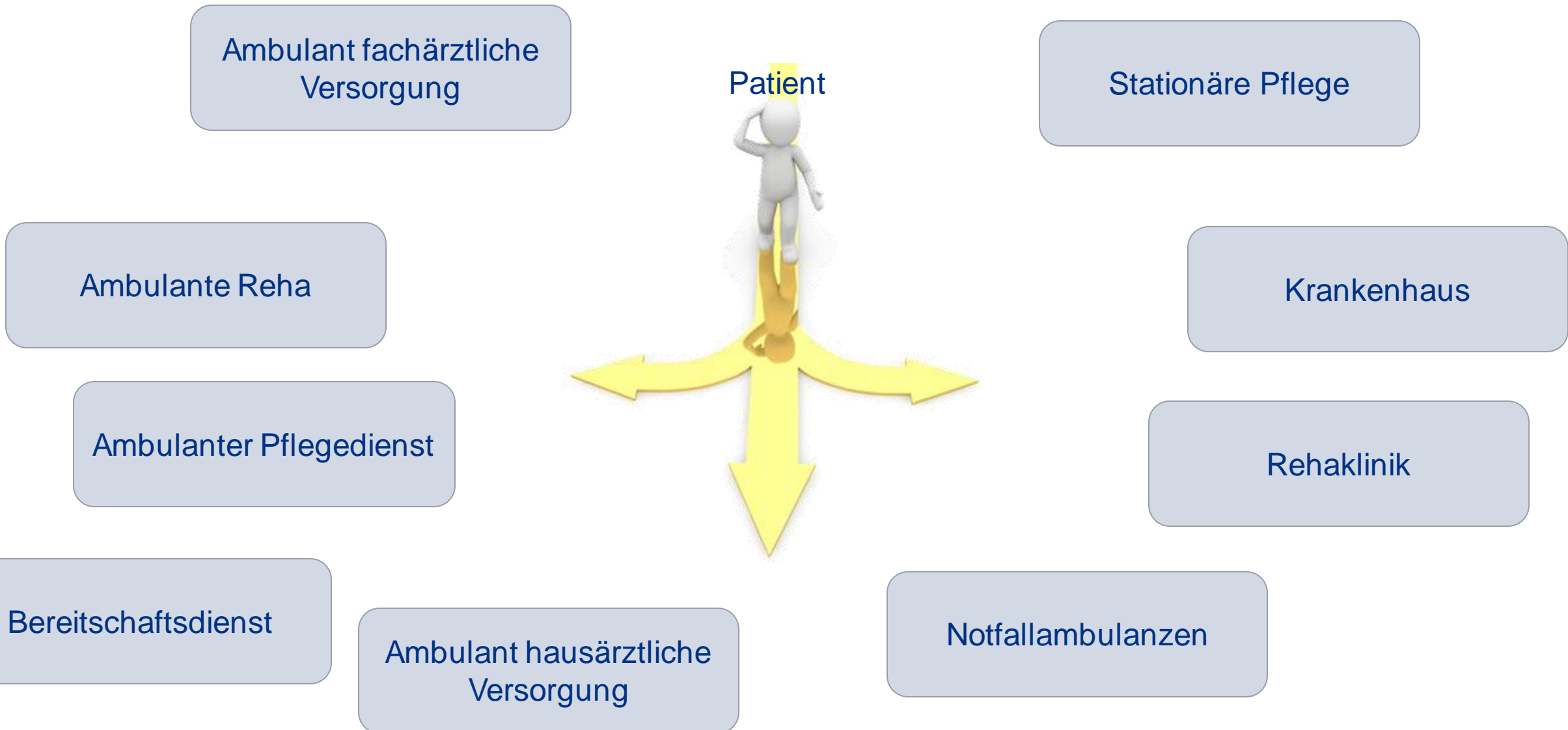


# Instrumente zur Steuerung der Patienten(irr)wege

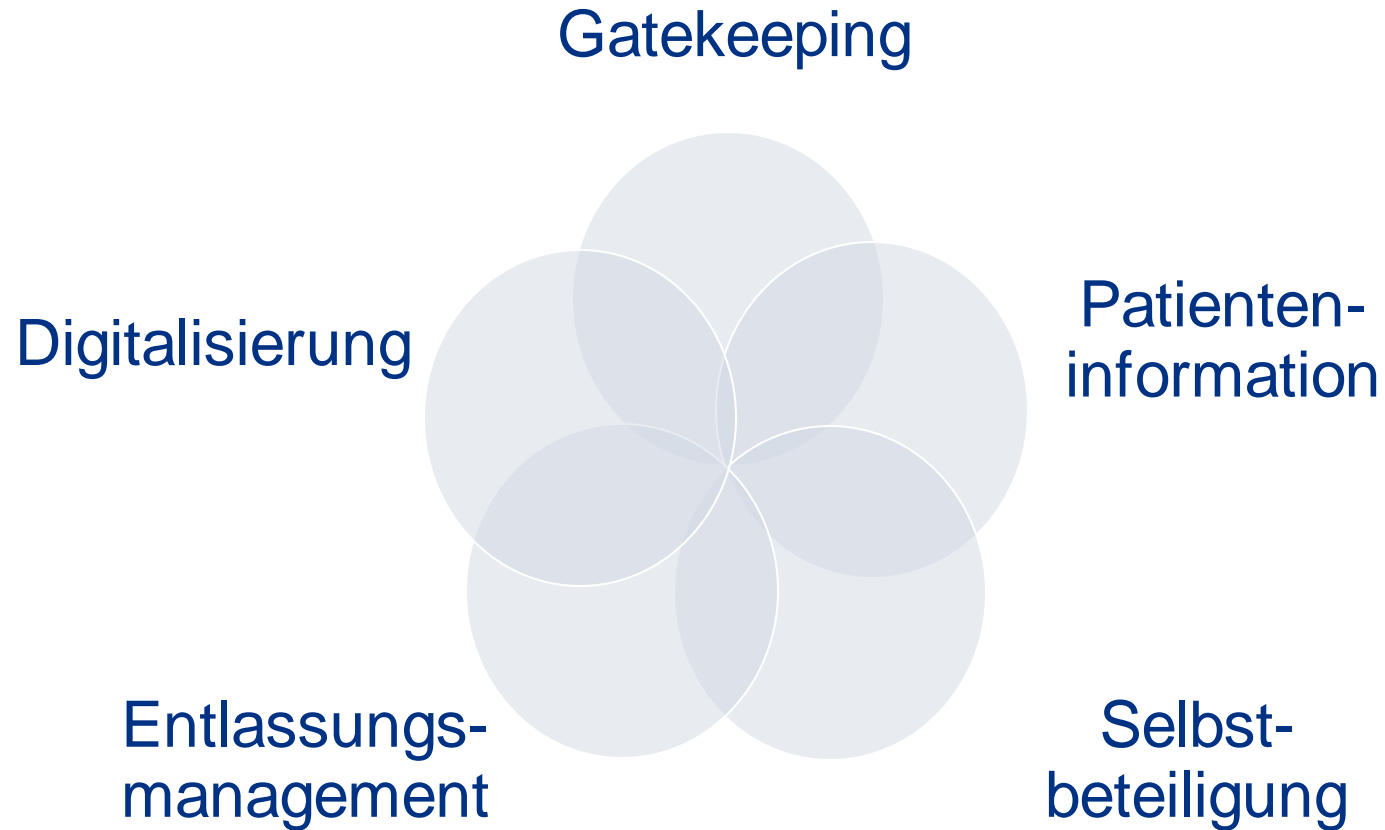
**Prof. Dr. Petra Thürmann, Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Universität  
Witten/Herdecke**

Symposium 2018 – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Berlin, 26. September 2018



Der Rat hat sich mit mehreren Steuerungsinstrumenten befasst:



- Konzept, bei dem „jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt“ (SVR 2009)
- International in zahlreichen Ländern mit verschiedenen Ansätzen implementiert
- Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V als erstes Konzept, das Gatekeeping-Aspekte in Deutschland implementierte (Anstieg 0,77 Millionen Teilnehmer in 2009 zu 6,9 Millionen in 2017)

	Pro	Contra
Gatekeeping	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hausarzt leicht zugängliches, umfassendes sowie kontinuierliches Versorgungsangebot</li> <li>– Effizientere und effektivere Versorgung im Facharztsektor</li> <li>– Besonders Vorteile für chronisch kranke Patienten (durch kontinuierliche Versorgung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Keine Einsparungen nachgewiesen bei den Gesamtkosten</li> <li>– Gefahr, dass der Patient nicht im Sinne der besten medizinischen Versorgung optimal versorgt wird</li> </ul>
Freie Arztwahl	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patientenautonomie und -souveränität</li> <li>– Freie Arztwahl in der Bevölkerung sehr positiv wahrgenommen (vgl. Abstimmungsergebnis in der Schweiz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Eine Ursache für sozioökonomische Versorgungsunterschiede</li> </ul>

