

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



INTERVIEW:

Staatssekretär Dr. Klaus
Theo Schröder über
einen strategisch-kon-
zeptionellen Ansatz von
Versorgungsforschung

REALITÄT

Diabetikerversorgung: Viele Fragen, kaum Antworten (Herholz)

QUALITÄT

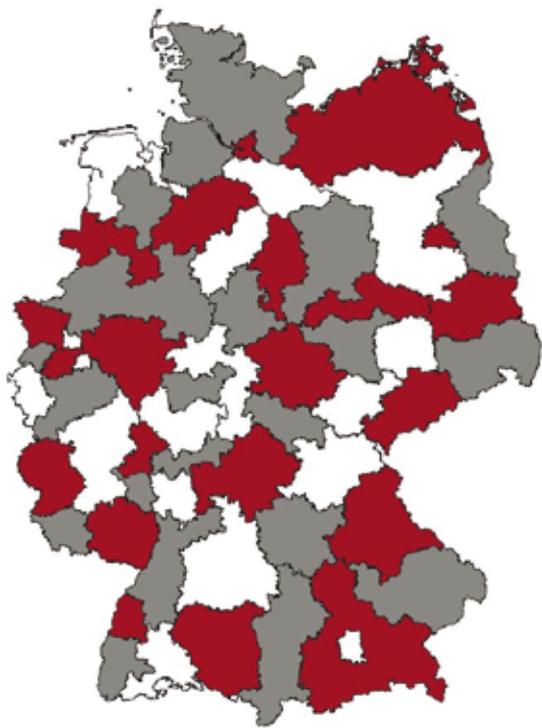
„Wir brauchen mehr Evidenz“ (Sawicki)

INNOVATION

Erfolgsmodell Arzneimittelrabatte (Hermann, Wienands)

DATENGETRIEBENE VERSORGENGSFORSCHUNG

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

Wissen schafft Gesundheit

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski stellt die Vision des neuen Mediums „Monitor Versorgungsforschung“ vor.

4

TITELINTERVIEW

Versorgungsforschung muss unabhängig sein

Interview mit Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder über die Realität der Versorgungsforschung in Deutschland.

6

REALITÄT

Forschungs-Förderung dringend gesucht

Ein Report über den Ist-Zustand von Versorgungsforschungs-Förderung in Deutschland.

11

Anschubfinanzierung für IV ungesichert

Integrierte Versicherungsverträge und der Status der Anschubfinanzierung.

15

QUALITÄT

„Wir brauchen mehr Evidenz“

Der IQWiG-Leiter Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki spricht sich im MVF-Interview für gesellschaftlich relevantere Forschungsansätze aus.

14

Eine Frage der Kommunikation

Seit vielen Jahren finden die „Elmauer Gespräche“ statt: Ein interdisziplinäres Get-together für mehr Versorgungsqualität in der Diabetestherapie.

22

INNOVATION

Marktdurchdringung neuer Arzneimittel

Aktuelle Zahlen von INSIGHT Health zeigen, wie schnell sich neue Wirkstoffe in den ersten sechs Monaten nach Markteinführung durchsetzen.

19

ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

Regionale Unterschiede bei AM-Ausgaben

Aktuelle Zahlen von INSIGHT Health zeigen, wie sich die Arzneimittelausgaben und -verordnungen je GKV-Versichertem in 17 KV-Regionen darstellen.

10

Institute der Versorgungsforschung

MVF baut eine Übersicht aller Institute, Lehrstühle und Bereiche auf, die sich mit Versorgungsforschung befassen/Erste Fassung.

17

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Bertram Häussler

24

Bedeutung von Arzneimittel-Marktanalysen

Status quo und Zukunft des Arzneimittelmarktes

Dr. Christopher Hermann; Frank Wienands

27

Das Erfolgsmodell Arzneimittelrabatte

Kostendämpfung und Kostenverantwortung der Krankenkassen

Dipl.-Psych. Melanie Lupp; Prof. Dr. med. Hans Helmut König, MPH; Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

31

Kostenfaktor Depression

Die Kosten depressiver Störungen und Implikationen für die Versorgung

Dr. med. Harald Herholz

35

Viele Fragen, kaum Antworten

Warum Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen endlich mehr Ergebnisse aus der Versorgungsforschung brauchen

Dr. Claudia Wein; Dr. Konstanze Dreßler-Bätzig; Dipl.-Med. Christina Leimbach; Dipl.-Sozialwissenschaftlerin Sandra Born

40

Arme ABC-Schützen

Gesundheitliche Probleme insbesondere unterprivilegierter Schulanfänger im Berliner Bezirk Lichtenberg

Prof. Dr. Reinhold Roski; Dr. Thomas Ecker

44

Unterversorgung als Regelfall

Wie hoch ist das Versorgungsdefizit von Patienten mit einer spezifischen Osteoporosetherapie in Bezug auf eine leitliniengerechte Basistherapie mit Calcium und Vitamin D?

STANDARDS

| | |
|-----------------|-------|
| Impressum | 3 |
| Rezensionen | 20 |
| News | 21/39 |
| Call for Papers | 39 |
| Leserumfrage | 47 |

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung • Gegr. 2008 • Herausgeber: Prof. Dr. R. Roski • ISSN 1866-0533

Verlag und Vertrieb:
eRelation Content in Health AG
Kölnstraße 119
53111 Bonn
Tel.: 0228 - 7 63 68-0
Fax: 0228 - 9 69 22-99
E-Mail: mail@erelation.org

**Anzeigenleitung und
Abonnementverwaltung:**
Anke Heiser
Tel.: 0228 - 7 63 68-15
E-Mail: anzeigen@m-vf.de

Redaktion:
Monitor Versorgungsforschung
Kölnstraße 119 - 53111 Bonn
Tel.: 0228 - 7 63 68-0
Fax: 0228 - 9 69 22-99
E-Mail: redaktion@m-vf.de
Internet: www.m-vf.de

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

Chefredakteur:
Peter Stegmaier (ps)
stegmaier@m-vf.de

Redaktion
Jutta Mutschler (jm)
mutschler@m-vf.de
Wolfgang Dame (wd)
dame@m-vf.de

Grafik:
Christian Höfels

Druck:
Kössinger AG – www.koessinger.de
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling

Kontakt:
info@koessinger.de
Tel.: 09451 - 499-124, Fax: -101
Leonardo: 09451-499-166
Fordern Sie ggf. das „Datenblatt für
Offset-Vorlagen“ an.

Erscheinungsweise: pro Quartal (4 Ausgaben/Jahr).
Verbreitete Auflage: 6.000

Das Abonnement kostet jährlich 60 Euro, zzgl. MwSt.
und Porto (6,14 EUR/Inland).

Es gilt die Anzeigenpreislite Nr. 1 (1.1.2008).
Bank: Dresdner Bank, Bonn-Bad Godesberg,
Kto 264 05 33 00 (BLZ: 370 800 40)

Monitor Versorgungsforschung dient nur der persönli-
chen Unterrichtung des Empfängers. Gekennzeichnete
Artikel von Fremdaotoren geben immer die Meinung
des jeweiligen Autors wider. Die Weitergabe oder
Vervielfältigung ist nicht gestattet. Zitate sind bei
Quellenangabe erlaubt. Für unverlangt eingesandte
Manuskripte wird keine Haftung übernommen.

Wissen schafft Gesundheit



>> Das deutsche Gesundheitswesen wird in Deutschland gern als eines der besten der Welt angesehen. Dennoch gelingt es trotz vergleichsweise hohen Aufwands nur unzureichend, die Wünsche der Beteiligten zu erfüllen. Die Politik hat sich lange darauf konzentriert, Kosten zu begrenzen. Jetzt geht es darum, Kosten gegen Nutzen abzuwägen, Effizienz und Effektivität zu verbessern. Und der Nutzen für Bürger und Patienten muss das Fundament der Entscheidungen sein. Wir brauchen zukunftsfähige Prozesse, die in der Lage sind, Unter-, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und eine durchgehend hohe Prozessqualität zu erreichen. Das ist wegen der enormen Komplexität unseres Gesundheitssystems nicht einfach, in dem die Finanzierung der Kranken- und Gesundheitsversorgung strukturell getrennt ist von der Inanspruchnahme der Leistungen durch die Patienten. So interagiert eine Vielzahl an Leistungsträgern (Krankenkassen, Rentenversicherung) und Leistungserbringern (Krankenhäuser, Ärzte, Apotheker, Pharma-/Medizintechnik, Heilberufe), die alle zu diesem Prozess und seiner Qualität beitragen.

Um diese komplexen Probleme zu analysieren und für Bürger und Patienten richtige Lösungen zu finden, brauchen wir sowohl – so Dr. Klaus Theo Schröder (BMG) – einen unabhängigen Ansatz, der die Fragen und Interessen der verschiedenen Akteure reflektiert, als auch mehr verlässliche Evidenz für praxisrelevante Entscheidungen – so Professor Peter T. Sawicki (IQWiG) im Interview in dieser Ausgabe.

Eben jene Evidenz gewinnen wir durch Versorgungsforschung, die die Inputs, Prozesse, Outputs und tatsächlichen Outcomes der Kranken- und Gesundheitsversorgung einschließlich der Rahmenbedingungen interdisziplinär beschreibt und erforscht. Sie liefert damit wissenschaftliche Studien, Daten und Fakten über die Wirklichkeit unseres Gesundheitswesens. Diese entscheidungsrelevanten Informationen der großen interessierten Fachöffentlichkeit zu präsentieren und zur Debatte zu stellen, dieser Aufgabe hat sich „Monitor Versorgungsforschung“, kurz „MVf“, verschrieben, deren Herausgeberschaft ich übernommen habe. „Monitor Versorgungsforschung“ versteht sich als unabhängiges, interdisziplinäres Fachorgan für das gesamte Themenfeld der Versorgungsforschung. Sie will für die Versorgungsforschung in Deutschland eine breitere Wahrnehmung erreichen und so die Wirksamkeit und Durchsetzung ihrer Ergebnisse verbessern. „Monitor Versorgungsforschung“ soll wissenschaftlich-zuverlässige Einblicke in die Realität der Versorgung sowie in neue, innovative Versorgungskonzepte gewähren, um durch ein Mehr an vertrauenswürdigen Informationen, durch Transparenz und Öffentlichkeit zur Verbesserung der Qualität des Gesundheitssystems für alle Nutzer, Patienten und Bürger beizutragen.

Im Sinne der Anwendungsorientierung bemühen sich Herausgeber und Redaktion um eine über den reinen Wissenschaftskreis hinausgehende disziplinübergreifende Verständlichkeit. Um den Gedankenaustausch zwischen Wissenschaft und Versorgungspraxis umfassend zu fördern, sollen alle beteiligten Disziplinen und Prozesspartner zu Wort kommen. Verstehen Sie bitte „Monitor Versorgungsforschung“ als Kommunikationsforum, als Community Organizer, wie man heute sagt. Das neue Medium wird auch davon leben, dass Sie, lieber Leser, die Informationen nutzen, die wir Ihnen bieten, und dass Sie selbst den anderen Lesern Ihre Informationen zur Verfügung stellen. Dieser Austausch macht das Forum lebendig. Nutzen Sie bitte auch die vorletzte Seite dieser Ausgabe: Sagen Sie uns Ihre Meinung! <<

Über Ihr Interesse freue ich mich
Ihr

PROF. DR. REINHOLD FUNK

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 mitherausgegebene 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, nutzwertige Gesundheits-Informationen, die für die hausärztliche Versorgung von Belang sind. Gleich-



Aktive Abgabe: Auch Hausärzte-Bundesverbands-Chef Ulrich Weigoldt 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



Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder im MVF-Gespräch

„Ein bewusst kritischer Umgang“

Mit Dr. rer. pol. Klaus Theo Schröder (59) wurde schon kurz nach Ernennung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein beamteter Staatssekretär berufen, der als intimer Kenner des Gesundheitswesens gilt. Der im rheinischen Moers geborene Ökonom arbeitete zuvor an der Gesamthochschule Duisburg, der Wirtschaftsuniversität Wien und an der Universität Trier, ehe er Mitte der 80er Jahre ins damalige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen berufen wurde, um ab Dezember 1994 das Amt des Staatssekretärs im Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit zu übernehmen. Sein danach folgendes Amt als Staatssekretär der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen in Berlin verließ er – damals sichtlich genervt von politischen Fallstricken – und ging auf die andere Schreibtischseite und zwar in die Konzernleitung der Rhön-Klinikum AG. Damit kennt Schröder das Gestalten der Partner im Gesundheitswesen aus diversen Blickwinkeln, was ihn als Verhandlungspartner auszeichnet. Immer hat er dabei eines im Blick: profunde wissenschaftliche Grundlagen für politische Entscheidungen – namentlich der Versorgungsforschung, die auch in Deutschland langsam den Kinderschuhen entwächst.

>> Herr Staatssekretär Schröder, was ist zu tun, um der Versorgungsforschung mehr Gewicht im Fachbereich sowie vielleicht sogar im medialen und damit öffentlichen Raum zu verschaffen?

Die Versorgungsforschung hat in den letzten Jahren bereits entscheidende Fortschritte erzielt. Im Rahmen seiner Möglichkeiten hat das Bundesgesundheitsministerium seit vielen Jahren Maßnahmen der Versorgungsforschung unterstützt.

Sie sprechen das Modellprogramm zur Förderung der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung an.

Mit diesem Programm sind Maßnahmen der Versorgungsforschung über rund 16 Jahre mit jährlich circa 3 Millionen Euro gefördert worden, die der Weiterentwicklung der Qualität des Gesundheitswesens dienen. Eine Vielzahl der hier erfolgreich geförderten Projekte konnte in die Routineversorgung überführt werden. Darüber hinaus möchte ich aber auch beispielhaft das Leuchtturm-Projekt Demenz nennen, das mit 4,5 Millionen Euro in 2008 und 8,5 Millionen Euro in 2009 gefördert wird. Gegenstand dieser Förderung ist es, Erkenntnisse über die Versorgung demenziell Erkrankter zu vertiefen und die Situation der Betroffenen auf ambulanter und stationärer Ebene zu verbessern.

Daneben muss aber bei der Frage, wie wird der Versorgungsforschung mehr Gewicht beigemessen, auch das gemeinsam von Bundesforschungs- und Bundesgesundheitsministerium getragene Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ erwähnt werden. Versorgungsforschung ist durch das Regierungsprogramm zu einem festen Bestandteil der patientenorientierten Forschung geworden. Medizinisch gesprochen: Diese Maßnahmen wirken doppelt. Sie steigern die Bedeutung der Versorgungsforschung und ermöglichen zugleich deren methodische und inhaltliche Weiterentwicklung.

Dennoch findet sich im aktuellen GKV-WSG kein Wort zum Thema Versorgungsforschung oder gar deren Förderung, auch hier fehlt ihr das, was sie braucht: eine positive Grundstimmung.

Noch zu oft fehlt der Versorgungsforschung die Anerkennung in Wissenschaft und Praxis. Versorgungsforschung muss auch innerhalb der medizinischen und biomedizinischen Wissenschaften als wichtige Forschungsrichtung – also mit eigenen Fragestellungen und eigenen methodischen Herangehensweisen – anerkannt werden. Zugleich ist sie gefordert, die Ergebnisse so aufzubereiten, dass sie von Anwendern





im Gesundheitswesen beachtet und genutzt werden können. Auf diese Weise lässt sich auch vermehrt öffentliche Anerkennung gewinnen. Dazu ist auch ein verstärkter Dialog zwischen Versorgungsforschern und Anwendern notwendig.

Welche Faktoren müssen Ihrer Ansicht nach Richtungen und Schwerpunkte der Versorgungsforschung bestimmen?

Versorgungsforschung muss sich an den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem orientieren: demographischer Wandel, Zunahme der chronischen Krankheiten, hohe Komplexität im Versorgungswesen, Überwindung von Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen und effektive Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. Die Versorgungsforschung steht vor der Aufgabe, hohe wissenschaftliche Standards mit Praxisnähe zu vereinen. Um die Methodik zu verbessern, wird eine engere Verzahnung mit der klinischen Forschung hilfreich sein. Wir brauchen aber eine Versorgungsforschung, die auch wissenschaftsgetriebene Fragestellungen beantwortet.

Welche Prämissen legen Sie an diesen interdisziplinären Ansatz an?

Versorgungsforschung sollte immer unterschiedliche Perspektiven einnehmen: die der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen, der Sozialversicherungen oder der Patientinnen und Patienten. Gut und wirksam wird sie außerdem nur dann sein, wenn sie von Beginn an bedenkt, wie ihre Ergebnisse in den Versorgungsalltag umgesetzt werden können - und sie das Gesundheitssystem wie auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen im Blick hat.

Gibt es aus Sicht des Gesundheitsministeriums einen strategisch konzeptionellen Ansatz von Versorgungsforschung und der Förderung von Versorgungsforschung in Deutschland?

Aus Sicht der Bundesregierung ist die Versorgungsforschung ein fester und unumstrittener Bestandteil der Gesundheitsforschung. Daher soll dieser Bereich bei der anstehenden Aktualisierung des gemeinsam von Bundesforschungs- und Bundesgesundheitsministe-

rium getragenen Programms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ weiter gestärkt werden. Seit 1998 hat die Bundesregierung die Versorgungsforschung strategisch auf- und ausgebaut. So wurde gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund zunächst die Rehabilitationsforschung, später auch die Versorgungsforschung mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Auch das Bundesgesundheitsministerium ist an diesem Forschungsschwerpunkt beteiligt. Seit 2007 haben diese Akteure gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. neue Akzente gesetzt:

„Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ heißt der Schwerpunkt der aktuellen Fördermaßnahmen. Erstmals wird hier Versorgungsforschung über die traditionellen Sektorengrenzen zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung hinweg ermöglicht.

<< Unabhängige Versorgungsforschung ist unerlässlich. >>

Wie beurteilen Sie den Einsatz anderer Akteure in der Versorgungsforschung?

Die Bundesregierung bemüht sich über eigene Aktivitäten hinaus, unterschiedliche Akteure für diesen Forschungszweig zu gewinnen. Daher sind auch andere Initiativen zur Versorgungsforschung, wie zum Beispiel die der Bundesärztekammer, zu begrüßen. Es ist wünschenswert, dass auch weitere Akteure des Gesundheitswesens die Bedeutung der Versorgungsforschung erkennen und vor allem deren wissenschaftlich-methodische Weiterentwicklung stärker berücksichtigen.

Versorgungsforschung muss unabhängig sein, damit sie objektive Datenströme erzeugen kann, die ja auch Grundlage von politischen Entscheidungen sind oder sein sollten. Ist sie das? Sehen Sie Wege, wie man Interessenkonflikte bei der Erarbeitung von Forschungsergebnissen und deren Veröffentlichung und Rezeption lösen kann?

Einerseits ist eine Versorgungsforschung, die unabhängig von Interessen im Gesundheitswesen betrieben wird, unerlässlich. Andererseits wird Versorgungsforschung auch immer die Fragen spezifischer Akteure im Gesundheitswesen beantworten müssen und dafür bewusst und re-

flektiert deren Sichtweisen berücksichtigen.

Was kann die Regierung für eine Unabhängigkeit dieser Forschungsrichtung tun?

Im Rahmen der Fördermaßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit wird bereits bei der Auswahl von Projekten immer streng auf möglichst unabhängige und transparente Entscheidungen beispielsweise durch Gutachtenkommissionen oder die Beteiligung externer Gutachter geachtet. Auch bei der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, die gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführt wird, zeigt sich, wie unabhängige Forschung die Anliegen der Akteure im Gesundheitswesen bearbeiten kann. Die Förderer geben die Themenkomplexe gemeinsam vor, das Verfahren ist durch Kooperation und hohe Transparenz gekennzeichnet. Die Forschungsanträge werden von unabhängigen Experten bewertet und ausgewählt. Die Rechte und Pflichten zur Veröffentlichung der Ergebnisse obliegen dann den Wissenschaftlern, ohne dass die Förderer weiteren Einfluss nehmen. Das hindert die Förderer – und übrigens auch die Bundesministerien – nicht daran, aus den Ergebnissen der Wissenschaftler eigene Schlüsse zu ziehen.

Sie sehen da keinen immanenten Widerspruch?

Problematisch ist nicht, dass unterschiedliche Akteure sich in der Versorgungsforschung engagieren. Ihre Verfahren der Forschungsförderung müssen transparent sein und sich an den anerkannten Standards guter wissenschaftlicher Praxis orientieren. Darüber hinaus wird jedoch immer ein bewusster kritischer Umgang mit den Interessen der unterschiedlichen Akteure in der Versorgungsforschung notwendig sein.

Was kann getan werden, um mehr Transparenz zu schaffen? Wer hat denn einen Überblick über das, was an Versorgungsforschungs-Studien auf dem Markt oder in der Pipeline ist? Oder dass unliebsame Erkenntnisse sittsam verschwiegen werden?

Hierzu gibt es eine Initiative für mehr Transparenz und eine größere Unabhängigkeit von Partikularinteressen: Das Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt den Aufbau eines Nationalen Studienregisters an der Universität Freiburg. Dort können künftig auch interventionelle Studien aus der Versorgungsforschung registriert werden. Der freie Zugang zu Informationen über Studien ist für Entscheidungen von Wissenschaftlern, Ärzten und auch von Patienten von großer Bedeutung. Sie können sich über aktuell laufende und abgeschlossene Studien zu einem bestimmten Krankheitsbild informieren und so mehr über die Wirksamkeit von Therapieverfahren erfahren. Die öffentlich zugängliche Registrierung klinischer Studien verhindert, dass negative Studienergebnisse unterdrückt werden. Dadurch werden Fehleinschätzungen über die Wirkungsweise von Arzneimitteln und anderen Therapien verhindert. Und: Unnötige Wiederholungsstudien unterbleiben.

Vor allem die Realitäten in der Gesundheitsversorgung werden von der Gesundheitspolitik determiniert. Das betrifft sowohl die beim Patienten direkt spürbaren Auswirkungen durch OTC-Erstattungsausschluss, Praxisgebühr oder auch Rabattverträge mit Generika- und Originalherstellern. Dies betrifft aber auch die eher indirekten Auswirkungen von gesundheitspolitischen Konzepten wie IV, DMP, DRG oder von Hausarztmodellen. Oder auch für den Patienten absolut unsichtbare Wirkungen der Bonus-Malus-Regelung der Arzthonorierung. Wie sieht es mit der

<< Die Einführung der Telematik wird das Gesundheitssystem verändern. >>

wissenschaftlichen Evaluation der tatsächlichen Wirkungen, Auswirkungen und möglichen Wechselwirkungen auf In- und Outcomes aus?

Eines der gesetzlich festgelegten Kernelemente z. B. der DMPs ist die

Evaluation der Programme, d. h. ihrer medizinischen und ökonomischen Inhalte sowie der Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Die Evaluation ist allerdings nicht als Instrument einer Versorgungsforschung konzipiert, sondern primär darauf ausgerichtet, die Programme verschiedener Krankenkassen diagnosebezogen miteinander zu vergleichen, da auf deren Grundlage die Verlängerung der Zulassung eines Programms erfolgt. Erste Ergebnisse der Evaluation der Programme für Typ-2-Diabetiker geben Hinweise darauf, dass sich die Versorgung der chronisch kranken Patientinnen und Patienten durch die DMPs verbessert hat. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser ersten, derzeit noch laufenden Evaluationen werden sich dann Aussagen über die tatsächlichen Auswirkungen dieses Versorgungsmodells treffen lassen.

Und bei DRGs oder IV-Verträgen?

Um die Auswirkungen des DRG-Fallpauschalensystems u. a. auf die Qualität der Versorgung und die Veränderung der Versorgungsstrukturen zu untersuchen, hat der Gesetzgeber die mit der DRG-Einführung beauftragten Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV und PKV) zur Durchführung einer Begleitforschung verpflichtet. Die Selbstverwaltungspartner haben dazu Forschungsaufträge auszuschreiben. Das BMG hat stets auf eine zeitnahe Durchführung der Begleitforschung gedrängt und wird die Selbstverwaltungspartner notfalls aufsichtsrechtlich dazu anhalten. Der Gesetzgeber hat dagegen sowohl bei der Integrierten Versorgung als auch bei der hausarztzentrierten Versorgung auf die Vorgabe wissenschaftlicher Begleitforschung bewusst verzichtet, da es sich hierbei nicht um Modellvorhaben handelt, sondern um eine Versorgungsform mit hohen Freiheits- und Flexibilitätsgraden zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zum Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die anstehende Einführung der Telematik wird unser Gesundheitswesen sicher nachhaltiger und struktureller als alle bisherigen Reformen verändern. Glaubt man einer Studie von Booz Allen Hamilton, sind die Nettonutzen im 5- und auch 10-Jahreszeitraum jedoch eher gering, die Ausgaben dafür vor allem auf Arzt- und Patientenseite umso höher. Ist denn die Kosten-Nutzen-Relation der Telematik für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung in irgendeiner Form belegbar?

In der Tat wird die Einführung der Telematik das Gesundheitswesen verändern, es noch effizienter und die Kommunikation noch sicherer machen. Unbestritten ist, dass die Telematik sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Ärztinnen und Ärzte und andere Heilberufsangehörige erhebliche Vorteile bietet. Behandelnden Ärzten werden zukünftig über die Telematik-Infrastruktur zusätzliche, unter Umständen lebensrettende Informationen zur Verfügung stehen. Die Arzneimitteldokumentation wird Transparenz über die von verschiedenen Ärzten verordneten Arzneimittel schaffen, etwaige Wechselwirkungen, Arzneimittelunverträglichkeiten oder die Verordnung ungeeigneter Arzneimittel aufdecken. Damit werden nicht notwendige Folgekosten oder gar Todesfälle vermieden oder zumindest reduziert. Mittels Telematik können Ärztinnen und Ärzte zukünftig einen schnelleren Überblick über den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten gewinnen. Dies gilt besonders in Notfallsitu-

ationen, aber auch in laufenden Behandlungsprozessen. Mit diesen Informationen werden nicht notwendige Arbeitsprozesse in den Praxen und Krankenhäusern vermieden, die Behandlung kann schneller und zielgerichteter aufgenommen werden. Für Apotheker wird die Übertragung von Verwaltungsdaten durch Vermeidung des Medienbruchs vereinfacht und Abrechnungsprozesse erleichtert.

Allein das Lichtbild auf der elektronischen Gesundheitskarte und auch die Aktualisierung der administrativen Daten des Versicherten wird zudem dazu führen, dass die unberechtigte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen besser als bisher verhindert werden kann.

Alleine: Die Rechnung zahlen wohl Leistungserbringer wie der Arzt oder der Apotheker sowie natürlich der Patient durch eine Erhöhung seiner Beiträge, die ungefähr einen halben Beitragssatzpunkt ausmachen soll und sicher auch wird.

Was das Gutachten von Booz Allen Hamilton betrifft, lassen Sie mich Folgendes festhalten: Das Gutachten sollte für Tarifverhandlungen zwischen den Organisationen der Leistungserbringer und der Krankenkassen als Grundlage der Ermittlung von Honorarzuschlägen eingesetzt werden. Im Gutachten wurde das Ziel verfolgt, die der jeweiligen Seite entstehenden Kosten mit dem der jeweiligen Seite zufließenden Nutzen zu verrechnen und auf dieser Basis die zu verhandelnden Telematikaufschläge zu ermitteln. Daher war es nicht überraschend, dass von den Beteiligten jeweils hohe Aufwände und ein niedriger Nutzen dargestellt wurden. Die Ergebnisse des Gutachtens von Booz Allen Hamilton wurden von den Organisationen der Selbstverwaltung im Übrigen nicht abgenommen. Tatsächlich bildet der von den Spitzenorganisationen im Jahr 2004 vorgelegte Planungsauftrag, der im Auftrag der Organisationen der Selbstverwaltung von den Firmen IBM Business Consulting Services und Orga Kartensysteme GmbH durchgeführt wurde, die von den Organisationen der Selbstverwaltung abgenommene Planungsgrundlage.

Wobei auch hier ein Milliardenbeitrag zur Finanzierung des Systems angesetzt wird.

In dem Planungsauftrag der Selbstverwaltungsorganisationen werden die Kosten für den Aufbau der Telematikinfrastruktur auf bis zu 1,4 Milliarden Euro sowie die jährlichen Betriebskosten zwischen 120 bis 147,9 Millionen Euro beziffert. Diesen Kosten wird ein jährliches Nutzenpotenzial von circa 520 Millionen Euro gegenübergestellt. Dieses Ergebnis bedeutet zunächst, dass sich die Aufwände für den Aufbau der Telematik innerhalb eines Zeitraums amortisieren werden, der deutlich geringer ist, als im Gutachten von Booz Allen Hamilton postuliert wurde. Es bedeutet aber auch, dass es – jenseits von Tarifverhandlungen – eine breite Mehrheit gibt, die die eingangs beschriebenen Vorteile, die Telematik im Gesundheitswesen allen Beteiligten bieten wird, anerkennen. Jetzt gilt es, diese Potenziale durch praktisches Handeln zu erschließen.

Das führt zur nächsten Frage: Wie wird sich denn der Gesundheitsfonds auswirken? Welche validierten Erkenntnisse gibt es denn hier?

Der Gesundheitsfonds bringt für die Organisation des Gesundheitssystems fundamentale Vereinfachungen. Er wird die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung transparenter machen und ist zudem ein umfassender und nachhaltiger Beitrag zum Bürokratieabbau. Der Beitragssatz wird künftig bundeseinheitlich festgelegt. Der

<< Gut wirtschaftende Krankenkassen werden besser dastehen. >>

Gesundheitsfonds bündelt die Beiträge der Arbeitgeber, der anderen Sozialversicherungsträger und der Mitglieder der Krankenkassen sowie den steuerfinanzierten Bundeszuschuss. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Es handelt sich

hierbei um eine Grundpauschale sowie alters- und risikoadjustierte Zuschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen.

Und wenn Krankenkassen – wovon teilweise wohl auszugehen sein wird – damit nicht auskommen sollten?

Soweit Krankenkassen mit diesen Zuweisungen finanziell nicht auskommen, müssen sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Gut wirtschaftende Krankenkassen werden ihren Versicherten überschüssige Mittel auszahlen können. Damit können Versicherte auf einen Blick erkennen, wie gut ihre Krankenkasse arbeitet. Dies schafft mehr Transparenz, mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ab 2011 können Arbeitgeber zudem eine einzige Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag wählen. Das vereinfacht das Verfahren für die Arbeitgeber erheblich und trägt so zum Bürokratieabbau bei.

Die Krankenkassen erhöhen zurzeit ihre Beiträge. Das liegt ja wohl noch nicht am Gesundheitsfonds ab 2009 und hat auch nichts zu tun mit der Eintreibung der Kosten für die Einführung der Telematik. Was sind die wahren Ursachen?

In den letzten Wochen haben zwar einige Krankenkassen ihre Beiträge erhöht. Bei sämtlichen AOKen und fast allen Ersatzkassen sind sie jedoch stabil geblieben. Insgesamt waren lediglich rund 16 v.H. aller GKV-Versicherten von Beitragserhöhungen betroffen. In einigen Fällen gab es auch Beitragssatzsenkungen. Die Ursachen hierfür sind in der Regel kassenindividuell. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 haben die aktuellen Beitragssatzveränderungen ebenso wenig zu tun wie mit der Einführung der Gesundheitskarte.

Ein großes Thema der Versorgungsforschung ist der Transfer von Innovationen von der medizinischen Forschung zum Patienten in dessen Alltag. Das Forschungsministerium will gerade durch einen Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ die Kräfte der Gesundheitswirtschaft bündeln und die verschiedenen Akteure dazu veranlassen, regional zusammenzuarbeiten. Welche Maßnahmen trifft nun das Bundesgesundheitsministerium, um solche Prozesse und deren Evaluation zu fördern?

