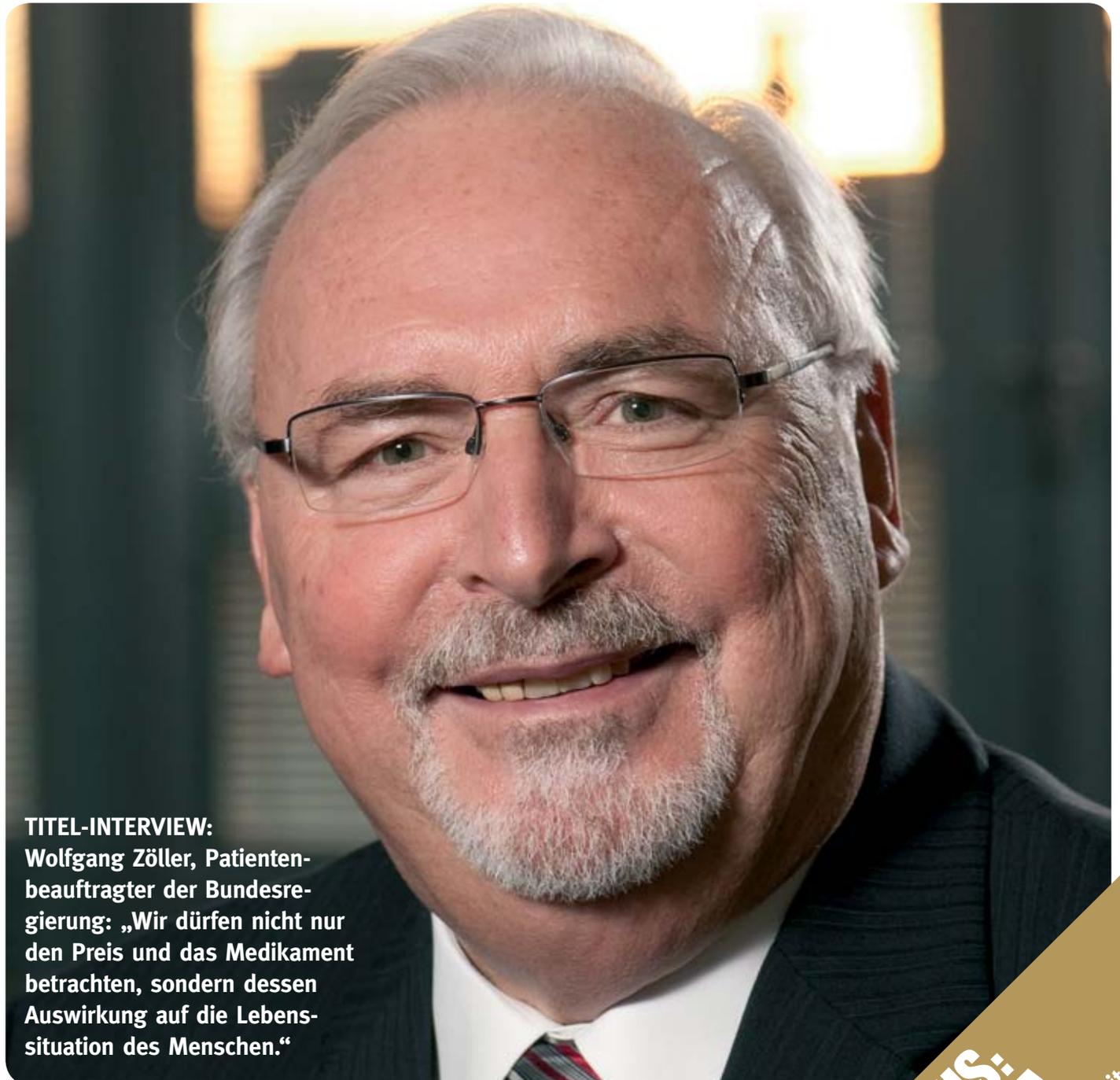


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung: „Wir dürfen nicht nur den Preis und das Medikament betrachten, sondern dessen Auswirkung auf die Lebenssituation des Menschen.“

„Versorgerkassen werden bestraft“ (Kolanoski)

„Kommunikation: Treiber von Versorgungsqualität“ (Knieps)

„Ein komplexes adaptives System“ (Hermann)

**FOKUS:
RHEUMA**
Schwerpunktthema auf 6 Seiten

Herausgeberbeirat

Prof. Dr. med. Bettina Borisch MPH FRCPATH/
Prof. Dr. Gerd Glaeske/Dr. Christopher Hermann/Franz Knieps/
Roland Lederer/Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig/Prof. Dr. h.c. Herbert
Rebscher/Dr. Joachim Roski MPH/Prof. Dr. med. Matthias Schrappe/
Dr. Thomas Trümper

Editorial

Fokus: Verbesserungen für Patienten 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Mehr Mut, mehr Moral und mehr Vertrauen“ 6

Wolfgang Zöller, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, im MVF-Interview

Redaktion

BDA will effizienteres Gesundheitswesen 11

1. Berliner Forum für Wirtschaft und Gesundheit

Voraussetzung und Treiber von Versorgungsqualität 12

Essay von Franz Knieps, Managing Director bei der Politik- und Unternehmensberatung Wiese-Consult, zur Bedeutung von Kommunikation im Gesundheitswesen

„In Baden-Württemberg wird IT-Infrastruktur gelebt“ 16

Die ICW-Vorstände Peter Kirschbauer und Jörg Stadler im Interview

Was Lebensqualität wirklich wert ist 18

RCT-Studie über eine neue nicht-medikamentöse Demenz-Therapie

Versorgungsforschung zeigt realen Nutzen 20

Kongressbericht: „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“

APS: Patientensicherheit und Versorgungsforschung 21

Stellungnahme von Prof. Dr. Dieter Hart, Dr. Günther Jonitz und Dipl. Soz. Sonja Barth

„Versorgerkassen werden bestraft“ 22

Interview mit Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK

Therapietreue mangelhaft 25

Zum Produktlaunch „Prolia“ von Amgen/GlaxoSmithKline

Gute Kasse, schlechte Kasse 26

Studie zu Online-Dienstleistungen von gesetzlichen Krankenversicherungen

Zahlen - Daten - Fakten

Innovative Arzneimittel zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis 14

Standards

Impressum 2 Rezension 13

WISSEN

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle / Ursula Faubel 28

Status der medizinischen Versorgung von Rheumakranken

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH / Dr. Beril Becker 31

Zur Effektivität und Effizienz von Me-too-Listen. Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel intranasaler Steroide

In der KV Region Nordrhein ist 2006 die sogenannte Me-too-Liste als Instrument zur Steuerung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise implementiert worden. Die genauen Auswirkungen dieses Instruments wurden bislang eher kursorisch untersucht.

Dr. Sabine Fuchs MPH / Karel Kostev / Wioletta Kotowa / Franz-Werner Dippel MSC 36

Insulin glargin und Exenatide bei Typ-2-Diabetes: Ein Kostenvergleich in Kombination mit oralen Antidiabetika

Diese Studie untersuchte die Kosten einer Kombinationstherapie aus Exenatide (EXE) und einem oralen Antidiabetikum (OAD) versus einer basalunterstützten oralen Therapie (BOT) mit Insulin glargin (GLA) in der antihyperglykämischen Behandlung bei Typ-2-Diabetikern in Deutschland auf der Basis von Versorgungsdaten

Dr. Christopher Hermann / Dipl. Verw.Wiss. Holger Pressel 42

Das Gesundheitswesen als „komplexes adaptives System“ - Implikationen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung

Der Beitrag begreift das Gesundheitswesen im Allgemeinen und das System der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen als komplexes adaptives System.

Impressum Monitor Versorgungsforschung - Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-76368-01
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Olga Gnedina
gnedina@m-vf.de
Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de

Verlag

eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereation.org
mail@ereation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:

Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-76368-01

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“
erscheint sechsmal jährlich. Der
Preis für ein Jahresabonnement
beträgt 90 Euro. Jahresvorzugspreis
für Studenten gegen Vorlage einer
Immatrikulationsbescheinigung
60 Euro. Die genannten Preise
verstehen sich zzgl. Versandkosten:
Inland 9,21 Euro; Ausland 36 Euro.
Preisänderungen vorbehalten. Die

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

In der unaufgeforderten
Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den
Verlag liegt das jederzeit
widerrufliche Einver-
ständnis, die zugesandten
Beiträge bzw. Informationen in
Datenbanken einzustellen, die vom
Verlag oder Dritten geführt werden.
Auflagenmeldung
Mitglied der Informationsge-
meinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.
(IVW), Berlin
Verbreitete Auflage: 5.587
(IVW 2. Quartal 2010)



BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



Erwarten Sie mehr von uns: Die einzigartige Analyseplattform IH-GALAXY, umfangreiches Markt- und Daten-Know-how sowie exzellenter Service machen uns zu einem der führenden Dienstleister im Gesundheitsmarkt. Auf Basis der Behandlungshistorie von bis zu 40 Millionen Patienten können wir zeitnah Auffälligkeiten im Bereich der ambulanten Arzneimittelversorgung aufdecken. Unsere Daten und Analysen dienen u. a. als Basis für umfassende Kosten-Nutzen-Bewertungen und Versorgungsstudien.

Was Sie sonst noch von uns erwarten können, finden Sie unter www.insight-health.de.

**INSIGHT**HEALTH™



Prof. Dr. Reinhold Roski:
Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Fokus: Verbesserungen für Patienten

Interviews und Kommentar

Als Patientenbeauftragter der Bundesregierung verfolgt Wolfgang **Zöller** (CSU) drei Ansätze zur Stärkung der Position der Patienten: Erarbeitung eines Patientenrechtegesetzes, Stärkung der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie Patienten-Information und -Aufklärung. „Durch das Patientenrechtegesetz wollen wir eine neue ‚Fehlerkultur‘ fördern. [...] Je mehr ‚Beinahe‘-Unfälle und kritische Situationen identifiziert werden, desto besser können Fehler in Zukunft verhindert werden.“ Das passt unmittelbar zu den Aussagen von Professor **Schrappe** zur Patientensicherheit in der vorigen Ausgabe (MVf 4/2010, S. 6 ff.) und zum Kongress Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung. > S. 6 ff.

Achim **Kolanoski**, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK, sieht in Versorgungsforschung einen Weg, Verbesserungen für den Patienten mit Effizienzsteigerungen zu verbinden. > S. 22 ff.

Franz **Knieps**, Mitglied im Wissenschaftlichen Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“, stellt in seinem Kommentar Kommunikation als Voraussetzung und Treiber von Versorgungsqualität in den Mittelpunkt. Die Bedeutung der Kommunikation im Gesundheitswesen geht dabei über Gesundheitskommunikation im engeren Sinne weit hinaus. > S. 12 ff.

Fokus: Rheuma

Kleinfeld und **Bensing** untersuchen den Markt biotechnologisch hergestellter Arzneimittel zur medikamentösen Behandlung rheumatoider Arthritis. Trotz höherer Arzneimittelkosten kommt das Deutsche Rheumaforschungszentrum Berlin (DRFZ) zu dem Schluss, dass eine verbesserte Therapie gesamtwirtschaftlich kostenneutral ist, da Krankenhausaufenthalte und Folgekosten vermindert werden können. Ähnlich biotechnologisch hergestellte Arzneimittel werden auch für andere Indikationen zunehmend eingesetzt. > S. 14 ff.

Gromnica-Ihle und **Faubel**, Deutsche Rheuma-Liga, präsentieren den Status der medizinischen Versorgung rheumakranker Menschen in Deutschland und konstatieren eine klare Unterversorgung, da mindestens ein Drittel der Patienten nicht rechtzeitig leitliniengerecht therapiert wird, Mangel an Rheumatologen herrscht und gravierende Mängel bei der Rehabilitation bestehen. > S. 28 ff.

Wissenschaft

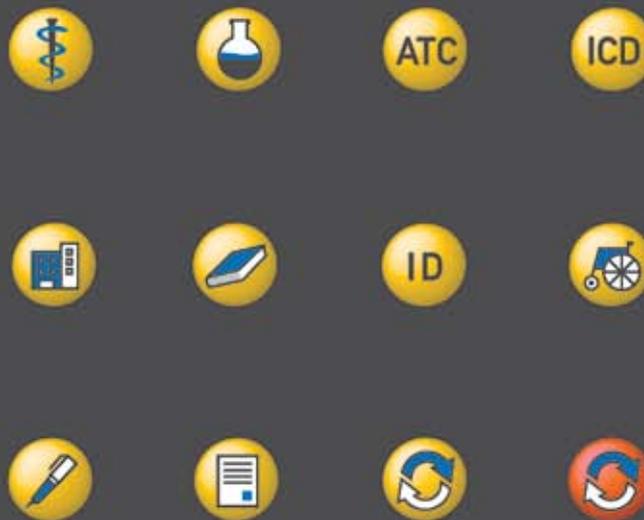
Schöffski und **Becker** untersuchen an Nasensprays exemplarisch die Wirkung von Me-too-Listen. Sie verwenden dazu Daten aus HNO-Praxen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und kommen zu dem Ergebnis, dass Me-too-Listen eine erhebliche Verhaltensänderung bei den Ärzten generieren, der ökonomische Effekt allerdings fraglich bleibt, auch da die Dokumentation in dieser Hinsicht nicht genau genug ist. > S. 31 ff.

Fuchs/Kostev/Kotowa/Dippel stellen auf der Basis von Versorgungsdaten einen Kostenvergleich einer Kombinationstherapie aus Exenatide und einem oralen Antidiabetikum versus einer basalunterstützten oralen Therapie mit Insulin glargin für Typ-2-Diabetiker an. > S. 36 ff.

Hermann und **Pressel** sehen das Gesundheitswesen insgesamt und speziell das System der gesetzlichen Krankenversicherung als komplexes adaptives System mit Dynamik, Rückkopplungen, Selbstorganisation, Nichtlinearität und Pfadabhängigkeit und wollen Forschung dazu anregen. Die große Bedeutung der Selbstorganisation in solchen Systemen impliziert eine Absage an zentralistische Steuerung und die Stärkung der Handlungsspielräume der Akteure. > S. 42 ff.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und bin mit herzlichen Grüßen
Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

Wissen schafft Effizienz.



MMI PHARMINDEX PLUS

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

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

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

Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, im MVF-Interview:

Mehr Mut, mehr Moral und mehr Vertrauen

Seit November 2009 ist der CSU-Gesundheitsexperte Wolfgang Zöllner als Patientenbeauftragter der Bundesregierung im Amt. Der Nachfolger von der SPD-Politikerin Helga Kühn-Mengel brachte Einiges an Erfahrung mit: Als CSU-Abgeordneter im Bundestag hat er sich seit 1990 auf die Gesundheitspolitik spezialisiert. Von 1994 bis 2005 war Zöllner gesundheitspolitischer Sprecher der CSU-Fraktion, lange Jahre gehörte er dem Gesundheitsausschuss des Bundestages an. Zuletzt vertrat der Gesundheitspolitiker in der zwölfköpfigen Arbeitsgruppe Gesundheit die Christsozialen bei den Koalitionsverhandlungen. In seinem neuen Amt will Zöllner durch das geplante Patientenrechtegesetz der Zersplitterung des Patientenrechts entgegenwirken. Gegen Ende des Jahres soll ein entsprechendes Diskussionspapier vorliegen.

>> Herr Zöllner, das Amt des Patientenbeauftragten mag dem Patienten als ein konstantes Amt erscheinen. Dennoch steht es in Abhängigkeit zur regierenden Koalition. Was hat sich mit der neuen Legislaturperiode geändert?

Zunächst einmal: Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung ist nicht von einem bestimmten Ministerium abhängig, auch wenn die enge Bindung und Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium gegeben ist und auch vorbildlich funktioniert. Der Beauftragte genießt einen gewissen Freiraum und hat die Möglichkeit, auf verschiedene Ministerien zurückzugreifen. Diese Freiheit ist wichtig, weil sie politische Unabhängigkeit garantiert. Dadurch besteht auch ein Schutz für die Rechte der Patienten. Sie werden nicht durch Veränderungen im Parlament, beziehungsweise einen Koalitionswechsel, gefährdet.

Zur Zeit steht die Gesetzgebung zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) an. Wie sind Sie als Patientenbeauftragter in diesem Prozess eingebunden - nehmen Sie an den Anhörungen teil, bringen Sie sich mit Ihrer Stimme für die Patienten ein?

Sicher, und zwar auf zwei Problemfeldern. Das Erste sind die Rabattverträge. Wenn diese weiterhin so intensiv genutzt werden wie zur Zeit, führt das zu einer großen Verunsicherung bei den Patienten und gefährdet die Compliance. Wir treten für eine bessere Auslegung der Festbetragsregelung ein. Das zweite große Thema sind Arzneimittel für seltene Erkrankungen. Wir haben versucht, dafür eine Ausnahmeregelung von der Rabattanhebung zu erzielen, damit Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht aufgrund einer neuen Preisgestaltung von Medikamenten ausgeschlossen werden. Firmen, die Medikamente für seltene Erkrankungen herstellen, erzielen ohnehin nicht den gleichen Umsatz wie die Hersteller von Medikamenten für häufige Erkrankungen. Wenn dann der Rabatt noch angehoben wird, wird der Anreiz, seltene Medikamente auf den Markt zu bringen, nicht gerade steigen. Es wäre kontraproduktiv und paradox, auf der einen Seite Menschen mit seltenen Erkrankungen helfen zu wollen und auf der anderen Seite mit einer Regelung dagegen zu wirken.

„Wenn Rabattverträge weiterhin so intensiv genutzt werden wie zur Zeit, führt das zu einer großen Verunsicherung bei den Patienten und gefährdet die Compliance.“

Gilt das denn nicht für alle Indikationen, bei denen eine konstante Therapie gefragt ist, zum Beispiel Schmerztherapie? In der Schmerztherapie kommt ja jede Neueinstellung eines Medikaments qua Rabattvertrag einer therapeutischen Neuentscheidung gleich. Welcher Weg führt nun aus diesem Dilemma hinaus?

Wir brauchen ein radikales Umdenken unter allen Beteiligten. In der öffentlichen Diskussion haben sich die Teilnehmer zu sehr auf den Preis von Arzneimitteln fokussiert und das „Drumherum“ aus dem Blick verloren. Ein Schritt in diese Richtung, den ich sehr begrüße, ist die Haltung des Bundesministeriums in der Diskussion über die Insulintherapie, bei der betont wurde, dass nicht nur der Preis und das Medikament betrachtet werden dürfen, sondern auch dessen Auswirkung auf die Lebenssituation des Menschen. Mittelfristig werden wir uns

ein ganzheitliches Betrachten angewöhnen müssen. Dazu zählt nicht nur die Frage nach den aktuellen, sondern auch nach den Folgekosten einer Behandlung. Dafür ist ein Denken über die Sektorgrenzen hinweg absolut notwendig. Auch in der Bewertung!

Die komplette Versorgung des Patienten muss bewertet werden, und nicht nur einzelne Aspekte.

Die Frage wird sein, wie das organisiert werden kann?

Vom Forschungsministerium sind erstmals Mittel für Versorgungsforschung freigestellt worden. Das begrüße ich sehr. Nun müssen wir den Patienten in den Mittelpunkt stellen, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Die Fragestellung muss lauten: Was ist das Beste für den Patienten?

Was bedeutet das in der Praxis? Sie setzen sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dafür ein, die Vertreter von Patienten zu stärken. Ist das Ihre Strategie?

Wir verfolgen drei Ansätze. Der erste ist die gesetzliche Basis. Wir arbeiten am so genannten Patientenrechtegesetz, um das bislang zersplitterte Recht der Patienten zu bündeln. Hier ist schon die Wortwahl entscheidend: kein Patientenschutz-, sondern ein Patientenrechtegesetz. Der Patient wird hier als Partner im Gesundheitssystem be-

Summary

- Höhere Zwangsrabatte für Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen wären kontraproduktiv und paradox.
- Bei Rabattverträgen sollte nicht nur der Preis, sondern auch die komplette Versorgung des Patienten betrachtet werden.
- Wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln nicht stimmt, sollten die Preise sinken, doch wenn ein Medikament z. B. weniger Nebenwirkungen hat, wird dies die Kasse auch bezahlen. Bei der Nutzenbewertung sollte die individuelle Patientenerfahrung vom IQWiG stärker berücksichtigt werden.
- Hausarztverträge sind derzeit reine „Machtverträge“.
- Alle Daten, die dem Patienten nützen, sollten mit Einverständnis des Patienten gespeichert und genutzt werden können.

trachtet. Und der zweite Ansatz ist - Sie haben ihn richtig erkannt - die Stärkung der Patienten-Vertreter. Im G-BA werden wir uns dafür einsetzen, dass die Patientenvertreter dort ein Mitbestimmungsrecht bekommen. Der dritte wichtige Punkt ist die Patienten-Information und -Aufklärung. Wir stellen immer wieder fest, dass die Information der Patienten nicht ausreichend ist. Die Informationsmöglichkeiten müssen verbessert werden. Dafür müsste die unabhängige Patientenberatung Deutschlands (UPD) eine neue Rolle übernehmen - weg vom Modell-Charakter hin zu einer Regelleistung.

Planen Sie weitere Maßnahmen in Richtung Patienten-Information?

Ja, wir bräuchten eine stärkere Vernetzung unter den Kompetenzgruppen. Die UPD kann nicht auf allen Fach-Gebieten über absolutes Wissen verfügen. Aber sie muss ein Kompetenzzentrum identifizieren können, wo ein Patient die richtige Auskunft erhält. Ärzte sind Teil des Netzes. Unser Ziel ist es außerdem, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu fördern und zu verbessern. Dafür müssen beide Seiten über ihre Rechte und Pflichten Bescheid wissen.

Sollten aber diese gesetzlich verankert werden, müsste auch eine Kontrolle, zum Beispiel von Arztgesprächen möglich sein. Über jedes Gespräch einen Bericht anzufertigen, käme jedoch einem bürokratischen Monstrum gleich. Wie könnte also die Kontrolle aussehen?

Natürlich können wir keine Gesprächsprotokolle einführen. Das würde das Vertrauensverhältnis erheblich stören, anstatt es zu fördern. Ob ein Arzt sich an die Verpflichtung hält oder nicht, werden Sie aber sehr schnell über Mund-zu-Mund-Propaganda erfahren. Es ist also eine Art Wettbewerbskontrolle. Der Wettbewerb wird in Zukunft eben nicht nur unter den Krankenkassen, sondern auch unter den Ärzten und ihren Dienstleistungen eine größere Rolle spielen. Andere Akteure wie Medien und Krankenkassen werden außerdem gleichzeitig für mehr Transparenz sorgen.

Welchen Zweck hat das Patientenrechtegesetz noch außer der Patienten-Information?

Durch das Patientenrechtegesetz wollen wir eine neue „Fehlerkultur“ fördern. Damit meine ich, dass sowohl richtige Fehler als auch so genannte „Beinahe“-Fehler sofort anonym gemeldet und möglichst schnell ausgewertet werden. Nur so können Defizite und Schwachstellen identifiziert werden, nicht nur in den ärztlichen Leistungen. Das betrifft Arzneimittel genauso. Wenn etwa bei einem Medikament mehrmals eine Verwechslung gemeldet wird, muss der Hersteller alarmiert werden. Im besten Fall sollte man schon bei der Zulassung darauf achten, dass eine Verwechslung, etwa aufgrund von ähnlichen Medikamentennamen - erst gar nicht auftritt. Hier schöpfe ich aus meinem Erfahrungsschatz als Sicherheitsingenieur: Je mehr „Beinahe“-Unfälle und kritische Situationen identifiziert werden, desto besser können Fehler in Zukunft verhindert werden. Einige Krankenhäuser setzen das bereits per CIRS-System um, und das funktioniert hervorragend - weniger Reklamationen, mehr Patientenzufriedenheit. Schon mittelfristig zahlt sich das aus.

Neben der Patienten-Information also eine neue „Fehlerkultur“. Gibt es noch weitere wichtige Punkte?

Eine wichtige Frage ist: Wie geht man mit Behandlungsfehlermeldungen um? Zurzeit befinden sich die Patienten aus meiner Sicht zu sehr in der Beweispflicht. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, schneller zu seinem Recht kommen. In den Schlichtungs- und Gutachterstellen, die bei Behandlungsfehlern ins Spiel kommen, sollten



deshalb auch Patientenvertreter eingebunden werden. In Rheinland-Pfalz wird das bereits - mit großem Erfolg - praktiziert. Darüber hinaus schauen wir uns derzeit das Österreichische Modell an. Dort gibt es bei Behandlungsfehlern einen speziellen Fonds, in den Patienten bei stationärer Aufnahme einen geringen Beitrag einzahlen. Mit den Mitteln aus diesem Fonds können dann Patienten bei Behandlungsfehlern außergerichtlich entschädigt werden. So werden die Gerichte von kleineren Fällen entlastet. Im Idealfall werden Fehler künftig automatisch gemeldet und die Gerichtsverfahren erübrigen sich.

Sie sprechen da Fragen an, die man eigentlich schon seit längerem durch Versorgungsforschung hätte evidenzbasiert klären können. Nämlich: Welche Fälle gibt es, mit welchen Auswirkungen und wie werden sie gütlich gelöst? Gibt es denn evidenzbasierte Studien zu diesen Themen?

Das ist noch nicht der Fall, aber der Anfang ist gemacht. Mit Hilfe der 54 Millionen Euro vom Forschungsministerium sollen genau diese Fragen geklärt werden.

Uns steht eine Gesundheitsreform inklusive Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bevor. Der Diskussionsentwurf zum AMNOG enthält einen Punkt über die Zuzahlung der Patienten für Medikamente. Ein Patient wird sich also nur dann teure Arzneimittel leisten können, wenn er über entsprechende Mittel verfügt. Was sagen Sie als Patientenbeauftragter zu dieser Idee? Ist das nicht eine Zementierung der Zwei- oder Dreiklassengesellschaft?

Sie müssen beachten, dass es auch einen Vorteil darstellen kann, wenn ein Patient bei seiner gewohnten Medikation bleiben kann. Ich

sehe aber auch einen Nachteil - nämlich darin, dass die Arzneimittelhersteller nicht dazu angehalten werden, ihre Preise zu senken, wie etwa bei einer Festbetragsregelung. Andererseits dürfen wechselnde Rabattverträge natürlich nicht dazu führen, dass die Compliance von Patienten sinkt. Wenn die Medikamente erst gar nicht eingenommen werden, kann von Kostenersparnis keine Rede sein.

Das hieße aber nichts anderes, als dass der Patient für seine eigene Compliance zahlen muss.

So gesehen, schon. Man muss sich aber auch im Klaren darüber sein, dass die Solidargemeinschaft nur Leistungen bezahlen kann, die medizinisch auch notwendig sind, und nicht nur „wünschenswert“. Darüber, welche Leistungen notwendig sind, müssen wir uns von Neuem Gedanken machen. Und auch darüber, wie der medizinisch-technische Fortschritt gleichzeitig sowohl den älteren als auch den jungen Menschen zugute kommen kann.

Nun taugt aber nicht jedes Instrument dazu, Geld einzusparen. Laut einem wissenschaftlichen Beitrag in der MVF-Ausgabe 2008 sind zum Beispiel die höchstens zu erwartenden Einsparungen durch Rabattverträge recht überschaubar: pro Patient - 21 Euro im Jahr. Würde man aber in die Compliance investieren, könnten Milliarden Euro eingespart werden, und noch viel mehr durch eine strukturübergreifende Versorgung oder eine einheitliche IT-Struktur mit Patientendaten. Die Frage ist also, ob nicht vielleicht am falschen Ende investiert wird - nicht nur in Bezug auf das Geld, sondern auch auf das Personal und das Know-how. Fakt ist, dass es anscheinend größere Hebel für Einsparungen gibt, als die, die genutzt werden. Warum ist das so, wäre eine Investition am „richtigen“ Ende zu kompliziert?

