatienten wirklich identisch sein müssen, dann zusätzlich ein Propensity-Score-Matching, das über einen Algorithmus die Ähnlichkeit für weitere Variablen maximiert.

Hat das funktioniert ?

Ja, da waren wir ganz zufrieden. Wir konnten in unserer Untersuchung zeigen, dass tatsächlich die Ähnlichkeit der beiden Gruppen sehr hoch ist. Will heißen: Es gibt keine relevanten Abweichungen zwischen Interventions- und Vergleichspatienten, sodass man tatsächlich die Unterschiede im Überleben und in den Kosten im Wesentlichen auf die Intervention zurückführen kann. All das hätten wir uns sparen können, wenn wir eine randomisierte, also zufällige Zuweisung – entweder individuell pro Patient oder pro Praxis der einschließenden Ärzte – vorher hätten durchführen können. Damit hätten wir die nötige Strukturgleichheit zwischen den beiden Gruppen von Anfang an gehabt. So ein Design entspricht in seiner Qualität einer klinischen Studie, in der durch Randomisierung die Strukturgleichheit gewährleistet wird.

Eine Randomisierung a priori ist doch immer besser, als nachträglich zu matchen.

Was hilft es? Das sind die Realitäten, denen sich die Versorgungsforschung sehr häufig stellen muss. Aber man muss auch dazu sagen, dass normalerweise das a posteriori Matching schlechter gelingt als in diesem Fall.



Weil das dafür nötige Wissen nicht vorhanden oder weil die Daten nicht verfügbar sind?

Beides. Erstens können nicht alle Forscher wirklich mit den Propensity-Score-Methoden umgehen. Und zweitens haben wir über 200.000 Datensätze gebraucht, um daraus knapp 4.000 zu matchen. Das heißt nichts anderes, als dass man riesige Datenbestände braucht.

Mit den Daten kleinerer Kassen geht das sicher gar nicht.

Richtig. Mit kleinen Datenbeständen kann man kein aufwendiges Matching durchführen – und riskiert damit Verzerrungen, die aus systematischen Unterschieden zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe resultieren.

Das heißt auch, dass ein Forscher wissen muss, wann ein Cut-off möglich oder sinnvoll ist.

Generell gilt, dass ein Matching immer besser wird, je mehr Daten zur Verfügung stehen und je mehr Eigenschaften beim Matching berücksichtigt werden können. Irgendwann stößt man aber immer an eine Grenze, ab der die Kassen die Daten gar nicht mehr vorhalten – wie beispielsweise für die Religionszugehörigkeit, persönliche Überzeugungen, Lebensweisen oder Schulbildung.

Reicht denn ein 1:1-Matching?

Besser wäre mehr. Die Versorgungsforschung strebt möglichst doppelt so viele Kontroll- wie Interventionspatienten an. Doch haben wir es mit den uns vorliegenden Daten zum Beispiel nicht erreicht, ein wirkliches 1:2-Matching zu erzeugen, einfach aus dem Grund, weil auch die vergleichsweise große AOK Nordost dafür nicht genügend Versicherte hat. Aber wir haben dann immerhin 1:1,8 geschafft. Das ist jedoch ausreichend für eine aussagekräftige Untersuchung.

Nun könnte man fordern, dass bei jedem Projekt von Anfang an Versorgungsforschung einzubinden ist.

Genau das ist zu fordern, doch wird das in der Realität sehr selten passieren. Dabei müßte das eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, weil damit erstens der nachträgliche Evaluationsaufwand viel kleiner wird und zweitens bessere und verlässlichere Ergebnisse erzeugt werden, wenn primär eine Vergleichsgruppe gleich mitgebildet wird. Dann kann man beide Gruppen prospektiv, also im Längsschnitt, verfolgen, was immer einfacher ist, als rückwärts zu schauen

und dafür nachträglich die Vergleichspersonen zu suchen. A priori geht das Ganze außerdem einfacher und schneller.

Im Endeffekt werden die Ergebnisse sicher auch reliabler, doch was ist mit den Kosten?

Die Kosten werden zumindest nicht unbedingt höher, wobei das immer im Einzelfall auf das Setting und das Studiendesign ankommt. Für die Studie, die wir für die AOK Nordost durchgeführt haben, hätte es viel geholfen, wenn man von vorneherein eine Vergleichsgruppe erzeugt hätte. Doch solche Modelle werden eben ganz häufig von einzelnen engagierten Enthusiasten auf den Weg gebracht, die dann zu spät die Chance bekommen, eine aussagekräftige Evaluation zu machen.

Vielleicht auch, weil das dafür nötige Wissen in den Kassen nicht vorhanden ist?

