

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



INTERVIEW:

Prof. Dr. Holger Pfaff fordert mehr Politikfolgenforschung, denn nur so könnten tatsächliche Entwicklungen beschrieben werden

REALITÄT

„Wir definieren Erfolgsqualitäten“ (Vöcking)

QUALITÄT

Förder-Startschuss gefordert (Wasem)

INNOVATION

„Versorgungsforschung muss von unten kommen“ (Sauer)

DATENGETRIEBENE VERSORGUNGSFORSCHUNG

Valide und objektive Daten bilden die Grundvoraussetzung für sämtliche Versorgungsforschungsprojekte. Mit unserem umfangreichen Markt- und Daten-Know-how bieten wir eine solide Basis, um eine datengetriebene Versorgungsforschung zu etablieren. So wurden mit Hilfe der INSIGHT Health-Daten bereits etliche Studien zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erstellt, nicht zuletzt weil sie die Realität der Arzneimittelversorgung in Deutschland und seinen Regionen voll erfassen.



MEHRWERT DURCH INDIVIDUELLE DATENVERKNÜPFUNGEN

Im Mittelpunkt unserer Dienstleistungen steht der Mehrwert für den Kunden; dies gilt sowohl im klassischen Marktforschungsbereich als auch bei der Unterstützung von Versorgungsforschungsanalysen. Wir beraten Sie bei der individuellen Auswahl und Kombination unterschiedlicher Datenquellen, vor allem im Arzneimittelbereich. Durch die intelligente Verknüpfung unserer anonymisierten regionalen Verordner- und Apothekendaten sowie Krankenhaus- und Patientendaten gewinnen Sie neue Erkenntnisse.

GESUNDHEITSDATEN: INSIGHT HEALTH

INSIGHT Health hat sich seit ihrer Gründung im Jahre 1999 vor allem einen Namen im Arzneimittelmarkt gemacht. Zu unseren Kunden gehören mittlerweile aber nicht nur über 150 pharmazeutische Hersteller, sondern in steigendem Maße auch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztenetzwerke, Apotheken sowie weiteren Institutionen des Gesundheitswesens. Dieser Erfolg basiert in erster Linie auf dem umfassenden Know-how und hohen Engagement unserer Mitarbeiter sowie dem dichten Kooperationsnetzwerk in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens.

Daten für mehr Transparenz in der
Gesundheitsversorgung!

INSIGHT Health GmbH & Co. KG
Auf der Lind 10
65529 Waldems-Esch
Tel.: +49 (0) 6126 / 955 -0
Fax: +49 (0) 6126 / 955 -20
E-Mail: info@insight-health.de
Web: www.insight-health.de

EDITORIAL

Vom blinden Uhrmacher

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski zum aktuellen Stand der Gesundheitspolitik: Von Folgenabschätzung ist wenig zu sehen!

TITELINTERVIEW

„Wir liefern die Wissensgrundlagen“

Prof. Dr. Holger Pfaff (ZVFK) mahnt den Einsatz von mehr Forschung vor allem in der Politik an.

REALITÄT

„Wir definieren Erfolgsqualitäten“

Der Barmer-Vorstandsvorsitzende Dr. Johannes Vöcking nutzt Versorgungsforschung zur Erzeugung einer besseren Versorgungsqualität.

Versorgung im kulturellen Schnittpunkt

Prof. Dr. med. Bettina Borisch vom „Institut de médecine sociale et préventive“ der Universität Genf über den „Sonderfall Schweiz“.

QUALITÄT

Katalysator im Wandel

Das Engelberg-Center: Der konsequente, amerikanische Weg für konzertierte Versorgungsforschung.

Förder-Startschuss gefordert

Prof. Dr. Jürgen Wasem regt beim Versorgungs-Kongress des BVMed einen Förder-Startschuss à la Public Health an.

INNOVATION

„Forschung muss von der Basis kommen“

Chefarzt Dr. Gregor Sauer spricht sich für die Setzung der richtigen Endpunkte aus, die nur der setzen kann, der Studien auch selbst initiiert.

Goldstandards für Bewertungen fehlen

Symposium von WINEG, dem Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V., AG Zukunft und Abbott zur Kosten-Nutzen-Bewertung.

ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

Marktveränderungen durch Rabattverträge

WISSEN

Prof. Dr. med. Klaus Dieter Kossow

Der neue Hausarztvertrag in Baden-Württemberg – Beginn einer neuen Epoche

Was Ärzte und Patienten vom neuen Hausarztvertrag haben, erklärt der prominente Verbandsfunktionär.

WISSENSCHAFT

Roland Windt

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Falk Hoffmann MPH

Lässt sich Versorgungsqualität bei Asthma mit GKV-Routinedaten abbilden?

GKV-Routinedaten werden in den letzten Jahren vermehrt genutzt, z.B. um die Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen zu analysieren. Das ist nicht unproblematisch.

Dr. Karl-Otto Richter

Regionale Differenziertheit von Krankenhausfällen in Mecklenburg-Vorpommern

Regionale Unterschiede von Krankenhausfällen verweisen nicht nur auf Erklärungsbedarf, sie sind zudem ein planungsrelevanter Sachverhalt.

Dr. Claudia Pütz

Dr. Thomas Ecker

Was bringt der Morbi-RSA?

Ein neuer Ansatz erlaubt die Ermittlung von Prävalenzdaten auf Ebene von Einzelkassen.

Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD

Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Compliance Management

Bei vielen chronischen Erkrankungen beträgt die Compliancerate nicht einmal 30 %. Da jeder Prozentpunkt einer entsprechenden Verbesserung den europäischen Gesundheitssystemen eine Ersparnis zwischen 1 bis 3 Mrd. Euro bringen könnte, gewinnt vor allem von Seiten der Krankenkassen dieses Thema zunehmend an Interesse.

STANDARDS

Impressum	3	Rezensionen	14
Reaktionen	23	News	25

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
1. Jahrgang/ISSN: 1866-0533

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-9692299
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de.de
Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)

Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-9692299
heiser@m-vf.de

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint viermal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
45 EUR. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 6,14 EUR; Ausland 24 EUR.
Preisänderungen vorbehalten. Die
Abonnementdauer beträgt ein Jahr.

Das Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres Jahr,
wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres
schriftlich gekündigt wird.

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

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

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den
Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einver-
ständnis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom
Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsge-
meinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.
(IWV), Berlin
Verbreitete Auflage: 6.533
(IWV 2. Quartal 2008)



Vom blinden Uhrmacher



>> Wenn man ganz viel Zeit hat und wenn einen die Wehen der Entwicklung nicht groß kümmern, geht es auch mit natürlicher Evolution. Für dieses ziellose Vorgehen, das nichts vorausieht und keinen Zweck im Sinn hat, hat Richard Dawkins das Bild des „Blinden Uhrmachers“ verwendet: Die Natur wirft planlos unzählige Modelle in die Welt und die geeignetsten setzen sich im Wettbewerb durch. Modelle mit vorteilhaften Abweichungen haben bessere Chancen, wobei sich Verbesserungen mit der Zeit akkumulieren und über viele Generationen hinweg erstaunlich gut funktionierende Systeme entstehen (können). So weit so gut. Wenn man Zeit hat. Viel Zeit. Und: Wenn Verluste nicht zählen!

Dieses schmerzhaft evolutionäre Wirken von Mutation und Selektion können wir uns in der Gesundheitsversorgung allerdings nicht leisten. Wir haben eben nicht Äonen zur Verfügung. Und wir können Menschen nicht zumuten, einen ungeeigneten Versuch nach dem anderen zu ertragen. Aber trotzdem handelt die Politik ähnlich; und zwar, weil es immer „unbeabsichtigte Folgen absichtsvollen Handelns“ gibt, wie Pfaff im Titel-Interview dieses bekannte soziologische Phänomen beschreibt.

> S. 6 ff.

Wie in der Medizin gibt es eben auch bei Verbesserungsversuchen am Versorgungssystem viele unbeabsichtigte Nebenwirkungen, weil die Komplexität des gesamten Systems und der möglichen Wirkungen von Maßnahmenbündeln nicht überblickbar ist. Aber sie wäre eingrenzbare! Dazu bräuchte es eine ebenso konzentrierte wie konzertierte Politikfolgenforschung – eben Versorgungsforschung.

Vielleicht liegt dieses Manko auch darin begründet, dass die deutschen Versorgungsforscher noch nicht kräftig genug ihre Stimme erhoben haben. Denn die Versorgungsforschung ist sehr wohl in der Lage, der Politik eine verlässliche Wissensbasis an die Hand zu geben – ob nun in Deutschland, Europa oder Amerika. Dort ist z.B. das Engelberg Center der Brookings Institution unter der Leitung von McClellan dabei, Konzepte für datengetriebene praktische Lösungen für die Verbesserung des US-amerikanischen Gesundheitssystems zu erarbeiten, die möglicherweise für Deutschland und Europa wertvolle Anregungen bieten können.

> S. 20

Ein ebenso in der deutschen Diskussion viel zitiertes Gesundheitssystem ist das der Schweiz. Es lohnt daher, sich mit der schweizerischen Versorgungsforschung genauer zu befassen. Als Einstieg bietet Frau Borisch einen Überblick.

> S. 22

Eine der wichtigsten Datenquellen der Versorgungsforschung sind die Krankenkassen. Barmer-Chef Vöcking spricht im Interview offen über Ansatzpunkte, Ergebnisse und Schwierigkeiten der Versorgungsforschung einzelner Kassen. Er sieht hier auch eine große Aufgabe für den neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

> S. 12

Kossow berichtet über ein „Experiment“ ganz besonderer Natur: vom neuen Hausärzte-Vertrag der AOK Baden-Württemberg. Die Gretchenfrage: Gelingt es mit diesem Vertrag wirklich, die Finanzierung der Versorgung und die Leistungen aus einer Hand zu steuern? Darin stecken viele Fragen an die Versorgungsforschung. Die Antworten werden ein Urteil darüber zulassen, ob die Akteure ihre Ziele erreichen.

> S. 25

Zwei andere Beiträge zeigen, wie sich Arzneimitteldaten in Deutschland für Fragen der Prävalenzbestimmung verwenden lassen. Der Beitrag von Windt, Glaeske und Hoffmann stellt dar, welche Möglichkeiten zur Prävalenzbestimmung bei Asthma bestehen und wo die Grenzen dieser Datenauswertung liegen. Der Beitrag von Pütz und Ecker beschreibt erstmals, wie sich aus Arzneiverordnungsdaten die kassenindividuelle Krankheitslast unter dem Morbi-RSA ableiten lässt.

> S. 28 ff.

Über Ihr Interesse freue ich mich

Ihr

Prof. Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

Die neue Informationssoftware, mit dem Plus an Arzneimittel-Informationen. Entwickelt für Mediziner in Klinik und Praxis, sowie in Behörden und Institutionen, die sich professionell über Arzneimittel informieren, diese recherchieren und analysieren wollen und dafür zweifelsfrei objektive Daten benötigen.

MMI PHARMINDEX PLUS bietet die komplette Übersicht aller apothekenpflichtigen Arzneimittel Deutschlands, die Sie mit einer Vielzahl an nützlichen und praxiserprobten Funktionen schnell und sicher recherchieren können. Intuitiv. Objektiv. Topaktuell.

Effizienz plus Qualität: Testen Sie jetzt ganz risikolos 30 Tage das Plus an Arzneimittelwissen:
Medizinische Medien Informations GmbH, Infoline (kostenfrei): 0800 633 46 30, oder www.pharmindex-plus.de

Universitäts-Professor Dr. Holger Pfaff, Sprecher des ZVFK, im MVF-Gespräch

„Wir liefern die Wissensgrundlagen“

Die Forschungsschwerpunkte von Prof. Dr. Holger Pfaff bilden drei miteinander verzahnte Bereiche: Versorgungsforschung, Sozialepidemiologie und Systemgestaltung. In der Versorgungsforschung, die Pfaff als Sprecher des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) nach außen vertritt, steht die Analyse des Versorgungs- und Gesundheitssystems im Mittelpunkt. Nur die ist oft schwierig, da seitens der Politik noch manchmal das rechte Einsehen fehlt. Doch das sollte sich ändern, wie Pfaff im Exklusiv-Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) ausführte.

>> Herr Professor Dr. Pfaff, betrachtet man die aktuelle Gesundheitspolitik, kommt das Bild eines blinden Uhrmachers in den Kopf: Er schlägt mit einem Vorschlaghammer auf ein mechanisches oder auch elektronisches Teil, dann auf ein anderes und horcht, ob sich das Geräusch des Uhrwerks verändert. Oder eben nicht. Ist das aktuelle Gesundheitspolitik?

So kann man das nicht sagen. Die Politik versucht zum Beispiel oft die Folgen von politischen Entscheidungen im Gesundheitssystem durch Gutachten abklären zu lassen. Dahinter stehen meist ausgeklügelte Rechenmodelle. Ob das immer ausreicht, um die Politikfolgen richtig abschätzen zu können, mag dahingestellt sein.

Nennen Sie das Versorgungsforschung?

Nein. Wir bewegen uns bei diesen Gutachten im Bereich der Politikfolgenabschätzung und nicht der Politikfolgenforschung. Zwischen der Abschätzung einer möglichen Entwicklung und der Erforschung der tatsächlichen Entwicklung gibt es große Unterschiede. Abschätzen tut man die Folgen einer Sache, die noch nicht vorhanden ist. Die Wirkungsforschung dagegen erforscht die Folgen eines Sachverhalts, der schon im Gesundheitssystem vorhanden ist oder gerade neu eingeführt wurde. Wirkungsforschung im Gesundheitssystem ist Teil der Versorgungsforschung.

Können Sie hierzu ein Beispiel anführen?

Bevor eine Innovation – z.B. die Gesundheitskarte – per politischen Beschluss in das Versorgungssystem eingeführt wird, sollte im Idealfall im ersten Schritt eine Politikfolgenabschätzung durchgeführt werden. Dabei geht es darum, verschiedene Szenarien über die möglichen Folgen zu entwickeln. Dazu gibt es etablierte Techniken. Danach muss im zweiten Schritt die Wirkungsforschung ins Spiel kommen. Dies kann zum Beispiel so aussehen, dass ein Modellversuch in einer Modellregion gestartet wird, der unter Realbedingungen die Folgen der Innovation beschreibt und bewertet. Dabei ist es Aufgabe der Versorgungsforschung, nicht nur die beabsichtigten Folgen zu untersuchen, sondern auch die unbeabsichtigten. Jede politische Entscheidung hat – wie wir aus der Soziologie und Medizinsoziologie wissen – immer auch unbeabsichtigte Folgen.

Egal wie gut die Absicht war.

Weitgehend. Man nennt dieses Phänomen in der Soziologie die „unbeabsichtigten Folgen absichtsvollen Handelns“. Wie bei Medikamenten gibt es auch bei Versorgungsinnovationen – wie z.B. MVZ oder IV-Netzwerken – die Möglichkeit, dass unerwünschte Nebenwirkungen eintreten. Diese Nebenwirkungen rühren meist daher, dass das Gesundheitssystem, in das man mit der Versorgungsinnovation



eingreift, genauso wie der menschliche Körper sehr komplex ist. Man wird daher nur unter hohem Aufwand alle Wirkungen einer Maßnahme vorhersagen und identifizieren können. Handelt es sich bei der Versorgungsinnovation um ein ganzes Bündel von Maßnahmen, wird dies noch schwieriger, da jede Einzelmaßnahme in diesem Bündel eine eigene Wirkung entfalten kann.

Tests im Vorfeld wären doch sicher immer ein probates Mittel.

Im Bereich Gesundheit haben wir es fast immer mit komplexen Innovationen und Interventionen zu tun. Komplexe Innovationen aber müssten immer erst einmal getestet werden. Denn solche Innovationen weisen meist „Kinderkrankheiten“ auf. Diese müssen beseitigt werden, bevor es zu einer flächendeckenden Einführung des Modells kommt. Modelltests sind notwendig, um ausgereifte Versorgungsinnovationen in die Praxis zu bringen.

Das würde jedoch eine etwas andere Zeitlinie erfordern als man sie bisher beobachten kann?

Das stimmt. Dies ist nicht nur eine Herausforderung für die Politik, sondern auch für die Versorgungsforschung. Ein Modelltest, der nicht nur die Machbarkeit prüfen soll, sondern auch die Wirkung der Versorgungsinnovation, nimmt ein paar Jahre in Anspruch. Sie brauchen Zeit für die Planung des Modelltests, Zeit für die Einführung

Ein großes Plus in der Hausarzt-Patienten-Kommunikation

Das im Oktober gestartete, innovative Patienten-Magazin „HausArzt“ ist ein voller Erfolg. Immer mehr Praxen nutzen es aktiv als Patientenbindungs-Instrument.

In der Hektik des (haus)ärztlichen Alltags bleibt oftmals nicht genügend Zeit, um alle gesundheitlich relevanten Fragen mit den Patienten ausführlich abzuklären. Diese „kommunikative Lücke“ schließt seit Anfang Oktober das vom Deutschen Hausärzterverband mit herausgegebene Patienten-Magazin „HausArzt“. Die Zeitschrift ergänzt das Patientengespräch und deckt den zusätzlichen Informationsbedarf ab, den sehr viele Patienten zum Thema Gesundheit heute haben. Das Besondere am „HausArzt“-Patienten-Magazin: Die Zeitschrift liegt nicht im Wartezimmer aus, sondern wird in der Praxis persönlich überreicht – z. B. beim Aushändigen eines Rezepts durch die Arzthelferin oder bei der Vereinbarung eines neuen Termins. So nehmen die Patienten das gute Gefühl mit nach Hause, dass der eigene Hausarzt sich auch jenseits des Behandlungsraums um ihr Wohlergehen kümmert. Das wiederum bindet die Patienten enger an die Praxis.

Praxis-Profil schärfen

Inhaltlich ist das Magazin ganz auf die Interessen von Hausarzt-Patienten zugeschnitten. Es bietet zuverlässige, nützliche Gesundheits-Informationen, die für die hausärztliche Versorgung von Belang sind. Gleich-



Aktive Abgabe: Auch Hausärzte-Bundesverbands-Chef Ulrich Weigeldt setzt das Magazin aktiv in seiner Praxis ein

zeitig vertritt das „HausArzt“-Patienten-Magazin konsequent die Interessen des Hausarztes und betreibt in diesem Sinne Patientenaufklärung in „eigener Sache“. Darüber hinaus ist die Zeitschrift eine ideale Plattform, um das individuelle Leistungsspektrum der Praxen wirkungsvoll zu präsentieren: Bereits über 80% aller Bezieher stellen mit einem Sonder-Eindruck auf der Hefrückseite ihre Praxis vor. Die Resonanz auf das

neue Patienten-Magazin ist ausgesprochen positiv. Laut einer Umfrage durch das renommierte IFAK-Meinungsforschungsinstitut beurteilen 81% der befragten Hausärzte das Konzept als gut. Fazit: Mit dem „HausArzt“-Patienten-Magazin verfügen die Praxen über ein maßgeschneidertes Instrument zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation.

 **HausArzt**
Das GesundheitsMagazin aus Ihrer Praxis

Profilieren Sie Ihre Praxis durch die aktive Abgabe des **HausArzt**-PatientenMagazins an Ihre Patienten!

Bitte informieren Sie sich:
089/74433-380

www.hausarzt-patientenmagazin.de



der Innovation – die sogenannte Implementierung – und Zeit, um die Kinderkrankheiten der Innovation zu erkennen und zu beseitigen. Und schließlich Zeit, um die Versorgungsinnovation wirken zu lassen und diese Wirkung dann abschließend zu messen.

Und in der ganzen Zeit kann die Politik nicht entscheiden. Also ein Aufruf zur stoischen Hinnahme dessen, was da allenthalben versucht wird?

Bei folgenschweren Versorgungsinnovationen wäre das aktive Abwarten volkswirtschaftlich unter Umständen sinnvoller als vorschnell zu handeln und eine ganze Hochleistungsgesellschaft mit unausgereiften Innovationen zu beschäftigen. Wenn man in der Politik nicht warten kann, bis Modelltests erfolgreich durchgeführt wurden, wäre es zumindest ratsam, die Wirkung der ohne Vortest eingeführten Versorgungsinnovation mittels Vorher-Nachher-Vergleich oder besser noch mittels einer randomisierten kontrollierten Studie zu untersuchen. Dies wird oft nicht systematisch oder – wie im Falle der DMP-Evaluation – zu spät gemacht. Man muss mit der Evaluation beginnen, lange bevor die Versorgungsinnovation eingeführt wird.

Im Bereich der Telematik weiß man schon seit 1999, dass sie – zumindest als ideelles Konstrukt – auf uns zukommen wird. Dennoch ist kein umfassendes System-Versorgungsforschungsprojekt dazu bekannt.

Leider nicht. Aber es gibt begleitende Implementierungsforschung im Feld. Diese wird stufenweise durchgeführt in Form von 10.000er und 100.000er Tests in sieben Modellregionen in Deutschland.

Was könnte man denn seitens der Versorgungsforschung tun, damit deren Tools besser und stringenter als bisher angewandt, ja als Basis jedweder politischen Entscheidung genutzt werden?

Versorgungsforschung an sich hat ja mindestens vier Aufgaben. Die erste ist rein messender Natur: Man muss zunächst das Gesundheitssystem und die Versorgungssituation mittels valider Messinstrumente erfassen können. In diesem Zusammenhang rücken die Methoden der Versorgungsforschung in den Vordergrund. Die zweite Aufgabe besteht darin, die Messinstrumente zu nutzen, um die Versorgungssituation adäquat beschreiben zu können. Bei der dritten Aufgabe geht es darum, die grundlegenden Zusammenhänge des Gesundheits- und Versorgungssystems zu analysieren. Ziel ist es, genau zu verstehen, wie der „Motor“, der das Gesundheitssystem ausmacht, funktioniert. Die vierte Aufgabe der Versorgungsforschung ist es, die so entwickelten Messinstrumente und die so gewonnenen Erkenntnisse der Versorgungspraxis und der Politik zur Verfügung zu stellen, damit eine fortwährende Qualitätsentwicklung stattfindet.

Ein Wissenschaftler muss schon ein dickes Fell haben, wenn man Anspruch mit Wirklichkeit vergleicht.

Auch die Wissenschaft sollte – wie andere Bereiche in der Gesellschaft auch – eine Politik der kleinen Schritte verfolgen. Man muss auch mit kleineren Erfolgen zufrieden sein. Zum Beispiel haben wir herausgefunden, dass das Leitlinienwissen der Ärzte mit dem Alter abnimmt. Wenn man dies weiß, wäre es sinnvoll, für die Zielgruppe der älteren Mediziner entsprechende Fortbildungen anzubieten. Weiter wissen wir z.B. aus der Versorgungsforschung, dass die Empathie eines Arztes in der Onkologie sich positiv auf den Heilungserfolg und die Lebensqualität auswirkt, weil sich ein „empathischer“ Arzt besser in die Situation eines Patienten hineinversetzen kann und besser als nicht-empathische Ärzte erahnt, welchen Informationsbedarf der Patient hat. Wer diesen Zusammenhang kennt, kann angehenden Ärzten entsprechende Schulungen anbieten. Dies ist nur ein kleiner Schritt im

Rahmen der Qualitätsentwicklung des Gesundheitssystems. Viele solcher Schritte führen aber insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung des Versorgungssystems.

Das ist sicher hilfreich, aber ein größerer Ansatz würde eine strukturierte Gesundheitssystemforschung voraussetzen.

Das Dilemma der aktuellen Versorgungsforschung ist, dass das Gros der Studien krankheitsbezogen ist. Was indes so falsch nicht ist, weil Versorgungssysteme krankheitsbezogen organisiert sind. Da es viele Krankheiten gibt, gibt es auch viele Möglichkeiten, Dinge zu untersuchen. Aber: Versorgungsforschung kann sich dadurch eben auch schnell verzetteln. Krankheitsübergreifende Studien, die das Gesamtsystem in den Blick nehmen, bilden eher die Ausnahme.

Sie vermissen ein strukturiertes Herangehen?

Generell wären mehr krankheitsunabhängige, systemübergreifende Studien und Forschungsansätze wünschenswert, auch wenn sie schwieriger zu realisieren sind.

Sie sehen keine positive Entwicklung in Deutschland?

Ich bin Optimist. Es wurden in Deutschland in den letzten Jahren wichtige Schritte in die richtige Richtung unternommen. Auch wenn Versorgungsforschung in Deutschland noch lange nicht so etabliert ist wie in Amerika. Man muss deutschen Wissenschaftlern durch gute Datenzugänge mehr Möglichkeiten bieten, die Zusammenhänge des Gesundheitssystems zu analysieren. Dann werden wir auch international in der Versorgungsforschung konkurrenzfähiger.

Obwohl man eigentlich erkennen kann, dass die Komplexität eher noch zunimmt?

Generell kann man in der Tat davon ausgehen, dass die Komplexität des Gesundheitssystems zunimmt. Die Konvergenz der internationalen Gesundheitssysteme verstärkt diesen Trend. So nimmt unser sozialstaatliches Gesundheitssystem sowohl Elemente aus der Marktwirtschaft als auch aus der Planwirtschaft auf und wird dadurch immer vielgestaltiger und komplexer.

Ein Albtraum für einen Wissenschaftler?

Nein, denn für die Wissenschaft stellt dies eher eine Herausforderung dar. Für die Politik dagegen hat die Komplexität einen Albtraum-Charakter. Die Versorgungsforschung hat die Aufgabe, den Politikern bei der Bewältigung der komplexen Aufgabe zu helfen. Ich halte mich dabei an das Prinzip der Wertfreiheit der Wissenschaft. Wir können – möglichst wertfrei – die Wissensgrundlagen liefern, entscheiden aber muss die Politik.

Politik sollte sich ganz aus Versorgungsforschung heraushalten?

Nein. Sie soll die zur Verfügung stehenden Instrumente und Techniken der Versorgungsforschung gerade in der Politikfolgenforschung besser nutzen und zudem unabhängige Versorgungsforschung fördern. Die Förderung der Versorgungsforschung gewinnt immer mehr an Schwung. Das BMBF, die Bundesärztekammer und weitere Geldgeber fördern bereits heute die deutsche Versorgungsforschung direkt und indirekt in nicht unerheblichem Maße. Und auch die DFG wird in Zukunft Versorgungsforschung stärker fördern. Also sind wir schon ganz gut unterwegs. Das Ziel allerdings haben wir noch lange nicht erreicht. Es ist ein weiter Weg dorthin.

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Wir sind keine Pharma-Agentur.



**WIR SIND DIE
AGENTUR FÜR
MARKENFÜHRUNG.**



Wir machen Marken wertvoll.



FGK

AGENTUR FÜR MARKENFÜHRUNG

Grafenberger Allee 277-287
40237 Düsseldorf

Telefon: 02 11 / 91 44 20
Telefax: 02 11 / 68 66 45

E-Mail: contact@fgk.com
Web: www.fgk.com

INSIGHT Health erforscht die Auswirkungen und die Bedeutung von Rabattverträgen ein Jahr nach dem GKV-WSG

Der Gesamtmarkt ist noch nicht erfasst

Nicht erst das im Mai 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) ermöglicht es Krankenkassen durch eine Änderung des § 130a Abs. 8 SGB mit pharmazeutischen Herstellern bilaterale Rabattverträge abzuschließen: Das wäre schon seit 2003 möglich gewesen. Doch erst mit Scharfschaltung des GKV-WSG zum 1. April 2007 schaffte dieses gesundheitspolitische Steuerungsinstrument den Durchbruch. Mit jenem April traten die ersten Verträge in Kraft, von denen inzwischen mehr als 25.000 Arzneimittel erfasst sind. Die rein quantitative Marktbedeutung der Verträge erhöht sich ständig: Während im 2. Quartal 2007 nur jedes sechste verordnete Medikament rabattiert war, traf dies im April dieses Jahres – wie INSIGHT Health zeigt – bereits auf jede dritte Verordnung zu. Doch wie sieht die qualitative Ebene – vornehmlich der tatsächliche Wirkhebel für Einsparpotenziale – im Gesamtmarkt aus?

>> Der Anteil rabattierter Arzneimittel an allen GKV-Verordnungen – ob nun der von Generika, Altoriginalen oder Originalen – hat seit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 stetig zugenommen. Schon im April 2008 waren nach Zahlen von INSIGHT Health auf der Produktebene nach Pharmazentralnummern 1.303.336 Rabatte vereinbart. Diese Einzelrabatte verteilen sich auf 25.058 als aktive Handelsformen in der Apotheke gehandelte Arzneimittel. Damit war im Durchschnitt jedes dieser Arzneimittel Gegenstand von 52 (!) Rabattvereinbarungen.

Das ist auf den ersten Blick eine enorme Zahl, die von Kassen, Unternehmen wie auch allen Ärzten und Apotheken, aber auch Lieferanten von Arzt- und Apotheken-Informationssystemen erst einmal gehandelt sein will. Wird jedoch

der Arzneimittel-Gesamtmarkt beleuchtet, erkennt man, dass in den ersten vier Monaten dieses Jahres erst (oder schon) 30 Prozent aller GKV-Verordnungen durch Rabattverträge erfasst worden sind!

Gesamtmarkt im Fokus

Wer darüber hinaus nicht den Verordnungsanteil, sondern den damit verbundenen Umsatz betrachtet, sieht, dass laut den Marktdaten nur 10,4 Prozent auf rabattierte Arzneimittel entfallen. Was nichts anderes heißt, als dass das Instrument „Rabatt“ von den handelnden Parteien zwar relativ schnell umgesetzt wurde, die tatsächlichen Auswirkungen auf die im Gesamtmarkt (theoretisch) möglichen Einsparpotenziale bislang indes relativ moderat ausfielen.

Dies hat mehrere Gründe. Die große Differenz bei der Gesamt-

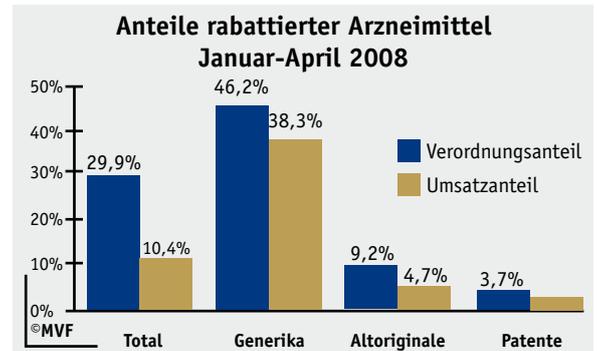


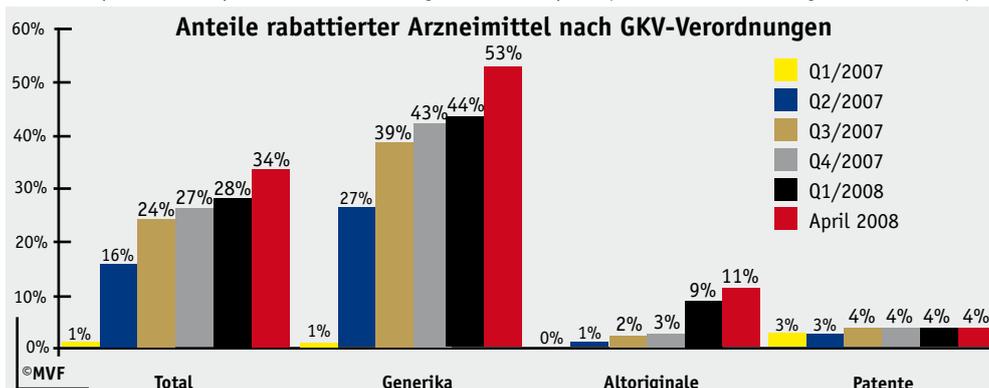
Abb. 2: Anteile rabattierter Arzneimittel, Januar-April 2008
Quelle: NVI (INSIGHT Health). Umsatz nach Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers/NVI: NationaleVerordnungsInformationen (über Apothekenrechenzentren abgerechnete GKV-Rezepte).

markt Betrachtung rührt vor allem daher, dass die patentgeschützten Arzneimittel in diesem Jahr knapp 40 Prozent des gesamten Arzneimittelumsatzes innerhalb der GKV ausmachten – dies jedoch bei einem Verordnungsanteil von nicht einmal 9 Prozent!