Sie haben sicherlich bemerkt, dass ich bei dieser Aussage schmunzeln musste. Ich möchte darauf hinwirken, dass solche Annahmen und Berechnungen durch Versorgungsforschung genau belegt werden, und dass wir das Gesundheitssystem nicht noch komplizierter machen, als es schon ist. Ich für meinen Teil bin ein leidenschaftlicher Anhänger der Festbetragsregelung. Und wenn bei den Krankenkassen jetzt neben der Festbetragsregelung noch Spielraum für Rabattverträge besteht, dann hätte ich mir gewünscht, dass die Krankenkassen diesen Spielraum schon genutzt hätten. In diesem Fall wäre die Compliance bei den Patienten auch gleich geblieben, jeder hätte seine Medikamente bekommen, wie bisher auch. Ich kann mir vorstellen, dass die Krankenkassen genau das als Versorgungsvorteil in Zukunft ansehen werden. Nach dem Motto „Bei uns bekommen Sie genau die Medikamente, die der Arzt Ihnen verschrieben hatte“.

Bei den Rabattverträgen sind ja im Moment die Kosten für die Verträge selbst zum Teil höher als die Einsparungen. Das war ursprünglich anders gedacht - den Kassen sollte die Möglichkeit gegeben werden, alle Bereiche, die in der Festbetragsregelung nicht berücksichtigt werden konnten, durch Rabattverträge zu regeln. Es wurden aber viel mehr Rabattverträge abgeschlossen als geplant. Das ist nicht richtig. Vor allem im Generikabereich sind Rabattverträge nicht sinnvoll, da dieser Bereich bereits in der Festbetragsregelung enthalten ist. Sinnvoll sind Rabattverträge bei Medikamenten mit Patentschutz, bei denen noch keine Festbetragsregelung greifen kann. Große Hoffnungen lege ich hier in die Kosten-Nutzen-Bewertung. Auf deren Basis könnte bei den patentgeschützten Arzneimitteln eine Preissenkung gefordert werden, wenn das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht stimmt.

Das Argument der Industrie lautet immer, die innovative Arzneimittelforschung und Entwicklung kämen dann zu kurz.

Das Gegenteil ist der Fall. Wenn etwas wirklich innovativ ist, und etwas Neues und Besseres darstellt, ein Medikament etwa weniger Nebenwirkungen hat, dann wird es die Krankenkasse auch bezahlen. Das wäre aber aus meiner Sicht bei einem Medikament nicht gerechtfertigt, bei dem bloß der Nutzen, aber eben kein Zusatznutzen gegeben ist.

Sie setzen sich auch dafür ein, dass in der Nutzenbewertung des IQWiG die individuelle Patientenerfahrung stärker berücksichtigt wird.

So ist es, denn es zählt nicht nur die Höhe des Anschaffungspreises eines Medikamentes, sondern auch die Frage, welche Kosten auf Dauer eingespart werden können. Der hohe Preis kann sich etwa schnell auszahlen, wenn die Patienten bereits nach wenigen Tagen wieder schmerzfrei und aktiv sind. Diesen Faktor muss man in der Gesamtbetrachtung bei der Kosten-Nutzen-Bewertung berücksichtigen. Und hier kommen wir zur Versorgungsforschung zurück.

Sie hatten erwähnt, dass es bei den Rabattverträgen Nachteile gibt. Nun gibt es aber die so genannten „intelligenteren“ Selektivverträge. Sprechen Sie denen bessere Chancen zu, weil sie im Patienteninteresse weiterentwickelt werden und die Versorgungsforschung quasi mit einschließen?

Das hängt von dem Nutzen ab. Ich befürworte Selektivverträge, die für den Patienten einen Nutzen haben. Ich lehne aber Selektivverträge ab, die nur Krankenkassen nützen. Ein konkretes Beispiel: Wenn die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Selektivverträge mit einzelnen Abteilungen der Krankenhäuser abzuschließen, besteht die Gefahr, dass die Krankenkasse künftig bestimmt, welches Krankenhaus überlebt und welches nicht. Unterschiedliche Vergütungssätze halte ich nur auf der Basis der Qualität für sinnvoll und richtig.

Haben Sie ein Beispiel für einen „guten“ Selektivvertrag?

Theoretisch wäre der Hausarztvertrag, wenn er richtig umgesetzt würde, so ein Beispiel. Aber auch hier gibt es Probleme. Und zwar dann, wenn ein Hausarzt versucht, möglichst viele Patienten einzuschreiben, damit er die entsprechende Pauschale bekommt. Der Haken dabei ist die Tatsache, dass der Arzt die Pauschale auch dann bekommt, wenn Kinder eingeschrieben und nach dem ersten Arztbesuch zum Kinderarzt überwiesen werden. Der Hausarzt muss dann für 30 bis 40 Prozent weniger Patienten die Behandlung fortführen, erhält aber die Pauschale trotzdem. Hier geben wir sinnlos Geld aus. Ein gutes Gegen-Beispiel ist ein Mammografie-Pilotprojekt in einem KV-Bezirk. Im Bereich Mammografie gab es die meisten Fehldiagnosen, bis eine kassenärztliche Vereinigung eingeschritten ist. Die KV stellte die Regel auf, dass ein Arzt nur dann eine Mammografie-Leistung abrechnen kann, wenn er die entsprechende Weiterbildung absolviert hat und über die medizinisch-technischen Einrichtungen verfügt. Nach diesen Vorgaben galten fast 80 Prozent der Ärzte als nicht befugt, die Untersuchung abzurechnen. Aber das Wichtigste ist - die Fehldiagnosen sind drastisch zurückgegangen! Das ist der richtige Weg, Verträge sinnvoll und hochwertig zu gestalten. Zurzeit sind aber viele Hausarztverträge nichts anderes als „Machtverträge“.

Wie sollte die Gesellschaft denn nun mit diesen „Machtverträgen“ besser umgehen?



Changing tomorrow

Changing tomorrow – die Vision von Astellas. Eine bessere Zukunft für die Patienten ist unser Ziel. Und das in allen Therapiefeldern von Astellas: Urologie, Transplantation, Pneumologie, Dermatologie, Antiinfektiva und Schmerz-Management. Wir entwickeln wegweisende Therapieformen, die vorhandene Behandlungslücken schließen. Durch innovative Forschung und Entwicklung zuverlässiger Arzneimittel tragen wir weltweit dazu bei, die Gesundheit der Patienten zu verbessern. Wir machen die medizinischen Lösungen von morgen bereits heute verfügbar. Changing tomorrow: Eine bessere Zukunft ist der Maßstab unseres Erfolgs.

www.astellas.de

© 2010 Astellas Pharma Europe Ltd.
ASTELLAS, LEADING LIGHT FOR LIFE, CHANGING TOMORROW und das Star Logo sind
Schutzmarken der Astellas Pharma, Inc. und ihrer Tochterfirmen

TRANSPLANTATION
UROLOGY
DERMATOLOGY
ANTI-INFECTIVES
PAIN MANAGEMENT



astellas
Leading Light for Life

Der erste Schritt ist schon getan, indem für die Haus- und Fachärzte zwei getrennte Töpfe geschaffen wurden. Das Problem besteht nun darin, dass die Verhandlungsmacht der Kassen, da sie immer mehr fusionieren, zunimmt. Aus diesem Grund wurde die KV damals eingeführt. Nur hat sich diese Institution fehlentwickelt. Normalerweise müsste sie eine Servicestelle für die Ärzte sein.

Wäre es denn nicht sinnvoller, einen Topf statt zwei getrennter Töpfe einzurichten und damit auch die Sektorengrenzen zwischen der Facharzt- und Hausarztversorgung zu lockern?

Das wäre schön, aber in Anbetracht der jetzigen Konstellation leider ein Wunschdenken. Wir haben ja die gesetzlich verankerte Möglichkeit der integrierten Versorgung. Sie wird aber kaum genutzt.

Was könnte man denn tun, damit die integrierten Versorgungsverträge wirklich genutzt würden?

Per Gesetz kann man jedenfalls niemanden dazu zwingen. Es ist gewiss auch eine Frage der Zeit, bis die Dinge sich eingespielt haben. Auf lange Sicht wird es aber gar nicht anders gehen, als die starren Sektoren-Grenzen, die wir jetzt haben, zu überwinden, denn diese Grenzen kosten uns viel Geld.

Wäre die Telematik-Infrastruktur, die ja seit sieben Jahren „in Arbeit“ ist, nicht äußerst hilfreich dafür? Was kann man tun, damit der Ausbau endlich wieder vorankommt?

Bei der demografischen Entwicklung, die wir haben, wird uns nichts anderes übrig bleiben, als Telemedizin stärker zu nutzen, vor allem in so genannten „fachärztlich unterversorgten“ Gebieten. Wir sind aber auf dem richtigen Weg.

„Wir sollten mehr Mut aufbringen, große und grobe Rahmenbedingungen vorzugeben und in diesen Rahmenbedingungen Arzt und Patient handeln zu lassen.“

Aber wie lange soll das noch dauern, werden wir das überhaupt noch erleben?

Das kann ich Ihnen nicht sagen. Aber eines steht fest: Es gibt keinen besseren Motor, als knappes Geld.

... nur dass bereits etwa 700 Millionen in das Projekt geflossen sind - ohne Ergebnis.

Das stimmt, aber Sie wissen ja auch warum. Wie heißt es so schön: Wenn man etwas nicht will, sucht man Gründe. Wenn man etwas will, sucht man Wege. Bisher sind eben immer nur Gründe gesucht worden.

Aber wie kann es denn sein, dass für die Politik die Transparenz nicht an erster Stelle steht? Wenn Transparenz als wichtig angesehen würde, würde auch die Telematik eingeführt werden. Zurzeit sind wir aber von der Transparenz meilenweit entfernt und das ist ein großes Problem.

Sicher. Aber die Transparenz in der Gesellschaft ist auch deshalb nicht da, weil das System in sich zu kompliziert ist. Und weil wir immer wieder den Fehler gemacht haben, zu glauben, dass alles gesetzlich geregelt werden muss. Wir sollten mehr Mut aufbringen, große und grobe Rahmenbedingungen vorzugeben und in diesen Rahmenbedingungen Arzt und Patient handeln zu lassen. Nehmen Sie den Bereich Zahnersatz: Müssen wir denn wirklich gesetzlich vorschreiben, wie ein bestimmter Zahn verblendet werden darf, oder nicht? Von diesen Beispielen existieren viele.

Haben Sie denn keine Bedenken, dass die handelnden Partner diesen Rahmen ausnutzen?

Ich habe schon 1990 in meiner ersten Bundestagsrede gesagt, dass das Hauptproblem des deutschen Gesundheitssystems darin besteht, dass je kränker ein Mensch ist, desto mehr Leute an diesem Menschen ihr Geld verdienen. Ich möchte an dieser Stelle ein Beispiel für ein komplett anderes System anführen. In China bekam früher der Arzt große Geldsummen - wenn alle seine Patienten nach der Behandlung gesund waren. Für jeden kranken Patienten gab es einen Abzug. Das heißt, der Arzt war ständig darum bemüht, dass alle seine Patienten möglichst schnell gesund werden. Und da sind wir auch bei dem ganz entscheidenden Punkt: Ohne Moral würde auch dieses System scheitern, denn bei uns würden sich Ärzte bei Einführung des chinesischen Prinzips junge und gesunde Patienten regelrecht „herauskaufen“. Die ethisch verantwortungsvollen Ärzte blieben aber auf den älteren und chronisch kranken Patienten sitzen.

Kommen wir noch auf einen wichtigen Punkt zu sprechen - den Datenschutz. Unter diesem Deckmantel verstecken sich viele Interessen. Es findet ein regelrechter Kampf zwischen dem Patientenrecht und dem Recht auf die eigenen Daten statt. Wie kann hier eine Balance gefunden werden?

Von der Datenschutz-Diskussion in Deutschland bin ich zugegebenermaßen etwas enttäuscht, vor allem von den Datenschutzbeauftragten, die zum Teil unterschiedliche Bewertungen abgeben und sich in Widersprüchen verstricken. Ich glaube, dass wir einfach den Mut haben sollten, zu einer einheitlichen Regelung zu kommen, (natürlich nur, wenn der Patient damit einverstanden ist), die denen von EC- oder Scheckkarten ähnelt. Bei der E-Card kommt immer das Argument des Datenmissbrauchs bei Verlust. Das halte ich aber für einen vorgeschobenen Grund. Das Wohl des Patienten sollte stets im Mittelpunkt stehen. Alle Daten, die dem Patienten nützen, sollten mit Einverständnis des Patienten gespeichert und genutzt werden können.

Das Bild, das Sie von dem System der Zukunft zeichnen ist durchaus optimistisch und attraktiv: Mehr Vertrauen, bessere und weitere Rahmen, hohe Leistungsqualität, moralische Werte und ein Bewusstsein innerhalb des Systems, dass die Geldressourcen begrenzt sind. Aber per Gesetz lässt sich eine moralische Haltung nicht vorschreiben, oder?

Gewiss nicht. Die Moral kann lediglich vorgelebt und durch gute Beispiele gefördert werden. Dafür müssen wir auch weg von der Vollkaskomentalität nach dem Motto „Diese oder jene Leistung muss ich in Anspruch nehmen, denn ich habe dafür Geld eingezahlt“.

Die letzte Frage: Wie könnten Sie die Versorgungsforschung voranbringen?

Wir werden uns in dieser Angelegenheit mit Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums zusammensetzen. Wir möchten aber auch unsere Möglichkeiten diesbezüglich über den G-BA und IQWiG ausschöpfen. Gewissermaßen sind wir auch schon dabei, Versorgungsforschung selbst zu betreiben. Von der UPD haben wir eine Auswertung der Daten angefordert, um in Zukunft daraus Handlungsoptionen abzuleiten.

Herr Zöller, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

1. Berliner Forum für Wirtschaft und Gesundheit:

BDA will effizienteres Gesundheitswesen

„Lassen Sie sich nicht blenden durch die kurzfristigen Reformmaßnahmen für 2011“, sagte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) auf dem 1. Berliner Forum für Wirtschaft und Gesundheit, veranstaltet von der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA). Trotz des erwarteten Defizits der gesetzlichen Krankenkasse im kommenden Jahr in Höhe von mindestens zehn Milliarden Euro falle es einem liberalen Minister nicht leicht, „eher dirigistische Maßnahmen“ wie Zwangsrabatte und Preisstopp im Arzneimittelsektor vorzuschreiben, dies sei jedoch kurzfristig akzeptabel, weil zugleich strukturelle Änderungen durchgesetzt würden.

>> Vor allem werde der Arbeitgeberbeitrag dauerhaft festgeschrieben und damit die Kostendynamik im Gesundheitswesen von den Lohnkosten abgekoppelt. Als weitere Eckpunkte für Gesetzesvorhaben nannte der Minister eine Reform des Honorarsystems für niedergelassene Ärzte, eine Stärkung der Prävention und der Mitsprachemöglichkeiten der Patienten. Im Honorarsystem müsse der „Leistungsgedanke“ gestärkt werden. Das jetzige Honorarmodell sei nicht gerecht, weil es Leistung bestrafe statt belohne.

Rösler will den Einfluss der Patienten auf die Behandlungskosten stärken: „Man kann den Menschen auch im Gesundheitsbereich mehr eigenverantwortliche Entscheidungen zutrauen.“ Dabei gehe es nicht nur um die Zustellung einer Arztrechnung. Es müssten zusätzliche Elemente wie Kostenrückerstattung und Selbstbehalte ins System eingebaut werden.

Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, gab in seiner Keynote einen Überblick zu den Reformnotwendigkeiten im Gesundheitswesen. „Wir finanzieren im deutschen Gesundheitswesen einen Mercedes und fahren einen Golf“, diese beliebte These sei zu einfach. Professor Wille belegte in seiner Keynote anhand unterschiedlicher Statistiken, dass es einen einfachen Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben (als Prozentsatz des BIP oder in absoluten Werten pro Kopf) nicht gebe. Dazu seien die Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes zu vielfältig. So haben z.B. sozialer Status, Lebensstil, Bildungs-, Umweltpolitik und Wohnverhältnisse großen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung, wie die Versorgungsforschung zeige.

Wille kritisierte die gegenwärtige Beitragsgestaltung der GKV. Sie sei konjunkturempfindlich, da Arbeitslosigkeit und Frühverrentung die Finanzierungsbasis schwächen, wachstumsschwach und nicht nachhaltig infolge der niedrigen Lohnsteigerungen und des zunehmenden Rentneranteils, beschäftigungsfeindlich

wegen der einseitigen Belastung der Löhne und Arbeitskosten, intransparent als Folge einer zersplitterten Umverteilung sowie verteilungsgerecht, dass sie z. B. Lohnbezieher und Zweiverdienerfamilien benachteilige, und führe zu Verwerfungen an der Pflichtversicherungsgrenze. Im Ganzen hat das System nicht so sehr ein Ausgabensteigerungs-, als ein Einnahmenproblem.

Verschiedene Formen von Managed Care

Chancen sieht Wille in verschiedenen Formen von Managed Care: populationsbezogenen Netzen, Disease-, Case- und Demand-Management, kassengertragenen Callcentern sowie im weiteren Sinne auch Wahltarifen mit Boni und Zuzahlungs- und Beitragsermäßigungen. Die verschiedenen Selektivverträge seien inzwischen in vielfältiger Form erprobt. Die medizinischen Versorgungszentren sind eine Erfolgsgeschichte. Von 17 im dritten Quartal 2004 ist ihre Anzahl auf 1454 im vierten Quartal 2009 gestiegen. Davon arbeiten inzwischen ein Drittel (554) mit Krankenhausbeteiligung. 41,7 % liegen in ländlichen Gebieten, so dass die MVZs auch einen Beitrag zur Versorgung auf dem Land leisten.

Zur Schaffung eines funktionsfähigen Wettbewerbs für Selektivverträge empfahl Wille u.a. sektorenübergreifend arbeitende medizinische Versorgungszentren nicht zu behindern, unabhängig von der Rechtsform. Er sprach sich für einen ergebnisoffenen Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung und gegen den Ersatz der KVen durch monopolistische private Verbände aus.

Professor Dr. Reinhold Roski, Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“, sah in Kommunikation (s. dazu Essay Knieps S. 12 f.) einen entscheidenden Qualitäts- und Effizienztreiber der Versorgung. Er kritisierte den einseitigen Fokus der aktuellen Diskussion auf IT und Organisationen. Die entscheidende inhaltliche, persönliche, auf die Beziehung mit dem Versicherten/Patienten setzende Dimension der Kommunikation, reiche dabei zu kurz.

Einen großen Fehler erkennt er in der einseitig auf medizinische Indikation ausgerichteten Art der Kommunikation. Eine zielgruppengerechte Segmentierung nach Kriterien wie Alter, Lebensphasen, Lebensstil und Einstellungen zur Gesundheit würde zu deutlich mehr Effektivität und Effizienz führen. Dazu präsentierte er beispielhaft eine Einteilung von Versicherten nach ihrem Informations- und Medienverhalten.

Roski kritisierte auch die einseitige Fokussierung der gegenwärtigen Diskussion auf den reinen Abschluss von Verträgen. Change Management zur Implementierung der Verträge und das Management der durch die Verträge gebildeten Netzwerke aus verschiedenen Akteuren und Partnern sind entscheidend für den Erfolg. Zurzeit liegt die Betonung eher auf dem „Aufweichen“ der herkömmlichen Systeme. Im gemeinsamen Agieren unterschiedlicher Akteure sieht Roski auch einen Weg zum Aufbau von Vertrauen ins Gesundheitssystem insgesamt, an dem es zurzeit bei vielen Versicherten mangelt. Dafür braucht es ein System valider Qualitätsindikatoren sowie eine obligatorische Evaluation für mehr Transparenz und als Basis eines Qualitätswettbewerbs.

Keine einseitige Fokussierung auf Verträge

Die Bedeutung der Versorgungsforschung wurde auch im Workshop zu Behandlungsleitlinien und Kosten-Nutzen-Bewertungen hervorgehoben. Dr. Engelbert Günster (Boehringer Ingelheim) und Wolfgang Bayer (Siemens AG) betonten den Nutzen von Versorgungsforschung für die Etablierung eines Standard of Care und den Wettbewerb um die beste Versorgung.

Das Fazit der Tagung zog Arbeitgeberpräsident Dr. Dieter Hundt: „Im System der gesetzlichen Krankenversicherung schlummern erhebliche Effizienzreserven.“ Um dieses Potenzial zu heben, sei mehr Wettbewerb in allen Bereichen des Gesundheitswesens nötig, Kommunikation und Versorgungsforschung dabei zentrale Erfolgstreiber. <<

von: Peter Stegmaier



Franz Knieps

ist Managing Director bei der Politik- und Unternehmensberatung Wiese-Consult in Berlin und war davor Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit, und ist u.a. Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVf). Der Beitrag beruht auf einem Vortrag zum Thema „Kommunikation = Qualitätstreiber des Versorgungsmanagements“ an der Hochschule für Technik und Wirtschaft am 29. April 2010 in Berlin. Die Vortragsform wurde weitgehend beibehalten.

Kommunikation als Voraussetzung und Treiber von Versorgungsqualität

>> Das Verhältnis von Kommunikation und Qualität in der Gesundheitsversorgung wird zwar vielfach thematisiert, jedoch nur selten aus politischer Sicht betrachtet und in einen systematischen Zusammenhang gebracht. Der folgende Beitrag will diese Aufgaben ohne Anspruch auf Vollständigkeit beschreiben, Anregungen für eine vertiefte wissenschaftliche Betrachtung geben und erste Lösungsansätze für die skizzierten Probleme aufzeigen.

Strukturprobleme im deutschen Gesundheitswesen - Hauptursachen für Qualitätsmängel, Ineffektivitäten und Ineffizienzen

Auch wenn das deutsche Gesundheitswesen keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen scheuen muss, so bestehen kaum Zweifel, dass dieses System an vielen Stellen Mängel aufweist und unzureichend für die künftigen Herausforderungen - wie zum Beispiel der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt, die Globalisierung oder die sozio-ökonomischen Veränderungen - gerüstet ist. Hauptursachen für Defizite in der Qualität und Effektivität der Versorgung sowie der Effizienz der Mittelverteilung sind u.a.

- die Fragmentierung und Verkrustung der Versorgungsstrukturen,
- die sektorale Trennung der Steuerungsinstrumente Planung und Honorierung,
- das unzureichende Schnittstellenmanagement an den Übergangspunkten,
- die Fokussierung auf die Akutversorgung und die damit einhergehende Vernachlässigung von Prävention, Rehabilitation und Pflege,
- die Arztzentrierung und die schwache Stellung anderer Gesundheitsberufe,
- die unzureichende Patienten-, Nutzer- und Bürgerorientierung,
- die Konzentration von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf Struktur- und Prozessqualität,
- die Phobie vor Messbarkeit und Ergebnisqualität.

Zugespielt: Es fehlt an Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Akteuren im deutschen Gesundheitswesen.

Kommunikationsprobleme auf unterschiedlichen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens

Diese K-Probleme beginnen auf der politischen Ebene (Makro-Ebene). Gesundheit ist ein schwieriges Politikfeld. Mit Gesundheit, so der frühere Bundesminister und heutige bayrische Ministerpräsident Horst Seehofer, kann man keine Wahlen gewinnen, aber jede Wahl verlieren. Von daher kann die Bedeutung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der gesundheitspolitischen Akteure aus Bund und Ländern kaum unterschätzt werden. Entsprechend vielfältig sind die Kommunikationsformen von

persönlichen Gesprächen über die Vermittlung zunehmend komplexerer Inhalte mit Hilfe klassischer und neuer Formen des Journalismus bis hin zur Zielgruppenarbeit und Massenkommunikation. Den sachlichen Diskurs ersetzt häufig ein aggressiver politischer Lobbyismus, der sich ebenfalls aller medialen Formen bedient. Hitler, Honnecker und der US-Imperialismus werden als Schreckgespenster jeder Gesundheitsreform bemüht. Der Wechsel der politischen Bühne vom verträumten Bonn nach Berlin und die digitale Revolution haben die Medienwelt in der Hauptstadt spürbar verändert. Hinzu treten ökonomische Zwänge (Stichwort Medienkrise) und Strukturveränderungen in den Medien. Die wissenschaftliche Politikberatung mäandert zwischen verbrämtem Lobbyismus und Evidenzbasierung; sie findet häufig keinen gemeinsamen Code mit den politisch Verantwortlichen. Partizipative Elemente wie Bürgerorientierung, Mitwirkung und Mitentscheidung - neudeutsch Shared Decision Making - sind im paternalistischen Gesundheitswesen unterentwickelt.

Das Thema Qualität spielt auf dieser Ebene eine schillernde Rolle. Zum einen definieren alle politischen Akteure die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung als eines der zentralen politischen Ziele ihres Handelns und als Voraussetzung zur Lösung aktueller Strukturprobleme und kommender Herausforderungen. Zum anderen lässt sich Qualität nur schwer in konkrete Strategien und praktische Maßnahmen inkorporieren. Allerdings zeigen positive Beispiele, wie die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit oder der Nationale Aktionsplan Krebs, dass Elemente der Qualitätssicherung erfolgreich in bedeutsame Vorhaben integriert werden können. Schließlich müssen die Langzeitprogramme des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Ansätzen und Projekten zur Qualitätssicherung in unterschiedlichen Versorgungsbereichen besonders hervorgehoben werden. Trotz der Erfolge dieser Strategien und Programme lassen sich Qualitätsverbesserungen nur schwer positiv kommunizieren.

Diese Probleme setzen sich auf der korporatistischen Ebene (Meso-Ebene), der in Deutschland besondere Bedeutung zukommt, fort. Der Korporatismus hat im System der Selbstverwaltung eine eigenständige Form ausgeprägt, die über einen speziellen Stil und eigene Codes verfügt. Seine Institutionen sind geprägt vom Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringern, häufig aber auch durch Spannungen in deren Binnenverhältnissen (z.B. GKV versus PKV oder niedergelassene Ärzte versus Krankenhäuser).

Gerade auf dem Feld der Qualitätssicherung hat sich in jüngster Zeit eine harte, teilweise polemische Debatte zwischen unterschiedlichen Akteuren entwickelt, welche Institution den Zuschlag für die Entwicklung und Implementierung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung erhält. Diese Debatte bietet ein eindrückliches Beispiel für Kommunikationsdefizite auf der mittleren Ebene.

Gleiches gilt für das Thema E-Health. Zwar sind die gesetzlichen

Vorgaben für die elektronische Gesundheitskarte und den elektronischen Heilberufsausweis mehrfach präzisiert worden, doch stehen flächendeckende Einführung und Bestimmung der vielfältigen Applikationen - wie beispielsweise das elektronische Rezept oder die elektronische Patientenakte - noch in den Sternen. Wesentlicher Grund dafür, dass dem Gesundheitswesen in Deutschland noch immer eine einheitliche Plattform für eine leistungsfähige Telematikinfrastruktur fehlt, sind die Interessengegensätze zwischen den verbandlichen Akteuren. Wie so oft geht es beim Kampf um die Datenhoheit um Macht, Einfluss und Geld. Wenn der Langsamste das Tempo des Geleitzuges bestimmt, wird der von allen grundsätzlich bejahte Fortschritt eine Schnecke. Andererseits bieten Selektivverträge von der hausarztzentrierten Versorgung bis zur integrierten Versorgung die Möglichkeit, neue Kommunikationswege und -formen zu erproben - wie beispielsweise beschleunigte Abrechnungswege über private Abrechnungszentren oder diverse Applikationen in der Telemedizin. Hindernisse treten hier bei der Finanzierung der aufwändigen Investitionen und der (technischen) Kompatibilität mit der Regelversorgung auf.