- Derzeitige beste vorliegende Evidenz nicht ausreichend um ein isoliertes Gatekeeping zu begründen
  - Keine signifikanten Einsparungen durch HzV bei Gesamtkosten (Freytag et al. 2016)
  - Keine Einsparungen bei Einführung eines freiwilligen Gatekeeping System in Frankreich (Dourgnon/Naiditch 2010)
  - Bei statistischem Vergleich von Ländern mit und ohne Gatekeeping keine signifikanten Unterschiede in den nationalen Gesundheitsausgaben (Greenfield et al. 2016)
- Bestehende Wahlfreiheit bei Arztbesuchen erhalten bei zugleich besseren Anreizen für eine erkennbar gestufte und bedarfsgerechte Inanspruchnahme
- HzV-Modelle mit freiwilliger Einschreibung fortführen und ausweiten
  - Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif als finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HzV-Modell
  - Begleitung durch methodisch hochwertige Evaluation

- Positives Verhältnis von finanzieller Aufwand der Ein- und Durchführung von Selbstbeteiligung gegenüber der Kostenersparnis und dem gesundheitlichen Nutzen immer überprüfen
  - Beispiel Praxisgebühr: Hinweise, dass Inanspruchnahme der Notfallambulanzen bei Einführung ab bzw. nach Abschaffung zunahm
  - Auf Gesamtversorgung gesehen allerdings wenig Belege eines nachhaltig steuernden Effekts
- Zuzahlungsregelungen prinzipiell geeignet, um in ausgewählten Bereichen sowohl positive Finanzierungs- als auch positive Steuerungseffekte zu erzielen
- Sehr gute Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland grundsätzlich erhalten



- Optionales Steuerungsinstrument bei unzureichender Wirkung anderer Maßnahmen (insbesondere der Empfehlungen zu Gatekeeping)
  - In diesem Fall: Einführung einer Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung
  - Evaluation der Auswirkungen wichtig, um die Höhe und Art dieser Selbstbeteiligung entsprechend weiterzuentwickeln
- Selbstbeteiligung und Gesundheits- bzw. Entscheidungskompetenz des Patienten zwei Seiten einer Medaille
  - Für eine steuernde Wirkung der Selbstbeteiligung notwendig





## Potentiale

- Mehr Patientenautonomie
- Sektoren- und professionsübergreifende Vernetzung
- Beschleunigte Prozesse
- Zielgenauere Therapiemöglichkeiten



## Risiken

- Neue Abhängigkeiten vom Funktionieren der Technik
- Ängste vor „Technisierung“ der medizinischen Versorgung
- Marktbeherrschende Positionen für wenige Anbieter

**Telekonsultationen:** Medizinische Abklärung des Patienten mit einem entfernt stationierten Experten

**Telemonitoring:** Digitale Anwendungen, die Daten vom Patienten zum Gesundheitsdienstleister übertragen

- Cochrane Review (bis Juni 2013): positive Effekte für Herzinsuffizienzpatienten und Diabetespatienten, aber Aussagen zur Wirksamkeit aufgrund der Heterogenität der Studienpopulationen und unterschiedlichen Interventionsdesigns eingeschränkt (Flodgren et al. 2015).
- Neuere Anwendungsbeispiele mit positiven Ergebnissen aus den Bereichen Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und Depression
  - Beispiel Depression: signifikante und klinisch relevante Effekte zugunsten der Intervention („Deprexis“) in Bezug auf die Remission, den Verzicht auf Antidepressiva und die Schwere der Depression (Berger et al. 2018)
- Förderung weiterer telemedizinischer Innovation durch Erlaubnis ausschließlicher Fernbehandlung auf 121. Deutsche Ärztetag
  - Indikationsübergreifendes Projekt, das die Erstvorstellung als initialen Arzt-Patienten-Kontakt adressiert, ist das Projekt „DocDirekt“.