Im Bereich der patentgeschützten Arzneimittel ist jedoch nur ein marginaler Anstieg des Rabattanteils festzustellen: von 3,4 Prozent im zweiten Quartal 2007 auf 3,7 Prozent im April 2008. Als weiterer Grund mag gelten, dass die Hersteller von Altoriginalen (Originalprodukte, deren Patentschutz abgelaufen ist) erst zu Beginn dieses Jahres begonnen haben, verstärkt Rabattverträge mit Krankenkassen abzuschließen: Der davon erfasste Rabattanteil liegt derzeit bei 10,5 Prozent.

Die Insulinanaloge, zu denen bis einschließlich drittem Quartal 2007 als einzige patentgeschützte Präparate Rabattverträge existierten, machten dann auch im April 2008 noch immer noch den Löwenanteil mit über 96 Prozentpunkten aus.

Abb. 1: Anteile rabattierter Arzneimittel nach GKV-Verordnungen
Quelle: NVI (INSIGHT Health). NVI: NationaleVerordnungsInformationen (über Apothekenrechenzentren abgerechnete GKV-Rezepte).



Boom bei Generika

Die Gesamtmakro-betrachtung spiegelt indes nur einen Teil der Wahrheit wider, denn in Teilmärkten gibt es erhebliche Auswirkungen. Vor allem natürlich in einem Markt: 1.278.070 der 1.303.336 Rabatte betrafen Generika, wie der Branchenverband progenerika kürzlich verlautbarte und sich dabei auf Daten von INSIGHT Health berief. Auf Generika entfallen immerhin 98,1 Prozent aller Rabatte, was den Branchenverband zur der Aussage veranlasst, dass „Generika die Arzneimittelausgaben der Kassen also nicht nur durch ihre ohnehin schon sehr günstigen Listenpreise, sondern auch noch durch kassen-individuelle Preisnachlässe“ entlasten würden.

Das heißt jedoch wiederum bei weitem nicht, dass der gesamte Generikamarkt von Rabatten gleichermaßen betroffen ist. Im Generikasegment lag der Gesamtanteil rabattierter Verordnungen im April dieses Jahres bei 52,8 Prozent, wodurch immerhin mehr als jede zweite Generikaverordnung rabattiert ist. Anders herum betrachtet: Knapp 50 Prozent des Generikamarkts sind noch nicht Gegenstand von bilateralen Rabattverträgen!

Auch hier ist eine etwas differenzierte Betrachtung angebracht. Der Verordnungsanteil rabattierter Generika lag nur knapp acht Prozentpunkte über dem Umsatzanteil. Im Vergleich: Bei den Altoriginalen ist der Verordnungsanteil mit 9,2 Prozent nahezu doppelt so hoch wie der Umsatzanteil. Was nichts anderes bedeutet, als dass bei Generika Rabatte eher auf günstigere denn teurere Arzneimittel gegeben werden, was den von der Politik gewollten Wirkhebel durchaus einschränkt.

Im Generikamarkt kommt dennoch kein Hersteller an Rabattverträgen vorbei. Laut aktuellen Zahlen tätigen bereits zehn Arzneimittelhersteller mehr als die Hälfte ihres Umsatzes mit rabattierten Arzneimitteln. Bei drei Herstellern war überhaupt nur noch jedes vier-te abgegebene Medikament nicht

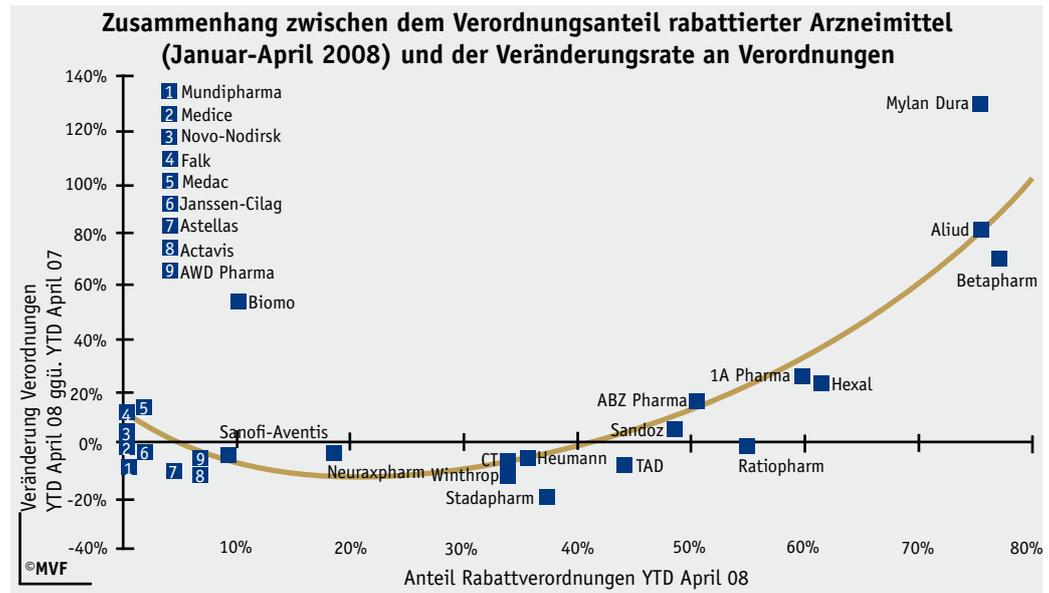


Abb. 3: Zusammenhang zwischen dem Verordnungsanteil rabattierter Arzneimittel (Januar-April 2008) und der Veränderungsrate an Verordnungen / Quelle: NVI (INSIGHT Health). NVI: Nationale Verordnungs-Informationen (über Apothekenrechenzentren abgerechnete GKV-Rezepte).

rabattiert.

Betrachtet man die Top 25 der Generika-Hersteller nach GKV-Verordnungsumsatz, fällt jedoch auch eine andere Systematik auf: Es existiert durchaus ein Zusammenhang zwischen dem Anteil rabattierter Arzneimittel und den Veränderungen der Verordnungsanzahl! Rabattverträge beeinflussen (s. Chart rechts) durchaus die Verordnungsentwicklung und müssen demnach nicht nur als Steuerungs-, sondern mehr als bisher als Marketinginstrument begriffen werden!

Die von vielen Krankenkassen angedachten (und von der IKK praktizierten) Ausschreibungen nach indikationsbezogenen Los-Gruppen könnten zudem Marktchancen hin zu größeren Anbietern lenken. Denn viele kleinere, vor allem mittelständische Anbieter von Generika können diese Los-Gruppen mit ihrem jeweiligen Portfolio gar nicht abdecken und würden so durchs Raster fallen. <<

Generika-Markt: Top 5 Hersteller (im April 2008)

HEXAL	Tendenz +	Ratiopharm	Tendenz +
Sortiment nach PZN	2.712	Sortiment nach PZN	2.075
Anz. KK mit Rabattverträgen	150	Anz. KK mit Rabattverträgen	63
Anz. Verordnungen	7.637.234	Anz. Verordnungen	6.279.540
Plus bei Verordnungen	51,63%	Plus bei Verordnungen	18,7%
Umsatz	81.943.915	Umsatz	49.159.694
Umsatzplus	44,07%	Umsatzplus	19,7%
Anz. Verordn. mit Rabatt	5.243.063	Anz. Verordn. mit Rabatt	3.704.766
Plus bei Rabatt-Verordnungen	372,68%	Plus bei Rabatt-Verordnungen	174,14%
Umsatz mit rab. AM	53.968.956	Umsatz mit rab. AM	28.056.699
Umsatzplus mit rab.AM	312,75%	Umsatzplus mit rab.AM	165,96%

ALIUD	Tendenz +	Betapharm	Tendenz +
Sortiment nach PZN	1.140	Sortiment nach PZN	1.061
Anz. KK mit Rabattverträgen	87	Anz. KK mit Rabattverträgen	93
Anz. Verordnungen	4.198.598	Anz. Verordnungen	2.248.483
Plus bei Verordnungen	107,68%	Plus bei Verordnungen	144,95%
Umsatz	26.306.944	Umsatz	22.169.774
Umsatzplus	93,42%	Umsatzplus	138,71%
Anz. Verordn. mit Rabatt	3.390.061	Anz. Verordn. mit Rabatt	1.887.753
Plus bei Rabatt-Verordnungen	261%	Plus bei Rabatt-Verordnungen	389,37%
Umsatz mit rab. AM	21.340.698	Umsatz mit rab. AM	18.280.183
Umsatzplus mit rab.AM	235,84%	Umsatzplus mit rab.AM	380,21%

Stadapharm	Tendenz -	Restmarkt (1254)	Tendenz +
Sortiment nach PZN	1.316	Sortiment nach PZN	
Anz. KK mit Rabattverträgen	150	Anz. KK mit Rabattverträgen	
Anz. Verordnungen	1.523.414	Anz. Verordnungen	39.502.459
Minus bei Verordnungen	-9,54%	Plus bei Verordnungen	4,47%
Umsatz	18.539.591	Umsatz	1.450.951.009
Umsatzminus	-5,33%	Umsatzplus	16,57%
Anz. Verordn. mit Rabatt	692.645	Anz. Verordn. mit Rabatt	5.970.353
Plus bei Rabatt-Verordnungen	121,93%	Plus bei Rabatt-Verordnungen	117,43%
Umsatz mit rab. AM	8.206.181	Umsatz mit rab. AM	71.913.923
Umsatzplus mit rab.AM	125,12%	Umsatzplus mit rab.AM	81,67%

©MVF Umsatz/Verordnungen: YTD April 08 ggü. YTD April 07 Quelle: INSIGHT Health

Dr. Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse

Versorgungsforschung à la Barmen

Wer sich das Themenfeld Versorgungsforschung und Krankenkassen vornimmt, könnte davon ausgehen, dass Krankenkassen – ob gesetzlich oder privat – per se die Versorgungsforscher Nummer 1 in Deutschland sein sollten. Dem ist indes nicht so: Kassen forschen zwar schon recht lange und auch recht ausgiebig, doch vor allem indikations- und krankheitsbezogen und obendrein meist aus dem Blickwinkel der Allokation von Mitteln. Einen etwas anderen Ansatz verfolgt die Barmer, mit rund 5,3 Millionen Mitgliedern die größte Krankenversicherung, selbst wenn sich sein Unternehmen – so Vorstandsvorsitzender Dr. Johannes Vöcking – dabei durchaus in einer Art von gesetzlicher Grauzone bewegen mag. Denn das Ausgabenportfolio für solche Art von Forschung definiert sich aus dem Gesetzeskatalog des SGB V in Verbindung mit dem des SGB IV, der im Grunde wenige bis gar keine Ansatzpunkte für Versorgungsforschung bietet.

>> Zwar hat die Bundesregierung mit der letzten Gesetzesreform den Kassen erstmals eine Art von Versorgungsforschung ins Pflichtenheft geschrieben, wenn es um die Evaluation von Disease-Management-Programmen (DMP) geht, doch damit wurde nichts genau festgelegt. „Die Politik hat im Falle der DMP nur entschieden, dass zu forschen ist“, erklärt Vöcking, womit Kassen für die eigentliche Versorgungsforschung noch lange nicht legitimiert seien. Dennoch habe die Barmer „höchstes Interesse, dieses Feld zu besetzen“. Auch darum ist Vöcking „mehr als gespannt, ob wir bei entsprechenden Ansätzen von irgendwem irgendwann auf einen bestimmten juristischen Sachverhalt hingewiesen, zurecht gewiesen oder eben auch zurückgepfiffen“ werden.

Bis dahin jedoch initiiert die Barmer durchaus Versorgungsforschungsansätze, ob nun im Bereich der Telematik, des kommenden Morbi-RSA oder – das ist das Gros – im Bereich von Gesundheitsreports, mit denen die Kasse aktive Signale geben möchte – sowohl an die Medizin, als auch an die Politik.

Eine Frage des Wettbewerbschutzes

Eine aktivere Rolle im Rahmen der Gesundheitssystemforschung indes hält Vöcking für eine einzelne Krankenkasse nicht gerade für



Dr. Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal: „Das wäre nur eine Frage der Ermächtigung.“

zielführend. „Man bekommt zwar Erkenntnisse“, weiß Vöcking nur allzu genau, „aber sitzt in erster Linie auch auf hundert Prozent der Kosten, von denen dann andere mitprofitieren“. Das sei ihm „nicht gerade sympathisch“.

Gerade im Zuge des mehr und mehr scharf geschalteten GKV-WSG würden doch Kassen mehr als früher Wettbewerber und durch die Veröffentlichung von Versorgungsforschungsstudien doch nur andere schlauer machen. Von einem im Rahmen des kommenden Gesundheitsfonds gesondert ausgewiesenen Forschungs- und

Entwicklungs-Etats, den dann die Kassen einzeln abrufen können, hält der Barmer-Chef darum auch herzlich wenig.

Auch, weil das Dilemma anders zu lösen sei, wie Vöcking, der ein Mehr an Versorgungsforschungsansätzen durchaus begrüßen würde, zu bedenken gibt: „Meine Empfehlung wäre es, eine Organisation, der eine Mehrheit der Kassen angehört, zu finden, die sich dann dieses Themas annimmt.“

Das könnte beispielsweise der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sein, der sich bereits als Koordinations-Gremium der Kassen

zu positionieren beginnt. Solches zu tun wäre nach Meinung des Doktors der Juristerei eine reine Frage der Ermächtigung: „Diese Aufgabe müsste dem Spitzenverband oder dem G-BA zugeschrieben werden.“ Was sie indes zur Zeit nicht ist. Denn im jetzigen Aufgabenkatalog – bei dem der „SpiBund“ wie alle Einzelkassen nachgerade an den § 30 des SGB IV gekettet sind – ist diese Forschungsaufgabe nun mal (noch) nicht enthalten.

Zeit dafür wäre es allemal. Denn ob mit dem zum 1. Januar 2009 scharf geschalteten GKV-WSG oder mit der Mitte des kommenden Jahres einzuführenden Telematikstruktur: Deutschland hätte alleine hier Forschungsansätze zuhauft.

Stichwort: Morbi-RSA (s.a. Seite 39). „Wir sind seit langer Zeit dabei, alle denkbaren Ansätze systematisch zu analysieren“, erklärt der Barmer-Vorsitzende. Dafür seien die entsprechenden Grouper-Zugehörigkeiten selbst geschaffen worden, mit denen ziemlich genau vorhersagbar sei, wie sich künftig verschiedenste Mechanismen auswirken werden. Vöcking, der sich jedoch bei den Ergebnissen aus Wettbewerbsgründen absolut bedeckt hält: „Hier sind wir hautnah mit der Analyse wie auch mit Folgeabschätzungen beschäftigt.“

Bei der Telematik indes könne eine Kasse wenig mehr als kommende finanzielle Dimensi-

onen kalkulieren, weil – so Vöcking – „im Grunde viel zu wenig in der Telematik drin ist“. Auch von dieser Milliarden-Einführung hält er herzlich wenig: „Wenn die elektronische Gesundheitskarte entsprechend des Testumfelds Nordrhein-Westfalen benutzt werden soll, führt man im Grunde ein Offlineverfahren mit einer Zugangskarte ein, wobei in einer bestimmten Phase sogar zwei benötigt werden, was ich für relativ inhaltsleer halte.“

Die zentrale, von der Politik absolut unbeantwortete Frage lautet jedoch, welche qualitativen Effekte die Einführung einer solchen Struktur überhaupt zeitigen würde. Wenn überhaupt: Solange das System vornehmlich auf freiwilligen Anwendungen basiere, hält er den Wirkhebel für eine bessere Versorgungsqualität allenfalls für moderat.

Auch darum erforscht die Barmer schon derzeit in einem Modellversuch die Einführung einer elektronischen Gesundheitsakte. „Wir betrachten zum einen die Ak-

zeptanz und zum anderen die Zielgruppen, die sich für ein solches Angebot interessieren“, erklärt Vöcking den Studienansatz, der eben erst angelaufen ist.

Doch schon jetzt weiß der Barmer-Chef ziemlich genau, was wohl dabei herauskommen wird: Diejenigen, die sich für eine persönliche Gesundheitsakte interessieren, sind die, die ihr Gesundheitsmanagement schon jetzt ziemlich gut im Griff haben. Diejenigen, die sie eigentlich nötig hätten, größtenteils nicht. Vöcking: „Es ist nichts schwieriger, als Menschen zu Verhaltensänderungen zu bewegen.“

Doch wenn man nicht damit beginnt, bewegt man auch nichts. Das gilt ebenso für Versorgungsforschung an sich. So hat die Barmer mit Prof. Dr. Thomas Elkeles von der Hochschule Neubrandenburg (Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, AG Sozialmedizin und Public Health) beispielsweise eine vergleichende Versichertenbefragung zur Versorgung bei Diabetes mellitus Typ 2 zwischen DMP-

Teilnehmenden und Nicht-DMP-Teilnehmenden durchgeführt. „Die ersten Erkenntnisse sind durchweg positiv, die Programme greifen“, sagt Vöcking. Doch für endgültige Aussagen sei es noch viel zu früh, denn dafür brauche es nun einmal eine wesentlich längere Zeitreihe von fünf oder gar zehn Jahren – eine Zeit, für die die Politik jedoch keine Geduld habe. „Wir haben einen relativen hohen Handlungsbedarf aufgrund welcher Parameter auch immer“, weiß Vöcking nur zu genau. „Die Politik steht unter einem immensen Druck, das System immer schneller zu neuen Dingen zu bewegen.“

Darum würden laufend Wirkungen mit immer neuen Instrumenten erzeugt, bevor überhaupt Antworten auf die Auswirkungen der ersten Intervention vorhanden seien. Umso verwunderlicher sei es, dass die Politik auf die vorhandenen theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch Folgenabschätzungen größtenteils nicht hört oder nicht reagiert. Vöcking: „Bestimmte

Kreise der Politik sind eben sehr beratungsresistent.“

Solches jedoch könne sich eine Kasse nicht leisten, die das Prinzip verfolge, seine Versicherten gut zu versorgen und die sich als Begleiter in den verschiedenen Lebenssituationen eines Menschen versteht. Wer diesen selbst gesetzten Auftrag erfüllen will, muss sich auch als Kasse anders definieren, meint Vöcking. Sein Credo: „Wir müssen mehr als bisher proaktiv agieren.“ Will heißen, dass die Barmer mehr und mehr dazu übergehen wird, Interventionszeitpunkte bei bestimmten Zielgruppen und Krankheitsbildern zu definieren und dann entsprechend – im Sinne einer besseren Versorgungsqualität – zu beeinflussen. Diese Zeitpunkte würden zur Zeit anhand der vorliegenden Daten für diverse Indikationen erforscht. Vöcking: „Liegen diese Erkenntnisse erst einmal vor, werden wir alles daransetzen, diese Interventionszeitpunkte entsprechend zu nutzen.“ <<

„Wir definieren Erfolgsqualitäten“

>> Herr Dr. Vöcking, die Barmer sitzt wie fast jede Krankenkasse auf einen Hort an Daten, nach dem sich die Zunft der Versorgungsforscher alle zehn Finger leckt. Warum lassen Sie sie nicht an Ihren Schatz?

Richtig aufgesetzte Versorgungsforschung kostet doch nicht nur ein paar Cent. Wer investiert, muss und will den entsprechenden Return bekommen. Das gilt umso mehr, als wir uns mehr und mehr in einem harten Wettbewerbsumfeld bewegen.

Die Kassen-Szene steht vor einer Zäsur. Was haben Sie getan, um sich auf den Gesundheitsfonds vorzubereiten?

Die Barmer hat begonnen, sich systematisch neu aufzustellen. Aber nicht erst mit dem GKV-WSG, sondern beginnend mit dem ersten Paradigmenwechsel der Gesundheitsreform von 1996. Schon seit damals sind die Themen Wahlfreiheit, Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im Gespräch und seitdem haben wir die damit verbundenen Geschäftsprozesse und -systeme konsequent analysiert und verbessert.

Zum Beispiel?

Es wurden Deckungsbeitragsrechnungen eingeführt, danach Costumer-Lifetime-Value-Betrachtungen und nun sind wir dabei, noch mehr in die Tiefe zu geben – bis hin zum Medicine Modelling.

Auch in die Breite? Stichwort Vollversorger?

Man sollte in einer von der Politik gewollten Wettbewerbssituation

in jede Richtung denken dürfen. Wir verfolgen im Grunde eine entsprechende Philosophie und haben bereits 2001 eine Strategie geschrieben, die damals mit „Wir managen das Netzwerk“ überschrieben wurde. Das heißt: Wir wollen unseren Versicherten eine stimmige Versorgungskette bieten – von Auskunft, Beratung und Aufklärung über Prävention, Care, Managed Care und Disease-Management-Programmen bis hin zu Reha und Wellness. Bei all dem gilt: Man muss nicht alles selbst machen, sondern das System professionell managen. Wir beschränken wir uns aber lieber auf unser Kerngeschäft, das da heißt: Wir sind die Manager des Versorgungssystems.

Wie beurteilen Sie den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg?

Wir warten mit großer Ruhe ab, welche Effekte sich einstellen werden. Weil wir bei unserem genau da nicht so zufrieden waren, haben wir ja den Hausarzt-Vertrag mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft zum Jahresende gekündigt und werden ihn neu ausschreiben. Wobei wir prinzipiell an der hausarztzentrierten Versorgung interessiert sind. Nur müssen beide Vertragsparteien ihre Pflichten und Rechte besser definieren. Wir sagen deshalb künftig ganz deutlich, dass das Geld der Leistung folgen soll und nicht umgekehrt. Doch dazu muss man erst einmal Leistung anhand von Erfolgsqualitäten definieren, an deren Einhaltung sich dann die eigentliche Honorierung zu orientieren hat. Genau diese Qualitäten werden derzeit bei der Barmer über entsprechende Forschungsansätze eruiert. <<

Patienten-, Gesundheitscoaching, Case Management

E. Schmid, J.N. Weatherly, K. Meyer-Lutterloh, R. Seiler, R. Lägél
**Patientencoaching, Gesundheitscoaching,
 Case Management**

Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen
Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für bürger-
orientierte Gesundheitsversorgung e.V. (DGbG).

Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
 2008

177 Seiten

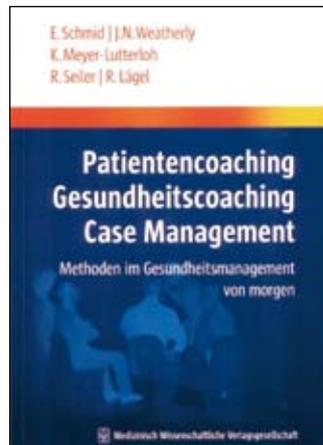
ISBN 978-3-939069-29-4

Preis: 29,95 EUR

>> Bei der Suche nach inhaltlich fokussierten und kompetenten Büchern zum Thema Case Management findet man bereits umfangreiche Literatur vor. Bei dem Themenfeld Coaching stößt man hingegen schnell an Grenzen. Hier gibt es wenig, und noch weniger Gutes im deutschsprachigen Raum zu finden. Umso erfreulicher, wenn sich ein kompetentes Team aus Praktikern des Themas angenommen hat.

Ein Band von fünf Autoren, bei dem nicht erkennbar ist, von welchem Autor welcher Beitrag verfasst wurde, ist allerdings etwas unüblich. Das Sponsoring durch drei renommierte Pharmaunternehmen zeigt, dass bestimmte Themen leider nur mit Industrieunterstützung realisiert werden können.

Im ersten Kapitel wird der Versuch einer Begründung für die Notwendigkeit von Patientencoaching unternommen, der allerdings nur ansatzweise überzeugt. Die sich anschließende thematisch definitorische Begriffsklärung und die Abgrenzung der unterschiedlichen Konzepte gelingen hingegen ganz gut. Im dritten Abschnitt werden einige Beispiele aus dem Brannenburger Modell referiert, doch bleibt man nur an der Oberfläche. Das vierte Kapitel steht unter der Überschrift „Nutzen und Aufgaben“, besser wäre hier Kosten und Nutzen gewesen; denn da bleiben die Autoren alles schuldig. In unterschiedlichen Abschnitten wird sehr vage der



überragende Nutzen von Coaching gerühmt, ohne entsprechende Belege anzuführen.

Auch die vagen betriebs- und volkswirtschaftlichen Berechnungen lassen eher Zweifel an der Seriosität aufkommen, denn Zustimmung beim Leser entstehen. Es wird mit durchschnittlich 80 Patienten oder Bürgern pro Coach gerechnet, dabei eine qualitativ hochwertige Ausbildung gefordert und dann mit einem Monatsgehalt von unter 2.000 EUR gerechnet. Wie das in der Realität des Deutschen Gesundheitswesens aufgehen soll, bleibt im Nebulösen. Die kritische Hinterfragung und Belegung der Kosten-Nutzen-Relation von Patienten- und Gesundheitscoaching wird nicht wirklich geleistet. Im siebten Abschnitt werden einzelne Praxisbeispiele ausschnittsweise dargestellt. Jedes für sich hat seine Vor- und Nachteile, keines ist wirklich geeignet, nachhaltig dem Coaching den Weg als eigenständigen Berufsbereich zu ebnen.

Abschließend wird allerdings

eine dezidierte und umfangreiche Vorbildung, Berufserfahrung und sich anschließende Weiterbildung gefordert, um sich dann auch mit breiter Brust als Coach im Gesundheitswesen etablieren zu können. Da einige der Autoren auf diesem Gebiet tätig sind, könnte der Verdacht auf eine gute Business-Idee aufkommen.

Es hätte ein gutes Buch – insbesondere zu den Themenfeldern Patientencoaching und Gesundheitscoaching – gebraucht, weniger zum Case Management. Das ist den Autoren leider nur ansatzweise gelungen. Manko: Die Abstimmung der Beiträge ist etwas mangelhaft, wodurch die Stringenz leidet. <<

Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung

Albrecht, M./Freytag, A./Gottberg, A./Storz, P.

Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung.

Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem

Aus der Reihe: Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen, Bd. 1. Hrsg.: Häussler, B./Klein, S.

Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 2008

114 Seiten

ISBN 978-3-8329-3214-5

Preis: 21,00 EUR

>> Seit 1977 gibt das IGES Institut die Schriftenreihe „Strukturforschung im Gesundheitswesen“ heraus. Dies geschah bisher überwiegend im Eigenverlag. Nun vollzieht das IGES den Schritt in die breitere Öffentlichkeit durch die Fortsetzung der Schriftenreihe im Nomos Verlag.

Mit dem vorliegenden ersten Band der Reihe haben sich die IGES-Experten dem Problem der „doppelten Facharztschiene“ im deutschen Gesundheitswesen aus unterschiedlicher und internationaler Perspektive genähert. Der „doppelten Facharztschiene“ in Praxis und Klinik wird bis heute eine nicht belegte Ressourcenverschwendung unterstellt, die sich vor allem in Aussagen wie „überflüssige und vermeidbare Doppeluntersuchungen“ manifestiert.

Bei der Einkreisung des Problems nähern sich die Wissenschaftler aus unterschiedlichen Richtungen. So wird zum einen die Veränderung der Facharztzahlen in der Praxis und Klinik untersucht sowie die Facharztdichte im internationalen Vergleich. Zum anderen werden die Kosten für die ambulante Versorgung detailliert

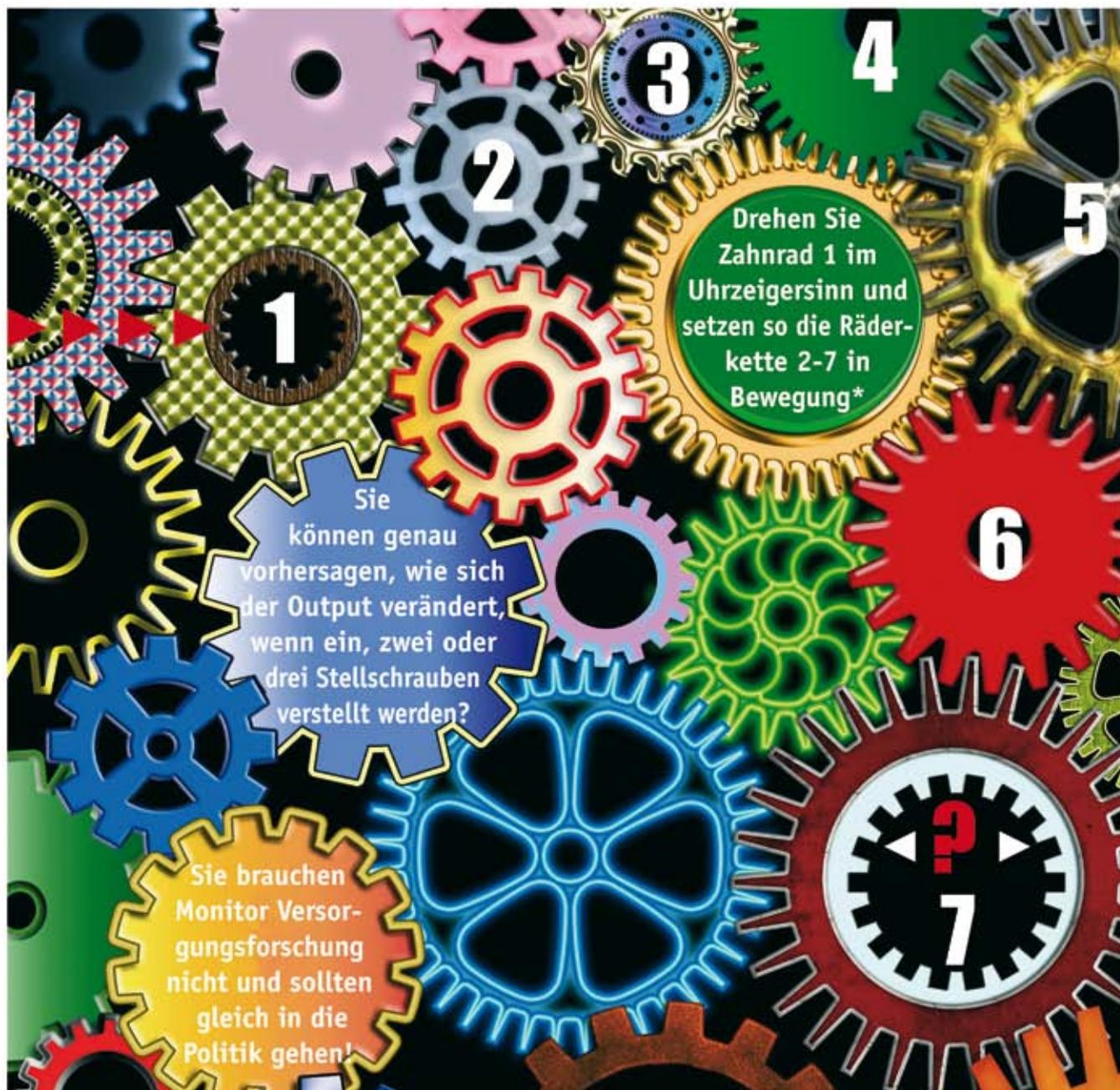
beleuchtet und wiederum einem internationalen Benchmarking unterzogen. Darüber hinaus wird dem Vorwurf nachgegangen, dass die doppelte Facharztschiene zu einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung führt.