Schließlich ist auch die Mikroebene im berühmten Dreieck „Versicherter/Patient - Arzt/Leistungserbringer - Kostenträger“ ein Bereich vielfältiger Kommunikationsprobleme. Speziell in der Arzt-Patienten-Beziehung ist ein deutlicher Wandel spürbar, der sich hinter Begriffen wie Autonomie, Partizipation, Empowerment, Coaching, Shared Decision Making, Compliance oder Adherence verbirgt. Diese Entwicklung, die sich durch das Internet extrem beschleunigt hat, verlangt vom Arzt ein anderes Rollenverständnis (Partner statt Patriarch) und höhere Kommunikationskompetenzen gegenüber einem (über-, manchmal auch fehl-) informierten Patienten. Auch das Verhältnis der Krankenkasse zu ihren Versicherten hat sich durch die Einführung der Kassenwahl-freiheit und die Ausweitung des Wettbewerbs spürbar verändert. Information, Aufklärung und Beratung sind nicht nur gesetzlich verankerte Ansprüche der Versicherten gegenüber ihrer Kasse, sondern Kernelemente von Mitgliedergewinnung und -betreuung, Marketing und Service. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich schließlich in den Beziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern beobachten. Auch hier verändert der Wettbewerb, speziell im Rahmen des selektiven Kontrahierens, Form und Inhalte der Kommunikation.

Im Bereich der Qualitätssicherung kreisen die Fragen auf der Individualebene um Aufklä-

rung, Dokumentation, Messung, Controlling, Feedback usw.. Von der Qualität der Kommunikation auf dieser Ebene hängen die Outcomes der Versorgung in wesentlichem Maße ab. Gerade in den individuellen Beziehungen ist die Bereitschaft hoch, neue Kommunikationstechniken und -formen zu erproben und einzusetzen, ehe sich die Politik und/oder die mittlere Ebene auf einheitliche Vorgaben und Standards verständigt haben. Der Fortschritt ist hier besonders schnell und vielfältig, aber leider auch nicht frei von Irrungen und Wirrungen.

Ansätze zur Aufwertung der Gesundheitskommunikation

All diese Probleme sollten detaillierter untersucht werden. Im Hinblick auf die hier aufgeworfene Frage, inwieweit Kommunikation als Voraussetzung und Ermöglichung für Versorgungsqualität angesehen werden kann, gilt es festzuhalten, dass Qualität ein wesentliches Ziel der gesundheitlichen Versorgung darstellt und Qualität wesentlicher Teil der professionellen Identität aller im Gesundheitswesen Tätigen sein muss. Dann kann und wird Kommunikation als wesentliches Instrument zur Erreichung dieses Ziels und zur Herausbildung dieser Identität dienen. Das setzt voraus, dass

- Kommunikation selbstverständlicher Teil von Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe (einschließlich von Management und Administration) wird,
- Kommunikation selbstverständlicher Teil von Struktur- und Prozessplanung und -steuerung der Akteure wird,
- besondere Kommunikationsformen für komplexe Strukturen und Prozesse (z.B. bei der integrierten Versorgung oder in Disease-Management-Programmen) entwickelt und eingesetzt werden,
- der Kommunikationsaufwand speziell in qualitätsbezogenen Vergütungsformen angemessen vergütet (Pay for Performance) wird,
- Kommunikation als Teil eines Kulturwandels unter den Paradigmen Patienten-, Nutzer-, Bürgerorientierung verstanden wird.

Kommunikation wird so verstanden zur Verbesserung von Koordination und Kooperation führen und einen gewichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Effizienz des Mitteleinsatzes leisten. <<

Literatur

Ergänzende Literaturhinweise zu diesem Essay finden Sie auf www.m-vf.de

Epidemiologie für Dummies

Hrsg.: Oliver Razum/
Jürgen Breckenkamp/Patrick Brzoska

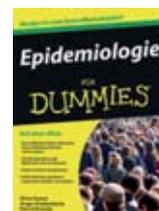
Epidemiologie für Dummies

Verlag: Wiley-VCH Verlag & Co. KGaA, Weinheim, 2009

398 Seiten

ISBN-10: 3-527-70514-7

Preis: 24,95 Euro



>> Lehrbücher zur Methodik sind den Studierenden, unabhängig vom gewählten Fach, in der Regel ein Gräuel. Meistens schwer verdaulich. In geschraubter theoretischer Reinheit wissenschaftlich exakt, aber hoch formalisiert. Kurz und gut: starker Tobak für alle Beteiligten - die Lektüre ist harte Arbeit, kein Vergnügen.

Umso überraschender ist es, wenn sich die Sonntag-Nachmittag-Lektüre eines Methodenlehrbuches zur Epidemiologie zur vergnüglichen und spannenden Lektüre entwickelt, die den Reflex auslöst: dieses Buch musst du weiterempfehlen. Was Oliver Razum, Jürgen Breckenkamp und Patrick Brzoska - alle Epidemiologen der Universität Bielefeld - mit diesem Werk vorlegen, verdient Respekt. 380 fundierte, und dennoch kurzweilige Seiten zur Epidemiologie, wer kann das erwarten? In 6 Teilen und 24 Kapiteln wird die Welt der Epidemiologen gründlich vorgestellt, ihre Werkzeuge anschaulich beschrieben (Teil 2), die Architektur der Epidemiologie (Teil 3) in Querschnittstudien, Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, randomisierte kontrollierte Studien und ökologische Studien sinnvoll unterteilt, die Anlage und Durchführung von Studien und deren Fallstricke (Teil 4) an konkreten Beispielen erläutert und schließlich die Anwendungen der Epidemiologie in den Gesundheitswissenschaften beschrieben (Teil 5).

Der Abschlussteil 6 ist als „Top-Ten-Teil“ überschrieben. Hier werden 10 Tipps um Fehler zu vermeiden und die 10 besten Datenquellen für epidemiologische Untersuchungen skizziert.

Kurzum: Nicht nur für Studenten der Gesundheitswissenschaften, sondern für alle, die sich für gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Zusammenhänge interessieren, ein Standardwerk, das zudem Freude macht. Was kann man sich mehr wünschen. <<

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

Biologika in der Rheumatologie

Innovative Arzneimittel zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis

Mit der Einführung von Biologika (auch Biopharmazeutika genannt) hat sich die medikamentöse Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA) und zahlreicher anderer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren grundlegend geändert. Mit den Biologika steht mittlerweile ein breiteres Spektrum an Therapieoptionen zur Verfügung, das dazu beiträgt, die Krankheitsprozesse positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität der Patienten nachhaltig zu stützen.

>> Biologika sind biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, sie werden in gentechnisch veränderten Organismen hergestellt. Die Wirkstoffe bestehen aus Proteinen (inklusive monoklonaler Antikörper) und Nucleinsäuren, für deren Produktion es eines besonders hohen technologischen Aufwands bedarf.

In Deutschland sind derzeit 92 Biologika-Wirkstoffe im Markt. Diese sorgen für rund 15 Prozent der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das waren 4,6 Milliarden Euro im Jahr 2009 (bewertet zu Apothekenverkaufspreisen/AVP; Quelle: NVI, INSIGHT Health). Immunologische Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis bilden dabei neben Stoffwechselerkrankungen, Infektionen sowie Erkrankungen aus den Bereichen Onkologie, Zentralnervensystem, Hämatologie u. a. eine wesentliche Indikation.

Wachsende Bedeutung von Biologika

Im Nachfolgenden werden jene neun Biologika näher betrachtet, die Einsatz in der Therapie der rheumatoiden Arthritis finden (vgl. Tab. 1). 309.000 GKV-Verordnungen für über 82.000 Patienten sorgten 2009 für Bruttoausgaben von knapp 1 Milliarde Euro (AVP). Mit einem Ausgabenanstieg von 25,3 Prozent sind diese Präparate ein Treiber der Arzneimittelausgaben in der GKV (vgl. Tab. 1). TNF-Alpha-Blocker wie die Substanzen Adalimumab und Etanercept spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Die Arzneimittelausgaben für die Biologika-Versorgung der RA-Patienten sind auch deshalb bemerkenswert, da sie bspw. für die beiden Substanzen Adalimumab und Etanercept mit knapp 63 Euro um mehr als das 26-fache oberhalb der Tagestherapiekosten für eine Behandlung mit dem etablierten generischen Basistherapeutikum (Methotrexat) liegen (nach AVP; Quelle: INSIGHT Health).

Steigende Patientenzahlen

Die Anzahl der mit RA-Biologika therapierten Patienten ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. In der GKV wurden 2009 nach Berechnungen von INSIGHT Health etwa 82.000 Patienten mit diesen Antirheumatika behandelt, 2007 waren es noch lediglich 49.000 (vgl. Abb. 1).

Somit stieg deren Anzahl jährlich im Durchschnitt um über 16.500 Patienten. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Zugewinn von 29,5 Prozent.

Mehr als zwei Drittel der Biologika-Ver-

Summary

- Biologika oder Biopharmazeutika sind biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, welche das Therapiespektrum u. a. bei immunologischen und onkologischen Erkrankungen erweitern.
- In Deutschland sind derzeit 92 Biologika-Wirkstoffe im Markt, welche für 15 % der Arzneimittelausgaben der GKV oder 4,6 Mrd. Euro (2009; AVP) verantwortlich zeichnen.
- 9 Biologika zur Therapie der rheumatoiden Arthritis wurden 2009 gut 300.000 mal für insgesamt gut 80.000 Patienten zu Kosten von 1 Mrd. Euro (AVP) verordnet.

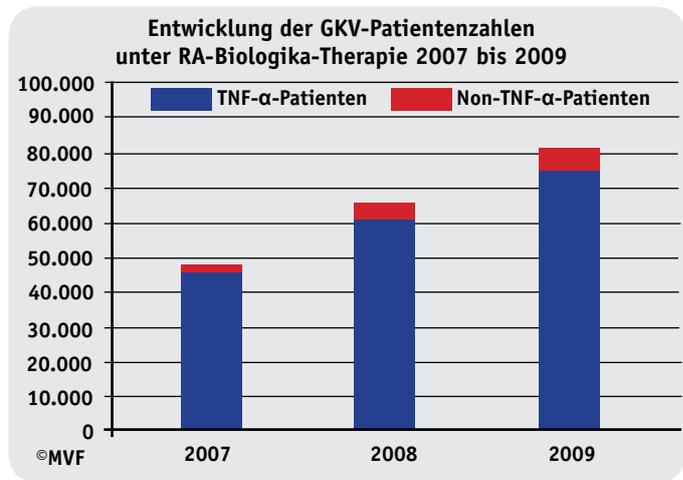


Abb. 1: Entwicklung der GKV-Patientenzahlen unter RA-Biologika-Therapie 2007 bis 2009 (Quelle: Patienten-Tracking, INSIGHT Health).

ordnungen werden von Internisten und deren Untergruppen ausgestellt; zusammen mit Klinikambulanzen, Dermatologen und Allgemeinmedizinern sorgten sie 2009 für über 90 Prozent der GKV-Verordnungen von Biologika.

Wirkmechanismus	Wirkstoff	Produkt	Hersteller	GKV-Umsatz (AVP) 2009	GKV-Verordnungen 2009	Behandelte GKV-Patienten 2009
TNF-α-Blocker	Adalimumab	Humira	Abbott	909 Mio. Euro	254.634	ca. 76.000
	Certolizumab Pegol	Cimzia	UCB			
	Etanercept	Enbrel	Pfizer (eh. Wyeth)			
	Golimumab	Simponi	Essex Pharma			
	Infliximab	Remicade	Essex Pharma			
Non-TNF-α-Blocker	Abatacept	Orencia	Bristol-Myers Squibb	70 Mio. Euro	54.062	ca. 6.000
	Anakinra	Kineret	Biovitrum			
	Rituximab	Mabthera	Roche Pharma			
	Tocilizumab	RoActemra	Roche Pharma			
Gesamt				979 Mio. Euro	308.696	ca. 82.000

Tab. 1: Übersicht der u. a. zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis eingesetzten Biologika (Quelle: NVI, Patienten-Tracking, INSIGHT Health).

Andere Facharztgruppen spielen in diesem Zusammenhang kaum eine Rolle (vgl. Abb. 2).

In der jüngsten Vergangenheit kam es zu einigen Neuzulassungen: So ist seit Februar 2009 der Wirkstoff Tocilizumab zugelassen. Im Oktober 2009 folgten die Wirkstoffe Golimumab und Certolizumab Pegol. In etwa jeder dreißigste Patient, der mit den dargestellten Biologika behandelt wurde, hat 2009 bereits zumindest eines dieser neu zugelassenen Präparate verordnet bekommen. Jüngste Zahlen zeigen, dass sich dieser Anteil in der ersten Jahreshälfte 2010 bereits mehr als verdoppelt hat.

Kostenneutralität unter Berücksichtigung von Folgekosten?

Biopharmazeutika werden zukünftig nicht nur in der Therapie der rheumatoiden Arthritis weiter an Bedeutung gewinnen. So ist in etwa jeder vierte neu zugelassene Wirkstoff ein Biopharmazeutikum. Die Frage nach der Finanzierbarkeit innovativer Therapien durch die GKV wird damit zukünftig noch stärker in den Fokus rücken - auch vor dem Hinter-

grund des häufig additiven Einsatzes von neu zugelassenen Biologika in Kombination mit konventionellen Arzneimitteln. In einer gesundheitsökonomischen Gesamtbetrachtung sollten den erhöhten Arzneimittelausgaben jedoch auch die Einsparungen durch vermiedene stationäre Aufenthalte und anderer Folgekosten gegenübergestellt werden. Das Deutsche Rheumaforschungszentrum Berlin (DRFZ) kommt hierbei zu dem Schluss, dass sich die gesellschaftlichen Gesamtkosten kaum verändert haben. Weitere Untersuchungen hierzu - auch vor dem Hintergrund der oftmals diskutierten Kosten von Arzneimittelinnovationen - sind wünschenswert. <<

von: Christian Bensing und Dr. André Kleinfeld*

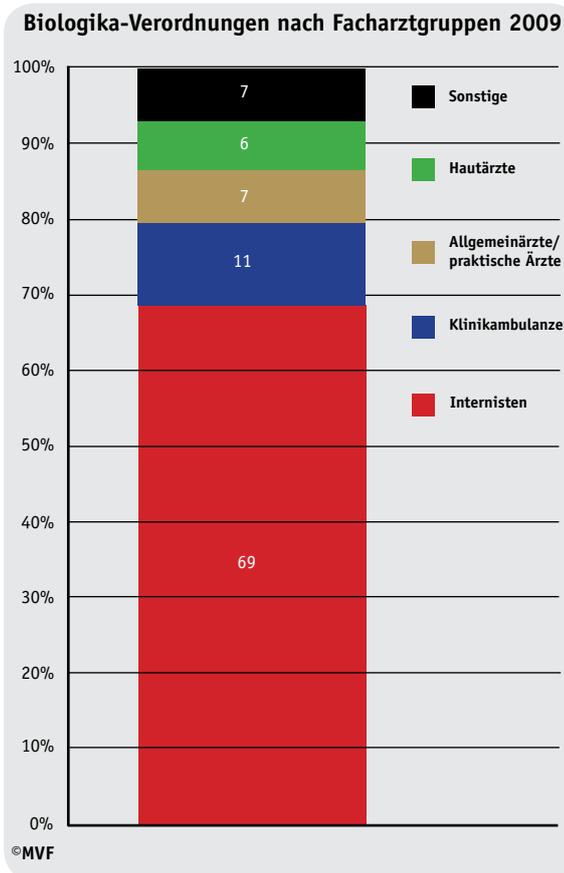


Abb. 2: Biologika-Verordnungen nach Facharztgruppen 2009 (Quelle: NVI, INSIGHT Health).

Regionale Unterschiede bei nichtsteroidalen Antirheumatika

Jedes Jahr treffen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) Arzneimittelvereinbarungen auf der Rechtsgrundlage des § 84 SGB V. Diese beinhalten u. a. ein Einsparziel hinsichtlich der Arzneimittelausgaben.

>> Die Einsparungen sollen z. B. durch eine konsequente Verordnung preisgünstiger Generika und eine Erhöhung des Verordnungsanteils der Leitsubstanz(en) an der jeweiligen Wirkstoffgruppe erreicht werden. Seit 2008 ist auch die Wirkstoffgruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR - entzündungshemmende Wirkstoffe, die bei rheumatoider Arthritis und anderen Gelenkerkrankungen und -beschwerden eingesetzt werden) in die Arzneimittelvereinbarungen einiger KVen aufgenommen worden. Während in den letzten zwei Jahren nur Diclofenac als Leitsubstanz definiert wurde, kam bei den Vereinbarungen für das Jahr 2010 noch Ibuprofen hinzu.

Bei einem Vergleich der Wirkstoffverordnungen in den einzelnen KV-Regionen fällt vor allem die große Ost-West-Differenz auf. Während die beiden Leitsubstanzen in den Ost-KVen (ohne KV Berlin) weniger als 77 Prozent aller NSAR-Tagesdosen auf sich vereinen, liegen die 11 West-KVen alle oberhalb des Durchschnitts von 83,5 Prozent (vgl. Abb. 1). Besonders Ibuprofen wird im Osten weniger verschrie-

ben: 33,5 Prozent im Vergleich zu durchschnittlich 41 Prozent in den West-KVen (Basis: GKV-Verordnungen 1. Halbjahr 2010, Quelle: NVI-KV, INSIGHT Health).

Umgekehrt liegt der Osten bei der Verschreibung der noch durchgängig patentgeschützten Coxibe deutlich vorne: 14,2 Prozent im Vergleich zu durchschnittlich 6 Prozent im Westen. Das erste Coxib wurde 1999 in Deutschland zugelassen; zum Vergleich: Ibuprofen 1969, Diclofenac 1975. Die Kosten der Coxibe je Tagesdosis liegen beim fast 2,7-fachen der Kosten für die Leitsubstanzen Diclofenac und Ibuprofen (Quelle: Sonderanalyse von INSIGHT Health auf Basis der GKV-Verordnungen im 1. Halbjahr 2010). <<

von: Christian Bensing und Dr. André Kleinfeld*

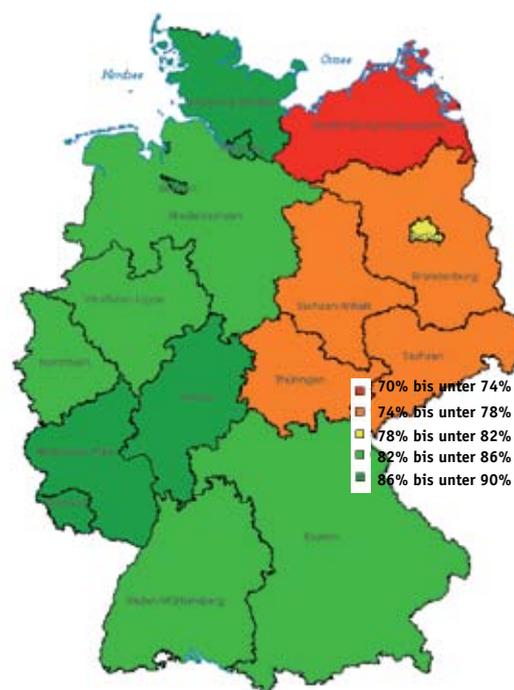


Abb. 1: DDD-Anteil der Leitsubstanzen Diclofenac und Ibuprofen an der Wirkstoffgruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (1. Halbjahr 2010; Quelle: NVI-KV, INSIGHT Health).

Die beiden ICW-Vorstände Peter Kirschbauer und Jörg Stadler über zwei Jahre HVZ und IT-Struktur in Baden-Württemberg

„In Baden-Württemberg wird IT-Infrastruktur gelebt“

Folgt man der auf der bwcon-Veranstaltung kürzlich in Stuttgart vorgetragenen Argumentation von Dr. Werner Baumgärtner, dem Vorsitzenden von MEDI Deutschland sowie von Dr. Rolf Hoberg, dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, dann habe „die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) auf Bundesebene deutlich an Innovationspotenzial eingebüßt“, sofern der aktuelle Kabinettsbeschluss zum GKV-Finanzierungsgesetz unverändert umgesetzt werden sollte. Das sind Worte - nachzulesen auch in aktuellen Pressemitteilungen - der HVZ-Kooperationspartner in Baden-Württemberg, wobei gleich klargestellt worden ist, dass das AOK-Hausarztprogramm, für das der eHealth-Spezialist InterComponentWare AG (ICW) den gekapselten Kern sowie Konnektor und IT-Infrastruktur bereitstellt, bis mindestens Ende 2015 fortgeführt werden soll. Ebenso wird davon auszugehen sein, dass die mit vielen anderen Krankenkassen geschlossenen Hausarztverträge zumindest bis 2012 Bestand haben werden. Die Zeit läuft, in der die Riege der Vertragspartner und ICW als Telematik-Dienstleister beweisen können, ob Hausarztverträge positive Effekte auf Versorgungsqualität und Ökonomie zeitigen. Im Interview: ICW-Vorstandsvorsitzender Peter Kirschbauer und Vorstand Jörg Stadler.

>> Was kann ICW tun, um der hinter der HVZ stehenden IT zum Erfolg zu verhelfen?

Stadler: Man muss vor und auch nach dem Inkrafttreten des AMNOG - und hier ist das letzte Wort über die tatsächliche Formulierung der die Selektivverträge betreffenden Passagen noch nicht gesprochen - strikt trennen; einerseits zwischen der Situation, wie sie sich derzeit in Baden-Württemberg heute, in naher und mittelfristiger Zukunft darstellt, und andererseits zwischen der bundesweit zu beobachtenden realen Vertrags-situation - ebenfalls heute und in Zukunft. Sicher ist es so, dass - wenn Herr Bundesminister Dr. Philipp Rösler bei seiner Meinung bleiben und diese auch im Gesetz durchsetzen sollte, dass das kollektive Vertragssystem die Blaupause für das selektive sein sollte - das künftige selektive Kontrahieren nicht gerade gefördert wird.

Kirschbauer: Doch andererseits wurden in den vergangenen zwei Jahren, in denen Hausarztzentrierte Verträge in Baden-Württemberg existieren und nach und nach mit Leben erfüllt wurden, Fakten geschaffen; und zwar Fakten, die man nicht einfach ignorieren kann.

Als da wären? Wenn man an eine vielleicht irgendwann einmal real existierende IT-Infrastruktur denkt, in die sich ein selektives Vertragsgeschehen integrieren muss?

Kirschbauer: Das Entscheidende der Situation in Baden-Württemberg ist, dass die IT-Struktur hier den Anwendungen folgt und nicht umgekehrt. Denn hier wurde die IT bisher einzig und alleine von der hausarztzentrierten Versorgung getrieben. Hätte es diese neue Vertragswelt nicht gegeben, wäre auch die derzeit schon vorhandene und auch funktionierende Infrastruktur nicht vorhanden.

Wieder das Stichwort Blaupause.

Stadler: In Baden-Württemberg existiert schon heute eine intakte IT-Infrastruktur, die HVZ-Ärzte mit den Krankenkassen vernetzt - allen voran mit der AOK Baden-Württemberg, aber auch mit der Bosch BKK und anderen. Diese IT-Infrastruktur ist keine Blaupause mehr, sondern wurde institutionalisiert und industrialisiert. Und: Sie funktioniert und könnte im Endeffekt einen bundesweiten Rollout erfahren.

Wäre es möglich, auf Basis der in Baden-Württemberg existenten IT-Infrastruktur eine größere, ja bundesweite Lösung zu schaffen?

Kirschbauer: Sicher. Wir haben bei der bundesweiten IT-Infrastruktur das klassische Henne-Ei-Problem: Es gab bislang keine Mehrwertapplikationen, weil es keine Infrastruktur gab und umgekehrt wegen fehlender Mehrwertapplikationen keinen Business-Case, um auch nur annähernd die Infrastruktur zu finanzieren. Doch in Baden-Württemberg wurde das

Henne-Ei-Problem über die Selektivverträge gelöst, hier wird die IT-Struktur gelebt.

Stadler: Die Sicherheitsanforderungen, die wir bereits heute in Baden-Württemberg erfüllen, würden einen bundesweiten Rollout erlauben. Im Idealfall müssten unsere Konnektoren, die nach Maßgabe unserer Vertragspartner - der AOK und Medi Baden Württemberg - von Anfang an gematik-kompatibel ausgerichtet und beim BSI zertifiziert werden. Doch mit dem BSI sind wir schon heute im Gespräch, um auch außerhalb des Paragraphen 291a eine Zertifizierung zu bekommen. Wenn das gelingt und davon gehen wir aus, setzen wir auf einen Standard auf, der unangreifbar ist.

Eine der Hauptfragen wird es auch sein, in wie weit es Ihre IT schafft, nach oben zu skalieren oder auch zu standardisieren.

Kirschbauer: Das ist eine Frage der Technik und der nötigen Praktikabilität. Natürlich will der Arzt in seinem Tagesablauf nicht mit zu vielen unterschiedlichen Abläufen, Formularen und Oberflächen konfrontiert sein, das ist ja auch verständlich. Richtig ist, dass gewisse Abläufe und Oberflächen der IT-Anwendungen mehr als heute standardisiert werden müssen. Aber das ist nicht so sehr unser, denn das Problem der diversen Praxissystemanbieter.

Weil sie einen fest definierten „gekapselten“ Kern anbieten.

Stadler: Exakt. In diesem Kern spielt sich im Prinzip die gesamte selektive Vertragswelt ab. Und „gekapselt“ heißt er deswegen, weil eine hohe Sicherheitsstruktur verhindert, dass die in ihm gespeicherten und nur den Vertragspartner bekannten Vertragsdetails nach außen dringen. An diesen Kern docken nun diverse Praxissoftwarelösungen anderer Anbieter an, die entsprechende Formulare, Prozeduren und Oberflächen bereit halten. Diese Anbieter sind natürlich aufgerufen, weit mehr als bisher zu standardisieren.

Nachfrage zum „gekapselten“ Kern: Wie viele Verträge können denn über ein und den selben Kern abgewickelt werden? Man kann sich schwer vorstellen, dass in einem Kern 100 oder auch 600 verschiedene Verträge gemanaged werden können, auch wenn die Standardisierung hoch und die Grundmodule gleich sind. Irgendwo muss es doch eine Grenze geben.

Kirschbauer: Der Techniker sagt: Es kommt darauf an. Es ist wirklich so, dass sich die Verträge im Grunde genommen sehr ähnlich sind und auch künftig sein werden. Diese Ähnlichkeit wird im Kern standardisiert abgebildet und muss deshalb nicht 100 oder auch 600 mal in verschiedener Form vorhanden sein. Darüber hinaus gibt es regelbasierte Systeme mit Parametern, die fast jede Kasse zwar unterschiedlich definieren mag,

die aber wiederum regelbasiert verarbeitet werden können.

Stadler: Schwierig wird es jedoch bei den Elementen von Verträgen, die in den Ablauf der Praxissysteme eingreifen müssen.

Mit dem Kern haben Sie demzufolge ein eigenes Geschäftsmodell und wo es schwierig wird, sind die Praxissoftware-Anbieter zuständig.

Kirschbauer: Das wäre zu einfach. Wir wollen und können natürlich helfen, zum Beispiel beim Thema Formulare. So könnten wir beispielsweise Heilmittelformulare über unseren Kern an die Nutzeroberfläche bringen und in jedem Arztsystem anzeigen lassen. Die dazu benötigten Daten könnten teilweise schon heute aus Web-Services übernommen werden, damit das entsprechende Formular schon teilweise ausgefüllt ist. Dann braucht der Arzt nur noch wenige Angaben machen, die gegen Wertetabellen abgeprüft werden. Und wenn das Formular keine Fehler aufweist, kann es über den Kern an die verarbeitende Stelle verschickt werden. Das wäre ein Service, der allen PVS-Anbietern viel Entlastung bringen würde, weil eine notwendige technische Lösung eben nur einmal im Kern programmiert werden muss und nicht x-mal in jedem PVS.

Was ist denn mit Ihrer eigenen HZV-Softwarelösung „Hausarzt+“?