Der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiierte Wettbewerb der Gesundheitsregionen setzt sich aus einer einjährigen Konzeptentwicklungsphase und einer anschließenden vierjährigen Realisierungsphase zusammen. Insofern sollten wir erst einmal abwarten, welche Forschungsthemen aufgrund der Ausschreibung von den Gutachtern identifiziert werden. Nur dann lässt sich Ihre Frage beantworten, welche Maßnahmen das BMG ergreift, um diese Konzepte zu unterstützen. Im Übrigen benennt der Ausschreibungstext in Abstimmung mit dem BMG als denkbare Forschungs- und Entwicklungsfelder unter anderem in den Bereichen sektorübergreifende Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation die Entwicklung und Erprobung neuer Geschäftsmodelle für integrierte Angebote einschließlich Finanzierungsmodell.

Herr Staatssekretär, vielen Dank für das Gespräch. <<

Arzneimittelausgaben im Ländervergleich

Hohe regionale Unterschiede in den einzelnen KV-Regionen – eine schlüssige Erklärung fehlt bisher

Erst eine differenzierte Analyse unterschiedlicher Einflussfaktoren erlaubt ein klares Bild auf die doch sehr heterogene Ausgabensituation bei Arzneimitteln in den einzelnen Bundesländern.

>> Die Arzneimittelausgaben je GKV-Versichertem im Jahr 2007 unterscheiden sich zum Teil erheblich zwischen den einzelnen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen: Sie spreizen sich von 369 EUR in der KV Bayern bis 473 EUR in der KV Mecklenburg-Vorpommern. Das sind immerhin satte 28 % Unterschied.

Wie erklärt sich das? Etwa durch eine höhere Arzneimittelversorgung in diesen Regionen? Weit gefehlt. Für das gesamte Ausgabenvolumen in einer Region ist weniger die Anzahl eingereicherter Rezepte entscheidend als das, was verordnet wird. So besteht etwa ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Arzneimittel-

ausgaben je GKV-Versichertem und dem Anteil von Verordnungen patentgeschützter Arzneimittel in einer KV-Region. Umgekehrt gilt jedoch nicht, so die Marktforscher von INSIGHT Health, dass ein höherer Generikaanteil niedrigere Pro-Kopf-Ausgaben nach sich zieht.

Ganz im Gegenteil: Mecklenburg-Vorpommern liegt nicht nur bei den Ausgaben ganz vorne, sondern hat auch den höchsten Verordnungsanteil an Generika. Und die KV Bayern mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben verfügt über die viertniedrigste Generikaquote. Das mag zu denken geben.

Auch der Anteil von Verord-

nungen höherpreisiger Arzneimittel korreliert nicht mit den Ausgaben je Versichertem in den einzelnen KV-Regionen.

Diese Analysen zeigen den deutlichen Bedarf auf, tiefer in die Datenlandschaft der Versorgungsforschung einzutauchen, um die tatsächlichen Ursachen für die regionalen Differenzen bei den Arzneimittelausgaben herauszufinden. Allen voran ist natürlich die unterschiedliche Altersstruktur in den einzelnen Regionen zu nennen. Doch die kann eben auch nicht alles erklären. Oder gar entschuldigen!

Darum werden in der gerade erschienenen Gemeinschaftsstudie von INSIGHT Health und dem IGES Institut „Arzneimittelumsätze in den KV-Regionen 2007“ neben verordnungsabhängigen Einflussfaktoren – wie dem des Anteils patentierter Arzneimittel – auch soziodemographische, morbiditäts- und versorgungsstrukturelle Faktoren analysiert: Welchen Einfluss haben Wirtschaftskraft und Bettendichte auf

die Arzneimittelumsätze? Spielt der Marktanteil der AOK oder anderer Kassenarten eine Rolle? Oder ist der Verordnungsanteil großer Packungen oder der von Parallelimporten ein entscheidendes Kriterium? Eine andere Fragestellung lautet: Gibt es im Bereich der Rabattverträge unerwartet große regionale Unterschiede?

Um derartige Fragen differenziert beantworten zu können, wird in der Versorgungsforschungsstudie zudem zwischen verschiedenen Versorgungssegmenten, wie der Grund-, Spezial- und HIV-Versorgung, unterschieden.

Als ein Fazit kann festgehalten werden: Der gerade in jüngsten Studien hervorgehobene zunehmende Anteil stark Übergewichtiger Bürger hat nachweislich auch Einfluss auf die Arzneimittelausgaben: In KV-Regionen mit einem hohen Anteil von Personen mit einem BMI >30 (Body-Mass-Index) sind auch die Pro-Kopf-Umsätze für Arzneimittel im Bereich der Grundversorgung überdurchschnittlich hoch. <<

Arzneimittelausgaben (nach AVP) und -verordnungen im Vergleich

Werte je GKV-Versichertem im Jahr 2007 in den 17 KV-Regionen



Quellen:
 RVI (INSIGHT Health)
 Mitgliederstatistik KM6 (BMG, Stand: 01.07.2007).
 AVP: Apothekenverkaufspreis
 KV: Kassenärztliche Vereinigung
 RVI: RegionaleVerordnungsInformationen (über Apothekenrechenzentren abger. GKV-Rezepte)

Der Status quo der Förderung von Versorgungsforschung in Deutschland

Forschungs-Förderung dringend gesucht

Wer Google bemüht, um nach dem Begriff „Versorgungsforschung“ zu suchen, wird erst einmal erfreut sein: 57.300 Treffer bei „Seiten aus Deutschland“. Auf den zweiten Blick folgt Ernüchterung: „Versorgungsforschung“ ist ein Metier, im dem sich ein paar Universitäten, gespickt mit wenigen Förderabteilungen aus Politik, Kassen und Ärzteschaft tummeln. „Die Versorgungsforschung führt eine Randexistenz in der deutschen medizinischen Forschungslandschaft neben grundlagenorientierter Forschung, krankheitsorientierter Forschung, patientenorientierter Forschung“, konstatierte bereits Prof. Dr. Martin Gottwik (Nürnberg) auf dem 5. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung in Ludwigshafen. Daran hat sich seitdem recht wenig geändert.

>> Seitens der Politik kommt bislang herzlich wenig, um einen wichtigen multidisziplinären Ansatz zu fördern, der „zur Erforschung und Umsetzung biomedizinischer und klinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Qualität und Effizienz in individueller und sozio-ökonomischer Perspektive“ (M. Schrappe, 2005) in der Lage ist.

Obwohl dies der Politik ur-eigenstes Interesse sein sollte, offenbart ein Blick in die beiden letzten großen Gesundheitsreformen – das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 sowie das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 – die Wahrheit.

Der Begriff „Versorgungsforschung“ kommt im GMG zumindest einmal, im GKV-WSG dagegen kein einziges Mal vor. Auch mit „Forschung“ haben es die Politiker (noch) nicht so ganz: Ein Treffer im GMG und immerhin sechs im GKV-WSG – galt es doch, hier zumindest den Forschungsauftrag an das IQWiG einzuführen. Und wenn er denn einmal namentlich wie im § 303 f genannt wird, in dem schon 2003 eine „einzurichtende Datenaufbereitungsstelle“ gesetzlich gefordert wurde, ist nicht viel

dahinter: Diese Stelle gibt es bislang nicht.

Ganz untätig ist die Politik indes nicht. Hier fühlt sich vor allem das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) in Köln als Projektträger für Gesundheitsforschung zuständig. Das DLR fungiert als Projektträger für das Bundesministerium für Bildung und Forschung, das gemeinsam mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vereinbart hat, Forschungsvorhaben über einen Zeitraum von sechs Jahren hinweg mit einem Fördervolumen von insgesamt sechs Millionen Euro zu unterstützen. Dazu schossen das BMBF und die GKV immerhin brav

je drei Millionen Euro ein.

Fördergelder fließen sehr sparsam

Nur zum Vergleich: Der russische Gasriese Gazprom investiert im Rahmen der „HAROW-Studie“ fast ebenso viel: fünf Millionen Euro verteilt auf ebenso viele Jahre. „Mehr Lebensqualität trotz Prostatakrebs“ ist das Anliegen dieser ersten großen urologischen Versorgungsstudie zum Prostatakarzinom im deutschsprachigen Raum.

Durch die Unterstützung der Studie durch die Gazprom Germania GmbH sei – so Professor Peter Alken, Direktor der Urologischen

Versorgung & Forschung im Gesetzestext

§ 35 c SGB V
(hinzugefügt durch GKV-WSG)

Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln in klinischen Studien

Außerhalb des Anwendungsbereichs des § 35 b Abs. 3 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zugelassenen Arzneimitteln in klinischen Studien, sofern hierdurch eine therapierelevante Verbesserung der Behandlung im Vergleich zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu erwarten ist, damit verbundene Mehrkosten in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten medizinischen Zusatznutzen stehen, die Behandlung durch einen Arzt erfolgt, der an der vertragsärztlichen Versorgung oder an der ambulanten Versorgung nach den §§ 116 b und 117 teilnimmt, und der Gemeinsame Bundesausschuss der Arzneimittelverordnung nicht widerspricht.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse ist ausgeschlossen, sofern das Arzneimittel auf Grund arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom pharmazeutischen Unternehmer kostenlos bereitzustellen ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mindestens zehn Wochen vor dem Beginn der Arzneimittelverordnung zu informieren; er kann innerhalb von acht Wochen nach Eingang der Mitteilung widersprechen, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllt sind. Das Nähere, auch zu den Nachweisen und Informationspflichten, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6. Leisten Studien nach Satz 1 für die Erweiterung einer Zulassung einen entscheidenden Beitrag, hat der pharmazeutische Unternehmer den Krankenkassen die Verordnungs-kosten zu erstatten. Dies gilt auch für eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach europäischem Recht.

| Versorgungsforschung seitens des BMBF | |
|---|---|
| Position | Details |
| Öffentliche Bekanntmachung | 2000, 2002 und 2004 |
| Förderzeitraum | 2001 bis 2007 |
| Gesamtvolumen | ca. 6 Mio. EUR, davon 3 Mio. EUR vom BMBF, 3 Mio. EUR von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen für 6 Jahre |
| Fördervolumen der 3. Förderphase | ca. 972.000 EUR BMBF ca. 951.000 EUR Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen |
| Vorhabenzahl | Insgesamt 9. Davon 5 gefördert durch BMBF, 4 gefördert durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen |
| Quelle: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/435.php | |

Klinik des Universitätsklinikums Mannheim und designierter Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Studie – die Unabhängigkeit von der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie gewährleistet.

Doch zurück zur staatlichen Förderung: Um die stattlichen Fördergelder auch einsetzen zu können, wurden drei Bekanntmachungen zu folgenden Themen veröffentlicht:

- **Behandlungsvariationen in Deutschland, Versorgungsverläufe bei multimorbiden, älteren Menschen, Patienten mit starker Inanspruchnahme des Versorgungssystems (2000).**
- **Steuerungsmöglichkeiten der Versorgungsqualität und Leistungsdichte im Verlauf chronischer Erkrankungen (2002).**
- **Input-Output-Relation von Leistungen und Prozessabläufen in der Versorgung insbesondere chronisch Kranker (2004).**

Nur 30 Studien

Aufgrund dieser Bekanntmachungen wurden bis Mitte 2007 ganze 30 Vorhaben gefördert. Abgeschlossen wurden Arbeiten zu plötzlichem Säuglingstod, Präventionsforschung, Rehabilitationsforschung, Allgemeinmedizin, Pflegeforschung, Public Health, Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung und zu „Public Understanding“, natürlich auch solche zu Versorgungsforschung (siehe Listen auf den Seiten 12 und 13). Wobei es sich bei diesen vornehmlich um stark eingegrenzte, indikationsbedingte, aber nichts desto weniger natürlich um sinnvolle Vorhaben handelt.

Bei dieser Studienförderung ist es vielleicht nicht verwunderlich, dass Versorgungsforschung in Deutschland nach wie vor eher auf Schmalspur läuft. Das hat ernste Auswirkungen. In einer Studie, in welcher der Stellenwert der versorgungsrelevanten Forschung in Deutschland im Bereich der Diabetologie (1.234 Publikationen deutscher Wissenschaftler

Bezuschusste Versorgungsforschungs-Vorhaben durch das BMBF

| Ausführende Stelle Projektleiter | Thema | FKZ Laufzeit Gesamtförderbetrag |
|---|--|---|
| Bethanien-Krankenhaus - Geriatriisches Zentrum gemeinnützige GmbH am Klinikum der Universität Heidelberg Dr. N. Specht-Leible | Untersuchungen zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner | 01GL0011 01.04.2001 - 30.09.2004 287.339 EUR |
| Universität Ulm Abt. Allgemeinmedizin Prof. Dr. Zeitler | Der Beipackzettel: Ist er als Bestandteil des hausärztlichen therapeutischen Umfelds wirksam? | 01GL0301 01.04.2003 - 31.12.2005 102.602 EUR |
| Universitätsklinikum Benjamin Franklin Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy | Versorgungsverläufe bei chronisch kranken älteren Menschen: Eine patientenorientierte Analyse zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Steuerung des Versorgungsgeschehens | 01GL0302 01.05.2003 - 30.06.2005 168.422 EUR |
| Deutsches Diabetes Forschungsinstitut an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Prof. Dr. W. Scherbaum | Untersuchung zur Frequenz notwendiger Blutzuckerselbstmessungen bei Typ 2-Diabetes. Prospektive, kontrollierte, randomisierte, multizentrische Studie | 01GL0303 01.07.2003 - 30.06.2006 223.415 EUR |
| Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg - Kardiologie Prof. Dr. C. Angermann | Krankheitsmanifestation und Krankheitsmanagement bei chronischer Herzinsuffizienz | 01GL0304 01.09.2003 - 30.06.2006 469.643 EUR |
| Technische Universität München Klinikum rechts der Isar Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Prof. Dr. Alexander Kurz | Multizentrische, randomisierte und kontrollierte Prüfung einer modular aufgebauten Schulungsreihe für pflegende Angehörige Demenzkranker | 01GL0305 01.09.2003 - 31.08.2005 238.851 EUR |
| Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Institut für Sozialmedizin Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe | Medizinische Rehabilitation bei früher rheumatoider Arthritis (RA): Akzeptanz und Outcomes unter Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen und regionaler Rentenversicherung | 01GL0306 01.10.2003 - 31.03.2006 134.116 EUR |
| Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften Prof. Dr. Bernhard Badura | Patientenorientierte Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Versorgung chronisch Kranker: Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstrumentes | 01GL0307 01.06.2003 - 31.12.2005 159.6534 EUR |
| Klinikum für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Campus Virchow-Klinikum Charité Dr. Erika Schulte | Analyse und Verbesserung der Versorgungswege von Menschen mit subakuten und chronischen Schmerzen | 01GL0308 01.06.2003 - 31.01.2006 180.149 EUR |
| Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf - Universitätsklinikum Abt. Allgemeinmedizin Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz | Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Intervention sowie Untersuchung zu deren Erfolgsabhängigkeit von der Patienten-Arzt-Beziehung, dem Geschlecht und der sozialen Stellung / Lebenssituation des Patienten -Quantitative Studie | 01GL0501 01.05.2005 - 31.10.2007 173.192 EUR |
| Quelle: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de | | |

der Jahre 1992 bis 2002 wurden hierzu gesichtet) überprüft wurde, stellte der damalige Studienleiter, Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, einen „erschreckenden Mangel an versorgungsrelevanten Publikationen“ fest. Sawicki, damals noch Gründer und Gesellschafter des Instituts für evidenzbasierte Medizin (DIeM) in Köln, konstatierte schon damals, dass der „Mangel an versorgungsrelevanten wissenschaftlichen Arbeiten eine Fehlversorgung und Kostensteigerung im Gesundheitswesen“ verursache.

Deshalb seien – so IQWiG-Leiter Sawicki (siehe Interview auf S. 14) – die verantwortlichen Kräfte in Politik und Wissenschaft aufgefordert, diesem medizinisch und ökonomisch fatalen Trend im Rahmen der ihnen gegebenen personellen und finanziellen Möglichkeiten entgegenzuwirken, indem praktisch relevante Forschung vor allem im Bereich häufig auftretender Krankheiten in Zukunft angemessen gefördert und anerkannt werde.

Seitdem sind rund fünf Jahre vergangen, und Sawicki, seit September 2004 Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, erkennt herzlich wenig Besserung. „Aus meiner Sicht ist über das bereits Gesagte hinaus bislang nicht allzu viel geschehen“, sagt der profilierte Wissenschaftler. „Jedoch wächst in der Gesundheitspolitik die Erkenntnis, dass eine nachhaltige Sicherung und Finanzierung unseres guten Gesundheitssystems ohne eine starke praxisrelevante Begleitforschung zukünftig nicht möglich sein wird.“

Doch sieht er selbst in der letzten Gesundheitsreform, wenn sie auch den Begriff Versorgungsforschung als solchen nicht erwähnt, einen blassen Hoffnungsschimmer. „Das GKV-WSG hat die ersten Schritte in Richtung der Stärkung der Versorgungsforschung getan“, ist der streitbare Professor überzeugt. Zumindest sei ja im § 35 c SGB V die zulassungsüberschreitende Anwendung

| Bezuschusste Versorgungsforschungs-Vorhaben durch das BMBF | | |
|--|--|--|
| Ausführende Stelle Projektleiter | Thema | FKZ Laufzeit Gesamtförderbetrag |
| Universität Leipzig Klinik und Poliklinik für Psychiatrie Prof. Dr. Matthias C. Angermeyer | Effizientere Versorgung von Patienten mit Angsterkrankungen in der primärärztlichen Praxis. Gesundheitsökonomische Analyse der Kosten und Effekte eines optimierten Versorgungsmodells im Vergleich zur Standardtherapie | 01GL0502 01.05.2005 - 31.07.2007 144.470 EUR |
| Universität Ulm Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Prof. Dr. Thomas Becker | Ergebnis-Monitoring und Ergebnis-Management in der stationären psychiatrischen Versorgung (EMM) | 01GL0504 01.06.2005 - 31.05.2007 162.096 EUR |
| Private Universität Witten/Herdecke Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung PD Dr. Monika Rieger | Patienten mit Ulcus cruris zur Selbstpflege befähigen: Tandempraxen als Modell der interdisziplinären Begleitung | 01GL0507 01.06.2005 - 31.05.2007 152.228 EUR |
| Universitätsklinikum Ulm Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie PD Dr. Lutz Goldbeck | Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte | 01GL0508 01.07.2005 - 31.10.2007 232.550 EUR |
| Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung e.V. an der Universität Bremen Arbeits- und Koordinationsstelle Gesundheitsversorgungsforschung Prof. Dr. Norbert Schmacke | Verbundprojekt: Verbesserung der hausärztlichen Bluthochdruckbehandlung durch leitliniengestützte Intervention sowie Untersuchung zu deren Erfolgsabhängigkeit von der Patienten-Arzt-Beziehung, dem Geschlecht und der sozialen Stellung / Lebenssituation des Patienten - Qualitative Studie | 01GL0511 01.05.2005 - 31.08.2007 80.596 EUR |
| Universität Hannover Institut für Versicherungsbetriebslehre Dr. Wolfgang Greiner | Evaluation von Kostendämpfungseffekten bei telefonischen medizinischen Beratungen einer ausgewählten Versichertengruppe vor ärztlichen Behandlungen (Demand Management) | 01KX0205 01.08.2002 - 31.05.2004 58.394 EUR |
| Quelle: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de | | |

von Arzneimitteln in klinischen Studien geregelt. Allerdings gebe es – das räumt Sawicki gerne ein – „einen darüber hinaus gehenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf und zwar bei der direkten Finanzierung von Studien zur Beschreibung von unklaren Aspekten der Gesundheitsversorgung durch die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen“. Und genau hier gilt es noch viel an Grundlagenarbeit zu leisten. <<

| Versorgungsforschungs-Förderung im Web | |
|--|--|
| URL | Verantwortlich |
| www.versorgungsforschung.nrw.de | Ruhr-Universität Bochum, gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW - Clearingstelle Versorgungsforschung |
| www.gesundheitsforschung-bmbf.de | Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. (DLR) - Projektträger im DLR Gesundheitsforschung - Projektträger für Versorgungsforschungs-Förderung des BMG |

IQWiG-Leiter Prof. Dr. Peter T. Sawicki im MVF-Gespräch

„Wir brauchen Evidenz“

>> Herr Professor Sawicki: Was ist zu tun, um der Versorgungsforschung mehr Gewicht im Fachbereich sowie vielleicht sogar im medialen und damit im öffentlichen Raum zu verschaffen?

Ich denke nicht, dass die Versorgungsforschung eigene Fachbereichsvertretungen in der universitären Medizin benötigt. Vielmehr sollte meiner Meinung nach in den schon bestehenden Fachbereichen die Thematik der Versorgungsforschung besser integriert und betont werden. Dies bedeutet natürlich auch eine entsprechende Finanzierung. Daraus wird sich nicht zuletzt auch eine höhere Publikationsleistung und damit eine bessere Darstellung im medialen und öffentlichen Raum ergeben.

Mit Versorgungsforschung einher geht oft, wenn nicht immer, das Stichwort „Evidenz“. Diese ist, das ist unumstritten, nur dort erzeugbar, wo überhaupt geforscht wird. In einem Interview mit „Pharma Relations“ beklagten Sie, Professor Sawicki, schon vor drei Jahren, dass zum Beispiel die Pharmaindustrie viele Studien erstellen würde, die entweder methodisch falsch angelegt seien, oder solche, deren Ziele und Fragestellungen aus Sicht der Gesellschaft falsch gewählt seien. Welche Faktoren müssen Ihrer Ansicht nach Richtungen und Schwerpunkte der Versorgungsforschung bestimmen?

Wir brauchen verlässliche Evidenz für praxisrelevante Entscheidungen im Gesundheitswesen. Dies sollte aus meiner Sicht in vier Stufen ablaufen:

1. Formulierung der unklaren und praxisrelevanten Fragen durch betroffene Patienten und Ärzte;
2. Untersuchung der formulierten Fragestellungen durch Institute und Universitäten;
3. Implementierung der wissenschaftlich erarbeiteten Lösungsvorschläge;
4. Überprüfung, ob die Implementierung dieser Lösungsvorschläge die erwünschten Änderungen in der praktischen täglichen Versorgung der Patienten erbracht hat.

Gibt es aus Sicht Ihres Instituts einen strategisch konzeptionellen Ansatz von Versorgungsforschung und der Förderung von Versorgungsforschung in Deutschland?

Versorgungsforschung dient direkt und indirekt der Allgemeinheit, da sie hilft, systematische Fehler zu vermeiden und dadurch Schaden von Patienten abzuwenden, sowie darüber hinaus, die vorhandenen Ressourcen zielgerecht und effizient einzusetzen, wodurch die Mittel der Solidargemeinschaft optimaler verwendet werden können. Damit liegt sowohl ein Interesse der



Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Bevölkerung als auch ein Interesse der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen vor. Die Finanzierung der Versorgungsforschung sollte demnach sowohl über Steuern als auch über Beiträge der GKV und PKV erfolgen.

Für eine nachhaltige Verbesserung der Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen wird oft die Überwindung der sektoralen Grenzen bemüht, um so vor allem eine neue Kommunikationskultur zu schaffen, welche endlich alle unterschiedlichen Interessengruppen enger zusammenführen kann. Was wäre zu tun? Was kann Ihr Institut dazu beitragen?

Wissenschaftliche Fragen zum medizinischen Nutzen können nicht unterschiedlich danach bearbeitet werden, ob sich ein Patient im Krankenhaus oder in der Ambulanz des Krankenhauses bzw. in einer ärztlichen Praxis befindet. Trotzdem hängt die Entscheidung darüber, ob ein bestimmtes Verfahren von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird oder nicht, davon ab, ob es im stationären oder im ambulanten Bereich erbracht wird. Im stationären Bereich gilt der Verbotsvorbehalt, im ambulanten Bereich gilt der Erlaubnisvorbehalt. Dies muss auf jeden Fall geändert werden, damit eine einheitliche Beurteilung medizinischer Leistungen auf wissenschaftlicher Basis möglich wird. Unser Institut beurteilt diagnostische und therapeutische Interventionen nicht danach, wo sie erbracht werden, sondern danach, ob sie bezüglich ihres validen Belegs für einen vorhandenen Nutzen für die Patienten untersucht wurden oder nicht.

Professor Sawicki, vielen Dank für das Gespräch. <<

Versorgung & Forschung im Gesetzestext

§ 137 a

Umsetzung der Qualitätssicherung/Darstellung der Qualität (hinzugefügt durch GKV-WSG)

(2) ... In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 mitwirken, haben diese der Institution nach Absatz 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 2 erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Die Institution nach Absatz 1 hat die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 erhobenen und gemäß Satz 2 übermittelten Daten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der sektoren- und einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in einem transparenten Verfahren und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften vorzuhalten und auszuwerten. Die Institution hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Anforderung Datenauswertungen zur Verfügung zu stellen, sofern er diese zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt.

§ 303 f

Datenverarbeitung und -nutzung (hinzugefügt durch GKV-GMG)

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ihren Mitgliedern, den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene, Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder, Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung, sofern die Daten wissenschaftlichen Vorhaben dienen, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie von den für die gesetzliche Krankenversicherung zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie deren jeweiligen nachgeordneten Bereichen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind.

Aktuelles Meinungsbild zur Fortführung der Anschubfinanzierungen von Integrierten Versorgungsverträgen (IV)

Eine Frage der richtigen Anreize

Integrierte Versorgungsverträge, kurz IV, sind ein seitens der Politik installiertes Instrument, um Lösungsansätze für den demographischen Wandel und vor allem für dadurch veränderte Krankheitspanoramen zu finden, die im Wesentlichen von chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sind. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde bereits im Jahre 2004 u.a. festgelegt, dass jede Krankenkasse zur Anschubfinanzierung dieser Verträge bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung (Summe aller vertragsärztlichen Leistungen und hiermit verbundener Kosten) sowie der Krankenhausvergütung einbehalten muss. Die Anschubfinanzierung war zuerst auf das Jahr 2006 begrenzt, wurde dann aber durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bis zum 31. Dezember 2008 verlängert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat nun Verbände gebeten, ein Konzept zur Weiterentwicklung der Anschubfinanzierung nach Ablauf dieser Frist zu entwickeln, aber ebenso Vorschläge zu unterbreiten, wie die Forschungs- und Entwicklungskultur im Gesundheitswesen verbessert werden könnte. Welche Chancen und Problemfelder in diesem Themenumfeld existieren, hat Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, ein Beratungsunternehmen zu Fragen der Versorgungsoptimierung mit speziellem Fokus auf Integrierte Versorgung, in einer Studie eruiert.

>> Integrierte Versorgungsverträge haben sich seit ihrem doch eher etwas zögerlichen Start gut entwickelt. So hat die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, die durch einen trilateralen Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschaffen wurde, eine Registrierungsstelle für abgeschlossene IV-Verträge eingerichtet. Zurzeit (letzter Stand: 31.12.2007) sind dort immerhin rund 5.300 Verträge registriert, die über 5,9 Millionen Versicherte mit einem Versorgungsvolumen von rund 840 Millionen Euro managen. Die Vertragspartner auf der Leistungserbringerseite (insgesamt 5.069) sind zumeist niedergelassene Ärzte (1.334), gefolgt von niedergelassenen Ärzten/Krankenhaus (1.010) und Krankenhäusern (889). Für den Erfolg dieser IV-Verträge, die alle medizinischen Belange der eingeschriebenen Versicherten umfassen, jedoch auch einzelne Indikationen abdecken können, ist vor allem ein Fakt verantwortlich: Die in den IV-Verträgen dokumentierten Anbieterstrukturen können – sie müssen es allerdings nicht – für ihre medizinischen Leistungen die ökonomische Verantwortung über-

nehmen. Das heißt aber auch, dass ihre Vergütung damit außerhalb der ökonomischen Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen durch direkte Verträge mit den Leistungsträgern erfolgen kann. Oder aber zunächst eine zusätzliche Vergütung einzuführen ist.

Ein zweiter wichtiger Erfolgsgarant waren die bisher vorgesehenen Anschubfinanzierungen, die bereits durch das GKV-WSG für jene IV-Verträge eingeschränkt wurden, die nach dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden: Bei diesen Verträgen wurde die Verwendung der Mittel zur Anschubfinanzierung grundsätzlich auf Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung eingeschränkt.

Ein aktuelles Stimmungsbild

Vor diesem Hintergrund befragte die Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Hamburg, Meinungsbildner aus den Bereichen Krankenkassen, Krankenhäuser, Industrie und Ambulante Leistungserbringer sowie diverse Vertreter aus dem erweiterten Umfeld des Gesundheitswesens. Ziel der Studie war es, ein aktuelles Meinungsbild zu erhalten, ob die Anschubfinanzierung überhaupt als

eine sinnvolle Maßnahme angesehen wird, ob sie in dieser Form ihren Nutzen bereits geliefert hat und nun nicht mehr benötigt wird oder aber, ob sie deutlich aufgestockt und weitergeführt werden sollte. Eine Mehrheit der Befragten (55 % Ja-Stimmen gegen 36 % Nein-Stimmen) sieht die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung als ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung der Entwicklungskraft des Gesundheitswesens. Dementsprechend wird sie von 55 % der Befragten (bei 37 % Nein-Stimmen) als weiterhin notwendig empfunden, und 59 % bei 41 % Gegenstimmen befürworten eine zukünftige Aufstockung, um als Wettbewerbsanreiz im Gesundheitsmarkt erhalten zu bleiben. Einer der Kommentare der Teilnehmer bringt diese Haltung auf den Punkt: „Wer die Rahmenbedingungen vieler Akteure im Gesundheitswesen kennt, weiß, dass jeder eigene Interessen vertritt und sich nicht allzu viele Experimente erlauben kann. Anschubfinanzierungen bieten in dieser Situation die erforderliche Absicherung der Beteiligten.“ Die Polarisierung der Diskussion zeigt sich an der Zahl von 36,6 % der Stimmen, die der Aussage zustimmten, dass die Anschubfinanzierung von vorneherein

verfehlt war und falsche Anreize geschaffen hat, und deshalb abgeschafft werden sollte. Bei den Krankenhausvertretern zeigte sich die Kontroverse am eindeutigsten: Exakt die Hälfte der Befragten äußerte sich positiv und die andere Hälfte negativ zur Fortführung der Anschubfinanzierung.

Richtige Anreize gefordert

Für die Verbesserung der Forschungs- und Entwicklungskultur in Gesundheitswesen wird es von den Befragten als oberste Priorität gesehen, die sektoralen Grenzen zu überwinden und in Verbindung damit eine Kommunikationslandschaft zu etablieren, die die unterschiedlichen Interessengruppen enger zusammenführt, um die Entwicklung qualitativ hochwertiger Produkte und eine Preisfindung zu gewährleisten, die den wirtschaftlichen Anforderungen der Akteure des Gesundheitswesens entspricht.

Als weiteres wichtiges Ergebnis der Hildebrandt-Umfrage ist es zu sehen, dass der Gesetzgeber vor allem richtige Anreize zur Förderung des Qualitätswettbewerbs setzen muss, so dass sich langfristige Investitionen rechnen und entsprechende F&E-Etats bei den Krankenkassen und Leistungs-

erbringern zur Verfügung gestellt werden. Diese sollten im Falle der Krankenkassen aus den Beiträgen, dann aber mit der Möglichkeit zur Abschreibung, oder aus dem Gesundheitsfonds direkt finanziert werden.