Die IGES-Fachleute finden für keine der untersuchten Fragestellungen empirische Belege für die Verteuerung des Deutschen Gesundheitswesens durch die „doppelte Facharztschiene“.

Das kleine feine Buch räumt mit Vorurteilen und Glaubensbekenntnissen auf. Flankiert durch umfangreiche Datenanalysen sowie tief reichende internationale Literatur zum Problem wird der Leser kompetent überzeugt. <<



SIE **WISSEN**, WIE DER MOTOR DES GESUNDHEITSSYSTEMS FUNKTIONIERT



Dann **wissen** Sie auch, ob sich das Zahnrad 7 im oder gegen den Uhrzeigersinn dreht und gewinnen ein Vorzugs-Abo**

Oder Sie **abonnieren** gleich:

www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

monitor **VERSORGUNGS
FORSCHUNG**

* Auch im Gesundheitssystem drehen sich die Räder meist nicht reibungslos und blockieren sich zudem oft gegenseitig.
** Ein Jahres-Abo Monitor Versorgungsforschung: 4 Ausgaben zum Preis von 30 statt 60 EUR zzgl. Versand (6,14 EUR).
Das Gewinnspiel endet am 31.09.2008 um 24 Uhr / unter Ausschluss der Öffentlichkeit / Der Gewinn ist übertragbar.

Chefarzt, niedergelassener Kardiologe und Versorgungsforscher: Dr. med. Gregor Sauer, Duisburg

Versorgungsforschung „von unten“

Dr. med. Gregor Sauer sitzt in einem überraschend einfachen Büro – allerdings mit einem grandiosen Blick auf den Rhein. Auch wenn Türrahmen und Wände erst vor kurzem einen neuen frischen Anstrich erhalten haben, so erkennt man doch den typischen Stil eines Krankenhauses, was durchaus gewollt ist. Sauer ist ein Mensch gewordener und auch Mensch gebliebener sektorübergreifender Versorgungsansatz. Zudem einer, der seit Jahren Versorgungsforschung quasi von der Basis aus praktiziert.

>> Gregor Sauer leitet zusammen mit seinem Partner Dr. med Ralf Jordan die Klinik für kardiologische Rehabilitation und Prävention an der Rhein-Klinik, die sich – früher ein Krankenhaus der Regelversorgung und damit eines von vielen in der Region ohne Zukunftsaussichten – zu einer Rehabilitationsklinik mit weiteren Fachabteilungen für Orthopädie, Geriatrie und Dermatologie umstrukturiert hat. Das macht einen Teil seines Arbeitslebens aus. Zum anderen aber betreibt er mit seinem Kollegen seit Juli 2007 eine kardiologische Gemeinschaftspraxis – in den Räumen der Rhein-Klinik, 1. Etage, vom Aufzug aus links. Auf zur Zeit etwa 400 Quadratmetern, ein weiterer Ausbau ist bei dem sich abzeichnenden steigenden Bedarf vorgesehen, betreut er hier Patienten aus der Reha-Klinik und der Praxis in der Nachsorge nach einem Herzinfarkt oder nach Herzoperationen. Sein Ziel ist es – verstärkt – auch in der Prävention tätig zu werden; ein Anliegen, für das er durchaus gekämpft hat, damit es sowohl in der zum Katholischen Klinikum Duisburg gehörenden Rhein-Klinik als auch in seiner Praxis zum Schwerpunkt wird.

In Praxis und Klinik kümmern sich Jordan & Sauer täglich um die ärztlichen Belange der rund 60 bis 80 Patienten, während von der Klinik alle anderen Reha-Dienstleistungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Aufteilung hat sich in knapp einem Jahr schon bewährt. In den Jahren zuvor hat die kardiologische Rehabilitation an der Rhein-Klinik eher als



„Mauerblümchen vor sich hin geschlafen“, wie Sauer im Rückblick meint. Denn damals durfte ein Praxisinhaber nicht gleichzeitig an einer anderen Institution tätig sein, wodurch es auf eine strikte personelle Trennung hinauslief. Doch mit den Änderungen der entsprechenden Paragraphen im Sozialgesetzbuch und mit der Entscheidung des Klinikträgers, das wunderschön, geradezu idyllisch und zudem absolut ruhig am Rhein gelegene Krankenhaus in eine Reha-Klinik umzuwandeln, konnte Sauer beide Posten wahrnehmen;

die des Chefarztes und jene eines niedergelassenen Kardiologen in einer der Klinik per Joint Venture und freien Dienstleistungsvertrag angeschlossenen Gemeinschaftspraxis.

Dieser sektorübergreifende Versorgungsansatz ist in Deutschland noch recht selten und immer noch eine Art Modellversuch. Das liegt zum einen daran, dass die niedergelassenen Kardiologen teilweise Angst davor haben, dass ihre Aufgaben über kurz oder lang ganz von den Kliniken wahrgenommen werden. Diese Angst, so Sauer,

werde vor allem bei jenen Ärzten laut, die zum großen Teil als „Einzelkämpfer“ auf Überweisungsbasis arbeiten, meist nur rein fachärztlich tätig sind und ergänzende, weiterführende spezialisierte Aufgabengebiete, die erhöhte Investitionskosten beinhalten – unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten – nicht anbieten können.

„Das Problem ist die Struktur derjenigen, die in Deutschland für die Versorgung der Patienten zuständig sind“, sagt Sauer. Für ihn – jahrelang im Vorstand des Bundesverbandes der Niedergelas-

senen Kardiologen, und als solcher Mitglied u.a in der klinischen Kommission und heute noch Mitglied der Projektgruppe Prävention der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – ist diese Aussage durchaus eine verbale Gratwanderung, denn damit spricht er einem Teil seiner Kollegen durchaus jene Qualität ab, der eine Krankenhausstruktur zu entsprechen hat. Ein weiteres Problem ist jenes der Ökonomie. „Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein rein fachärztlich orientierter Kollege auf Dauer nur im Rahmen einer Niederlassung existieren kann“, sagt Sauer, denn diese strukturelle Trennung zwischen Praxis und Krankenhaus würden die monetären Ressourcen nicht mehr lange hergeben. Die Rechnung ist einfach: Alleine die Kostenstrukturen von Raum und Geräten sind viel günstiger, wenn sie eine Praxis mit dem Krankenhaus gemeinsam nutzen kann – wohlgerne für beide Seiten.



Die Kernfrage, und die hat Sauer schon vor über zehn Jahren zur Versorgungsforschung gebracht, lautet: „Wie kann man objektiv die Qualität einer Versorgungsstruktur messen und gegenüber einer anderen vergleichen?“ Die richtigen Antworten erhält man durch Register, bei denen zum einen die Endpunkte richtig gesetzt sind; zum anderen eine strikte Kontrolle der eingegebenen über ein Monitoring verfolgt.

Darin hat Sauer Erfahrung. Als Mitinitiator eines der ersten Versorgungsforschungsansätze, des sogenannten „QuIK-Registers“. Hier wurde primär die Qualität der Katheteruntersuchungen im ambulanten, jetzt auch zusätzlich teilweise im stationären Bereich verglichen. Das Register lebt unter anderem von drei Kernfaktoren. Zum ersten ist das die absolute Unabhängigkeit von Drittmitteln.

Zum zweiten sind das von der Basis her definierte und auch anerkannte wenige Endpunkt-Parameter, die sowohl von der Erhebung als auch von der Auswertung und dem sich daraus ergebenden Nutzwert her absolut praktikabel sind. Und zum dritten von einer gegenseitigen Kontrolle. Nach einem Zufallsprinzip besuchen sich die Mitglieder des Registers untereinander und überprüfen, ob wirklich alle Patienten und die erfolgten Einträge auch korrekt erfasst wurden. Der Vorteil dabei: Die „Kontrollure“ sehen auch andere Katheterlabore von innen und nehmen häufig auch gute Anregungen mit zurück in ihre eigenen Einrichtungen. Es erfolgt ein gegenseitiges Lernen. Sauer: „Qualitätssicherung entartet in Deutschland zu häufig zu einem Selbstzweck und wird sehr schnell so umfangreich, dass sie weder praktikabel noch nützlich ist.“

Sauers Forderung: „Qualitätssicherung muss sich auf möglichst wenig Parameter beschränken, die in der Lage sind, Prozess- und Ergebnisqualität abzubilden. Diese muss man dann abfragen und kontrollieren.“ Und: Die Studie am besten noch selbst finanzieren, wie das im „QuIK-Register“ der Fall ist – übrigens eine Idee, die auch zusammen mit seinem Lehrmeister und Mentor Prof. Neuhaus entwickelt wurde.

QuIK ist anerkannt: Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zwischenzeitlich die Methoden des QuIK-Registers längst übernommen und machen die Abrechenbarkeit von kassenärztlichen Leistungen davon abhängig, ob man sich als Arzt an diesem Qualitätssicherungsprogramm beteiligt oder nicht. So einfach kann Versorgungsforschung sein: Wer nicht mitmacht, bekommt kein Geld aus dem Solidartopf.

Im Bereich Reha hat Sauer mit seinem Partner Jordan übri-



Dr. Gregor Sauer (Jahrg. 1951)
(Facharzt Innere Medizin und Kardiologie)

Vita:

Studium der Medizin in Köln und Düsseldorf, Klinikfähigkeit in Düsseldorf, Göttingen und Essen; seit 1986 niedergelassener Kardiologe in Duisburg; Juli 1986 bis Juni 2007 Dres. Grewe, Kmoth, Sauer: 1. Praxis in Deutschland, die ambulant Koronarangiografien durchgeführt hat und seit 1992 ein Konzept zur ambulanten kardiologischen Rehabilitation mitentwickelt hat (www.cardiologie-duisburg.de); seit 2004 zusätzliche Leitung der Klinik für Kardiologische Rehabilitation und Prävention an der Rhein-Klinik in Duisburg-Beekwerth.

Mitglied in Fachgesellschaften:

Bundesverband Deutscher Internisten (BDI); Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) – 1995-2003 Vorstandsmitglied; Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK): 1995-1999 Mitglied der Kommission für Klinische Kardiologie, 1999-2003 Mitglied der Programmkommission, seit 2000 Mitglied der Projektgruppe Prävention, seit 1999 Vertreter der DGK in der Nationalen Herz-Kreislauf-Konferenz der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation und Prävention (DGPR); European Society of Cardiology (ESC).

Wissenschaftliche Tätigkeiten:

1974-1978 Mitarbeit im SFB 30 an der I. Med. Klinik B (Prof. Loogen) Universitätsklinik Düsseldorf; 1978 - 1984 Mitarbeit im SFB 91 an der Universitätsklinik Göttingen, Klinik für Kardiologie und Pulmonologie (Prof. Dr. H. Kreuzer); seit 1996 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Qualitätssicherungsprogramm zur invasiven Diagnostik (QuIK-Register); seit 1997 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Modell zur ambulanten/teilstationären Rehabilitation der Phase II (Rheinisches Modell); seit 2006 Mitentwicklung und Beteiligung an einem Qualitätssicherungsprogramm zur kardiologischen Rehabilitation (KARREE); Co-Autor mehrerer Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; Autor und Co-Autor mehrerer wissenschaftlicher Publikationen; Mitarbeit am Buch des Thieme-Verlags zur „Kardiologischen Rehabilitation“ (Hrsg. Rauch, Bönner, Held)

gens vor kurzem ähnliches angeschoben: Das „KARREE“-Register, das in Zukunft die Prozess- und Ergebnisqualität kardiologischer Rehabilitation erforschen soll. Begonnen im ambulanten Bereich soll es jetzt auch teilweise im stationären Bereich eingesetzt werden. Das ist für Sauer beileibe kein Selbstzweck, obwohl er an solchen Studien durchaus viel Spaß hat, ohne den man einen solchen zeitlichen wie finanziellen Aufwand ohne Fremdfinanzierung auch nicht schultern kann.

„Im heutigen Gesundheitssystem müssen alle Leistungserbringer mehr denn je ihren Return on Invest nachweisen“, erklärt Sauer. „Bevor uns das System irgendwelche nicht praktikablen Qualitätssicherungsprogramme auferlegt, versuchen wir das Thema doch besser selbst in den Griff zu bekommen.“

Das war und ist für ihn die Geburts- und die Sternstunde der Versorgungsforschung, die „von unten kommt“. <<

WINEG-Symposium zur Kosten-Nutzen-Bewertung

Goldstandards für Bewertungen fehlen

Am Beispiel der Diskussion zur Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) wird einmal mehr deutlich, wie wenig die Leistungsträger des Gesundheitssystems wissen. Einmal mehr wird mit den zweigeteilten Bewertungs-Modus ein Instrument eingeführt, dessen Wirkmechanismus aber auch dessen Wirkhebel weitestgehend unbekannt sind. Um etwas mehr Transparenz in die Diskussion zu bringen, veranstaltete das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) in Kooperation mit der AG Zukunft, dem Berufsverband der Sozialversicherungsärzte Deutschlands e.V. und Abbott ein Symposium zur Kosten-Nutzen-Bewertung im Haus der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin.

>> Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht unter anderem vor, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) künftig neben dem medizinischen auch den wirtschaftlichen Nutzen von Arzneimitteln bewerten wird. Womit sich die sehr kontroversen Diskussionen darüber, welche Maßstäbe das IQWiG seinen Beurteilungen zu Grunde legt, auch im Bereich der Kosten-Nutzen-Bewertung fortsetzen. Sinnvoll wäre es wohl allemal, die Prüfung der Wirtschaftlichkeit, mit denen die Versorgung von Patienten mit innovativen Arzneimitteln gewährleistet werden soll, ohne dass die Kosten explodieren, anhand von Daten durchzuführen, die von allen Beteiligten im Gesundheitswesen als gemeinsame Grundlage anerkannt werden.

Genau hier gehen die Meinungen weit auseinander. Während das IQWiG, auf dem Symposium vertreten durch Dr. Peter Kolominsky-Rabas, sich im Grunde nur vorwerfen lassen will, in den Entscheidungsprozess zu wenig nationale Expertise einbezogen zu haben, hatten die anwesenden Fachleute aus Forschung, Wissenschaft und Praxis jede Menge Einwände. Im Fokus der Kritik steht vor allem die vom Institut zur Diskussion gestellte „Analyse der Effektivitätsgrenze“, welcher sich eine Budget-Impact-Analyse anschließen soll. Hierbei geht es, so Dr. Leopold Hansen, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein,

zunächst darum, „für neue Arzneimittel und Therapien einen klinischen Nutzen im Vergleich zu etablierten, zweckmäßigen Therapien“ zu zeigen. Ist ein Zusatznutzen erkannt, soll dem ermittelten indikationsspezifischen Outcome ein Preis und somit ein Höchstbetrag zugeordnet werden, der sich – so Hansen – „an den Preisen der Mittel orientiert, die bereits in der jeweiligen Indikation am Markt etabliert sind“.

Schilys oberstes Gebot: Das Wohl des Patienten

An diesem Punkt hakt die Phalanx der Kritiker ein, der sich durchaus auch MdB Dr. Konrad Schily anschließt, wenn er fordert, dass Kosten-Nutzen-Bewertungen „kein bloßer Einsparmechanismus zur Stabilisierung eines unzureichend organisierten und finanzierten Gesundheitssystems“ sein dürften. Zudem müsste die Methodik der KNB transparenter und nachvollziehbarer gestaltet sein und eine klare Trennung von wissenschaftlicher Erkenntnis und ökonomischen Interessen dokumentieren. Schilys Placet: „Oberstes Gebot jeder Kosten-Nutzen-Bewertung muss immer das Wohl des Patienten sein.“ Das ist für Günter Danner, dem Europa-Experten der TK und stellvertretenden Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel nicht nur ein Muß, sondern nachgerade Verpflichtung im Rahmen der sogenannten „Patienten-

tenteilhaber“.

Dieser Begriff werde zwar oft dahingehend mißgedeutet, das der Patient alles selbst zu bezahlen habe, sei jedoch eine sozialrechtliche Triebfeder, ja nachgerade ein „ethisches Gebot“, das obendrein stark verbunden sei mit dem Freiheitsgrad des betreffenden Rechtssystems. Unterstützung erhält Danner hier von Dr. Stefan Etgeton, Leiter Fachbereich Gesundheit und Ernährung des Bundesverbands Verbraucherzentralen, der bei KNB als Grundlage künftiger versorgungsrelevanter Entscheidungen eine „hohe ethische Verantwortung“ einfordert. Etgeton: „Die KNB soll objektive, wissenschaftlich fundierte Kriterien und Befunde generieren, anhand derer zwischen individuellen Behandlungsanspruch und sozialer Nachhaltigkeit so vermittelt werden kann, dass dabei den Anforderungen des Fünften Sozialgesetzbuches nach umfassender Gesundheitsversorgung der einzelnen Patienten im Rahmen einer Solidargemeinschaft Rechnung getragen werden kann“.

Keine Anreize für Forschung & Entwicklung

Das bezweifeln sowohl Wulff-Erik von Borcke, General Manager von Abbott, als auch Dr. Eva Susanne Dietrich, Direktorin des WINEG (s. Interview). Für Borcke wird mit der vorliegenden Ausgestaltung der KNB mitentschieden, ob die Industrie in Zukunft „eine

Dr. Konrad Schily, MdB (FDP) und Mitglied im Gesundheitsausschuss: KNB sind kein bloßer Einsparmechanismus zur Stabilisierung eines unzureichend organisierten und finanzierten Gesundheitssystems



Dr. Peter Kolominsky-Rabas, Ressortleiter Gesundheitsökonomie des IQWiG und Vorsitzender der Kommission „Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung“ der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG): Hält den Standpunkt des IQWiG für richtig

Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender des Vorstandes der KV Nordrhein: Arzneimittelpreise an den Preisen der Mittel orientieren, die bereits in der jeweiligen Indikation am Markt etabliert sind



adäquate Vergütung für Forschung und Entwicklung erhält“, ja ob sich Forschung für pharmazeutische Firmen überhaupt noch lohnt. Borcke: „Eine Kosten-Nutzen-Bewertung bedeutet letztendlich, dass wir in Deutschland bestimmte Therapien unter Umständen nicht mehr allen Patienten, die davon profitieren, ohne zusätzliche Zahlungen des Patienten-

ten zur Verfügung stellen.“

Dies ist vor allem in der Art begründet, mit der das IQWiG die Analyse der Effektivitätsgrenze vornehmen will. Für renommierte Gesundheitsökonominnen wie Prof. Dr. Jürgen Wasem, dem (nicht auf dem Symposium anwesenden) Wortführer der IQWiG-Kritik, wird damit nur eine „Fortschreibung der Effektivitätsgrenze“ vorgenommen. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet das Bewertungs-System

nur, dass ein neues Arzneimittel, das beispielsweise zehn Prozent besser ist als der bisherige Goldstandard, nur zehn Prozent teurer sein. Dies widerspreche international in der Gesundheitsökonomie anerkannten Grundsätzen; vor allem auch, weil das heutige Preisniveau in einer Indikation in keiner Weise die Zahlungsbereitschaft in den unterschiedlichen Indikationen widerspiegelt. Wenn in einer Indikation das

Preisniveau wegen generischen Wettbewerbs „im Keller“ sei und lange nicht mehr geforscht wurde, würde es sich für Unternehmen nicht mehr lohnen, dort zu investieren.

Deswegen wurde auf dem Symposium auch mehr als einmal die Vermutung laut, dass sich Regierung und IQWiG mit der Festlegung der KNB-Struktur nur um die langwierige und harte Diskussion um „Qalys herummogeln“

möchten. Für diese Auseinandersetzung sind sowohl Politik als auch Gesellschaft noch weniger gewappnet als für die Diskussion über mögliche Auswirkungen der KNB, die wohl geringer ausfallen werden als von vielen erwartet. So liegt auch ein „Gold-Standard“ für die Ermittlung einer „Health Related Quality of Life“ - als einer der beiden Hauptfaktoren der „Qalys“ - nicht vor: alles Aufgaben für Versorgungsforschung. <<

„Steuerungseffekt gleich Null“

>> Auf dem WINEG-Symposium zur Kosten-Nutzen-Bewertung führten Sie, Frau Dr. Eva Susanne Dietrich aus, dass die zu erwarteten Auswirkungen der KNB auf Arzneimittelausgaben gering seien - unter 0,5 Prozent. Diesen minimalen Effekt errechnen Sie aus lediglich drei Arzneimitteln: Exenatid, Sitagliptin und Montelukast. Sind das wirklich alle AMs, die von KNB erfasst werden? Meinen Sie nicht, dass das IQWiG einfach mehr Mittel einsetzen wird, schon alleine um dem politischen Druck zu entgehen?

Die Zahl der pro Jahr bewerteten Arzneimittel ist in den letzten Jahren in der Tat in der Tendenz gestiegen. Die Ursache liegt jedoch eher im Engagement des Unterausschusses Arzneimittel selbst als in der Zuarbeit des IQWiG. Denn bei lediglich etwa vier Therapiehinweisen wurde auf Vorarbeiten des IQWiG zurückgegriffen.

Doch KNB sind auch nur ein Typus von vielen Steuerungselementen.

KNB werden nur eines von vielen Produkten der Bewertungen sein, die beim G-BA durchgeführt werden. Andere sind Festbeträge, Richtlinienänderungen, Therapiehinweise. Stehen KNB an, so wird man sicher auf das IQWiG zurückgreifen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie häufig die Bewertungen des G-BA dazu führen werden, dass sich eine KNB anschließt. Sollte sich die kritische Methodendiskussion (und damit Blockade von KNB) fortsetzen, werden sicherlich andere Wege gewählt werden, um die Arbeit in den gewohnten Bahnen fortzusetzen, d.h. man wird sich - wie in der Vergangenheit auch - den Themen zuwenden, wo ein effektives Arbeiten, das die Hebung von Einsparpotentialen verspricht, möglich ist. Solange die KNB nicht zum einen störungsfrei und schnell, zum anderen effektiv verläuft, wird es sich nicht rentieren, in zusätzliche Kapazitäten zu investieren.

Am Beispiel NICE zeigten Sie auf, dass durch KNB kein statistisch signifikanter Rückgang zu erzeugen ist (s. Chart). Wenn man die Kurve ab 2005 betrachtet, könnte man meinen, dass es ab dann eine Spreizung zwischen dem prognostizierten Verlauf, der oberen Grenze und dem Verschrei-

bungszahlen gibt. Ist das richtig?

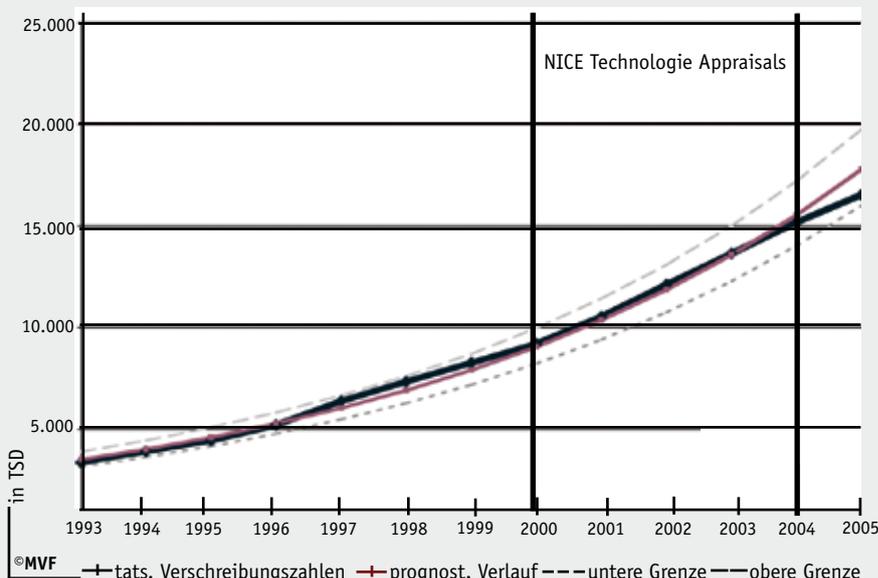
Die Spreizung am Ende der Kurve ist ausschließlich auf einen statistisch signifikanten Rückgang bei Zopiclon zurückzuführen. Nach Einschätzung von Experten aus Großbritannien war die Ursache jedoch nicht die NICE-Empfehlung, sondern vielmehr ein Bulletin des UK National Prescribing Centre aus April 2005, in dem Z-Drugs kritisch bewertet wurden.

Können Sie den Steuerungseffekt der NICE-KNB quantifizieren?

Der Steuerungseffekt war in 20 von 21 Fällen gleich Null. Für Deutschland bleibt der Effekt abzuwarten. Dass die maximalen Effekte auf die Gesamtausgaben der GKV jedoch nur gering sein werden - selbst wenn die KNB gut greifen - sollte mein Vortrag zeigen. <<



Gesamtentwicklung (1993-2005) der Verschreibungen von Arzneistoffen (n=21) in Großbritannien nach restriktiven Bewertungen durch NICE



Das Engelberg Center erforscht sechs Schlüsselbereiche für die Verbesserung des Gesundheitssystems

Katalysator für den Wandel in den USA

Wenn sich schon Deutschland wie die meisten anderen europäischen Staaten vor größte Herausforderungen gestellt sieht, ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem zu entwickeln, gilt das für Amerika erst recht. Kein Wunder, dass viele bundesdeutsche Gesundheitspolitiker gerne in die USA blicken, um sich aus „Übersee“ Ideen zu holen, denn dort ist Morgen bereits Heute. Katalysator für den Wandel des amerikanischen Gesundheitswesens ist das Engelberg Center for Healthcare Reform, eine erst im Juni 2007 von der Brookings Institution – einer der großen Denkfabriken der Vereinigten Staaten – gegründetes Forschungs- und Wissenszentrum.

>> Betrachtet man das amerikanische Gesundheitswesen, erkennt man schnell das Kernproblem: Das Gesundheitssystem kostet 16 Prozent des Brutto-Inlandsprodukts. In Deutschland sind das 10 bis 11 Prozent. Zudem sind 47 Millionen US-Bürger überhaupt nicht krankenversichert – kein anderes entwickeltes Land der Erde hat eine derartig hohe Anzahl Nicht-Versicherter. Allerdings gibt es auch eine Reihe positiver Entwicklungen, die ein Vorbild für Deutschland und Europa sein können: Experimentieren mit neuen Versorgungssystemen, viele Produktinnovationen, zunehmende Leistungstransparenz (wichtig zur Verbrauchermobilisierung), Möglichkeit mit wettbewerblichen Anreizen zu arbeiten sowie Evaluationsmöglichkeiten dieser vielen Ansätze durch eine gute Datenlage.

Das Engelberg Center soll nun Konzepte für datengetriebene praktische Lösungen erarbeiten. Dazu hat der Leiter des Zentrums, Dr. Mark McClellan – einer der einflussreichsten amerikanischen Gesundheitsexperten und hochrangiger Gesundheitspolitiker in der Regierung sowohl von Präsident Clinton als auch von Präsident Bush einen breit angelegten Austausch von Ideen ins Leben gerufen. Das erklärte Ziel: Einen Konsens über praktische Schritte zu erzielen und technische Lösungen für die Zusammenarbeit zwischen den vielfältigen Akteuren des Gesundheitssystems zu ermöglichen, die schlussendlich diese Ideen umsetzen sollen.



Die Brookings Institution residiert in Washington - ganz nah bei der Politik

Dazu konzentriert sich das Engelberg Center auf sechs Schlüsselbereiche, die entscheidend für die Verbesserung sowohl des Gesundheitssystems wie der Gesundheit des einzelnen Patienten sind:

Qualität: Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Entwicklung besserer Mess- und Berichtsmethoden zu Qualität, Kosten und Nutzen.

Finanzierung: Reform der Honorierungssysteme und Vergütungen, um Qualität und Nutzen zu fördern.

Technische Entwicklungen: Förderung moderner Instrumente, um die Versorgung schneller und effektiver zu verbessern, z.B. elektronische Gesundheitsakten, elektronische Verschreibungen

und andere IT-gestützte Technologien.

Evidenz: Schaffung besserer Evidenz, um Versorgern und Patienten bessere Entscheidungen und Entscheidungsgrundlagen zu ermöglichen.

Zugang: Förderung des Zugangs zu bezahlbarem Versicherungsschutz.

Innovation: Förderung von schnellen und effektiven medizinischen Innovationen, die die Patientengesundheit verbessern.

Qualität

Das amerikanische Gesundheitssystem ist natürlich durchaus imstande, hervorragende innovative Versorgung zu ermöglichen. Das Engelberg Center möch-

te deshalb ebenso eine treibende Kraft sein, um die Qualität durch eine Vielzahl von Partnerschaften und Aktivitäten zum Auffinden und Messen qualitativ guter Versorgung weiter zu fördern.

Eine der ersten kooperativ angelegten Initiativen ist es, die Öffentlichkeit mit Informationen für bessere Gesundheitsentscheidungen zu versorgen und Fachleuten (Ärzten, Pflegeern, Apothekern und anderen) verlässliche und aussagefähige Informationen für die Verbesserung der Versorgung zu liefern. Dazu arbeitet das Zentrum gemeinsam mit der Robert Wood Johnson Foundation daran, Gesundheitsversorger, Patientenorganisationen, Arbeitgeber, Krankenversicherungen und andere Akteure zusammenzubrin-



Dr. Mark McClellan, einer der einflussreichsten amerikanischen Gesundheitsexperten und hochrangiger Gesundheitspolitiker, leitet das Engelberg Center for Healthcare Reform

gen, bringen, um aussagefähige Informationen über Qualität und Kosten der Versorgung zu messen und konsistent und effektiv zu verbreiten und zu nutzen.

Finanzierung

Das Center will ebenso daran mitwirken, dass das amerikanische Gesundheitssystem Honorierungssysteme besser einsetzt, um die Qualität der Versorgung zu verbessern. Dabei stützt es sich auf die Beiträge und Erfahrungen einer großen Vielfalt von Akteuren und Fachleuten. Das Zentrum nutzt zum Beispiel die umfangreichen Versorgungsdaten des Dartmouth Center for Healthcare Policy Research and Reform, um neue Ansätze für eine Reform der Honorierung von Medicare Ärzten zu entwickeln. Das Zentrum entwickelt außerdem Evidenz darüber, wie Initiativen zur Präventionsförderung und besseren Koordination der Versorgung bei

chronischen Krankheiten dazu führen, dass die Qualität verbessert und Kosten gesenkt werden.