Kirschbauer: Neben der Entwicklung des gekapselten Kerns treiben wir gleichzeitig die Entwicklung von Hausarzt+ weiter voran und werden unsere vertraglich zugesagten Verpflichtungen voll erfüllen. In bilateralen Gesprächen und Workshops gehen wir auf die PVS-Anbieter zu, um gemeinsame Stärken zu definieren, oder auch Schwächen zu eliminieren.

Was sind denn die Problemfelder?

Stadler: IT ist und darf nie Selbstzweck sein. Doch ebenso klar muss sein, dass ohne IT ein so komplexes Vertragsgebilde wie das der Hausarztverträge oder auch Facharztverträge nie funktionieren kann. Gerade in der Anfangszeit sah man die Schwierigkeiten, die ein derartiges Unterfangen automatisch mit sich bringt: Das ist vor allem eine wahre Flut von Änderungen, ob nun seitens der Politik, des Datenschutzes oder seitens der Vertragspartner. Für uns als IT-Anbieter bedeutete dies einen enormen Zeitdruck bei der Umsetzung all dieser Anforderungen.

Durch die hohe, dahinterstehende Komplexität?

Kirschbauer: Es ist nicht einfach, wenn sich die Vertragspartner gegen den Druck des KV-Systems oder auch anderer Gruppierungen der Selbstverwaltung auf ein selektives Vertragsgeschehen verständigen und dafür eine ganz neue Versorgungsstruktur aufbauen. Darüber wird verhandelt und - im positiven Sinne - gestritten. Doch wenn sie sich einmal geeinigt haben, wollen sie die dafür nötigen IT-Strukturen natürlich möglichst bereits gestern implementiert sehen. Das ruft einen enormen Zeit- und auch Erfolgsdruck hervor, dem im Prinzip jedoch alle ausgesetzt sind.

Wie kann man die Zusammenarbeit verbessern?

Stadler: Das ist teilweise schon geschehen, indem seitens der Vertragspartner sogenannte Pflichtenhefte erstellt werden, auf deren Basis wir und alle anderen involvierten Softwarehäuser entwickeln können. Doch ist das Pflichtenheft einmal verabschiedet, rennt wieder die Zeit.

Was ist denn mit Ihrer Gesundheitsakte?

Stadler: Technisch könnten alle Patientendaten per Mausklick in die Gesundheitsakte geladen werden.

Was aber nicht oder nur zu selten getan wird.

Kirschbauer: Stimmt. Leider ist es uns und auch den Vertragspartnern der selektiven Verträge noch nicht gelungen, dem Arzt zu kommunizie-

ren, welchen Kernnutzen er oder sein Patient davon hat.

Das führt auf das Problem der bundesweiten IT-Infrastruktur zurück: Solange die zentrale Nutzen-Frage nicht geklärt ist, nützen die beste Struktur oder auch Applikationen herzlich wenig. Aber was hat der Arzt von einer Gesundheitsakte, außer dem Fakt, dass die Daten im Notfall oder im Zweifel auch bei einem Arztwechsel einem anderen Arzt schnell, ausführlich und in digitaler Form zur Verfügung stehen?

Kirschbauer: Die Gegenfrage lautet, ob der Arzt wirklich etwas von einer Gesundheitsakte haben muss. Die Fragestellung sollte doch eher lauten: Was hat der Patient davon?

Wie könnte dieses System in ein besseres überführt werden?

Stadler: Das passiert in den HZV-Verträgen, indem sich Kassen und Ärzteschaften auf ein strukturiertes Versorgungsmodell geeinigt haben. Das ist der erste Schritt. Nun muss der zweite folgen, der dazu führt, dass die Ärzteschaft die zur Verfügung stehenden Patientendaten in digitaler Form vorhält.

Kirschbauer: Das tun sie derzeit nur deshalb zu wenig, weil diese Möglichkeit noch zu wenig in ihren EDV-gestützten Arbeitsablauf integriert ist. In unserer HZV-Softwarelösung Hausarzt+ gibt es diese Möglichkeit übrigens seit langem und die wird auch genutzt. Würden Ärzte die Patientendaten per Mausklick aus ihrem PVS-System heraus in die Gesundheitsakte einstellen oder auch zum weiter behandelnden Arzt schicken können, würden sie das auch machen - zumindest mehr als bisher.

Hier scheint wieder eine ähnliche Systematik zu gelten.

Kirschbauer: Exakt. Hier gilt wieder Henne und Ei: Selektivverträge stiften Nutzen und die IT schafft die Möglichkeiten dafür.

Wo sehen Sie für Ihr Unternehmen die Zukunft? In „Hausarzt+“ - einer HZV-Vertragssoftwarelösung mit eigener Oberfläche? Im „gekapselten“ Kern, der als eine Art „Intel inside“ der HZV-Vertragswelt zu verstehen sein mag?

Stadler: Im Vergleich zum gekapselten Kern wird Hausarzt+ immer weniger nachgefragt. Das zeigen die aktuellen Installationszahlen: Bei rund 7.000 Vertragsärzten läuft unser gekapselter Kern, bei nur 400 Hausärzten Hausarzt+. Unser Ziel muss es demnach sein, mehr als bisher der Enabler der selektiven Vertragswelt zu sein.

Kirschbauer: Daneben haben wir noch weitere Lösungen in unserem Portefeuille. Dazu zählen Lösungen für die Klinikvernetzung oder das Versorgungsmanagement sowie für die Telemedizin. Hier möchte ich das Forschungsprojekt der Berliner Charité „Partnership for the Heart“ nennen, an dem wir mitarbeiten. Hier geht es darum, dass telemedizinische Leistungen bei Herzinsuffizienz Anerkennung in den Regelleistungen finden.

Sind das diverse IT-Welten oder werden gemeinsame Standards genutzt?

Kirschbauer: Wir nutzen hauptsächlich eine Integrations-Plattform für die Entwicklung von Anwendungen und Lösungen. Sie unterstützt sowohl Integrations- als auch Datenaustauschszszenarien.

Was wiederum eine eigene kleine IT-Infrastruktur darstellt.

Stadler: Unsere Plattform hostet Daten, bietet Vernetzungsmöglichkeiten und Content Management. Das Motto von ICW heißt ja: Vernetzen statt Ersetzen. Gerade das Vernetzen der verschiedenen Teilnehmer ist eine Kernkompetenz, in der wir viel Erfahrung haben und die entsprechende Technologie anbieten. <<

Das Gespräch führte Peter Stegmaier.

RCT-Studie über eine nicht-medikamentöse Demenz-Therapie

Was Lebensqualität wirklich wert ist

Prof. Dr. med. Elmar Gräßel, Leiter des Bereichs Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Erlangen, hat etwas geschafft, was bislang als zumindest schwierig galt: Er hat die Wirksamkeit einer exakt festgelegten, aus mehreren Komponenten bestehenden, nicht-medikamentösen Therapie - genannt MAKS aktiv - auf die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz überprüft und zwar in der Umgebung des Pflegeheims. Die Studie - von Mai 2008 bis Februar 2010 vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Initiative „Leuchtturmprojekt Demenz“ als eines von insgesamt 29 Projekten gefördert - wurde in Kooperation mit fünf Pflegeheimen der Diakonie Neuendettelsau durchgeführt und von der Katholischen Fachhochschule Mainz, Fachbereich Gesundheit und Pflege, fachlich begleitet. Die gute Nachricht für Forscher wie Betroffene: RCT ist anwendbar und MAKS funktioniert. Die schlechte: MAKS kostet zwar nur 12 Euro mehr pro Tag und Patient, doch das scheint den Pflegeheimen zu viel zu sein.

>> Immer wieder erlebten Dipl. theol. Dipl. Rel. päd. Stephan M. Abt, der Leiter des Sigmund-Faber-Heimes in Hersbruck, Alten- und Pflegeheim in der Trägerschaft der Diakonie Neuendettelsau, und seine Mitarbeiter während der Anwendung von MAKS aktiv (s. Info rechts), dass von Gedächtniseinbußen Betroffene trotz der für sie durchaus anstrengenden zweistündigen Therapiesitzungen positiv beeinflusst wurden: nicht nur, was ihre motorischen, alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten betraf, sondern vor allem auch was ihre merklich aufgehellte Stimmung, ja die Freude der Bewohner bei den gemeinsamen Aktivitäten betraf. „Das hat der Max gemacht“ - waren sich Demenzpatienten sicher, die dem Akronym MAKS, das für „motorische, alltags-praktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie“ steht, gleich personifizierten.

Für die Studie erhielten in fünf Pflegeheimen je zehn Bewohnerinnen und Bewohner mit Gedächtniseinbußen sechs Monate lang sechs Tage die Woche für je zwei Stunden Förderung in den vier MAKS-Bereichen: alltagspraktische Fähigkeiten, Kognition, Motorik und spirituelles Empfinden. 50 weitere Personen bildeten die Kontrollgruppe.

Nach Ablauf des ersten halben Jahres wurde die Studie für nochmals sechs Monate weitergeführt. Insgesamt konnten die Daten von 129 Personen für den 6-Monats-Zeitraum und von 70 Bewohnern für den 12-Monats-Zeitraum in die Auswertung einbezogen werden. Bereits nach sechs Monaten hatten die durch MAKS aktiv geförderten Personen erkennbar mehr Freude an ihrem Leben, waren besser gestimmt, sozial stärker eingebunden und zeigten weniger demenztypische Verhaltensauffälligkeiten als die herkömmlich versorgten Personen. „Über den Studienzeitraum eines ganzen Jahres zeigte sich bei unserer Untersuchung, dass die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS aktiv-Therapie auf gleichem

Niveau blieben, während sie in einer Kontrollgruppe vor allem im zweiten Halbjahr weiter abnahmen, wie dies für den „natürlichen“, untherapierten Verlauf von degenerativen Demenzen (insbesondere Alzheimer-Demenz) typisch ist“, erklärt Gräßel. Die Verbesserung der Gesamtsymptomatik, die beobachtet werden konnte, sei insbesondere auf eine Abnahme depressiver Symptome, eine Abnahme sogenannter herausfordernder Verhaltensweisen (z. B. Aggressivität) und eine Verbesserung des Sozialverhaltens zurückzuführen. Im Vergleich zur Arzneimittel-Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz zeige sich, dass die MAKS-aktiv-Therapie stärker, länger und ohne Nebenwirkungen auf die alltagspraktischen Fähigkeiten und die Gesamtsymptomatik einwirke. Im Vergleich zu den spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der leichten und mittelschweren Alzheimer-Demenz - den Acetylcholinesterase-Hemmern - zeigt sich laut Gräßel, dass die MAKS-aktiv-Therapie stärker auf die alltagspraktischen Fähigkeiten und auf die Gesamtsymptomatik wirkt - „mindestens genau so lange, eher länger, und das ohne Nebenwirkungen“.

Dennoch empfiehlt Gräßel eine Kombinationstherapie mit Demenz-Medikamenten, die



Gräßel

jedoch erst im nächsten Schritt zu erforschen wäre. Dann könne auch die Frage beantwortet werden, ob eine kombinierte Therapie aus MAKS aktiv und wirksamen Arzneimitteln gegen Demenz einer Einzeltherapie überlegen sei. Gräßel: „Die Beantwortung dieser Forschungsfrage hat für die Lebensqualität der Betroffenen und damit für die Versorgung der Menschen mit Demenz in den kommenden

MAKS aktiv

Die Abkürzung MAKS aktiv steht für motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Aktivierungstherapie für Menschen in Pflegeheimen, die von Gedächtnisstörungen betroffen sind. Aus Sicht der Pflege ist besonders interessant, dass mit MAKS aktiv endlich ein Therapieangebot mit belegter Wirksamkeit zur Verfügung steht, das von Pflegenden (später auch ambulant und zu Hause) selbstständig eingesetzt werden kann. Dabei wird anhand eines praxisnahen und benutzerfreundlichen Handbuchs über 200 Übungen in einen strukturierten Therapie-Rahmen gebracht, anstatt wie fast überall sonst auf rudimentäres Material oder zufällige Therapieansätze zu setzen, die jeder Betreuer aus Schulungen oder über Medien kennengelernt, aber nie evidenzbasiert angewandt hat. Dazu kam, so Abt, dass bislang die eine Mitarbeiterin oft nicht wusste, was die andere Kollegin tat, denn „Vieles glich einer Black Box“. Damit ist Schluss, denn durch das einheitliche Handbuch, das leider in gedruckter Fassung erst im Jahr 2011 vorliegen wird, ermöglicht MAKS aktiv eine Art „roten Faden“ für die Betreuungsangebote eines ganzen Hauses und alle Mitarbeitenden sowie für die innerbetriebliche Fortbildung einer Gesamteinrichtung.



Abt

Jahrzehnten allergrößte Bedeutung.“

Das multi-modal aufgebaute MAKS aktiv kann, nach Überzeugung von Abt, auch in Pflegeheimen mit einem geringen Personalschlüssel realisiert werden, indem die Module auf verschiedene Tage aufgeteilt werden. Und auch nach Abschluss der Studie wird in dem von ihm geleiteten Heim MAKS weitergeführt, jedoch nicht vollständig. Abt ist sich voll und ganz bewusst, dass damit der Studienerfolg nicht auf die Folgejahre übertragen werden kann, denn niemand kann evidenzbasiert wissen, welche Module, die Abt zukünftig einsetzt, welchen Anteil am gesamttherapeutischen Erfolg haben - und welche nicht.

Doch Abt kann (obwohl er dies durchaus möchte) MAKS nicht gesamthaft einsetzen - aus reinen Kostengründen! Denn die Therapieform kann zwar einen Rückgang der IADL-Pflegezeit (telefonieren, kleinere Besorgungen, Frisörbesuche etc.) erzielen, jedoch gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Therapie und Kontrollgruppe in Hinsicht auf die Gesamtpflegezeit pro Tag sowie den Basis-Pflegeaufwand (Mobilität, Körperpflege etc.). Will heißen: MAKS erhöht zwar die Lebensqualität, aber steigert nicht die Ökonomie. Und auf vage Vermutungen, dass man durch den Einsatz von MAKS Medikationskosten senken kann, will sich Gräßel nicht einlassen. So bleibt für den gesamthaften Einsatz von MAKS ein von Gräßel errechneter Zusatzaufwand von etwa 12 Euro pro Tag und Patient - der für Pflegeleiter Abt und sicher für die meisten anderen Pflegeheime einfach nicht darstellbar ist. Solange zumindest ein nicht-medikamentöser Betreuungsansatz wie dieser nicht Einfluss in die derzeit laufende Qualitätsdebatte im Pflegebereich gefunden hat und eines fernen Tages vielleicht einmal zwingend vorgeschrieben ist. <<

Die Studie

Mitmachen konnten alle Bewohnerinnen und Bewohner mit Beeinträchtigungen von Gedächtnis und anderen kognitiven Funktionen (degenerative Demenz), die in der Lage waren, an einem Gruppenangebot teilzunehmen. Für den Zeitraum von sechs Monaten konnten 129 Personen in die Auswertung einbezogen werden. Über die gesamte Laufzeit von zwölf Monaten waren es 70 Personen.

Wie wurde die Studie durchgeführt?

In jedem der fünf beteiligten Pflegeheime wurden zu Beginn nach dem Zufallsprinzip 20 geeignete Personen auf eine Kontrollgruppe mit zehn Personen und auf eine Therapiegruppe, ebenfalls aus zehn Personen bestehend, verteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Versorgung, ohne MAKS aktiv, während die Therapiegruppe zusätzlich mit einer zweistündigen MAKS-aktiv-Therapie versorgt wurde. Sämtliche nicht-medikamentösen und medikamentösen Therapien in beiden Gruppen wurden laut Gräßel zudem identifiziert und deren mögliche Einflüsse auf das Ergebnis gewichtet.

Welche Auswirkungen wurden im Verlauf untersucht?

Die wichtigsten Zielgrößen waren die kognitiven Fähigkeiten einschließlich des Gedächtnisses und die alltagspraktischen Fähigkeiten. Beide Bereiche wurden in Leistungstests zu Beginn, nach sechs und nach zwölf Monaten genau erfasst. Dies geschah durch Personen, die nicht wussten, ob jemand MAKS aktiv erhielt oder nicht. Von Pflegekräften im Wohnbereich wurde die Gesamtsymptomatik älterer Patienten, Pflegezeit pro Tag und Basis-Pflegeaufwand (für Mobilität, Körperpflege etc.) zu Beginn und nach sechs Monaten beurteilt.

Welche Auswirkungen hatte die MAKS-aktiv-Therapie im Vergleich zur Kontrollgruppe?

Über den Zeitraum eines ganzen Jahres zeigte sich, dass die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten unter der MAKS-aktiv-Therapie auf gleichem Niveau blieben, während sie in der Kontrollgruppe vor allem im zweiten Halbjahr weiter abnahmen, wie dies für den „natürlichen“, untherapierten Verlauf von degenerativen Demenzen (insbesondere Alzheimer-Demenz) üblich ist. Während die Gesamtsymptomatik in der Kontrollgruppe unverändert blieb, verbesserte sie sich unter der MAKS-aktiv-Therapie sogar (nur in den ersten sechs Monaten erfasst). Dies ist insbesondere auf eine Abnahme depressiver Symptome, eine Abnahme sog. herausfordernder Verhaltensweisen (z. B. Aggressivität) und eine Verbesserung des Sozialverhaltens zurückzuführen. Für die insgesamt aufgewendete Pflegezeit pro Tag und für den Basis-Pflege-Aufwand bezüglich Mobilität, Körperpflege etc. zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe. Ausnahme ist die notwendige Zeit für Hilfen im IADL-Bereich (z. B. beim Telefonieren, bei kleineren Besorgungen etc.): Diese „Pflegezeit“ wird für Personen unter der MAKS-aktiv-Therapie geringer, da die Betroffenen auf diesem Gebiet selbstständiger werden, während sie in der Kontrollgruppe in unverändertem Umfang notwendig ist.

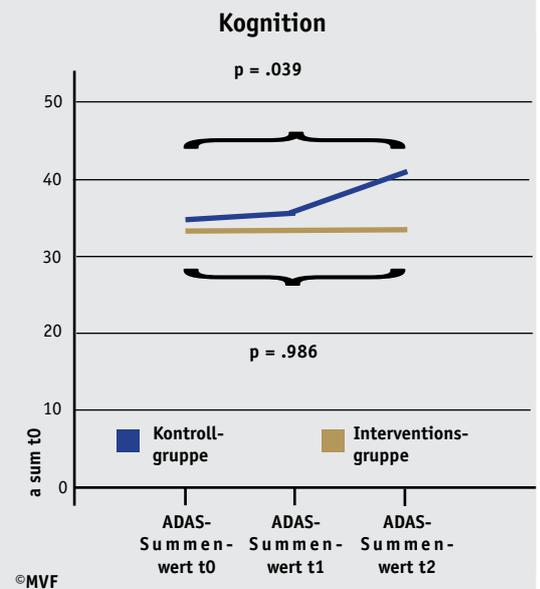


Abb. 1: ADAS-kog, 12 Monate: n=61, (AT-Analyse), p-Werte: t-Test für verbundene Stichproben

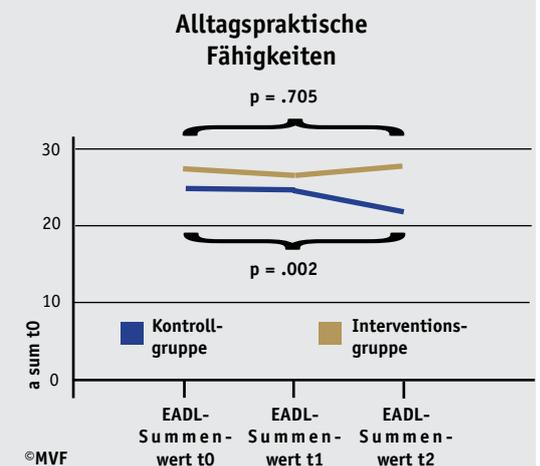


Abb. 2: E-ADL-Test, 12 Monate: n=61, (AT-Analyse) p-Werte: Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben

Kongress: „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung - von der Praxis zur Evidenz“ (I)

Versorgungsforschung zeigt den realen Nutzen

Mit über 600 zahlenden Teilnehmern, über 220 Vorträgen und über 200 Posterpräsentationen gehört der 9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung zu den erfolgreichsten überhaupt. Das lag zum Teil an der geschichtsträchtigen Location in der Aula der ehrwürdigen Bonner Universität und an der charmanten wie kompetenten Kongressleitung durch Prof. Dr. Matthias Schrappe, zum größeren Teil sicher aber an der Bedeutung des Kongressthemas an sich: Mit „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung“ war der Kongress, gleichzeitig die 5. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., überschrieben. Gerade hier, im Bereich der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse, zeigt die Versorgungsforschung was sie kann, weil ihre Ergebnisse, wie Prof. Hoffmann (Uni Greifswald) in seinem beachtenswerten Festvortrag „Von der Versorgungsepidemiologie zu einer transnationalen Versorgungsforschung“ forderte, par excellence in der Lage sind, schnell und effektiv Einzug in die Versorgungsrealität zu finden. Das gelingt auch durch die Arbeit des APS immer besser, aber wie auf der Kongress-Pressekonferenz beschrieben wurde, noch nicht genügend.

>> So erleiden ungefähr zwei bis vier Prozent aller Krankenhauspatienten ein vermeidbares unerwünschtes Ereignis, das summiert sich bei vielen Millionen Krankenhausbehandlungen pro Jahr, alleine an Infektionen sind jährlich 500.000 Fälle zu verzeichnen. Und das trotz einer gesetzlichen Verankerung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. „Das Engagement aller Beteiligten ist unverzichtbar, deswegen begrüße ich es, dass im APS alle verantwortlichen Partner und Institutionen des deutschen Gesundheitswesens vertreten sind und die Landesregierung die Forderung unterstützt, einen offenen Umgang mit Behandlungsfehlern zu führen, was einen Mentalitätswandel hin zu einer offenen Fehlerkultur erfordert“, erklärte dazu Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit von NRW. Das funktioniert nur in Kooperation und in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen, wie sie im APS, dessen Schirmherrschaft vor wenigen Tagen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler übernommen hat, vertreten seien.

In ihrem Kurzvortrag, kam sie auch auf die bundesweite Krankenhausbefragung des APS zurück, bei dem immerhin oder auch nur 484 von 1.820 Krankenhäuser geantwortet haben. Bredehorst: „Hiervon haben Zweidrittel Risikomanagementsysteme wie ZIRS oder Maßnahmen zur Seiten- und Eingriffsverwechslung eingeführt.“ Das sei zwar lobenswert, aber reiche noch nicht aus. Darum verlange die Landesregierung, die zur Stärkung des Patientenschutzes derzeit plane, das Amt eines eigenen Patientenbeauftragten einzurichten, einerseits eine „flächendeckende Implementation von Risikomanagementsystemen“, und andererseits die Aufnahme der Themenfelder Risikomanagement und Umgang mit Fehlern in die ärztliche Ausbildung.

Den Faden nahm Schrappe, auf in dem der

als Aufgabe des APS sowohl eine Förderung der Lehre reklamierte, als auch eine Förderung der Wissenschaft. So arbeitet das APS seit der Gründung von fünf Jahren an der Evaluation von Verbesserungsmaßnahmen und hat auch bereits eine ganze Reihe von Empfehlungen ausgearbeitet. Nun erforscht Schrappe, und hier trifft Versorgungsforschung Patientensicherheit, „ob das real was nützt“. Dazu müssen Monitorinstrumente zur Patientensicherheit und die passenden Surrogatparameter entwickelt werden wie Schrappe bereits im Titelinterview von „Monitor Versorgungsforschung 04/10“ ausgeführt hat. Ein solcher auf eine mögliche Fehlerkultur hinweisender Parameter sei beispielsweise die Menge des verbrauchten Händedesinfektionsmittels. Schrappe: „Wenn pro Tag nur 10 mm verbraucht worden sind, dann kann wohl nicht mehr verbraucht worden sind und 10 mm reicht eben nur für zweimaliges Desinfizieren der Hände.“

Damit komme eine Krankenschwester nicht allzu weit, die im Schnitt pro Tag circa 100 Patienten zu tun habe und nach Richtlinien alleine für die Desinfizierung der Hände hochgerechnet 50 Minuten ihrer Arbeitszeit aufwenden müsste, eine Zeit, die unter den Einflüssen von Zeitdruck und auch Personalknappheit geopfert wird - eben mit dem Risiko an sich vermeidbarer Infektionen.

Bei einer Podiumsdiskussion zum Thema „Fünf Jahre APS - APS in fünf Jahren“ forderte Hardy Müller (WINEG), der die Perspektive einer Krankenkasse im Bereich der Patientensicherheit beschrieb, vom APS eine Translation der Idee der Sicherheitskultur in ein Sicherheitsmanagement ein, während Dr. Rainer Hess, der über die Erwartungen und Bedeutung des APS aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses referierte, eine engere Kooperation mit dem G-BA anbot. Nicht,

um die Freiwilligkeit zu beschneiden, die Dr. med. Günther Jonitz, der Präsident des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, vehement verteidigte, sondern um das, was vom APS als gut befunden wurde, unterhalb der Ebene gesetzgeberischer Verfahren in ein normgebendes Verfahren zu überführen; mit dem Ziel, dass sich auch jene Dienstleistungserbringer an bestimmte Vorgaben oder Prozedere halten müssen, die das bisher freiwillig eben noch nicht tun. Das habe, so Hess, noch gar nichts mit Sanktionen zu tun, sondern in erster Linie mit der Möglichkeit eines schnelleren Rollouts im Sinne einer höheren Patientensicherheit. <<

Peter Stegmaier

Erste Ergebnisse

Eine der Studien, die von der AOK finanziert und vom IfPS zusammen mit dem APS, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegeerrat durchgeführt wurde, ist eine umfassende Befragung der deutschen Krankenhäuser zum Umsetzungsgrad der klinischen Risikomanagements. 484 von 1820 befragten Krankenhäusern (27%) haben sich beteiligt. Die Ergebnisse sind durchaus ermutigend:

- **59%** der Krankenhäuser haben eine schriftlich festgelegte Strategie für das klinische Risiko-Management, 39% haben eine und 37% mehrere Personen im Risikomanagement (mind. Halbtags),
- **73%** der Krankenhäuser haben Besprechungen für kritische Vorfälle, Schäden, Komplikationen und Fehler,
- **48%** der Krankenhäuser haben ein eigenes CIRS (Critical Incident Reporting System) als Fehlerberichts- und Lernsystem eingeführt,
- **44%** der Krankenhäuser nutzen Checklisten zur Vermeidung von Patienten- bzw. Eingriffsverwechslungen.

Kongress: „Patientensicherheit im Fokus der Versorgungsforschung - von der Praxis zur Evidenz“ (II)

APS: Patientensicherheit und Versorgungsforschung

Versorgungsforschung hat die Beobachtung, Analyse, Prognose, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation der Routineversorgung im Gesundheitsbereich zum Gegenstand. Patientensicherheit zielt auf die Förderung der Sicherheit von Behandlungs- und Versorgungsprozessen im Gesundheitssystem in erster Linie durch ein effektives und effizientes klinisches Risikomanagement in den Gesundheitsinstitutionen. Klinisches Risikomanagement als Förderung der Patientensicherheit setzt die Beobachtung, Analyse, Prognose, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation der Behandlungsprozesse voraus. Die Schnittstellen von Versorgungsforschung und Patientensicherheit liegen auf der Hand.

>> Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS; www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de) widmet sich der Förderung von Patientensicherheit insbesondere durch Handlungsempfehlungen und geht davon aus, dass Strategien, Methoden und Lösungen der Patientensicherheit durch hochwertige Versorgungsforschung wissenschaftlich abgesichert werden müssen. Patientensicherheitsforschung kann zukünftige gute Sicherheitsstandards in der Praxis der Gesundheitsversorgung (Behandlung und Organisation) befördern. Insofern sind für das APS Patientensicherheit und Versorgungsforschung sich ergänzende Aufgaben und sich austauschende Systeme. Auf der institutionellen Ebene spiegelt sich diese gegenseitige theoretische und praktische Bedingung in der engen Kooperation des APS mit dem Institut für Patientensicherheit (IfPS; www.ifpsbonn.de): Analyse von Evidenz, Empfehlung, Empfehlungsevaluation, Entwicklung von Forschungsansätzen zur Patientensicherheit (von Methoden der Evidenzgewinnung bis zu Patientensicherheitsindikatoren), Verbesserung von Empfehlungen - so sollte idealiter der Ablaufprozess sein. Das APS geht von konkreten Problemen im Versorgungsalltag aus und entwickelt darauf bezogene Lösungsvorschläge; es beteiligt alle Disziplinen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens, bezieht ihre unterschiedliche Expertise und praktische Erfahrung ein und erarbeitet gemeinsam Vorschläge und Empfehlungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Dieser Ansatz gewährt die Chance der Praxistauglichkeit und hohe Akzeptanz seitens der Anwender; auf diese Art und Weise sowie durch Bewährung nach Evaluation lassen sich Verbesserungsmaßnahmen erfolgreich und langfristig im Versorgungsalltag verankern.

Die jeweilige und die gemeinsame Arbeit

von APS und IfPS ist durch Interdisziplinarität, Interprofessionalität und die Konzentration auf Behandlungs- und Versorgungsprozesse sowie ihre gute Organisation gekennzeichnet. Gute Organisation bezieht das fachliche, sachliche, personelle und finanzielle Umfeld von Prozessen und jener Einwirkung auf sie ein, zielt vor allem auf ihr gutes Management sowie auf eine motivationsfördernde und nachhaltige Entwicklung der Sicherheitskultur in den Gesundheitsinstitutionen.

Folgende Empfehlungen (E) zur Fehlervermeidung im weiten Sinne hat das APS in den Arbeitsgruppen seit 2005 erarbeitet:

- AG Eingriffsverwechslung (E + OP-Plakat + Flyer + Broschüre + PatInfo)
- AG Patientenidentifikation (E)
- AG CIRS im Krankenhaus (E + Broschüre)
- AG Behandlungsfehlerregister („Kerndatensatz“)
- AG Arzneimitteltherapiesicherheit (Checkliste Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus; Medikamentenplan)
- Aktion saubere Hände (laufende gemeinsame Aktion)
- AG Informieren, Beraten, Entscheiden
- AG Ausbildung und Training
- AG Belassene Fremdkörper im OP-Gebiet „Jeder Tupfer zählt“ (E + Glossar)
- AG Medizinprodukt-assozierte Risiken.

Das IfPS hat die Evaluation einiger dieser Empfehlungen des APS übernommen und dazu erste methodische Ansätze entwickelt, die orientiert an „Surrogatparametern“ deren Wirkungen in der Praxis des Alltags der Gesundheitsversorgung messen werden. Am Beispiel der Empfehlung zur Eingriffsverwechslung wird klar, dass das Ideal der evidenzbasierten Medizin, die randomisierte kontrollierte Studie, nicht realisierbar ist und deshalb neue Studienformen entwickelt werden müssen, die

DKG: „Kulturwandel“

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützte als Gründungsmitglied des Aktionsbündnis Patientensicherheit die bundesweite Befragung des APS, die - so DKG-Geschäftsführer Dr. med. Bernd Metzinger - erstmals verlässliche Informationen zur Situation des klinischen Risikomanagements in Deutschland darlegt hätte - übrigens - so Metzinger in der Kongress-Eröffnungspressekonferenz, etwas, was die DKG nicht als eigene Aufgabe ansehe. Die Ergebnisse könnten sich nach Metzinger aber sehen lassen. Allein die Frage nach der Umsetzung konkreter Maßnahmen hätte gezeigt, dass inzwischen ein Kulturwandel im Umgang mit Fehlern in deutschen Krankenhäusern spürbar sei:

- **71%** der befragten Krankenhäuser verfügen über konkrete Maßnahmen zur Verhütung von Anwendungsfehlern in der Arzneitherapie;
- **85%** führen ein systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten durch;
- **76%** nehmen an der Aktion saubere Hände teil;
- **62%** binden das Nationale Referenzzentrum KISS ein;
- **94%** haben ein systematisches Dekubitus- und Wundmanagement;
- **63%** setzen Checklisten bei Operationen ein.

die Förderung der Patientensicherheit analysieren können. Das, was in der klinischen Forschung erheblichen Zweifeln begegnen müsste, ist für die Versorgungsforschung zur Patientensicherheit gut begründbar.

Insgesamt ist die Fehlerforschung in ihren Abteilungen Fehleranalyse, Fehlerbewertung und Förderung der Fehlerverminderung aus der Sicht des APS ein ganz wichtiger Teil der patientensicherheitsorientierten Versorgungsforschung. Wenn es zudem gelingt, die Wirkungsforschung von Fehlervermeidungsstrategien zu intensivieren und deren Nutzen und Kosten zu bewerten, wird die Versorgungsforschung ihrerseits einen nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Patientensicherheit leisten.

Patientensicherheitsforschung als Teil von Versorgungsforschung ist die Basis für zukünftige gute Sicherheitsstandards in der Praxis der Gesundheitsversorgung. <<

von: Prof. Dr. Dieter Hart /
Dr. Günther Jonitz / Dipl. Soz. Sonja Barth

Achim Kolanoski, Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK:

„Versorgerkassen werden bestraft“

Die Deutsche BKK - im Jahr 2003 entstanden durch den Zusammenschluss der Betriebskrankenkassen von Volkswagen, der Deutschen Telekom und der Deutschen Post - ist eine der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Mit rund 1.400 Mitarbeitern - dem Hauptsitz in Wolfsburg, ein Teil der Verwaltung in Stuttgart und über 50 bundesweiten Geschäftsstellen - werden etwa eine Million Versicherte versorgt. Im Jahr 2009 betragen die Gesamtausgaben der Deutschen BKK rund 2,6 Milliarden Euro, wobei nur 4,4 Prozent auf die Verwaltungskosten entfielen, was im deutschen Vergleich überdurchschnittlich niedrig ist. 35,34 Prozent der Ausgaben entfielen auf Krankenhausbehandlungen, 19,46 Prozent auf Arzneimittel und 16,87 Prozent auf ärztliche Behandlungen. Dem standen aber Einnahmen von nur 2,56 Milliarden gegenüber. Der Effekt: Die Deutsche BKK war gezwungen, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Das Ende auch für „Luxusausgaben“ wie Versorgungsforschung? Mitnichten, sagt Vorstandsvorsitzender Achim Kolanoski.

>> Herr Kolanoski, warum sollten sich Krankenkassen dem Thema Versorgungsforschung überhaupt widmen?

Versorgungsforschung gehört definitiv in das Aufgabengebiet der Krankenkassen. Wir haben den großen Vorteil, dass wir kein monetäres Interesse daran haben, dass Menschen krank sind. Wir verdienen nicht daran. Wir wollen, dass unsere Versicherten gesund sind - oder, wenn sie chronisch krank sind, dass sie in die Lage versetzt werden, ihre Krankheit gut zu managen.

Was verbindet denn die Deutsche BKK mit Versorgungsforschung?

Traditionell ist die Deutsche BKK stark in Versorgungsforschung und Versorgungsmanagement. Einer der Gründe hierfür ist, dass wir traditionell in Wolfsburg und Umgebung einen sehr hohen Marktanteil haben. Mit anderen Worten: Uns steht eine Population zur Verfügung, mit der wir neue Wege in der Versorgung testen können. Dabei haben wir zwei Ziele: die Versorgung für den Versicherten spürbar zu verbessern und gleichzeitig aber auch Effizienzreserven zu heben.

Könnten Sie ein paar Beispiele nennen?

Wir haben beispielsweise seit dem Jahr 2006 gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, dem Klinikum Wolfsburg und dem Kreiskrankenhaus Gifhorn ganz unterschiedliche Versorgungsprojekte aufgelegt. Zum Beispiel ein Projekt zur Behandlung von Bluthochdruck.

Ziel ist die verbesserte medizinische Versorgung und damit verbunden weniger Folgeerkrankungen wie Herzschwäche und Schlaganfall. Dann gibt es das Projekt Herzinsuffizienz, das die Compliance der Patienten verbessern soll - also ihre Bereitschaft, an der Behandlung mitzuwirken. Hier stehen die richtige Ernährung und die Einnahme der Medikamente im Mittelpunkt. So soll die Schwere der Erkrankung gemildert und der Krankheitsverlauf verzögert werden. Im günstigsten Fall kommt es zu weniger Krankenhausaufenthalten.

Ein anderes

zukunftsweisendes Projekt ist das „Wolfsburger Modell“ zur Früherkennung von

Gebärmutterhalskrebs. Es ist international anerkannt und wurde mit dem Preis „Pearl of Wisdom“ der EU-Parlamentarierinnen ausgezeichnet. Es richtet sich an alle Frauen ab dem 30. Lebensjahr und wurde von Professor Karl-Ulrich Petry, dem Leiter der Frauenklinik des Klinikums Wolfsburg, angestoßen. Der Ansatz war so überzeugend, dass sich alle Wolfsburger Frauenärzte beteiligt haben.

Auch das ist übrigens ziemlich einmalig, denn natürlich stehen die Frauenärzte normalerweise miteinander im Wettbewerb. Ausgangspunkt waren Studien, die belegten, dass sich mit der gesetzlichen Krebsvorsorge Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen nicht mit absoluter Sicherheit feststellen lassen.

Summary

Mit einem hohen Marktanteil in Wolfsburg und Umgebung und mit einem Rentneranteil von 42 % gleicht die Deutsche BKK eher einer AOK. Versorgungsforschung gehört definitiv in das Aufgabenfeld der Krankenkassen. Für Innovationsforschung stellen Gesundheitsfonds und Morbi-RSA aber keine zusätzlichen Gelder zur Verfügung. Viele der Versorgungsprojekte benötigen eine Anschubfinanzierung, rentieren sich aber unter Umständen erst nach Jahren. Auch um zu experimentieren, benötigen die Kassen finanzielle Spielräume. Trotz Morbi-RSA lohnt es sich noch immer für viele Kassen, um junge und gesunde Mitglieder zu werben. Der Morbi-RSA reicht nicht aus, um die höheren Ausgaben kranker Versicherten zu decken. Die sieben teuersten Leistungsfälle der Deutschen BKK verursachten 2008 ein Minus von 3,87 Millionen Euro. Gleichzeitig fehlt den Kassen immer noch die seit langem geforderte Vertragsfreiheit, um Kosten effektiv steuern zu können.

Deshalb wurde die Krebsvorsorge beim „Wolfsburger Modell“ ergänzt. Zum herkömmlichen Pap-Test, bei dem ein Abstrich vom Gebärmutterhals genommen wird, kommt hier der Test auf Humane Papillomaviren, kurz HPV-Test. Für die getesteten Frauen haben die beteiligten Ärzte ein Diagnoseraster entwickelt, das bei einem positiven Befund den notwendigen Behandlungspfad aufzeigt.

Diese Projekte sind sicher nicht ganz billig. Können Sie denn konkrete Erfolge vorweisen?

Es gibt viele Projekte, die sehr erfolgreich sind. Das „Wolfsburger Modell“ zum Beispiel kann viele

Erfolge vorweisen. Es nehmen rund 17.000 Versicherte daran teil. Am wichtigsten ist aber, dass seit Projektbeginn bei über 100 Frauen eine Vorstufe des Krebses und bei acht weiteren ein Krebsgeschwür entdeckt werden konnten. Im Rahmen der normalen Vorsorge wäre das nicht der Fall gewesen. Wir hoffen, dass wir den Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Raum Wolfsburg langfristig beseitigen können. Unsere Erfahrungen mit dem HPV-Test begründen diese Hoffnung. So ließe sich manches Leid verhindern und langfristig könnten auch die Behandlungskosten sinken. Aufgrund der guten Erfahrungen, die wir mit dem Pilotprojekt gemacht haben, setzen wir uns in der Gesundheitspolitik dafür ein, dass

der HPV-Test und der sich an eine positive Diagnose anschließende Behandlungspfad in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Sind Projekte wie das „Wolfsburger Modell“ unter Morbi-RSA-Bedingungen nicht fast schon Luxus?

Fest steht: In Projekte wie diese muss man investieren. Krankenkassen müssen auch in Zukunft die Möglichkeit haben, innovative Projekte und Produkte zu finanzieren. Insbesondere, da viele dieser Projekte eine Anschubfinanzierung brauchen, sich aber unter Umständen erst nach Jahren rentieren. Wir haben übrigens auch Projekte, bei denen wir später festgestellt haben, dass sie weder den Patienten einen Vorteil bringen noch die Wirtschaftlichkeit verbessern. Diese Projekte haben wir nach einem gewissen Zeitpunkt der Pilotierung eingestellt. Auch diese Freiheit zu experimentieren gehört zur Versorgungsforschung dazu und muss durch die Bereitstellung finanzieller Mittel gewährleistet werden. Allerdings sind Gesundheitsfonds und Morbi-RSA darauf nicht ausgerichtet. Es werden keine zusätzlichen Gelder für Innovationsforschung zur Verfügung gestellt. Damit besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen immer weniger in innovative Versorgungsformen investieren. Dabei werden neue Ansätze dringend benötigt, um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung zu optimieren.

Sie sprechen viel von Versorgung, das betrifft ja vor allem chronisch Kranke. Grundsätzlich geht man bei Betriebskrankenkassen eher von jungen, gesunden Versicherten aus. Trifft das auf die Deutsche BKK nicht zu?

Die Deutsche BKK ist als BKK eher untypisch, denn sie gleicht eher einer AOK. Bei einem Rentneranteil von 42 Prozent sind wir gezwungen, uns Gedanken über die passende und wirtschaftliche Versorgung kranker Versicherter zu machen. Wir haben seit eh und je viele kranke Versicherte, um die wir uns bewusst kümmern. Natürlich verursachen kranke Versicherte höhere Ausgaben. Die soll der Morbi-RSA ein Stück weit ausgleichen, damit den Krankenkassen für die Versorgung dieser Menschen das nötige Geld zur Verfügung steht und sie besser planen können. Dieser Ausgleich reicht aber nicht aus.

Also lohnt sich Risikoselektion für Krankenkassen immer noch?

Ja, ich vertrete die These: Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als Verteilungsbasis der GKV-Finanzmit-



tel belohnt Risikoselektion. Das heißt, nach wie vor lohnt es sich für viele Krankenkassen, um junge und gesunde Mitglieder zu werben. Aus meiner Sicht muss der Morbi-RSA deshalb weiterentwickelt werden. Würde er hingegen reduziert, wie es der Koalitionsvertrag vorsieht, würden auch die strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenkassen größer. Kassen mit vielen kranken Menschen fehlte dann das Geld für Leistungen und Innovationen. Ohnehin durch Krankheit benachteiligte Menschen werden dann mit einem Zusatzbeitrag belastet. Das halte ich für den absolut falschen Weg.

Der Morbi-RSA berücksichtigt momentan nur ausgewählte 80 Krankheiten, kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf. Für diese Krankheiten gibt es finanzielle Zuschläge in unterschiedlicher Höhe. Der Morbi-RSA ist ein prospektives Modell, bei dem die Morbi-RSA-Zuschläge nicht die laufenden Behandlungs-

kosten, sondern die mit diesen Krankheiten verbundenen Folgekosten abdecken sollen. Dies sollte zu einer größeren Verteilungsgerechtigkeit der Mittel führen und die Risikoselektion durch Krankenkassen reduzieren.

Für alle anderen Krankheiten bekommen gesetzliche Krankenkassen keine zusätzlichen Mittel. Bei ihnen spielen nur Alter, Geschlecht und Erwerbsminderung eine Rolle. Trotzdem müssen wir die Ausgaben für alle Krankheiten mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds finanzieren, aus dem auch die Mittel des Morbi-RSA fließen. Der Gesundheitsfonds ist aber so angelegt, dass er die Ausgaben der Kassen nicht zu 100 Prozent deckt. Das verschärft die finanzielle Situation. Unsere Versorgungsprojekte sind ein Weg, die Versorgung gezielt zu steuern, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

Halten Sie die ursprüngliche Idee von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA für sinnvoll?

Der Gesetzgeber hat mit dem Morbi-RSA zwei Ziele verfolgt: Erstens wollte er durch die Einführung eines Ausgleichs von Morbiditätsrisiken in den Versichertengemeinschaften mehr Gerechtigkeit in der Mittelverteilung schaffen. Dadurch sollte zweitens mehr Geld für die Versorgung bereitgestellt werden. Im Grunde ging es darum, Anreize für einen Wettbewerb um eine effiziente Versorgung von kranken Versicherten zu setzen. Diesen Ansatz halte ich auch heute noch für richtig.

De facto sieht es aber so aus: Der Gesundheitsfonds ist heute die alleinige Einnahmequelle der gesetzlichen Krankenversicherungen. Er belässt aber circa 50 Prozent der Ausgaberrisiken real bei den Krankenkassen, in dem eben ein Großteil der Krankheiten nicht finanziell ausgeglichen wird. Gleichzeitig gibt man den Kassen aber noch immer nicht die seit langem geforderte Vertragsfreiheit, die nötig wäre, um Kosten effektiv steuern zu können.

Mit dem Grundlagenbescheid II vom 1. April 2009 erfolgte dann eine weitere Umverteilung von Mitteln hin zu den Jungen und Gesunden. Versorgerkassen mit einem hohen Rentneranteil wurden mit der Kürzung der Zuweisungen in den Alters- und Geschlechtsgruppen bei älteren Versicherten erheblich getroffen. Insgesamt bewirkt die Kürzung allein in diesen beiden Altersgruppen Minusbeträge in Millionenhöhe. Kassen mit einer Vielzahl von jungen und gesunden Mitgliedern sind hingegen durch diese Veränderungen seit 01.04.2009 die Gewinner. Die zusätzlichen Mittel werden dabei aus den Gruppen der Alten und Kranken generiert. Diese Ungerechtigkeit muss dringend behoben werden.

Welche konkreten Änderungen am Morbi-RSA fordern Sie?

Zuerst einmal muss der Morbi-RSA um weitere Krankheitsbilder erweitert werden. Die 80 Krankheitsbilder, die derzeit ausgeglichen werden, sind - genau wie die Zahl 80 - relativ willkürlich gewählt. Es gibt weitere, derzeit nicht aufgeführte Krankheiten, für die es ebenfalls Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geben muss.

Des Weiteren fordern wir, dass Ausgaberrisiken (wie z.B. die Impfstoffe für die Schweinegrippeimpfung), Gesetzesänderungen sowie Steigerungen bei den Krankenhaus- und Ärzthonoraren in Zukunft bei der Fondskalibration berücksichtigt werden.

Ein weiterer Punkt ist, dass Versorgerkassen durch ihre hohe Anzahl von sterbenden Versicherten im Nachteil sind. Bekanntermaßen sind die Behandlungs- und Arzneimittelkosten im Sterbejahr überdurchschnittlich hoch. Sie werden aber im Ausgleichsjahr, also dem Folgejahr, nicht bei der Mittelverteilung für alle lebenden Versicherten mit Erkrankungen berücksichtigt. Das muss sich ändern.

Gesundheitsrisiken werden überwiegend pauschaliert und nach Durchschnittswerten ausgeglichen. Es gibt aber Menschen, deren Krankheitsbild ein Vielfaches der Kosten verursacht, die durch den Morbi-RSA ausgeglichen werden. Allein die sieben teuersten Leistungsfälle verursachten 2008 bei der Deutschen BKK ein Minus von 3,87 Millionen Euro. Früher gab es dafür einen Hochrisikopool, der diese Sonderfälle gesondert ausglich. So etwas fehlt im Morbi-RSA und muss dringend eingeführt werden.

Insgesamt habe ich den Eindruck, dass Versorgerkassen, die die eigentliche Aufgabe einer Krankenversicherung übernehmen - nämlich Kranke zu versorgen - heute dafür bestraft werden. Krankenkassen, die viele junge, gesunde Versicherte haben, viele Beiträge einnehmen und kaum Ausgaben haben, werden dagegen mit üppigen Zahlungen aus dem Morbi-RSA belohnt. Das ist eine verkehrte Welt.

Die Deutsche BKK ist eine der Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag erhebt. Würden Sie auch das in Zusammenhang mit dem Morbi-RSA bringen?

Unbedingt. Wenn man sich heute anschaut, welche Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben, dann sind das unter anderem Ersatzkassen oder einige Betriebskrankenkassen, die ältere Belegschaften von Betrieben versichern. Bei anderen großen Versorgerkassen nehme ich an, dass sie auf Zeit spielen oder noch finanzielle Reserven aus besseren Zeiten besitzen, so dass sie den Zusatzbeitrag noch schieben können. Man kann auch so mit dem Problem Zusatzbeitrag umgehen, dass man Leistungen kürzt. Ich unterstelle das keiner Krankenkasse, aber es wäre theoretisch eine Möglichkeit, den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Das kam für uns aber nicht in Frage, gerade aufgrund unserer Versichertenstruktur mit vielen Älteren und Kranken.

Die nächste Gesundheitsreform von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

steht vor der Tür. Wird sie die Probleme des Morbi-RSA lösen?

Im Gegenteil. Meine These ist, dass das GKV-Finanzierungsgesetz 2011 die Anreize zur Risikoselektion noch verstärkt. Unseren Berechnungen zufolge bleiben die Nachteile für Versorgerkassen auch nach der Gesundheitsreform erhalten. Denn an den Verteilungsmechanismen des Morbi-RSA ändert sich nichts. Zusätzlich wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen durch politische Eingriffe massiv beeinflusst. Beispielsweise wurde die Rückzahlung der Konvergenzmittel verschoben auf 2011. Ohne diese Maßnahme müssten einige Kassen schon längst einen Zusatzbeitrag erheben. Hier wird also einzelnen Krankenkassen eine süddeutsche Extrawurst gebraten. Mit fairem Wettbewerb hat das nichts zu tun.

Welche Auswirkungen erwarten Sie durch die geplante Gesundheitsreform?

Wird alles so umgesetzt, wie es im Referentenentwurf aufgeführt ist, so wird sich an der Marktspreizung in Kassen mit und ohne Zusatzbeitrag - die wie gesagt auf historisch gewachsenen Versichertenstrukturen und Vermögenslagen beruht - erst einmal nichts ändern. Der Wettbewerb vorwiegend über den Preis intensiviert sich. Das primäre Interesse der Kassen wird weiterhin sein, den Zusatzbeitrag so lange wie möglich zu vermeiden, statt in Leistungen und neue Versorgungsmodelle zu investieren. Das heißt, es wird nach wie vor einen Preiswettbewerb geben, statt einen wie von der Politik eigentlich gewünschten Wettbewerb um Leistungen. Kassen mit eher jungen und gesunden Mitgliedern haben weiter Vorteile über den Morbi-RSA. Die Folge sind Zusatzbeiträge für vorwiegend ältere und kranke Mitglieder in den Versorgerkassen. Neue Verwaltungsaufgaben wie die Durchführung des Sozialausgleiches, Meldewesen oder die Zusammenführung von Daten werden den Kassen erteilt. Gleichzeitig verlangt man von ihnen, dass die Verwaltungskosten nicht steigen dürfen. Und letztendlich, und hier schließt sich der Kreis zum Thema Versorgungsforschung, gibt es nur wenig Chancen für Investitionen ins Versorgungsmanagement, die mittelfristig einen Nutzen bringen. Dabei wären sie gerade jetzt nötig, um Rationierungstendenzen im Gesundheitssystem entgegenzuwirken. <<

Herr Kolanoski, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zum Produktlaunch „Prolia“ von Amgen/GlaxoSmithKline

Therapietreue mangelhaft

Die Versorgungssituation von Osteoporosepatienten ist nach Einschätzung von Professor Dr. med. Peyman Hadji, Medizinprofessor an der Philipps-Universität in Marburg, bei weitem noch nicht zufriedenstellend. Basierend auf den Daten von 2003 - aktuelleres Zahlenmaterial läge derzeit nicht vor - räumte Hadji im Rahmen der Pressekonferenz zum Produktlaunch des neuen Osteoporose-Präparates „Prolia“ bedauernd ein, würden acht von zehn Frauen nicht adäquat behandelt. „Die große Mehrheit erhält keine Diagnostik und keine Behandlung, um weitere Knochenbrüche zu verhindern.“ Im Vergleich zu den Europäischen Nachbarländern bilde Deutschland in der Behandlung von Osteoporose das Schlusslicht.



Prof. Dr. med. Lorenz Hofbauer, Leiter Endokrinologie, Diabetes und Osteologie (Univ.-Klinikum Dresden)

>> Die oft auch als „stille Epidemie“ bezeichnete Indikation ist ein weltweites Problem und wird in den kommenden Jahren aufgrund der wachsenden und älter werdenden Weltbevölkerung auch an Bedeutung zunehmen. Laut International Osteoporosis Foundation (IOF) haben in der Europäischen Union nach Schätzungen 30 Prozent aller postmenopausalen Frauen Osteoporose und mehr als 40 Prozent von ihnen werden im Laufe ihres Lebens osteoporosebedingte Frakturen erleiden. Die direkten Krankheitskosten der Osteoporose belaufen sich in der EU auf schätzungsweise 36 Milliarden Euro pro Jahr. Da in Zukunft immer mehr ältere Menschen in Europa leben werden, werden die Kosten bis zum Jahr 2050 auf jährlich 76,7 Milliarden Euro pro Jahr ansteigen - so die Prognose der IOF.

Nicht nur direkte Krankheitskosten betrachten

In seinem Vortrag „Es ist 5 vor 12! Wie bewältigen wir die Folgen der Osteoporose?“ machte Prof. Dr. med. Peyman Hadji deutlich, wie ernst die Versorgungssituation von Osteoporosepatienten in Deutschland ist. „Es gibt 7,8 Millionen Osteoporose-Patienten in der Bundesrepublik.“ Zur Verdeutlichung des Problems führte er weiter aus: „25,8 Prozent aller Menschen über 50 Jahre sind an Osteoporose erkrankt - so der Stand von 2003.“ Dabei seien Frauen sehr viel stärker betroffen als Männer. So wären 39 Prozent (6,5 Millionen Patientinnen) aller Frauen über 50 Jahre von Osteoporose betroffen, während der Anteil der betroffenen Männer bei 9,7 Prozent (1,3 Millionen) liege.

„Die direkten Krankheitskosten betragen für Deutschland inklusive Langzeitpflege 5,4 Milliarden Euro“, sagte Prof. Hadji. Im Vergleich dazu beliefen sich die Kosten für Krebserkrankungen im Jahre 2002 auf 12,1 Milliarden und Typ-2-Diabetes rund 5,1 Milliarden Euro.

Doch auch die indirekten Krankheitskosten, die durch Osteoporose entstehen, seien hoch: Laut BoneEVA-Studie, die das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung durchgeführt hat, verursacht die Osteoporose einen Produktivitätsverlust von 3,6 Millionen Arbeitstagen.

Am Beispiel der Schenkelhalsfraktur zeigte Hadji auf, welche Konsequenzen Frakturen nach sich ziehen. So könnten 24 Prozent der Patienten sechs Monate nach einer Hüftfraktur nicht gehen. 19 Prozent müssten in ein Pflegeheim eingewiesen werden. Auch hätten die Patienten ein erhöhtes Risiko für Folgefrakturen und Morbidität und Mortalität nehmen zu. „20 bis 27 Prozent der Patienten sind ein Jahr nach einer Hüftfraktur verstorben.“

Dabei würden die Konsequenzen von Frakturen auf Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität völlig unterbewertet, konstatierte Hadji. Ein weiteres Problem ist nach Einschätzung von Professor Hadji auch die Tatsache, dass viele Patienten nach der chirurgischen Erstversorgung von Frakturen nicht auf eine Osteoporose als mögliche Ursache untersucht und behandelt werden.