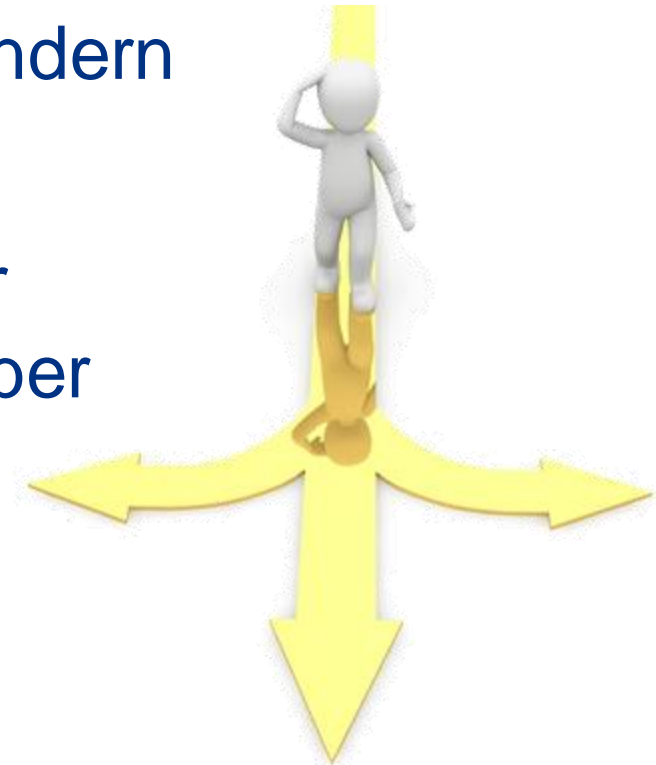
- Ziel: messbare Verbesserung der Patientenversorgung, nach erfolgreichem Abschluss Übergang in die Regelversorgung
- Bisher 117 Vorhaben zur Förderung ausgewählt, 6 Telemedizin-Projekte, aber auch fast alle anderen Projekte nutzen eHealth-Elemente (Patienten- und Fallakten, Online-Videokonferenzen, Apps, Plattformen)
  - ERIC – Enhanced Recovery after Intensive Care
  - NierenTx360° – Bessere Versorgung, besseres Überleben, bessere Wirtschaftlichkeit nach Nierentransplantation
  - Rise-uP – Rücken innovative Schmerztherapie mit e-Health für unsere Patienten
  - TeleDerm – Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung - kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation
  - Telenotarzt Bayern – Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region
  - Telnet@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung



- Vernetzung durch eine **einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (eEPA)** die Grundvoraussetzung, auf der viele weitere digitale Anwendungen evaluiert und aufbaut werden können
- **Usability** bei Wirksamkeit **telemedizinischer Anwendungen** ein entscheidender Aspekt
- **Werkzeugkasten** der bisherigen Nutzenbewertungsmaßnahmen den Besonderheiten von digitalen Anwendungen **anpassen**, ohne Evaluationstiefe zu verringern
- Bewertung stärker an der **Perspektive der Patienten** ausgerichtet



- Gesundheitssystem aufgrund der Vielzahl der Leistungsanbieter und Versorgungswege komplex, daher (Selbst-)Steuerung unerlässlich
- Steuerungsdefizite nicht notwendig durch **mehr**, sondern durch **gezieltere** Steuerung ausgleichen
- Steuerungsinstrumente als Prozessinnovationen für effiziente und bedarfsgerechte Versorgungswege über Sektorengrenzen hinweg



- Albrecht, U.-V. (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA\\_gesamt\\_V.01.3-20160424.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA_gesamt_V.01.3-20160424.pdf)
- Berger, T.; Krieger, T.; Sude, K.; Meyer, B. und Maercker, A. (2018): Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *J Affect Disord* 227: 455–462.
- Dourgnon, P. und Naiditch, M. (2010): The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy* 94(2): 129–134.
- Greenfield, G.; Foley, K. und Majeed, A. (2016): Rethinking primary care's gatekeeper role. *BMJ* 354.
- Freytag, A.; Biermann, J.; Ochs, A.; Lux, G.; Lehmann, T.; Ziegler, J. et al. (2016): Effekte hausarztzentrierter Versorgung. *Dtsch Arztebl* 113(47): 791–798.
- Flodgren, G.; Rachas, A.; Farmer, A. J.; Inzitari, M. und Shepperd, S. (2015): Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (9).
- Marcolino, M. S.; Oliveira, J. A.Q.; D'Agostino, M.; Ribeiro, A. L.; Alkmim, M. B.M. und Novillo-Ortiz, D. (2018): The Impact of mHealth Interventions. *Systematic Review of Systematic Reviews. JMIR Mhealth Uhealth* 6(1): e23.