Technische Entwicklungen

In fast jeder Branche werden Technologien eingesetzt, um Produktivität und Qualität zu erhöhen und Kosten zu senken – das Gesundheitssystem hinkt dabei hinterher. Das Engelberg Center kooperiert mit zahlreichen Gruppen, um Geschäftsmodelle zu entwickeln, die die Verbreitung von standardisierten Informationstechnologien fördern, die Versorger bei der Qualitätsverbesserung und Kostenreduktion unterstützen. Dazu gehört auch Politikberatung in Schlüsselbereichen wie Datenschutz von elektronischen Gesundheitsinformationen.

Evidenz

Das Engelberg Center konzentriert sich auf eine bessere

Überwachung der Sicherheit von Arzneimitteln, wenn sie bereits auf dem Markt sind. Diese Initiative sieht die Zusammenarbeit zwischen dem privaten und dem öffentlichen Sektor vor, um schneller Informationen über Sicherheitsprobleme und den Nutzen medizinischer Technologien in der Praxis zu erhalten. Dazu gehört der innovative Gebrauch statistischer Methoden und Daten aus der Versorgungspraxis, um mehr über die Kombinationstherapien für spezielle Patientengruppen zu erfahren und darüber, wie sich gesundheitspolitische Reformen auswirken, die eine effektivere und persönlichere Versorgung fördern sollen. Durch diese Kooperationen möchte das Engelberg Center Erkenntnisse über Strategien liefern, die in der Praxis umgesetzt sind und bessere Ergebnisse liefern, indem sie anerkannte Therapien besser einsetzen.

Zugang

Im Zusammenhang des laufenden US-Wahlkampfes, in dem es unter anderem um die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes geht, setzt sich das Engelberg Center für politisch und fiskalisch tragbare Lösungen ein, um die Krankenversicherung auszuweiten und dadurch zu verbessern, dass Verschwendung minimiert und unnötige medizinische Kosten vermieden werden. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren und Politikern beider großer Parteien, um innovative Strategievorschläge für eine Reform des Gesundheitssystems insgesamt zu entwickeln.

Innovationen

Neue Technologien und wissenschaftliche Durchbrüche wie die Genom- und Proteomforschung, verbesserte Abbildungstechniken oder die Nano-Technologie versprechen eine Verbesserung der Gesundheit von

Patienten durch zielgerichtete, präventionsorientierte und effektive Versorgung. In manchen Feldern entwickeln sich diese Ansätze allerdings nur langsam und ungewiss von der Experimentierphase in die medizinische Standardpraxis. Das Engelberg Center arbeitet an einer Reihe von Kooperationsprojekten, um sichere und effektive Produktentwicklungsmethoden zu implementieren. Solche Reformen der Produktentwicklung könnten z.B. effektivere Arten der Zulassungsbestimmungen erlauben. Essenziell ist es u.a. dabei Patientengruppen zu bestimmen, die davon den wahrscheinlichsten Nutzen bei den geringsten Nebeneffekten haben.

Das Engelberg Center arbeitet mit öffentlichen und privaten Organisationen zusammen, um die Bestimmung der Sicherheit und Effektivität medizinischer Produkte vor und nach der Markteinführung zu bestimmen. Dadurch wird der Prozess verbessert, neue Therapien zu den Patienten zu bringen. Das Zentrum arbeitet ebenfalls daran, bessere Methoden zu finden, um für medizinische Therapien zu zahlen, die auf bestimmte Patientensegmente zielen.

Da viele Länder zurzeit vor ähnlichen Herausforderungen stehen und an empirisch und wissenschaftlich untermauerten Reformstrategien zur Lösung von Problemen der Gesundheitsversorgung arbeiten, ist das Engelberg Center dabei, internationale Kooperationen zur Entwicklung solcher Lösungen aufzubauen, wobei „Monitor Versorgungsforschung“ (E-Mail: roski@m-vf.de) bei der Anbahnung eines Kontakts gerne behilflich ist. <<

„Monitor Versorgungsforschung“ wird in einer der nächsten Ausgaben ein Expertengespräch mit dem Leiter des Engelberg Centers, Dr. Mark McClellan, führen, um eine mögliche Transferleistung USA-Deutschland zu forcieren.

Ist der „Sonderfall Schweiz“ wirklich ein Sonderfall?

Versorgung im kulturellen Schnittpunkt

Der in der politischen Diskussion gern zitierte Sonderfall Schweiz, findet er sich auch bei der Versorgungsforschung wieder? Einige einführende Bemerkungen zum Schweizer Gesundheitssystem.

>> Das Schweizer Gesundheitssystem ist hochentwickelt und spiegelt das föderalistische, stark vom Liberalismus geprägte System der Schweiz wider. Zentralistische, bundesstaatliche Interventionen sind bis jetzt auf ein Minimum beschränkt. Wichtige Aufgaben in der Gesundheitsversorgung werden von den Kantonen, Versicherungen und privaten Gesundheitsversorgern getragen.

Bei den 26 Kantonen der Schweiz (das Land hat insgesamt 7,5 Millionen Einwohner) handelt es sich um strukturell recht unterschiedliche staatliche Einheiten. So liegt die Einwohnerzahl der einzelnen Kantone zwischen Extremen wie mehr als eine Million (Kanton Zürich) und 15.000 (Appenzell Innerrhoden). Die Einwohnerdichte hingegen schwankt zwischen sehr dünn besiedelten Gegenden (Graubünden mit 26 Einwohnern/m²) und äußerst dicht besiedelten (5.000/m² in Basel Stadt).

Jeder Kanton hat eine eigene Verfassung und eigene gesetzgebende, vollziehende und rechtsprechende Behörden. Alle Kantone besitzen ihre eigene Regierung, und hier ist die Gesundheitsversorgung meist in den sogenannten Gesundheitsdepartementen angesiedelt. Von den 337 Schweizer Krankenhäusern sind also die meisten in kantonaler Trägerschaft.

Manche dieser „Spitäler“ sind Großinstitutionen mit 2.200 Betten (Hôpitaux Universitaires de Genève), während sich auch Spitäler mit fünf Betten (Mustair, Graubünden) halten. Mit in der Finanzierung der Spitäler stecken die Sozialversicherungen seit 2003. Zurzeit gibt es in der

Schweiz nur noch knapp 100 Krankenversicherungsgesellschaften, die aber nicht alle in allen Kantonen aktiv sind. Schwierige Behandlungen werden an Universitäts Spitälern, großen Kantons spitälern oder großen Privatkliniken durchgeführt. Dieses System der Leistungserbringer hat sich im Verlaufe der Zeit im Wesentlichen unkoordiniert entwickelt.

Nicht zu vergessen ist, dass in der Schweiz drei, mindestens aber zwei verschiedene Kulturräume aufeinander stoßen, die natürlich auch ihre Einflüsse auf die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung haben.

Auch eine Frage der Kultur

Aus entsprechenden Studien ist bekannt, dass in Frankreich und Italien z.B. der Arzneimittelkonsum wesentlich höher ist als in den nördlich der Alpen gelegenen Ländern. Die französische Schweiz (20 %) und die italienische Schweiz (6,5 %) gleichen bei vielen Eckdaten, die für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung sind, ihren jeweiligen großen Nachbarländern Italien und Frankreich. Während in der Deutschschweiz ein eher individualistisches, auf Selbstverantwortung basierendes Verhältnis zum Gesundheitswesen vorherrscht, werden in der Welschschweiz staatliche Maßnahmen im Gesundheitsbereich als wichtig und notwendig betrachtet.

In der Welschschweiz finden sich traditionell höhere Gesundheitsausgaben als in der Deutschschweiz. So weit zu einer kurzen Gesundheitsgeographie der

Schweiz. Das Bild ist aber nicht vollständig, ehe nicht ein Blick auf die rechtlichen Grundlagen geworfen worden ist.

Als 1996 der erste größere Eingriff in das Gesundheitssystem von staatlicher Seite getätigt wurde, als es nämlich zu einer obligatorischen Krankenversicherung durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) kam, übernahmen die als rein privatwirtschaftliche Unternehmen geführten Krankenkassen auch die sogenannte (obligatorische) Grundversicherung. Alle dieser Kassen sind verpflichtet, jeden aufzunehmen, der einen entsprechenden Antrag stellt. Krankenkassen können sich jedoch aus Kantonen, die in ihrer Kostenrechnung als zu „teuer“ eingestuft werden, zurückziehen. Die Grundversicherung gibt Anrecht auf einen großen Leistungskatalog; bei Krankenhausaufhalten deckt die Grundversicherung jedoch nur die Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Krankenhauses im Wohnkanton. (Ausnahmen sind durch interkantonalen Abmachungen für Sonderfälle möglich, wie z.B. Herzchirurgie oder Neurochirurgie, die auf Zentren beschränkt sind).

Diese Beschränkung auf den jeweiligen Wohnkanton fällt insbesondere bei kleinen Kantonen ohne größere Spitäler ins Gewicht oder auch bei Kantonen, die nur ein öffentliches Krankenhaus besitzen. Hier kann es zu Versorgungsengpässen kommen (Wartelisten für selektive Operationen). Die kantonalen Eigenarten gelten auch für die Tarife: Zwar ist vor einigen Jahren durch ein allgemeingültiges Tarifwerk (Tarmed) jeder medizinischen Leistung ei-



Prof. Dr. med. Bettina Borisch, MPH, FRCPATH, vom „Institut de médecine sociale et préventive“ der Universität Genf über den „Sonderfall Schweiz“.

ne gewisse Anzahl von Punkten zugeordnet, und man hat somit in der gesamten Schweiz „vergleichbare“ Arztrechnungen, nur ist aber der Punktwert von Kanton zu Kanton verschieden und dieselbe Behandlung ist also in Genf wesentlich teurer als in Appenzell.

Man kann ohne Bedenken von einem hohen Komplexitätsgrad des Schweizer Gesundheitssystems sprechen. Zusätzlich zeichnet sich das Land durch eine im Allgemeinen hohe Ärztedichte aus. Innerhalb der Schweiz ist das Gesundheitssystem ein stets politisch aktuelles Thema. Im Zentrum stehen nicht nur die Kosten, sondern auch Fragen der Qualitätssicherung und der Ausbildungsstandards für Gesundheitsberufe oder auch die Grenzen des Gesundheitssystems bei einer sich ausweitenden Komplexität.

tärmementärmedizin. Auch auf wissenschaftlicher Seite beginnen Fragen zu Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Patientenprofil vermehrt Beachtung zu finden. In diese Situation traf dann die Studie der WHO und der OECD.

Ausgaben weit über dem OECD-Schnitt

Im September 2006 veröffentlichte der WHO/OECD-Bericht über die Gesundheitssysteme der OECD-Länder, dass die Schweiz etwa 11,5 % des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit ausgibt. Damit läge sie weit über dem mit 8,8 % angegebenen OECD-Mittelwert. Zusätzlich würden nur 2,2 % der Gesundheitsausgaben für

Vorsorge aufgewendet. Eine weitere interessante Zahl aus dem OECD-Bericht besagt, dass die direkte Beteiligung der Einwohner („Out-of-pocket“) mit 1.739 \$ pro Einwohner höher ist als in jedem anderen OECD-Land. Die Selbstzahlerleistung entspricht somit 30,5% der gesamten Gesundheitsausgaben. Der größte Anteil ist durch die Versicherungsprämien bedingt, es ist aber in diesem Zusammenhang auch zu erwähnen, dass Zahnarztkosten, Schwangerschaft oder Kuren nicht von der Krankenversicherung abgedeckt sind.

Tatsächlich sind die Kosten im Gesundheitswesen der Schweiz von 1995 bis 2003 um 38 % gestiegen und damit viel schneller gewachsen als das Bruttoinlands-



produkt. Im gleichen Zeitraum sind mit 52 % die Kosten noch schneller gestiegen, die durch die obligatorische Krankenversicherung gedeckt werden.

In einem solch facettenreichen, diversifizierten System sind Ansätze der Versorgungsforschung sehr wichtig und aufschlussreich, könnten sie doch am relativ kleinen „Sonderfall Schweiz“ allgemeine Mechanismen aufdecken, die auch in größeren Systemen (z.B. Deutschland, Frankreich)

zum Tragen kommen könnten.

Wer macht in der Schweiz Versorgungsforschung? Die Antwort auf diese Frage ist nicht einfach, da auch an diesem Punkt die vielschichtige Aufteilung der Kompetenzen und Zuständigkeiten zu einem recht bunten Bild geführt hat. Ansätze von Versorgungsforschung gibt es auf rein lokaler Ebene, sie wird von verschiedenen Institutionen und Organisationen getragen und es gibt keine zentrale Einrichtung, die ausschließlich diesem Zwecke dient. <<

„Monitor Versorgungsforschung“ (MVf) wird in den folgenden Ausgaben einige der Akteure und auch der Institutionen vorstellen, die in der Schweiz in der Versorgungsforschung aktiv sind.

Dr. Harald Herholz, MPH
Kassenärztl. Ver. Hessen

>> „Ihre Zeitschrift macht einen guten, frischen Eindruck und liest sich angenehm – genau das Richtige für ein so wichtiges Thema wie Versorgungsforschung. <<

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig

>> Glückwunsch zum gelungenen Auftakt! Es ist wirklich ein gutes Heft geworden. <<

Michael Schaaf
spectrum I K GmbH

>> Versorgungsmanagement wird eine zentrale Aufgabe für die gesetzliche Krankenversicherung in den nächsten Jahren. Insofern habe ich mich sehr über die erste Ausgabe des „Monitor Versorgungsforschung“ gefreut. Ganz besonders spricht mich der sektorenübergreifende Dialog an, den ich als echten Mehrwert für unser operatives Geschäft sehe. Kurz und knapp: Ich freue mich auf die nächsten Ausgaben! <<

Jörg A. Hölzing
Roche Diagnostics

>> Glückwunsch zu diesem wirklich sehr gelungenen neuen Format. Ich bin überzeugt, dass Sie sich mit diesem Format in der relevanten Zielgruppe schnell durchsetzen werden! <<

Peter Marx
Pfizer Deutschland

>> Mit Freude haben wir die erste Ausgabe der Zeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ gelesen: Wir gratulieren Ihnen ganz herzlich zu dieser gelungenen Zeitschrift, die sich dem wichtigen Thema Versorgungsforschung annimmt. <<

Manfred Beeres
BVMed

>> Die Erstausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ ist vielversprechend: thematisch breit angelegt, gut recherchiert, interessant und nützlich. Für die Zukunft wünschen wir uns aus BVMed-Sicht (noch) mehr Themen aus der Medizintechnologie. <<

Günter Käfer – FGK Agentur für Markenführung

>> Eine Zeitschrift, auf die auch Kommunikationsfachleute gewartet haben. Hier findet die Industrie, hier finden wir eine Heimat all jener Informationen, die unser Umfeld, unsere Tagesarbeit bestimmen und die – genau das brauchen wir mehr denn je – weit über den „normalen“ Kontext Marke/Markenführung/Kommunikation hinausgehen. Danke für die vielen Anregungen und Detailinformationen. <<

Thomas Ballast
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

>> Versorgungsforschung hat einen mehrfachen Nutzen: Sie gewährleistet, dass die Patienten optimal behandelt werden, liefert praxisnahes Wissen über die Krankenversorgung und trägt zu einer besseren Steuerung des Gesundheitswesens bei. Mit Ihrer Zeitschrift greifen Sie ein zen-

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen

>> Vor mir liegt die erste Ausgabe der von Ihnen herausgegebenen Zeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ – eine Publikation mit hohem Informationswert und interessanten Beiträgen. Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Arbeit. <<



trales Thema im Gesundheitswesen auf und bieten ein Diskussionsforum. Herzlichen Glückwunsch. <<

Weitere Leserbriefe finden Sie unter www.m-vf.de/Reaktionen

Die Professoren Wasem und Häussler auf dem BVMed-Kongress zur Bedeutung von Versorgungsforschung

Wasem fordert Förderungs-Startschuss

Das noch relativ junge Gebiet der Versorgungsforschung wird für den gesamten Gesundheitsmarkt und auch für die Unternehmen der Medizintechnologie in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen. Versorgungsforschungsprojekte bieten den Vorteil, nicht nur die Wirkung von Arzneimitteln, sondern auch den Nutzen moderner MedTech-Therapien „näher an der Wirklichkeit“ zu rücken, so die Experten der Konferenz „Durch Studien über Technologien unter Alltagsbedingungen die Wissenslücken schließen“. Heiß diskutiert war auf der Veranstaltung des BVMed vor allem der Nutzen von Versorgungsforschung für Gesellschaft und Unternehmen.

>> Was bringt Versorgungsforschung überhaupt? Wem darf Versorgungsforschung etwas bringen? Die lebhafteste Diskussion auf der BVMed-Veranstaltung offenbarte eine tiefe Kluft, die Versorgungsforscher noch von jenen trennt, die entsprechende Studien in Auftrag geben und finanzieren. „Die Versorgungsforschung befindet sich in Deutschland noch im Aufbau“, konstatierte Maria Becker, Referatsleiterin für Forschungsangelegenheiten im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Sie wünscht sich, dass Forschung vom Ansatz her absolut frei zu sein sei, um wertfreie Ergebnisse erzielen zu können. Dass sich ein Ergebnis zu einem späteren Zeitpunkt amortisieren soll, ist für sie nachrangig.

Nicht indes für jene, die zu 80 Prozent Versorgungsforschungsaufträge in Deutschland in Auftrag geben, wie Professor Bertram Häussler vom renommierten IGES-Institut betont: „Das ist nun mal die Pharmaindustrie und nicht Gesellschaft oder Politik“. Rhetorische Rückendeckung bekommt er dabei von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen und Sachverständiger Mitglied im Ausschuss Medizin des Wissenschaftsrates. Der erkennt zwar durchaus an, dass die „Gesellschaft ein Interesse hat, dass geforscht wird“. Aber als Ökonom weiß er ebenso, das sich Unternehmen zu recht fragen, ob ein oder zwei Millionen innerhalb des Marketingplans für Versorgungsforschungs-Studien wohl Sinn

Prof. Dr. Jürgen Wasem (li.) und Prof. Dr. Bertram Häussler bei der BVMed-Veranstaltung „Durch Studien über Technologien unter Alltagsbedingungen die Wissenslücken schließen“.



machten. Seine Überzeugung: „Bei solchen Studien muss man näher an den Zusatznutzen als Unternehmen heran.“

Da solches aber in Deutschland gleich anrühlich ist, wie Häussler am eigenen Leibe erfahren musste und der deshalb von einer „Kultur von Aufdeckungsjournalismus unter Wissenschaftlern“ warnt, die fremdfinanzierten Studien immer und sofort Parteilichkeit unterstellen würde, fordert Wasem etwas anderes: „Wir brauchen einen neuen Förderschwerpunkt Versorgungsforschung.“

Anleihen dafür nimmt er beim Startschuss für den Förderschwerpunkt Public Health vor 15 bis 20 Jahren, der immerhin eine Fakultät in Bielefeld, einige Professoren sowie viele qualifizierte Leute erzeugt hätte. Wasem: „Das Tröpfeln der öffentlichen Hand ist unbefriedigend, wir brauchen jetzt einen Startschuss für Versorgungsforschung.“ Nur damit würde Versorgungsforschung endlich das, was es sein müsste: öffentliches Gut.

Wasem indes ist Realist genug, um Unternehmen bis zu

einem wann auch immer kommenden Startschuss anzuraten, trotzdem in entsprechende Forschungsansätze zu investieren. Jedoch vornehmlich nicht um öffentliche Güter zu erzeugen, sondern als Form des aktiven Umgangs mit gesellschaftlichen Entwicklungen.

Eine wichtige sei, dass Reimbursment-Stellen künftig mehr und mehr Daten verlangten, die weit über reine Efficacy-Fakten aus klinischen Studien hinausgehen würden – zum Beispiel zu Fragen des Zugangs, der Compliance oder der Interaktion mit anderen Innovationen. „Selbst im neuen Methodenpapier des IQWiG wird gefordert, dass bei der Kosten-Nutzen-Bewertung über klinische Studien hinausgegangen werden muss“, fügt Häussler hinzu.

Wasem indes vergleicht die Frage, ob man heute in Versorgungsforschung investieren soll oder nicht, mit dem Zeitpunkt vor zehn Jahren, als es die Industrie versäumte, gegen die Ausgestaltung der Randomized Controlled Trials ins Feld zu ziehen und heute damit leben muss. „Heute wird

darüber gejammert“, schüttelt Wasem den Kopf. Und in zehn Jahren würde sich die Industrie wieder beschweren, weil sie heute keine Versorgungsstudien durchgeführt hätte, die ihnen morgen wichtige Argumente an die Hand liefern könnten. Oder schon heute, wie Häussler ergänzt: Gerade bei den kurzwirksamen Analoginsuline sei deutlich geworden, dass entweder keine Studien oder nur solche in einer nicht akzeptablen Qualität vorgelegen hätten, die einen wie auch immer gearteten Nutzen offenbarten. „Genau das hat man den Herstellern zum Vorwurf gemacht, obwohl die Studien vor 10 bis 15 Jahren gemacht wurden“, erklärt der IGES-Chef.

Dennoch gibt Ökonom Wasem „keine Gewähr“, dass sich ein Invest in Versorgungsforschung lohnen würde. Dennoch würde er die „Wahrscheinlichkeit, dass die Industrie in einigen Jahren jammert, dass sie den Invest nicht getätigt hat, auf alle Fälle größer als Null ansehen“.

Anzuraten seien immer Studien zu Unter- und Fehlversorgung oder dann – so Häussler – wenn Versorgungsforschung zeigen könne, dass erzielbare Effekte im Versorgungsalltag größer sind als unter experimentellen Bedingungen erforschte. Dementsprechend fiel das Fazit von BVMed-Geschäftsführer Joachim M. Schmitt aus: „Gute Daten werden bedeutender bei der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und bieten bessere Argumente gegenüber der Politik und den Krankenkassen.“ <<

IWiG: Versorgungs-Rationierung eigentlich unnötig

>> Eine aktuelle Untersuchung belegt, dass eine Rationierung von medizinischen Leistungen, wie sie zuletzt auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm diskutiert wurde, nicht vordergründig notwendig ist. Die Untersuchung führte leider nicht das IQWiG, sondern das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) durch – ein An-Institut der Fachhochschule Gelsenkirchen. Das Institut konnte immerhin nachweisen, dass allein durch eine verbesserte klinische Dokumentation bis zu

3,8 Milliarden Euro Kosten in der Gesundheitsversorgung eingespart werden können.

Probleme entstehen laut IWiG in der Regel sowohl an den Schnittstellen zwischen den Versorgungsformen (Krankenhaus, Reha, Hausarzt, Facharzt u.a.) als auch innerhalb der Einrichtungen. Folgen sind Informations-, Wirkungs- und Qualitätsverluste sowie unnötige Doppeluntersuchungen. Am Ende seien Einbußen bei der Wirtschaftlichkeit kaum mehr zu vermeiden. <<



Hat bereits einen festen Platz in der Bibliothek des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln: die neue Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

Kinder mit Diabetes erhalten alle Insuline

>> Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 erhalten bis zum 18. Lebensjahr weiterhin auch kurzwirksame Analoginsuline von den Gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) teilte dies gestern dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit. Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) begrüßt die Entscheidung von Ministerin Ulla Schmid.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes Typ 1 bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bekommen

weiterhin auch kurzwirksame Analoginsuline erstattet. Das BMG widerspricht damit teilweise dem Beschluss des G-BA vom 21. Februar 2008.

Dieser empfahl, kurzwirksame Analoginsuline für Menschen mit Diabetes Typ 1 aus der Erstattung auszuschließen, solange sie teurer sind als Humaninsulin. Ausnahmen sollte es nur für Patienten geben, die allergisch auf Humaninsulin reagieren oder nur mit Humaninsulinen keine stabile Stoffwechsellage erreichen. <<

MEDICA-Förderpreis

>> Die MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V. und die Zeitschrift „kliniker“ schreiben den mit 5.000 Euro dotierten Förderpreis für interdisziplinäre Projekte in der Medizin aus. Bewerben können sich alle Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Verliehen wird der Preis an praxisrelevante, klinische Projekte, die sich im laufenden Jahr entweder durch medizinische, strukturelle oder gesundheitspolitische Aspekte fachübergreifend verbinden. <<

Gesundheitsakte umsonst

>> Das Deutsche Medizin Forum (DMF) bietet seinen Mitgliedern kostenlos eine persönliche elektronische Gesundheitsakte an. Die DMF-Gesundheitsakte wird mit dem Partner careon GmbH angeboten, ist kostenlos und enthält eine Reihe von praktischen Funktionen für den gesundheitsbewussten Nutzer. Eigene Gesundheitsdaten können in der Anwendung strukturiert hinterlegt, Medikamente online bestellt und gesundheitsbezogene Dienste zu Sonderkonditionen abonniert werden. <<

.....Im Jahr **2007** sparten die gesetzlichen
.....Krankenkassen allein durch **Generika**.....

6,5 Milliarden Euro!

Dieses Geld kommt der Versorgung aller Patienten in Deutschland zugute.

Wollen Sie mehr über die aktuelle Entwicklung im Arzneimittelmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherung wissen? Informieren Sie sich unter dem Stichwort Marktdaten auf www.progenerika.de



Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow

Der neue Hausärzte-Vertrag der AOK Baden-Württemberg – Beginn einer neuen Epoche?

„Revolution“, „Bruch des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigung“ und „neues Zeitalter im Gesundheitswesen“, „frischer Wind im System“: So reagieren die Medien auf den neuen Hausärzte-Vertrag für AOK-Versicherte in Baden-Württemberg. Nicht beteiligte Ärzteorganisationen reagieren hingegen zurückhaltend, skeptisch und abwehrend.

>> Die Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) sowie der Mediverbund Dienstleistungs GmbH haben am 8. Mai 2008 einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg nach § 73 b SGB V unterschrieben, dem auch der Deutsche Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg, und Medi Baden-Württemberg e.V. als Vertragspartner unterstützend beigetreten sind.

Der Vertrag besteht aus einem Mantelteil (allgemeiner Teil) und aus sechzehn Anlagen, die derzeit noch vertraulich behandelt werden. Im allgemeinen Teil finden sich Regelungen, wie und unter welchen Voraussetzungen Hausärztinnen und Hausärzte dem Vertrag beitreten können, welche besonderen Leistungen sie dabei im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung erbringen müssen, welche Informationspflichten ihnen dabei zukommen und auf welche Weise Hausärztinnen und Hausärzte weitere Versorgungsformen unterstützen müssen, die die AOK Baden-Württemberg mit Dritten vereinbart hat. In einem weiteren Abschnitt wird geregelt, wie die AOK-Versicherten sich bei Hausärzten einschreiben können, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Des Weiteren werden die Rechte und Pflichten von AOK, Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft und Mediverbund untereinander und nach außen geregelt.

Einzelheiten zur Vertragsdurchführung finden sich in 16 Anlagen, die sich mit der Information der Hausärzte, Qualifikations- und Qualitätsanforderungen, Aufbau und Ablauforganisation der Praxissoftware und Hardware befassen. Ferner ist dort ein AOK-Patientenpass vorgesehen. Es werden Teilnahmebedingungen der AOK an der hausarztzentrierten Versorgung detailliert geregelt. Für die Öffentlichkeitsarbeit ist eine gemeinsame Sprachregelung getroffen. Ein Pflichtenheft regelt die Obliegenheiten der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft, des Mediverbundes und der AOK. Die Datenübermittlung und die Algorithmen der Vertragssoftware werden geregelt. Es findet sich eine Schlichtungsordnung als Vertragsbestandteil. Abrechnungsprüfkriterien werden definiert. Der Einzug der Praxisgebühr wird geregelt. Das Prüfwesen ist ebenfalls Vertragsbestandteil, ferner ein Datenschutzvertrag.

Die gesamte Notfallversorgung wird vertraglich weiter über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg geregelt und dort zusätzlich zu dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung vergütet. Analoges gilt für Fremdkassenfälle, die dann entstehen, wenn Versicherte der AOK Baden-Württemberg in einem anderen Bundesland und damit außerhalb des Amtsbereiches der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg versorgt werden.

Laufzeit des Vertrags

Inkrafttreten wird der Vertrag am 1.7.2008 mit unbefristeter Dauer. Er läuft mindestens viereinhalb Jahre und ist erstmals zum 31.12.2012 kündbar. Vorher kann er nur dann beendet werden, wenn in einem zusammenhängenden Zeitraum von sechs Monaten weniger als 3.000 Hausärztinnen oder Hausärzte dem Vertrag beitreten. Konflikte werden durch einen Beirat und ein Schiedsverfahren geregelt.

Einschreibung durch Ärzte und Patienten

Nach einer Umfrage des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg haben mehr als 5.000 Hausärztinnen und Hausärzte von den insgesamt ca. 7.000 in Baden-Württemberg die Absicht, diesen Vertrag mit Leben zu erfüllen. Sie können ihre Teilnahme ab 1.7.2008 bei der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft erklären. Wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass teilnahmewillige Hausärzte das typische hausärztliche Behandlungsspektrum vollständig abdecken und gewillt sind, die vertraglich vereinbarten hausärztlichen Leistungen zu erbringen.

Für die 3,7 Millionen AOK-Versicherten ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig. Sie können unter den Ärzten auswählen, die ihre Teilnahme am Vertragssystem erklärt haben. Die Bindungsdauer der Patient-Arzt-Beziehung beträgt dann mindestens zwölf Monate. Im Ausnahmefall kann sie aus wichtigem Grund, z.B. Umzug, gekündigt werden. Versicherte übernehmen die Verpflichtung, Fachärzte nur auf Überweisung des an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arztes zu konsultieren. Ausnahmen von dieser Regel bestehen bei der Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen sowie im Notfalldienst. Versicherte haben die freie Facharztwahl, wenn sie überwiesen wurden, und ebenso freie Krankenhaus- und Apothekenwahl. Die Einschreibung beim Hausarzt ist frühestens nach zwölf Monaten kündbar.

Leistungsverpflichtungen

Dazu gehört die Beratung und Information der Versicherten, die Verpflichtung zur Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der sektorübergreifenden Versorgung. Leitlinien, die nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin erstellt worden sind, müssen in Kooperation mit Leistungspartnern aus der fachärztlichen und Krankenhausversorgung umgesetzt werden.

Die Arznei-, Heilmittel- sowie Hilfsmittelversorgung soll aktiv gesteu-

ert werden. Hierfür ist von Ärzten, die dem Vertrag beitreten, eine spezielle Praxissoftware vorzuhalten, die es ermöglicht, von Krankenkassen vorgegebene Positivlisten bei der Verordnung zu berücksichtigen.

Präventive und rehabilitative Maßnahmen müssen von teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten eingeleitet werden, wenn dies erforderlich ist.

Die teilnehmenden Ärzte sind verpflichtet, eine IT-gestützte Dokumentation nach den Standards des Vertrages zu verwenden und ihre Abrechnung sowie die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln unter Verwendung der Vertragssoftware vorzunehmen. Sie müssen an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen, die quantitativ und inhaltlich spezifiziert sind. Sie müssen ein auf hausärztliche Belange zugeschnittenes Qualitätsmanagement umsetzen und eine apparative Mindestausstattung der Praxis vorhalten.

Von montags bis freitags sind werktägliche Sprechstunden und mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für berufstätige Versicherte anzubieten.