Eine ergänzende Empfehlung formuliert Berater Helmut Hildebrandt: „Die Pflicht zu Qualitäts-

management in Verbindung mit Kosten/Nutzen-Nachweisen und Ergebnisverantwortung wird als wichtiger Impulsgeber gesehen, auch wenn sich die stationären Leistungserbringer selbst nur ungerne auf den Prüfstand begeben wollen.“ Dieses biete die Basis für mehr Transparenz durch Qualitätssdarlegung von Leistungserbrin-

gern, Industrie und Krankenkassen vor der Bevölkerung und dem Patienten. Denn mehr Transparenz und bessere Information würden als überaus notwendig eingestuft, zum einen, da sich der Gesetzgeber dann am Bedarf der Bevölkerung orientiert und dementsprechend agieren muss und somit die Steuerung des deutschen Gesundheits-

wesens nicht mehr durch die Experten allein, sondern auch durch die Bevölkerung erfolgt. Zum anderen, weil die Bevölkerung erst ab einem bestimmten Informationsniveau ein genügendes Bewusstsein dafür entwickeln könne, wie wichtig Prävention und private Vorsorge für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sind. <<

Geltende Verträge zur Integrierten Versorgung nach Versorgungsregionen

| Region | Anzahl IV-Verträge | Anzahl Versicherte | Vergütungsvol./Planwert in EUR |
|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| KV Koblenz ¹ | 3 | 52 | 48.578 |
| KV Trier ¹ | 3 | 52 | 48.578 |
| KV Rheinhessen ¹ | 4 | 162 | 64.578 |
| KV Pfalz ¹ | 15 | 378 | 224.967 |
| KV Südbaden ¹ | 57 | 1.281 | 1.581.042 |
| KV Nordbaden ¹ | 48 | 1.838 | 1.944.713 |
| KV Süd-Württemberg ¹ | 82 | 1.083 | 3.906.505 |
| KV Nord-Württemberg ¹ | 103 | 1.274 | 3.922.299 |
| KV Mecklenburg-Vorp. | 96 | 10.903 | 8.102.931 |
| KV Bremen | 115 | 3.386 | 9.606.817 |
| KV Saarland | 85 | 104.789 | 9.873.715 |
| KV Thüringen | 171 | 21.449 | 21.409.877 |
| KV Rheinland-Pfalz | 356 | 75.338 | 24.096.505 |
| KV Schleswig-Holstein | 153 | 20.510 | 26.243.510 |
| KV Brandenburg | 183 | 256.843 | 27.548.801 |
| KV Sachsen | 120 | 105.588 | 28.969.140 |
| KV Berlin | 182 | 206.346 | 30.536.555 |
| KV Sachsen-Anhalt | 163 | 553.676 | 32.042.538 |
| KV Hamburg | 228 | 22.457 | 32.651.410 |
| KV Westfalen-Lippe | 351 | 169.178 | 37.246.669 |
| KV Niedersachsen | 532 | 84.320 | 49.832.922 |
| KV Baden-Württemberg. | 443 | 580.682 | 67.720.595 |
| Bundesgebiet | 103 | 1.833.156 | 76.468.313 |
| KV Nordrhein | 707 | 177.413 | 81.837.531 |
| KV Bayern | 496 | 1.634.028 | 114.900.813 |
| KV Hessen | 546 | 94.403 | 148.692.002 |
| Gesamt | 5.345 | 5.960.585 | 839.521.895 |

¹In den KV-Regionen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, die zum 01.01.2005 durch Fusion neu entstanden sind, ist weiterhin die Meldung der Abzugsquote bezogen auf die ehemaligen KV-Regionen möglich. Summe inkl. KV-Regionen mit weniger als 3 Verträgen. Verträge, die für mehrere Regionen gelten, werden separat gezählt. **Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH**

Geltende Verträge nach Vertragspartner-Kombinationen

| Direkte Vertragspartner Kostenträger | |
|--|--------------|
| Vertrag mit mehreren Krankenkassen geschlossen | 2.860 |
| Vertrag von einer Krankenkasse geschlossen | 2.209 |
| Summe | 5.069 |
| Direkte Vertragspartner Kostenerbringer | |
| Niedergelassener Arzt | 1.334 |
| Niedergel. Arzt/Krankenhaus (KH) | 1.010 |
| Krankenhaus (KH) | 889 |
| Sonstige | 860 |
| Rehabilitation/KH | 630 |
| Rehabilitation/niedergel. Arzt | 178 |
| Rehabilitation/niedergel. Arzt/KH | 168 |
| Summe | 5.069 |

Erläuterungen zur Auswertung der IV

Die angegebenen Werte sind auf das jeweils aktuelle Jahr (Stichtag: 31.12.07) bezogene Plan- und keine tatsächlich erreichten Werte der Krankenkassen bei Vertragsabschluss. Ausgewertet werden von der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V alle gemeldeten Verträge, bei denen der Stichtag der Auswertung in die Vertragslaufzeit fällt. Verträge, die nach dem Stichtag beginnen oder vor dem Stichtag enden, werden somit nicht ausgewertet. Verträge zur Integrierten Versorgung können überregional für mehrere KV-Regionen gelten. In den Meldungen erfolgt keine Aufteilung der Anzahl der Versicherten und des Vergütungsvolumens auf die betroffenen Regionen. Eine Aufteilung ist daher auch für die Registrierungsstelle nicht möglich. Die Meldungen werden daher in jeder betroffenen KV-Region separat als ein Vertrag, in der Summe also mehrfach gezählt. Die Gesamtsummen über alle KV-Regionen sind dementsprechend zu hoch.

Häufig werden Verträge zur Integrierten Versorgung von mehreren Krankenkassen geschlossen. In diesem Fall meldet jede Krankenkasse einzeln die auf ihre Versicherten entfallenden Werte. Im Ergebnis wird ein von drei Krankenkassen gemeinsam abgeschlossener Vertrag zur Integrierten Versorgung als drei Verträge gezählt. Die „Anzahl Verträge“ ist daher eher als Anzahl Vertragsmeldungen zu interpretieren. Das Vergütungsvolumen wird in den Meldungen in der Regel bezogen auf das laufende Jahr gemeldet, nicht auf die gesamte Vertragslaufzeit.

Eine aktuelle Stuserhebung all jener Institute, die sich in Deutschland mit Versorgungsforschung beschäftigen

Wo forschen Sie denn?

Eine ganze Anzahl von Einrichtungen und Instituten hat sich Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt gesetzt. Indes: Meist ist nicht publik, welches Institut gerade welchen Studienansatz im Fokus hat oder welche Fragestellungen eruiieren möchte. Meist, das verwundert noch mehr, ist nicht einmal bekannt, welches Institut sich für welches Gebiet zuständig fühlt oder auch ist. Dem kann man abhelfen: Mit einer Liste (noch ohne Anspruch auf Vollständigkeit) der Institute/Lehrstühle/Bereiche in der Versorgungsforschung. Melden Sie uns doch dazu bitte Ihre Themenschwerpunkte und/oder aktuelle und geplante Studien, die wir dann in einer der nächsten Ausgaben von MVF und auf dem dazu gehörigen Online-Portal www.monitor-versorgungsforschung.de veröffentlichen werden.

| Versorgungsforschungseinrichtungen | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| Ort | Name | Institut Lehrstuhl Bereich | Instituts- leiter Lehrstuhl- inhaber | |
| Bayreuth | Universität Bayreuth | Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften | Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel | |
| Berlin | Bundesärztekammer | Koordinationsgruppe Versorgungsforschung | Prof. Dr. med. Dr. h.c. P. C. Scriba | |
| | Bundesministerium für Bildung und Forschung | Handlungsfeld Versorgungsforschung | Dr. Marie Siegle-Barth | |
| | Charité Universitätsmedizin Berlin | | Berlin School of Public Health | Prof. Dr. Ralph Brennecke |
| | | | Institut für Geschlechterforschung in der Medizin | Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek |
| | | | Institut für Medizinische Soziologie | Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy |
| | | | Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie | Prof. Dr. med. Stefan N. Willich |
| | | | Universitätsklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin | Univ.-Prof. Dr. C. Spies |
| | Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. | Arbeitsbereich Versorgungsforschung | Prof. Dr. rer. nat. Andreas Radbruch | |
| | Fachhochschule Alice Salomon | | Prof. Dr. Theda Borde MPH | |
| | IGES Institut GmbH | Bereich Versorgungsforschung | Prof. Dr. Bertram Häussler | |
| | Robert-Koch-Institut | | Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Jörg Hacker | |
| | Technische Universität Berlin | Institut für Technologie und Management, Management im Gesundheitswesen | Prof. Dr. med. Reinhard Busse | |
| | Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland | Themenbereich Gesundheitsökonomie | Dr. med. Andreas Köhler | |
| Berlin Kiel Regensburg | Kompetenznetz Darmerkrankungen | | Prof. Dr. Martin Zeitz Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch Prof. Dr. Jürgen Schölmerich | |

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| Bielefeld | Fachhochschule Bielefeld | Fachbereich Pflege und Gesundheit | Prof. Dr. Cornelia Bormann |
| | Universität Bielefeld | Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Institut für Pflegewissenschaft | Prof. Dr. Doris Schaeffer |
| | | Zentrum für Versorgungsforschung | Dr. Thomas Schott |
| Bochum | Ruhr-Universität Bochum | Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung (IGV) gGmbH | PD Dr. Michael Kusch |
| | | Zentrum für interdisziplinäre Gesundheitsforschung (CENTRIG) | Prof. Dr. Hans. J. Trampisch |
| Bremen | Universität Bremen | Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung | Prof. Dr. med. Norbert Schmacke |
| | | Institut für Public Health und Pflegeforschung | Prof. Dr. Petra Kolip |
| | | Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung | Prof. Dr. Heinz Rothgang |
| Burscheid | Institut für Empirische Gesundheitsökonomie | | Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik |
| Dresden | Carl Gustav Carus Technische Universität Dresden | Institut für Klinische Pharmakologie | Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik |
| | Universitätsklinikum Dresden Carl Gustav Carus | Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Arbeitsgruppe Psychiatrische Versorgungsforschung | Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer |
| Düsseldorf | Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf | Institut für Medizinische Soziologie | Prof. Dr. Johannes Siegrist |
| | | Netzwerk Versorgungsforschung (der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf) | Univ.-Prof. Dr. Max Geraedts, M.san. |
| | Universitätsklinikum Düsseldorf | Abteilung Allgemeinmedizin | Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz |
| | | Institut für Statistik in der Medizin | Univ.-Prof. Dr. Jochen Mau |
| | | Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel |
| Duisburg/ Essen | Universität Duisburg-Essen | Lehrstuhl Medizin-Management | Prof. Dr. Jürgen Wasem |
| Erlangen | Universitätsklinikum Erlangen | Phoniatrische und Pädaudiologische Abteilung | Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Eysholdt |

Übersicht der Einrichtungen, die sich Versorgungsforschung als Forschungsschwerpunkt gesetzt haben. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Quelle: Eigenrecherche MVF

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| Frankfurt | Institut für Gesundheitsökonomie und -recht (Gesundheit - Recht - Wirtschaft) | | Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel |
| | Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M. | Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Chronic Care und Versorgungsforschung | Prof. Dr. med Ferdinand M. Gerlach |
| Freiburg | Universitätsklinikum Freiburg | Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung | Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl.-Psych. |
| Fulda | Hochschule Fulda | Fachbereich Pflege und Gesundheit | Prof. Dr. Stefan Greß |
| Gießen/ Marburg | Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie | Prof. Dr. Bernd Gallhofer |
| Greifswald | Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald | Institut für Community Medicine, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health | Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann |
| Hamburg | Institut für Interdisziplinäre Medizin | Tätigkeitsbereich Versorgungsforschung | Prof. Dr. A. Plettenberg Dr. A. Stoehr |
| | Institut für nervenärztliche Versorgungsforschung e.V. | | Dr. Silja C. Reuter |
| | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Institut für Allgemeinmedizin | Prof. Dr. H. van den Bussche |
| | | Institut für Medizin-Soziologie | Prof. Dr. Dr. Alf Trojan |
| | | Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung | Prof. Dr. Monika Bullinger |
| | | Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie; CVderm - Kompetenzzentrum Versorgungsforschung in der Dermatologie | Prof. Dr. Ingrid Moll |
| Hannover | Medizinische Hochschule Hannover | Institut für Allgemeinmedizin | Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier |
| | | Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung | Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz |
| | | Stiftungslehrstuhl Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung | Prof. Dr. phil. Ulla Walter |
| Heidelberg | Universitätsklinikum Heidelberg | Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung | Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi |
| Jena | Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie DGMP | Arbeitskreis Psychosoziale Versorgungsforschung | Prof. Dr. Bernhard Strauß |
| | Universität Jena | Institut für Psychologie, Abteilung Klinisch-psychologische Intervention | Prof. Dr. Stefan R. Schweinberger |
| Kiel | Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH | | Dipl.-Volkswirtin Ute Golbach |
| Köln/ Bochum | Clearingstelle Versorgungsforschung NRW | | Prof. Dr. Holger Pfaff Prof. Dr. Ludger Pientka |
| Köln | Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V. | Arbeitsgruppe Versorgungsforschung | Prof. Dr. Holger Pfaff |
| | Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. | | Prof. Dr. Holger Pfaff |
| | Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen | Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. | Prof. Dr. Frank Weidner |

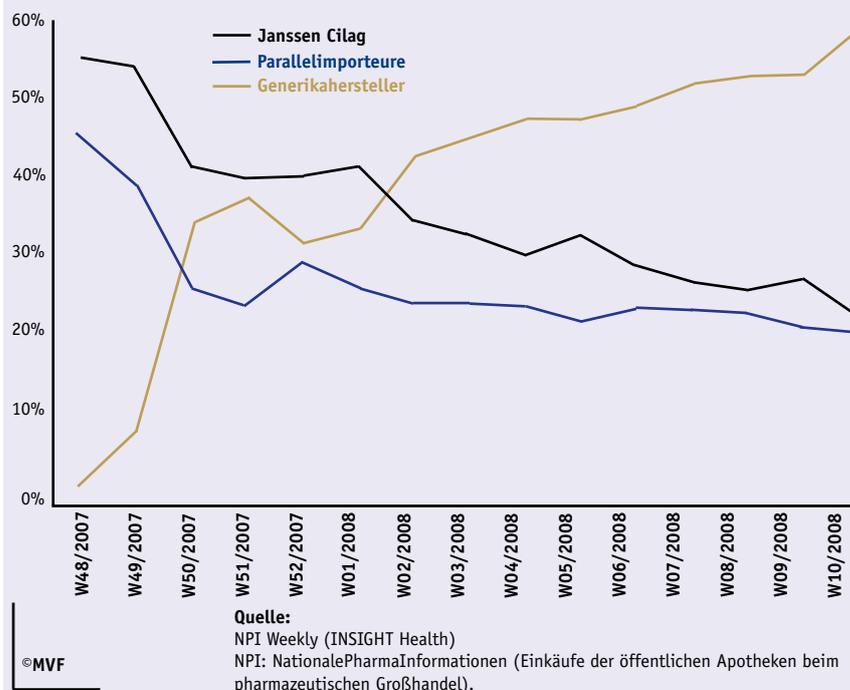
| | | | |
|------------------|---|---|--|
| Köln | Uniklinikum Köln | Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie | Univ.-Prof. Dr. med. Dr. Sc. Karl Lauterbach |
| | | Inst. und Poliklinik für Arbeits- & Sozialmedizin/ Sozialhygiene | Univ.-Prof. Dr. Claus Piekarski |
| | Universität zu Köln | Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin | Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff |
| | | Zentrum für Versorgungsforschung | Prof. Holger Pfaff |
| Leipzig | Universität Leipzig | Medizinische Fakultät; Gesundheitssystemforschung | Prof. Dr. med. Hans-Helmut König |
| | | Medizinische Fakultät; Public Health | Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller |
| | Universitätsklinikum Leipzig | Institut für Humangenetik | Univ.-Prof. Dr.med. habil. Ursula G. Foster |
| | | Klinik und Poliklinik für Psychiatrie | Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl |
| Lübeck | Universität Lübeck | Institut für Sozialmedizin | Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe |
| Lüneburg | Universität Lüneburg | Niedersächsisches Forschungsnetzwerk Gesundheits- und Pflegewissenschaften | Prof. Dr. Sabine Remdisch |
| Magdeburg | Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg | Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie | Prof. Dr. rer. pol. Stefan Felder |
| Mannheim | Med. Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Uni. Heidelberg | Institut für experimentelle und klinische Pharmakologie | Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wieland |
| | | Zentralinstitut für seelische Gesundheit | Arbeitsgruppe Versorgungsforschung |
| München | Klinikum rechts der Isar der Techn Universität München | Klinik und Poliklinik für Psychiatrie/Psychotherapie | Univ.-Prof. Dr. Hans Förstl |
| | | TU München LMU München | Tumoregister München |
| | | Universität der Bundeswehr München | Institut f. Betriebswirtschaftslehre des öffentl. Bereichs und Gesundheitswesens |
| Münster | Fachhochschule Münster | Fachbereich Pflege und Gesundheit | Prof. Dr. phil. Marcellus Bonato |
| | | Universitätsklinikum Münster | Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin |
| Nürnberg | sanoris-Stiftung für Gesundheitsforschung | | Dipl.-Kfm. Reinhard Hauptmann |
| Regensburg | Universitätsklinikum Regensburg | Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I | Prof. Dr. med. J. Schölmerich |
| Siegburg | GKV (Spitzenverbände der Krankenkassen) | Projekt Versorgungsforschung | |
| Stuttgart | Universität Hohenheim | Kompetenznetz Adipositas | Prof. Dr. med. Stephan Bischoff |
| Tübingen | Eberhard-Karls-Universität Universitätsklinikum Tübingen | Institut für Arbeits- und Sozialmedizin | Dr. Sibylle Hildenbrand |
| Ulm | Universitätsklinikum Ulm | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik, Arb.-gr. Versorgungsforschung | Prof. Dr. med. Thomas Becker |
| | | Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie | Prof. Dr. Jörg M. Fegert |
| Witten/ Herdecke | Universität Witten/Herdecke | Institut für Forschung in der Operativen Medizin | Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer |
| | | Interdisziplinäres Zentrum für Versorgungsforschung im Gesundheitswesen | Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik |

Neue Marktaufteilung nach Patentablauf

>> Die Frage, wie schnell sich die Generikaquote nach Ablauf des Patentschutzes erhöht, beschäftigt nicht nur die Arzneimittelhersteller, sondern auch die Krankenkassen, da hier in kurzer Zeit erhebliche Einsparpotenziale zu erzielen sind. Das Patent für das atypische Neuroleptikum Risperidon, das Janssen-Cilag in Deutschland 1993 unter dem Produktnamen „Risperdal“ auf den Markt gebracht hat, ist am 8. Dezember 2007 ausgelaufen. Binnen kürzester Zeit hat sich der Markt neu aufgeteilt:

- Bereits fünf Wochen nach Patentablauf war der Pakungsanteil der Generika am Apothekeneinkauf größer als der des Originals.
- Nach weiteren fünf Wochen haben die Generikaeinkäufe das Original inklusive der 15 Parallelimporte überholt.
- Während sich zwei Generikahersteller in den ersten zwei Wochen noch 60 % aller Generikaeinkäufe aufteilen, haben diese drei Monate nach Patentablauf nur noch einen Anteil von 20 % unter den mittlerweile bereits 35 Generikaherstellern im Risperidon-Markt. Doch Janssen-Cilag blieb nicht untätig: Die 2002 eingeführte „Risperdal Consta“-Form – zur zweiwöchentlichen Injektion –, die noch bis 2014 patentgeschützt ist, wird seit Ablauf des Risperidon-Patentes für die orale Form verstärkt beworben. <<

Absatzanteile innerhalb des Wirkstoffes Risperidon (ohne Risperdal Consta) am Apothekeneinkauf in den ersten Wochen nach Patentauslauf



Durchsetzungs-Geschwindigkeit von neuen Arzneimittelprodukten

>> Wie schnell werden neue Wirkstoffe von Ärzten verschrieben? Hierzu lassen sich sicherlich keine pauschalen Aussagen treffen; schließlich kommt es auf den tatsächlichen Innovationsgrad des jeweiligen Wirkstoffes an. Doch ein Vergleich der Marktdurchdringung sämtlicher neuer Wirkstoffe über die letzten drei Jahre zeigt, dass Deutschland hierbei dreigeteilt ist:

Die ostdeutschen Ärzte liegen hinsichtlich der schnellen Verordnung neuer Wirkstoffe klar vorn, dahinter folgen die süddeutschen Kollegen, das Schlusslicht bilden (mit Ausnahme der Hamburger) die norddeutschen Mediziner.

Die Landkarte zeigt, wie hoch der Anteil neuer Wirkstoffe an allen GKV-Verordnungen in den ersten sechs Monaten nach Markteinführung in den einzelnen KV-Regionen durchschnittlich war. Als neue Wirkstoffe werden hier patentgeschützte Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen definiert, die erstmals zwischen Januar 2005 und August 2007 als Originalprodukt in Deutschland eingeführt wurden. So machen in der KV

Thüringen neue Wirkstoffe in den ersten sechs Monaten nach ihrer Markteinführung durchschnittlich einen Anteil von 0,105 % aus, in der KV Bremen liegt dieser Anteil mit 0,051 ‰ bei nicht einmal der Hälfte. Die fünf neuen Bundesländer liegen nach INSIGHT-Health-Daten übrigens auch bei den Anteilen von Verordnungen patentgeschützter Arzneimittel klar auf den ersten fünf Plätzen.

Man könnte nun annehmen, dass sich das Bild der regionalen Unterschiede bei Verordnungsanteilen etwas nivelliert, wenn man die Verordnungen neuer Wirkstoffe ins Verhältnis zu den Verordnungen patentgeschützter Arzneimittel setzt. Doch weit gefehlt: Auch bei dieser Betrachtung liegen die nord- und süddeutschen Ärzte hinter ihren Kollegen aus den neuen Bundesländern. Allerdings gibt es hier einen wesentlichen Wechsel: Die Berliner und Hamburger Mediziner lösen bei dieser Betrachtung die Thüringer von ihrer Spitzenposition als innovationsfreundlichste bzw. umsetzungsschnellste Ärzte klar ab. <<

Anzahl der Verordnungen neu eingeführter Wirkstoffe (seit 2005) je 100.000 Verordnungen in den jeweils ersten sechs Monaten



Stichwort: Qualitätsindikatoren

Stock, J./Szecsenyi, J. (Hrsg.)
Stichwort: Qualitätsindikatoren
Erste Erfahrungen in der Praxis
 Bonn/Bad Homburg: KomPart Verlagsgesellschaft 2007
 320 Seiten
 ISBN-10: 3-9809562-4-5
 Preis: 12,80 EUR



>> Wie gut ein Behandlungsergebnis ist, hängt von der Perspektive des Beurteilenden ab. Was der Arzt als gelungen einschätzt, muss nicht dieselbe Bewertung durch den Patienten erfahren. Gute Qualität sichtbar zu machen, ist daher ein wichtiges Ziel sowie eine zukunftssträchtige Aufgabe.

Drei Interessengruppen haben an der Transparenz guter medizinischer Qualität ein hohes Interesse: Die Patienten, die Kostenträger in der GKV und PKV sowie die Leistungserbringer, und hier zuvorderst die Ärzte. Der Operationalisierung dieser schwierigen Aufgabe widmet sich das Taschenbuch von Stock und Szecsenyi aus dem Jahr 2007.

Qualitätsindikatoren sind, wenn sie richtig gewählt werden, Leuchttürme im Versorgungsgeschehen. Qualitätsindikatoren sind messbare Größen, die, wenn möglich, über Routinedaten erhoben, eine Aussage über die Versorgungsqualität ermöglichen und zugleich Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten liefern. Sie weisen also von der Gegenwart, im Sinne einer Bestandsaufnahme, in die Zukunft.

Wie oft im Gesundheitswesen werden Anleihen in den USA gemacht. Folglich erläutert das erste Kapitel den Stand der Qualitätsmessung in der ambulanten Versorgung in den USA. Das durch das NCQA entwickelte HEDIS System wird anschaulich und verständlich dargestellt. Aus Großbritannien wird eine richtungsweisende Initiative, die qualitätsabhängige Arztvergütung, in einem eigenen Beitrag referiert und zur Abrundung der internationalen Perspektive wird der Stand

der Qualitätsindikatoren in der Schweizerischen Managed Care Versorgung am Beispiel der MEDIX HMO und über die Bewertung durch die Verleihung von Qualitätssiegeln durch die EQUAM-Stiftung berichtet.

Mit dem vierten Abschnitt des Buches wird dann der Fokus auf die Deutsche Versorgungsrealität gelenkt. Über die Qualitätsindikatoren für Ärztenetze aus Sicht der AOK, gefolgt von der methodischen Darstellung des durch das AQUA Institut entwickelten Indikatoren-Sets am Beispiel der Prävention und weitere Beiträge zum Stand der Qualitätssicherung und entsprechenden Qualitätsindikatoren in den Deutschen Disease Management Programmen, zur Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität im Krankenhaus, der medizinischen Rehabilitation und Pflege reicht das Spektrum der dargestellten Versorgungsektoren. Der Reader „Stichwort: Qualitätsindikatoren“ ermöglicht einen schnellen Einstieg in das neue Thema. Er bietet eine gute Orientierung über internationale Entwicklungen sowie den Einstieg in die deutsche Umsetzung und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem spannenden Thema.

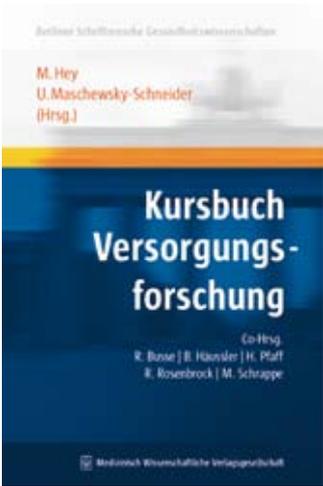
Ausführliche Literaturangaben zu den einzelnen Beiträgen leiten zum entsprechenden wissenschaftlichen Hintergrund. Für den eiligen Leser wurden alle Beiträge des Bandes mit einem entsprechenden Abstract versehen. Das fehlende Stichwortverzeichnis kann man bei einem Reader verzeihen.

Fazit: Ein aktuelles Buch, gut zusammengestellt und zum

Nach- und Mitdenken stimulierend. Zugleich ein erster Leitfaden für den pragmatischen Umgang mit dem Thema. Die Diskussion der idealen Rahmenbedingungen für den Erfolg von Qualitätsindikatoren und die notwendigen Erfolgsfaktoren für eine breite Implementierung und Akzeptanz können eigene konzeptionelle Überlegungen befruchten. <<

Kursbuch Versorgungsforschung

Hey, M./Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.)
 Busse, R./Häussler, B./Pfaff, H./Rosenbrock, R./Schrappe, M. (Co-Hrsg.)
Kursbuch Versorgungsforschung
 Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsges. 2006
 272 Seiten
 ISBN 3-939069-12-4
 Preis: 44,95 EUR



>> Ein Werk von zwei Herausgebern und fünf Co-Herausgebern und 58 Autoren, das impliziert, sich mit dem Thema ausführlich und breit auseinandergesetzt zu haben. Dazu Einzelbeiträge mit 12 Autoren und gleichfalls 12 inhaltlichen Seiten. In sechs thematisch abgegrenzten Kapiteln mit 27 unterschiedlichen Beiträgen wird das Spektrum der Versorgungsforschung ausgebreitet.

Doch inhaltlich passen nur drei Kapitel scharf zum Titel. Innovationen im Spannungsfeld von wissenschaftlich-technischen Potenzialen und sozialer Gestaltung, der Zwischenstand DMP und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich: Gesetzesfolgenforschung sowie das Kapitel über Transparenz und Patientenorientierung sind zwar an sich interessante Themen, tragen aber nicht unmittelbar zum Thema bei. Auch Positionsbestimmung und Kurs der Versorgungsforschung sind nicht erkennbar.

Wenig Grundsätzliches und Nachhaltiges wird zu den Methoden der Versorgungsforschung verkündet, man belässt es bei ein paar Grafiken und kernigen Anglizismen. Zur Methodik und den Instrumenten der Versorgungsforschung

findet man gleichfalls wenig Substantielles.

Über die zur Versorgungsforschung notwendigen Daten und Datenquellen gibt es nur einen halbwegs zentrierten Beitrag; allein dieses Thema wäre ein Kapitel wert gewesen. Auch die kritische Hinterfragung der Kosten-Nutzen-Relation von Versorgungsforschung wird ausgespart. Ungeachtet des kritischen Tons dieser Rezension sollten die renommierten Autoren wie Herausgeber eine Chance zur Nachbesserung erhalten: Es sind fast alle dabei, die Versorgungsforschung in den letzten Jahren mitgetragen haben. Vielleicht findet man sich erneut und erstellt ein wirkliches Klasse-Handbuch. <<

Fünf Millionen Euro für Versorgungsstudie

>> „Mehr Lebensqualität trotz Prostatakrebs“ ist das Anliegen der ersten großen urologischen Versorgungsstudie zum Prostatakarzinom im deutschsprachigen Raum. Die HAROW-Studie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms wird in den nächsten fünf Jahren anhand von 5.000 Patienten mit einem neu diagnostizierten Tumor die medizinische Versorgungssituation in Deutschland ermitteln.

Für die Studie werden medizinische Diagnosen dokumentiert, gesundheitsökonomische Daten erhoben und die Beziehung zwischen Arzt und Patient untersucht. Zusätzlich werden die Betroffenen

selbst ihr Krankheitserleben und ihre Lebensqualität bewerten. Initiiert wurde die HAROW-Studie von der gemeinnützigen Stiftung Männergesundheit. Durch die Unterstützung der Gazprom Germania GmbH, die die HAROW-Studie mit fünf Millionen Euro fördert, ist deren Unabhängigkeit von der pharmazeutischen/medizinischen Industrie gewährleistet. Darüber hinaus ermöglicht die Förderung auch eine Einbindung russischer Urologen. Mit HAROW, konzipiert als nicht-interventionelle Beobachtungsstudie, können Daten gewonnen werden, die einen internationalen Vergleich ermöglichen. <<

Erste Blister-Erlaubnis weltweit erteilt

>> Als erstes Unternehmen weltweit hat die zur Kohl-Gruppe gehörende 7x4 Pharma GmbH die Herstellerlaubnis zur industriellen Produktion patientenindividueller Wochenblister erhalten. „In unserer alternden Gesellschaft wird es zu einer Herausforderung für uns alle, chronisch kranken Menschen möglichst lange ein würdiges Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen“, führt Unternehmensgründer Edwin Kohl

aus. „Insbesondere eine therapiegerechte Medikamenteneinnahme ist ohne Hilfsmittel oft nicht mehr möglich“, so Kohl weiter. Mit der Box erhält der Patient seine ärztlich verordneten Arzneimittel für eine Woche sortiert nach Einnahmezeitpunkten. Mit den beiden installierten Anlagen können bis zu 600.000 Patienten wöchentlich versorgt werden. Zurzeit finden Gespräche mit gesetzlichen und privaten Kassen statt. <<

MBA für Health Communication Management

>> Immer häufiger wird die Rolle von Managern kritisiert. Dahinter verbirgt sich zum Teil auch deren größer werdende Schwierigkeit, ihre Anliegen zu kommunizieren. Es müssen also neue Ansätze schon in der Managementausbildung gefunden werden. Die Fachhochschule für Technik und Wirtschaft (FHTW) Berlin hat sich diesen Herausforderungen gestellt und mit dem MBA in Health Communication Management (HCM) einen Studiengang entwickelt, dessen Ziel es ist, für die Gesundheitsbranche die drei Bereiche Managementwissen, Fachwissen und Kommunikation zu integrieren.