Circa 80 Prozent der osteoporose-bedingten Kosten würden auf stationäre Behandlung/Rehabilitation und Pflege verteilt. „Ein geringer Anteil von 15 Prozent wird für medikamentöse Präventionsmaßnahmen ausgegeben - viel zu wenig, um das zu verhindern, was der Einstieg in eine chronische Erkrankung ist, die zu sehr viel Leid und Schmerz führt.“ Für Hadji sind das alles klare Zeichen dafür, dass die Versorgungssituation von Osteoporosepatienten verbesserungswürdig ist. Seine Forderung lautete deshalb auch, dass die wesentlichen Schritte zur Verbesserung der Versorgungssituation von Osteoporosepatienten zum einen in der Verbesserung der Ausbildung von Ärzten zum Thema Osteoporose liegt. „Aber auch Kostenträger - KV und Krankenkassen - sind gefordert, den Zugang

zur Osteoporosetherapie zu erleichtern, anstatt Ärzten Angst zu machen und sie in Regress zu nehmen, wenn sie ihre Patienten auch mal mit einem teuren Medikament behandeln müssen.“

Professor Dr. med. Lorenz Hofbauer, Leiter des Bereichs Endokrinologie, Diabetes und Osteologie am Universitätsklinikum Dresden, führte als Gründe für die schlechte Versorgungssituation der Osteoporosepatienten zum einen an, „dass die Osteoporose unzureichend diagnostiziert wird und zum anderen, dass sie unzureichend behandelt wird, wenn sie bekannt ist“. Darüber hinaus gebe es auch Probleme im Bereich der Therapietreue. „Schlechte Therapietreue hat immer mehrere Gründe“, so Hofbauer. „Zum einen ist es sicherlich die fehlende Information über die Wirksamkeit der Behandlung, zum anderen verbringen die Ärzte im Alltag wenig Zeit mit den Patienten, um sie aufzuklären.“ Drittens seien aber auch viele Therapieformen sehr lästig für die Patienten - wie beispielsweise die wöchentliche Einnahme von Tabletten beziehungsweise tägliche Spritzen. Auch sei die Therapie der Osteoporose sehr komplex. Das habe zur Folge, dass sich rund 50 Prozent der Patienten in Deutschland nicht an die Therapievorgaben halte. „Je einfacher man es den Patienten und ihren behandelnden Ärzten macht, eine effektive Osteoporosetherapie durchzuführen, desto besser“, sagte Hofbauer. Ein Vorteil des neuen Osteoporosepräparates „Prolia“ liege darin, dass es alle sechs Monate unter die Haut gespritzt werde, so dass die Verabreichung für Patienten, Ärzte und Pflegepersonal mit extrem wenig Aufwand verbunden sei. „Die Anwendung der Spritze gegenüber den Tabletten führt dazu, dass diese Einnahme des Medikamentes nicht mehr vergessen werden kann.“ Und dies könne sicherlich dazu beitragen, die Therapietreue zu verbessern, die für die Behandlung der Osteoporose auch dringend erforderlich sei. <<

von: Jutta Mutschler

Studie zu Online-Dienstleistungen von gesetzlichen Krankenversicherungen

Gute Kasse, schlechte Kasse

Die Krankenkasse als Lotse im Dschungel des Gesundheitssystems - das wünschen sich viele Versicherte. Das Internet und vor allem die Web-2.0-Technik scheinen dafür die perfekte Grundlage zu bieten. Neue Kontakte gewinnen, aufklären, informieren - alles online. Unternehmen haben diesen Kanal längst in ihren Geschäftsalltag eingebunden, Krankenkassen sind offenbar noch lange nicht so weit - so das Fazit der aktuellen Studie von TCP und Nielsen „Service-Check von Online-Dienstleistungen in der GKV“. Vor allem am Online-Dialog hapert es - sowohl über E-Mail als auch über die Formulare der Websites. 90 Prozent der Kassen halten Social Media immer noch für „kommunikatives Neuland“, nur Wenige wagen sich auf dieses Terrain. Insgesamt sei es in den letzten drei Jahren nur drei Kassen gelungen, sich kontinuierlich im Spitzenfeld der TOP 10 beim „Service Check“ zu platzieren: BIG, Barmer GEK und mhplus BKK. Die Studie, die neuerdings als Handbuch aufgelegt ist, könnte den Krankenkassen eine nützliche Stütze sein, um die richtige Richtung im „Mitmachweb“ einzuschlagen und ihren Online-Service zu verbessern. Untersucht wurden die Dienstleistungen von 50 gesetzlichen Krankenkassen aus der Sicht von Kunden, Patienten und Interessenten. Für die fünfte Auflage des „Service-Check“ wurden Ansatz und Methode erneuert: Unter anderem rückte die Kategorie der Dialogfähigkeit stark in den Fokus. Neue Schwerpunkte wie etwa „Social Media“ kamen zum ersten Mal dazu.

>> Die schlechte Nachricht zuerst: Insgesamt hat sich die Qualität der Online-Services der GKV im Vergleich zum Vorjahr um sechs Prozent verschlechtert. Einzig die IKKn haben es geschafft, seit 2008 kontinuierlich ihren Service zu verbessern. „Sie sind zwar da - tun aber zu wenig“ - so könnte man anhand der Studien-Ergebnisse pauschal die Online-Aktivität der Krankenkassen zusammenfassen. Zwar haben alle Kassen eine Website und bieten Möglichkeiten, Kontakt zu ihren Mitarbeitern aufzunehmen. Der erwartete Dialog findet jedoch in zu vielen Fällen nicht statt.

E-Mail - ein Problem

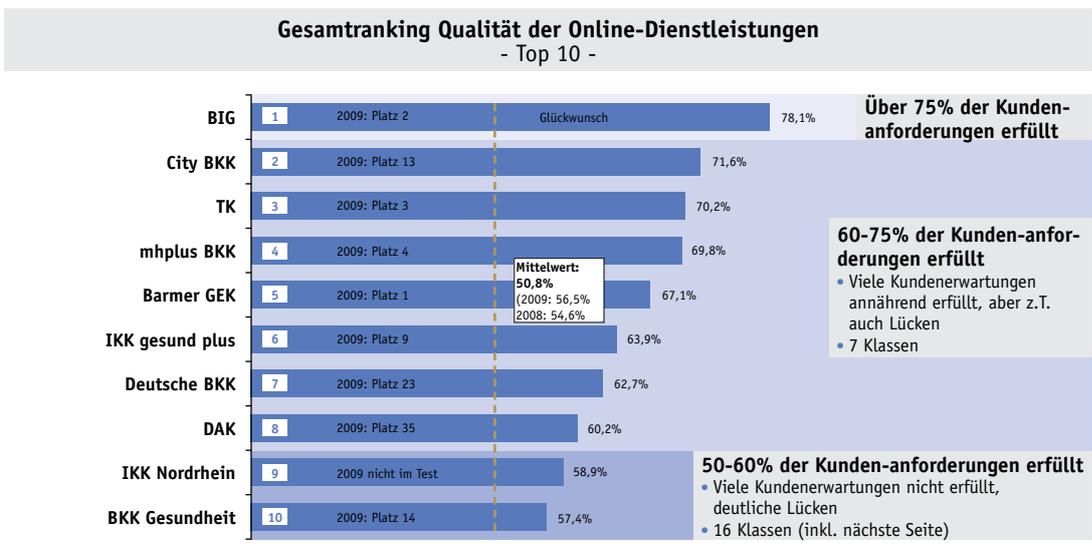
Im Rahmen der Studie wurden 2.500 Test-E-Mail-Anfragen verschickt, eine Antwort bekamen aber lediglich zwei Drittel der Absender (68 %), knapp ein Drittel ging leer aus. Gleichzeitig sollte fairerweise festgehalten werden, dass sich das E-Mail-Antwortverhalten insgesamt im Vergleich zu den Vorjahren leicht verbessert hat. 2010 erhielten immerhin drei Prozent mehr Absender eine persönliche E-Mail-Antwort als vor zwei Jahren; sechs Prozent mehr eine Standard-E-Mail;

zwei Prozent weniger eine reine Empfangsbestätigung und - immerhin - sank die Zahl derjenigen, die gar keine Antwort bekamen, von 40 auf 32 Prozent. Nichtsdestotrotz, so die Autoren der Studie, sei das verlorene Neukundenpotenzial der Krankenkassen mit 38 Prozent (die sich aus den Kategorien „keine Antwort“ oder „reine Empfangsbestätigung erhalten“ zusammensetzen) recht hoch.

Demnach wendet sich fast die Hälfte der „an einem Kassenwechsel ernsthaft interessierten Neukunden infolge eines misslungenen Erstkontakts enttäuscht an eine Wettbewerbskasse“. Die Gesamtlage in puncto E-Mail-Anfragen stufen TCP und Nielsen des-

Summary

Der aktuelle Service-Check von Online-Dienstleistungen der Krankenkassen ergab erhebliches Verbesserungspotenzial im Online-Dialog mit den Versicherten. Insbesondere die Aspekte Kommunikations- und Dialogqualität, Info-Qualität der Webseiten, Usability, Nutzerfreundlichkeit und optischer Gesamteindruck sind verbesserungswürdig. Bei 38 Prozent der 2.500 E-Mail-Testanfragen verschenkten die Kassen Neukundenpotenzial. 93 Prozent der GKV-Versicherten wünschen sich regelmäßige Informationen ihrer Kasse zu innovativen Versorgungsformen, doch nur 22 Prozent der Kassen bedienen diesen Bedarf. 60 Prozent der GKV-Versicherten wünschen mehr Kooperationen mit den Leistungserbringern, aber nur sechs Prozent der Kassen stellen ihr Vertrags- und Kooperationsnetzwerk entsprechend im Internet dar. Im Zweijahresvergleich leicht verbessert haben sich die Problemlösungskompetenz und die Hotlines der Kassen. 40 Prozent der Kassen bieten inzwischen eine 24-Stunden-Hotline an. Die Zahl der gebührenfreien Hotlines hat sich in den letzten beiden Jahren deutlich von 26 auf 42 Prozent erhöht.



Spitzenreiter im Gesamtranking und damit „K(l)assen“primus 2010 ist die BIG direkt gesund. Dem Spitzenfeld gehören fünf Kassen an, die bereits 2009 unter den TOP 10 waren: BIG direkt gesund, TK, mhplus, Barmer GEK und IKK gesund plus.

halb weiterhin als „unverändert unbefriedigend“ ein.

Abgesehen von dem Dialog mit dem „schwarzen Loch“ - einem absoluten No-Go in der Kunden-Kommunikation - könnte außerdem manch ein Verbraucher schon beim Schreiben der Anfrage selbst verzweifeln, wie die Studie zeigt. Denn viele E-Mail-Formulare würden durch zahlreiche Pflichtfelder den Eindruck „unnötiger Datensammlungen“ erwecken. 12 Prozent der Kassen ermöglichten außerdem eine Kontaktaufnahme nur nach Angabe der eigenen Telefonnummer.

Lässt sich der Mangel an Dialogfähigkeit vielleicht noch mit der fehlenden Erfahrung

der Mitarbeiter mit „Web-2.0-Kunden“ oder „Digital Natives“ erklären, ist für den eigentlichen „Hammer“ der Studie nur schwer eine Rechtfertigung zu finden. Zwar wünschen sich 93 Prozent der GKV-Versicherten von ihrer Krankenkasse „regelmäßige Informationen zu neuen innovativen Versorgungsformen“, doch nur 22 Prozent der Kassen decken diesen Bedarf ab. Zudem würden wichtige Infos zu Leistungen in Scrollmenüs der Websites versteckt, so dass Versicherte zu mühsamen Eigenrecherchen gezwungen würden. Überhaupt hat sich die Navigationsstruktur der meisten Kassen-Websites als unübersichtlich und benutzerunfreundlich herausgestellt.

Doch nach all den schlechten Neuigkeiten gibt es auch einen Positiv-Trend. Die Hotline-Erreichbarkeit der Kassen hat sich im Vergleich zu 2009 leicht verbessert. Rund 40 Prozent der Versicherer würden mittlerweile 24-Stunden-Hotlines anbieten - vier Prozent mehr als im Jahr 2008. Die Zahl der gebührenfreien Hotlines ist außerdem von 26 Prozent in 2008 auf 42 Prozent in 2010 gestiegen.

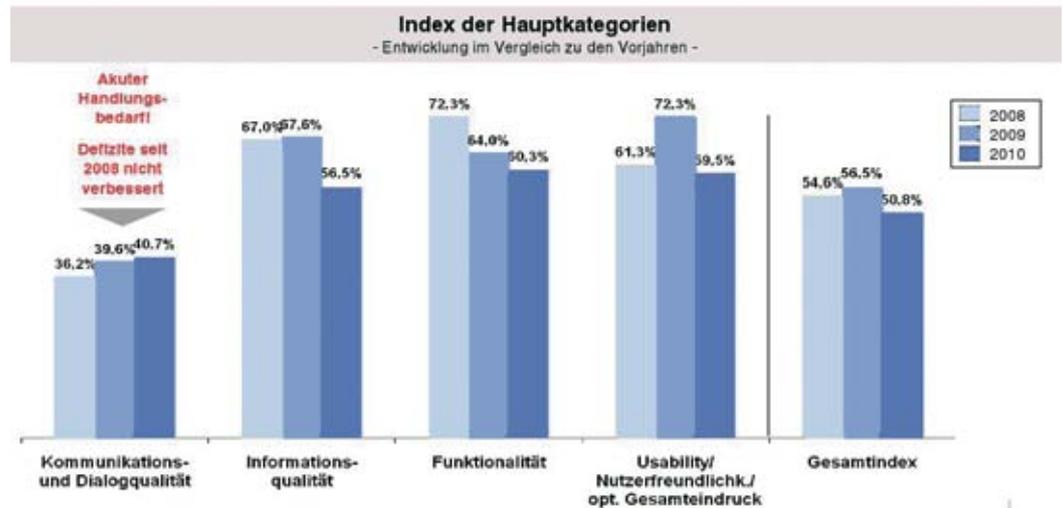
Hotlines - etwas besser

Eine positive Entwicklung deutet sich auch in der Kategorie „Problemlösungskompetenz“ an. Zwar haben sich die Zahlen gegenüber 2009 leicht verschlechtert. Der Vergleich mit 2008 - und damit der Gesamttrend - zeigt jedoch, dass die Probleme der Kunden nun etwas besser gelöst werden. 34 Prozent der Befragten gaben an, einen passenden Lösungsvorschlag erhalten zu haben - sieben Prozent mehr als noch vor zwei Jahren. Auch ging die Zahl derjenigen zurück, die beklagten, auf ihr Problem sei nicht eingegangen worden. 2008 waren es noch 41 Prozent, 2010 verringerte sich ihre Zahl auf 26 Prozent.

Zu wenig Information von Kassen

Im Hinblick auf die Online-Netzwerkbildung gibt es allerdings noch Handlungsbedarf. Nielsen und TCP fanden heraus, dass rund 60 Prozent der Versicherten sich mehr Kooperation der Krankenkassen mit Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Heilberufen wünschen. Lediglich sechs Prozent der Kassen nutzten aber den Online-Kanal geschickt, um ihr Vertrags- und Kooperationsnetzwerk im Kundendialog als Kompetenzvorteil gegenüber Wettbewerbskassen herauszustellen. Nur eine „Handvoll Kassen“ habe es also bislang geschafft, „den Online-Kanal so systematisch zu erschließen, dass an allen Kontaktpunkten ein gleichbleibend hohes Qualitätsniveau im Dialog mit den Versicherten erreicht wird“ - so die Schlussfolgerung der Verfasser. So negativ die Ergebnisse der Studie auch zu sein scheinen, einen positiven Aspekt gibt es dennoch: Immerhin haben es in den letzten Jahren auch die kleineren Kassen geschafft, Anschluss an den Wettbewerb zu finden, so die Autoren der Studie. <<

von: Olga Gnedina



Im Vergleich der vier untersuchten Hauptkategorien werden die Kundenanforderungen bei der Kommunikations- und Dialogqualität, wie auch in den Vorjahren, am schlechtesten erfüllt. Deutliche Niveauperluste gegenüber 2009 sind bei der Informationsqualität der Webseiten zu verzeichnen sowie bei Usability, Nutzerfreundlichkeit und optischem Gesamteindruck.

Die Studie kann über www.terraconsult.de oder E-Mail an sander@terraconsult.de zum Preis von 900 Euro bezogen werden.

Enjoy the time
you will save with
your projects in our safe hands



Full service CRO for clinical trials
and non-interventional studies

Since 1981

Lessingstraße 14 • 80336 München • Germany
Fon: +49 (89) 20 91 20 0 • Fax: +49 (89) 20 91 20 30
mail@gkm-therapieforschung.de • www.gkm-therapieforschung.de

Zur rheumatologischen Versorgung in Deutschland

Status der medizinischen Versorgung rheumakrankter Menschen in Deutschland

Ein Viertel der Bevölkerung leidet in Deutschland an Funktionseinschränkungen durch muskuloskelettale Erkrankungen. 10 Millionen sind dabei von klinisch manifesten, behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates betroffen. Chronische Rückenschmerzen und Knie- sowie Hüftarthrosen stehen bezüglich der Häufigkeit an der Spitze. Die prinzipiell lebensbedrohlichen entzündlich-rheumatischen Krankheitsbilder betreffen 1,5 Millionen, das sind 2 Prozent der Erwachsenenbevölkerung. Hinzu kommen etwa 15.000 rheumakranke Kinder. Die muskuloskelettalen Erkrankungen verursachen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage. Sie sind der häufigste Grund für medizinische Rehabilitationmaßnahmen und die zweithäufigste Ursache vorzeitiger Berentung.

>> Die Rheumatologie hat in den letzten 20 Jahren eine stürmische Entwicklung genommen. Während zum Beispiel bei der Rheumatoiden Arthritis (RA) das Behandlungsziel noch vor wenigen Jahren die Verlangsamung der Gelenkerstörung war, ist es heute realistisch, bei einem Teil der Kranken eine Remission oder zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen. Die Erfolge der modernen rheumatologischen Pharmakotherapie der letzten Jahre in Deutschland zeigt die Auswertung der Kerndokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren. Der Krankheitsaktivitätsindex („Disease Activity Score“/DAS28) bei RA, ein zusammengesetzter Summenscore von 1 bis 10, in den definierte Gelenke (n = 28) bezüglich Schmerz und Schwellung, die Gesamtbeurteilung durch den Patienten und Entzündungsparameter eingehen, ist im Zeitraum von 1997 bis 2007 von 4,5 auf 3,4 zurückgegangen. Besonders der Anteil der Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität (DAS28 <3,2) stieg in diesem Zeitraum signifikant von 23% auf 49% an (Ziegler et al. 2010). Entsprechend verbesserte sich der Krankenstand bei den RA-Patienten. Betrug 1997 die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den erwerbstätigen RA-Patienten noch 71 Tage, so fiel diese bis 2007 auf 33 Tage ab. 1997 waren nur 47% der Männer und 37% der Frauen mit der Diagnose RA erwerbsfähig, 2007 betrug ihr Anteil 57% bzw. 46% (Ziegler et al. 2010).

Unstrittig ist dabei, dass eine rechtzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung mit einer DMARD („disease modifying antirheumatic drugs“)-Therapie die Gelenkerstörung bei RA günstig beeinflusst und damit das weitere Schicksal der Betroffenen bestimmt.

Die S3-Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. empfiehlt eine Vorstellung beim Rheumatologen unter dem Verdacht auf eine RA dann, wenn Gelenkschwellungen in mehr als zwei Gelenken über sechs Wochen bestehen (Schneider et al. 2007).

Möglichkeiten der Therapie und Versorgungsrealität

In den Gruppen der Rheuma-Liga berichten die Betroffenen von langen Wartezeiten auf einen Termin beim Rheumatologen oder sogar über die telefonische Auskunft „Zur Zeit können keine neuen Patienten angenommen werden“. Auch die vielerorts etablierten „Frühsprechstunden“ entschärfen das Problem nicht grundsätzlich. Wenngleich ein echter Fortschritt in der Verkürzung des Zeitraums vom Beginn der Symptome bis zur Vorstellung beim Rheumatologen in den letzten Jahren erreicht wurde, kommt noch ein zu großer Teil der Kranken zu spät zum Facharzt und die DMARD-Therapie wird nicht rechtzeitig eingeleitet. Von den 2008 in der Kerndokumentation, einem Dokumentationssystem der Kooperativen Deutschen Rheumazentren unter Leitung der Abteilung Epidemiologie des Deutschen Rheuma-Forschungszentrum Berlin, erfassten Patienten mit RA haben 51% innerhalb der ersten drei Monate nach Beschwerdebeginn einen Rheumatologen aufgesucht. Von den Kranken mit gesicherter RA oder RA-Verdacht, die 2008 erstmals vom Rheumatologen gesehen wurden, hatten zwei Drittel nicht mehr als drei Monate Beschwerden. 1994 hatte noch mehr als ein Drittel

der erstmalig vom Rheumatologen gesehenen Patienten eine Krankheitsdauer von mehr als einem Jahr (Zink et al. 2010).

Diese positive Situation, die durch die Rheumazentren widerspiegelt wird, betrifft jedoch nicht die allgemeine Situation in der Bevölkerung. Diese Daten geben ein zu günstiges Bild ab. Der Realität der medizinischen Versorgung aller Rheumatiker kommt eine Untersuchung, die - ebenfalls 2008 - von 198 ambulant tätigen Rheumatologen durchgeführt wurde, näher. Die Rheumatologen dokumentierten drei Monate lang bei allen erstmalig gesehenen Patienten Diagnose und Dauer der Beschwerden bis zur Vorstellung bei ihnen. Nur 21% der Kranken mit RA erreichten hier den Rheumatologen innerhalb von drei Monaten nach Beginn ihrer Krankheitssymptome (Westhoff et al. 2009). Hierbei bestand eine klare Korrelation zwischen der Wartezeit auf einen Termin beim Rheumatologen und dem Zeitpunkt der Erstvorstellung.

Wenngleich in Deutschland die meisten Patienten mit RA irgendwann einmal bei einem Rheumatologen vorstellig werden, so

Summary

- Therapiefortschritte bei rheumatoider Arthritis (RA) ermöglichen heute das Erreichen einer deutlich niedrigeren Krankheitsaktivität bis hin zur Remission.
- Entscheidend für eine günstige Prognose sind eine frühzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung mit Medikamenten (DMARD-Therapie), ergänzt durch Ergotherapie, Krankengymnastik, Patientenschulung und Rehabilitation.
- In der Versorgungsrealität kommen viele Betroffene zu spät zum Rheumatologen, die DMARD-Therapie wird häufig zu spät oder gar nicht eingeleitet.
- Versorgungsdefizite erklären sich u.a. durch den Mangel an rheumatologischen Lehrstühlen und an internistischen Rheumatologen, die Bedarfsplanung der Selbstverwaltung und Zugangshürden in der Rehabilitationsrichtlinie.

Deutsche Rheuma-Liga

Die Deutsche Rheuma-Liga ist mit 260.000 Mitgliedern Interessenvertreterin aller Rheumatiker. Als mitgliederstärkste Patientenorganisation in Deutschland verfolgt sie das Ziel der Verbesserung der Lebenssituation rheumakrankter Menschen. Beispielhaft soll im Folgenden die Sicht der Rheuma-Liga zu einigen wesentlichen Problemen der medizinischen Versorgung von Rheumatikern dargestellt werden.

sind es nach den Erhebungen von Westhoff et al. (2009) in einer Bevölkerungsstichprobe nur 58% der Patienten mit gesicherter RA, die im ersten Jahr ihrer Erkrankung vorstellig werden.

Die in der Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ geforderte Vorstellung beim Rheumatologen, bei einer über sechs Wochen andauernden Schwellung von zwei und mehr Gelenken, ist in Deutschland derzeit nicht flächendeckend umgesetzt.

Die erwähnte Leitlinie empfiehlt unter Berücksichtigung einer gesicherten Studienlage (Smolen et al. 2010) die Einleitung einer DMARD-Therapie bei RA innerhalb von 12 Wochen nach Krankheitsbeginn. In Deutschland wird auch bereits durch die Vorbehandlung, meist die Hausärzte der Patienten, eine DMARD-Therapie eingeleitet. Zink et al. (2010) geben an, dass 34% der Patienten, die 2008 bei Rheumatologen vorstellig wurden, bereits mit DMARDs oder Kortikosteroiden behandelt worden sind. Rheumatologen erreichen jedoch einen Versorgungsgrad mit DMARDs von 90%. Es liegt somit eine klare Unterversorgung der Patienten mit RA in Deutschland vor. Dieses wird auch im German RA-Population Survey (GRAPS) von Westhoff et al. (2009) sichtbar. 17% der RA-Patienten mit positivem Rheumafaktor erhielten noch niemals eine DMARD-Therapie. Bei den Rheumafaktor-negativen Patienten waren es sogar 33%. Somit kann geschlossen werden, dass mindestens ein Drittel aller Patienten mit RA nicht rechtzeitig leitliniengerecht therapiert wird.

Es bestehen auch erhebliche Defizite bei den nicht-medikamentösen Therapien. In der Leitlinie wird für die RA eine koordinierte, problemorientierte, multidisziplinäre

Behandlung einschließlich einer Patientenschulung gefordert. Nur 1,5% der RA-Kranken erhielten eine ambulante Patientenschulung. Eine Ergotherapie wurde nur bei 2,5% der Betroffenen verordnet. Nach Angaben der Rheumatologen, die sich an der Kerndokumentation beteiligten, wurden nur 16% der RA-Betroffenen mit Krankengymnastik versorgt (Zink et al. 2010).

Auch für Patienten mit Morbus Bechterew haben sich die Möglichkeiten der Beeinflussung der Krankheitsaktivität deutlich verbessert. Eine Studie, die von der Patientenorganisation „Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew“ initiiert wurde, ergab jedoch, dass es im Durchschnitt zehn Jahre dauert, bis diese Patienten überhaupt diagnostiziert werden (Zeidler, 2009). Dabei stehen heute sehr gute Therapieoptionen für Patienten mit M. Bechterew zur Verfügung.

Warum besteht in Deutschland ein Rheumatologenmangel?

Die Gründe für die zu geringe Anzahl in der Praxis tätiger Rheumatologen sind vielfältig. Fehlende rheumatologische Lehrstühle an den Universitäten sind eine Ursache. Somit sehen an einigen Universitäten die Medizinstudenten keinen oder viel zu wenig Kranke mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten. Interesse am Fachgebiet Rheumatologie kann so nur schwer geweckt werden. Die Rheuma-Liga stellt jetzt den Universitäten geschulte Patienten als die „Patient Partners“ zur Verfügung. Ein diesbezüglicher Versuch an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, bei welchen die „Patient Partner“ als „Lehrende“ in das Ausbildungsprogramm Rheumatologie integriert wurden, verläuft gegenwärtig sehr

erfolgreich.

Hinsichtlich fehlender rheumatologischer Lehrstühle lautet die Forderung der Rheuma-Liga im Aktionsplan: „Die Landesregierungen und Universitäten müssen dafür sorgen, dass die Rheumatologie an allen medizinischen Fakultäten in obligatorischen Blockpraktika und Vorlesungen in angemessenem Umfang gelehrt wird. An jeder medizinischen Fakultät muss die Rheumatologie zusätzlich als Wahlfach angeboten werden. Dabei müssen alle Bereiche der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises gelehrt werden. Die rheumatologische Ausbildung muss Rheumatologen obliegen“.

Gravierende Mängel bestehen auch in der Weiterbildung zum Rheumatologen durch fehlende Ausbilder. Nach einer internen Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie sind in Deutschland 253 Ärzte zur Weiterbildung des rheumatologischen Nachwuchses befugt. Von diesen kann aber ein Drittel derzeit keine neuen Fachärzte ausbilden, weil Arztstellen in den Kliniken abgebaut oder offene Stellen nicht besetzt werden können (Wollenhaupt 2010).