Das Wissen ist wahrscheinlich noch nicht einmal das größte Problem, wobei natürlich die kassenseitigen Erfahrungen mit solchen Studien sehr unterschiedlich sind. Doch vor allen Dingen ist es eine Frage der Kultur. Einem Versorgungsforscher würde es im Traum nicht einfallen, eine Studie ohne Vergleichsgruppe zu machen.

Doch bei so mancher Kasse wird sicher etwas anders gedacht.

Der Innovationsfonds könnte durchaus hilfreich dafür sein, hier eine Kulturänderung herbeizuführen – alleine aus dem Grunde, dass letztendlich bei jedem Innovationsfondsprojekt eine Evaluation mitlaufen muss. Darum glaube ich, dass die Chance zur Kulturänderung durchaus ein Hintergrund dieser Initiative vor allem der beiden Bundestagsabgeordneten Spahn und Lauterbach gewesen ist. Das wird von einigen Protagonisten auch begrüßt.

*„Der Innovationsfonds könnte durchaus hilfreich dafür sein, eine Kulturänderung herbeizuführen“*

Es gibt aber auch andere.

Sicher. Es gibt immer jene, die statt einer besseren Versorgung für ihre Versicherten hauptsächlich ihr Jahresabschlussergebnis im Kopf haben. Auch aus diesem Grunde ist ein Projekt wie Curaplan Herz ein so positives Beispiel.

Warum?

Ein solches Projekt dauert Jahre bis zur Implementierung. Und nochmals oft mehrere Jahre, bis die Ergebnisse verlässlich messbar sind.

Dafür muss ein Kassenmanager schon jede Menge Engagement, Durchsetzungsvermögen und sicher auch ein Stück weit Glauben an die gute Sache mitbringen.

Genau. Und nicht zuletzt auch gegen die Beharrungskräfte im System kämpfen.

Hat denn Curaplan plus funktioniert?

Durchaus. Wir konnten sehr klar zeigen, dass das Modellprojekt bei den Teilnehmern zu einem verbesserten Gesamtüberleben geführt hat. Diese Verbesserung war schon nach einem Jahr zu sehen und nach zwei Jahren immer noch messbar. Damit spricht alles dafür, dass hier tatsächlich ein Überlebensvorteil für die eingeschlossenen Patienten erzielt worden ist, der auch statistisch signifikant war.

Was war mit den Gesamtkosten?

Bei den Kosten war das Ergebnis etwas komplexer. Einerseits spart die Maßnahme Kosten, bezogen auf die Gesamtkosten pro Quartal bei den eingeschlossenen Patienten. Allerdings war dieser Effekt in der Größenordnung zwischen Patienten aus Berlin und Patienten aus Brandenburg deutlich unterschiedlich ausgeprägt, so dass wir diesen Effekt im Modell statistisch berücksichtigen mussten.

Woran lag das?

Es ist unklar, woran das lag. Es gab keinen einzelnen Faktor, der den regionalen Unterschied erklärt hätte. Wir haben zum Beispiel gesehen, dass die in Berlin verstorbenen Patienten sehr viel teurer waren als die verstorbenen Patienten in Brandenburg.

Das wirft vielleicht die spannende Frage auf, ob man in Berlin teurer stirbt als in Brandenburg.

Darüber kann man nur spekulieren, denn aus den verfügbaren Daten ist das nicht zu ersehen.

Müsste man diesen Punkt weiter erforschen, bevor man ein solch positiv wirkendes Projekt im AOK-Nordost-System ausrollt oder vielleicht gar einmal im AOK-Gesamtsystem?

Ich denke nicht. Der Überlebensvorteil, der in Brandenburg und Berlin gleich groß war, rechtfertigt es völlig, dieses Programm in größerem Stil einzuführen. Die Evidenz für das Ausrollen des Programms ist aus meiner Sicht vorhanden. Man sollte das eigentlich aus ethischen Gründen in allen Bundesländern tun, in denen die AOK Versicherte hat. Doch würde ich aufgrund der vorliegenden Daten dazu raten, auch ein solches größeres Projekt wieder zu evaluieren. Nur dann kann man prospektiv sehen, wie stark der Einfluss einzelner Programmdetails wirklich ist und wie hoch die Einsparungen in der Praxis tatsächlich sind. Diese Erkenntnisse braucht man unter anderem dafür, die Intervention richtig zu skalieren.

Weiß man das nicht jetzt schon?

Das weiß man eben nicht, weil uns die dafür nötigen Daten nicht vorlagen. Bisher wissen wir zum Beispiel nicht, wie viele Anrufe stattgefunden haben oder wer eine telemetrische Waage bekommen hat.

Gibt es diese Daten denn nicht?

Durchaus. Die Daten liegen im Telemedizinzentrum vor. Wir aber haben sie aber bewusst nicht erhalten, damit wir nicht mit den Providern in Kontakt treten können.