Ab dem Wintersemester 2008/09 bietet die FHTW Berlin einen neuen berufsbegleitenden MBA-Studiengang an, der für die Gesundheitsbranche – angefangen bei Krankenkassen und Pflegeeinrichtungen über Verbände und andere Institutionen bis hin zu Pharmaunternehmen und Medien – entwickelt wurde und durch die Fokussierung auf Kommunikation einen interessanten konzeptionellen Ansatz bietet.

Das Studienkonzept umfasst die für einen MBA wichtigen Aspekte des betriebswirtschaftlichen Fächerkanons für das General Management, erweitert diese aber neben spezifischen Fachaspekten zusätzlich um eine zentrale kommunikative Komponente.

Die Absolventen des MBA-Studiengangs können nach dem Abschluss nach vier Semestern eine Schnittstellenfunktion bei und zwischen Unternehmen, Organisationen und Institutionen übernehmen, da ihnen die Denkhaltung des jeweiligen Gegenübers bekannt ist und damit notwendige Kommunikationsinhalte und -prozesse identifiziert und entsprechende Kommunikationsstrategien zielgerichtet und zielgruppenorientiert geplant und durchgeführt werden können.

Die möglichen beruflichen Tätigkeiten sind daher breit gestreut und erstrecken sich vom Gesundheitsmarketing und der Öffentlichkeitsarbeit verschiedener Leistungserbringer über beratende und aufklärende Tätigkeiten im Gesundheitswesen bis zum Gesundheitsjournalismus. <<

Weitere News finden Sie laufend aktualisiert unter www.m-vf.de/nachrichten

.....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



progenerika



Abb.1: Zum wiederholten Mal veranstaltete das Unternehmen Roche Diagnostics die „Elmauer Gespräche“, seit Jahren ein interdisziplinäres und sektorübergreifendes Get-together der Diabetesversorgung in Deutschland. Endlich sind die „Elmauer Gespräche“ wieder in Schloss Elmau (oben) angelangt, das nach einem tragischen Brand total saniert werden musste.
Abb.2: Prof. Dr. Stephan Martin beim Vortrag über Datenvisualisierung.

Diabetesversorgung im deutschen Gesundheitssystem

Eine Frage der Kommunikation

Es fehlt an einer internen Kommunikation zwischen „Verordner, Kasse, Hersteller und Patienten“. Für Andreas Karch, bei der Barmer Ersatzkasse zuständig für Diabetesmanagement, ist klar, was es in den nächsten Jahren zu verbessern gilt: die Versorgungsqualität und die Redefähigkeit untereinander. Sowie ein viel menschlicheres Verständnis, vor allem wenn es um Erstattungen von Insulinpumpen geht. Auf den „Elmauer Gesprächen“, bei denen neben Wissenschaftlern auch wieder Patienten zu Wort kamen, war das der rote Faden, der sich durch die Veranstaltung zog.

>> Karch hatte keinen leichten Job bei den „Elmauer Gesprächen“. Nach dem Vortrag von Dr. Jens Kröger, der abstruseste Ablehnungsgründe präsentierte, mit denen MDKs seinen Patienten Erst- und Folgeerstattungen von Insulinpumpen verweigerten, sollte Karch die Kassenseite vertreten. Was dieser sowohl inhaltlich wie emotional hervorragend löste, indem er zum einen die Erstattungssituation sei-

Dokumentation und Datenvisualisierung in der Typ-2-Versorgung Dr. med. Dietrich Franke*

Die Qualität der Versorgung des Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 ist entscheidend von den therapeutischen Entscheidungen seines Behandlungsteams abhängig. Diese basieren auf wiederkehrenden Analysen protokollierter Blutzucker-Selbstmessungen. Patienten mit Diabetes werden geschult und immer wieder von ihrem Hausarzt angewiesen, regelmäßig Blutzucker-Tagesprofile durchzuführen und bei der Visite vorzulegen. So wie eine EKG-Kurve mehr sagt, als dass das Herz schlägt, kann man dem Diabetestagebuch weit mehr entnehmen als nur die Höhe des Blutzuckers. Der geübte Behandler kann darin u. a. „lesen“, wie gut ein Therapieregime zu der Persönlichkeit eines Patienten und seinen Lebensbedingungen passt. Wie steuert der Patient seinen Blutzucker: verantwortungsvoll, risikoreich, oder sogar verkehrsgefährdend? Wie verhält er sich in außergewöhnlichen Lebenssituationen (z.B. Urlaub,

körperlichen Anstrengungen, Feiern, Krankheit), wie verhält er sich bei extremem Blutzucker (Hypo-, Hyperglykämie)? Wie lebt der Patient mit seiner Diabetes-Therapie: ständig in Angst oder souverän und voller Vertrauen? Aus diesen Informationen leitet der erfahrene Therapeut ab, ob es (Nach-) Schulungsbedarf gibt und ob das Therapie-Regime verfeinert werden darf oder vereinfacht werden sollte. Bei der Analyse eines Diabetes-Tagebuchs geht der Therapeut üblicherweise gleichzeitig von mehreren Annahmen aus, dass:

1. der Patient die verordneten Medikamente zu der angegebenen Zeit in der angegebenen Dosis anwendet (Therapietreue, Compliance).
2. der Patient Blutzuckermessungen richtig durchführt (Gerätegenauigkeit, handling).
3. der Patient das exakte Ergebnis korrekt und zeitgerecht in seinem Diabetestagebuch dokumentiert.

Insulinpumpentherapie (CS II) anhand aktueller Beispiele Dr. med. Jens Kröger*

Seit 1976 stehen programmierbare Insulinpumpen (Promedos) zur Therapie des Diabetes mellitus Typ 1 und 2 zur Verfügung. Schätzungen zufolge tragen ca. 50.000 Patienten, vorwiegend Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, in Deutschland eine Insulinpumpe. Im Gegensatz zu einer weit verbreiteten Meinung initiierte die Insulinpumpentherapie die Therapie der intensivierten Insulintherapie (ICT Therapie). Durch die Insulinpumpentherapie kann der physiologische Insulinbedarf am besten nachgeahmt werden. Dadurch kann auch die Therapie bestmöglich an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Durch die CS II-Therapie steigt die Lebensqualität des Patienten, das Selfmanagement des Patienten wird verbessert und es kommt zur Verbesserung der Diabeseinstellung. Einschlusskriterien für den Patienten sind Motivierbarkeit, Akzeptanz von Selbstverantwortung, keine unrealistischen Erwartungen an die CS II,

Verständnis hinsichtlich einer Insulinpumpentherapie und Lernfähigkeit. Medizinische Indikationen sind: Dawn-Phänomen, Dusk-Phänomen, häufige Hypoglykämien mit Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen, „Brittle Diabetes“, niedrige Insulindosis, Schwangerschaft, häufiges Fasten, Schichtarbeiter, Sportler, „Zeitzone-Hüpfer“ und Patienten mit fortgeschrittenen Diabeteskomplikationen. Zahlreiche Studien belegen, dass die Insulinpumpentherapie eine moderne und sichere Therapieform darstellt. Neuere Entwicklungen ermöglichen den Beginn eines „Closed-loop“ Systems. Die Insulinpumpentherapie führt zu höherer Lebensqualität der Patienten bei gleichzeitiger Reduktion der Hypoglykämien und/oder Verbesserung der Langzeit-Blutzuckereinstellung. Kurzwirksame Insulinanaloga in der Pumpentherapie zeigen hier insbesondere Vorteile.

*Facharzt für Allgemeinmedizin, Diabetologe DDG

*Facharzt für Innere Medizin, Diabetologe DDG
Diabeteszentrum Hamburg Bergedorf

ner Kasse erklärte (Neuversorgung 2007: 426 Pumpen, Folgeversorgung: 974 Pumpen, Ablehnung: 0), aber auch darauf hinwies, dass es wohl nicht angehen könne, dass ein nicht geringer Prozentsatz der Insulinpumpenträger HbA_{1c}-Werte von 9-10 oder gar über 10 hätte. Seine Forderung: „Wir brauchen eine Qualitätssteigerung in der Pumpenversorgung in Deutschland.“

Dies ist eine Forderung, die sein Vorredner Dr. Jens Kröger nur unterstreichen kann. Der Arzt, in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis tätig, sieht vor allem den Widerspruch zwischen formalistisch Gefordertem und pragmatisch Machbarem. Deshalb lautet auch seine Erweiterungsformel für „Evidence based medicine“: bestes externes Wissen aus Studienlage plus Arztkompetenz und Erfahrungsschatz plus Patientenreferenzen. Nur diese Formel führe zu optimalen Behandlungsergebnissen und damit zu einer guten Einstellung des Diabetes.

Was im Bereich des Diabetes 1 gilt, gilt ebenso für den Diabetes 2. Hier wird derzeit über die Kostenerstattung von Blutzucker-Messstreifen sowie die Bedeutung der Selbstmessung der Blutglukose (SMBG) an sich gestritten.

Prof. Dr. Stephan Martin – Initiator der Rosso-Studie – schüttelt über derartige, ökonomisch getriebenes Ansinnen den Kopf: Für ihn steht außer Frage, dass SMBG Sinn macht. In seiner ROSSO-Studie konnte nachgewiesen werden, dass es eine Assoziation von SMBG und einer besseren Langzeitprognose für Patienten mit Typ 2 Diabetes (siehe rechts) gibt. Indes: Anerkannt wird die Studie vom IQWiG nicht, weil sie den vom Institut definierten Kriterien nicht entspricht (auch nicht entsprechen kann); was wiederum Prof. Dr. Jürgen Wasem auf den Plan rief, der sehr kontrovers auf das Gerüst von Kosten-Nutzen-Bewertungen aus Sicht der Ökonomie (siehe unten) einging. <<

Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln aus gesundheitsökonomischer Sicht Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem*

Die zunehmende Verknappung der Ressourcen im Gesundheitswesen zwingt dazu, auch bei der Auswahl der von der GKV finanzierten Therapien ökonomische Erwägungen anzustellen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung im Rahmen der Bestimmung eines Erstattungshöchstbetrags für Arzneimittel oder im Kontext der Arzneimittelrichtlinien des G-BA ist grundsätzlich ein hierzu geeignetes Instrument. Ökonomische Evaluationen müssen die Tatsache berücksichtigen, dass das Krankheitsgeschehen zunehmend chronifiziert. Daher ist etwa ein adäquater Zeithorizont zugrunde zu legen, der ggfs. durch Modellierung darzustellen ist. Auch sind angemessene Outcome-Parameter sowie geeignete Ein- und Ausschlusskriterien zu verwenden. Der erste Entwurf des IQWiG-Methodenpapiers zur Kosten-Nutzen-Bewertung weist durchaus einige zielführende Aspekte auf: So wird etwa völlig zu Recht nicht nur auf Arzneimittelkosten geschaut, son-

dern es sollen z.B. Einsparungen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gegengerechnet werden. Zur Notwendigkeit einer Modellierung langfristiger Kosten-Nutzen-Verhältnisse ist das Papier offener als von vielen erwartet wurde. Gleichwohl ist das Papier in einer Gesamtschau aus meiner Sicht enttäuschend. Auch wird es den internationalen Standards der Gesundheitsökonomie nicht gerecht, deren Einhaltung vom Gesetzgeber mit gutem Grunde vorgegeben wurde. Der Entwurf des Methodenpapiers geht davon aus, dass die Nutzenbewertung des IQWiG zunächst „wie immer“ durchgeführt wird. Nur wenn sich darin ein Zusatznutzen zeigt, kommt es zur Kosten-Nutzen-Bewertung. Wie die „Kommentierende Synopse“ der BMG-Expertengruppe festgestellt hat, kommt es hingegen aus gesundheitsökonomischer Sicht im Nutzenteil einer gesundheitsökonomischen Evaluation auf eine Annäherung an das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen an – mit

ROSSO-Praxisstudie Motivation zur Lebensstiländerung Prof. Dr. Stephan Martin*

Die Bedeutung der Selbstmessung der Blutglukose (SMBG) bei der Behandlung des Typ 2 Diabetes wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen der ROSSO Studie wurde der Einfluss von SMBG auf die Langzeitkomplikationen und das Überleben von Patienten mit Typ 2 Diabetes untersucht. Die Ergebnisse wurden im Februar 2006 in der Zeitschrift „Diabetologia“ (Diabetologia 2006; 49(2):271-278) publiziert. In dieser retrospektiven epidemiologischen Kohortenstudie „Selbstmessung der Blutglukose und Outcome bei Personen mit Typ 2 Diabetes“ (ROSSO) wurden aus 192 zufällig ausgewählten hausärztlichen bzw. internistischen Praxen alle Patienten, bei denen im Zeitraum vom 01.01.1995 bis 31.12.1999 ein Typ 2 Diabetes mellitus neu diagnostiziert wurde, erfasst. Die Datenvalidität wurde durch ein Prüfverfahren mit Hilfe von Monitoren garantiert. Die ROSSO Kohorte umfasst 3.268 Patienten mit einer mittleren Beobachtungsdauer von 6,5 Jahren, was mehr als 20.000 Patientenjahren entspricht. Als klinische Endpunkte wurde die Mortalität oder ein kombinierter nicht-tödlicher Endpunkt, bestehend aus Myokardinfarkt, Schlaganfall, Erblindung, Hämodialyse

oder Amputation definiert. Insgesamt führten 47 % der Patienten im Beobachtungszeitraum für mindestens 1 Jahr SMBG durch und wurden im Vergleich zu den Personen ohne SMBG analysiert. Im Beobachtungszeitraum traten 120 tödliche und 293 nicht-tödliche Ereignisse auf, wobei die Rate an nicht-tödlichen Ereignissen in der Gruppe ohne SMBG bei 10,4 % gegenüber 7,2 % in der mit SMBG (p=0,002) lag. Die entsprechende Rate an tödlichen Ereignissen lag bei 4,6 % gegenüber 2,7 % (p=0,004). Die Gruppe der Patienten mit SMBG wies nach multipler Adjustierung ein 51 % niedrigeres Risiko für tödliche (p<0,003) und ein 32 % niedrigeres Risiko für nicht-tödliche Ereignisse (p=0,009) auf. In verschiedenen Subanalysen zeigte sich das Ergebnis zwischen den Gruppen mit SMBG bzw. ohne SMBG sehr stabil. Auch wenn die Patienten ohne Insulintherapie separat analysiert wurden, blieb das Ergebnis sowohl für tödliche wie auch für nicht-tödliche Ereignisse statistisch signifikant. Somit zeigt diese Arbeit zum ersten Mal eine Assoziation von SMBG und einer besseren Langzeitprognose für Patienten mit Typ 2 Diabetes.

entsprechenden Konsequenzen für die Ein- und Ausschlusskriterien von Studien. Aus gesundheitsökonomischer Sicht kann unter bestimmten Konstellationen (z.B. bei Compliance-Fragen) ein Zusatznutzen sein, wo die evidenzbasierte Medizin auf Basis nur von RCTs ihn nicht sieht – der Vorschlag des IQWiG schließt die Identifikation solcher Konstellationen systematisch aus.

Der Entwurf des IQWiG setzt für die Kosten-Nutzen-Relation auf dem jeweiligen Preisniveau in einer Indikation auf – vereinfacht: Wenn ein neues Arzneimittel 10 % besser ist als ein bisheriges, darf es auch 10 % teurer sein. Dies widerspricht zentral dem inkrementellen Ansatz, wie er international in der Gesundheitsökonomie einhellig vertreten wird und wie ihn auch die BMG-Expertengruppe fordert. Der Grund ist evident: Das heutige Preisniveau spiegelt in überhaupt keiner Weise rational die Zahlungsbereitschaft in den unterschiedlichen Indikationen wider. Die Anreize sind verheerend: Wenn in einer Indikation lange nicht mehr geforscht wurde und das Preisniveau wegen des generischen Wettbewerbs „im Keller“ ist, lohnt es sich nun mehr für die pharmazeutischen Unternehmen erst recht

nicht, dort zu investieren.

Der Vorschlag des IQWiG will die Kosten-Nutzen-Relation ausschließlich innerhalb der jeweiligen Indikation bewerten. Dies erschwert eine konsistente Festsetzung der Erstattungshöchstbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der z.B. heute über Therapien zur Verhinderung von Schlaganfällen, morgen über solche zur Verbesserung der Hörfähigkeit entscheiden muss. Ein indikationsübergreifendes Outcome-Maß, wie es etwa die qualitätsadjustierten Lebensjahre darstellen, kann demgegenüber konsistente Entscheidungen sichern.

Das IQWiG will auf der Kostenseite neben der Perspektive der GKV nur „Eigenleistungen durch die Versicherten und deren Familien“ berücksichtigen. Dies greift zu kurz – GKV-Versicherte sind in ihrer großen Mehrheit pflege- und rentenversichert und Steuerzahler. Der G-BA-Vorsitzende Hess hatte 2007 bereits artikuliert, er würde es für sinnvoll halten, zumindest eine Sozialversicherungsperspektive einzunehmen. Es wäre unklug, die Betrachtung möglicher Einsparungen in diesen Bereichen infolge des Einsatzes neuer, teurerer Arzneimittel nicht zu analysieren.

Die vollständigen Präsentationen der Vorträge finden Sie unter:
www.monitor-versorgungsforschung.de/redaktion/elmauer-gespraech

Prof. Dr. Bertram Häussler

Die Bedeutung von Arzneimittel-Marktanalysen

Status quo und Zukunft des Arzneimittelmarktes

>> Arzneimittel-Marktanalysen können zur Beantwortung der folgenden Fragen herangezogen werden:

- Wodurch sind Ausgabenveränderungen beeinflusst?
- Wie werden die Ausgaben in der Zukunft sein?
- Ist die Versorgung wirtschaftlich?
- Ist die Versorgung angemessen?

Auf die Frage, wodurch Steigerungen der Arzneimittelausgaben beeinflusst werden, gab es in der Vergangenheit nur eine sehr eindimensionale Antwort: Nink und Schröder berichteten Jahr für Jahr im Arzneiverordnungsreport (AVR, z.B. Schwabe/Paffrath 2005), dass die Hauptursache „wie in den vergangenen Jahren (...) eine Verschiebung zu anderen, teureren Präparaten“ sei. Schuld sei die Strukturkomponente, die für eine Verschiebung hin zu Analogpräparaten stehe. Diese Falschaussage prägt seit vielen Jahren die Diskussion um Arzneimittelausgaben im deutschen Gesundheitswesen.

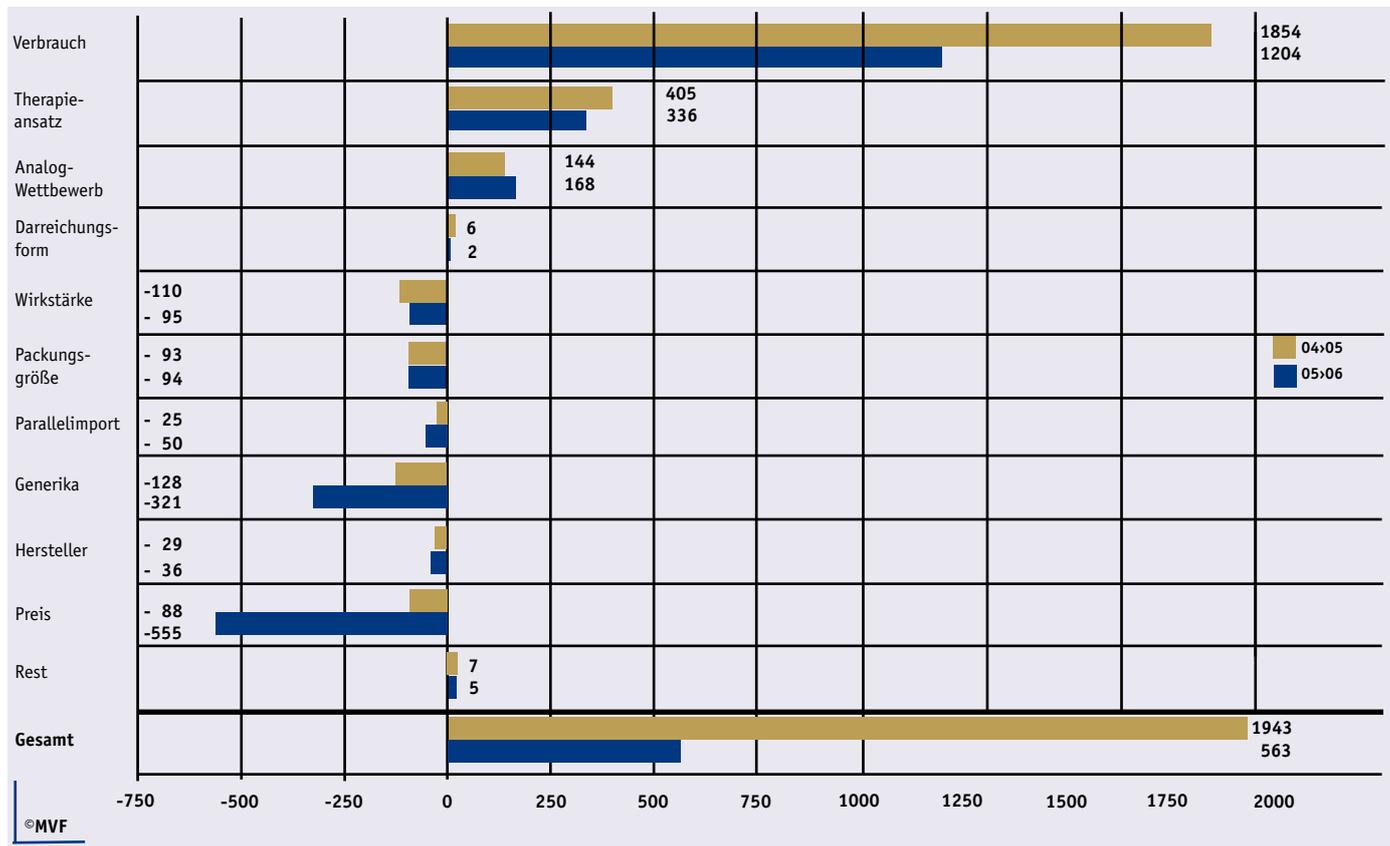
Abstract

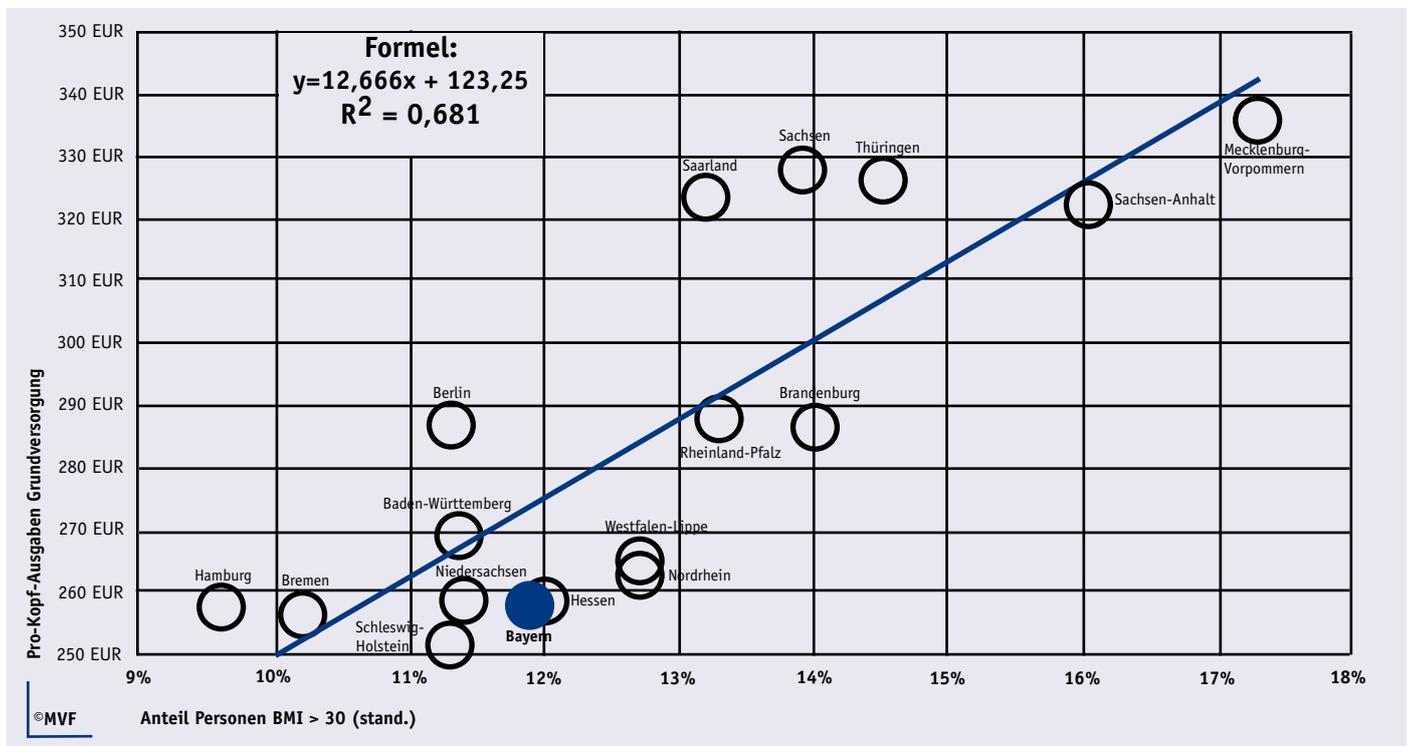
Nicht die Strukturkomponente und ebenso nicht die wie im AVR bemühte „Verschiebung zu anderen, teureren Präparaten“, sondern vor allem die Zunahme des Verbrauchs an Medikamenten ist nach einer Analyse des IGES Instituts – das dafür eine eigene Methodik entwickelt hat – hauptverantwortlich für den Anstieg der Arzneimittelausgaben. Einsparungen und Ausgaben im Arzneimittelsektor können nämlich differenziert auf einzelne Komponenten wie beispielsweise Verbrauch, Preis und Innovationen zurückgeführt werden. Die retrospektiven Analysen des Arzneimittelmarktes lassen auch Aussagen für einzelne Indikationen und Regionen zu. Die Methodik ermöglicht zudem Prognosen über die Höhe zukünftiger Ausgabenveränderungen.

Schlüsselbegriffe

- Arzneimittelkosten
- Arzneimittelmarkt
- Arzneimittelverbrauch
- Arzneimittelverordnungen
- Arzneimittelversorgung
- Ausgabenveränderungen
- Innovationen
- Pharmakoepidemiologie
- Regionalanalysen

Abb. 1: Gesamte Umsatzveränderung und Veränderung der Komponenten der Umsatzentwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt in den Jahren 2004 bis 2006 in Mio. Euro.
Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (NationaleVerordnungsInformation - INSIGHT Health)





Um die wahren Gründe für Veränderungen zu identifizieren, hat das IGES Institut eine eigene Methodik für den Arzneimittel-Atlas (Häussler et al. 2007a/2007b) entwickelt. Diese beruht auf einer Komponentenzerlegung, mit deren Hilfe der Arzneimittelmarkt in kostensteigernde und -sparende Komponenten zerlegt wird, die in Abbildung 1 zu sehen sind. Die Abbildung zeigt, dass die Ausgabenveränderungen der Jahre 2005 und 2006 am stärksten durch eine Zunahme des Verbrauchs an Medikamenten geprägt waren. Die Innovationskomponenten „Therapieansatz“ und „Analog-Wettbewerb“ trugen zwar ebenfalls zu einem Zuwachs der Ausgaben bei, wurden jedoch überkompensiert von den Einsparungen zum einen durch den Preis und zum anderen durch die Komponenten „Wirkstärke“, „Packungsgröße“, „Parallelimport“, „Generika“ und die „Herstellerkomponente“. Dass der Verbrauch tatsächlich maßgeblich für den Ausgabenanstieg verantwortlich ist, spiegelt sich auch in dem Anwachsen der Anzahl verordneter Tagesdosen wider. Zwischen 2004 und 2007 ist sie um 4 bis 6 Prozent gewachsen. Schaut man sich dagegen die Veränderung der Anzahl an Packungen an, ist nur ein geringer Zuwachs von 2006 auf 2007 um 2 Prozent festzustellen. Von 2005 auf 2006 ist die Anzahl verordneter Packungen sogar gesunken. Die Betrachtung nach Packungsanzahl hilft also bei Arzneimittel-Marktanalysen nicht weiter, denn sie spiegelt das Geschehen nicht adäquat wider, da aus der Packungsgröße keine Aussage zur Menge verordneter Arzneimittel getroffen werden kann.

Neben der globalen Betrachtung für die GKV-Arzneimittelausgaben lassen sich entsprechende Analysen auch für einzelne Indikationsgruppen durchführen. In vielen Indikationen spielt der Verbrauch eine große Rolle (z.B. Immunsuppressiva). In anderen Gruppen prägen dagegen tatsächlich Innovationsaspekte den Anstieg (z.B. Mittel gegen Krebserkrankungen).

Anhand der Ausgaben für die vergangenen Jahre, differenziert nach den einzelnen Indikationsgruppen, und einer Validierung durch

Abb. 2: Zusammenhang zwischen Morbidität (BMI > 30) und Pro-Kopf-Ausgaben in der Grundversorgung.
 Quelle: IGES-Berechnungen nach NVI (Nationale VerordnungsInformation - INSIGHT Health) und Statistisches Bundesamt (2005)

die Abschätzung zu erwartender Entwicklungen hat das IGES Institut eine Prognose der Arzneimittelausgaben der Jahre 2007 und 2008 vorgenommen. In 2007 war von einem Anstieg um 7,7 Prozent bzw. 2.027 Mio. Euro auszugehen. Hier eingerechnet sind der Anstieg durch Fertig-Arzneimittel, Impfstoffe, Rezepturen, Hilfsmittel und Zuzahlungen sowie der Kostenabfall durch kollektiv- und individualvertragliche Rabatte. Die retrospektiven Analysen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), die im Februar 2008 präsentiert wurden,

Literatur

Häussler, B./Höer, A./Hempel, E./Storz, P. (2007a): Arzneimittel-Atlas 2006. Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV. München: Urban und Vogel
 Häussler, B./Höer, A./Hempel, E./Storz, P. (2007b): Arzneimittel-Atlas 2007. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. München: Urban und Vogel
 Häussler, B./Hempel, E./Albrecht, M./Klein, S.: Regionale Unterschiede in Arzneimittelverbrauch und -kosten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (2007c), 61, 3/4: 12-17
 Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.) (2006): Arzneiverordnungs-Report 2005. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer-Verlag.

haben Jahresergebnisse in Höhe von 8,1 Prozent ergeben. Der Abgleich mit diesen Zahlen zeigt, dass Prognosen der Arzneimittelausgaben relativ treffsicher sind und daher für die Verhandlungspartner bei der Anpassung des Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 2 SGB V Unterstützung bieten können.

Auch für 2008 wurde im IGES Institut eine Prognose der Arzneimittelausgaben der GKV vorgenommen: Es ist dann mit einem Anstieg um 7,9 Prozent bzw. 2.242 Mio. Euro zu rechnen. Bei jährlich steigenden Arzneimittel-Ausgaben stellt sich die Frage, ob die Fortschritte in der Arzneimitteltherapie dazu führen werden, dass das GKV-Budget in Zukunft gesprengt wird.

Zurzeit liegen keine tragfähigen Hinweise für eine solche Kostenexplosion vor. Neue, innovative Präparate z.B. in der Krebstherapie sind zwar sehr teuer und ihre Verordnung nimmt tatsächlich zu, aber sie verdrängen dabei zunehmend ältere, weniger wirksame Präparate.

Ist die Versorgung wirtschaftlich und angemessen?