Eingeschränkt wird die Zahl der niedergelassenen Rheumatologen auch noch durch die Zulassungsbeschränkung. Die Bedarfsplanung erfolgt nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese schreibt vor, dass für die Arztgruppen Verhältniszahlen festgelegt werden, d.h. es wird ein Verhältnis von Einwohnern zu erforderlichen Ärzten festgelegt, die sogenannte arztgruppenspezifische Verhältniszahl (§ 8 Bedarfsplanungsrichtlinie). Dabei werden nach der Richtlinie alle fachärztlich tätigen Internisten in einer Gruppe geplant (§ 4 Bedarfsplanungsrichtlinie). Die Sollzahl der Ärzte wird dann mit der tatsächlichen Einwohner-Arzt-Relation abgeglichen. Wenn die Sollzahl um 10 % überschritten ist, wird in dem Planungsbezirk Überversorgung festgestellt und der Bezirk für die Zulassung weiterer Ärzte gesperrt.

Da in fast allen Planungsbezirken Deutschlands nach dieser Definition Überversorgung an Internisten herrscht, sind alle Bezirke auch für die Zulassung von Rheumatologen gesperrt. Eine Zulassung ist nur über den sogenannten Sonderbedarf (§ 24b Bedarfsplanungsrichtlinie) möglich. Bei der Prüfung, ob ein Sonderbedarf vorliegt, werden von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen die übrigen niedergelassenen Ärzte gefragt, ob sie einen zusätzlichen Bedarf für eine Neuzulassung sehen. Dieses Verfahren führt immer wieder

Aktionsplan der Deutschen Rheuma-Liga

Die Deutsche Rheuma-Liga hat in ihrem 2006 zusammen mit internen und externen Experten erarbeiteten Aktionsplan, der 2008 aktualisiert wurde, die Defizite in der rheumatologischen Versorgung aufgezeigt. Ziel des Aktionsplans, der auch mit zahlreichen Gesundheitspolitikern und Leistungserbringern diskutiert wurde, ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Lebenssituation rheumakranker Menschen in Deutschland.

Im Aktionsplan wurde der Mangel an internistischen Rheumatologen als Ursache für die fehlende Versorgungsgerechtigkeit von Rheumatikern mit chronisch-entzündlichen Krankheiten angesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. hat in ihrem Memorandum „Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“ auf der Basis einer Zeitanalyse zwei Rheumatologen auf 100.000 Erwachsene gefordert. Wenngleich die Zahl der Rheumatologen in der ambulanten Versorgung in den letzten Jahren zugenommen hat, so fehlen noch immer mehr als die Hälfte der 1.300 notwendigen Rheumatologen in der Praxis. Zwei Rheumatologen auf 100.000 Erwachsene werden in keinem Bundesland erreicht, nicht einmal in Ballungsgebieten. Besonders in den Flächenländern ist die Situation gravierend schlecht. Daraus ergeben sich auch viel zu lange Anfahrtswege für die häufig mobilitäts-eingeschränkten Rheumatiker. Die vielerorts fehlende Barrierefreiheit im öffentlichen Nahverkehr in Deutschland kommt erschwerend hinzu.

dazu, dass Sonderzulassungen von Rheumatologen abgelehnt werden. Die Planung des Bedarfs an Fachärzten im Bereich der inneren Medizin ohne Berücksichtigung der Schwerpunkte und unterschiedlichen Facharzt-disziplinen spiegelt bereits seit langem nicht mehr die Versorgungsrealität wieder.

Die Rheuma-Liga fordert daher, für die Rheumatologie eigene, von der Inneren Medizin unabhängige Bedarfszahlen festzulegen und die Bedarfsplanungsrichtlinie entsprechend zu verändern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden derzeit Überlegungen zu einer Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie angestellt, die auch die Definition der Arztgruppen betrifft (Hess, 2010).

Weiterhin ist der Status eines niedergelassenen Rheumatologen in Bezug auf die Honorarsituation wenig attraktiv, da es ein Defizit in der Vergütung der Leistungen der „sprechenden Medizin“ bei chronisch Kranken gibt.

Gravierende Mängel bei der Rehabilitation der Rheumatiker

Obwohl die Wirksamkeit der Rehabilitation für verschiedene entzündlich-rheumatische Erkrankungen gut belegt ist, Rehabilitationsindikatoren bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten durch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie definiert sind (Jäckel et al. 1996) und ein gesetzlich verankerter Rehabilitationsanspruch besteht, liegt eine Unterversorgung mit Rehabilitationsleistungen bei Rheumakranken vor. Zahlreiche Patienten erreichen das Rehabi-

litationssystem zu spät, zu selten oder gar nicht. Im Durchschnitt findet bei der RA die erste Rehabilitationsmaßnahme erst nach zweijähriger Krankheitsdauer statt (Bräuer und Mau, 2000). Zu diesem Zeitpunkt können bereits irreparable Gelenkschäden aufgetreten sein. Mindestens ein Drittel der von einer RA schwer Betroffenen erhalten während ihrer gesamten Krankheitsdauer keine Leistungen zur Rehabilitation. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Neuregelungen in den Rehabilitationsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss haben dazu geführt, dass der Zugang zur Rehabilitation weiter erschwert worden ist. Es besteht auch eine erhöhte Ablehnungsquote bei Anträgen auf Rehabilitationsmaßnahmen vor allem durch die Krankenkassen, aber auch mangelnde Kenntnisse vieler Patienten und Ärzte über Angebote und Wirksamkeit der Rehabilitation sowie die Sorge vieler Rheumakranker, durch längeres Wegbleiben vom Arbeitsplatz durch die Rehabilitationsmaßnahme ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

Bezüglich der beruflichen Rehabilitation verfügen die Berater häufig nicht über ausreichendes rheumatologisches Basiswissen, um hier eine bedarfsgerechte Vermittlung zu gewährleisten.

Bei den Anschlussheilbehandlungen kann das Rehabilitationsprogramm teilweise gar nicht optimal gestartet werden, weil die Patienten noch mit Wundheilungsstörungen und anderen Komplikationen in die Rehabilitationseinrichtung kommen.

Die Rheuma-Liga fordert daher im Aktionsplan: Gemeinsamer Bundesausschuss und

Forderungen der Deutschen Rheuma-Liga

Die deutsche Rheuma-Liga fordert von Krankenkassen und Leistungserbringern die Gewährleistung einer komplexen Versorgung der Rheumatiker, in die alle Versorgungsbereiche (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Selbsthilfe und andere mehr) einbezogen werden. Alle Krankenkassen müssen für ihre Mitglieder integrierte Versorgungsstrukturen aufbauen, bereits erfolgreiche Ansätze ausbauen und bundesweit anbieten. Dabei sollte die Therapie evidenzbasiert und leitliniengerecht erfolgen. Wir fordern von der Bundesregierung zur Analyse der bestehenden Versorgungsmängel in der Rheumatologie und zum Einleiten der erforderlichen Maßnahmen, um sowohl die Versorgungs- als auch die Forschungssituation zu verbessern, die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Rheuma.

die Träger der Rehabilitation müssen die Zugangswege zur Rehabilitation erleichtern. Die Rehabilitationsträger müssen das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten im Hinblick auf die Rehabilitationsmaßnahmen verbindlich berücksichtigen und konsequenter umsetzen. Patientenschulungen müssen ein obligatorischer Bestandteil jeder Rehabilitationsmaßnahme sein. <<

Von: Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle *
und Ursula Faubel. **

* Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga ** Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga

Literatur

- Bräuer, W. / Mau, W. (2000). Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen im Langzeitverlauf der frühen chronischen Polyarthrit. DRV Schrift 20: 74-76.
- Hess, R. (2010) Sicherstellung neu aufstellen. Standpunkt Nr.2 Juni 2010: 12-14.
- Jäckel, W. / Beyer, W.F. / Droste, U. / et al.(1996). Memorandum zur Lage und Entwicklung der Rehabilitation bei Rheumakranken. Z. Rheumatol. 55: 410-422.
- Schneider, M. / Lelgemann, M. / Abholz, H.H. / et al. (2007). DGRh-Leitlinie. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. 2. Auflage. Steinkopff Darmstadt.
- Smolen, J.S. / Landewé, R. / Breedveld, F.C. / et al.(2010). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis; 69: 964-975.
- Westhoff, G. / Edelmann, E. / Zink, A. / et al. (2009). Das Zuweiser-Projekt. Symptombdauer bis zur Erstvorstellung beim internistischen Rheumatologen. Rheuma-Management 1(2): 13-15.
- Westhoff, G. / Schneider, M./ Raspe, H./ et al.(2009). Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population - results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). Rheumatology; 48: 650-657.
- Zeidler, A. (2009). Dissertation.
- Wollenhaupt, J.: Pressekonferenz der DGRh am 9.9.2010 in Hamburg.
- Zink, A. / Huscher, D. / Schneider, M. (2010). Wie leitliniengerecht ist die rheumatologische Versorgung? Z. Rheumatol.; 69: 318-326.
- Ziegler, S. / Huscher, D. / Karberg, K / et al. (2010). Trends in treatment and outcomes of rheumatoid arthritis in Germany 1997-2007: results from the National Database of the German Collaborative Arthritis Centers. Ann Rheum Dis; 2010 May 6. [Epub. ahead of print].
- Aktionsplan Rheuma. Deutsche Rheuma-Liga. Aktualisierte Auflage 2009. www.rheuma-liga.de/Aktionsplan.
- Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin, http://www.dgrh.de.

Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH
Dr. Beril Becker

Zur Effektivität und Effizienz von Me-too-Listen. Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel intranasaler Steroide

Zur Behandlung der akuten oder chronischen Nasennebenhöhlenentzündung sind Kortikosteroid-haltige Nasensprays bei einmal täglicher Anwendung als ein effektives und sicheres Therapeutikum der ersten Wahl bekannt [Bousquet et al. 2001: 108; Herman 2007: 21; Nielsen et al. 2001: 61; Weiner et al. 1998: 317]. Im Jahr 2008 wurden in Deutschland am häufigsten Mometason- und Budesonid-haltige Nasensprays eingesetzt [Schwabe/Paffrath 2009]. Beide Substanzen weisen unterschiedliche pharmakokinetische und -dynamische Eigenschaften auf, wie eine höhere Lipophilie oder eine geringere Bioverfügbarkeit bei MHN [Bachert et al. 2003: 26]. Beide Substanzen sind mit unterschiedlichen Empfehlungen für die tägliche Dosierung (siehe Infokasten unten) zugelassen. Dennoch wird für beide Therapien, eine definierte Tagesdosis (defined daily dose (DDD)) von einheitlich 0,2 mg und diese als Bezugsgröße zur Kostendarstellung (z. B. Arzneiverordnungsreport (AVR)) herangezogen [Schwabe/Paffrath 2009; DIMDI 2009]. Für solche normierten Kostenvergleiche unter Bezug auf die DDD stellt sich aber die grundsätzliche Frage nach der Opportunität dieser Vorgehensweise.

>> Die DDD gibt nicht notwendigerweise die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis des einzelnen Arzneimittels wieder [WHO 2009]. Laut Urheber des DDD Systems, der WHO, stellt die DDD weder eine Dosisempfehlung noch eine Beurteilung der absoluten oder relativen Wirksamkeit einzelner Substanzen oder Substanzklassen dar [Schwabe/Paffrath 2009]. Die DDD wird vielmehr auf Basis der Menge eines Wirkstoffs bzw. eines Arzneimittels ermittelt, die typischerweise für die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird [WHO 2009]. Unter Verwendung der DDD werden im AVR die Tagestherapiekosten (TTK) ermittelt, die dann u. a. als Entscheidungsgrundlage für die Me-too Listung von Präparaten dienen. In der Anwendung im klinischen Alltag stellt sich aber die Frage nach der bei jedem Patienten tatsächlich eingesetzten Dosis, d.h. nach der im Einzelfall kon-

Dosierungs-Empfehlungen

Für Mometason werden zur Akuttherapie einmal täglich 2 Sprühstöße je Nasenloch empfohlen, reduzierbar auf 1 Sprühstoß je Nasenloch in der Erhaltungstherapie [Fachinformation 2009]. Für Budesonid gilt je nach Produkt eine Dosisempfehlung von täglich 2 oder 4 Sprühstößen je Nasenloch zur Akuttherapie und 1 oder 2 Sprühstößen je Nasenloch zur späteren Erhaltungstherapie [Fachinformation].

Abstract

In der KV Region Nordrhein ist 2006 die sogenannte Me-too-Liste als Instrument zur Steuerung einer wirtschaftlichen Ordnungsweise implementiert worden. Die genauen Auswirkungen dieses Instruments wurden bislang eher kursorisch untersucht. Am Beispiel der intranasalen Nasensprays soll geklärt werden, ob die Me-too-Liste einen Steuerungseffekt auf das Verordnungsverhalten der Ärzte ausübt und ob dieses Instrument die Effizienz im Gesundheitswesen erhöht. Ein Mometason-haltiges Nasenspray (MHN), NASONEX®, ist seit 2006 ununterbrochen als Me-too-Präparat gelistet und soll nach der Substitutionsempfehlung der KV Nordrhein „Marktübersicht“ durch Budesonid-haltige Nasensprays (BHN) ersetzt werden. Der Marktanteil von MHN hat sich seit der Listung von 50 Prozent auf 20 Prozent verringert. In der vorliegenden Studie sollen die Gründe für den Verlust der Marktanteile von NASONEX® in der KV Nordrhein erhoben werden. Die Listung beruht auf der Annahme, dass die Therapie mit MHN bei gleicher Wirksamkeit höhere Tagestherapiekosten (TTK) als BHN verursacht.

Keywords

Nasenspray, Effektivität, Steuerung, Me too

kret verordneten Dosis (Prescribed Daily Dose, PDD). Diese zeigt nicht nur die Wirkdosis an, die für das Erreichen des klinischen Therapieerfolgs notwendig ist, sondern bestimmt über die Packungsreichweite auch die Höhe der durch ein Arzneimittel tatsächlich verursachten Therapiekosten je Behandlungsfall.

Ziel dieser Studie war es, auf Basis von retrospektiven Verordnungsdaten den Steuerungseffekt der Me-too-Liste zu zeigen. Zudem sollte unter „real life“ Bedingungen nachgewiesen werden, dass die Therapie mit MHN trotz gleicher DDD weniger Substanz- und Ressourceneinsatz benötigt als die in der „Marktübersicht“ [KV Nordrhein 2009] zur Substitution empfohlen BHN.

Daten und Methoden

Von März bis Ende April 2009 wurde in 76 HNO-Praxen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine retrospektive Erhe-

Hintergrund

Mometason ist ein Glukokortikoid, das neben der Anwendung auf der Haut auch als intranasales Steroid-Spray (INS) bei allergischer Rhinitis und Nasenpolypen empfohlen wird. Daneben wird MHN für Nasennebenhöhlenentzündungen (Rhinosinusitis) eingesetzt.

Die allergische Rhinitis ist eine Entzündungserkrankung der Nasenschleimhaut infolge Allergenexposition. Als allergische Rhinokonjunktivitis ist sie mit einer geschätzten Lebenszeitprävalenz von circa 20 % eine der häufigsten allergischen Erkrankungen [Bousquet et al. 2001: 108]. Betroffen sind Kinder und Erwachsene, die alle eine hohe Komorbidität für Erkrankungen wie Asthma oder Neurodermitis aufweisen [Lack 2001:108; Wright et al. 1994: 94; Leynaert et al. 1999: 104; Ruoppi et al. 1993: 113]. Das Risiko an Asthma zu erkranken ist bei Patienten mit allergischer Rhinitis höher als in der Normalbevölkerung [Pariante et al. 1997: 12; Linneberg et al. 2003: 111]. Dieser Effekt wird als Etagenwechsel diskutiert. Die Erkrankung führt zu Störungen der Lebensqualität oder der beruflichen bzw. schulischen Leistungsfähigkeit [Craig et al. 1998: 101; McColley et al. 1997: 111].

Die durch die allergische Rhinitis und relevante Komorbiditäten verursachten Gesamtkosten sind für das Gesundheitswesen erheblich. In Deutschland betragen die Kosten der allergische Rhinokonjunktivitis im Jahre 2000 geschätzte 240 Millionen Euro bzw. 5,1 Milliarden Euro für die allergischen Atemwegserkrankungen insgesamt [Ring et al 2000; Statistisches Bundesamt, 2000]. Die akute oder chronische Nasennebenhöhlenentzündung wird als Rhinosinusitis bezeichnet. Nasenpolypen (Polyposis nasi) sind Ausstülpungen von chronisch entzündeter Schleimhaut in die Nasenhöhle. Sie können zu Behinderung der Nasenatmung und zu einem Geruchssinnverlust führen (Bachert 2004: 27).

bung anonymisierter Patientendaten durchgeführt. Es sollten Daten über die Behandlung mit zugelassenen Arzneimitteln gesammelt werden. Die Untersuchung wurde bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gemäß § 67 Abs. 6 AMG angezeigt. Zeit, Ort, Ziel der Untersuchung sowie die Namen der teilnehmenden Ärzte wurden genannt.

Jeder teilnehmende HNO-Arzt konnte bis zu 10 Patienten retrospektiv dokumentieren, die wegen perennialer allergischer Rhinitis, chronischer Rhinosinusitis oder Polyposis nasi länger als 12 Monate mit MHN behandelt worden waren und bei denen anschließend eine Umstellung auf ein anderes intranasales Steroid erfolgte. Es gab keine Vorgaben zur Randomisierung der Patienten. Die Therapie sollte nach dem Medikationswechsel möglichst über weitere 12 Monate fortgeführt worden sein. Um Kohorten vergleichen zu können, sollte jeder Studienteilnehmer auch mindestens einen Patienten dokumentieren, der über mindestens zwei Jahre ausschließlich mit MHN behandelt worden waren.

Weitere Einschlusskriterien für Patienten waren:

- Die Einstellung auf MHN musste mit Angabe des Datums dokumentiert sein und das Datum der Einstellung musste vor dem 01. Januar 2009 sowie vor der ersten Änderung der Therapie/Indikation liegen.
- Mindestens eine Folgevisite bzw. Änderung der Therapie/Indikation musste pro Patient dokumentiert und mit Datum versehen sein.

Die Planung, Durchführung und biometrische Auswertung erfolgte mit Methoden der deskriptiven Statistik durch ein unabhängiges Institut (MedPharmTec-Services) unter Verwendung von SAS Vs. 8.1. Alle erhobenen Parameter wurden je nach Merkmalsart durch Mittelwert, Standardabweichung, Streuung und Median bzw. durch ihre Häufigkeitsverteilung beschrieben. Bei der Ermittlung der Häufigkeit der Arztbesuche wurde der Beobachtungszeitraum mithilfe der linearen Regression auf zweimal ein Jahr adjustiert.

Ergebnis

Insgesamt wurden 734 Patienten von 76 Ärzten dokumentiert. In die Analyse konnten anhand der oben definierten Kriterien 676 Patienten eingeschlossen werden. Die Patienten waren im Mittel 47 Jahre alt ($\pm 17,19$) und mehr als 50 % der Patienten waren in Vollzeit beschäftigt (Tab. 1).

Über den gesamten Beobachtungsverlauf wurden 189 der dokumentierten Patienten (28 %) ausschließlich mit MHN behandelt. Bei 487 Patienten (72 %) wurde eine Umstellung auf andere intranasale Steroide dokumentiert. Bei dem überwiegenden Anteil der eingeschlossenen Patienten wurde eine Allergische Rhinitis diagnostiziert (Initiale Therapie 65,1 %, finale Therapie 62,9 %), gefolgt von Polyposis nasi (Initiale Therapie: 44,9 %, finale Therapie: 45,4 %), Rhinosinusitis (Initiale Therapie: 33,6 %, finale Therapie: 33,1 %) und anderen Indikationen (Initiale Therapie: 6,4 %, finale Therapie: 6,2 %). Sich überschneidende Mehrfachdiagnosen pro Patient waren möglich. Die initiale Indikationsstellung änderte sich nur marginal während der Datenerhebung.

Als Grund für die Veränderung der Verordnung bestimmter intranasaler Steroide wurden von den beteiligten Ärzten zu 86,4 % ökonomische Gründe angegeben (418 Patienten). Erst danach folgten der Patientenwunsch (7,2 %, 35 Patienten), die medizinische Notwendigkeit (3,9 %, 19 Patienten) und andere Gründe (2,5 %, 12 Patienten) (Abb. 1).

Die Anzahl der Arztbesuche lag bei NASONEX® Therapie bei durch-

Demographische und sozioökonomische Daten		
	Anzahl und Prozent der Patienten	
	n	in %
Geschlecht		
weiblich	297	44
männlich	371	55
keine Angabe	8	1
Lebenssituation		
in Ausbildung	75	11,3
Betreuung Kleinkind	24	3,6
berufstätig (Vollzeit)	350	52,6
berufstätig (Teilzeit)	46	6,9
berentet/erwerbslos	171	25,7

Tab. 1: Demographische und sozioökonomische Daten

Grund für Veränderung der Verordnung von INS

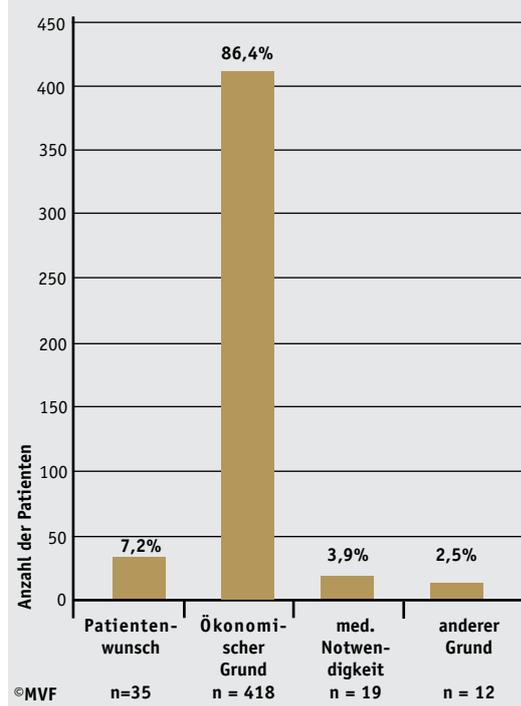


Abb. 1: Grund für den Therapiewechsel angegeben in Patientenanzahl und als prozentualer Wert

Anzahl der Arztbesuche im Therapieverlauf		
	Anzahl Arztbesuche	
	mean	median
Nasonex®	3,4	4,8
Rhinisan®	3,9	10,7
Budes Hexal®	5,4	12,7
Aquacort®	3,5	5,7
andere	3,4	10,7

Tab. 2: Anzahl der Arztbesuche im Therapieverlauf

schnittlich 4,8 (mean; median: 3,4) adjustiert auf eine Beobachtungsdauer von zweimal einem Jahr. Somit wurden weniger Visiten nötig als unter anderen Therapien (Tab. 2).

Ein ähnliches Bild konnte bei der Dosierung der Nasensprays gezeigt werden. NASONEX® wurde unabhängig von der Indikationsstellung im Durchschnitt mit 2,3 Hüben pro Tag eingesetzt, während von RHINISAN® 2,4 Hübe/Tag, BUDES HEXAL® 2,9 Hübe/Tag, AQUACORT® 3,1 Hübe/Tag und andere INS 2,9 Hübe/Tag verordnet wurden (Tab. 3).

Im Mittel benötigte ein NASONEX® Patient bei der Indikation allergische Rhinitis eine Therapiedauer von 34,1 Tagen während sich der Zeitraum unter anderen INS auf 35,4 Tage erhöhte. Hierbei wurde der Therapiezeitraum aus der Zeitdifferenz von Einstellung bis zum Wechsel der Therapie oder Dokumentationsende ermittelt. Noch deutlicher bildet sich dieser Unterschied in der Therapiedauer bei den Indikationen Rhinosinusitis (NASONEX®: 29,5 Tage, andere INS: 36,1 Tage), Polyposis nasi (NASONEX®: 36,6 Tage; andere INS: 39,2 Tage) und anderen Indikationen (NASONEX®: 32,2 Tage; andere INS 37,7 Tage) ab (Tab. 4).

Im Mittel benötigten NASONEX® Patienten erst nach 157,1 Tagen eine Folgemedikation, während bei anderen INS schon nach circa 120 Tagen eine Folgeverordnung vom HNO-Arzt erstellt wurde (RHINISAN®: 126,1 Tage, BUDES HEXAL®: 125,5 Tage, AQUACORT®: 119,5 Tage) (Tab. 5).

Aus der vorhandenen Dokumentation und der mittleren Anzahl der Sprühstöße pro Tag lassen sich tatsächlich verschriebene Tagestherapiekosten ableiten (Tab. 6). Die TTK sind über alle Indikationen gemittelt und stellen einen theoretischen Wert dar. Da die verschriebenen Packungsgrößen nicht in den Fragebögen erfasst wurden, beruhen die

Anzahl der Sprühstöße nach Behandlungsgruppen

	Anzahl Sprühstöße					
	n	mean	std.	min.	median	max
Nasonex®	619	2,3	1,19	1	2	9
Rhisan®	235	2,4	1,15	1	2	8
Budes Hexal®	100	2,9	1,25	1	2	8
Aquacort®	46	3,1	1,53	1	3	8
andere	112	2,9	1,41	1	2	8

Tab. 3: Anzahl der Sprühstöße nach Behandlungsgruppen

Berechnungen der Kosten pro PDD nur auf der kleinsten verfügbaren Packung (konservative Annahme). Die Angaben sind daher nur als Trend zu sehen.