Aus welchen Gründen?

Um eine mögliche gegenseitige Beeinflussung auszuschalten. Die Provider haben natürlich ein Interesse daran, dass ein solches Projekt erfolgreich ist, daher ist die Intention der Kasse, zwischen Evaluatoren und Providern keinen Kontakt herzustellen, durchaus nachvollziehbar.

Wie stark ist der Einfluss einzelner Programmdetails ausgeprägt?

Genau für die Beantwortung dieser Fragen braucht man die zusätzlichen Daten. Zur Zeit kann man nur raten, ob nun die telemetrische Waage oder die Telefonate mehr gebracht haben. Wobei es durchaus Gründe dafür gibt, zu glauben, dass die Telefonate vielleicht das Wichtigste waren.



## ZAHLEN UND FAKTEN

Vivantes ist …

… **Präsenz:** dicht verzweigtes Netz aus 100 Einrichtungen verschiedener Art

… **Vertrauen:** 94,6 % unserer PatientInnen würden Vivantes weiterempfehlen

… **Einsatz:** 15.000 MitarbeiterInnen geben jeden Tag ihr Bestes

… **Teamwork:** enge und interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Kliniken

… **Vielseitigkeit:** 9 Klinika, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, 12 MVZs, 1 Hospiz und mehr

… **Qualität:** Zertifizierung mit dem DEKRA-Siegel für maximale Patientensicherheit

… **Forschung:** alle unsere Kliniken sind akademische Lehrkrankenhäuser

… **Zukunft:** Vivantes zählt zu den größten Ausbildern im Gesundheitsbereich

# NAH AM MENSCHEN, NAH AM LEBEN



## 100 EINRICHTUNGEN, EINE AUFGABE: IHRE GESUNDHEIT

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

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

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

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

Vivantes



Weil es einfach viele andere Projekte gibt, bei denen an sich recht einfache und niederschwellige Telefonate alleine durch den Akt der Hinwendung und die persönliche Betreuung gut funktionieren?

Richtig. Aber das ist bislang reine Spekulation.

Welche Funktion hat denn die Versorgungsforschung für Kassen – einmal jenseits des reinen Erkenntnisgewinns?

Solche Evaluationsergebnisse helfen – vor allen Dingen, wenn sie so klar und so positiv ausfallen – den Enthusiasten, die etwas im Sinne einer besseren Versorgung bewegen wollen, kassenintern ein bisschen mehr Anerkennung zu erfahren und schneller handeln zu können. Ängstliches Nichtstun sollte nicht unbedingt die vorherrschende Verhaltensweise eines Kassenmanagers sein, oder? Versorgungsforschung hilft darum vor allem jenen Kassenmanagern, die sich etwas Positives, vielleicht sogar Innovatives ausdenken, die internen wie externen Schwellen zu überwinden.

Gute Ideen sind durchaus oftmals vorhanden, kommen aber nicht zum Zug, weil es Widerstände gibt.

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den weltweit führenden, auch wenn es darum geht, erstens Widerstände aufzubauen und zweitens Probleme zu finden, wo manchmal gar keine sind.

Und auch darum fürchtet man allzu viel Transparenz.

Das kann durchaus so sein. Die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie hat sich schon vor vielen Jahren eigene Leitlinien für gute epidemiologische Praxis gegeben. Darin steht ganz klar, dass alle Ergebnisse publiziert werden müssen. Das heißt auch, dass ein Epidemiologe dieser Fachgesellschaft keinen Vertrag zur Evaluation eines Projekts unterschreiben darf, in dem ein Publikationsvorbehalt steht. Das ist auch gut so, denn ein Publikationsverbot widerspricht der guten wissenschaftlichen Praxis.

Haben Sie aus diesem Grund selbst schon Verträge nicht unterschrieben?

Sicher. Zum Beispiel, weil eine Krankenkasse verlangt hat, dass die Ergebnisse nicht publiziert werden dürfen. Oder eben nur dann, wenn aus Sicht des Auftraggebers die Ergebnisse positiv ausfallen. Dabei sind die nicht erfolgreichen Projekte genauso informativ wie die erfolgreichen. Man darf und kann diese Ergebnisse darum einfach nicht für sich behalten.

Das ist doch nun etwas blauäugig.

Dann müssen wir das als Wissenschaftler manchmal sein. Die Wissenschaft hat sich selbst recht konsequent Kodizes gegeben. Dazu wurde sie durchaus gedrängt, auch weil es eben immer wieder einmal wissenschaftliche Fälschungen gegeben hat. Jeder Wissenschaftler, der sich nicht an diese Kodizes hält, gefährdet sein eigenes Ansehen und seine Profession. Das gleiche muss für die Kassen gelten.