Bei Bedarf müssen die Terminvereinbarungen zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und Fachärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern andererseits unterstützt werden.

Jährlich ist eine erweiterte Gesundheitsuntersuchung (Check-Up 35) durchzuführen und im Zusammenhang damit eine IT-gestützte Risikoanalyse für Herzinfarkt und Schlaganfall vorzunehmen. Gegebenenfalls sind Präventionsmaßnahmen zu veranlassen.

Auf Wunsch wird ein Patientenpass ausgestellt, optional elektronisch, der, wenn gewollt, vom Hausarzt geführt wird.

Verträge zwischen der AOK Baden-Württemberg und Dritten z.B. Krankenhausträgern und Versorgungsorganisationen müssen durch Ärzte, die am Vertrag teilnehmen, umgesetzt werden.

Vergütung

Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte ist sehr einfach geregelt: Es wird auf eine Einzelleistungsgebührenordnung verzichtet und stattdessen mit einem System von Pauschalen mit Zuschlägen gearbeitet:

Pauschale 1: Für eingeschriebene Patienten wird – ohne Berücksichtigung der Zahl der Arztkontakte – eine Vergütung in Höhe von 65 Euro pro Jahr bezahlt.

Pauschale 2: 40 Euro pro Quartal, wenn wenigstens ein Patient-Arzt-Kontakt stattgefunden hat.

Pauschale 3: Zuschlag für die Behandlung chronisch kranker Patienten zusätzlich zu Pauschale 2.

Daneben werden Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen z.B. für kleine Chirurgie und ergebnisabhängige Zusatzvergütungen für Management-erfolge bezahlt.

Zuschlag für Sonographie	8 Euro
Zuschlag für Kleine Chirurgie	5 Euro
Zuschlag für Psychosomatik	6 Euro
Zuschlag für qualifizierte medizinische Fachangestellte zur Chronikerbetreuung:	5 Euro



Abb. 1: System von Pauschalen

Ergebnisorientierte Vergütungen werden gezahlt für das Erreichen von definierten Zielquoten bei Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen und Arzneimittelverordnungen.

Der Vorteil dieses Vergütungssystems liegt in einer einfachen aus vier Komponenten bestehenden Pauschalvergütung. Hiermit sind Fallwerte von 80 Euro im Quartal möglich. Der aktuelle Fallwert liegt hingegen bei 53 Euro. Darüber hinaus wird die Vergütung von einem Punktwertsystem auf die Trias nach Donabedian umgestellt; denn es werden die Struktur-, die Prozess und auch die Ergebnisqualität honoriert. Das ist in der Medizin nicht ganz einfach, aber sicherlich sinnvoller als eine Punktwert- oder Euro-Systematik der Vergütung.

Es gibt kein Praxisbudget mehr, Honorar fließt bei jedem Patienten. Auch eine Abstufung und Regresse gibt es nicht mehr. Im Prinzip ist die Abrechnung auf einem Bierdeckel möglich.

Refinanzierung

Die Refinanzierung der Mittel (Experten schätzen das Honorarvolumen auf 200 Mio. Euro im ersten Vergütungsjahr; danach ansteigend auf über 800 Mio. Euro) für die Durchführung dieses Vertrages durch die AOK Baden-Württemberg erfolgt durch Bereinigung des bisher von der AOK Baden-Württemberg an die KV Baden-Württemberg gezahlten Honorares. Jeder Versicherte, der von der KV-Versorgung in die hausarztzentrierte Versorgung wechselt, nimmt seinen Honoraranteil, der bisher der Kassenärztlichen Vereinigung zufließt, in die hausarztzentrierte Versorgung mit. Eine weitere Finanzierungsquelle ergibt sich auf Grund der erwarteten Einsparungen durch sparsamere Inanspruchnahme fachärztlicher- und Krankenhausleistungen sowie durch konsequente Anwendung, der von der AOK Baden-Württemberg für die Praxis-EDV zur Verfügung gestellten Positivlisten.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass von den gut 7.000 Hausärztinnen und Hausärzten in Baden-Württemberg an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung wahrscheinlich nur etwas mehr als 5.000 Hausärztinnen und Hausärzte teilnehmen werden.

Die Minderheit der nicht am Vertrag Teilnehmenden können ihre Leistungen ganz oder teilweise weiter über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. Diese sind jedoch sehr oft in Teilbereichen wie z.B. der Psychotherapie, Physiotherapie, Anthroposophie, Homöopathie und in wenig standardisierten Naturheilverfahren tätig.

Leistungen, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sind nicht Bestandteil der hausarztzentrierten Versorgung. Vergütungsanteile, die bisher für nicht standardisierte Leistungen durch die KV bezahlt werden, sollen in der hausarztzentrierten Versorgung zur Finanzierung des Leistungsstandards mit herangezogen werden. Andererseits ist es im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit jeder Hausärztin und jedem Hausarzt möglich, im Rahmen der pauschalierten Vergütung Patienten auch mit Naturheilverfahren zu versorgen. Künftig entfallen aber Marketingeffekte, die von den nicht standardisierten Versorgungsbereichen ausgegangen sind.

Patientinnen und Patienten sind künftig bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt eingeschrieben. Parallelinanspruchnahmen mehrerer Ärzte, z.B. zur Parallelinanspruchnahme von Naturheilmethoden oder Außenseitermethoden sind künftig nicht mehr möglich; es sei denn, Patientinnen und Patienten finanzieren diese selber.

Reaktionen und Kommentare

Ulrich Weigelt, der Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, begrüßte den Vertragsabschluss anlässlich der Pressekonferenz am 8.

Mai 2008 und äußerte seine Genugtuung, dass ein Vertrag gelungen sei, der die Hausärzte nicht nach Punkten, sondern in Euro bezahle, und zwar im Durchschnitt mit 78 Euro pro Quartal. Dies bedeute eine Honorarsteigerung, während ohne diesen Vertrag mit Inkrafttreten des Gesundheitsfonds eine Honorarabsenkung zu befürchten gewesen wäre. Honorarregresse seien wegen der Pauschalvergütung künftig nicht mehr möglich. Im Übrigen verzichte der Vertrag auf Mengenbegrenzungen bei hohen Patientenzahlen wie sie bei Landärzten üblich seien. Demgegenüber staffele die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in solchen Fällen sehr oft das Honorar nach unten. Die Gefahr von Regressforderungen bei der Medikamentenverordnung sieht Weigeldt als minimal an, weil Ärzte die Möglichkeit hätten, die von der Krankenkasse vorgegebene Positivliste auch tatsächlich umzusetzen. Aufwendungen für Bürokratie im Praxisalltag werden durch intelligente Praxissoftware und durch Zeit sparende Managementprozesse gesenkt. Damit sei endlich mehr Zeit für die Patienten vorhanden.

Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, bezeichnete den 8. Mai als „großen Tag im deutschen Gesundheitswesen“. Der Vertrag biete die Chance, die Beziehungen von Ärzten und Krankenkassen auf eine ganz neue Basis zu stellen, man habe aus gescheiterten Verträgen gelernt. Weniger Bürokratie und „kein Hams-terrad im Hinterkopf“ seien entscheidende Vorteile. Die Entspannung werde sich positiv auf die Patienten auswirken. Gleichwohl habe man sich an einem hohen Hausarztstandard orientiert. Im Übrigen werde der Datenschutz gewahrt. Die Krankenkasse werde ihren Steuerungsbedarf durch aggregierte anonyme Daten sicherstellen.

Dr. Christopfer Hermann, Hobergs Vorstandskollege, ergänzte die Ausführungen: „Wir stoßen in eine neue Welt vor; verlassen die alte Welt, wo Ärzte mit immer mehr Verdruss arbeiten.“ Wir kommen „raus aus der Controlletti-Mentalität, die wir alle angerichtet haben; raus aus der Misstrauenskultur. Wir gehen das Bürokratiemonster an.“

Dr. Werner Baumgärtner, der Medivorsitzende, erklärte weniger überschwänglich und eher sachlich: „Ich bin froh, dass dieser Vertrag zustande gekommen ist.“ „Die AOK setzt damit auf die freiberufliche Ebene; das ist in diesen Zeiten keine Selbstverständlichkeit.“ „Ich freue mich, dass der Hausärzteverband und Medi zusammengekommen sind; vielleicht auch ein Zeichen für die übrige Republik.“

Verschiedene Ärzteverbände reagierten kritisch. Dr. Kuno Winn, Vorsitzender des Hartmann-Bundes, sieht eher Risiken. „Vieles, was sich in diesem Vertrag wiederfindet, ist in der Vergangenheit stets gemeinsam als Alarmsignal für den Versuch von Politik und Kassen bewertet worden,

in die Therapiehoheit des Arztes einzugreifen.“ So gehe es bei Fragen der IT-Anbindung der Praxis an die Kasse wesentlich darum, das Vertrauen der Patienten zu erhalten. Es dürfe kein Hauch von Bereitschaft gezeigt werden, Grundsätze ärztlichen Handelns zugunsten einer scheinbar greifbareren Honorierung zu opfern.

Dr. Hansen, Vorsitzender Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, bewertete den Vertrag als Misserfolg. Was dort als Erfolg dargestellt werde, sei im Bereich der KV Nordrhein längst erreicht. Die Honorierung von bis zu 80 Euro pro Fall und Quartal sei nicht beeindruckend. Solche Honorare könnten in Nordrhein durch Disease-Management-Programme, Präventionsleistungen und Hausarztverträge ebenfalls erreicht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht den Vertrag als klares Signal gegen das System der kassenärztlichen Vereinigungen. Die Aufgabe von KBV und KVen bestehe nun darin, darüber zu informieren, was dieser Vertrag für die Patienten und die Ärzte bedeutet.

Fazit

Der Vertrag verfolgt das Ziel, die Finanzierung der Versorgung und die Leistungen aus einer Hand zu steuern. Vorbild sind die Health Maintenance Organizations (HMOs) in den USA, insbesondere Kaiser Permanente, in denen sich dieses Managementprinzip bewährt hat. Es wird in Deutschland seit zwei Jahren durch die Bertelsmann Stiftung propagiert. Letztere hat mehrere Seminare für Führungskräfte der gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringer veranstaltet, in denen die Erfahrungen aus USA vermittelt wurden.

Wettbewerb ohne Kritik sollte man nicht erwarten. Jetzt ist es an der Zeit, sachlich die Ergebnisse zu beobachten. Ein weiteres spannendes Feld für die Versorgungsforschung. Hier sollte man nicht dieselben Fehler machen wie bei der Evaluation der Disease Management Programme bei denen auf eine vergleichende Evaluation verzichtet wurde. Es wird von großem Interesse sein, wie sowohl Ärzte als auch Patienten mit der neuen Versorgungsform zufrieden sein werden, ob die verpflichtende Einschreibung und Bindung an einen Hausarzt die Akzeptanz auf Patientenseite beeinträchtigt, ob das schlanke Vergütungskonzept mehr Zeit für die Patientenbetreuung freisetzt, ob die Honorierung der Prozess- und Ergebnisqualität wirklich zu einer besseren Patientenversorgung führen wird. Viele Fragen der Versorgungsforschung werden den innovativen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung begleiten und erst die Antworten darauf lassen ein Urteil zu, ob die Akteure ihre Ziele auch wirklich erreicht haben. <<

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Honorarprofessor am Fachbereich 11 Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt „Öffentliche Gesundheit, Gesundheitsmanagement“ / Jahrgang 1941

1989 - 1993 Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,

1993 - 2003 Vorsitzender des Berufsverbandes der Allgemeinärzte Deutschlands BDA-Hausärzteverband e. V.

2003 - 2006 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Disease Management e. V.

Publikationen zu neurophysiologischen, allgemeinmedizinischen, arzneimittelpolitischen, ärztlich/berufspolitischen Themen sowie zu Fragen der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen.

Kontakt: kossow@kossow.com



Roland Windt
Prof. Dr. Gerd Glaeske
Falk Hoffmann MPH

Lässt sich Versorgungsqualität bei Asthma mit GKV-Routinedaten abbilden?

GKV-Routinedaten werden in den letzten Jahren vermehrt genutzt, z.B. um die Versorgungsqualität bei chronischen Erkrankungen zu analysieren. Das ist nicht unproblematisch.

>> Asthma bronchiale ist mit rund 4 Millionen Betroffenen eine Volkskrankheit von hoher Public Health-Bedeutung und erheblicher sozioökonomischer Relevanz. Dies zeigt sich beispielsweise auch in der Etablierung einer Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL), für die bisher außer Asthma nur drei weitere Erkrankungen ausgewählt worden sind (COPD, Typ-2-Diabetes, KHK) oder an der Einführung von deutschlandweiten Disease Management Programmen (DMP) mit Anbindung an den Risikostrukturausgleich. Diese Instrumente sind ausschließlich versorgungsrelevanten Erkrankungen vorbehalten.

Asthma zählt zu den chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen. Merkmale sind eine variable Atemwegsverengung (Obstruktion) und eine Übererregbarkeit des Bronchialsystems gegenüber exogenen oder endogenen Stimuli. Man unterscheidet allergisches (extrinsisches) Asthma, nicht-allergisches (intrinsisches) Asthma und Mischformen. Die Symptomatik kann Atemnot, Giemen, Brustengegefühl und Husten umfassen. Häufig treten die Beschwerden anfallweise, oft nachts oder in den frühen Morgenstunden auf (NVL Asthma 2008). Differenzialdiagnostisch von Asthma abzugrenzen ist vor allem bei älteren Patienten die chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Es handelt sich dabei um eine klassische „Raucher-Krankheit“, die auf einer chronischen Bronchitis und/oder einem Lungenemphysem basiert. Typische Symptome sind chronischer Husten, Auswurf und eine (anfangs) belastungsabhängige Atemnot. Im Gegensatz zum Asthma liegt bei der COPD eine progrediente, auch unter Medikamentengabe nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion vor. Während Asthma häufig bereits im Kindesalter erstmalig auftritt, wird COPD oft erst in der 5. oder 6. Lebensdekade diagnostiziert (NVL COPD 2008).

Für die Versorgungsforschung, für die Qualitätssicherung sowie als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen ist es oftmals notwendig, eine Gruppe von Patienten mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. Asthmatiker, zu identifizieren und Informationen über deren Versorgungsqualität zu gewinnen (Rector et al. 2004). International werden für solche Fragestellungen zunehmend administrative Datenbanken eingesetzt. Auch für Deutschland liegen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfangreiche gesundheitsrelevante Informationen vor, die im Rahmen der Leistungserbringung

Abstract

Asthma ist eine chronische Erkrankung mit erheblicher Public-Health-Relevanz und eine der vier Krankheiten, für die Nationale Versorgungs-Leitlinien (NVL) existieren. Um aktuelle Daten über den Gesundheitszustand und die Behandlungsintensität bestimmter Patientengruppen zu gewinnen, scheint sich die Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als eine kostengünstige und einfach zugängliche Möglichkeit anzubieten. Doch hier ist auch Vorsicht geboten: So sollte die Analyse zur Versorgung von Asthmatikern auf einer möglichst validen Identifikation der Zielpopulation basieren. Im folgenden Beitrag wird daher zunächst die Selektion über Routinedaten im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie im Vergleich zu Ergebnissen von Primärerhebungen und der zusätzlichen Verwendung ambulanter Diagnosedaten diskutiert. Anschließend wird thematisiert, inwieweit sich der Schweregrad der Erkrankung über Routinedaten der GKV abbilden lässt. Die Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass zunächst die Güte und „Belastbarkeit“ dieser Strategien in Validierungsstudien untersucht werden sollte, um zu vertretbaren Aussagen zu kommen.

Schlüsselbegriffe

Asthma; Versorgungsforschung; Pharmakoepidemiologie
Routinedaten; Gesetzliche Krankenversicherung; Versorgungsqualität; Validierungsstudien

bzw. Kostenerstattung routinemäßig elektronisch erhoben werden. Sie werden originär zum Zweck der Abrechnung generiert und können nachfolgend für die wissenschaftliche Forschung genutzt werden. Solche Routinedaten bilden die alltägliche Versorgung einer größeren Population ab, die auch Personen wie Kinder oder Ältere enthält, über deren Versorgungssituation ansonsten wenig bekannt ist. Die Daten stehen zeitnah zur Verfügung und ermöglichen kostengünstige Analysen. Idealerweise können verschiedene Leistungsbereiche personenbezogen, aber pseudo-anonymisiert verknüpft werden. Die Informationen liegen im Längsschnitt über einen längeren Beobachtungszeitraum vor. Nicht ohne Grund wird in letzter Zeit immer wieder die Forderung laut, solche Routinedaten auch in Deutschland vermehrt für Forschungszwecke zu nutzen (z.B. Hasford et al. 2004; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007: Abschnitt 5.2.4.3). Allerdings sind trotz der zahlreichen Vorteile dieser Daten mit ihrer Nutzung auch Limitationen verbunden. Der mit Routinedaten arbeitende Forscher hat keinen Einfluss auf die Erhebung der Daten, deren Umfang und die Qualität ihrer Dokumentation. Die umfangreichen und komplexen Routinedaten der GKV „sprechen“ die Sprache der Abrechnung und müssen für die jeweilige Fragestellung erst in sinnvolle Informationen übersetzt werden (Schneeweiss 2007). Somit muss die Nutzbarkeit dieser Daten in Abhängigkeit von der zu untersuchenden Fragestellung beurteilt werden.

In diesem Beitrag soll darüber diskutiert werden, inwieweit Routinedaten der GKV zur Identifikation von Patienten mit Asthma und zur Analyse der Versorgungsqualität bei diesen Patienten geeignet sind.

Leitlinienkonforme Therapie bei Asthma

In den aktuellen deutschen Leitlinien findet man ein auf Schweregraden basierendes Therapie-Stufenschema (siehe Tabelle 1). Die Schweregrade „intermittierend“ (Stufe 1), „geringgradig persistierend“ (Stufe 2), „mittelgradig persistierend“ (Stufe 3) und „schwergradig persistierend“ (Stufe 4) werden über die Symptomatik und die Lungenfunktion definiert. Sämtliche Therapieempfehlungen heben seit Jahren die Bedeutung der inhalativen Glucocorticoide (ICS) als Entzündungshemmer hervor. Sie sind Mittel der ersten Wahl für die Basisbehandlung des Asthma bronchiale ab der Schweregrad-Stufe 2. Bei Patienten mit Schweregrad 3 und 4 ist eine Therapieintensivierung vorgesehen, z.B. die Erhöhung der ICS-Dosis oder das Hinzufügen weiterer Basistherapeutika. Ab Stufe 4 können gemäß Leitlinienschema auch die oralen Glucocorticoide zum Einsatz kommen. Für den akuten Bedarf sind in erster Linie die inhalativen raschwirksamen Beta-2-Sympathomimetika angezeigt, und zwar bereits ab Schweregrad-Stufe 1. Die Behandlung beginnt auf der Stufe, die dem augenblicklichen

Grad der Krankheitskontrolle“ (kontrolliert, teilweise kontrolliert, nicht-kontrolliert) mit fünf Behandlungsstufen ersetzt (GINA 2006). Dort spielt die ursprüngliche Schweregrad-Einteilung keine Rolle mehr. Beabsichtigt ist eine noch flexiblere Medikamentenanpassung an den aktuellen Grad der Krankheitskontrolle. Für die hier folgende Analyse wird jedoch das klassische Schweregrad-Schema zugrundegelegt.

Identifikation von Patienten mit Asthma über Arzneimittel

Zur Identifikation von Personen mit Asthma aus Routinedaten scheint es zunächst naheliegend, eine Selektion über krankheitsspezifische Medikamente durchzuführen. Ein solches Vorgehen wurde auch von Stock et al. (2005) gewählt, um die Prävalenz und die Krankheitskosten von Asthma in Deutschland zu ermitteln. Für die Erhebung wurden personenbezogene Routinedaten zu Arzneimitteln und stationären Leistungen für den Verlauf eines Jahres von 6 großen deutschen Krankenversicherungen genutzt. Asthmatiker wurden über die Verordnung von inhalativen Beta-2-Sympathomimetika (anatomisch-therapeutisch-chemischer (ATC)-Code: R03AC) oder inhalativen Glucocorticoiden (ATC-Code: R03BA) identifiziert. Personen, die einen Krankenhausaufenthalt mit der Diagnose COPD hatten, wurden von der Analyse ausgeschlossen.

Die so ermittelte Asthmaprävalenz betrug 6,34 %. Der Peak der Verteilung war bei Kleinkindern zu finden und reichte bei Jungen bis 25 % bzw. bei Mädchen bis etwa 17 %. Ab dem Alter von 4 Jahren fallen die Prävalenzen und steigen ab dem Lebensalter von etwa 50 Jahren für beide Geschlechter wieder an. Aus der Gruppe von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren litten demnach 11,8 % der Jungen und 9,2 % der Mädchen an Asthma. Die gefundenen Einjahresprävalenzen sind in der Untersuchung von Stock et al. (2005) auffällig höher als die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), der für Jungen im Alter von 0-17 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von lediglich 5,5 % und bei Mädchen von 3,9 % ermittelte (Schlaud et al. 2007). Am KiGGS haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen

Städten und Gemeinden teilgenommen. Die Studie wurde zwischen Mai 2003 und Mai 2006 durchgeführt. Informationen zu Asthma wurden durch ein ärztliches Interview des begleitenden Elternteils gewonnen („Hat ein Arzt jemals bei Ihrem Kind Asthma festgestellt?“). Betrachtet man die Einjahresprävalenz von Asthma aus dieser Untersuchung, waren 3,4 % der Jungen und 2,5 % der Mädchen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung von Asthma betroffen, also deutlich weniger als von Stock

Schweregrad	Symptome	Lungenfunktion	Bedarfstherapie	Dauertherapie
1 intermittierend	tagsüber: < 1x/ Woche, nachts: ≤ 2x/Monat, dazwischen asymptomatisch	FEV ₁ oder PEF ≥ 80% vom Sollwert, PEF-Tagesvariabilität < 20%	raschwirkende Beta-2-Sympathomimetika, inhalativ (z.B. Salbutamol)	Keine
2 geringgradig persistierend	tagsüber: >1x/Wo und < 1x/Tag, nachts: > 2x/Monat	FEV ₁ u. PEF ≥ 80% vom Sollwert, PEF-Tagesvariabilität 20-30%		ICS in niedriger Dosierung (z.B. Budesonid ≤ 400 µg/d)
3 mittelgradig persistierend	täglich, nachts: >1x/ Woche, tägliches Bedarf an inhalativen raschwirksamen Beta-2-Sympathomimetika	FEV ₁ u. PEF 60-80% vom Sollwert, PEF-Tagesvariabilität > 30%		ICS (bis mittlere Dosis) + LABA (z.B. Budesonid + Formoterol) oder alternativ zu LABA höhere ICS-Dosis oder Montelukast oder retardiertes Theophyllin oder orale LABA
4 schwergradig persistierend	anhaltend täglich, hohe Intensität, häufige Anfälle, oft nächtliche Symptome, körperliche Aktivität eingeschränkt	FEV ₁ u. PEF ≤ 60% vom Sollwert, PEF-Tagesvariabilität > 30%		CS (hohe Dosis) + LABA + mind. 1 weiteres „Add-On“, wie z.B. orale Glucocorticoide (z.B. Budesonid + Formoterol + Prednisolon)

Tabelle 1: Stufenschema der Asthma-Therapie nach Schweregraden für Erwachsene (nach NVL Asthma 2008)

Abkürzungen: FEV₁=Einsekundenkapazität (maximal expirierbares Atemvolumen in einer Sekunde); PEF=Expiratorischer Spitzenfluss (maximal erreichbare Atemflussrate); ICS=inhalative Glucocorticoide; LABA=langwirksame Beta-2-Rezeptor-Agonisten

Schweregrad entspricht. Eine Therapiedeeskalation („Step-down“) wird empfohlen, falls die Asthmakontrolle über 3 Monate hinweg optimal war. Bei unvollständiger Kontrolle ist entsprechend eine Therapieeskalation („Step-up“) angezeigt.

Die „Behandlung nach Schweregrad“ der aktuellen nationalen Leitlinien wird möglicherweise komplett durch das bereits 2006 in der internationalen GINA-Leitlinie vorgestellte Konzept „Behandlung nach dem

et al. (2005) auf der Basis von Routinedaten ermittelt wurden (Jungen: 11,8 % vs. Mädchen: 9,2 %). Bei Erwachsenen bis zum Alter von etwa 50 Jahren fanden sich bei Stock et al. (2005) stabile Prävalenzen bis ca. 5 %, danach stieg der so identifizierte Anteil der Asthmatiker bei beiden Geschlechtern nahezu stetig auf bis zu 10 % bzw. 15 % an. Auch diese Werte liegen, obwohl es sich um Einjahresprävalenzen handelt, deutlich höher als die Lebenszeitprävalenz aus entsprechenden Befragungen. Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 (GSTel03), dem eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen deutschen Wohnbevölkerung zugrunde lag (n=8.318), fand Lebenszeitprävalenzen von 5,3 % bei Männern und 6,1 % bei Frauen (Hoffmann 2007). Der GSTel03 wurde zwischen September 2002 und März 2003 durchgeführt und auch in dieser Querschnittsstudie wurde, wie im KiGGS, nach ärztlich diagnostiziertem Asthma gefragt („Wurde bei Ihnen jemals Asthma bronchiale von einem Arzt festgestellt?“). Auch in der Gruppe von Personen im Alter von 75 Jahren und älter wurden „lediglich“ Prävalenzen von 5,3 % bei Männern und 5,0 % bei Frauen gefunden.

Es stellt sich insgesamt die Frage, warum so auffällig unterschiedliche Ergebnisse bei der Asthmaprävalenz zwischen repräsentativen Bevölkerungsumfragen und einer Selektion über Arzneimittel aus GKV-Routinedaten gefunden wurden. Diese zunächst unplausibel erscheinenden Differenzen erklären sich vor allem dadurch, dass die Identifikation von Asthmatikern über Medikamente nicht als trennscharfer Indikator für Asthma anzusehen ist. Dies zeigt beispielsweise die Studie von Pont et al. (2002). Die Autoren untersuchten computerisierte Patientenak-

ten aus einem niederländischen Hausärztnetz über den Zeitraum von einem Jahr (Januar-Dezember 1997). Nur Personen im Alter von 18 bis 49 Jahren wurden eingeschlossen, um die Wahrscheinlichkeit anderer Erkrankungen (z.B. COPD, Heuschnupfen) zu minimieren, die eben-

Diagnose	Inhal. kurzwirk-same Bronchodilatoren	Inhalative Glucocorticoide
Asthma	319 (70,9%)	261 (78,6%)
Dyspnoe	31 (6,9%)	8 (2,4%)
Akute Bronchitis	34 (7,6%)	20 (6,0%)
COPD	19 (4,2%)	16 (4,8%)
Heuschnupfen	15 (3,3%)	7 (2,1%)
Andere	32 (7,3%) ¹	20 (6,0%)
Gesamt	450 (100,0%)	332 (100,0%)

¹ in der Originalarbeit addieren sich die Summen nicht auf 450 bzw. 332 wie angegeben, sondern auf 451 bzw. 335, der Restbetrag wurde hier bei „andere“ abgezogen bzw. dazugaddiert

Tabelle 2: Indikationen für die Verordnung von Antiasthmatica und Anzahl Personen mit Verordnungen bei 18 bis 49-Jährigen (aus Pont et al. 2002)

Literatur

Dombkowski K.J./Wasilevich E.A./Lyon-Callo S.K. (2005): Pediatric asthma surveillance using Medicaid claims. In: Public Health Rep, 120(5): 515-24.

Glaeske G./Janhsen K. (2007): GEK-Arzneimittel-Report 2007. St. Augustin: Asgard.

Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2006): Global Initiative for Asthma (GINA). www.ginasthma.com (Guidelines) (abgerufen am 10. April 2008)

Hasford J./Schubert I./Garbe E./Dietlein G./Glaeske G. (2004): Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. St. Augustin: Asgard.

Himmel W./Hummert-Pradier E./Schumann H./Kochen M.M. (2001): The predictive value of asthma medications to identify individuals with asthma - a study in German general practices. In: Br J Gen Pract, 51(472): 879-883.

Hoffmann F. (2007): Prevalence of asthma among German adults: analysis of the German National Telephone Survey. In: J Asthma, 44(6): 433-6.

Hoffmann F./Andersohn F./Giersiepen K./Scharnetzky E./Garbe E. (2008): Validierung von Sekundärdaten. Grenzen und Möglichkeiten. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (zur Publikation angenommen).

Huzel L./Roos L.L./Anthonisen N.R./Manfreda J. (2002): Diagnosing asthma: the fit between survey and administrative database. In: Can Respir J, 9(6): 407-412.

Marklund B./Tunsater A./Bengtsson C. (1999): How often is the diagnosis bronchial asthma correct? In: Fam Pract, 16(2): 112-116.

Montemery P./Hansson L./Lanke J./Lindholm L.H./Nyberg P./Lof-dahl C.G./Adelroth E. (2002): Accuracy of a first diagnosis of asthma in primary health care. In: Fam Pract, 19(4): 365-368.

NVL Asthma (2008): Nationale Versorgungsleitlinie Asthma. Version 1.5. www.versorgungsleitlinien.de (Letzter Zugriff: 10.05.2008)

NVL COPD (2008): Nationale Versorgungsleitlinie Asthma. Version 1.6. www.versorgungsleitlinien.de (Letzter Zugriff: 10.05.2008)

Pont L.G./Denig P./van der Molen T./van der Veen W.J./Haaijer-Ruskamp F.M. (2004). Validity of performance indicators for assessing prescribing quality: the case of asthma. In: Eur J Clin Pharmacol 59 (11): 833-40.

Pont L.G./van der Werf G.T./Denig P./Haaijer-Ruskamp F.M. (2002): Identifying general practice patients diagnosed with asthma and their exacerbation episodes from prescribing data. In: Eur J Clin Pharmacol, 57(11): 819-825.

Rector T.S./Wickstrom S.L./Shah M./Thomas Greenlee N./Rheault P./Rogowski J./Freedman V./Adams J./Escarce J.J. (2004): Specificity and sensitivity of claims-based algorithms for identifying members of Medicare-Choice health plans that have chronic medical conditions. In: Health Serv Res, 39 (6 Pt 1): 1839-57.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Gutachten 2007).

Schlaud M./Atzpodien K./Thierfelder W. (2007): Allergische Erkrankungen Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (5-6): 701-10.

Schneeweiss S. (2007): Developments in post-marketing comparative effectiveness research. In: Clin Pharmacol Ther, 82(2): 143-156.