Wirtschaftliche Aspekte der Versorgung sind ein weites Feld, mit Marktanalysen lässt sich nur ein Teil der Fragen dieses Feldes beantworten. Ob ein Arzneimittel wirtschaftlich ist, kann nur unter Berücksichtigung von Behandlungsergebnissen und klinischen Parametern festgestellt werden. Mit Marktdaten können dagegen beispielsweise Unterschiede zwischen Ausgabenniveaus einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen (KV) miteinander verglichen werden (Häussler et al. 2007c). Anschließend kann ermittelt werden, ob diese Unterschiede auf ein anderes Ordnungsverhalten niedergelassener Ärzte zurückzuführen ist, oder ob andere Effekte zur Wirkung kommen.

Im Rahmen von Regionalanalysen wurde für das Jahr 2007 ein Unterschied zwischen der KV mit den niedrigsten (KV Schleswig-Holstein) und der KV mit den höchsten (KV Berlin) Ausgaben pro GKV-Versicherten in Höhe von 105 Euro ermittelt. In Berlin betragen die Ausgaben pro Kopf 468 Euro, in Schleswig-Holstein dagegen nur 363 Euro (d.h. der Unterschied von 105 Euro beträgt mehr als ein Viertel des Umsatzes in Schleswig-Holstein). Dass Faktoren wie Demografie, Morbidität und Bevölkerungsbewegungen zur Interpretation dieses Sachverhalts herangezogen werden müssen, soll hier am Beispiel der KV Bayern, der KV mit dem zweitniedrigsten Ausgabenblock in Höhe von 368 Euro pro Kopf gezeigt werden. Neben dem Anteil der über 55-Jährigen hat sich als signifikanter Einflussfaktor auf die Arzneimittelkosten in der Grundversorgung einer KV der Anteil der Fettleibigen (Body Mass Index, BMI > 30) erwiesen. Der BMI ist also ein trefflicher Prädiktor für die Morbidität einer Bevölkerung und damit für ihren Arzneimittelverbrauch. An der Abbildung 2 zeigt sich, dass etwa Bayern niedrige

The importance of pharmaceutical market analysis

The increase of expenses for pharmaceuticals is according to the analysis of the IGES Institut – applying its own especially for this matter developed methodology – mainly caused by an increase in use of pharmaceuticals and not as stated by the Pharmaceutical Prescriptions Report due to the structural component or „the shift towards other, more expensive drugs“. Savings and expenses in the drug sector can be differentially traced back to individual components such as consumption, price and innovations. Retrospective analysis of the pharmaceutical market make statements on individual indications and regions possible as well. The methodology allows furthermore prospects on the level of future expense changes.

Keywords

drug consumption
drug costs
drug supply
innovations
pharmaceutical market
pharmacoepidemiology
prescriptions
regional analysis

Ausgaben, aber auch einen niedrigen Anteil Fettsüchtiger aufweist. Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel sagen folglich nichts über die Wirtschaftlichkeit der Versorgung aus.

Um zu ermitteln, ob die Versorgung angemessen ist, wurden die verordneten Tagesdosen mit dem epidemiologisch zu erwartenden Bedarf für einzelne Indikationsgruppen verglichen. Bei den Antidiabetika ergibt sich nahezu eine Bedarfsdeckung, bei den blutdrucksenkenden Mitteln, den Lipidsenkern und den Mitteln bei Osteoporose war 2006 der Bedarf noch nicht gedeckt. Bei den Mitteln gegen hohen Blutdruck und den Lipidsenkern besteht auch vor dem Hintergrund der Preissenkungen (trotz der Einführung der Mehrwertsteuer) in 2007 und 2008 voraussichtlich ein starker Trend zur Ausweitung der Verbräuche.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Arzneimittel-Marktanalysen sowohl erklärende als auch prognostische Kraft haben. Der Arzneimittel-Atlas bietet eine alternative Argumentationsgrundlage für die Interpretation des Ausgabenanstiegs. Kombiniert mit epidemiologischen Daten lassen sich mit den Marktdaten auch fundierte Aussagen zur bedarfsgerechten Versorgung der GKV-Versicherten treffen. Die politische Ausgabensteuerung ist auf regionalisierte und prognostische Analysen angewiesen. <<

Prof. Dr. Bertram Häussler

ist Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts / Jahrgang 1953

Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit liegt derzeit in den Bereichen Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Innovationsforschung und Nutzenbewertung sowie Pharmakoepidemiologie und klinische Arzneimittelforschung im nationalen und internationalen Kontext. Nach Studien der Medizin und Soziologie hatte er sich seit 1986 am IGES Institut zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter mit aktuellen Fragen der Gesundheitssystemforschung, dem Aufbau und der Evaluation neuer Versorgungsmodelle sowie IT-Systemen im Gesundheitswesen beschäftigt. Er leitet seit 1998 zudem die IGES Tochtergesellschaft CSG Clinische Studien Gesellschaft, die im Bereich pharmakologischer und pharmakoökonomischer Forschung aktiv ist. Häussler gehört als Mitglied und Beirat mehreren Fachgesellschaften für Pharmakologie, Arzneimittelanwendungsforschung und Qualitätssicherung in der Medizin an. 2002 wurde er zum Honorarprofessor an der Technischen Universität Berlin ernannt, an der er das Fach „Ökonomik der pharmazeutischen Industrie“ lehrt.



Dr. Christopher Hermann
Frank Wienands

Das Erfolgsmodell Arzneimittelrabatte

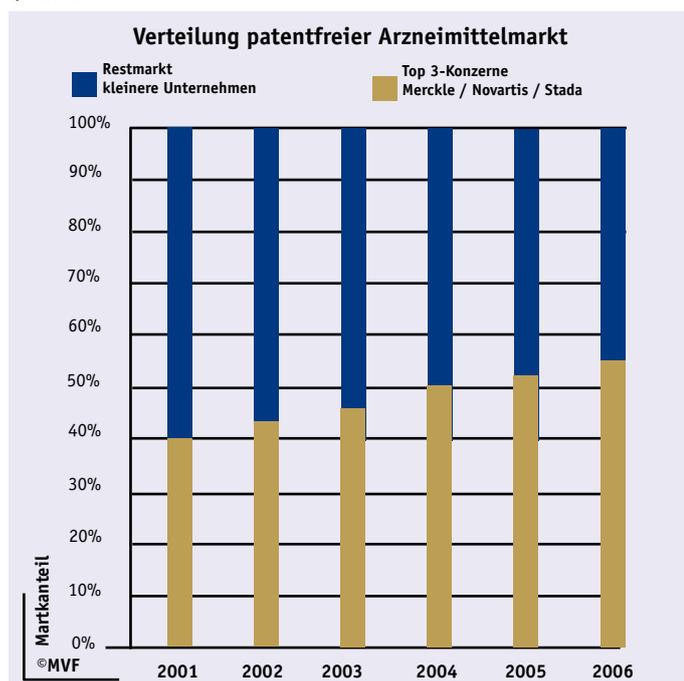
Kostendämpfung und Kostenverantwortung der Krankenkassen

>> Insbesondere im Marktsegment patentfreier Wirkstoffe mit seiner Vielzahl wirkstoffidentischer Arzneimittel besteht mit deren Vergleichbarkeit die grundlegende Voraussetzung für Preiswettbewerb. Mangelnde Motivation und teils zweifelhafte Anreizsysteme auf Arzt- und Apothekenseite einerseits, GKV-übergreifend einheitliche Preisregularien andererseits führten hier zu der regelhaft bevorzugten Abgabe von Arzneimitteln, deren Preise sich in der Regel am Festbetragsniveau orientierten.

Ausgangssituation: strukturelle Defizite und Wettbewerbsschwächen des Generikamarktes 2006

Bemerkenswert: anders als in allen anderen Branchen, in welchen der Begriff „Marke“ für patentgeschützte Produkte steht, gelang es insbesondere den Marktführern Hexal, Ratiopharm und

Abb. 1: Verdrängung von Mittelstand und Restmarkt durch dominierende Konzerne.
Quelle: GAmSI



Abstract

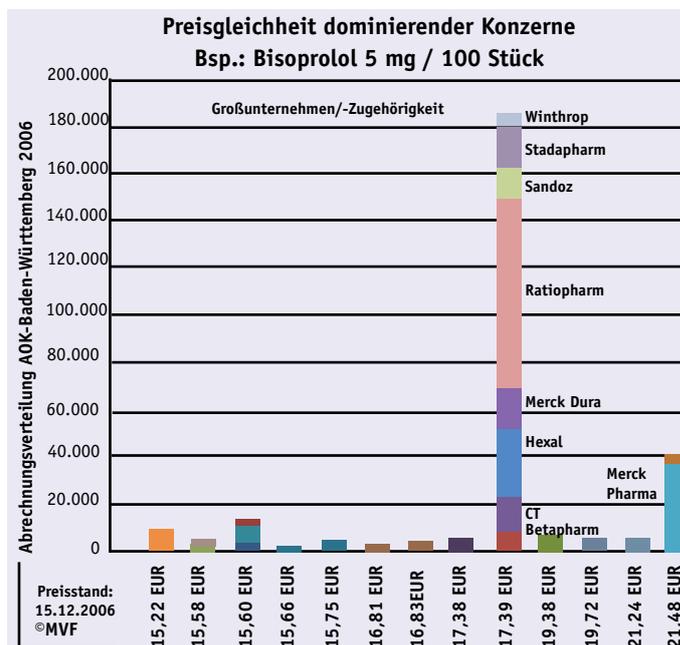
Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die Möglichkeit der GKV, mit pharmazeutischen Unternehmen Arzneimittelrabatte zu verhandeln, erheblich gestärkt. Der Anspruch des Gesetzgebers an die Krankenkassen ist hierbei eindeutig: Durch Aufbau neuer Wettbewerbsformen soll den Krankenkassen ein neues Maß an Ausgabensteuerung und -verantwortung übertragen werden. Erklärtes Ziel hierbei ist die Einstellung unterlegener, staatlicher Regularien in Abhängigkeit von der Effizienz der Verträge. Die AOKs haben die gesetzlichen Möglichkeiten mit großem Erfolg umgesetzt, die Hochpreisphalanx großer Generikakonzerne aufgebrochen und dem Mittelstand den Markt geöffnet.

Schüsselbegriffe

- AOK-Verträge
- Arzneimittelrabatte
- Ausgabedynamik
- Generika
- Kostendämpfung
- Kostenverantwortung
- Patentgeschützte Präparate
- Preiswettbewerb
- Wirkstoffe

Stada, für ihre Generika einen eigenen Marken-Status („Branded Generics“) zu etablieren – bei häufig identischem, höherem Preisniveau. Wenngleich durch die Preisvorteile vieler Generika gegenüber

Abb. 2: Preisgleichheit dominierender Konzerne und fehlender Markterfolg auch des niedrigpreisigeren Mittelstands am Beispiel einer rabattierten Packungsart 2007.
Quelle: AOK Baden-Württemberg



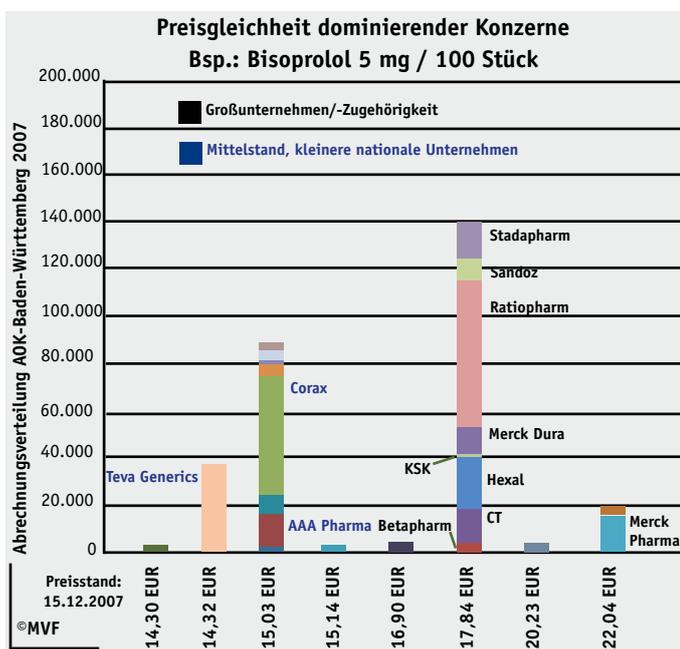
höherpreisigen „Altooriginalen“ erhebliche Einsparungen generiert wurden, so blieben wesentliche Potenziale innerhalb des wirkstoffgleichen Generikamarkts ungehoben. Die pauschale Klassifizierung einer „Generikaquote“ als Wirtschaftlichkeitsgarant in Arzneimittelvereinbarungen tat unter Mitwirkung der Krankenkassen ihr Übriges. Mit Hilfe eines kopfstarken Außendienstes konnte sich ein Oligopol hochpreisiger Generikamarken etablieren, das dem Mittelstand den Marktzugang wie aus Abb. 1 ersichtlich zunehmend erschwerte.

Der eingeschränkte Wettbewerb schlug sich im Preisgefüge des betroffenen Marktsegments nieder. Ein Blick auf das Marktgefüge eines allein zu Lasten von AOK-Versicherten millionenfach verordneten Arzneimittels macht dieses Problem in Abb. 2 offensichtlich.

Stärkung durch das GKV-WSG

Nachdem die Ausgabendynamik des Arzneimittelbereichs bis heute in verlässlicher Regelmäßigkeit den Gesetzgeber in die regulatorische Defensive brachte – durchschnittlich alle 1,5 Jahre wurden mit oder neben einer „Gesundheitsreform“ neue Versuche unternommen, die stetigen Ausgabenzuwächse des Arzneimittelbereichs einzudämmen - traf der Gesetzgeber mit dem GKV-WSG eine grundlegende Entscheidung hin zu mehr Vertragswettbewerb. Wesentliche Unterstützung fanden Rabattvereinbarungen demnach durch die Pflicht der Apotheken zur bevorzugten Abgabe rabattierter Arzneimittel, eine den Arzt begünstigende Berücksichtigung in der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie eine Privilegierung rabattierter Arzneimittel in der Integrierten Versorgung, bei der klinischen Entlassmedikation wie auch durch die Möglichkeit von Krankenkassen, bei rabattierten Arzneimitteln auf Zuzahlungen ganz oder zur Hälfte zu verzichten. Etwaige festbetragsbedingte Auf-

Abb. 3: Marktdynamisierung am Beispiel einer rabattierten Packungsart 2007. Quelle: AOK Baden-Württemberg



zahlungen, die ansonsten durch den Versicherten zu tragen wären, sind durch den Rabatt abzulösen.

Mit einer Ausschreibung über insgesamt 89 patentfreie Wirkstoffe folgte das AOK-System im Spätsommer 2006 dem Beispiel der AOK Berlin, die bereits im Vorjahr die erste vergleichbare Ausschreibung einer Krankenkasse durchgeführt hatte. Der hier erreichte Wettbewerb unter pharmazeutischen Unternehmen führte zu einem beachtlichen wirtschaftlichen Effizienzgewinn.

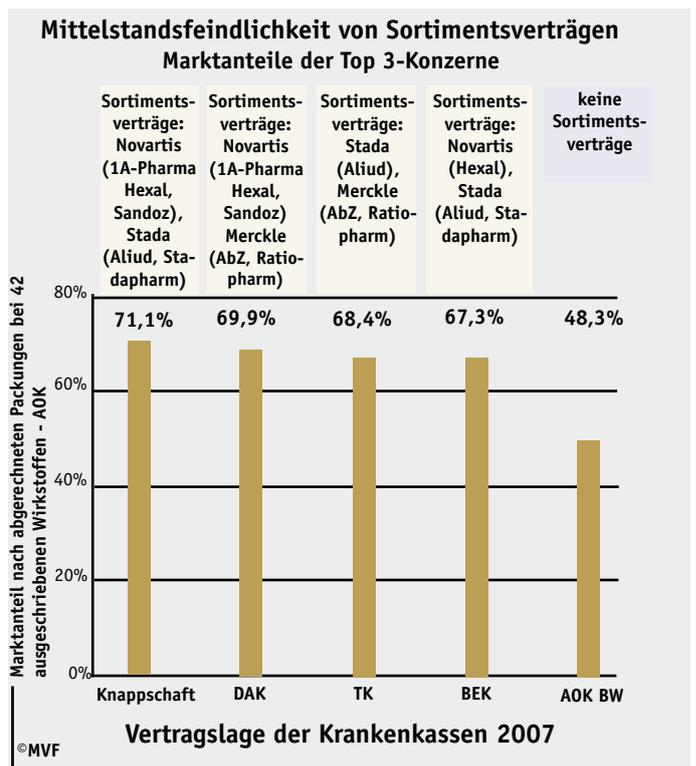
Diesen Erfolg fürchteten diverse pharmazeutische Verbände wie auch einzelne Unternehmen, die ihre etablierten, auf Hochpreisen basierenden Strukturen gefährdet sahen. Nachdem sowohl die angerufene Vergabekammer Baden-Württemberg als auch das Bundeskartellamt ihre Zuständigkeit verneinten, scheiterten zwei weitere Verfahren vor den Sozialgerichten Freiburg und Köln. In der Folge wurden 11 kleinere Unternehmen zu Partnern der AOKs über insgesamt 43 Wirkstoffe.

Die Marktwirkung der AOK-Verträge übertraf die Erwartungen aller Beteiligten. Mittelständische Unternehmen übernahmen bei wichtigen Arzneistoffen innerhalb weniger Monate die Marktführung (Abb. 3), etablierte Konzerne brachen im Absatz ein. Trotz fehlender Beteiligung etablierter, großer Unternehmen konnten die AOKs 2007 insgesamt rund 100 Mio. EUR an Versichertengeldern einsparen.

Im weiteren Verlauf des Jahres schlossen nahezu alle wesentlichen Krankenkassen Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen. Dies geschah regelmäßig durch freihändige Vergaben von Gesamtsortimentsverträgen insbesondere bundesweit agierender Krankenkassen, Ausschreibungen außerhalb einer Anlehnung an das Vergaberecht sowie Ausschreibungen durch Krankenkassen, die sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten um Berücksichtigung des formalen Vergaberechts bemühten.

Aufbauend auf den Erfahrungen aus 2007 führten die AOKs eine

Abb. 4: Marktwirkung von Sortimentsverträgen diverser Krankenkassen mit marktdominierenden Konzernen. Quelle: GfSG.



neue Ausschreibung über 83 Wirkstoffe für die Jahre 2008 und 2009 durch. Die Beachtung des Mittelstandsschutzes wie auch die Vermeidung einer produktqualitativen Marktverzerrung standen hier im Mittelpunkt. Die unter maßgeblicher Beteiligung mittelständischer Unternehmen im Vorjahr erreichten Erfolge wurden zum Anlass genommen, die ergriffenen Maßnahmen zum Schutz des Mittelstands nochmals auszubauen. Auch verdeutlichten die in Abb. 4 ersichtlichen Effekte von Sortimentsverträgen anderer Krankenkassen die zwingende Erfordernis eines bestmöglichen Mittelstandsschutzes.

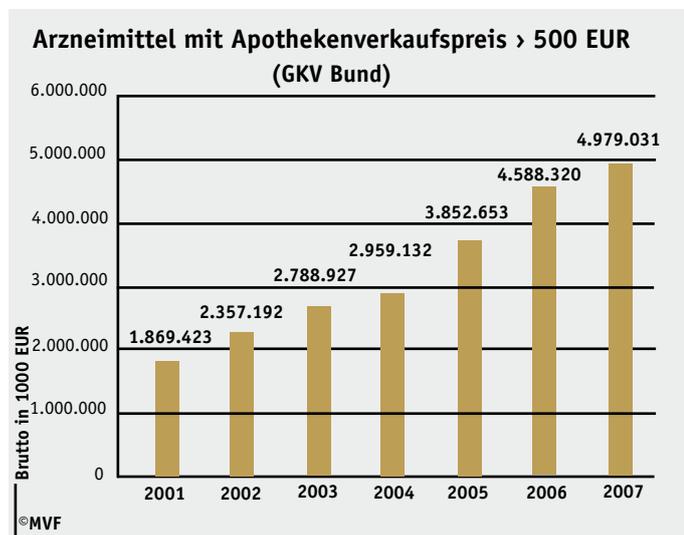
Zum Schutz mittelständischer pharmazeutischer Unternehmen wurden durch die AOKs im wesentlichen vier Punkte umgesetzt:

Ausschreibung von Fachlosen

Für die 83 Wirkstoffe wurden jeweils drei, bei sehr häufig verordneten Wirkstoffen bis zu vier Verträge ausgeschrieben. Durch die Möglichkeit pharmazeutischer Unternehmer, für einen oder mehrere Wirkstoffe Angebote abzugeben, wurde das Ausschreibungsverfahren auf insgesamt 255 Fachlose verteilt. Selbst Unternehmen, welche nur einen einzigen Wirkstoff der Ausschreibung anboten, wurde die Teilnahme zu gleichen Bedingungen ermöglicht. Ein positiver Effekt für alle Beteiligten: Regional nicht abgegrenzte Wirkstoff-Fachlose sichern eine bundesweit einheitliche Bevorratungsmöglichkeit für Apotheken. Für die Versicherten wird so die unverzügliche Verfügbarkeit rabattierter Arzneimittel auch in Apotheken wohnortfremder Bundesländer ermöglicht, was insbesondere in Grenzregionen, aber auch in Urlaubsorten oder bei Vielreisenden für Akzeptanz und Erfolg der Rabattverträge zwingend ist.

Angebotsbeschränkung für verbundene Unternehmen

Da die dominierenden Generika-Anbieter jeder für sich in der Lage wären, für zahlreiche Wirkstoffe drei Parallelangebote über Konzerntöchter abzugeben, um hier mit gegebenenfalls wettbewerbsfeindlichen Konditionen eine Exklusivsituation zu erreichen, wurde für verbundene Unternehmen die Anzahl zulässiger Angebote pro Wirkstoff auf eines beschränkt.



Schutz vor strategischen Angeboten

Zur Vermeidung von Angeboten, die lediglich dem Zweck der Losbesetzung dienen und die für den Bieter vorhersehbar im Zuschlagsfall aufgrund nicht bestehender Lieferfähigkeit zu einem faktischen Wegfall der Vertragsgrundlage führen, wurden für ansonsten unwahrscheinliche, andauernde Lieferschwierigkeiten Vertragsstrafen aufgenommen.

Kurze Vertragslaufzeit

Mit einer Vertragslaufzeit von zwei Jahren gingen die AOKs einen guten Kompromiss ein zwischen Arzneimittelkonstanz für ihre Versicherten und Planungssicherheit für erfolgreiche pharmazeutische Unternehmer einerseits und einer neuen Chance für erfolglose Bieter und den verbleibenden Markt nach bereits zwei Jahren andererseits.

Neben den genannten Maßnahmen zum Mittelstandsschutz wurde die Bedingung erhoben, dass erfolgreiche Wirkstoffangebote eine Mindest-Produktvielfalt abbilden müssen. Auf diese Weise wird einerseits ausgeschlossen, dass ein Anbieter kostenoptimierte Teilsortimente zu einzelnen Wirkstoffen einführt, die hier die Wettbewerbsbedingungen verzerren und die Versorgung innerhalb des rabattierten Segments einschränken.

Im Ergebnis fand sich neben allen etablierten Großunternehmen eine deutliche Mehrzahl mittelständischer Unternehmen, die für einen Vertragsabschluss ausgewählt wurden.

Jenseits von Ausschreibungen: Möglichkeiten des patentgeschützten Markts

Die Erfolge in wirkstoffgleichen, patentfreien Marktsegmenten werfen die Frage nach einer Übertragbarkeit auf den ausgabenintensiveren Markt patentgeschützter Arzneimittel auf. Vor dem Hintergrund der hier üblichen Ausgabenzuwächse insbesondere im höherpreisigen Bereich – die Ausgabenentwicklung allein der Arzneimittel teurer als 500 EUR seit 2001 (Abb. 5) ist GKV-weit mit rund 0,3 % Beitragssatzpunkten spürbar – ist eine nachhaltige, wettbewerbsbasierte Ausgabenreduzierung ohne Abstriche in der Versorgungsqualität dringend erforderlich.

Zur Beantwortung der Frage nach Übertragbarkeit ist es hilfreich, die jeweilige Motivation pharmazeutischer Unternehmer zur Rabattgewährung zu beleuchten.

Während im patentfreien Markt einem marktstarken, nicht rabattierenden Unternehmen durch Substitutionspflicht der Apotheken der Verlust empfindlicher Marktanteile droht, besteht im patentgeschützten Markt kein Grund zur Beunruhigung: Die Substitution verschiedener Wirkstoffe in der Apotheke scheidet aus. Damit wird das Instrument der Rabattverträge, das im patentfreien Markt offensiv (Mittelstand) wie auch defensiv (dominierende Konzerne) wirkt, grundsätzlich auf die offensive Komponente reduziert: Rabattverträge können einen Angriff auf Reimporte unterstützen, die Einführung neuer Arzneistoffe mit noch schlechter Datenlage erleichtern oder strategische Preise über Festbetrag aufgrund der Ablösung der Mehrkosten ermöglichen.

Abb. 5: Ausgabenentwicklung der GKV im Bereich höherpreisiger Arzneimittel
Quelle: GAmSI

Bei dieser Betrachtung wird sehr deutlich, dass finanzielle Entlastungen der GKV aufgrund divergierender Interessen beider Parteien unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen nur schwer in den Größenordnungen des patentfreien Markts zu erwarten sein dürften. Allerdings besteht für die Krankenkassen durchaus die Möglichkeit, eine qualitativ optimierte Arzneimitteltherapie durch eine Rabattvereinbarung zu unterstützen und zugleich ihre Ausgaben zu reduzieren: dies kann durch Risk-Share-Modelle erfolgen – der pharmazeutische Unternehmer garantiert den Behandlungserfolg seines Arzneimittels und vergütet dies im gegenteiligen Fall der Krankenkasse – oder durch Mehrwertverträge, nach welchen zusätzliche, in der Regel therapiebegleitende Leistungen vereinbart werden.

Fazit

Rabattverträge haben sich als effizientes Instrument zur Dynamisierung des erstarrten, patentfreien Arzneimittelmarkts erwiesen. Durch willkürfreie und für alle pharmazeutischen Unternehmer zugängliche Verfahren können hier durch wettbewerbsorientierte Krankenkassen nachhaltig Einsparpotenziale realisiert werden, in deren Logik der Abbau komplexer Regelungsmechanismen wie beispielsweise Festbeträge oder Zwangsrabatte liegt. Für den ausgabenträchtigen, patentgeschützten Arzneimittelmarkt bedarf es zur Entschärfung der Ausgabenproblematik einer spürbaren Motivierung pharmazeutischer Unternehmer durch den Gesetzgeber. Wer dabei den Weg in stringente regulatorische Eingriffe in die Preisgestaltung auch bereits vertriebener Arzneimittel ablehnt, für den kommen die Etablierung von Arzneimittelvergleichsgruppen und kassenindividuellen Positivlisten mit klarem Vorteil für den Wettbewerb in Frage. <<

The model of success „pharmaceutical rebates“

Enacting the „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) the German Government strengthened the position of German public health insurers in negotiating with drug companies about discounts. Hereby the Government reallocated partial responsibility for rising health care costs to the health insurers. Weighing the effectiveness of discount contracts later, less effective rules of the German drug market were to be stopped. Following the legislative change, the Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) succeeded in beating down high prices opening the market for small and medium-sized businesses.

Keywords

agents
AOK-contracts
AOK-tender
generics
patented drugs
price-based competition
rise in drug expenses

Dr. Christopher Hermann

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes / Jahrgang 1955

Dr. Christopher Hermann lenkt mit seinen heute 53 Jahren seit Mitte 2000 als Vorstand und seit 2003 als stellvertretender Vorstandsvorsitzender die Geschicke der AOK Baden-Württemberg richtungsweisend mit. Für die Umsetzung von Rabattverträgen im Arzneimittelbereich engagiert er sich bundesweit federführend für das AOK-System.

Nach seinem Studium der Geschichts-, Politik- und Rechtswissenschaften in Marburg und Berlin und Tätigkeit im Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages für die Enquête-Kommission „Strukturreform der GKV“ war er zunächst zehn Jahre als Referats- und später als Gruppenleiter im Sozialministerium Nordrhein-Westfalen insbesondere für die Krankenversicherung, deren Aufsicht, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Arzneimittelsicherheit und die Heilberufe zuständig.



Frank Wienands

Referat Apotheken/Arzneimittel / Jahrgang 1973

Frank Wienands ist seit 2004 im Vertragsbereich Apotheken/Arzneimittel der AOK Baden-Württemberg tätig. Insbesondere ist er für Verträge gem. § 130 a Abs. 8 SGB V zuständig und begleitet fachlich die Arzneimittel-Rabattausschreibungen sowie -verhandlungen des AOK-Systems. Zu seinen Arbeitsgebieten zählen zudem das Vertragswesen mit Ärzten, Apotheken und anderen arzneimittelrelevanten Leistungserbringern. Nach dem Studium der Pharmazie in Greifswald war Wienands ab 2000 zuerst in einer öffentlichen Apotheke tätig, um dann 2004 in den strategischen Geschäftsbereich der AOK Baden-Württemberg einzutreten.



Dipl.-Psych. Melanie Lupp
 Prof. Dr. med. Hans Helmut König, MPH
 Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Kostenfaktor Depression

Die Kosten depressiver Störungen und Implikationen für die Versorgung

>> Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation gehen davon aus, dass depressive Störungen bis zum Jahr 2020 neben den koronaren Herzkrankheiten weltweit die führende Ursache für vorzeitigen Tod und durch Behinderung eingeschränkte Lebensjahre sein werden (Murray und Lopez 1996). Die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen bei über 18-jährigen Personen in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys 10,9 % (Jacobi et al. 2004). Das bedeutet, in Deutschland sind ca. 5-6 Millionen Bundesbürger pro Jahr von einer Depression betroffen. Eine besondere Risikogruppe stellen alte Menschen dar, denn Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter (Riedel-Heller et al. 2006). Depressive Erkrankungen sind jedoch nicht nur häufig, sondern auch mit einer Reihe schwerwiegender Folgen assoziiert. Sie führen unter anderem zu einer verringerten Leistungsfähigkeit (Alexopoulos et al. 1996), einem Verlust an gesundheitsbezogener Lebensqualität (Unützer et al. 2000) und einer erhöhten Mortalität (Schulz et al. 2002), vor allem aufgrund von Suiziden. So versterben 15 % der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid (Angst et al. 1999), und ca. 60 % aller Suizide sind auf Depressionen zurückzuführen. Darüber hinaus gehen depressive Erkrankungen mit einer hohen Wiedererkrankungsrate und einem hohen Risiko zur Chronifizierung einher.