Allein schon aus dem Grunde heraus, dass die Kassen mit dem Geld der Versicherten agieren.

So ist das. Ich bin jedoch ganz klar der Meinung, dass man den Kassen erlauben muss, einen Teil ihres Gesamtbudgets für innovative Versorgungsprojekte zu verwenden, um damit Daten zu generieren und deren Ergebnisse zu publizieren. Nur das führt dazu, dass aus Erfolgen wie Fehlern gelernt wird.

Im Endeffekt ist der Innovationsfonds doch nichts anderes.

Der Innovationsfonds ist sozusagen die Manifestation des politischen Wunsches, dass Kassen- und damit Versichertengelder endlich sichtbar für innovative Versorgung verwendet werden.

Im Endeffekt haben die Kassen genau das aus Wettbewerbs- und Marketinggründen nicht ausreichend gemacht. Darum gibt es genau dafür nun einen 1,2-Milliarden-Euro-Topf, mit dem man einiges bewegen könnte, wenn man es denn richtig anstellt.

Tja. Wenn man's richtig anstellt – was aber noch eine ganz andere Frage ist. Alleine daran sieht man doch einmal wieder, dass es ohne staatliche Intervention nicht vorangeht. Der Innovationsfonds bedeutet nichts anderes, als dass in den Augen der Politik weder die Kassen noch die übrigen Partner der Selbstverwaltung in den letzten Jahrzehnten innovativ genug gewesen sind.

Überall sind eben auch Bremser am Werk.

Sagen wir mal so: Es sind überall viel zu viele Bremser am Werk. Und denen muss man das Handwerk legen.

Das haben Sie ja sehr diplomatisch ausgedrückt.

Stimmt. Dabei gibt es Leute in allen beteiligten Institutionen, die etwas nach vorne bringen wollen. Aber leider gibt es auch ganz viele Bremser, die oftmals nicht so bekannt sind. Bremsen kann man immer, ohne sich zu profilieren, während sich Innovatoren immer auch in und gegen den Wind stellen.

Und damit auch im Rampenlicht stehen.

Und vor allem auch im harten Gegenwind. Umso wichtiger ist es, dass manchmal solch erfolgreiche Projekte wie Curaplan zeigen, dass sich das lohnt. Vor allem für die Versicherten. Und damit für uns alle.

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

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

## Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

hat seit Januar 2012 die W3-Professur für Bevölkerungsbezogene Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald. Seit Juli 2007 ist er Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine und zudem seit Dezember 2009 Leiter des Teilstandortes Greifswald des Partnerzentrums Rostock/ Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Krankheiten e.V. (DZNE).

OptiMedis AG

# Versorgungscockpit

# für Ärztenetze und Krankenkassen



## Alle Leistungen auf einen Blick

Das Potenzial Ihrer Versorgungsdaten ist groß: Medizinische Versorgung ist dann besonders erfolgreich, wenn sie analysiert und immer wieder angepasst wird. Mit unserem Versorgungscockpit haben Krankenkassen, Ärzte und Netzmanager alle Leistungen im Blick und können an den richtigen Stellen optimieren.

Ähnlich wie die Instrumententafel im Cockpit eines Flugzeugs gibt das Versorgungscockpit wichtige Informationen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen einer einzelnen Praxis oder des Ärztenetzes insgesamt.

Für die Analyse nutzen wir Indikatoren wie zum Beispiel:

- Entwicklung der Antibiotika-Verordnungen
- morbiditätsadjustierte Entwicklung der Arbeitsunfähigkeiten pro Praxis
- Teilnahme von Patienten am Disease Management
- Anteil von Patienten ab 65 Jahren mit potenziell inadäquaten Arzneimittel-Verordnungen

Alle Ergebnisse im Versorgungscockpit sind grafisch so dargestellt, dass sie schnell erfassbar sind. Detaillierte Informationen sind durch wenige Klicks erreichbar.

| | Qualitätsindikatoren und relevante Kennzahlen | Entwicklung und Benchmark eigene Praxis | Ø-Hausärzte (regional) | Min/ Max |
|---|---|---|---|---|
| Ausgewählte Indikatoren | Gesamtkosten pro Patient | 826,54 | 917,89 | 668,74 |
| | KH-Fälle pro 1.000 Patienten (risikoadj.) | 68,01 | 91,39 | 59,41 |
| | AU-Dauer pro erwerbsfähiger Patient | 2,71 | 2,48 | 1,76 |
| | Patienten mit Antibiotika-VO % | 13,1% | 10,7% | 4,4% |
| | Patienten >= 65 mit VO (FORTA D) % | 10,2% | 9,0% | 5,5% |
| | DMP-Eingeschr. mit Potenzialdiagn. % | 71,0% | 54,9% | 80,1% |

2013 Best Practice Award Business Intelligence und Datenmanagement