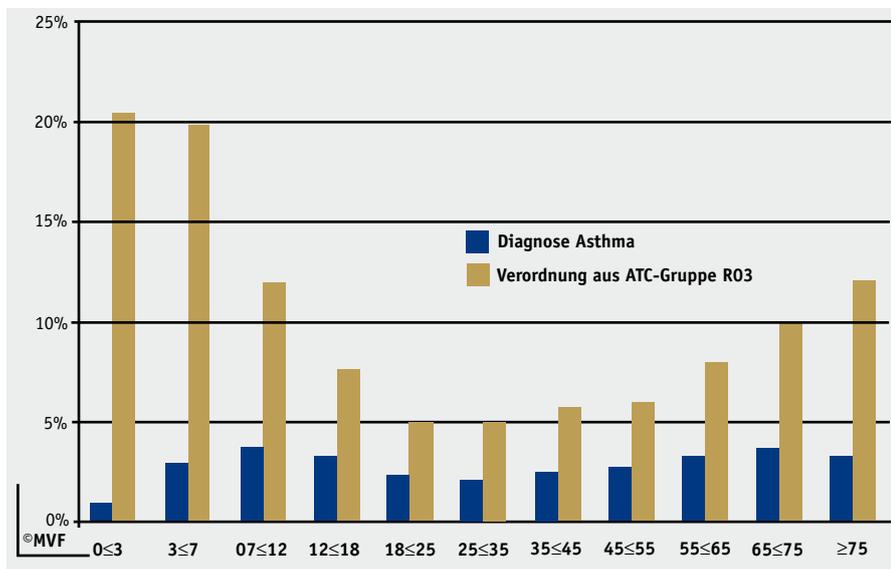
Schubert I./Ihle P./Köster I. (2005): Verwendung von GKV-Diagnosen in der Sekundärdatenforschung. In: Swart E./Ihle P. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Bern: Huber, 235-241.

Stock S./Redaelli M./Luengen M./Wendland G./Civello D./Lauterbach K.W. (2005): Asthma: prevalence and cost of illness. In: Eur Respir J, 25(1): 47-53.

falls mit Antiasthmatica behandelt werden können. Pont et al. (2002) berücksichtigten als Antiasthmatica alle Präparate mit einem ATC-Code von R03. Eine Asthmadignose in der computerisierten Patientenakte im Laufe des Untersuchungszeitraums diente als „Goldstandard“. Die Akten von 16.272 Personen wurden in die Untersuchung eingeschlossen, davon hatten 430 Asthma. Die Sensitivität des Indikators „mindestens eine Verordnung eines Antiasthmaticums“ lag bei 95 %. Das bedeutet, dieser Algorithmus kann 95 % der tatsächlich an Asthma Erkrankten identifizieren. Von den 587 so gefundenen Personen hatten 409 Asthma. Der Anteil der Personen mit positivem Test, bei dem eine Asthmaerkrankung auch tatsächlich vorlag, also der positiv prädiktive Wert (PPV), lag bei 70 %. Somit sind 30 % der durch diese Strategie identifizierten nicht an Asthma erkrankt. Anders ausgedrückt: Von 1,44 Personen mit positivem Testergebnis hat einer tatsächlich Asthma. Diese Strategie identifiziert demnach zwar fast alle Erkrankten der Altersgruppe, allerdings wird ein nicht unerheblicher Anteil Personen ohne Asthma als erkrankt klassifiziert. Eine wichtige Erkenntnis der Arbeit von Pont et al. (2002) ist, dass selbst in einem auf 18- bis 49-Jährige beschränkten Studienkollektiv die Verordnung von Antiasthmatica nicht ausschließlich für Asthmaerkrankte erfolgt (siehe Tabelle 2). Insgesamt waren (nur) 70,9 % bzw. 78,6 % der mit inhalativen kurzwirksamen Bronchodilatoren bzw. inhalativen Glucocorticoiden behandelten Patientinnen und Patienten tatsächlich an Asthma erkrankt. Neben anderen Indikationen werden am häufigsten weitere respiratorische Diagnosen (Dyspnoe, akute Bronchitis, Heuschnupfen, COPD) genannt.

Ein vergleichbares Bild liefert auch die deutsche Arbeit von Himmel et al. (2001), bei der keinerlei Altersbeschränkung vorgenommen wurde. In dieser Studie wurden über einen Zeitraum von 12 Wochen alle Patienten mit der Verordnung der häufigsten in Deutschland verschriebenen Antiasthmatica aus den elektronischen Patientenakten von Allgemeinmedizinern (n=429) und Lungenspezialisten (n=203) identifiziert. Als Goldstandard wurde die Diagnose in den elektronischen Patientenakten angesehen. Inhalative Glucocorticoide (ATC-Code: R03BA) wurden lediglich in 66,7 % bzw. 36,1 % der Verordnungen von Allgemeinmedizinern bzw. Lungenspezialisten wegen Asthma verschrieben.

Abb.1: Gegenüberstellung „sichere“ Asthmatiker und Versicherte mit mindestens einer Verordnung eines Asthma-Medikaments (prozentuale Anteile an der Versichertenerpopulation der Gmünder ErsatzKasse je Altersgruppe, 2006)



Identifikation über Diagnosedaten

Die vorgestellten Studien zeigen, dass sich teilweise bemerkenswerte Unterschiede in der Asthmaprävalenz in Abhängigkeit der gewählten Methodik finden lassen. Auch wenn neben Arzneimitteln noch weitere Routedaten genutzt werden, sind erhebliche Variationen je nach Falldefinition zu erwarten. Dombkowski et al. (2005) fanden auf Basis von Routedaten des amerikanischen Krankenversicherers Medicaid bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren Unterschiede zwischen 6,4 % (mind. eine Asthmadignose) und 14,2 % (mind. eine Verordnung eines Antiasthmaticums) in einem Zeitraum von einem Jahr.

Im Folgenden wird die „Antiasthmatica“-Verordnungsprävalenz mit der Diagnoseprävalenz verglichen. Basis der Untersuchungen sind Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus dem Jahre 2006 (zur Beschreibung der Daten siehe Glaeske & Janhsen, 2007), im speziellen Verordnungsdaten mit Medikamenten bei obstruktiven Atemwegserkrankungen, ambulante Diagnosedaten und Daten des DMP. Die Versichertendaten liegen pseudo-nymisiert vor, so dass zwar personenbezogene Auswertungen möglich sind, die Personenidentifizierung dagegen nicht. Zur Identifikation der Asthma-Kranken wurde die Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases: ICD) genutzt. Die Diagnose Asthma wurde dann als sicher klassifiziert, wenn ein Versicherter in mindestens 3 Quartalen eines Jahres eine ambulante ICD-10-Diagnose J45 (Asthma) aufweist und/oder in ein entsprechendes strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP „Asthma“) eingeschrieben ist oder war. Dieses Verfahren wurde von Schubert et al. (2005) zur Identifikation chronischer Erkrankungen vorgeschlagen. Eine Einschreibung in ein DMP „COPD“ gilt als Ausschlusskriterium. Für die Selektion von Arzneimitteln aus den Routedaten wurden „Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen“ (ATC-Gruppe R03) analog zur Studie von Pont et al. (2002), verwendet. Abbildung 1 stellt die Verordnungsprävalenz und Diagnoseprävalenz gegenüber. Während bei den Häufigkeiten der „Antiasthmatica“-Verordnungen starke Altersgruppenunterschiede auszumachen sind, verhalten sich die Diagnoseprävalenzen über alle Altersgruppen hinweg mehr oder weniger ähnlich. Letzteres zeigte sich auch in den weiter vorne erwähnten Primärerhebungen. Während bei Kindern z.B. kurzzeitige Atemwegsobstruktionen infolge von Infekten Grund für eine R03-Verordnung sein kann, ist im Alter vor allem die COPD zu erwarten (Abb.1).

Insgesamt scheint die ausschließliche Nutzung von Arzneimitteln zur Identifikation von Asthmatikern kein valides Identifikationskriterium zu sein. Sicherlich weist jedes der Vorgehen Stärken und Schwächen auf, die je nach den Zielen der Studie diskutiert werden müssen (Huzel et al. 2002). Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass auch ärztlich gestellte Asthmadignosen nicht immer valide sind (Marklund et al. 1999; Montnemery et al. 2002). Daneben ist zu bedenken, dass sich nicht alle Asthmatiker, besonders bei leichten Formen, in ärztliche Behandlung begeben. Auch die Validität ambulanter Diagnosedaten muss kritisch hinterfragt werden. Und schließlich ist es besonders bei älteren Patienten nicht immer einfach, zwischen Asthma und COPD zu differenzieren, da sich die Symptome beider Erkrankungen in einigen Punkten überschneiden (Marklund et al. 1999).

Identifikation des Schweregrades von Asthma

In der Vergangenheit wurden vielfältige Versuche unternommen, die Qualität der medikamentösen Versorgung bei Asthma abzubilden. Für die Bewertung der Versorgungsqualität unter dem Gesichtspunkt Leitlinienadhärenz ist die Kenntnis des jeweiligen Schweregrades von grundlegender Bedeutung. Die dokumentierte Lungenfunktion und Symptomatik der Asthma-Patienten gilt als Referenzstandard für die Schweregradidentifikation (siehe Tabelle 1). Da eine Nutzung dieser Dokumentationen derzeit nicht über Routinedaten möglich ist, liegt es nahe, für versorgungsrelevante Fragestellungen geeignete Näherungen (Proxies) zu suchen. Pont et al. (2004) untersuchten die Validität von Ordnungsindikatoren, die eine suboptimale Behandlungsqualität anzeigen können. Fünf solcher Indikatoren wurden auf der Basis eines vierstufigen Schweregradbasierten Leitlinienschemas entwickelt. Anschließend wurde über den Abgleich von Ordnungsdaten mit vorliegenden klinischen Untersuchungsdaten die Validität ermittelt. Letztlich war jedoch keiner der Indikatoren geeignet, die Prozessqualität der Versorgung ausreichend zu beschreiben.

Für unsere Untersuchungen wurden die Behandlungsstufen nun in Anlehnung an das auf Schweregraden basierende Leitlinien-Therapieschema gebildet. In Stufe 1 werden die Patienten eingeordnet, die ausschließlich eine bronchienerweiternde Bedarfsmedikation (Reliever) erhalten (1a=inhalativ, 1b=oral/systemisch), die auch später in allen anderen Therapiestufen möglich ist. In erster Linie sind dies die raschwirksamen Beta-2-Sympathomimetika. Ab Stufe 2 kommt dann ein Basistherapeutikum hinzu, entweder inhalative Glucocorticoide (Stufe 2a) oder Cortison-Alternativen (2b). Die Stufe 3a beschreibt in dieser Untersuchung den Anteil Patienten, der langwirksame Beta-2-Sympathomimetika und inhalatives Cortison erhält. Andere Optionen wie z.B. Theophyllin oder intensivere Therapiemaßnahmen werden in die Stufe 3/4 eingegliedert. Erhält der Versicherte in einem Quartal unabhängig

von der weiteren Medikation ein systemisches Glucocorticoide, also z.B. Cortison-Tabletten, bedeutet dies Stufe 4. Es fanden nur Ordnungsdaten von Versicherten mit als gesichert eingestufte Asthma-Diagnose Berücksichtigung. In allen Quartalen wurden die Anteile der Versicherten je Behandlungsstufe bestimmt, die über die Diagnosen als Asthmatiker klassifiziert worden sind. Anschließend wurde ein Jahresmittel gebildet, um so einen veränderlichen Krankheitsverlauf stärker zu berücksichtigen. Auch dieses ausgesprochen differenzierte Verfahren ist mit Limitationen verbunden. Würde beispielsweise ein Wechsel von einem Monotherapeutikum zu einem anderen Mittel innerhalb eines Quartals stattfinden, kann dies „fälschlicherweise“ als Kombinationstherapie gewertet werden. Auch konnte nicht zwischen verschiedenen hoch dosierten ICS-Gaben unterschieden werden.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der so ermittelten Therapiestufen, die im Übrigen nicht automatisch mit einer Schweregradverteilung unter den Asthmatikern gleichzusetzen sind. In den Routinedaten fehlen nämlich die klinischen Angaben (Lungenfunktion, Symptome), mit denen der Schweregrad bestimmt werden könnte. Diese Angaben müssen daher über Näherungen erreicht werden. In diesem Fall müsste man aber eine exakte leitlinienkonforme, an den Schweregrad angepasste Therapie voraussetzen, um aus den Daten die wirkliche Schweregradverteilung zu ermitteln. Aussagen über die Art der Therapie sind also möglich, die Versorgungsqualität bleibt aber letztlich unbekannt.

Auffällig ist in der Abbildung 2 der hohe Anteil der Versicherten in Stufe 3 (langwirksame Beta-2-Sympathomimetika und inhalative Glucocorticoide). Hierin spiegelt sich vor allem die immer häufiger werdende Anwendung von Fixkombinationen wie Viani®, Symbicort® und Atmadisc® wider. Es stellt sich die Frage, ob dies mit einem Anstieg der Schweregrad-Stufe 3 oder einer steigenden Beliebtheit dieser Präparate zu erklären ist. Rückschlüsse auf den tatsächlich vorliegenden Schweregrad des Asthma allein auf der Basis der verordneten Arzneimittel sind daher mit großer Vorsicht zu diskutieren (Abb. 2.)

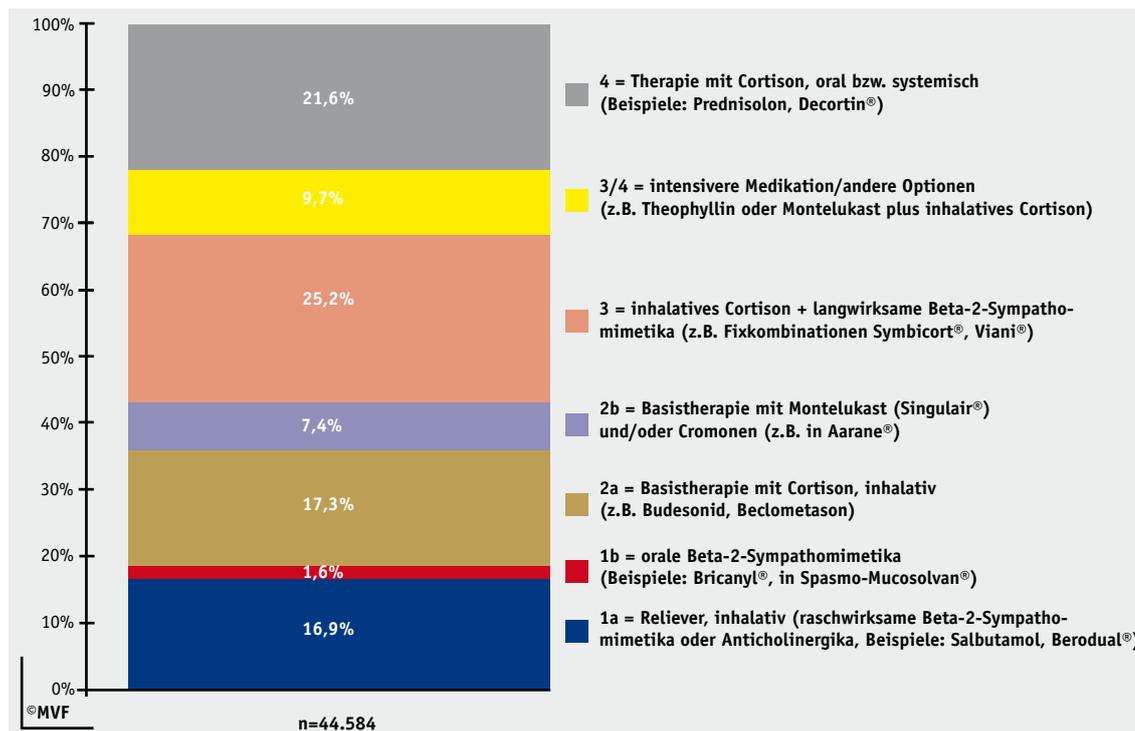


Abb. 2: Anteile der Therapie/Schweregrad-Stufen bei „sicheren“ Asthmatikern (Versichertenpopulation der Gmünder ErsatzKasse, 2006)

Fazit

Grundsätzlich stellen Routinedaten der GKV eine Möglichkeit dar, Fragen zur Prävalenz und zur Versorgungsqualität von Erkrankungen zu untersuchen. Asthma kann hier beispielhaft für eine Reihe weiterer für Public Health relevanter Krankheiten genannt werden. Viele Indikatoren wie Arzneimittelverordnungen wirken auf den ersten Blick ideal geeignet, Personen mit einer bestimmten Erkrankung zu identifizieren, erweisen sich aber nach einer Validierungsstudie oder nach Durchsicht der Literatur nur als mäßig bis gar nicht geeignet. Im Zusammenhang mit Asthma schlussfolgerten Himmel et al. (2001), dass Asthmamedikamente in der Theorie als Marker oder Surrogat für eine Asthmad Diagnose dienen, die Praxis allerdings deutlich komplexer aussieht, da diese Mittel für eine Reihe von anderen Erkrankungen und Symptomen eingesetzt werden. Zudem sind klinische Daten zur Schweregradidentifikation notwendig. Da diese Angaben in den Routinedaten fehlen, ist eine genaue Bewertung der Leitlinienkonformität, aber auch der Prävalenz der verschiedenen Krankheitsstadien nicht möglich. Bevor ein Identifikationsalgorithmus oder ein Indikator für die Darstellung der Behandlungsqualität angewendet wird, sollte die Güte dieser Strategien in Validierungsstudien untersucht werden. Gerade für Routinedaten der GKV in Deutschland liegt im Vergleich zu ausländischen Datenbanken ein erheblicher Mangel an solchen Validierungsstudien vor (Hoffmann et al. 2008). Falls eine eigene Validierung nicht möglich ist, sollte zumindest eine Literaturrecherche zur Güte möglicher Identifikationsstrategien oder Indikatoren durchgeführt werden. <<

Can health care quality in patients with asthma be measured by using administrative data?

Asthma is a chronic disease of high relevance for public health. It is one of currently four diseases selected for the German Disease Management Guidelines. The use of administrative data from statutory health insurance seems to offer great opportunities to assess information about the state of health and therapy performance concerning special patient groups. But caution is advised: analysing asthma health care quality requires a valid identification of the target population. Therefore we start discussing the selection within administrative data regarding to drug therapy in comparison to possibilities to indicate severity levels via statutory health insurance data. In conclusion: validity of these strategies should be assessed in validation studies in order to make scientifically supportable statements.

Keywords

asthma; health services research; pharmacoepidemiology; administrative data; statutory health insurance; health care quality; validation studies

Interessenskonflikte

Diese Studie wurde ohne externe Finanzierung durchgeführt. Alle Autoren sind im Rahmen von Drittmittelprojekten für verschiedene Krankenkassen tätig.

Roland Windt

Wissenschaftlicher Mitarbeiter / Jahrgang 1979

Pharmaziestudium an der Universität Hamburg. Dort auch Approbation zum Apotheker im Jahre 2005. Tätigkeit in einer öffentlichen Apotheke in Bremen von 2006 - 2008. Seit April 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Kontakt: rwindt@zes.uni-bremen.de



Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik / Jahrgang 1945

Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, dort auch Promotion zum Dr. rer. nat. Seit Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am ZeS. Seit 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Mitglied in der BTM Kommission des BfArM. Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO sowie Mitglied in diversen medizinischen und epidemiologischen Fachgesellschaften. Kontakt: gglaeske@zes.uni-bremen.de



Falk Hoffmann, MPH

Wissenschaftlicher Mitarbeiter / Jahrgang 1979

Krankenpfleger, Diplom-Berufspädagoge und Gesundheitswissenschaftler. Seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Kontakt: E-Mail: hoffmann@zes.uni-bremen.de



Dr. Karl-Otto Richter

Regionale Differenziertheit von Krankenhausfällen in Mecklenburg-Vorpommern

Regionale Unterschiede von Krankenhausfällen verweisen nicht nur auf Erklärungsbedarf, sie sind zudem ein planungsrelevanter Sachverhalt.

1. Ausgangspunkte und leitende Fragestellung

>> Regionale Differenzierungen von Krankenhausfällen werden sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in Publikationen (wie etwa der Gesundheitsberichterstattung) thematisiert, die eher auf Politikberatung zielen. Da sie von „häufig nur schwer fassbaren Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit, von den genetischen Dispositionen, individuellen Verhaltensweisen, regionalen Ernährungsgewohnheiten, der sozialen Lage bis hin zur Leistungsfähigkeit des medizinischen Versorgungssystems“ mitbestimmt sind (LGL Bayern 2004, bezogen auf regionale Unterschiede der Sterblichkeit), werden sie häufiger zwar konstatiert, gelegentlich im Kontext von Präventionspotenzialen gesehen (MASGF 2003, ebenfalls im Kontext Sterblichkeit), kaum aber in Hinblick auf Konsequenzen etwa für die Krankenhausplanung oder gar für die Regionalentwicklung insgesamt ausgeleuchtet. In einem Beitrag aus der Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein konstatiert Goeschel gar: „Das ‚Regionale‘ der Krankenhausplanung der Länder, wie sie seit drei Jahrzehnten praktiziert wird, besteht nach wie vor letztlich nur in einer Verteilung der Fachbetten im Raum. Die Fachgebiete der Krankenhausversorgung gibt nicht die Regionalepidemiologie vor sondern die Ärztliche Weiterbildungsordnung.“ (Goeschel 2007). Wenn aber die Regionalität von Krankenhausfällen mit regionalen Differenzierungen der Morbidität zusammenhängt¹, die in regionalen Unterschieden der Sterblichkeit ja gewissermaßen ihren letzten Ausdruck finden, ist sie nicht mit dem Verweis auf die Komplexität von Ursachen und Einflussfaktoren zu erledigen, sondern eine planungsrelevante Tatsache.

¹ Gutierrez-Fisac und Fletcher zeigten am Beispiel Spaniens, dass regionale Differenzierungen der Inanspruchnahme von Krankenhäusern durch die erwachsene Bevölkerung primär durch die Bedarfe an gesundheitlicher Versorgung bestimmt waren. Sozialökonomische Verhältnisse und Charakteristika der regionalen Gesundheitsversorgung spielten im Vergleich dazu eine geringere oder keine Rolle (Gutierrez-Fisac/Fletcher (1997).

² Analysen im Auftrag der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern (UCEF 2001).

³ Unveröffentlichte Ergebnisse aus Analysen im Rahmen eines UCEF-Projektes für die KV Mecklenburg-Vorpommern.

Abstract

Regionale Unterschiede von Krankenhausfällen sind planungsrelevant. In ihnen schlagen sich nicht nur regionalspezifische Konfigurationen des Gesundheitssystems nieder, sondern auch regional differenzierte Ausprägungen der Morbidität. Analysen auf Basis der amtlichen Diagnosestatistik für Mecklenburg-Vorpommern belegen starke regionale Differenzierungen von Krankenhausfällen, die sich von der Dreijahresperiode 1998-2000 zur Dreijahresperiode 2003-2005 verstärkt haben.

Schlüsselbegriffe

Regionalanalysen Krankenhausfälle; regionalspezifische Morbidität; Krankenhausplanung; Regionalplanung

Analysen zu Mecklenburg-Vorpommern² verweisen auf erhebliche regionale Differenzierungen von Zahl und Struktur der – auf die Bevölkerung bezogenen – Krankenhausfälle (UCEF 2001). Die Annahme, dass die Unterschiede letztlich aus spezifischen Konfigurationen des jeweils regionalen Gesundheitssystems resultieren, erwies sich in weiterführenden Analysen unter Einbeziehung von Daten zu ambulanten Behandlungen als nicht zutreffend³. Insofern bleibt bislang nur die Folgerung, dass es sich bei den festgestellten regionalen Differenzierungen im Kern um Morbiditätsunterschiede handelt⁴. Worauf die zurückzuführen sind, bleibt zwar zunächst im Dunkeln, dennoch sind entsprechende Analysen von einigem Gewicht. Abgesehen davon, dass sich die Krankenhausplanung damit auf differenziertere Informationen stützen und Versorgungsplanung schon in Hinblick auf Standards regionalisiert werden kann, sollte einschlägiges Wissen auch für die Regionalplanung von Interesse sein.

Die leitende Fragestellung dieses Aufsatzes ist deshalb die nach der Messbarkeit und dem Ausmaß an regionaler Differenziertheit von Krankenhausfällen⁵.

2. Datenbasis

Die Analysen basieren auf wohnortbezogenen Einzelfalldaten je Krankenhausfall, der in Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns behandelt worden ist⁶ (Jahresdatensätze 1996 bis 2005). Krankenhausfälle

⁴Das ist zu relativieren: a) Vor allem in den Kreisen Mecklenburg-Vorpommerns, die an westdeutsche Bundesländer grenzen, erklären sich geringere Fallzahlen auch aus Behandlungen außerhalb des Landes. Aber selbst das wäre etwa für Krankenhausplanungen ein relevanter Sachverhalt. b) Zu berücksichtigen ist zudem, dass Angebote an gesundheitsbezogenen Dienstleistungen Bedarfe generieren, und dass das regional durchaus unterschiedlich der Fall sein kann. Diesen Einfluss aber als entscheidend anzusehen, hieße im Extrem, dass Krankenhausbetten – trotz fehlender Kranker – gewissermaßen ihre eigene Auslastung schaffen.

⁵Die Krankenhaustage bleiben hier ebenso außer Betracht wie tiefergreifende Analysen zu Diagnosen.

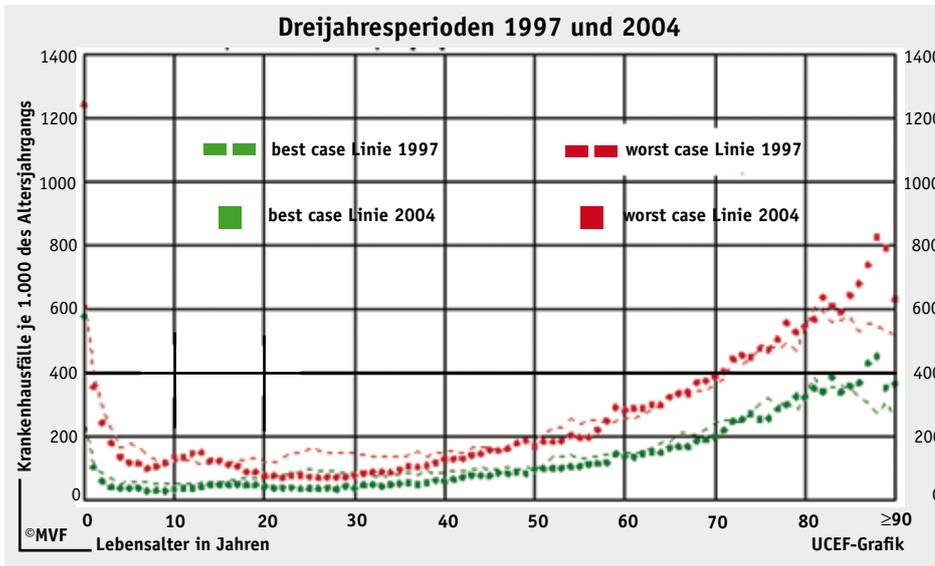
⁶Quelle: Amtliche Diagnosestatistik, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

von Personen, die ihren Wohnort außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns haben, blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden in die Analysen nur Krankenhausfälle mit Aufenthaltsdauern ab 3 Tage einbezogen, um Einflüsse aus regionalen Unterschieden im Ausmaß ambulanter Operationen weitgehend zu eliminieren.

3. Methodik

Regionalisierte Analysen sind immer dem Risiko ausgesetzt, durch zufällige Schwankungen der jeweils interessierenden Sachverhalte beeinflusst zu sein. Das ist vor allem dann der Fall, wenn es sich um kleinräumige Gebiete handelt und/oder die Fallzahlen, für die die

Abb. 1: Best-case-/worst-case-Korridor der Zahl an Krankenhausfällen in Mecklenburg-Vorpommern 1997 und 2004



jeweiligen Sachverhalte zutreffen, klein sind. Deshalb wurden für die hier vorgestellten Analysen erstens die Kreise und kreisfreien Städte als regionale Einheiten ausgewählt.

Zweitens wurden die Daten der Diagnosestatistik für jeweils drei aufeinanderfolgende Jahre zusammengefasst, um eventuelle jährliche Zufallsschwankungen auszugleichen. Die für 2004 abgeleiteten Aussagen sind real also Aussagen über Mittelwerte für die Dreijahresperiode 2003 bis 2005.

Regionale Differenzierungen der Krankenhausfälle wurden folgendermaßen messbar gemacht:

a) Durch Kopplung der Diagnosedaten mit Daten zur Alters- und Geschlechterstruktur der ansässigen Bevölkerung⁷ wurden zunächst für jeden Kreis Krankenhausfälle je 1.000 jedes Altersjahrgangs berechnet.

b) Anschließend wurden für jeden Altersjahrgang die im Vergleich der Kreise jeweils kleinste und die jeweils größte Zahl an Krankenhaus-

fällen je 1.000 bestimmt, und zwar unabhängig davon, für welchen Kreis die jeweiligen Werte gelten. Damit lagen für jeden Altersjahrgang Informationen über die im Kreisvergleich jeweils günstigste (best case) und ungünstigste (worst case) Ausprägung der Zahl an Krankenhausfällen vor.

c) Für jeden der Kreise wurden die Abstände zwischen der jeweils realen Zahl an Krankenhausfällen je Altersjahrgang und dem jeweiligen best case berechnet⁸ und anschließend über die Altersjahrgänge gemittelt. Damit steht für jeden Kreis eine Maßzahl für die durchschnittliche⁹ Distanz der Zahl an Krankenhausfällen vom best case zur Verfügung.

Die Berechnung der durchschnittlichen Distanzen zum best case erfolgte zum einen für beide Geschlechter zusammen, darüber hinaus aber auch nach Geschlecht getrennt.

best case/worst case

Wird die Zahl der Krankenhausfälle eines Altersjahrgangs in verschiedenen Kreisen miteinander verglichen, gilt die für diesen Altersjahrgang kleinste Zahl an Krankenhausfällen als best case, die größte als worst case. Die Zahl der Krankenhausfälle für die übrigen Kreise liegt zwischen diesen beiden Werten. Hat man den best case für einen Altersjahrgang bestimmt, kann man für jeden der Kreise die Distanz messen, die die Zahl der Krankenhausfälle in diesem Altersjahrgang zum best case hat (berechnet als Distanz in Prozent des best case).

Distanz eines Kreises zum best case

Die durchschnittliche Distanz zum best case ergibt sich für jeden Kreis aus der Mittelwertbildung der für jeden Altersjahrgang bestimmten Distanzen zum best case über alle Altersjahrgänge.

⁷Quelle: Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin.

⁸Abstand in Prozent des Wertes für den best case.

⁹„durchschnittlich“ bezieht sich hier auf die Durchschnittsbildung über die Altersjahrgänge.

Literatur

Goeschel, A. (2007): Krankenhausversorgung und Regionalentwicklung. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Marquartstein. (Unter Mitarbeit von Richter, D./Steinmetz, M.). In: <http://www.prof-goeschel.com/texte.html> (abgerufen am 13.5.2008)

Gutierrez-Fisac, J.L./Fletcher, A.E. (1997): Regional differences in hospital use by adults in Spain. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 7, 1997, No. 3: 254-260.

LGL Bayern (2004): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern. Gesundheitsberichterstattung für Bayern 1.

MASGF (2003): Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.): Zwei Geschlechter - zwei Gesundheitsheiten? Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 2.

UCEF (2001): Geschlechts- und regionale Unterschiede von Krankenhausfällen. Empirische Analysen auf Basis der Diagnosestatistik für Mecklenburg-Vorpommern 1997 bis 1999.

4. Ergebnisse

Wie Abb. 1 veranschaulicht, gibt es einen Korridor zwischen der worst-case- und der best-case-Linie der Zahl an Krankenhausfällen je 1.000 der Altersjahrgänge, der auf starke regionale Unterschiede verweist.