Direkte Kosten Depressionen im Erwachsenenalter

Die direkten Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme eines breiten Spektrums von medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen. Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2004 für die Behandlung von Depressionen (ICD-10-Diagnosen: F32-F34) in Deutschland 4,2 Milliarden Euro ausgegeben (zum Vergleich 2002: 3,9 Milliarden Euro, Statistisches Bundesamt 2007). Das entspricht 1,9 % aller direkten Kosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Kosten von etwa 1.700 Euro pro behandeltem Patienten. Davon entfielen 37 % auf die stationäre Behandlung, 13 % auf die ambulante Versorgung und 19 % auf Medikamente. In einer Studie von Friemel et al. (2005) wurde eine repräsentative Stichprobe der nicht-institutionalisierten volljährigen Bevölkerung in Deutschland (ESEMed-Studie) mit mindestens einer depressiven Krankheitsperiode in den vergangenen 12 Monaten nach den - im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung stehenden - in Anspruch genommenen medizinischen Versorgungsleistungen befragt. Es ergaben sich jährliche medizinische Versorgungskosten von 1.278 Euro pro behandeltem Patienten, wobei 53 % der Kosten auf Krankenhausaufenthalte, 34 % auf die ambulante Versorgung und 9 % auf

Abstract

Depressionen sind aufgrund ihrer weiten Verbreitung und der hohen Krankheitslast in den Fokus gesundheitsökonomischer Forschung gerückt. Laut Statistischem Bundesamt wurde für die Behandlung von Depressionen im Jahre 2004 4,2 Milliarden Euro ausgegeben. Die Versorgungskosten werden pro depressivem behandeltem Patienten auf 1.300 bis 2.000 Euro pro Jahr geschätzt. Die Kosten für Produktionsausfälle durch Arbeits- und Erwerbsfähigkeit können international pro Jahr auf 1.900 bis 3.315 Euro pro depressivem Patienten beziffert werden. Rund 147.000 Erwerbstätigkeitsjahre gingen in Deutschland im Jahre 2004 durch depressive Erkrankungen verloren. Produktionsausfälle durch vorzeitige Sterblichkeit werden international auf 140 bis 285 Euro pro depressivem Patienten geschätzt. Rund 60 % aller Suizide können auf Depressionen zurückgeführt werden. Die frühzeitige Erkennung und umfassende Behandlung von Depressionen unter Einsatz wissenschaftlich anerkannter und klinisch wirksamer Verfahren kann eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und eine Verringerung der Krankheitslast von depressiven Störungen sicherstellen.

Schlüsselbegriffe

Depression
 Gesundheitsökonomie
 Versorgung

den Medikamentenverbrauch entfielen. Die Studie von Salize et al. (2004) mit einer Stichprobe von depressiven Patienten aus Hausarztpraxen und nervenärztlich-psychiatrischen Fachpraxen schätzte die Kosten für die Depressions-Behandlung für das Jahr 2003 auf 2.128 Euro. Auf die stationäre Behandlung entfielen 24 %, auf die ambulante Behandlung 57 % und auf die medikamentöse Behandlung 16 % der Versorgungskosten.

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zur internationalen Literatur über Krankheitskostenstudien zu Depressionen (Lupp et al. 2007) schätzt die jährlichen direkten Kosten für Depressive für das Jahr 2003 auf 950 bis 2.375 Euro, in Abhängigkeit vom jeweiligen Sozialversicherungssystem und Krankenversorgungssystem. Für Deutschland kann man aufgrund der bisherigen Ergebnisse von 1.300 bis 2.000 Euro pro behandeltem Patienten ausgehen.

Depressionen im höheren Lebensalter

Im höheren Lebensalter (65 Jahre und älter) gehören depressive Erkrankungen neben den demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Da im Zuge der demographischen Entwicklung die Zahl der Betroffenen weiter ansteigen wird, ist eine solide Datengrundlage zu den Krankheitskosten von depressiven Störungen im höheren Lebensalter unerlässlich. Die erste deutsche Krankheitskostenstudie zu Depressionen im Alter von Lupp et al. (2008) untersuchte die direkten Kosten von über 75-jährigen Allgemeinanzpatienten mit depressiven Störungen im Vergleich zu einer gleichaltrigen nicht-depressiven Kontrollgruppe und unter Kontrolle der somatischen Komorbidität und berichtete für das Jahr 2004 durchschnittliche jährliche direkte Gesamtkosten in Höhe von 5.241 Euro

für depressive und von 3.648 Euro für nicht-depressive alte Menschen. Die entsprechenden depressionsbezogenen Mehrkosten lagen damit bei 1.593 Euro und ebenfalls bei einem Drittel der durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten. Für die depressiven Patienten ergaben sich in dieser Studie insbesondere Mehrkosten für die stationäre Behandlung von 796 Euro (50 % der gesamten Mehrkosten), für die Behandlung mit Medikamenten von 393 Euro (25 %) und für Pflegeleistungen (gesetzlich und privat finanziert) von 498 Euro (31 %).

Abbildung 1 zeigt einen Vergleich der Kostenergebnisse der vorliegenden Studie mit Befunden aus früheren Krankheitskostenstudien zu Depressionen im höheren Lebensalter (Katon et al. 2003, Unützer et al. 1997). Die Vergleichbarkeit wird ermöglicht durch die Inflationierung der Kostendaten auf das Jahr 2003 und deren Umrechnung in US-Dollar (Kaufkraftparitäten). Es zeigt sich, dass die jährlichen durchschnittlichen direkten Gesamtkosten depressiver Patienten, im Vergleich zu den direkten Gesamtkosten der nicht-depressiven Kontrollgruppe, in den Studien von Unützer et al. (1997) und Katon et al. (2003) ebenfalls annähernd um ein Drittel ansteigen (32 % und 35 %).

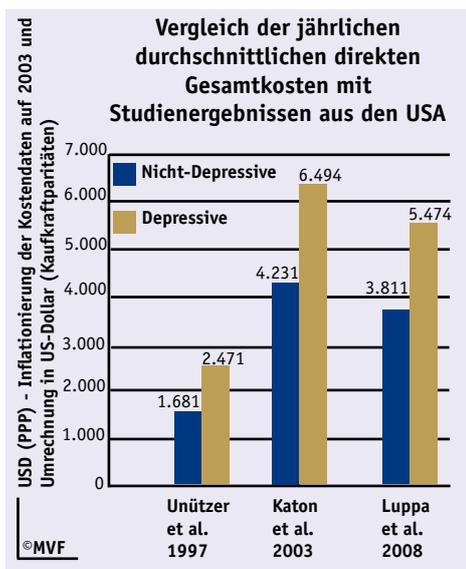


Abb. 1: Vergleich der jährlichen durchschnittlichen direkten Gesamtkosten mit Studienergebnissen aus den USA

Indirekte Kosten

Indirekte Kosten entsprechen dem Ressourcenverlust durch krankheitsbedingtem Produktionsausfall aufgrund von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Morbiditätskosten) bzw. durch vorzeitigen Tod (Mortalitätskosten). Der Humankapitalansatz gilt als der gebräuchlichste Ansatz zur Messung der indirekten Kosten. Sein Ziel ist die Ermittlung des vollständigen Wegfalls an Produktionspotenzial als Folge von Krankheit. Als Indikator verwendet man das durch die Krankheit entgangene Einkommen, berechnet aus der Zeit des Ausfalls, multipliziert mit einem spezifischen Lohnsatz (Leidl 2003). Bisher haben jedoch nur internationale Studien die indirekten Kosten von depressiven Erkrankungen berechnet. Alle Studien haben den Humanka-

pitalansatz verwendet (vgl. Luppá et al. 2007).

Produktionsausfälle durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Eine der bekanntesten Studien zu den Kosten von Depressionen von Greenberg et al. (2003) berichtet für die USA Produktionsausfallkosten durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Minderung der Arbeitsleistung von 52 Milliarden Dollar oder 183 Dollar pro Einwohner. Das entspricht einem Anteil von 54 % an den Gesamtkosten (Summe der direkten und indirekten Kosten), den die Morbiditätskosten einnehmen. Thomas und Morris (2003) schätzten die Morbiditätskosten für Großbritannien im Jahr 2000 auf 12 Milliarden Dollar oder 207 Dollar pro Einwohner. Bei dieser Studie lag der Anteil der Morbiditätskosten an den Gesamtkosten bei 90 %.

Wenngleich für Deutschland keine entsprechenden Berechnungen vorliegen, schätzen Luppá et al. (2007) auf der Grundlage der internationalen Literatur die Morbiditätskosten für das Jahr 2003 auf 1.900 bis 3.515 Euro pro depressivem Patienten.

Laut aktueller Gesundheitsreporte verschiedener Krankenkassen entfielen im Jahre 2006 1,0 % (DAK 2007) bzw. 1,5 % (BARMER 2007) aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU) sowie zwischen 3,1 % (DAK 2007) und 5,0 % (BARMER 2007) (TK 2007: 4,0 %, an 2. Stelle nach den Rückenschmerzen) aller AU-Tage auf depressive Episoden (F32). Bei der durchschnittlichen AU-Dauer handelte es sich im Vergleich zu anderen Erkrankungen mit 38,4 Tagen bei der BARMER (2007), 40,7 Tagen bei der BKK (2006) und 47 Tagen bei der TK (2007) um eine extrem lange Erkrankungsdauer.

Entsprechend den Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherer waren psychische Erkrankungen mit 33 % (51.433 Fälle in 2006) vor Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (16,7 %) die häufigste Ursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Und knapp 30 % (ca. 15.000, Carl 2001) der jährlich über 50.000 Frühberentungen durch psychische Erkrankungen werden durch Depressionen verursacht. Daten des Statistischen Bundesamtes geben ebenfalls einen Hinweis auf die enorme Höhe des potenziellen Produktionsausfalls aufgrund von depressiven Erkrankungen. So gingen im Jahr 2004 147.000 Erwerbstätigkeitsjahre aufgrund von depressiven Erkrankungen verloren (zum Vergleich: 136.000 im Jahre 2002; Statistisches Bundesamt 2007), was 3,5 % aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre und 22 % der durch psychische Erkrankungen verlorenen Erwerbsjahre entspricht.

Produktionsausfälle durch vorzeitige Mortalität

Depressionen führen auch zu Produktionsausfällen aufgrund gesteigerter Mortalitätsraten, zum einen durch nicht-psychische Begleiterkrankungen und zum anderen durch erhöhte Suizidraten. In der Studie von Greenberg et al. (2003) aus den USA wurden die durch Suizide verursachten Mortalitätskosten von Depressionen für das Jahr 2000 auf 5,5 Milliarden Dollar oder 20 Dollar pro Einwohner geschätzt. Das entspricht einem Anteil von 7 % an den Gesamtkosten. Thomas und Morris (2003) schätzen für Großbritannien im Jahr 2000 die Mortalitätskosten (bezogen auf Suizide und andere Todesfälle durch versehentliche Medikamentenvergiftungen) auf 844 Millionen Dollar oder 14 Euro pro Einwohner. Die Mortalitätskosten nahmen in dieser Studie einen Anteil von 6 % an den Gesamtkosten ein. Luppá et al. (2007) schätzen in ihrer Übersichtsarbeit die Mortalitätskosten pro depressivem Patienten auf 140 bis 285 Euro pro Jahr.

Implikationen für die Versorgung

Die weite Verbreitung und die hohe Krankheitslast von depressiven Erkrankungen haben dazu geführt, dass der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten von 2000/2001 im Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ mit den depressiven Störungen erstmals seit seinem Bestehen eine psychische Krankheitsgruppe benannte, für die er einen erheblichen Bedarf bei der Verbesserung der Versorgung, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung,

in der Pharmakotherapie und in der öffentlichen Aufklärung zur verbesserten gesellschaftlichen Akzeptanz der Kranken und des Krankheitsbildes sieht. In der Tat gibt es einen erheblichen Optimierungsspielraum für die Verbesserung der Diagnostik und der Behandlung depressiver Erkrankungen. So kommt der SVR mit Bezug auf die Studie „Depression 2000“ von Wittchen (2000) zu dem Schluss, dass bei ca. einem Drittel der Patienten die Depressionen nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent und entsprechend wissenschaftlicher Empfehlungen behandelt werden. Dazu kommt, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder

Literatur

- Alexopoulos, G. S./Vrontou, C./Kakuma, T./Meyers, B. S./Young, R. C./Klausner, E./Clarkin, J. (1996): Disability in geriatric depression. In: *Am J Psychiatry* 1996, 153, 877-885.
- Angst, J./Angst, F./Stassen, H.H. (1999): Suicide risk in patients with major depressive disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry* 1999, 60, Suppl. 2, 57-62, 75-76, 113-6. Review.
- BARMER Gesundheitsreport 2007. www.barmer.de
- BKK Gesundheitsreport 2006. www.bkk.de
- Carl, G. (2001): Depression und Suizidalität: Krankheit zwischen Erkennungsdefizit und Undertreatment. In: *NeuroTransmitter* 2001, 12, 55-57.
- DAK Gesundheitsreport 2007. www.dak.de
- Friemel, S./Bernert, S./Angermeyer, M.C./König, H.H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 2005, 32, 113-121.
- Gensichen, J./Peitz, M. (2006): Behandlungspotenziale in der allgemeinärztlichen Versorgung. In: Stoppe, G./Bramesfeld, A./Schwartz, F.W. (Hrsg.): *Volkskrankheit Depression*. Berlin u.a.: Springer-Verlag.
- Greenberg, P.E./Kessler, R.C./Birnbaum, H.G./Leong, S.A./Lowe, S.W./Berglund, P.A./Corey-Lisle, P.K. (2003): The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? In: *Journal of Clinical Psychiatry* 2003, 64, 1465-1475.
- Hegerl, U./Wittmann, M./Arensman, E./van Audenhove, C./Bouleau, J.H./van der Feltz-Cornelis, C./Gusmao, R./Kopp, M./Löhr, C./Maxwell, M./Meise, U./Mirjanic, M./Oskarsson, H./Sola, V.P./Pull, C./Pycha, R./Ricka, R./Tuulari, J./Värnik, A./Pfeiffer-Gerschel T. (2007): The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. In: *World Journal of Biological Psychiatry* 2007, 5, 1-8
- Jacobi, F./Wittchen, H.U./Holting, C./Hofler, M./Pfister, H./Muller, N./Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological Medicine* 2004, 34, 597-611.
- Katon, W. J./Lin, E./Russo, J./Unützer, J. (2003): Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. In: *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60, 897-903.
- Leidl, R. (2003). Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. 2003. München, Urban & Fischer, 471.
- Luppa, M./Heinrich, S./Angermeyer, M. C./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2007): Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. In: *Journal of Affective Disorders* 2007, 98, 29-43.
- Luppa, M./Heinrich, S./Matschinger, H./Sandholzer, H./Angermeyer, M.C./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Direct costs associated with depression in old age in Germany. In: *Journal of Affective Disorders* 2008, 105, 195-204.
- Murray, C.J.L./Lopez, A.D. (1996): Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990–2020. In: Murray, C.J.L./Lopez, A.D. (Hrsg.), *The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Publication from the Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank (1996) Cambridge, AM: Harvard University Press, S. 361–395.
- Riedel-Heller, S.G./Matschinger, H./Angermeyer, M.C. (2005): Mental disorders--who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005, 40, 167-74.
- Riedel-Heller, S.G./Busse, A./Angermeyer, M.C. (2006): The state of mental health in old-age across the 'old' European Union—a systematic review. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006, 113, 388-401.
- Riedel-Heller, S.G./Matschinger, H./Schork, A./Angermeyer, M.C. (2001): The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalised elderly--results from a representative survey in Germany. In: *Pharmacopsychiatry* 2001, 34, 6-12.
- Salize, H.J./Stamm, K./Schubert, M./Bergmann, F./Härter, M./Berger, M./Gaebel, W./Schneider, F. (2004). Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 2004, 31, 147-156.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden, S. 255-256.
- Schomerus, G./Angermeyer, M.C./Matschinger, H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Public attitudes towards prevention of depression. *Journal of Affective Disorder* 2008, 106, 257-263.
- Schulz, R./Drayer, R. A./Rollman, B. L. (2002): Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. In: *Biol Psychiatry* 2002, 3, 205-225. Review.
- Thomas, C. M./Morris, S. (2003): Cost of depression among adults in England in 2000. In: *British Journal of Psychiatry* 2003, 183, 514-519.
- TK-Gesundheitsreport. www.tk-online.de
- Unützer, J./Patrick, D. L./Diehr, P./Simon, G./Grebowski, D./Katon, W. (2000): Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. In: *Int Psychogeriatrics* 2000, 12, 15-33.
- Unützer, J./Patrick, D. L./Simon, G./Grebowski, D./Walker, E./Rutter, C./Katon, W. (1997): Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. In: *JAMA* 1997, 277, 1618-1623.
- Wittchen, H.U. (2000): Die Studie "Depression 2000". Eine bundesdeutsche Depressions-Screening-Studie. In *Allgemeinarztpraxen. Fortschritte der Medizin* 2000, 118, 1-3.
- Wittchen, H.U./Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 2002, 17, Suppl 1: S1-11.

nicht zeitgerecht in eine fachspezifische Weiterbehandlung überweisen. So erfolgte die antidepressive medikamentöse Therapie von Depressionen laut der Studie „Depression 2000“ nur in 58 % der von Hausärzten als korrekt depressiv diagnostizierten Fälle, und nur 22 % der Patienten wurden vom Hausarzt in fachärztliche Weiterbehandlung überwiesen (Wittchen und Pittrow 2002). Bei alten depressiven Menschen sind die Hinweise auf eine Unterversorgung noch drastischer (Riedel-Heller et al. 2001).

Zur Behandlung von Depressionen steht inzwischen eine Vielzahl von Verfahren und Therapieansätzen zur Verfügung. Zur Ausschöpfung der vorhandenen medikamentösen und psychotherapeutischen Möglichkeiten ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wie Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte unerlässlich (Gensichen und Peitz, 2006). Dazu gehört auch, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern (Hegerl et al. 2007) und damit auch das Stigma, das mit psychischen Störungen verbunden ist, zu reduzieren (Riedel-Heller et al. 2005). Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zur Prävention von Depression signalisierte eine prinzipielle Bereitschaft, in die psychische Gesundheit zu investieren (Schomerus et al. 2008).

Aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer ökonomischen Auswirkungen weltweit und insbesondere in den Industrienationen zählen Depressionen als Volkskrankheit Nummer eins. Eine Optimierung der Behandlung Depressiver könnte nicht nur eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung und damit eine gesteigerte Lebensqualität für die Betroffenen mit sich bringen, sondern auch eine Reduktion der derzeit hohen direkten und indirekten Kosten für die Volkswirtschaft, die mit depressiven Erkrankungen einhergehen. <<

Cost of depression and mental health care

Depression is a very common disease with a substantial economic burden. The German Federal Statistical Office reported health care costs of EUR 4.2 billion for the year 2004. Health care costs per patient were estimated between EUR 1,300 and EUR 2,000 per year; morbidity costs ranged from EUR 1,900 to EUR 3,315. Lost productivity in terms of years of work lost was estimated at 147,000 years for Germany in 2004. Mortality costs ranged from EUR 140 to EUR 285 per depressive patient per year. It is assumed that around 60 % of suicides are caused by depression. Early detection and adequate treatment may lead to a reduced burden of the illness and an improved quality of life for those suffering from depression and their relatives.

Keywords

cost
depression
economic burden

Dipl. Psych. Melanie Lupp

Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Jahrgang 1973

ist seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin, Public Mental Health Research Unit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen zu Krankheitskosten von Depressionen.



Prof. Dr. med. Hans-Helmut König, MPH

Professor für Gesundheitsökonomie / Jahrgang 1965

ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Arbeitsschwerpunkte: Ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen, insbesondere im psychosozialen Versorgungsbereich; Gesundheitssystemforschung.



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

Professorin für Public Health / Jahrgang 1964

ist Professorin für Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Forschungsschwerpunkte an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health: Epidemiologie psychischer Störungen, Prävention und Versorgungsforschung. Besondere Forschungsexpertise: Langzeitstudien. Hauptzielgruppe: ältere Menschen. Geschäftsführende Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ (Thieme-Verlag).



Dr. med. Harald Herholz

Viele Fragen, kaum Antworten

Warum Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen endlich mehr Ergebnisse aus der Versorgungsforschung brauchen

>> Angesichts der Fülle klinischer Studien zu Arzneimitteln – von denen allerdings die wenigsten harte Evidenz und somit wertvolle Erkenntnisse liefern – überrascht die geringe Anzahl an Studien zur Versorgungsforschung in Deutschland. Die Diskrepanz ist kaum zu rechtfertigen, geht es doch in der Versorgungsforschung um ebenso große Ausgabenbeträge und um vergleichbare Fragen der Versorgungsqualität wie in klinischen Studien.

Es muss sich etwas ändern: Die Versichertenstichprobe

Aus der Erkenntnis, mit mangelhaften Daten die Versorgung nur unzureichend konkret gestalten zu können, wurden die AOK Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung Hessen 1998 selbst aktiv und warteten nicht länger auf Ergebnisse externer Versorgungsforschung: Mit finanzieller Unterstützung des hessischen Sozialministeriums wurde das Projekt „Versichertenstichprobe“ gegründet. Dabei handelt es sich um eine Zusammenführung von personenbezogenen Daten der AOK Hessen sowie der KV Hessen. Sie ist eine Stichprobe der Versicherten der AOK Hessen, die als Zufallsstichprobe mit einem Auswahlsatz von 18,75 % angelegt ist. Der ursprünglich geplante Beobachtungszeitraum von 1998 bis 2004 wurde bereits verlängert. Pro Jahr können rund 310.000 durchgängig Versicherte beobachtet werden.

Für die Stichprobenpopulation wurden sämtliche in der AOK Hessen und in der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gespeicherten Daten personenbezogen erhoben, in einer Vertrauensstelle nach datenschutzrechtlichen Erfordernissen pseudonymisiert und an die Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung (PMV) in Köln zur Auswertung weitergeleitet. Bei dieser Forschungsgruppe handelt es sich um ein interdisziplinäres Team unter Leitung von Frau Dr. Schubert mit den Arbeitsschwerpunkten Sekundärdatenanalyse, Versorgungsepidemiologie und Qualitätssicherung, gleichzeitig ist sie eine Mitgliedseinrichtung des Zentrums für Versorgungsforschung (Sprecher: Prof. Dr. Holger Pfaff).

Es standen neben den Stammdaten (Alter, Geschlecht, Versichertenzeiten und Versichertenart) die Behandlungs- und Kostendaten aus allen Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung (SGB V) sowie auch der Pflege (SGB XI) zur Verfügung. Eine Verknüpfung und Analyse der Daten erlaubt daher, retrospektiv komplette patientenbezogene Behandlungsverläufe zu erstellen und damit indirekte Aussagen über die Versorgungsqualität, zumindest aber zur Prozessqualität der ambulanten Versorgung, zu gewinnen.

Was leistet Versorgungsforschung? Ein Beispiel ...

Für die Kostenträger wird die Versorgung von Diabetikern zunehmend

Abstract

Versorgungsforschung fristet bislang in Deutschland ein Schattendasein. Dabei ist der Bedarf enorm. Betrachtet man die zahlreichen gesetzlichen Maßnahmen und die Einführung neuer Versorgungsmodelle, so ist nicht die Evaluation ihrer Effekte das größte Problem, sondern häufig die unklare Ausgangslage. Nutzer der Ergebnisse der Versorgungsforschung sind in erster Linie Kostenträger und – im ambulanten Bereich – Kassenärztliche Vereinigungen. Anhand des Beispiels der Versichertenstichprobe und speziell der Analyse der Kosten des Diabetes mellitus wird eindrücklich gezeigt, was Versorgungsforschung zu leisten im Stande ist.

Schlüsselbegriffe

Versorgungsforschung
Versichertenstichprobe Hessen
Personenbezogene Datenbasis
Gesetzliche Krankenversicherung
Kosten des Diabetes mellitus
Hausarztzentrierte Versorgung

ein Problem, da die Erkrankungshäufigkeit deutlich zunimmt. Negative Änderungen im Lebensstil – dazu gehören Bewegungsmangel, Adipositas und falsche Ernährung – fördern die Prävalenz des Diabetes, Tendenz weiter steigend. Die Lebenserwartung der Patienten steigt aufgrund der besseren Therapie – und damit steigt auch der Kostenanteil, der von Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung für die Versorgung dieser Patienten verwendet wird. Diese Entwicklung ist für alle Länder mit einem hohen Lebensstandard zu beobachten.

In den Vertragsverhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kostenträgern gewinnen daher Studien zu den Kosten der Diabetiker-versorgung eine immer größere Bedeutung. Wichtig ist dabei zu beachten, dass neben den Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung Aufwendungen – oft in noch größerem Umfang – auch in anderen Bereichen der Sozialversicherung anfallen, wie z. B. in der Rentenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen und in der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit. Bei Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung fallen durch Verlust an Erwerbszeiten zusätzliche volkswirtschaftliche Kosten an.

Eine Untersuchung, die sich im Rahmen der Versichertenstichprobe mit den Kosten, die der Diabetes mellitus verursacht, und ihrer Verteilung befasst hat, ist die KoDiM-Studie. Hier erfolgte – dank des bisher in Deutschland einmaligen Ansatzes – eine vielfältige Aufteilung der ermittelten Kosten. So konnten die direkten den indirekten Kosten gegenüber gestellt werden. Zu den direkten Kosten zählen ambulante ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten, stationäre Behandlung und Pflege; zu den indirekten Kosten gehören Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung.

Aber auch diabetesunabhängige Kosten konnten von diabetesabhängigen Kosten mit Hilfe eines Fall-Kontroll-Designs unterschieden werden. Hierbei wurde jedem Diabetespatienten ein alters- und geschlechtsgleicher Paarling aus der Versichertenstichprobe ohne Diabetes gegenüber gestellt. Dabei wurden in der Analyse die mittleren Kosten der Kontrollgruppe von denen der Diabetiker abgezogen. Die dritte Differenzierung erfolgte in der Stichprobe der Diabetiker: Kosten der Grundkrankheit und Kosten der Komplikationen wurden voneinander getrennt.

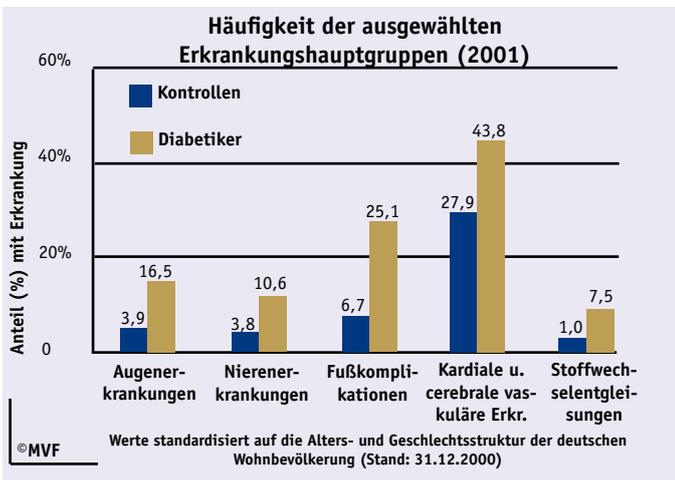
Mehr Komplikationen bei Diabetikern

Bei der Analyse der diabetesbedingten Komplikationen zeigte sich, dass Diabetiker mehr Komplikationen aufweisen im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der diabetesunabhängig ebenfalls entsprechende Erkrankungen auftraten.

Das betrifft sowohl mikro- wie makrovaskuläre Komplikationen. Das mag zunächst nicht überraschen. Doch sind die konkreten Zahlen aufschlussreich: Zwei Drittel der Diabetiker hatten mindestens eine Komplikation, 20 % hatten sogar zwei, 7 % drei und 2 % vier oder fünf Komplikationen.

Herausragende Bedeutung der Herzinsuffizienz

Die Bedeutung kardialer und cerebraler Folgeerkrankungen ist seit längerem bekannt. Bei genauer Betrachtung ausgewählter Erkrankungsgruppen zeigt sich aber etwas für Kostenträger wie KV Überraschendes: Die Herzinsuffizienz hat im Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen eine herausragende Bedeutung (Abb. 1). Auffällig, gleichwohl nachvollziehbar ist, dass im Erwerbstätigenalter der Diabetes als Ursache von makroangiopathischen Komplikationen größer ist als in höherem Lebensalter. So waren bei den bis 49-Jährigen 66 % der Herzinfarkte und Schlaganfälle auf den Diabetes zurückzuführen, in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen lag dieser



Anteil bei 56 %. Mit zunehmenden Alter tragen auch zunehmend andere Faktoren zum Entstehen gefäßbedingter Erkrankungen bei.

Terminale Niereninsuffizienz am teuersten

Auch die Relevanz der Retinopathie und der Niereninsuffizienz als Komplikation wird in Abbildung 2 deutlich. Die höchsten Kosten entstehen dabei durch Nierenerkrankungen. Nur gut die Hälfte der direkten Komplikationskosten entsteht durch kardiovaskuläre Erkrankungen, gefolgt von nur wenig geringeren Kosten für Fußkomplikationen – ein Ergebnis, welches die Notwendigkeit der Etablierung von Fußambulanzen bzw. gezielter Behandlung dieser Komplikation unterstreicht.

Noch deutlicher wird der Handlungsdruck, wenn man die direkten Komplikationskosten je betroffenem Diabetiker in den Erkrankungsgruppen (Abb. 3) betrachtet: Die Kosten für Dialyse und Nierentransplantation liegen hier um ein Mehrfaches über allen anderen Kosten wie z.B. den für Amputation und Glaskörperblutung. Niere und Fuß – diese beiden Folgeorgane diabetischer Komplikationen mit ihren Kosten dürften bislang unterschätzt worden sein.

Komplikationen kosten das Dreifache

Rechnet man die ermittelten Kosten auf alle in Deutschland bekannten Diabetiker um, ergeben sich enorme Kosten von 25,9 Mrd. Euro im Jahr, diabetesabhängig sind davon 12,8 Mrd. Euro. Von diesen 49 % diabetesabhängigen Kosten entfallen nur 12 %, d.h. 3,2 Mrd. Euro, auf die Behandlung der Grundkrankheit – ein Aspekt, der insbesondere die Kostenträger

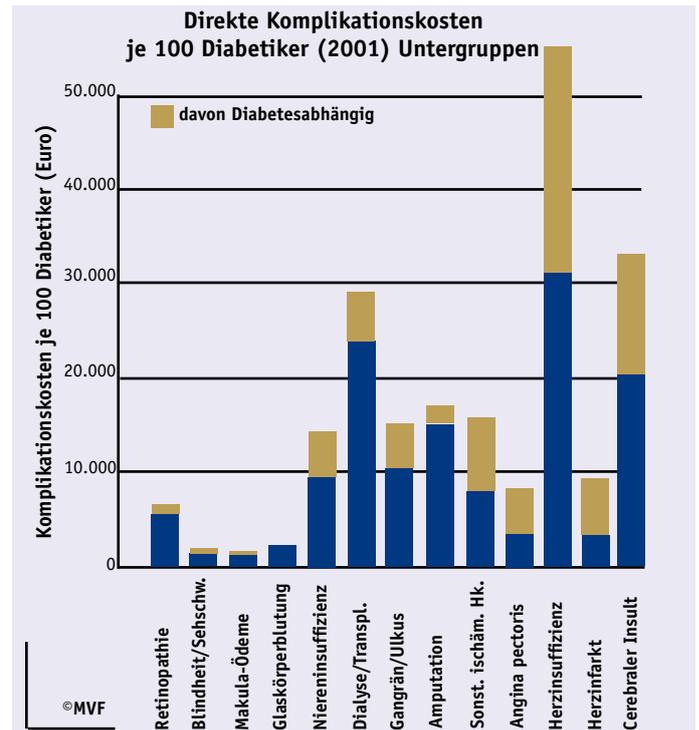
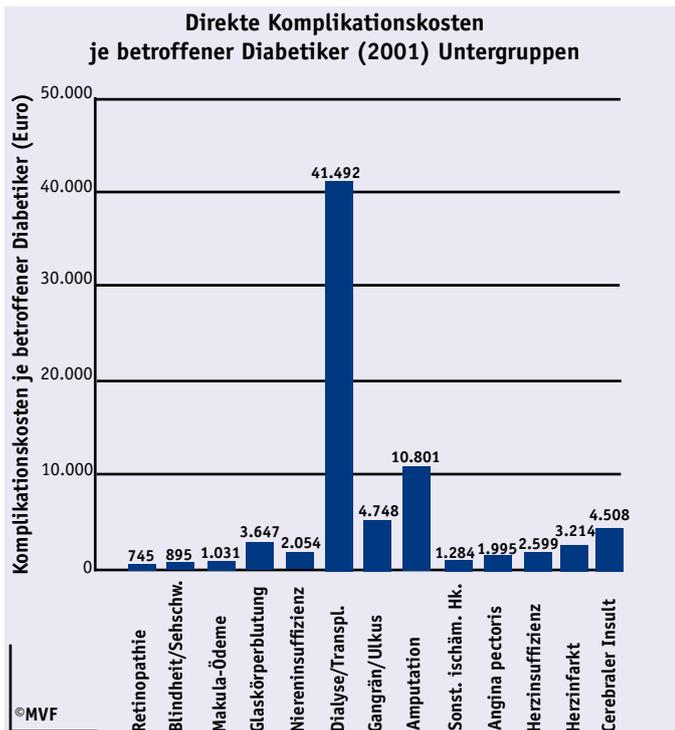


Abb. 1 (oben links): Häufigkeit der ausgewählten Erkrankungshauptgruppen

Abb. 2 (unten links): Direkte Komplikationskosten je betroffener Diabetiker

Abb. 3 (unten rechts): Direkte und diabetesabhängige Komplikationskosten je 100 Diabetiker

überraschte. Die Komplikationen hingegen schlugen mit der dreifachen Summe – 9,6 Mrd. Euro – zu Buche. Für den einzelnen Diabetiker ergeben sich daraus die in Abbildung 3 dargestellten Summen. Doch die direkten Kosten sind nur eine Seite der Medaille. Die indirekten Kosten eines Diabetikers, die durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen, reichen fast an die direkten Kosten für ambulante und stationäre Versorgung und Pflege heran – dieser Problemdruck ist daher noch viel größer als gemeinhin wahrgenommen.