Bei den Erwachsenen liegen die worst-case-Werte in fast jedem Altersjahrgang bei knapp unter oder leicht über 200 Prozent des jeweiligen best-case, in der Gruppe der kleineren Kinder erreichen sie Werte um 400 Prozent (siehe Abb. 2).

Das bedeutet: Haben etwa die 2-Jährigen in dem Kreis, der für die 2-Jährigen den best case repräsentiert, 100 Krankenhausfälle ab 3 Tage Verweildauer, sind es 400 in dem Kreis, der für den worst case steht. Das sind gewaltige regionale Unterschiede, die, wie noch zu zeigen sein wird, nicht etwa durch jahrgangsbezogene „Ausreißer“ entstehen.

Erkennbar ist darüber hinaus, dass sich das Ausmaß der regionalen Unterschiede von der Dreijahresperiode 1997 bis zur Dreijahresperiode 2004 kaum verändert hat. Bei den Kindern unter 1 Jahr und in der Altersgruppe der Hochbetagten sind sie sogar kräftig gewachsen.

Denkbar wäre nun, dass regionale Unterschiede der Zahl an Krankenhausfällen je 1.000 der Altersjahrgänge mit den Altersjahrgängen von Kreis zu Kreis deutlich variieren. Der Kreis, der für die 2-Jährigen also den worst case repräsentiert, könnte bei den 3-Jährigen möglicherweise den best case stellen. Die für alle Kreise über alle Altersjahrgänge gemittelten Distanzen der realen Werte zum best case würden in dem Fall mehr oder weniger dicht beieinander liegen. Trotz großer regionaler Unterschiede im Falle einzelner Altersjahrgänge wären die regionalen Differenzierungen der Zahl an Krankenhausfällen insgesamt eher gering.

Dass dem nicht so ist, zeigt Abb. 3 anhand der kreisbezogenen durchschnittlichen Distanzen der Krankenhausfälle je 1.000 zur best-case-Linie. Für die Hansestadt Rostock sowie die Landkreise Nordwestmecklenburg und Bad Doberan sind die über alle Altersjahrgänge gemittelten Distanzen zum best case so gering, dass man jeden der drei Kreise gewissermaßen als den best case überhaupt ansehen kann. Dann aber gibt es einen kräftigen Sprung des Distanzmaßes auf etwa 45 Prozent für die Landeshauptstadt Schwerin, gefolgt von einer nahezu stetigen Vergrößerung auf über 80 Prozent und, für den Landkreis Uecker-Randow, einen erneuten Sprung auf fast 100 Prozent durchschnittliche Distanz zum best case.

Zweitens veranschaulicht Abb. 3, dass sich die regionalen Differenzierungen von der Dreijahresperiode 1997 zur Dreijahresperiode 2004 kräftig verstärkt haben. So hat sich etwa das Distanzmaß für die Stadt Neubrandenburg in dieser Zeit von 30 Prozent auf 60 Prozent verdoppelt, fast verdoppelt hat es sich auch für Schwerin, stark gewachsen ist es in den Landkreisen Parchim, Mecklenburg-Strelitz u.a. Ursachen dafür können nur aus der Gruppe der Kinder unter 1 Jahr und der Altersgruppe der Hochbetagten resultieren (siehe Abb. 1).

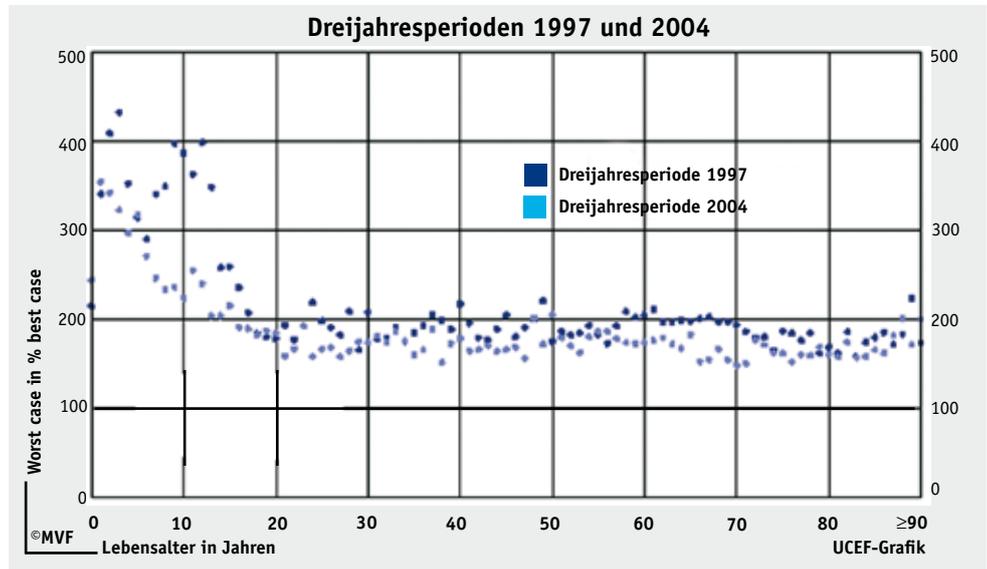


Abb. 2: Breite des Best-case-/worst-case-Korridors der Zahl an Krankenhausfällen in Mecklenburg-Vorpommern 1997 und 2004

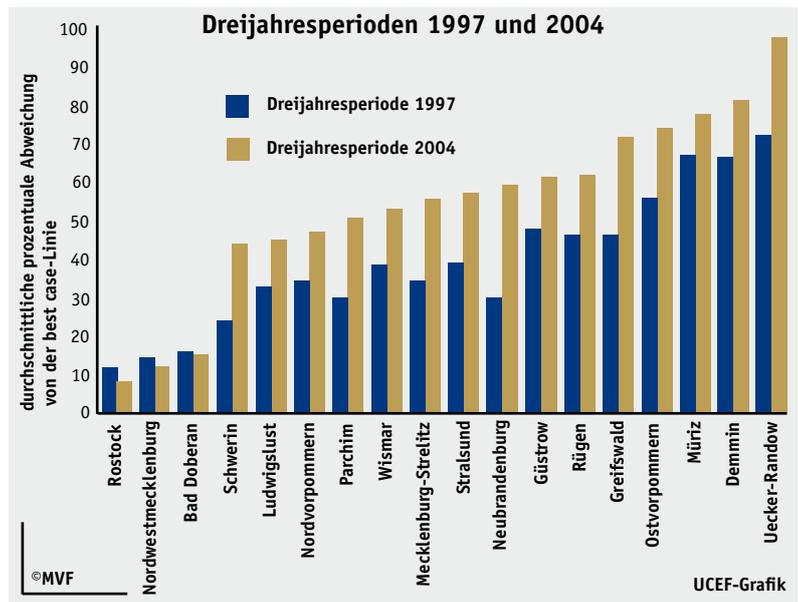
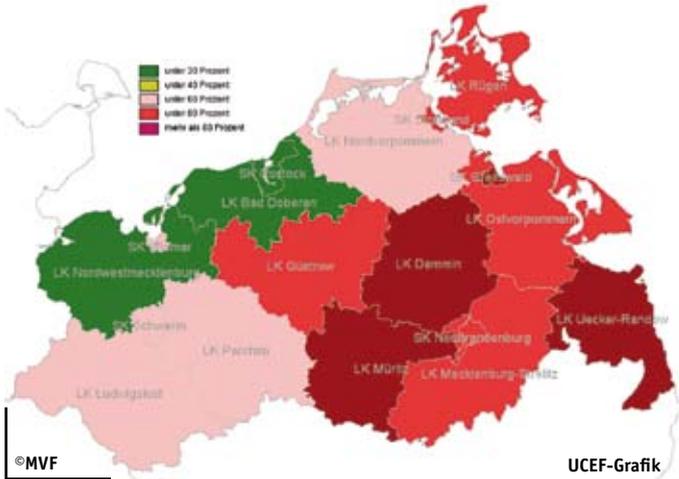


Abb. 3: Distanz der Kreise zur best-case-Linie der Krankenhausfälle je 1.000 in Mecklenburg-Vorpommern 1997 und 2004

Eine Kartierung geschlechtsspezifischer Distanzmaße für die Dreijahresperiode 2004 findet sich in Abb. 4. Danach ist, sieht man von geschlechtsbezogenen Unterschieden zunächst ab, das Land gewissermaßen dreigeteilt: Als faktische best-case-Region kann, mit Ausnahme Wismars, der Küstenstreifen von der westlichen Landesgrenze bis Rostock angesehen werden. Ihm schließt sich südlich ein Gürtel an, der durch größere Distanzmaße bestimmt ist. Er reicht vom Landkreis Ludwigslust bis zur Insel Rügen. Besonders große durchschnittliche Distanzen zum best case zeigen sich in den östlichen und südöstlichen Landesteilen.

**Krankenhausfälle weiblich ab 3 Tage Dauer
Durchschnittliche Distanz zum best case
(Dreijahresperiode 2003-2005)**



**Krankenhausfälle männlich ab 3 Tage Dauer
Durchschnittliche Distanz zum best case
(Dreijahresperiode 2003-2005)**

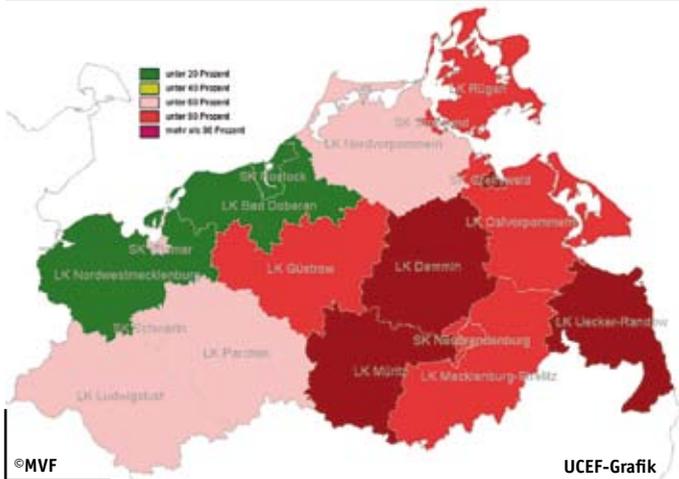


Abb. 4: Regionale Differenzierungen der Zahl an Krankenhaufällen in Mecklenburg-Vorpommern 2004

Regional Differences of in-patient hospital use in West-Pommerania

Regional differences of in-patient hospital use are planning-relevant. They are an expression not only of particular characteristics of regional health care systems but also of regional morbidity differences. Based on data of the official statistics on hospital health care for Mecklenburg – West Pommerania great regional differences of hospital use can be shown, which got stronger from the three years period 1998-2000 to the three years period 2003-2005.

Keywords

regional analysis of hospital use; regional morbidity differences; hospital planning; regional planning

5. Folgerungen

Die wohnortbezogenen Analysen zur Regionalität der Ausprägung von Krankenhaufällen in Mecklenburg-Vorpommern verweisen auf große regionale Unterschiede, die nicht aus Unterschieden in den Alters- und Geschlechterstrukturen der Bevölkerung zu erklären sind und sich von der Dreijahresperiode 1997 bis zur Dreijahresperiode 2004 kräftig verstärkt haben.

Daraus folgt erstens, dass Bedarfe an Krankenhausleistungen nicht nur von den demografischen Grundstrukturen der im Einzugsbereich von Krankenhäusern ansässigen Bevölkerung bestimmt werden. Die starken regionalen Unterschiede in der Zahl der Krankenhaufälle belegen vielmehr die Wirkung von weiteren regionalen Einflussfaktoren auf die Entstehung von Krankenhaufällen.

Zweitens wäre Wissen über die Art der Einflussfaktoren und über die Möglichkeiten, die Einflussfaktoren selbst in Richtung der Vermeidung bzw. Verringerung von Krankenhaufällen zu beeinflussen, von einiger Bedeutung – sowohl mit Blick auf die Lebensqualität der Bevölkerung als auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht.

Drittens lassen sich Wirkungen regionaler Einflussfaktoren anhand der Diagnosestatistik zwar nachweisen und sogar quantifizieren, die Einflussfaktoren selbst bleiben jedoch zwangsläufig anonym. Ihre Identifikation verlangt spezifische regional bezogene Analysen, die weit über Analysen auf Basis der Diagnosestatistik hinausgehen müssen. Angesichts der gesundheitspolitischen und nicht zuletzt gesundheitsökonomischen Implikationen der hier diskutierten regionalen Unterschiede sollte die Bedeutsamkeit entsprechender Untersuchungen außer Frage stehen. <<

Dr. phil. habil. Karl-Otto Richter

Geschäftsführer des 1994 gegründeten Unabhängigen Centrums für empirische Markt- und Sozialforschung GmbH in Rostock / Jahrgang 1941
Studium der Angewandten Mechanik, Promotion und Habilitation auf dem Gebiet der Soziologie.
Kontakt: k.o.richter@ucef.de



Dr. Claudia Pütz
Dr. Thomas Ecker

Was bringt der Morbi-RSA?

Ein neuer Ansatz erlaubt die Ermittlung von Prävalenzdaten auf Ebene von Einzelkassen.

>> Mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum 01.01.09 wird ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat – auf Basis der Arbeiten des wissenschaftlichen Beirats – 80 Krankheiten definiert, die zukünftig in Form höherer Zuweisungsbeträge im RSA gesondert ausgeglichen werden sollen. Da der wirtschaftliche Erfolg der Kassen nach Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich von den RSA-Zuweisungen abhängen wird, stehen diese Krankheiten zukünftig unter besonderer Beachtung. Gelingt es einer Krankenkasse, die Patienten in einer der 80 Krankheiten günstiger als den RSA-Zuweisungsbetrag zu versorgen, so hat sie Aussicht auf einen überdurchschnittlich hohen positiven Deckungsbeitrag. Doch noch ist eine Reihe von Fragen zur Optimierung des Versorgungsgeschehens offen. Dazu zählen auch die grundlegenden Fragen nach der Prävalenz:

- 1) Wie viele Patienten gibt es in den 80 Krankheiten?
- 2) Wie verteilen sich die Patienten auf die einzelnen Krankenkassen?
- 3) Welche Kooperationsstrategien zur Optimierung der Versorgung sind sinnvoll?

Eine Einzelkasse kann die Fragen im Regelfall nicht alleine lösen, denn sie benötigt dazu nicht nur Daten über das Krankheitsgeschehen in ihrem eigenen Versichertenbestand, sondern vergleichbare Daten auch von anderen Krankenkassen. Diese sind aber normalerweise nur sehr begrenzt zugänglich, z.B. über einen verbandsinternen Datenaustausch. Sie bilden daher nur einen begrenzten Marktausschnitt ab und lassen im Regelfall keinen Vergleich mit den relevanten Wettbewerbern außerhalb der eigenen Kassenart zu.

Methode: Prävalenzermittlung auf Basis von Arzneiverordnungsdaten

Mit Datum vom 13.05.2008 hat das BVA die im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten endgültig festgelegt (BVA 2008a). Die Liste umfasst 80 Krankheiten (mit Nummer 1 bis 80), von denen im Folgenden fünf beispielhaft ausgewählt werden:

- Nr. 1: HIV/AIDS
- Nr. 9: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
- Nr. 29: Osteoporose und Folgeerkrankungen
- Nr. 47: Multiple Sklerose
- Nr. 48: Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen

Abstract

Zum 01.01.09 wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für gesetzliche Krankenkassen eingeführt. Neben Alter, Geschlecht und Minderung der Erwerbsfähigkeit sollen dann überdurchschnittlich schwerwiegende Erkrankungen gesondert ausgeglichen werden. Dazu hat das BVA eine Liste von 80 Krankheiten definiert. Damit ist für die Kassen zukünftig ein Anreiz für ein gezieltes Management dieser Krankheiten gesetzt. Doch wie viele Patienten je Krankheit hat eine Krankenkasse? Geeignete Prävalenzdaten auf Ebene von Einzelkassen fehlen derzeit. Ohne diese Daten ist es nicht möglich, die derzeitige Kostensituation von Kassen zu verstehen, die zu erwartenden Transfers durch den Morbi-RSA abzuschätzen und neue Handlungsstrategien für Kassen zu entwickeln. Die vorliegende Untersuchung zeigt, wie aus kassenindividuellen Arzneimitteldaten die Prävalenz einzelner Krankheiten abgeschätzt werden kann. Als Beispiele dienen die Krankheitsbilder HIV, Brustkrebs, Osteoporose, Multiple Sklerose und Morbus Parkinson. Alle fünf Krankheiten sind in der Liste des BVA enthalten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenzen und damit die Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung je betrachtetem Krankheitsbild höchst ungleich auf die einzelnen Krankenkassen verteilt sind und erheblich vom Marktanteil der Kasse bezogen auf die Versicherten abweichen können. Es bleibt abzuwarten, wie sich der Morbi-RSA, eingeführt als Anreiz für die Krankenkassen zur Versorgungsoptimierung, hierauf auswirken wird.

Schlüsselbegriffe

GKV; morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich; Disease Management; Versorgungsstrategie; kassenbezogene Prävalenz; HIV; Brustkrebs; Osteoporose; Multiple Sklerose; Morbus Parkinson

Die Abschätzung der kassenindividuellen Prävalenz dieser Krankheiten erfolgt unter Zuhilfenahme von Arzneimittelverordnungsdaten aus dem Jahr 2007. Hierbei handelt es sich um die nach unserer Kenntnis einzige Datenquelle außerhalb des BVA, die eine breite einzelkassen-spezifische Zuordnung erlaubt.

Zuordnung der Krankheiten auf Verordnungsgruppen

Die Verwendung von Arzneimittelverordnungsdaten setzt voraus, die für eine bestimmte Krankheit relevanten Verordnungen zu identifizieren. Diese müssen zwei Anforderungen erfüllen:

- a) Sensitivität: ein möglichst hoher Anteil von Erkrankten (an Krankheit A), die eine relevante Verordnung erhalten
- b) Spezifität: ein möglichst geringer Anteil von Nicht-Erkrankten (an Krankheit A), die trotzdem eine relevante Verordnung erhalten

Da Arzneimittelverordnungsdaten über keinen Diagnosebezug verfügen, müssen zur Plausibilitätsprüfung andere Datenquellen hinzugezogen werden. Typische Quelle für den Sensitivitätsabgleich sind die in Deutschland allgemein anerkannten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, während sich Angaben zur Spezifität aus den Zulassungsunterlagen eines Arzneimittels ableiten lassen.

Ein Beispiel: Nach den Leitlinien des Dachverbands der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaften für Osteologie (DVO) ist eine

spezifische medikamentöse Therapie durch Bisphosphonate, Strontium oder Östrogene bei Osteoporose indiziert (DVO 2006); am häufigsten bei Osteoporose werden aus diesen Wirkstoffgruppen die Bisphosphonate verordnet (90 % aller verordneten Tagesdosen; Schwabe und Paffrath 2008). Damit besteht eine hohe Sensitivität. Gleichzeitig sind Bisphosphonate

Nr.	Krankheit	ATC-Code
1	AIDS und HIV	J05C – Virustatika gegen HIV
9	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	L02B3 – Zytostatische Aromataseinhibitoren; Tamoxifen
29	Osteoporose und Folgeerkrankungen	M05B3 – Bisphosphonate bei Osteoporose
47	Multiple Sklerose	L03B2 – Beta-Interferone
48	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	N04A0 – Parkinsonpräparate

Tabelle 1: Krankheiten und ihre relevanten ATC-Codes
Quelle: Recherche EPC

phonate in der Regel ausschließlich für die Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen zugelassen (vgl. o.V. 2007). Folglich sind Bisphosphonatverordnungen spezifisch für das Krankheitsbild Osteoporose. Daher können Verordnungen von Bisphosphonaten (ATC-Code M05B3) als Marker für Osteoporosepatienten verwendet werden.

Die Zuordnung der ATC-Codes zu allen fünf ausgewählten Krankheiten ist in Tabelle 1 dargestellt.

Schätzung der Prävalenz auf Basis von Verordnungsdaten und Plausibilisierung

Unter Verwendung der Daten aus dem Patiententracking von INSIGHT Health wird die medikamentös erkennbare Prävalenz für das Jahr 2007 geschätzt. In einer weiteren Spalte ist die aus den Unterlagen des BVA hochgerechnete Prävalenz für die GKV ergänzt (BVA 2008b). Die

Hochrechnung basiert auf der Auszählung aus einer Stichprobe von 4,2 Millionen Versicherten.

Die hochgerechneten Prävalenzen sind plausibel. Das lässt sich beispielhaft anhand der Daten für AIDS und HIV zeigen. Für AIDS und HIV besteht eine Meldepflicht, die Daten werden vom Robert-Koch-Institut erfasst und regelmäßig publiziert. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes leben schätzungsweise 56.000 Menschen mit einer HIV-Infektion in Deutschland (RKI 2006); diese Angabe deckt

Nr.	Krankheit	Aus Arzneimittelverordnungen erkennbare Prävalenz für die GKV	Hochgerechnete Prävalenz aus Daten des BVA für die GKV
1	AIDS und HIV	37.672	58.734
9	Bösartige Neubildungen der Brustdrüse	281.080	479.161
29	Osteoporose und Folgeerkrankungen	845.225	2.503.132
47	Multiple Sklerose	40.727	158.426
48	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen	627.527	384.976

Tabelle 2: Krankheiten und ihre Prävalenz
Quelle: Patiententracking (INSIGHT HEALTH) und BVA (2008b)

sich größenordnungsmäßig mit der aus den Daten des BVA hochgerechneten Prävalenz.

Die Unterschiede zwischen den aus Arzneimittelverordnungen und den aus den BVA-Daten gewonnenen Prävalenzen erklären sich daraus, dass das BVA die Zuordnung von Versicherten zu Krankheiten nicht

Literatur

BMG (2008): BMG, Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort, Kassenart 2007, http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_601098/SharedDocs/Download/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Gesundheit/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/2007-km6-excel,templateId=raw,property=publicationFile.xls/2007-km6-excel.xls (Zugriff am 21.05.08)

BVA (2008a): o.V., Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten, http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Festlegung__Krankheiten.html (Zugriff am 21.05.08)

BVA (2008b): o.V., Entwurf für eine Festlegung der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten durch das BVA, http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_049/nn_1058636/DE/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung_20RSA/Entwurf__Krankheitsauswahl,templateId=raw,property=publicationFile.zip/Entwurf_Krankheitsauswahl.zip (Zugriff am 21.05.08)

DVO (2006): Dachverband Osteologie (DVO), DVO-Leitlinie 2006 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Frauen ab der Menopause, bei Männern ab dem 60. Lebensjahr (Kurzfassung), http://www.lutherhaus.de/osteo/leitlinien-dvo/PDFs/Kurzfassung_DVO-Leitlinien_15-03-06.pdf (Zugriff am 21.05.08)

o.V. (2007): Fachinformation Fosamax®, <http://www.fachinfo.de/viewFI?FINR=000018&RL=FOSAMAX%26reg%3B%20einmal%20w%26ouml%3Bchentlich%2070%26nbsp%3Bmg%20Tabletten> (Zugriff am 21.05.08)

RKI (2006): o.V., Welt- AIDS-Tag 2006: in Deutschland leben 56.000 HIV-Infizierte, http://www.rki.de/cln_048/nn_197444/sid_56A3155BB27E2EA812E679F2EF4E5C4C/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2006/38__2006.html?__nnn=true (Zugriff am 21.05.08)

Schwabe und Paffrath 2008: Ulrich Schwabe und Dieter Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2007, Heidelberg 2008.

nur anhand von Arzneimitteldaten durchführte sondern auch andere Leistungsarten wie stationäre oder Krankengeld Diagnosen berücksichtigen konnte. Daher kann angenommen werden, dass es sich hierbei um einen systematischen Fehler handelt, der bei der Beurteilung der Krankheitslastenverteilung auf einzelne Krankenkassen vernachlässigt werden kann.

Berechnung der Prävalenz für Kassenarten basierend auf Verordnungsanteilen

In Deutschland gab es laut KM6-Statistik 70,3 Mio. GKV-Versicherte am 01.07.07 (BMG 2008). Davon wiesen nach den hochgerechneten BVA-Daten 3,5 Mio. Versicherte (= 5 %) eine der fünf ausgewählten Krankheiten auf. Verteilt man diese Erkrankten entsprechend der Verordnungen aus den Nationalen Verordnungs Informationen (INSIGHT Health) auf die

unterschiedlich zwischen den einzelnen Kassenarten verteilt sind. So weisen die Ortskrankenkassen (AOK), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) sowie die Knappschaft-Bahn-See (KBS) eine weit überdurchschnittliche Krankheitslast bei den Morbus-Parkinson-Patienten auf, während die Ersatzkassen (EK) überdurchschnittlich viele Fälle mit Multipler Sklerose haben.

An HIV bzw. AIDS Erkrankte sind überdurchschnittlich häufig bei den AOKen und Ersatzkassen versichert, bei den anderen Kassenarten sind sie unterrepräsentiert.

Für die frauenspezifischen Krankheiten Osteoporose und Brustkrebs ist der Vergleich mit den Marktanteilen der Kassenarten an allen weiblichen Versicherten sinnvoll (Grafik 2).

Eine weit überdurchschnittliche Krankheitslast bei Osteoporose-Patienten weisen die AOKen, die LKKen und die KBS auf. Bei allen anderen

	Versicherte (KM 6, 2007)	HIV AIDS	BNB Brustdrüse	Osteoporose	Multiple Sklerose	Parkinson	Gesamt
AOK	24.438.525	23.353	171.696	1.079.331	45.849	170.246	1.449.659
EK	23.539.783	22.260	195.205	852.322	67.427	120.316	1.223.093
BKK	14.062.060	8.532	69.204	309.720	30.807	48.963	454.432
IKK	5.849.682	3.904	20.268	95.169	11.163	16.139	142.627
LKK	887.531	165	6.916	51.041	1.308	10.469	67.985
KBS	1.536.430	520	15.872	115.549	1.872	18.842	148.476
Gesamt	70.314.011	58.734	479.161	2.503.132	158.426	384.976	3.486.272

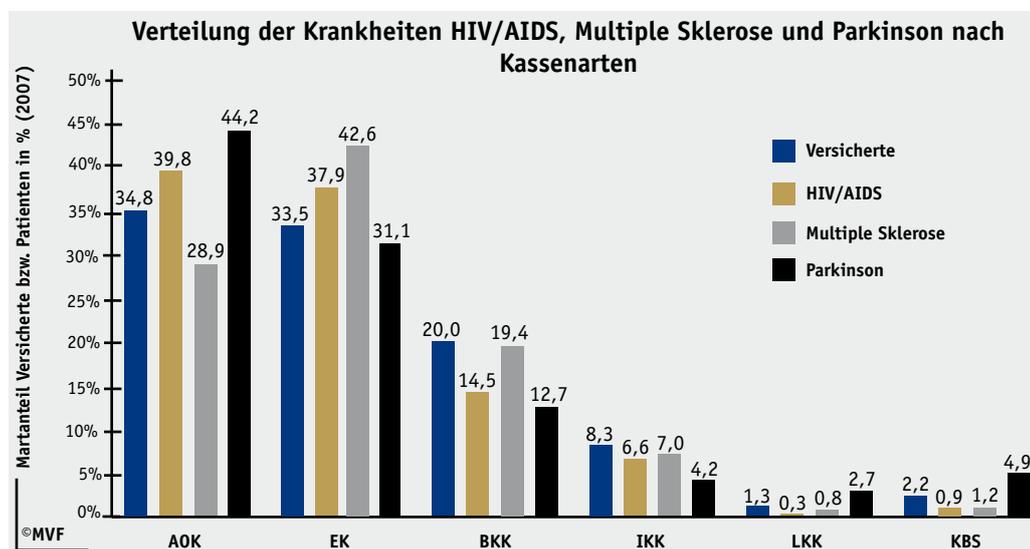
Tabelle 3: Krankheiten und ihre Patientenzahlen nach Kassenarten
Quelle: Nationale Verordnungs Informationen (NVI - INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Kassenarten, lassen sich die Patientenzahlen aus Tabelle 3 errechnen.

Wandelt man die so ermittelten Patientenzahlen in Marktanteile (Anteil an allen Patienten) um und vergleicht diese mit den Marktanteilen der Kassenarten nach Versicherten, ergibt sich die relative Krankheitslast bezogen auf die Kassenart gemäß Grafik 1.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten je nach Erkrankung höchst

Kassenarten ist die Krankheit unterdurchschnittlich vertreten. Bei den Bösartigen Neubildungen der Brustdrüse ist es umgekehrt: Hier ist die Prävalenz bei den Ersatzkassen verglichen mit dem Marktanteil höher als bei den AOKen oder Betriebskrankenkassen. Auffällig sind die weit überdurchschnittlichen Prävalenzraten der „kleinen“ Kassenarten LKK und KBS.



Grafik 1: Marktanteil Versicherte und Patienten nach Kassenarten für die Krankheiten HIV/AIDS, Multiple Sklerose und Parkinson
Quelle: Nationale Verordnungs Informationen (NVI - INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Verteilung der Prävalenz auf Einzelkassenebene

In Zeiten individueller Vertragswelten agieren die Krankenkassen in Versorgungsthemen zunehmend unabhängig von ihrem Verband, so dass eine Betrachtung der Krankheitsverteilung auf Einzelkassenebene von Interesse ist. Der besondere Vorteil der hier gewählten Analysemethode liegt darin, dass die Verordnungsinformationen auf Einzelkassenebene vorliegen und somit Detailauswertungen für jede Versicherung möglich sind. Tabelle 4 zeigt die absoluten Patientenzahlen für alle fünf ausgewählten Krankheiten am Beispiel von zwei Einzelkassen je Kassenart.

Auswertungen dieser Art sind bei einer Reihe von Fragestellungen hilfreich, wie z.B.:

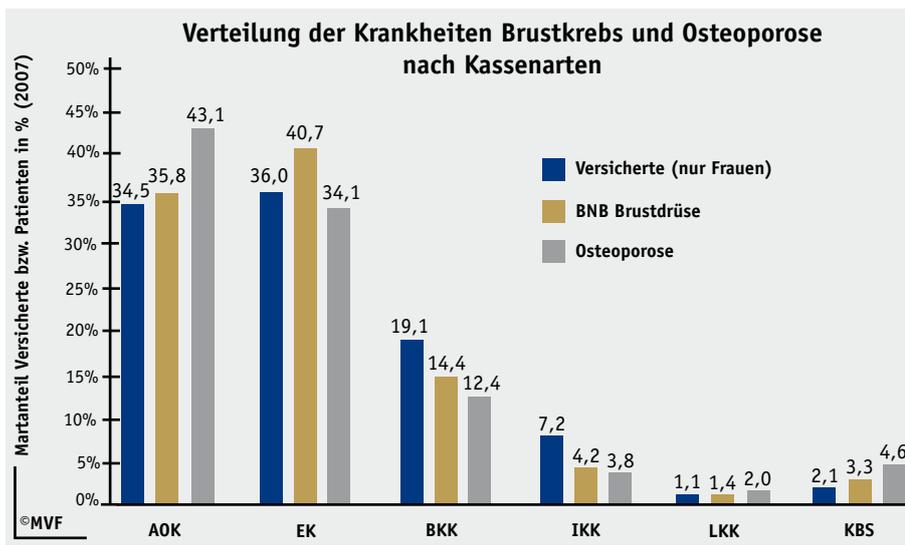
- Mit welcher Kasse lohnen sich Kooperationen zum Aufsetzen von Disease Management-Programmen in einer der Krankheiten der 80er-Liste?
- Welche Kassen oder Kassenkooperationen bringen geeignete Mindestmengen an Patienten mit, die für Leistungserbringer zum Abschluss eines selektiven Vertrages interessant sind?