Was bedeuten die Ergebnisse für Ärzte und Kassen?

Abbildung 4 relativiert mit eindringlicher Deutlichkeit den Kostenanteil der ambulanten ärztlichen Leistungen, aber auch der Kosten für Insuline und orale Antidiabetika, an den Gesamtkosten für Diabetiker. Die hingegen unerwartet hohen indirekten Kosten sowie die Kosten für Begleiterkrankungen machen deutlich, dass Prävention und frühzeitige Behandlung der Grunderkrankung essenziell sind. Derartige Analysen sind unbedingt erforderlich auch für zahlreiche andere Krankheitsbilder. Ebenso wie beim Diabetes mellitus dürften sich auch hier neue, unerwartete Blickwinkel auf die jeweiligen Erkrankungen und die mit ihnen verbundenen Kosten ergeben.

Die Ergebnisse der Versorgungsforschung aus der Versichertenstichprobe liefern der AOK Hessen und der KV Hessen jedoch nicht nur wichtige Erkenntnis für den zweifellos hochrelevanten Bereich Diabetes mellitus. Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche andere Themen behandelt, wenn auch nicht immer in der gleichen Tiefe wie beim Diabetes mellitus. Weiter wurden Themenfelder bzw. Erkrankungen wie beispielsweise Demenz, Apoplex oder maligne Lymphome analysiert. Aber auch krankheitsunspezifische Betrachtungen wie die Folgenabschätzung der DRG-Einführung für den Leistungs-

bedarf im ambulanten Bereich konnten vorgenommen werden.

Hausarztzentrierte Versorgung

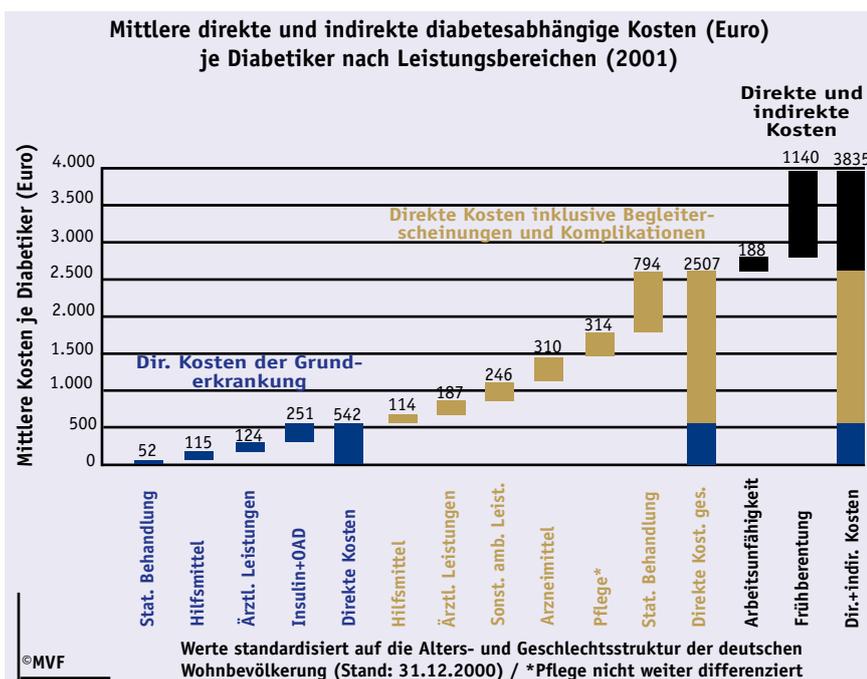
Versorgungsforschung hat also einen fassbaren Nutzen. Allerdings muss es dabei nicht immer um Kosten oder einzelne Krankheitsbilder gehen. Themen wie beispielsweise die neuen Versorgungsformen – und hier sei vor allem die Hausarztzentrierte Versorgung genannt – stellen ebenso wichtige Gebiete der Versorgungsforschung dar. Was derartige Versorgungsmodelle tatsächlich leisten, werden hoffentlich entsprechende Evaluationen zeigen. Doch häufig ist die Ausgangsbasis bei Einführung neuer Versorgungsmodelle unklar. Wie hoch ist der Anteil an Facharztkonsultationen mit Überweisung im Durchschnitt in Deutschland? Gibt es regionale Unterschiede? Worauf sind diese zurückzuführen? Und wie hoch ist die durchschnittliche Anzahl an konsultierten Hausärzten bzw. Fachärzten pro Versichertem? Wie wirkt sich diese Zahl auf Arzneiverordnungskosten aus? Besteht ein Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitszeiten? Gibt es zudem einen Einfluss auf die Rate von Krankenhauseinweisungen? Alleine das Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung zeigt eindringlich den Bedarf an weiterer Versorgungsforschung in Deutschland.

Alleine das Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung zeigt eindringlich den Bedarf an weiterer Versorgungsforschung in Deutschland.

WSG

Betrachtet man zudem die kürzlich in Kraft getretenen wesentlichen Änderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG), so zeigt sich auch hier ein enormer Bedarf an Versorgungsforschung. Zahlreiche

Abb. 4: Mittlere direkte und indirekte diabetesabhängige Kosten



Literatur

Ihle, P./Köster, I./Herholz, H./Rambow-Bertram, P./Schubert, I.: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen – Konzeption und Umsetzung einer personenbezogenen Datenbasis aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 2005; 67: 638-645.

Köster, I./von Ferber, L./Ihle, P./Schubert, I./Hauner, H.:

Rathmann, W./Haastert, B./Icks, A./Löwel, H./Meisinger, C./Holle, R./Giani, G.: High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: Target population for efficient screening. The KORA survey 2000. Diabetologica 2003; 46: 182-189.

Hauner, H./Köster, I./Schubert, I.: Trends in der Prävalenz und ambulanten Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus. Deutsches Ärzteblatt 2007; 41: 2799-2805.

Themenfelder werden hier angeschnitten

- die Integrierte Versorgung und deren Anschubmittel (§§140 a-d SGB V), aber auch
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§73 c SGB V) sowie
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§37 b, 132 d SGB V),
- Themen wie Wahltarife in Kombination mit Versorgungsangeboten (§53 SGB V) oder
- die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser (§116 b SGB V),
- die Arzneimittelverordnung (§129 SGB V),
- die Ärztliche Vergütung (§§ 85 ff. SGB V) und
- der Gesundheitsfonds (§§ 220 ff. SGB V).

Es geht dabei keinesfalls nur um eine Evaluation der zahlreichen Maßnahmen (Gesetze) mit unklarem Effekt. Wichtiger ist: Die Ausgangslage ist oft unklar.

Fazit

Angesichts der zahlreichen, an Frequenz zunehmenden gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Umstellung unseres Gesundheitswesens überrascht der Mangel an klaren Daten zum gegenwärtigen Stand der Versorgung ebenso wie zu den Effekten der verschiedenen Interventionen.

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sind dabei klassische Anwender der Ergebnisse von Versorgungsforschung. Zur sinnvollen Gestaltung und vernünftigen Steuerung benötigen sie – ebenso wie ihre Vertragspartner, die Krankenkassen – ein besseres Bild über die Realität der Versorgung.

Ergebnisse der Versichertenstichprobe in Hessen zeigen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung und rationale Ausgabensteuerung ein besseres, d.h. transparenteres Bild über die Realität der Versorgungssituation als bisher voraussetzen. <<

Many questions, just a few answers

Why physicians as well as sickness funds and associations of panel doctors need more results from health services research

Despite a big need, there is little research on public health services research so far in Germany. Right now, the biggest problem is not the evaluation of the frequent changes and laws of the social security legislation and the German statutory healthcare system, but the lack of sufficient data to describe the status quo. Sickness funds as well as the regional Associations of Statutory Health Insurance Panel Doctors, both organs of self-government, benefit from the results of such research. Taking the example of the "patient-sample Survey of Hesse" and especially the study of the costs of diabetes mellitus, it becomes evident what benefit such research could supply to reach a more sustainable as well as appropriate care.

Keywords

public support and health services research
 patient-sample survey of Hesse / Germany
 German statutory healthcare system
 costs of diabetes mellitus
 CoDIM Study
 primary physician model
 gatekeeper model

Dr. med. Harald Herholz, MPH

ist seit 2004 persönlicher Referent des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen / Jahrgang 1963

Schwerpunkt seiner Arbeit sind die Gebiete Arzneimitteltherapie, Qualitätssicherung und neue Versorgungsformen. Nach dem Medizinstudium und klinischer Tätigkeit in der Rheumatologie Public-Health-Studium in Hannover bei Prof. F. W. Schwartz, anschließend Forschungsaufenthalt in der Abteilung für Epidemiologie der School of Public Health, University of Texas, Health Science Center at Houston / USA (Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes).

Lehrauftrag für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Fachhochschule Frankfurt am Main / University of Applied Sciences. Dozent am Studiengang „Health Care Management“ an der Phillips-Universität Marburg. Dozent am Studiengang „Public Health“ an der Medizinischen Hochschule Hannover. Wissenschaftlicher Leiter des Curriculums „Ärztliches Qualitätsmanagement“ an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim. Freier Mitarbeiter der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) für Qualitätsmanagement-Projekte und Seminare im Gesundheitswesen bei der Entwicklungsarbeit in Afrika und Lateinamerika. Mitglied des Kuratoriums Richard-Merten-Preis. Mitherausgeber der Zeitschrift „Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis“. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Patientenrechte. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen.



Prof. Dr. Reinhold Roski

Call for Papers

„Monitor Versorgungsforschung“ ist eine interdisziplinäre Plattform, die der gesamten Breite der Akteure des Gesundheitswesens und der interessierten Fachöffentlichkeit wichtige wissenschaftliche Beiträge zur Verfügung stellt. Hier sollen die entscheidenden wissenschaftlichen Studien, Daten und Fakten präsentiert werden. Im Kreis der Leser und Nutzer werden daraus handlungsrelevante Impulse zur Verbesserung und Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.

>> „Monitor Versorgungsforschung“ veröffentlicht nur wissenschaftliche Originalbeiträge, die nicht bereits an anderer Stelle publiziert oder anderen Herausgebern gleichzeitig zur Veröffentlichung angeboten wurden. Die Entscheidung über die Veröffentlichung von Aufsätzen wird durch Herausgeber und Redaktion getroffen. Zur Vorbereitung der Entscheidung werden externe Gutachten eingeholt. Gegebenenfalls werden Manuskripte zur Überarbeitung an die Autorinnen und Autoren zurückgegeben. Es ist sinnvoll, sich frühzeitig an den Herausgeber zu wenden, falls Sie interessante wissenschaftliche Beiträge zur Versorgungsforschung veröffentlichten wollen.

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint (zunächst) viermal im Jahr - jeweils zu Beginn eines Quartals. Der Redaktionsschluss ist jeweils circa sechs

Wochen vorher.

Die Autoren sind für die Richtigkeit der Inhalte ihrer Beiträge verantwortlich. Sie versichern, dass sie allein berechtigt sind, über die urheberrechtlichen Nutzungsrechte an ihrem Werk zu verfügen. Die Zeitschrift und alle in ihr sowie auf dem Portal www.m-vf.de veröffentlichten Beiträge sowie deren Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. <<

Zuschriften sowie Originalbeiträge zum wissenschaftlichen Teil richten Sie an: Monitor

Versorgungsforschung (MVF)
Herausgeber:
Prof. Dr. Reinhold Roski
Treskotallee 8 - 10313 Berlin
Telefon +49. 30. 50 19. 24 85
Telefax +49. 30. 50 19. 24 79
E-Mail: roski@m-vf.de
Internet: www.m-vf.de

HGC und Panoratio entwerfen Morbi-Profiler

>> Anfang dieses Jahres hat das Bundesversicherungsamt das vom wissenschaftlichen Beirat erstellte Gutachten zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs veröffentlicht. Darin sind die 80 Krankheiten unter Darlegung der Methodik aufgeführt, deren Behandlungskosten zukünftig im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden sollten.

Auf Basis dieser Empfehlung und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen wird das Bundesversicherungsamt bis zum 1. Juli 2008 die Liste mit allen zu berücksichtigenden Krankheiten endgültig festlegen. Ab dem 1. Januar 2009 – mit dem geplanten Start des Gesundheitsfonds – erhalten die Krankenkassen dann für die ausgewählten Krankheiten Zuschläge, mit denen der durchschnittliche Versorgungsbedarf ausgeglichen werden soll. Unabhängig davon, welche 80 Krankheiten sich in der endgültigen Auswahl befinden werden: Alle Krankenkassen müssen schon jetzt

ein Interesse daran entwickeln, die Morbiditäts- und Kostenstruktur ihrer Versicherten zu kennen, um vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds strategische Maßnahmen ableiten zu können.

Gemeinsam mit dem Unternehmen Panoratio Database Images aus München hat HGC eine Lösung erarbeitet, die hierbei unterstützend eingesetzt werden kann. <<

Regionen stärken

>> In der Berliner Vertretung des Landes Schleswig-Holstein hat sich bereits Mitte Februar der Verein „Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V.“ gegründet. Der Verein will die Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche stärken, wobei die projektorientierte Kooperation zwischen den Regionen im Fokus steht. <<

Regorz-Analyse

>> Unterschiede in den Behandlungskosten, Zusatzlöhnen und der Marktmacht der Krankenkassen werden deren Einsparpotenzial bestimmen, wenn es über Ausschreibungen zu einem Vertragswettbewerb in Teilen der stationären Krankenhausversorgung kommt. Das ergibt eine Analyse der Unternehmensberatung Regorz Consulting. <<

Demenz-Leitfaden

>> Die 5. Auflage von „Stationäre Versorgung von Demenzkranken“ erscheint in aktualisierter Fassung. Heike von Lützu-Hohlbein, 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: „Der Leitfaden möchte zu einer besseren Versorgung Demenzkranker in den Heimen beitragen.“ <<

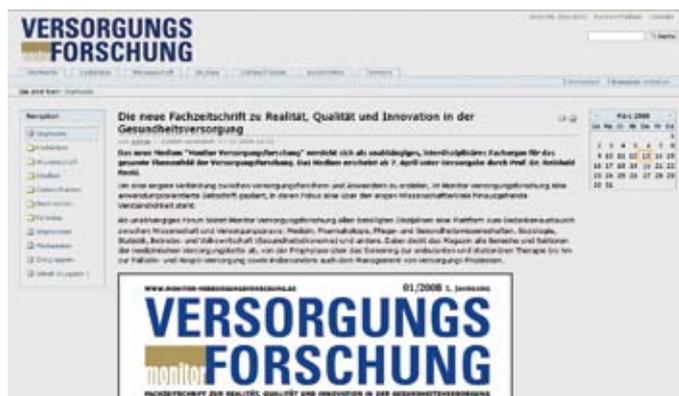
Call for News

>> Bitte senden Sie Nachrichten an: redaktion@m-vf.de <<

Klinikwegweiser

>> Grün, gelb oder rot – erstmals bietet ein bundesweites Krankenhausportal per Mausclick einen einfachen Ampel-Qualitäts-Check für die meisten deutschen Kliniken an: Auf der Homepage der Techniker Krankenkasse (TK) unter www.tk-online.de zeigen ab sofort Ampelsignale, in welchen Bereichen sich eine Klinik empfiehlt und wo Vorsicht geboten ist. „Eine grüne Ampel zeigt jetzt im TK-Klinikführer, dass externe Sachverständige die Qualität des Krankenhauses überprüft und für gut befunden haben“, sagt Karen Walkenhorst, TK-Bereichsleiterin für das Versorgungsmanagement.

Rund hunderttausend Patienten haben den TK-Klinikführer seit seinem Start vor rund einem Jahr bereits genutzt, um das passende Krankenhaus zu finden. <<



Dr. Claudia Wein
 Dr. Konstanze Dreßler-Bätz
 Dipl.-Med. Christina Leimbach
 Dipl.-Sozialwissenschaftlerin Sandra Born

Arme ABC-Schützen

Gesundheitliche Probleme insbesondere unterprivilegierter Schulanfänger im Berliner Bezirk Lichtenberg

>> Mit dem novellierten Berliner Schulgesetz von 2004 haben sich mehrere wichtige Rahmenbedingungen schlagartig verändert:

Alle Kinder eines Jahrganges, die zwischen dem 1.1. und 31.12. des Jahres das 6. Lebensjahr vollenden, werden am 1.8. schulpflichtig, das Einschulungsalter wurde also um ein halbes Jahr heruntersetzt.

Vorklassen wurden abgeschafft, ohne dass eine Kindergartenpflicht für das Vorschuljahr eingeführt wurde.

Die 1. und 2. Klassen an den Förderzentren für lernbehinderte (intellektuell schwach begabte) Kinder wurden abgeschafft. Diese Kinder werden in der Regelgrundschule unterrichtet.

Die Feststellungsverfahren mit den Förderschwerpunkten „Lernen“ und „Emotional-sozialer Förderbedarf“ entfielen zunächst für das 1. und 2. Schuljahr, später nur noch für das 1. Schuljahr. Sie werden jetzt neben den Förderschwerpunkten „Sinnesbehinderung“, „Autismus“, „Körperbehinderung“ und „Geistige Entwicklung“ bei Bedarf wieder von Anfang an eingeleitet.

Die Rückstellung von der Schulpflicht wurde abgeschafft. Da es jedoch immer unabwiesbare Einzelfälle gibt, wurde das Konstrukt des „Ruhens der Schulpflicht“ für 1 Jahr eingeführt. Dies ist an bestimmte Bedingungen (Frühförderung nach § 30 SGB IX) geknüpft.

Sonderklassen zum Erwerb der deutschen Sprache als Zweitsprache entfielen für die 1. und 2. Klasse. Stattdessen wird unterrichtsbegleitend „DaZ“-Unterricht (Deutsch als Zweitsprache) angeboten.

In 19 von 26 Lichtenberger Grundschulen wird das erste und zweite Schuljahr gemeinsam unterrichtet. Schüler können falls notwendig bis zu drei Jahren in der Schulanfangsphase verbleiben oder aber auch nach einem Jahr in die 3. Klasse wechseln.

Mit dem Schuljahr 2004/2005 war die flexible Schulanfangsphase in 19 von 26 Lichtenberger Grundschulen eingeführt worden. Seither reißen die internen Klagen von Fachleuten im Bezirk wie auch Berlin weit nicht ab. Der wachsende Widerstand gegen die Berliner Schulreform hat im Februar 2008 dazu geführt, dass die Verschmelzung der Klassen 1 und 2 zur flexiblen Schulanfangsphase an den Schulen, die mit der Einführung bislang zurückhaltend waren, nach Absprache mit der Schulaufsicht verzögert erfolgen soll.

An dieser Stelle soll die Frage gestellt werden, wie die gesundheitliche Lage der Lichtenberger Einschüler einzuschätzen ist.

Untersuchungsgut und Methodik

Im Bezirk Lichtenberg wird jährlich mit Hilfe der Gesundheitsbericht-

Abstract

Mit dem novellierten Berliner Schulgesetz von 2004 haben sich seit dem Schuljahr 2004/2005 mehrere wichtige Rahmenbedingungen für die Schulanfänger schlagartig verändert. Bei den Einschulungsuntersuchungen des Gesundheitsamtes Lichtenberg zeigen sich zunehmend Schwierigkeiten der Einschüler in verschiedenen Gesundheitsbereichen, insbesondere bei Kindern aus Familien der unteren sozialen Schicht. Diese Kinder leiden unter den Bedingungen der neuen Schuleingangsstufe in besonderem Maße. Um dieser Situation zu begegnen, setzt das Bezirksamt Lichtenberg verschiedene gezielte gesundheitsorientierte Förder- und Präventionsansätze um.

Schlüsselbegriffe

Berliner Schulgesetz
 Einschüler
 Unterversorgung von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und Lernbehinderungen

erstattung auf der Basis der Einschulungsuntersuchung (ESU) die gesundheitliche Lage der einzuschulenden Kinder analysiert.

Es wurden 2005/2006 im Rahmen der Einschulungsuntersuchung insgesamt 1.791 Kinder untersucht (313 Kinder weniger als im Vorjahr). Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund (nichtdeutscher Herkunft) hat sich gegenüber der ESU im Vorjahr von 16,7 % auf 18,5 % erhöht. Nach sozialer Schichtbildung sind von den Einschüler/innen 33 % der unteren sozialen Schicht, 42,8 % der mittleren sozialen Schicht und 24,2 % der oberen sozialen Schicht zuzuordnen.

Bei den Einschulungsuntersuchungen wird zur Feststellung des Entwicklungsstands der Screeningtest S-ENS eingesetzt. Dabei handelt es sich um motorische, kognitive und sprachliche Screeningtests sowie eine Einschätzung der deutschen Sprachkenntnisse der Kinder nichtdeutscher Herkunft. Die Anforderungen, die die Tests an die Kinder stellen, sollten von jedem altersgerecht entwickelten Kind erfüllt werden können. Anhand der erreichten Ergebnisse in den einzelnen Subtests werden die Kinder in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ eingestuft.

S-ENS umfasst die Entwicklungsbereiche Körperkoordination, Visuomotorik, visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung sowie Artikulation. Die einzelnen Bereiche werden durch folgende Aufgaben

| Screeningtest S-ENS | | |
|---|--|--------------|
| Merkmale-bereiche | Aufgaben | Anzahl Items |
| Körperkoordination | Seitliches beidbeiniges Hin- und Herspringen | 1 |
| Visiomotorik | Gestalt-Rekonstruktion | 1 |
| | Gestalt-Reproduktion | 3 |
| Visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung | Auswahl einer Ergänzungsfigur nach bestimmten Regeln | 4 |
| | Erkennen identischer figuraler Vorgaben | 6 |
| Sprachkompetenz und auditive Informationsverarbeitung | Pseudowörter nachsprechen | 6 |
| | Wörter ergänzen | 8 |
| | Sätze nachsprechen | 5 |
| Artikulation | Lautprüfung mittels Sprachtafel | 10 |

erfasst: Mit dem S-ENS steht den Gesundheitsämtern ein Instrument zur Verfügung, das den Entwicklungsstand in schulrelevanten Teilleistungsbereichen erfasst, auf eventuelle Auffälligkeiten hinweist und die körperliche Diagnostik ergänzt.

Alle in den Einschulungsuntersuchungen motorisch auffälligen Kinder werden in einem zweiten Schritt von den Physiotherapeuten des Gesundheitsamtes mittels Motoriktests für 4- bis 6-jährige Kinder (MOT 4-6 nach Zimmer und Volkamer, 1987) untersucht und, falls notwendig, in Therapie übernommen. Anhand verschiedener Übungen werden das Gleichgewichtsvermögen, die Koordinationsfähigkeit, Bewegungssteuerung und Bewegungsgeschwindigkeit, die Sprungkraft und Reaktionsfähigkeit sowie die feinmotorische Geschicklichkeit getestet.

Ergebnisse

Die Entwicklungsdiagnostischen Tests bei der ESU 2006 (durchgeführt in der Zeit von 12/2005 bis 04/2006) ergaben

- in der Körperkoordination, dass 12 % der Kinder als auffällig und 13 % der Kinder als grenzwertig eingestuft wurden;
- in der Visuomotorik, dass 18 % der Kinder als auffällig und 9 % der Kinder als grenzwertig eingestuft wurden;
- In der visuellen Wahrnehmung, dass 8 % der Kinder als auffällig und 9 % der Kinder als grenzwertig eingestuft wurden.

Betrachtet man die entwicklungsdiagnostischen Befunde der Einschüler/innen nach sozialer Schicht, so wird deutlich, dass bei Kindern aus Familien der unteren sozialen Schicht sowohl in der Körperkoordination als auch in der visuellen Wahrnehmung und am meisten in der Visuomotorik viel häufiger Auffälligkeiten bzw. Entwicklungsdefizite zu erkennen sind als bei Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht. Das entspricht

auch den entwicklungsdiagnostischen Testergebnissen bei der ESU 2005. Kinder der mittleren sozialen Schicht haben, vor allem in der Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung, häufiger Probleme als gleichaltrige Kinder der oberen sozialen Schicht. Während Kinder der oberen sozialen Schicht auch häufiger Schwierigkeiten bei der Körperkoordination hatten, zeigten sie die besten Leistungen bei der visuellen Wahrnehmung (siehe Abb. 1).

Bei Kindern mit eingeschränkten Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Körperkoordination, Visuomotorik und visuellen Wahrnehmung ist anzunehmen, dass sie Mühe haben werden, den schulischen Anforderungen gerecht zu werden und dass sie zumeist besonderer Förderung bedürfen.

Ergänzend wurde die psychomotorische Leistungsfähigkeit von 214 Kindern an 16 Grundschulen durch die Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Schuljahr 2006/2007 zusammen mit den Therapeuten diagnostiziert. Hierbei zeigten 152 Kinder Auffälligkeiten im motorischen Bereich, 122 Kinder wurden neu in Therapie übernommen (Psychomotorik an Grundschulen).

| Schuljahr | 2005/2006 | 2006/2007 |
|----------------|-----------|-----------|
| Schulen | 15 | 16 |
| Untersuchungen | 308 | 214 |
| mit Befund | 168 | 152 |
| mit Therapie | 124 | 122 |

Große Probleme fallen bei den untersuchten Kindern hinsichtlich der Sprachfähigkeit auf. Etwa 40 % der Schulanfänger 2005 sprachen altersgemäß nicht korrekt, 2006 waren das etwa 41 %. Bei fast der Hälfte von ihnen wurden Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert, 2006 etwa 23 %. Diese Kinder benötigen sprachheilpädagogische Förderung. Auch hier ist auffällig – je niedriger der soziale Status der Eltern, desto stärker betroffen sind die Kinder. Außerdem zeigt sich ein Zusammenhang zur Dauer der Kita-Betreuungszeit: Je länger Kinder vor der Schule in einer Einrichtung betreut wurden, desto besser ist ihre Sprachfähigkeit.

Alle untersuchten Bereiche in diesem Bericht bestätigen im Wesentlichen eine These: Je niedriger die Schichtzugehörigkeit, desto auffälliger sind die gesundheitlichen Defizite. Beispielsweise sind besonders in der unteren Sozialschicht Kinder mit mangelnden Sprachkenntnissen oder mit einem hohen Medienkonsum zu finden.

In den PISA-Studien wurde festgestellt, dass sich die intellektuellen und motorischen Leistungen der Kinder in den letzten Jahren drastisch verschlechtert haben. Diesen Trend können die Kinder- und Jugendärzte des Gesundheitsamtes Lichtenberg anhand der ESU der letzten Jahre nur bestätigen. Grundlegende körperliche Fertigkeiten sind heute nicht mehr selbstverständlich, wie auf einem Bein zu stehen und das Gleichgewicht zu halten, zu balancieren, rückwärts zu laufen und die Orientierung zu behalten. Auch haben viele Kinder Probleme, sich im Raum zu orientieren oder ihre Bewegungsabläufe zu koordinieren.

Hinzu kommt eine deutliche Zunahme von Kindern mit motorischer Unruhe, aggressivem Verhalten, Konzentrationsschwächen und Lernstörungen. Im Verlauf der letzten beiden Schuljahre kam es mehrfach vor, dass Lernanfänger mit spezifischem Förderbedarf nach einigen Monaten, in denen sie lediglich durch die psychomotorische Therapie und Beratung des Gesundheitsamtes unterstützt und gefördert wurden, in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken längere Zeit diagnostiziert und behandelt werden mussten. Diese Schüler waren in jahrgangsübergreifenden Lerngruppen mit einer Klassenstärke von ca. 25 Kindern schlicht überfordert.

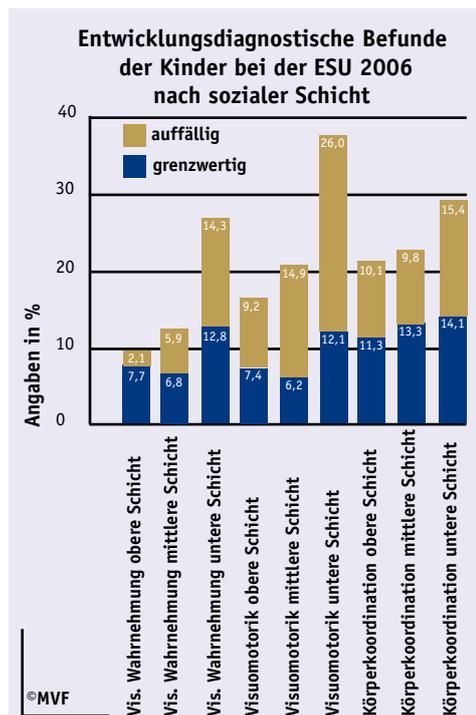


Abb. 1: Entwicklungsdiagnostische Befunde

Einige Lehrer und Erzieherinnen standen zu Schuljahresbeginn ohne Vorinformation und mit mangelnder fachlicher Vorbereitung vor den sich massiv anhäufenden Problemen. Diese Störungsbilder waren/sind derart schwerwiegend, dass ein Lernen/Therapieren in Gruppen unmöglich war. Aus der Not heraus war ein häufiges Herausnehmen aus der Klassensituation/Therapiestunde unumgänglich.

Schuleinstiegsprobleme führten somit bei unzureichenden Fördermöglichkeiten zunehmend zu psychischen Auffälligkeiten.

Diskussion

Aus aktuellen Berichten und Statistiken lässt sich die Verschlechterung der sozialen Bedingungen für die Kinder des Stadtbezirks Lichtenberg feststellen. Bis zu einem Drittel der Kinder hat größere Defizite. Dies führt zu einem erhöhten Integrations- und Betreuungsbedarf der aktuellen und zukünftigen Schüler des Stadtbezirks.

Wie können nun gezielte gesundheitsorientierte Förder- und Präventionsansätze auf bezirklicher Ebene aussehen? Im Rahmen der Förderung von Kita- und Schulkindern kann der Bezirk Lichtenberg auf verschiedene Ansätze verweisen:

1. Der KJGD untersucht alle 3½- bis 4½-jährigen Kinder, um einen eventuellen Förderbedarf, auch im Bereich Sprache frühzeitig festzustellen und Hilfen zu empfehlen und damit bessere Voraussetzungen für die Einschulung zu schaffen.