- Wie könnten die Mitbewerber einer Kasse in bestimmten Krankheitsbildern unter den neuen RSA-Bedingungen agieren?

Eine erste Auswertung nach den Top 10 der bundesweit tätigen Krankenkassen zeigt, welche Krankenkassen für einen bundesweiten, selektiven Versorgungsvertrag im Brustkrebsbereich in Frage kommen (Grafik 3). So bringen die beiden größten Ersatzkassen Barmer und DAK ein Potenzial von rund 70.000 bzw. 60.000 Patientinnen, während die TK, obwohl fast genauso mitgliederstark wie die DAK, nur die Hälfte des Patientenpotenzials aufweist. Die restlichen 7 Kassen aus der Top-10-Liste haben zusammen 61.707 Brustkrebspatienten und damit weniger als die größte Einzelkasse. Es ist daher zu erwarten, dass nur wenige bundesweite Kassen eigenständige Versorgungsmodelle zu Brustkrebs entwickeln werden; für die meisten Kassen (und damit auch deren Patienten) dürften Kooperationsmodelle sinnvoller sein.

Fazit

Mit dem geschilderten Verfahren lässt sich relativ genau die tatsächliche Krankheitslast im Sinne des Morbi-RSA beschreiben. Führt man das Verfahren für alle Krankheiten der 80er-Liste durch, kann man nicht nur ein detailliertes Profil einer Kasse unter den neuen Bedingungen des Morbi-RSA bilden, sondern auch einen Profilvergleich mit den relevanten Mitbewerbern vornehmen. Das bietet Raum für eine Vielzahl interessanter Anwendungen:



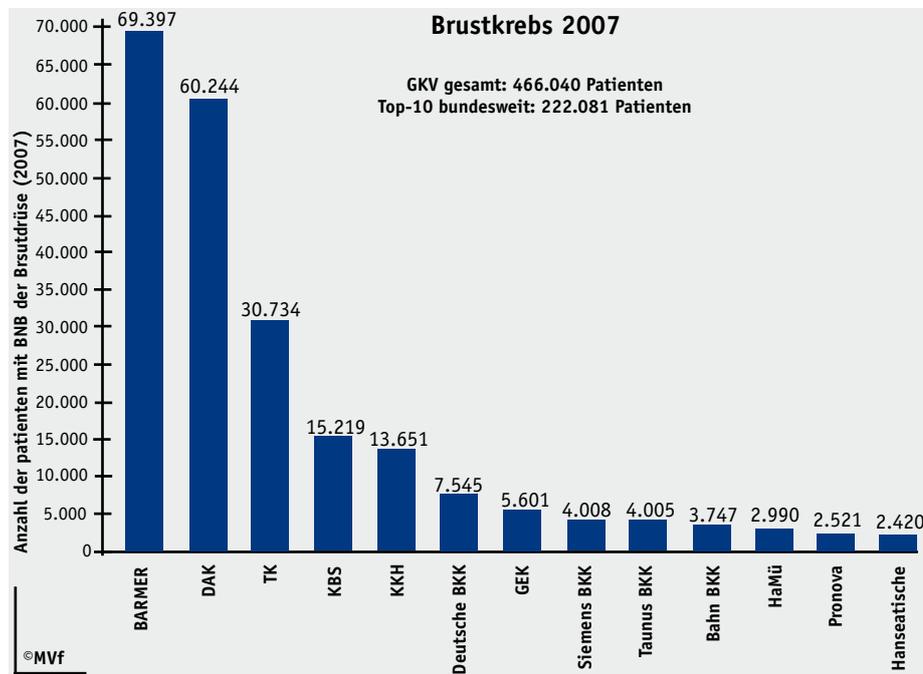
Grafik 2: Marktanteil weibliche Versicherte und Patienten nach Kassenarten für die Krankheiten Brustkrebs und Osteoporose
Quelle: Kostenträger-Analyser (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Tabelle 4: Patientenzahlen für ausgewählte Einzelkassen
Quelle: Kostenträger-Analyser (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen

Kassen		Krankheiten				
Kassenart	Einzelkassen	HIV AIDS	BNB Brustdrüse	Osteoporose	Multiple Sklerose	Parkinson
VdAK	BEK	6.877	71.351	332.310	21.189	43.952
	DAK	5.303	61.940	285.682	18.524	38.431
	gesamt	22.260	195.205	852.322	67.427	120.316
AOK	BY	3.717	29.857	189.715	8.241	25.121
	BW	3.256	25.735	146.960	8.495	21.987
	gesamt	23.353	171.696	1.079.331	45.849	170.246
IKK	BIG	201	673	1.323	671	226
	IKK Direkt	283	575	1.454	740	165
	gesamt	3.904	20.268	95.169	11.163	16.139
BKK	Mobil Oil	566	2.218	4.223	2.040	451
	Deutsche BKK	598	7.757	44.198	2.436	5.944
	gesamt	8.532	69.204	309.720	30.807	48.963
KBS		520	15.872	115.549	1.872	18.842
GKV		58.734	479.161	2.503.132	158.426	384.976

1. Gezielte Suche nach Vertragspartnern; sei es als Kasse auf der Suche nach einem Kooperationspartner zu Erreichung einer Mindest-Patientenzahl für Disease-Management, sei es als Leistungserbringer mit entsprechenden Vertragsangeboten.
2. Zusammen mit den noch zu veröffentlichenden krankheitsbezogenen Zuweisungsbeträgen lassen sich dann erstmals auf Einzelkassenebene die finanziellen Auswirkungen der neuen RSA-Systematik simulieren.
3. Errechnet man aus den Verordnungsdaten die jeweiligen Leistungsausgaben, so sind auch erste Rückschlüsse auf die Deckungsbeitragsposition für ausgewählte Versichertensegmente möglich. <<

Grafik 3: Patientenzahlen für ausgewählte Einzelkassen
 Quelle: Kostenträger-Analyzer (INSIGHT Health) und eigene Berechnungen



Potential impact of the new risk adjustment system in Germany

In the course of the introduction of a new risk adjustment scheme there is a hot debate in Germany about the impact on financial and competitive aspects of sickness funds. However, much debate is in vain as long as there is no data available on prevalence related to sickness funds. Without this it is not possible to understand the current cost situation, describe realistic financial scenarios and develop strategies for new disease management programs.

This analysis describes an analytic approach to estimate the prevalence data at the level of sickness funds. It presents epidemiological data for HIV, breast cancer, osteoporosis, multiple sclerosis, and parkinson's disease – 5 diseases (out of 80) which have been defined as being risk adjusters for the new risk adjustment scheme.

Our findings show that prevalence is distributed inhomogeneous between sickness funds for every disease studied in detail. Hence options for explicit disease management vary likewise. It remains to be seen how the new risk adjustment scheme will affect strategies of sickness funds' related to the provision of care for those patients.

Keywords

Risk adjustment; prevalence; disease management; HIV; breast cancer; osteoporosis; multiple sclerosis; parkinson's disease

Dr. Claudia Pütz

ist Leiterin Krankenversicherung der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1965
 Sie ist Dipl.-Mathematikerin und promovierte Gesundheitsökonomin. Ihre spezielle Expertise konzentriert sich auf Tarifangebote, Vertriebs- und Leistungssteuerungsansätze sowie Risikoausgleichssysteme für gesetzliche und private Krankenversicherungen.
 Kontakt: c.puetz@epc-healthcare.de



Dr. Thomas Ecker

ist Gründungspartner der EPC HealthCare GmbH, Hamburg / Jahrgang 1971
 Er ist ausgebildeter Betriebs- und Volkswirt mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie. Die Schwerpunkte seiner Arbeit liegen derzeit in der Entwicklung evidenzbasierter gesundheitsökonomischer und -politischer Strategien für Unternehmen im Gesundheitswesen.
 Kontakt: t.ecker@epc-healthcare.de



Ass-Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD
Ass-Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Compliance Management

Bei vielen chronischen Erkrankungen beträgt die Compliancerate nicht einmal 30 %. Da jeder Prozentpunkt einer entsprechenden Verbesserung den europäischen Gesundheitssystemen eine Ersparnis zwischen 1 bis 3 Mrd. Euro bringen könnte, gewinnt dieses Thema vor allem von Seiten der Kassen zunehmend an Interesse.

>> Der Begriff Compliance stammt aus dem Englischen und bedeutet direkt übersetzt Therapietreue, Zuverlässigkeit, Einwilligung. Non-Compliance kann verschieden definiert werden. Definitionen von Non-Compliance variieren in der Literatur von der Weigerung der Patienten, einer ihnen vorgeschlagenen Therapie zuzustimmen, über einen vorzeitigen Abbruch der Therapie, bis hin zum Versäumen von Arztterminen.

Die European Health Care Foundation (EUHCF) definiert Compliance als „... Mitarbeit bzw. Kooperation des Patienten bei einer medizinischen Behandlung durch die Einhaltung definierter Verhaltensregeln“. Somit zeigt die Compliance den Grad der Übereinstimmung des Verhaltens der Patienten im Hinblick auf einen sinnvoll formulierten medizinischen Rat an (Harms/Gänshirt/Lonsert 2005; Harms/Gänshirt 2006). Soviel zur Theorie. Was bedeutet dieser Ansatz für das „normale Leben“?

„Wenn jemand krank ist, geht er zum Arzt. Er lässt sich untersuchen, beraten und bekommt unter Umständen ein Medikament verschrieben. Er wird das Rezept einlösen, sein Medikament vorschriftsmäßig einnehmen und alle Empfehlungen seines Arztes und seines Apothekers hundertprozentig befolgen“. Die Realität sieht leider anders aus. Ein nicht unerheblicher Teil der ausgestellten Rezepte wird gar nicht erst eingelöst. Kommt es doch zur Übergabe des Arzneimittels, geht man davon aus, dass bei den großen Volkskrankheiten, wie Asthma, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rheuma mehr als zwei Drittel der Patienten ihre Medikamente nicht vorschriftsmäßig einnehmen, d.h. den Empfehlungen ihres Arztes nicht folgen und somit „non-compliant“ sind (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2002; Arzneiverordnung in der Praxis 2006).

Folgen der Non-Compliance

Für die Patienten bedeutet Non-Compliance, dass sie damit rechnen müssen, dass die verordneten Therapien keinen oder nur einen teilweisen Erfolg erzielen. Darüber hinaus können unerwünschte Arzneimittelwirkungen entstehen. Die Patienten tragen ein erhöhtes Risiko dafür, dass ihre Erkrankungen schneller wiederkehren, sich der Gesundheitszustand signifikant verschlechtert, sie gravierende Folgeerkrankungen erleiden und im schlimmsten Fall vorzeitig versterben.

Abstract

Für die Volkswirtschaft bedeutet Non-Compliance, dass sich die Zeiten der Erkrankung verlängern, sich die Heilung hinauszögert oder sogar verhindert wird. Folglich werden vermehrte Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime verursacht, wobei nicht unerhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel sowie therapeutische und diagnostische Maßnahmen entstehen. Nach Schätzungen belaufen sich die durch die „geringe“ Compliance der Patienten resultierenden Folgekosten in Europa auf 200 bis 300 Mrd. Euro pro Jahr. Alleine die Folgen der Drug Non-Compliance werden mit 70 Mrd. Euro jährlich beziffert. In Deutschland entstehen nach Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Compliance. Basierend auf diesen Zahlen existiert vor allem für die Krankenkassen ein hoher Bedarf an Konzepten zum Compliance-Management. Diese Forschungsarbeit zeigt unter anderem auf, inwiefern sich Krankenkassen z.Z. mit diesem Thema auseinandersetzen.

Schlüsselbegriffe

Grundlagen Compliance Management; Status Quo der Implementierung von Compliancemanagement bei Krankenkassen

Für die Volkswirtschaft bedeutet Non-Compliance, dass sich die Zeiten der Erkrankung verlängern, sich die Heilung hinauszögert oder sogar verhindert wird. Folglich werden vermehrte Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime verursacht, wobei nicht unerhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel sowie therapeutische und diagnostische Maßnahmen entstehen. Nach Schätzungen belaufen sich die durch die „geringe“ Compliance der Patienten resultierenden Folgekosten in Europa auf 200 bis 300 Mrd. Euro pro Jahr. Alleine die Folgen der Drug Non-Compliance werden mit 70 Mrd. Euro jährlich beziffert. In Deutschland entstehen nach Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Compliance (Harms/Gänshirt/Mahl 2007; Hauner 2005).

Die Gründe für Non-Compliance sind meist vielschichtig. Die wesentlichen Ursachen werden in vier Bereiche eingeteilt (WHO 2003):

- Krankheit
- Therapie
- Interaktion zwischen Patient und Arzt oder Apotheker
- Patient

Bei akuten Erkrankungen ist die Compliance wesentlich höher als bei chronischen Zuständen. Je schmerzhafter und lebensbedrohender eine Krankheit ist, desto größer sind Leidensdruck, Krankheitsbewusstsein und Compliance eines Patienten. Verursacht die Erkrankung hingegen nur wenige oder gar keine Schmerzen, wie z. B. Bluthochdruck oder hohe Cholesterinwerte, so ist die Akzeptanz einer Behandlung und somit auch die Compliance oftmals gering (Diabetes Portal 2006; Kommer 2005).

Vielfach ist der Grund für die schlechte Compliance vor allem auf die Unkenntnis bzw. Furcht über die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente zurückzuführen.

Sehr wichtig für die Compliance ist die Interaktion zwischen dem Patienten, dem Arzt oder Apotheker. Für Informationen bezüglich Compliance werden in ärztlichen Praxen durchschnittlich nicht einmal 60 Sekunden pro Gespräch aufgewandt (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Patienten bilden sich ihre eigenen Vorstellungen von ihren Erkrankungen und entwickeln als „medizinische Laien“ so genannte „Laienhyppo-

thesen“, die oftmals nicht mit dem medizinischen Rat übereinstimmen, jedoch eine dominierende Rolle bei individuellen Verhaltensentscheidungen spielen. Viele Patienten experimentieren beispielsweise mit ihren Arzneimitteln, indem sie die Dosis verändern, Medikamente absetzen oder sie nur bei akutem Bedarf einnehmen (Sonnenmoser 2006).

Somit sind die wesentlichen Ursachen der Non-Compliance insbesondere auf die unzureichende Information, Betreuung und Motivation der Patienten zurückzuführen (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Arzneimittel alleine bringen keinen Erfolg. So kann beispielsweise ein Diabetes-Patient, der zwar – wie verordnet – sein Insulin perfekt spritzt, sich jedoch gleichzeitig falsch ernährt und zu wenig bewegt, langfristig vor den Folgeschäden seiner Krankheit nicht geschützt werden. Die Patienten selbst spielen die entscheidende Rolle. Durch maßgeschneiderte Maßnahmen müssen sie zum Selbst-Management ihrer Krankheiten befähigt werden.

Im Folgenden werden daher Komponenten dargelegt, welche stringent aufeinander abgestimmt einen sinnvollen Lösungsansatz für das Problem der Non-Compliance ergeben. Durch die Kombination der folgenden drei Faktoren wird ein effektives Compliance Management realisiert:

- Patientenorientierung
- Patienteninformation
- Kontinuierliche Betreuung und Beratung der Patienten

Wir wissen, dass durch Compliance Management nicht alle betroffenen Patienten erreicht werden. Diese Maßnahmen können allerdings chronisch kranke Patienten dazu befähigen, als „Manager ihrer Erkrankungen“ aufzutreten. Dieser Aspekt ist gesundheitspolitisch relevant, da bis zu 90 Prozent der Behandlungserfolge in den Händen der Patienten liegen (Harms/Gänshirt 2005, Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Bedeutung von Compliance Management für Krankenkassen

Aufgrund der demographischen Entwicklung, Fehlernährung und mangelnden Bewegung wird die Anzahl der chronisch Erkrankten in Zukunft drastisch steigen. Vor dem Hintergrund, dass derzeit etwa 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten von chronisch kranken Menschen „verursacht“ werden, liegt es auf der Hand, dass mit der Zunahme chronischer Krankheiten auch die Ausgaben der Krankenkassen kontinuierlich ansteigen (Harms/Gänshirt 2005, Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Zur Abklärung des Sachverhaltes wurden daher ausgewählte Krankenkassen in Deutschland zu folgenden Themengebieten befragt:

- Allgemeine Wertschätzungen kundenbezogener Aktivitäten
- Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener kostensenkender Konzepte
- Zeitraum, in dem Kosteneinsparungen wirksam werden müssten
- Bereitschaft zur Investition in Compliance Management
- Zeitraum und Höhe der evtl. Investitionen
- Derzeitige Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Zukünftige Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen

In die Befragung wurden im ersten Schritt 40 ausgewählte Krankenkassen eingebracht. Um ein möglichst repräsentatives Ergebnis zu erlangen, wurde bei der Auswahl der befragten Krankenkassen darauf geachtet, dass sowohl größere als auch kleinere Kassen eingebunden wurden.

Zu den oben genannten Themengebieten wurden sieben geschlossene Fragensegmente in einem Fragebogen erfasst. Diese Fragen ermöglichen eine Momentaufnahme der aktuellen Situation der Krankenkassen, ihrer

Literatur

- Harms, F./Gänshirt, D./Lonsert, M. (2005): Zukunftsperspektiven für pharmazeutisches Marketing. Marktempowerment: Eine Herausforderung für pharmazeutische Dienstleister. In: Pharm. Ind. 67, Nr. 8: 865 – 870
- Harms, F./Gänshirt, D. (2006): Direkte Patientenkommunikation als Herausforderung für die Pharmaindustrie. In: Pharm. Ind. 68, Nr. 6, : 673 – 677
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, Bonn; Essen; Bergisch Gladbach; Bochum; Hamburg; Kassel; Siegburg
- Arzneiverordnung in der Praxis (2006): Zum Problem der Therapietreue, Band 33, Ausgabe 1
- Harms, F./Gänshirt, D./Mahl, D. (2007): Direkte Patienteninformation; Herausforderung für die pharmazeutische Industrie. PMJ 3: 93-98
- Hauner, H.: Diabetesepidemie und Dunkelziffer. In: Deutsche Diabetes-Union (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2006, Mainz (2005), S. 7ff <http://www.diabetes.uni-duesseldorf.de/download/DDU_Gesundheitsbericht.pdf>
- World Health Organisation (WHO) (2003): Adherence to long-term therapies. Evidence for action, Geneva (Schweiz)
- Diabetes-Portal: Wie kommt es zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen (2006)? <<http://www.diabsite.de/aktuelles/gesundheitspolitik/kostenexplosion.html>>
- Kommer, K. (2005): Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise, Univ. Diss., Tübingen
- Sonnenmoser, M. (2006): Compliance in der Arzneimitteltherapie. In: ABDA-Referat 2002, S. 3
- Harms, F./Gänshirt, D. (2005): Gesundheitsmarketing; Patientenempowerment als Kernkompetenz, Lucius-Verlag Stuttgart
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007a), <http://www.bmg.bund.de/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheitsnode,param=.html__nnn=true>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007b), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/effizienz_im_gesundheitswesen.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007c), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/gesetzliche_krankenversicherung.html>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007d), <http://www.bmg.bund.de/nn_600116/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/praeventionnode,param=.html__nnn=true>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007e), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/integrierte_versorgung.html>

Einstellung zu Compliance Management Projekten sowie ihrer Bereitschaft in Compliance Management zu investieren.

Die Fragebögen wurden abteilungsübergreifend von den entsprechenden Mitarbeitern der Krankenkassen ausgefüllt. Oftmals verhielten sich diese Mitarbeiter mit ihren Aussagen eher zurückhaltend. Die Begründung dafür war, dass sie sich in einem bestimmten politisch gesetzten Rahmen bewegen müssten, und in vielen Fällen nicht so agieren könnten, wie sie es wollten.

Somit waren viele der Meinung, dass Compliance Management eher ein Thema für die Politik als für die Krankenkassen als größtem Leistungsfinanzierer des Gesundheitswesens sei. Dies wurde durch einige Aussagen noch verschärft, in denen sich Krankenkassen lediglich als passive „Umsetzer“ politischer Entscheidungen und Reformen definierten.

Wenn man bedenkt, dass von 1.000 chronisch Kranken nur ein Viertel richtig diagnostiziert, davon nur die Hälfte richtig therapiert und wiederum davon nicht mal ein Viertel der Patienten compliant sind, wird deutlich, dass chronisch Kranke in Deutschland nicht über- oder unter-, sondern fehlversorgt sind (Abb. 1).

Abgesehen von den erheblichen Defiziten, liegt der Fokus der DMPs auf der prozessorientierten Optimierung der Versorgung chronisch Kranker. Sie beziehen dabei Krankenhäuser und Ärzte ein, „vernachlässigen“ jedoch den individuellen Patienten. Genau an dieser Stelle setzt Compliance Management ein.



Abb1: Patienten mit chronischen Erkrankungen sind nicht optimal versorgt

Primär sind es die 125 von den 1.000 Patienten, welche für das Compliance Management relevant sind. Ohne die Bereitschaft bzw. Befähigung der Patienten, ihre Erkrankungen selbst zu managen – um somit die von der Politik gewünschte Eigenverantwortung zu übernehmen -, werden keine Maßnahmen in dem Maße wirksam, dass der Leistungsumfang des deutschen Gesundheitswesens in Zukunft beibehalten werden kann (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Im Gegensatz zu anderen bisher umgesetzten Maßnahmen wie z. B. DMPs oder auch der Integrierten Versorgung wird durch Compliance Management nicht an der „Stellschraube“ System, sondern vor allem am Patienten „gedreht“, denn für die Förderung und den Erhalt der eigenen Gesundheit sind die Bürgerinnen und Bürger in hohem Maße selbst verantwortlich (BMG 2007a).

Immerhin könnten nach Angaben der WHO bzw. der European Health Care Foundation 80 Prozent der Herzerkrankungen, 80 Prozent der Schlaganfälle, 80 Prozent der Diabetesfälle sowie 40 Prozent der Krebserkrankungen „verhindert bzw. verzögert“ werden, falls die Patienten die Hauptrisikofaktoren, wie z. B. falsche Ernährung oder mangelnde Bewegung „eliminieren“ würden.

Ergebnisse

Unabhängig von den medizinischen Fragestellungen sind sich alle Befragten der Gesetzlichen Krankenversicherungen einig darüber, dass die Betreuung der Kunden/Patienten im Mittelpunkt aller Interessen steht. Hierbei hat z.B. für viele Mitarbeiter der Krankenkassen die Kundenbetreuung einen höheren Stellenwert als die Bereitstellung verbesserter diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Bei dieser Frage waren lediglich 52 Prozent der Befragten der Meinung, dass dieser Punkt sehr wichtig sei.

Trotz der enormen Ausgaben erreicht Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern zu wenig Qualität. Das bedeutet, dass die Effizienz des Gesundheitssystems zu gering ist (BMG 2007b). Diese Aussage des BMG wird durch 96 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter bestätigt, die ihrerseits die Effizienzsteigerung als einen entscheidenden Faktor bei der Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem sehen. Darüber hinaus gaben 87 Prozent der befragten Kassen an, dass die Kostenreduzierung im eigenen Unternehmen ebenfalls einen hohen Stellenwert besitze. Daraus erschließt sich, dass diese beiden Schlagwörter zur Erhaltung des deutschen Gesundheitssystems, nämlich Effizienzsteigerung und Kostenreduzierung einen hohen Anklang bei den gesetzlichen Krankenkassen gefunden haben.

Kostenreduzierungen in verschiedenen Bereichen zur Regulierung der Ausgaben der GKV werden von den Kassen als unterschiedlich wirksam empfunden. Die Reduzierung der Therapiekosten durch Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben wird von 70 Prozent der Befragten als sehr wirksames Instrument gesehen.

Deutlich weniger Kassen hingegen vertreten die Auffassung, dass die Kostenreduzierungen in den Bereichen Diagnostik, ärztliche Betreuung und vor allem im Hinblick auf die Verringerung der Liegezeiten wirksam sind. Zwar beschreiben 23 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter z.B. die Aktionen zur Reduzierung der Kosten im Bereich der Diagnostik als sehr wirksam. Im Gegensatz dazu sind jedoch 27 Prozent der Befragten der Meinung, dass diese Maßnahmen fast keine Wirkung entfalten.

Ähnlich verhalten sich die befragten Kassen bei den Fragen zur Kostenreduzierung in den Bereichen der ärztlichen Betreuung bzw. der Verringerung der Liegezeiten im Krankenhaus. So meinen 26 Prozent der Krankenkassen, dass die Schritte zur Reduzierung dieser Aufwendungen keinen Sinn machen. Nur 22 Prozent der GKVen äußerten, dass diese Maßnahmen sehr wirksam sind.

Nur 9 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter sind der Auffassung, dass die Reduzierung firmeninterner Kosten zur Regulierung der eigenen Kostenstrukturen sehr wirksam sei. Interessant ist, dass bei dieser Frage der Anteil derer, die diese Maßnahmen zur Kostenreduktion für „wirksam“ halten, genauso hoch ist, wie der Anteil derer, die diese Handlungen als „nicht sehr wirksam“ bezeichneten. Diese Aussage legt die Vermutung nahe, dass viele Kassen das firmeninterne Kosteneinsparungspotenzial in den Bereichen Personal und Marketing für nahezu ausgeschöpft halten.

Zur gegenwärtigen Rolle der Prävention in ihren Organisationen antworteten 74 Prozent der Kassen, dass sie der Prävention gegenwärtig eine sehr große Rolle beimessen. Nur neun Prozent der GKVen sehen die Rolle der Prävention als untergeordnet an. Vor allem das Disease

Management spielt gegenwärtig – und auch zukünftig – bei den Krankenkassen eine dominierende Rolle. Immerhin bestätigen nur 17 Prozent der Kassen den DM-Konzepten eine untergeordnete Funktion.

Die Einführung der integrierten Versorgung ebnete den Weg für eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer. Dabei steht die Verzahnung von Akteuren unterschiedlicher Versorgungsstufen im Vordergrund. Durch Vernetzung z.B. von Arztpraxis, Krankenhaus und Rehabilitationsklinik soll die Koordination und der Informationsfluss zwischen den Versorgungsbereichen optimiert werden (BMG 2007c).

Die Erhebung zur Rolle der Integrierten Versorgung in den GKVen ergab, dass ein größerer Anteil der Kassen dieser Art der Gesundheitsversorgung in der Zukunft eine entsprechende Relevanz bescheinigt. Gegenwärtig spielt für 57 Prozent der befragten Krankenversicherungen die integrierte Versorgung eine sehr große Rolle. Allerdings sind 70 Prozent der Befragten der Meinung, dass diese Versorgungsmethode in der Zukunft eine sehr große Rolle in ihrer Organisation spielen wird.

Im Gegensatz zur integrierten Versorgung bzw. der DMPs, die sehr stark vom System gesteuert werden, befasst sich Compliance Management mit den Möglichkeiten, die vom Patienten aus beeinflusst werden können.

Das Resultat der Befragung zur derzeitigen und zukünftigen Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen zeigt daher, dass Compliance Management in Zukunft an Wichtigkeit gewinnen wird. Obwohl sich die Strategische Planung – geschweige denn die Implementierung – noch in den Kinderschuhen befindet, waren nur 13 Prozent der Befragten der Meinung, das Compliance Management für sie keine Rolle spielt. Beachtenswert ist dabei vor allem, dass 35 Prozent die Meinung vertraten, dass Compliance Management in Zukunft eine sehr große Rolle in ihren Organisationen spielen wird.

Fasst man die Daten derer zusammen, die die Meinung vertreten, dass CM-Konzepte in Zukunft eine sehr große oder eine gewisse Rolle spielen werden, dann sagen 87 Prozent der Befragten dem Compliance-Management eine entsprechende Relevanz voraus.

Daher sind die meisten Kassen bereit in Compliance Management zu investieren, sofern die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen evidenzbasiert nachgewiesen wird. Immerhin sind 32 Prozent der Befragten bereit bis zu 5 Prozent der Einnahmen für derartige Projekte zu veranschlagen. Allerdings setzen 86 Prozent der Befragten Kosteneinsparungen durch die Umsetzung von Compliance Management innerhalb von zwei bis drei Jahren voraus (Abb. 2). <<

Compliance-Management

Economically con-compliance means an increased duration of disease or prevention of cure, which causes increased hospital- or nursing home admittance. Considerable additional costs are caused by medications and therapeutic or diagnostic measures. In Europe the costs of poor patient compliance are estimated to amount to 200-300 billion EUR per year. The sole costs of drug non-compliance are 70 billion EUR per year. In Germany 13 % of the total health care costs are caused by non-compliance alone. In view of these numbers health care insurances have a very high need for compliance-management concepts. This research paper demonstrates how health care insurances are dealing with this topic.

Keywords

Compliance; Non-Compliance

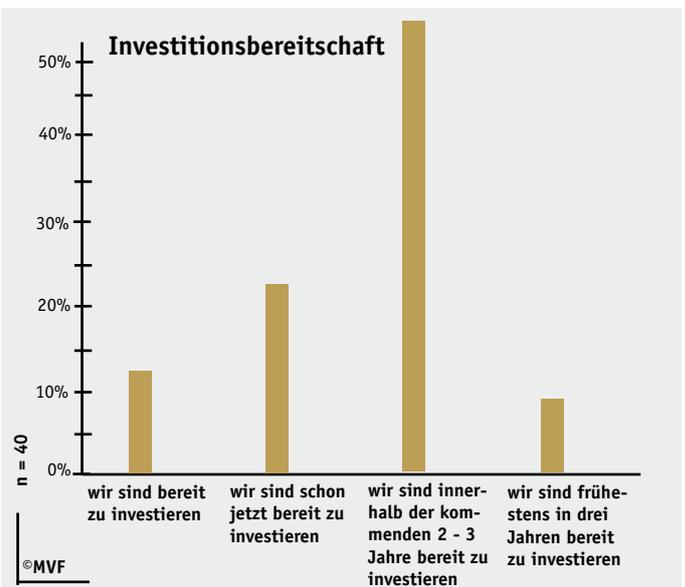


Abb. 2: Ist Ihre Organisation bereit, in Compliance Management zu investieren?

Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD

Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation / Jahrgang 1955
Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Mitbegründerin und gegenwärtig Geschäftsführerin des Health Care Competence Centers (HC3) und ist dort spezialisiert auf Technologiebewertungen medizinischer Innovationen.



Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Vorstand des Health Care Competence Centers (HC3) / Jahrgang 1965
Er ist Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Mitglied des Vorstandes der Internationalen Gesellschaft für Prävention (IGP) und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF).



Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

Intelligente Verträge

Stakeholder TaskForce

Care Maps

Festbetragsrechner

Klinikspiegel

EBM-Dossier

EPC HealthCare GmbH

EPC HealthCare GmbH
Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg

TEL +49 (40) 854 0291 - 00
FAX +49 (40) 854 0291 - 29

info@epc-healthcare.de
www.epc-healthcare.de