2. Neben der erfolgreichen Etablierung des evaluierten Sprachförderprogramms des Schweizer Sprachwissenschaftlers Zvi Penner in sieben Lichtenberger Kitas hat das Gesundheitsamt Lichtenberg als Behörde, bundesweit einmalig, in 2007 das Vorleseprojekt „Deutschland liest vor – Lichtenberg liest mit!“ eingeführt. Erfolgreich konnten bislang 80 Vorleser an insgesamt 18 Kitas und Grundschulen vermittelt werden. Für 2008 ist vorgesehen, dieses Vorleseprojekt in seiner Wirkungsweise zu evaluieren.

3. 2004 wurde das Berliner Bildungsprogramm für Bildung, Erziehung und Betreuung in den Kindertageseinrichtungen eingeführt. Das Programm orientiert sich an der Lebenswelt des Kindes und an kindlichen Aneignungsprozessen und deckt insgesamt sieben Bildungsbereiche des Kindes ab: Körper, Bewegung und Gesundheit; soziale und kulturelle Umwelt; Kommunikation: Sprache, Schriftkultur, Medien; Bildnerische Gestaltung; Musik; Mathematische und technische Grunderfahrungen. Alle Einrichtungen führen ab dem Kitajahr 2006/2007 ein Sprachlerntagebuch. Das Sprachlerntagebuch ist Bestandteil der Bildungsbiografie und dokumentiert die Sprachentwicklung des Kindes.

4. Es existieren insgesamt 31 tragfähige Kooperationsvereinbarungen zwischen Kindertagesstätten und Schulen mit den vier öffentlichen Bibliotheken des Bezirkes. Die Bibliotheken legen allen Schulanfängern Lichtenbergs zum Schulanfang einen eigenen Bibliotheksausweis „in die Zuckertüte“. Dieses Projekt wird als Erfolg gewertet. Ab dem Schuljahresbeginn 2008/09 wird auch Kindern, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, jedoch eingeschult sind, auf Antrag ein Bibliotheksausweis ausgestellt. Damit werden alle Schüler/innen, auch die unter 7-Jährigen, gleichgestellt und können kostenfrei selbstständig in den Berliner Öffentlichen Bibliotheken Bücher und andere Medien entleihen.

5. Ein Novum ist die Konstituierung des Lichtenberger Gesundheitsbeirates im Rahmen einer Ständigen Gesundheitskonferenz, aus der sich zwei Expertenräte herausbildeten, u.a. der Expertenrat Kindergesundheit. Beteiligt sind neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst Vertreter beider Krankenhäuser, Freie Träger und lokale Akteure aus Politik und Gesellschaft. Ziel ist es, eine große Veranstaltung im Oktober 2008 vorzubereiten und dabei aktuelle Probleme aus dem Bereich der Kindergesundheit gemeinsam zu

diskutieren und Lösungsansätze zu finden.

6. In Zusammenarbeit von Gesundheitsamt, Stadtrat und Schulrat wurde das Projekt „Medizinische Psychomotorik an Grundschulen“ ins Leben gerufen. Hier werden Schulanfänger hinsichtlich ihres psychomotorischen Entwicklungsstandes diagnostiziert und bei Bedarf in den Schulen des Stadtbezirkes therapiert. Ziel ist es, die Schüler mit Therapiebedarf in der Schulanfangsphase flächendeckend und sozialkompensatorisch zu betreuen und beratend für die Lehrer/Erzieher und Eltern als wichtiger und zuverlässiger Ansprechpartner des Gesundheitsamtes zu wirken. Die Entwicklung zeigt, dass die Zahl der Kinder mit Therapiebedarf ansteigt.

Die Frage der Schulfähigkeit nur an den Kompetenzen des Kindes zu diskutieren, reicht allerdings nicht aus. Der Schulfähigkeit des Kindes steht die Beschulungsfähigkeit durch die Schule gegenüber. Dieses Zusammenwirken beschäftigt Pädagogen und Bildungspolitiker zunehmend.

Problematisch ist, dass die Veränderungen im Schulbereich und auch die schulischen Fördermöglichkeiten von Seiten der Senatsschulverwaltung mit den außerschulischen Kooperationspartnern wie dem Gesundheitsamt bisher nicht ausreichend und vor allem nicht zeitnah kommuniziert wurden.

Die Fördermaßnahmen für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten und Lernbehinderungen wurden zeitgleich mit der Schulreform weitgehend zurückgenommen. Es entstanden Klassen, die mit 26-28 Kindern 2,5 bis 3 mal so groß sind wie die früheren Klassen, in denen Kinder mit erhöhtem Förderbedarf unterrichtet wurden. Die Tatsache, dass nicht alle Schüler der Klasse besonderen Förderbedarf haben, macht die Verhältnisse komplizierter, weil eine differenzierte Unterrichtsführung notwendig ist. Einige wenige Stunden Mitarbeit eines Sonderpädagogen können das nicht immer ausgleichen. Die bewusst auf ein Kind gerichtete Aufmerksamkeit ist notgedrungen geringer.

Zusätzlich sind die erforderlichen Rahmenbedingungen – Platz und Einrichtung in den Schulgebäuden, Zahl und Fortbildungsstand der Lehrer/innen – nicht immer vorhanden.

Der Hauptkritikpunkt, nicht nur von Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist die inkonsequente Umsetzung der Reform: Aufgrund der Vorverlegung des Einschulalters der Berliner Schulkinder ergeben sich äußerst schwierige Klassenzusammensetzungen hinsichtlich ihrer motorischen, emotionalen und kognitiven Entwicklung. Gesonderte

Literatur

Berliner Woche. Lokalausgabe für Steglitz: Note 6 für Schulanfangsphase. 5.9.2007, Seite 1.

Der Tagesspiegel. Auffällige Schüler sollen besser gefördert werden. 29.1.2008, Seite 25.

Berliner Morgenpost. Soll ein Aufschub die Schulreform retten? 29.1.2008, Seite 27.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (26.01.2004): Schulgesetz für das Land Berlin.

Grundschulverordnung vom 19.01.2005.

Der S-ENS-Test. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Göttingen, 2005.

Zimmer, R./Volkamer, M.(1984): Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder, MOT 4-6, Weinheim, Beltz Test Gesellschaft, 2. Auflage 1987

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Lichtenberg: ESU-Daten 2006 aus dem Eingabeprogramm.

Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit: Kindergesundheitsbericht 2008 – Auswertung der Einschulungsuntersuchungen 2006 im Bezirk Lichtenberg.

Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit: Kindergesundheitsbericht 2007 – Auswertung der Einschulungsuntersuchungen 2005 im Bezirk Lichtenberg.

Beschulungsmöglichkeiten sind weggefallen, ohne dass die integrativen Fördermöglichkeiten in der Regelschule ausreichend bemessen worden wären. Die Vorverlegung des Einschulungszeitpunktes um ein halbes Jahr führte zur Einschulung von anteilmäßig viel mehr Kindern mit einem niedrigeren motorischen, sprachlichen und kognitiven Entwicklungsstand. Hinzu kam die Einschulung aller schwach begabten, also lernbehinderten Kinder zunächst in die Regelschule. Die genannten Veränderungen hätten zu einer viel umfangreicheren pauschalen Aufstockung der Lehrerstunden führen müssen. Der Umfang hätte frühzeitig statistisch zumindest annähernd ermittelt werden können und müssen. Stattdessen finden mittels des recht behäbigen Instrumentes „Schulisches Feststellungsverfahren“ Einzelfallprüfungen statt. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden, da in diesem Verfahren auch individuelle Förderpläne erarbeitet werden sollen. Die richtige Antwort auf die multiplen neuen Anforderungen wären aber eine pauschale Verringerung der Klassengröße und zusätzliche individuelle Förderung nach jeweiligem Bedarf. <<

Poor school starting children

With the new Berlin school law from 2004 several important conditions in regard to the children starting school have changed dramatically. Support measures for children with behavioral problems and learning disabilities have been reduced at the same time. The examination of children starting school by the Lichtenberg Health Department shows increasing difficulties of the young pupils in regard to various health items, especially for children from lower class families. These children in particular suffer from the new school entry conditions.

In order to meet this situation, Lichtenberg District Board is putting different measures of health and educational promotion into practice.

Keywords

Berlin school law
children starting school
lack of care for children with behavioral problems and learning disablement

Dr. Claudia Wein

ist seit 2005 Amtsärztin des Berliner Bezirks Lichtenberg und leitet dort das Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz / Jahrgang 1958

Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. 2001 bis 2002 Gesundheitsberichterstattung in der Plan- und Leitstelle Gesundheit, Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin. Wechsel in den Berliner Bezirk Neukölln, dort stellvertretende Amtsärztin / Amtsleiterin von 2002 bis 2004. 2005 Beginn in Lichtenberg. Das Aufgabenspektrum in Lichtenberg ist weit gespannt. Aktuell ist die Mitwirkung im Kinder- und Jugendschutz ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt.



Dr. Konstanze Dreßler-Bätz

ist seit 2007 Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) im Gesundheitsamt Berlin-Lichtenberg / Jahrgang 1961

Nach dem Studium der Humanmedizin absolvierte sie eine Facharztausbildung zur Fachärztin für Kinderheilkunde am Säuglings- und Kinderkrankenhaus Berlin-Weißensee unter der Leitung von Frau Dr. Ruth Radvanyi. 1990 erfolgte die Promotion zum Dr. med. Nach Beendigung der Facharztausbildung war sie als Ärztin in der Beratungsstelle für Risikokinder des Bezirksamtes Berlin-Neukölln angestellt. Im Januar 2007 erfolgte der Wechsel nach Berlin-Lichtenberg, wo Frau Dr. Dreßler-Bätz die Leitung des KJGD übernahm.



Dipl.-Med. Christina Leimbach

ist seit 2005 Leiterin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) im Gesundheitsamt Berlin-Lichtenberg / Jahrgang 1961

Fachärztin für Kinderheilkunde sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Von 1989 bis 1992 tätig in der Klinik für Kinderheilkunde der Charité, anschließend bis 1996 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité unter der Leitung von Prof. Klaus Neumärker. Ab 1996 im Bezirksamt Berlin-Neukölln angestellt, zunächst in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle der Psychosozialen Dienste des Jugendamtes, ab 2002 in der Beratungsstelle für Risikokinder des Gesundheitsamtes. Im Oktober 2005 erfolgte der Wechsel nach Lichtenberg, wo Frau Leimbach die Leitung des KJPD übernahm.



Sandra Born

Diplom-Sozialwissenschaftlerin / Jahrgang 1975

Seit 2005 als Leiterin der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit im Gesundheitsamt Lichtenberg von Berlin tätig. Sie ist verantwortlich für die Auswertung der jährlichen Schuleingangsuntersuchungen. Darüber hinaus gehören die Planung, Koordination und die bezirkliche Steuerung der Gesundheitsförderung im Bezirk Lichtenberg zu ihren wesentlichen Tätigkeitsfeldern. Daneben arbeitet Frau Born seit 2002 wissenschaftlich zum Thema Kommunale Kriminalprävention.



Prof. Dr. Reinhold Roski
Dr. Thomas Ecker

Unterversorgung als Regelfall

Wie hoch ist das Versorgungsdefizit von Patienten mit einer spezifischen Osteoporosetherapie in Bezug auf eine leitliniengerechte Basistherapie mit Calcium und Vitamin D?

>> Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die durch eine niedrige Knochenmasse und eine Verschlechterung der Mikroarchitektur des Knochengewebes charakterisiert ist, mit der Folge vermehrter Knochenbrüchigkeit. Sind bereits eine oder mehrere Frakturen als Folge der Osteoporose aufgetreten, spricht man von einer manifesten Osteoporose (DVO 2006).

Osteoporose ist zugleich eine gewichtige Volkskrankheit und auch eine unterschätzte. Die Prävalenz wird auf rund 10 % der Bevölkerung geschätzt (Häussler 2006).

Die großen sozialen und ökonomischen Auswirkungen der Osteoporose werden in erster Linie durch osteoporosebedingte Frakturen verursacht.

Die Leitlinien zur Behandlung der Osteoporose sprechen eine eindeutige Sprache: Eine spezifische medikamentöse Therapie zur Frakturprophylaxe wird dann empfohlen, wenn die Patienten ein hohes Frakturrisiko aufweisen und damit eine therapeutische Effizienz der Osteoporosetherapeutika belegt ist. Die NNT zur Verhinderung einer Wirbelkörper- oder einer peripheren Fraktur liegt bei 15 bis 30 (DVO 2006).

Als spezifische Medikation zur Therapie der Osteoporose werden insbesondere Bisphosphonate, Raloxifen, Strontiumranelat und Teriparatid empfohlen (DVO 2006 und akdä 2003).

Weit weniger bekannt ist, dass alle Studien zur Bewertung der medizinischen Wirksamkeit der spezifischen Osteoporosemittel unter gleichzeitiger Supplementation von Calcium und Vitamin D durchgeführt wurden. Die Therapieempfehlung zur spezifischen Osteoporosetherapie setzt daher gleichzeitig eine tägliche ausreichende Versorgung mit Calcium und Vitamin D als Basismedikation voraus. Dies entspricht auch den Vorgaben in den jeweiligen Fachinformationen (z.B. Didronel®, Fosamax®, Actonel®); über die Wirksamkeit einer spezifischen Medikation ohne Basismedikation liegen keine Angaben vor (DVO 2006).

Als nicht rezeptpflichtige Arzneimittel sind Calcium und Vitamin D grundsätzlich nicht verordnungsfähig. Ausgenommen hiervon sind - laut Arzneimittelrichtlinie - die Behandlung der manifesten Osteoporose oder bei einer Bisphosphonat-Behandlung, gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation, die Verordnung von Calcium und Vitamin D3 bei gegebener zwingender Notwendigkeit.

Zur Beurteilung der Versorgungsqualität vergleichen Schwabe und Ziegler daher regelmäßig Verordnungen von spezifischer und Basismedikation. In ihren letztverfügbaren Daten stellen sie fest, dass im Datenjahr 2006 180 Mio. DDD an Bisphosphonaten, Fluoriden, Raloxifen und Strontiumranelat zu Lasten der GKV verordnet wurden; demgegenüber wurden nur 108 Mio. DDD der notwendigen Basistherapie verordnet (Schwabe und

Abstract

Die Auswertung von 116.381 Patienten mit einer Bisphosphonatverordnung zeigt, dass lediglich 42,3 % aller Patienten eine entsprechende (noch nicht notwendig ausreichende) Basismedikation erhalten. Wenn auch in Einzelfällen eine Basismedikation aufgrund der spezifischen Voraussetzungen der Patienten (calciumreiche Ernährung, Sonnenlichtexposition) nicht erforderlich ist, zeigt gerade die altersabhängige Analyse, dass eine derartige Differenzierung nach individuellem Bedarf nicht erfolgt. Ein Vergleich nach Kassenarten macht deutlich, dass die Versorgungsprobleme bei allen Kassen ähnlich sind. Es ist daher festzustellen, dass die Mehrheit der untersuchten Bisphosphonatpatienten weder eine leitliniengerechte noch zulassungskonforme Basismedikation erhält. Unterversorgung ist der Regelfall, nicht die Ausnahme.

Schlüsselbegriffe

Osteoporose
leitliniengerechte Basistherapie
Bisphosphonat
Calciumpräparate
Vitamin D

Ziegler 2008). Da die spezifische Medikation nicht täglich gegeben wird und die Basistherapie auch als Monotherapie indiziert sein kann, liegt laut Arzneiverordnungsreport ein „echtes Versorgungsdefizit“ vor (ebd.). Eine weitergehende Aussage zum Ausmaß des Versorgungsdefizits bleiben die Autoren jedoch schuldig, vermutlich nicht zuletzt deshalb, weil der AVR aufgrund seiner Methodik nur eine Summenbetrachtung erlaubt.

Die vorliegende Untersuchung setzt an diesem kritischen Punkt an und geht folgender Frage nach: Wie hoch ist das Versorgungsdefizit von Patienten mit einer spezifischen Osteoporosetherapie in Bezug auf eine leitliniengerechte Basistherapie?

Vorgehensweise

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt unter Verwendung von Rezeptdaten pseudonymisierter Versicherter für das Jahr 2007, die von INSIGHT Health zur Verfügung gestellt wurden (Patienten Tracking®

Literatur

Akdä (2003): Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Empfehlungen zur Therapie und Prophylaxe der Osteoporose, Köln 2003.

DVO (2006): Dachverband der deutschsprachigen wissenschaftlichen Gesellschaften für Osteologie (DVO) e.V., Evidenzbasierte Konsensus-Leitlinie zur Osteoporose, Stuttgart 2006.

Häussler, B. et al. (2006): Versorgung von Osteoporose-Patienten in Deutschland – Ergebnisse der BoneEVA-Studie. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103 (2006), S. A2542 – A2548.

Schwabe, U./Ziegler, R. (2008): Osteoporosemittel. In: Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2007, Heidelberg 2008, S. 747 – 760.

National). Aus der Datenbank wurden alle Datensätze (Versicherte) extrahiert, die im Untersuchungszeitraum (Kalenderjahr 2007) eine spezifische Osteoporosemedikation erhielten. Zur Vereinfachung wurden als spezifische Osteoporosemedikation nur Bisphosphonate (ATC M05BA und M05BB) sowie Strontiumranelat (Protelos®, ATC M05BX03) berücksichtigt. Im Folgenden ist vereinfachend von Bisphosphonaten die Rede, auch wenn sich die Aussagen und Ergebnisse auch auf Strontiumranelat beziehen.

Die Gruppe der Bisphosphonate enthalten Monoprodukte, daneben existieren fixe Kombinationen aus Bisphosphonaten mit Basismedikation, wie in folgender Übersicht dargestellt:

| Monopräparate/ Bisphosphonate | Marke (n) |
|---|-----------------------|
| Alendronsäure | Fosamax® |
| Clodronsäure | Ostac® Bonefos® |
| Etidronsäure | Didronel® Diphos® |
| Ibandronsäure | Bonviva® |
| Pamidronsäure | Pamifos® Aredia® |
| Risedronsäure | Actonel® |
| Tiludronsäure | Skelid® |
| Zoledronsäure | Aclasta® |
| Kombinationspräparate aus Bisphosphonaten mit Basismedikation | Marke (n) |
| Etidronsäure + Calcium | Didronel® |
| Risedronsäure + Calcium | Actonel plus Calcium® |
| Alendronsäure + Colecalciferol | Fosavance® |

Verordnung von Bisphosphonat und Calciumpräparaten

Insgesamt enthielt die Stichprobe 116.381 Patienten, die im Untersuchungszeitraum entweder eine Bisphosphonatverordnung mono oder als fixe Kombination mit entweder Calcium oder Vitamin D erhielten.

Die 116.381 Patienten haben zusammen 299.081 Bisphosphonatverordnungen erhalten, das entspricht 11,4 % aller Verordnungen von Bisphosphonaten im Jahr 2007 zu Lasten der GKV. Das ist vermutlich die größte bislang für Deutschland untersuchte Datenbasis von Patienten mit manifester Osteoporose.

Einer automatischen, vornamenbasierten Geschlechtererkennung zufolge waren 79 % der Stichprobe Frauen, 14 % Männer und 7 % mit unbekanntem Geschlecht.

Für diese Stichprobe wurden im nächsten Schritt alle Verordnungen von Calciumpräparaten identifiziert (ATC e A12A0). Nicht berücksichtigt wurde, wie viele Verordnungen an Basismedikation ein Patient erhalten hat. Vergleicht man beide Merkmalsausprägungen, ergibt sich folgende Ergebnismatrix: Demnach erhielten nur 49.245 von insgesamt 116.381 Bisphosphonatpatienten eine leitliniengerechte Basistherapie, d.h. 42,3 %. Für 57,7 % aller Bisphosphonatpatienten wird die Basistherapie nicht verordnet:

| | Calcium- verordnung | Keine Calcium- verordnung | Summe |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Bisphosphonatverordnung | 49.245 Patienten (42,3 %) | 67.136 Patienten (57,7 %) | 116.381 Patienten (100,0 %) |
| Keine Bisphosphonatverordnung | 33.323 Patienten (0,4 %) | 7.464.152 Patienten (99,6 %) | 7.497.475 Patienten (100,0 %) |
| Summe | 82.568 Patienten (1,1 %) | 7.531.288 Patienten (98,9%) | 7.613.856 Patienten (100,0 %) |

Weitergehende Betrachtung

In einem weiteren Schritt wurde untersucht, ob der Grad der Begleitmedikation hinsichtlich der Parameter Alter der Patienten oder Art der Kassenzugehörigkeit variiert. Rationale für die Altersabhängigkeit der Ko-Verordnung von Bisphosphonat und Basismedikation ist, dass Calcium und Vitamin D bei entsprechendem Verhalten (Ernährung, Sonnenlichtexposition) auch auf natürlichem Wege bereitgestellt werden können; die natürliche Supplementation ist jedoch häufig ab dem 70. Lebensjahr nicht mehr gewährleistet (DVO, 2006). Der Anteil der Patienten mit einer leitliniengerechten Basismedikation beträgt je nach Altersgruppe zwischen 35,8 % und 49,6 %. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Alter und Grad der Verordnung von Basismedikation ist nicht zu erkennen. Die Gruppen mit dem höchsten Verordnungsgrad sind die Geburtsjahrgänge 1910-1919 und 1980-1989, die mit dem niedrigsten Verordnungsgrad >1989 und 1960-1969 (siehe Abb. 1). Ein besonders ausgeprägter Anteil bei den Geburtsjahrgängen bis 1939 (entspricht rund 70 Jahre und älter) ist nicht sichtbar.

Schließlich wurde auch der Ko-Verordnungsgrad in Abhängigkeit der Kassenzugehörigkeit untersucht, um mögliche Verordnungspräferenzen oder auch gezielte Steuerungsmaßnahmen von Krankenkassen zu erkennen. Auch hier zeigt sich ein ziemlich einheitliches Bild: Je nach Kas- sen(arten)zugehörigkeit variiert der Anteil der Bisphosphonatpatienten

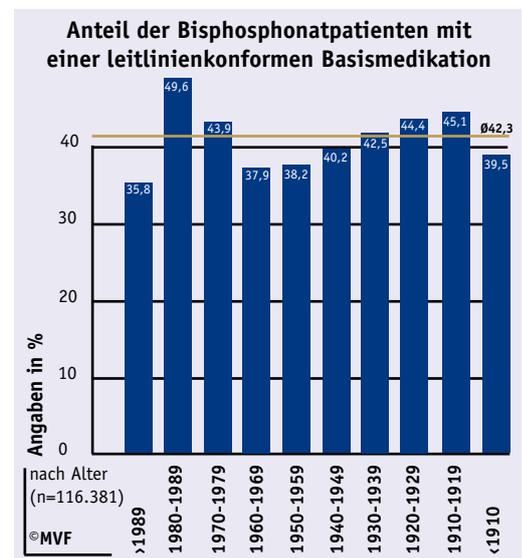


Abb. 1: Anteil der Bisphosphonatpatienten mit einer leitlinienkonformen Basismedikation; nach Alter (n=116.381)

mit einer verordneten Basismedikation zwischen 38,4 % (Knappschaft) und 43,4 % (Barmer) (siehe Abb. 2).

Bei den zugrunde liegenden Daten handelt es sich um Paneldaten. Dabei können natürliche Fluktuationen (Versicherungswechsel, Umzug, Tod) sowie therapiebedingte Fluktuationen (Therapiebeginn am Ende des Untersuchungszeitraums, Therapieende zu Beginn des Untersuchungszeitraums) auftreten. Diese Fluktuationen können sich dann auf das Ergebnis

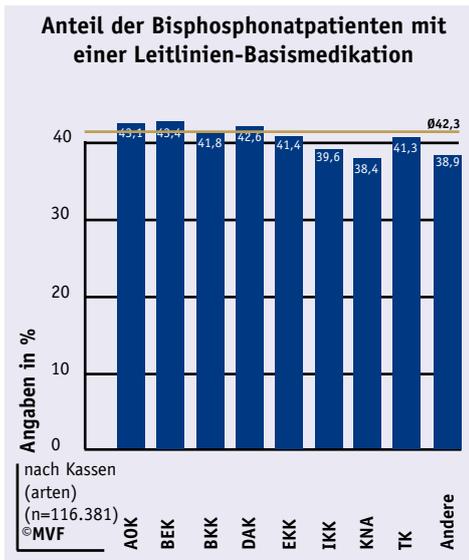


Abb. 2: Anteil der Bisphosphonatpatienten mit einer leitliniengerechten Basismedikation; nach Kassen(arten)zugehörigkeit (n=116.381); EKK = Sonstige Ersatzkassen

auswirken, wenn sie asymmetrisch wirken, d.h. fluktuationsbedingt eine Basisverordnung in den Daten fehlt.

Um den möglichen Einfluss dieser Fluktuationen für das Ergebnis abzuschätzen, werden im Folgenden ausschließlich die Patienten mit der Verordnung von Monoprodukten betrachtet (n=103.727). Diese Subgruppe wird weiter unterteilt nach der Anzahl der Verordnungen in eine solche mit nur einer Verordnung eines Monoproduktes und solche mit mehr als einer Verordnung. Hypothese ist, dass sich bei Patienten mit mehr als einer Verordnung eines Monoproduktes natürliche und therapiebedingte

Prof. Dr. Reinhold Roski

ist Professor für Wirtschaftskommunikation an der Fachhochschule für Technik und Wirtschaft Berlin (FHTW Berlin) / Jahrgang 1953

Er ist Diplom-Mathematiker wirtschaftswissenschaftlicher Richtung mit dem Schwerpunkt Statistik und hat an der Universität Göttingen in Betriebswirtschaftslehre promoviert. Während seiner langjährigen Tätigkeit als Leiter des Programmbereiches Wissenschaft beim Gabler Verlag in Wiesbaden, einem Fachverlag der Bertelsmann Gruppe, erwarb er vielfältige Erfahrungen in der Publikation von Fachmedien und im Community Organizing. Sein aktuelles Forschungsinteresse gilt neben der Versorgungsforschung Fragen der Gesundheitskommunikation und des Social Marketing, insbesondere dem Medienverhalten in Bezug auf gesundheitliche Themen.



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.



Supplementation with Calcium and Vitamin D for patients with osteoporosis in Germany - unmet needs are the rule, not the exception

Patients under bisphosphonates require supplementation with Calcium and Vitamin D. Do they receive adequate treatment? An analysis of 116.381 patients under bisphosphonates reveals that only 42,3 % receive any type of supplementation. A detailed analysis of different age groups shows that these unmet needs are not related to age, although guidelines suggest otherwise. Hence there is no evidence that prescribing is adapted to individual patient needs. Supplementation is also independent from type of sickness fund patients belong to. Undertreatment is the rule, not the exception.

Keywords

Osteoporosis
quality of care
bisphosphonate
undertreatment
guidelines for supplementation
Calcium / Vitamin D

Fluktuationen nicht auf die Verordnung der Basistherapie auswirken sollten. Die Auswertung zeigt, dass 26,7 % der Patienten mit nur einer Bisphosphonat-Verordnung eine medikamentöse Basistherapie erhalten, während der Anteil bei Patienten mit mehr als einer Bisphosphonat-Verordnung bei 35,9 % liegt. Über alle Patienten liegt der Anteil bei 32,7 %. Das hier identifizierte Problem der Unterversorgung ist also nicht über natürliche oder therapiebedingte Fluktuationen zu erklären.

Fazit

Die Auswertung von 116.381 Patienten mit einer Bisphosphonatverordnung zeigt, dass lediglich 42,3 % aller Patienten eine entsprechende Basismedikation erhalten. Wenn auch in Einzelfällen eine Basismedikation aufgrund der spezifischen Voraussetzungen der Patienten (calciumreiche Ernährung, Sonnenlichtexposition) nicht erforderlich ist, zeigt gerade die altersabhängige Analyse, dass eine derartige Differenzierung nach individuellem Bedarf nicht erfolgt. Es ist festzustellen, dass die Mehrheit der untersuchten Bisphosphonatpatienten weder eine leitliniengerechte noch zulassungskonforme Basismedikation erhält. Unterversorgung ist der Regelfall, nicht die Ausnahme. <<

| | |
|--|---|
| <p>Herausgeber und Chefredaktion von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) möchten Sie etwas näher kennen lernen. Schenken Sie uns bitte fünf Minuten Ihrer Zeit.</p> | |
| Name/Adresse/Tel./E-Mail | |
| Funktion | |
| Ich finde die vorliegende Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“: | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ganz gelungen <input type="checkbox"/> ein erster Ansatz <input type="checkbox"/> verbesserungswürdig |
| Folgende Themengebiete sollten in MVF stärker berücksichtigt werden: | |
| Wird Versorgungsforschung in Deutschland genug gefördert? Wenn nein: Welchen Förderansatz sehen Sie? | |
| Welche Ansätze/Themen/Studien würden Sie interessieren? | |
| Meine besonderen Interessengebiete auf dem Gebiet der „Versorgungsforschung“: | |
| Folgende 5 Personen sollten in die Leserliste mit aufgenommen werden: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ |
| | (bitte Zutreffendes ankreuzen, ansonsten wird ein „Nein“ angenommen) |
| Ich bin an einer Online-Community interessiert. | <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte kostenlos teilnehmen und melde mich hiermit an. |
| Ich bin an einem kostenlosen Online-Newsletter interessiert. | <input type="checkbox"/> Ja, bitte tragen Sie folgende E-Mail ein: |
| Ich bin an einer Kooperation interessiert. | <input type="checkbox"/> Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf. |
| Ich bin an der regelmäßigen Lektüre von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) interessiert und möchte deshalb: | |

Wenn Ihnen der zur Verfügung stehende Platz für Ihre Antworten nicht ausreichen sollte, mailen Sie bitte an roschi@m-vf.de

a) „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) testen

Ich abonniere „Monitor Versorgungsforschung“ zur Probe 2 Ausgaben lang zum Sonderpreis von 20,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abo wandelt sich automatisch in ein Jahresabonnement um, wenn ich nicht spätestens 14 Tage nach Erhalt der zweiten Ausgabe schriftlich kündige. Nach Begleichen der Rechnung erhalte ich per E-Mail mein Passwort für das Online-Portal.

Firma _____

Straße _____

Telefon _____

E-Mail (für Passwortübermittlung) _____

DATUM, 1. UNTERSCHRIFT _____

b) ein MVF-Jahresabonnement bestellen

Ich abonniere „Monitor Versorgungsforschung“ für mindestens ein Jahr (4 Ausgaben) zum Preis von 60,- Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten. Mein Abonnement verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn ich nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Abozeitraumes schriftlich kündige. Nach Begleichung der ersten Rechnung erhalte ich per E-Mail mein persönliches Passwort für das Online-Portal.

Firma _____

Straße _____

Telefon _____

E-Mail (für Passwortübermittlung) _____

DATUM, 1. UNTERSCHRIFT _____

WIDERRUFGARANTIE 1: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung innerhalb der folgenden zwei Wochen bei eRelation AG, Kölnstraße 119, 53111 Bonn schriftl. widerrufen kann. Dies bestätige ich mit der 2. Unterschrift:

WIDERRUFGARANTIE 2: Mir ist bekannt, dass ich die Bestellung widerrufen kann und die Widerrufs-Frist mit dem Eingang dieser Bestellung (Eingangsstempel) beginnt. Dies bestätige ich mit meiner 3. Unterschrift:

DATUM, 2. UNTERSCHRIFT _____

DATUM, 3. UNTERSCHRIFT _____

Versorgungs-Intelligenz aus dem Norden

-  STRATEGIEN
-  DATEN
-  FAKTEN
-  KONZEPTE
-  MODELLE
-  MANAGEMENT