Diskussion

Me-too-Listung hat einen Steuerungseffekt, d.h. es handelt sich um ein effektives Instrument:

Seit 2006 ist NASONEX® Bestandteil der Me too-Liste u.a. der KV Nordrhein. Abhängig von der Facharztgruppe kann der Arzt bis zu einer festgelegte Quote Me-too-Präparate verordnen. Bei der Gruppe der Hausärzte, Praktischen Ärzte und fachärztlich tätigen Internisten können zum Beispiel 6,9 % der Verordnungen auf Basis der DDD auf

Literatur

- Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. et al. (C. Bachert). Management of allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). J. Allergy Clin. Immunol. 2001; 108: 147-334.
- Lack G. Pediatric allergic rhinitis and comorbid disorders. J. Allergy Clin. Immunol. 2001; 108 (1 Suppl): 9-15.
- Wright A.L., Holberg C.J., Martinez F.D., Halonen M., Morgan W., Taussig L.M. Epidemiology of physician-diagnosed allergic rhinitis in childhood. Pediatrics. 1994; 94: 895-901.
- Leynaert B., Bousquet J., Neukirch C., Liard R., Neukirch F. Perennial rhinitis: An independent risk factor for asthma in nonatopic subjects: results from the European Community Respiratory Health Survey. J. Allergy Clin. Immunol. 1999; 104: 301-4.
- Ruoppi P., Seppä J., Nuutinen J. Acute frontal sinusitis: etiological factors and treatment outcome. Acta Otolaryngol. 1993; 113: 201-5.
- Pariante P.D., LePen C., Los F., Bousquet J. Quality-of-life outcomes and the use of antihistamines in a French national population-based sample of patients with perennial rhinitis. Pharmacoeconomics 1997; 12: 585-95.
- Linneberg A., Ostergaard C., Tvede M., Andersen L.P., Nielsen N.H., Madsen F., Frolund L., Dirksen A., Jorgensen T. IgG antibodies against microorganisms and atopic disease in Danish adults: the Copenhagen Allergy Study. J. Allergy Clin. Immunol. 2003; 111: 847-53.
- Craig T.J., Teets S., Lehman E.B., Chinchilli V.M., Zwillich C. Nasal congestion secondary to allergic rhinitis as a cause of sleep disturbance and daytime fatigue and the response to topical nasal corticosteroids. J. Allergy Clin. Immunol. 1998; 101: 633-7.
- McColley S.A., Carroll J.L., Curtis S., Loughlin G.M., Sampson H.A. High prevalence of allergic sensitization in children with habitual snoring and obstructive sleep apnea. Chest. 1997; 111: 170-3.
- Ring J., Wennig J. Weißbuch: Allergie in Deutschland 2000. Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie. Urban und Vogel, München, 2000.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland. Spezialbericht Allergien. Metzler-Poeschel, Stuttgart, 2000.
- Bachert C. Pharmakologische Therapie der Polyposis nasi. Allergologie 27 (12) 484-494 (2004).
- Herman H. Once-daily administration of intranasal corticosteroids for allergic rhinitis: a comparative review of efficacy, safety, patient preference, and cost. Am. J. Rhinol. 2007; 21(1): 70-9.
- Nielsen L.P., Mygind N., Dahl R. Intranasal corticosteroids for allergic rhinitis: superior relief? Drugs 2001; 61: 1563-79.
- Weiner J.M., Abramson M.J., Puy R.M. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomized controlled trials. BMJ 1998; 317: 1624-29.
- Schwabe U., Paffrath D. Arzneimittelverordnungsreport 2009; 817.
- Bachert C., Borchard U., Wedi B., Klimek L., Rasp G., Riechelmann H., Schultze-Werninghaus G., Wahn U., Ring J. (2003) Leitlinie der DGAI zur allergischen Rhinokonjunktivitis. Allergologie 26(4): 147-162.
- Fachinformation (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels/SPC) NASONEX. Stand: Juli 2009.
- Fachinformationen (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels/SPC) verschiedener Budesonid-haltiger Nasensprays.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2009.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics. DDD Methodology. <http://www.whocc.no/atcddd/atcssystem.html>. Zuletzt geprüft: 20. März 2009.
- Schöffski, O.; Claus, V.; Becker, B.: Verbrauch und Therapiekosten der Behandlung mit kortikosteroidhaltigen Nasensprays Gesundh. ökon. Qual. manag.: Efirst; DOI: 10.1055/s-0029-1245376.
- Marktübersicht 2009 KV Nordrhein; http://www.kvno.de/importiert/marktuebersicht_2009.pdf

Therapiedauer nach gestellter Indikation und Therapie mit INS						
Allerg. Rhinitis	Therapiedauer					
	n	mean	std.	min.	median	max
Nasonex®	114	34,1	19,18	0	35,6	85,6
anderes INS	318	35,4	19,65	0,4	35,9	101
Rhinosinusitis						
Nasonex®	63	29,5	19,83	0	30,7	81,6
anderes INS	168	36,1	21,42	0,3	34	101
Polyposis nasi						
Nasonex®	85	36,6	23,79	1,5	33,5	120,9
anderes INS	221	39,2	23,86	0,3	36,4	110,6
andere Indikation						
Nasonex®	9	32,2	21,22	12,4	25,4	74,7
anderes INS	33	37,7	20,81	4,7	35,3	93,9

Tab. 4: *Therapiedauer nach gestellter Indikation und Therapie mit INS*

Me-too-Präparate entfallen. Wird gleichzeitig die Me-too-Quote, die Generika-Quote und die Richtgröße überschritten, kann dem Arzt bis zu 5 % seines GKV-Honorars abgezogen werden.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass in der Mehrheit ökonomische Gründe, wie die Me-too-Listung von NASONEX®, dazu geführt haben, dass ein Wechsel der NASONEX®-Therapie zu anderen INS erfolgte. Nur in 13,6 % aller Fälle wurde die Therapie aufgrund von anderen, nicht-ökonomischen Gründen verändert. Somit konnte gezeigt werden, dass die Me-too-Liste einen starken Steuerungseffekt der Arzneimittelverordnungen in der Region der KV Nordrhein hat.

Der ökonomische Effekt pro Patient ist bei einer realistischen Betrachtung geringer als auf Basis der DDD-Betrachtung erwartet

In der Substitutionsempfehlung der KV Nordrhein „Marktübersicht“ wird empfohlen, NASONEX® durch BUDES HEXAL®, BUDESONID ACIS® oder AQUACORT® zu ersetzen. Basis hierfür sind die TTK, die auf Grundlage der DDD im AVR ermittelt werden. Es ist jedoch umstritten, ob man DDD für Wirtschaftlichkeitsaussagen nutzen kann. Ursprünglich sind die DDD von der WHO entwickelt worden, um Aussagen zur Arzneimittelstatistik machen zu können.

Bei allen INS ist eine DDD mit der Wirkstoffmenge 0,2 mg unabhängig von der aktiven Substanz festgelegt. Jedoch sind die Dosierungsempfehlungen je Präparat und Indikationsstellung unterschiedlich. Die Dosierungsempfehlung von NASONEX® variiert schon in der Fachinformation von 1 Hub pro Nasenloch in der Erhaltungstherapie der allergischen Rhinitis bis hin zu 4 Hüben pro Nasenloch bei der Polyposis nasi. Erschwerend kommt hinzu, dass es oft einen deutlichen Unterschied zwischen der DDD und den tatsächlich verordneten Hüben, den PDD gibt.

Die „Marktübersicht“ gibt die Kosten einer Therapie mit NASONEX® mit 1,18 Euro/Tag an [KV Nordrhein 2009]. Der AVR 2008 berichtet von TTK in Höhe von 0,89 Euro. Beide Angaben entsprechen nicht der Versorgungsrealität. In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass die TTK unter „real life“ Bedingungen deutlich gerin-

Reichweite einer Verordnung						
	Patienten mit Angaben zu Folgerezepten (n = 541)					
	n	mean Tage	SD tage	min. Tage	median tage	max Tage
Nasonex®	520	157,1	119,6	11	119,5	1117
Rhinisan®	41	126,1	102,9	28	104,5	493
Budes Hexal®	8	125,5	111,99	35,9	91	360
Aquacort®	17	119,5	76,54	12	112	334
andere	29	146,5	131,4	24	107,7	592

Tab. 5: *Reichweite einer Verordnung*

Kosten der tatsächlich verschriebenen Tagesdosen (DDD)					
	AVP in Euro	Packungs-inhalt	Mittelwert (Hübe/Tag)	Reichweite in Tage	PDD in Euro
Nasonex®	17,73	60	2,3	26	0,68
Rhinisan®	15,21	30	2,4	12,5	1,21
Budes Hexal®	19,91	200	2,9	68,9	0,228
Aquacort®	19,91	200	3,1	64,5	0,3

Tab. 6: *Kosten der tatsächlich verschriebene Tagesdosen (PDD)*

ger waren. So konnten unlängst in einer retrospektiven Datenanalyse von Verordnungsdaten aus Deutschland bereits niedrigere Kosten unter NASONEX®-Therapie im Vergleich zu BHN gezeigt werden sowie die Wirtschaftlichkeit der Therapie mit NASONEX® [Schöffski et al. 2010]. Hierzu wurden die Verordnungen von mehr als 25.000 Patienten retrospektiv mittels IMS Disease Analyzer erfasst und ausgewertet. Da in der vorliegenden Studie keine Packungsgrößen der verordneten Medikationen dokumentiert wurden, können die hier ermittelten TTK nur als Trend gesehen werden. Es wurde angenommen, dass immer die kleinste Packung verordnet wurde. Da aber die Packungen günstiger werden, je größer sie sind, kann geschlossen werden, dass die realen TTK noch geringer sind als in dieser Arbeit beschrieben.

Innerhalb der vorliegenden Studie gab es keine Einschränkungen bezüglich der Umstellungen auf andere INS. Somit basieren die Dosierangaben einiger Präparate auf nur wenigen Patientendaten. Eine statistisch signifikante Aussage ist in diesen Fällen meist nur schwer möglich. Ein Abgleich der hier gezeigten Daten durch unabhängige Analysen mit umfangreicheren Patientenkollektiven wäre für eine Verifizierung sinnvoll.

Fazit

Durch die vorliegende Arbeit konnte gezeigt werden, dass es einen Steuerungseffekt durch die Me-too-Liste gibt. Die befragten Ärzte gaben überwiegend an, dass ökonomische Gründe für die Therapieumstellung ausschlaggebend waren. Es handelt sich damit um eine sehr effektive Steuerung.

Es muss weiter die Frage gestellt werden, ob diese effektive Steuerung auch zu einer Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen führt. NASONEX®, dessen Verordnung nach Listung massiv zurückgegangen

ist, verursacht gemäß den Ergebnissen dieser Studie Kosten pro PDD in Höhe von 0,68 Euro vs. BUDES HEXAL® 0,288 Euro und AQUACORT® 0,30 Euro. Nur RHINISAN® verursacht wesentlich höhere Kosten in Höhe von 1,21 Euro pro PDD. Der Effekt ist allerdings wesentlich geringer als durch die Kalkulation der „Marktübersicht“ (NASONEX® 1,18 Euro) oder des AVR (0,89 Euro). Die bislang dargestellten Kosten sind für eine breite ökonomische Bewertung nicht ausreichend. In dieser Studie wurde ermittelt, dass mit der Therapie von NASONEX® weniger Arztbesuche anfallen (mean: 3,4 vs. AQUACORT® 3,7 vs. RHINISAN® 3,9 vs. Budes HEXAL® 5,4; median: 4,8 vs. AQUACORT® 5,7 vs. RHINISAN® 10,7 vs. Budes HEXAL® 12,7). Die ökonomische Bewertung dieses Sachverhalts fällt schwer, leider konnten in der Studie keine differenzierteren Daten erhoben werden. Liegen diese Besuche tendenziell in wenigen Quartalen, muss der Arzt den zusätzlichen Aufwand von (preiswerteren) Alternativen selbst tragen. Verteilen sich die Besuche auf mehrere Quartale, so ergeben sich zusätzliche Abrechnungsmöglichkeiten, die budgetrelevant für die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Krankenkassen sind. Es bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten, diese Effekte genauer zu quantifizieren. Auch gab es in dieser Studie erste Anhaltspunkte, dass zumindest im Vergleich zu Budes Hexal® bei mehr Patienten (50 % vs. NASONEX® 40 %) eine Begleitmedikation erforderlich war, aber auch hier kann eine ökonomische Bewertung nicht vorgenommen werden, da die Dokumentation nicht spezifisch genug war.

Es bleibt festzuhalten: Die Me-too Liste ist ein effektives Steuerungsinstrument, die eine erhebliche Verhaltensänderung bei den Ärzten generiert. Der ökonomische Effekt der Umstellung eines Patienten bleibt allerdings bei realistischer Betrachtung anhand der PDD weit hinter den Erwartungen bei der Zugrundelegung der Kosten pro PDD zurück. Gegen gerechnet werden müssten allerdings noch eine höhere Anzahl von Arztbesuchen und evtl. auch zusätzliche Begleitmedikationen bei den jetzt stärker verordneten preiswerteren Alternativen. Die Quantifizierung dieser Effekte konnte anhand der vorliegenden Studie nicht vorgenommen werden, wäre aber gesundheitsökonomisch sehr relevant. <<

Effectiveness and efficiency of me too lists as illustrated by the example of intranasal steroids

Germany has 17 regional associations of SHI-accredited Physicians (KV). Since 2006 the so called me too list is implemented in the KV Northrhine as a steering instrument for economic prescribing behaviour. Nobody has evaluated consequently the impact of this instrument yet. Until today 8 out of 17 KV regions have adopted the me too list. Using the example of corticoid-containing nose sprays we like to investigate if the me too list is an effective steering instrument for the prescription behaviour of physicians. Another point of interest is the evaluation if it increases the efficiency of the health care system. A mometason-containing nose spray (MHN), NASONEX®, is listed since 2006 as a me too and should be replaced by budesonide-containing nose spray (BHN) if following the recommendation for substitution written in the journal "Marktübersicht" of the KV Northrhine. The Market share of MHN has decreased since listing from 50 % to 20 %. An aim of the present study was to identify the causes of the decreased market shares of NASONEX®. The listing is based on the assumption that therapy with MHN is equal in efficiency but more cost intensive than BHN because of higher daily therapy costs.

Keywords

nose sprays, efficiency, steering, me too

Acknowledgement

Die vorliegende Arbeit wurde von Essex Pharma finanziert. Prof. Schöffski wurde im Rahmen dieses Projektes von Essex Pharma honoriert. Dr. Becker ist Mitarbeiterin der Essex Pharma und bezieht von dem Unternehmen ihr Gehalt.

Prof. Dr. Oliver Schöffski, MPH

ist Leiter des Lehrstuhls für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg. Er hat in Hannover Wirtschaftswissenschaften studiert, dort promoviert und habilitiert sowie einen Ergänzungsstudiengang „Public Health“ absolviert. In Forschung und Lehre beschäftigt er sich mit den ökonomischen Fragen des Gesundheitswesens, sein Forschungsschwerpunkt sind gesundheitsökonomische Evaluationen, d.h. die kombinierte medizinisch/ökonomische Bewertung von Maßnahmen im Gesundheitswesen. Kontakt: oliver.schoeffski@wiso.uni-erlangen.de



Dr. Beril Becker

ist Project Manager Health Care in der Abteilung Market Access der Firma Essex Pharma GmbH. Sie hat in Mainz und Osnabrück Biologie studiert und anschließend promoviert. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Versorgungsforschung. Kontakt: beril.becker@essex.de



Dr. Sabine Fuchs MPH
Karel Kostev
Wioletta Kotowa
Franz-Werner Dippel MSc

Insulin glargin und Exenatide bei Typ-2-Diabetes: Ein Kostenvergleich in Kombination mit oralen Antidiabetika

Typ-2-Diabetes ist eine der häufigsten chronischen Stoffwechselerkrankungen. Derzeit sind etwa 7 Millionen Menschen in Deutschland davon betroffen (DiabetesDE 2009). Prognosen zufolge wird sich die weltweite Diabetesprävalenz bis zum Jahr 2030 verdoppeln (Wild 2004).

Der Leitbefund bei Typ-2-Diabetikern ist eine Hyperglykämie aufgrund einer unzureichenden Insulinsekretion der β -Zellen verbunden mit einer Insulinresistenz des peripheren Gewebes. Der Typ-2-Diabetes ist mit typischen mikrovaskulären (z.B. Retinopathie, Nephropathie) und makrovaskulären (z.B. Schlaganfall und Myokardinfarkt) Komplikationen assoziiert. Der positive Effekt einer optimierten antihyperglykämischen Therapie auf die Reduktion von mikro- und makrovaskulären Spätfolgen konnte in Langzeitstudien belegt werden (UKPDS 1998; Holman 2008).

>> Im Allgemeinen wird der Typ-2-Diabetes zunächst mit nichtmedikamentösen Maßnahmen, wie Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion und körperlicher Bewegung, behandelt. Führt dies nicht zu dem gewünschten Erfolg, erhalten die Patienten eine Pharmakotherapie mit oralen Antidiabetika (OAD). Ist die metabolische Kontrolle mittels Diät und OAD unzureichend, kann durch die zusätzliche Gabe von Insulin eine klinische Verbesserung erreicht werden (Holman 2007).

Die deutsche evidenzbasierte Behandlungsleitlinie zur antihyperglykämischen Therapie des Typ-2-Diabetes empfiehlt bereits bei einem Hb1Ac-Wert von 6,5 - 7,5% eine Kombinationstherapie aus Metformin und einem zweiten OAD oder Exenatide. Bei einem Hb1Ac-Wert >7,5% wird eine Kombinationstherapie von OAD mit Insulin empfohlen (Matt-haei 2009). Gemäß der internationalen Therapieleitlinie für Typ-2-Diabetiker stellt die basalunterstützte orale Therapie (BOT) die wirksamste Option zum Einstieg in die Insulintherapie dar (Nathan 2006).

In der OAD-Kombinationstherapie kommt zunehmend Exenatide (EXE) aus der Arzneimittel-Gruppe der Inkretin-Mimetika zum Einsatz. Das kürzlich eingeführte injizierbare GLP-1 Analogon EXE hemmt bei der Nahrungsaufnahme die Wirkung von Glukagon und erhöht die Menge des von der Bauchspeicheldrüse an das Blut abgegebenen Insulins. Dabei wird das Insulin in Abhängigkeit von der Höhe des Blutzuckerspiegels aus der Bauchspeicheldrüse ins Blut abgegeben (Lilly 2010). Klinische Studien belegen für die Kombination aus EXE und OAD (EXE/OAD) eine Reduktion des HbA1c-Wertes bei verminderter Hypoglykämie

Abstract

Diese Studie untersuchte die Kosten einer Kombinationstherapie aus Exenatide (EXE) und einem oralen Antidiabetikum (OAD) versus einer basalunterstützten oralen Therapie (BOT) mit Insulin glargin (GLA) in der antihyperglykämischen Behandlung bei Typ-2-Diabetikern in Deutschland auf der Basis von Versorgungsdaten. Es wurde eine historische Kohortenstudie mittels der repräsentativen IMS® Disease Analyzer Datenbank durchgeführt. Eingeschlossen wurden Typ-2-Diabetiker, die eine BOT mit GLA oder eine Kombinationstherapie mit EXE und OAD zwischen 1/2007 und 12/2008 begonnen hatten. Der Ressourcenverbrauch (Arztbesuche, Facharztüberweisungen und Hospitalisierungen) und die Kosten (direkte Kosten einer antihyperglykämischen Therapie und Kosten der Begleitmedikation) wurden für einen Zeitraum von 12 Monaten nach Therapiebeginn mit GLA/OAD (BOT) und EXE/OAD bestimmt. Mittels Regressionsanalyse wurden der adjustierte Ressourcenverbrauch und die adjustierten Kosten für GLA/OAD versus EXE/OAD berechnet. Die Variablen Alter, Geschlecht, Diabetesdauer, HbA1c-Wert, Body-Mass-Index (BMI), Praxisschwerpunkt und Region wurden im Modell berücksichtigt. 1.934 Typ-2-Diabetiker wurden eingeschlossen, wovon 1.484 GLA/OAD erhielten und 450 Patienten mit EXE/OAD behandelt wurden. Die unadjustierten jährlichen direkten Kosten der antihyperglykämischen Therapie lagen bei 1.068 Euro für GLA/OAD und 1.740 Euro für EXE/OAD ($\Delta=672$ Euro). Die adjustierten jährlichen direkten Kosten der antihyperglykämischen Therapie waren bei Typ-2-Diabetikern mit GLA/OAD niedriger als bei EXE/OAD; die Kostenersparnis betrug 640 Euro ($p<0,0001$) pro Patient und Jahr. Das Ergebnis dieser Analyse anhand von realen Versorgungsdaten zeigt, dass Kostenersparnisse durch das GLA/OAD-Behandlungsregime bei vergleichbarer Effektivität gegenüber EXE/OAD möglich sind. Nach Adjustierung blieb der Kostenvorteil von GLA gegenüber EXE bestehen. Daher könnte das GLA/OAD-Regime im Vergleich zur Kombinationstherapie aus EXE und OAD bei Typ-2-Diabetikern zu wesentlichen Einsparungen in Deutschland führen.

Keywords

Insulin glargin, basalunterstützte orale Therapie, Exenatide, orale Antidiabetika, Typ 2-Diabetes, Kostenvergleich, Deutschland

mierate (De Fronzo 2005; Kendall 2005).

Zur Einleitung der BOT wurde in der Vergangenheit meist NPH-Insulin (humanes Basalinsulin) eingesetzt. Jedoch kommt es bei der BOT mit NPH-Insulin aufgrund der intermediären, dosisabhängigen Wirkdauer (12-18 Std.) und eines ungleichmäßigen Wirkprofils vermehrt zu Hypoglykämien. Um die Limitationen von NPH-Insulin zu beheben wurden die beiden langwirksamen Insulinanaloga Glargin (≥ 24 Std.) und Detemir (16 bis 22 Std.) entwickelt. Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) sowie Metaanalysen zeigen eine geringere Hypoglykämiehäufigkeit unter einer BOT mit GLA gegenüber einer BOT mit NPH-Insulin bei vergleichbarer Stoffwechseleinstellung (Rosenstock 2005; Riddle 2003; Mullins 2007; Home 2010). Die Vorteile von GLA gegenüber NPH-Insulin spiegeln sich bereits im deutschen Versorgungsalltag wider. Eine aktuelle Studie zeigt, dass die meisten der Typ-2-Diabetiker in Deutschland mittlerweile eine BOT mit GLA erhalten (Kress 2009).

Hinsichtlich der klinischen Effektivität (RCT) gilt die Behandlung mit EXE/OAD einer Therapie mit GLA/OAD (BOT) als gleichwertig (Heine 2005, Barnett 2007). Der Nachweis einer vergleichbaren Wirksamkeit

Glossar

Basalunterstützte orale Therapie: Kombination aus einem langwirksamen Insulin (Basalinsulin) und einem oralen Antidiabetikum (Tablette). Humaninsulin: Insulin, das in Aufbau und Zusammensetzung dem menschlichen Insulinhormon völlig gleicht. Es wird heute biosynthetisch hergestellt. NPH-Insulin: intermediär wirksames Humaninsulin (12-18 Std.). Insulinanaloga: durch Veränderungen von Anzahl und Reihenfolge der Aminosäuren abgewandeltes Humaninsulin mit neuen Eigenschaften. Es gibt kurz- und langwirksame Varianten (z. B. Insulin glargin).
Legende: SD: Standardabweichung; MW: Mittelwert, GLA= Insulin glargin, BOT= basalunterstützte orale Therapie, EXE= Exenatide, OAD= orale Antidiabetika.

über einen längeren Zeitraum sowie unter Alltagsbedingungen steht allerdings noch aus.

Für die Therapieentscheidung ist jedoch neben der klinischen Effektivität auch der Wirtschaftlichkeitsaspekt von Bedeutung. Die für das deutsche Gesundheitssystem durch Diabetes entstandenen direkten Kosten wurden für das Jahr 2001 auf 14,6 Milliarden Euro geschätzt (Köster 2006), Tendenz steigend (Weber 2006). Daher werden in dieser Studie die Kosten einer Kombinationstherapie aus EXE/OAD gegen die Kosten einer BOT mit GLA/OAD bei Typ-2-Diabetikern anhand von realen Versorgungsdaten in Deutschland verglichen.

Methoden

Diese historische Kohortenstudie wurde mittels der IMS®-Disease-Analyzer-Datenbank durchgeführt. Diese für Deutschland repräsentative Datenbank schließt Patientendaten aus Praxiscomputersystemen von ca. 3.000 niedergelassenen Ärzten ein (Becher 2009). Die Datenbank bietet pro Praxis eine vollständige Auflistung aller relevanten Patienteninformationen, Verordnungsdaten und Diagnosen (ICD-10-Klassifizierung und klartextliche Angaben) sowie Verbrauchs- und Labordaten. Der Medikamentenverbrauch wurde nach der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC) der „European Pharmaceutical Market Research Association“ (EphMRA) ermittelt.

Es wurden Typ-2-Diabetiker eingeschlossen, die zwischen 01/2007 und 12/2008 eine GLA/OAD oder EXE/OAD Therapie begonnen hatten und deren Daten zwölf Monate vor und zwölf Monate nach Therapiebeginn dokumentiert waren. Das Patientenkollektiv wurde zudem durch folgende Ein- und Ausschlusskriterien definiert:

- Alle Patienten: zwölf Monate vor Therapiebeginn mindestens zwei Verordnungen eines OAD.
- GLA/OAD-Patienten: Vor Therapiebeginn mit dem Basalinsulin GLA und während des Beobachtungszeitraums keine Verschreibung von anderen Insulinen oder EXE.

- EXE/OAD-Patienten: Vor Therapiebeginn mit EXE und während des Beobachtungszeitraums keine Verabreichung eines Insulins oder Insulinanalogons.

Die Patientendaten mussten kontinuierlich dokumentiert sein. Zur Kontinuitätsprüfung wurde eine Mindestzahl von Arztbesuchen vor und nach Therapiebeginn definiert. Vor Therapiebeginn mussten die Patienten mindestens zwei Arztbesuche aufweisen, davon einen innerhalb eines Jahres vor Therapiebeginn. Im ersten Jahr nach Therapiebeginn mit entweder GLA oder EXE musste halbjährlich mindestens ein Arztbesuch erfolgen sowie ein weiterer Arztbesuch im zweiten Jahr nach Therapiebeginn.

Es wurden die Patientenmerkmale Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus (gesetzlich/privat), Diabetesdauer, HbA1c-Wert (falls verfügbar), Body-Mass-Index (BMI, falls verfügbar), Region (Ost/West) und Schwerpunkt der Praxis (Allgemeinarzt/Facharzt) dokumentiert.

Ressourcenverbräuche und Kosten wurden für einen Zeitraum von 12 Monaten für GLA/OAD versus EXE/OAD ermittelt. Die direkten Kosten der antihyperglykämischen Therapie umfassten GLA, EXE, OAD, Blutzucker-Teststreifen, Zubehör (Pens), Verbrauchsmaterialien (Nadeln, Lanzetten) sowie die Gabe von Glukose (i.v.) bzw. Glukagon zur Behandlung von Hypoglykämien. Die direkten Kosten der nicht diabetischen Begleitmedikation, darunter Antihypertensiva (ATC Code C02, C03, C07, C08, C09), Lipidregulatoren (ATC C10), Antithrombotika (ATC B01) und Herztherapeutika/Blutgerinnungsmittel (ATC C01, B02) wurden für beide Vergleichskollektive erhoben. Weiterhin wurde die Anzahl von Hausarztvisiten, Facharztüberweisungen und Hospitalisierungen dokumentiert.

Die erhobenen Mengen und Kosten wurden mittels einer multivariaten Regressionsanalyse für die Variablen Alter, Geschlecht, Diabetesdauer, HbA1c-Wert, BMI-Wert, Region und Praxisschwerpunkt, adjustiert. Das Signifikanzniveau wurde bei $p=0,05$ festgesetzt.

Ergebnisse: Patientencharakteristika

Insgesamt wurden 1.934 Patienten in die Datenbankanalyse eingeschlossen. 1.484 Patienten erhielten eine BOT aus GLA/OAD, 450 Patienten eine Kombinationstherapie aus EXE/OAD (Abb. 2).

Hinsichtlich der erhobenen Patientencharakteristika zeigten sich

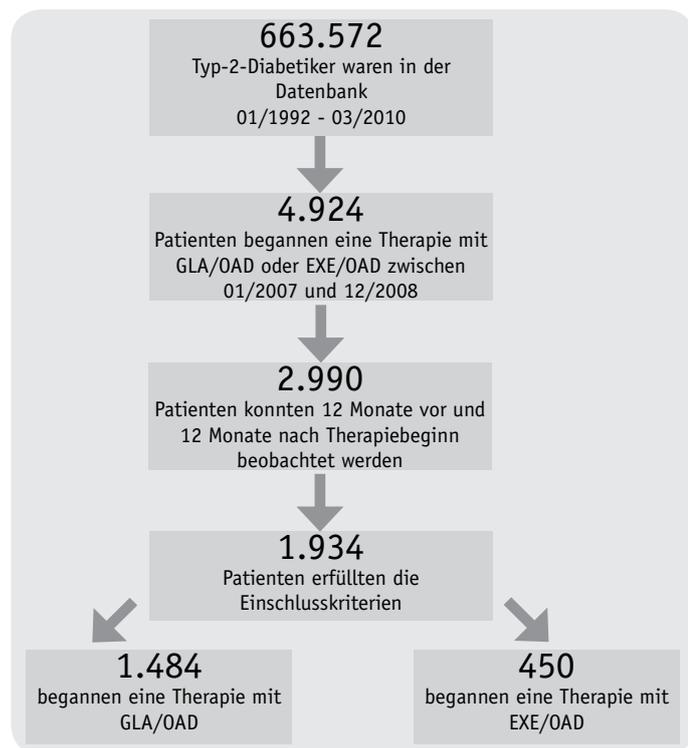


Abb 1: Patientenselektion

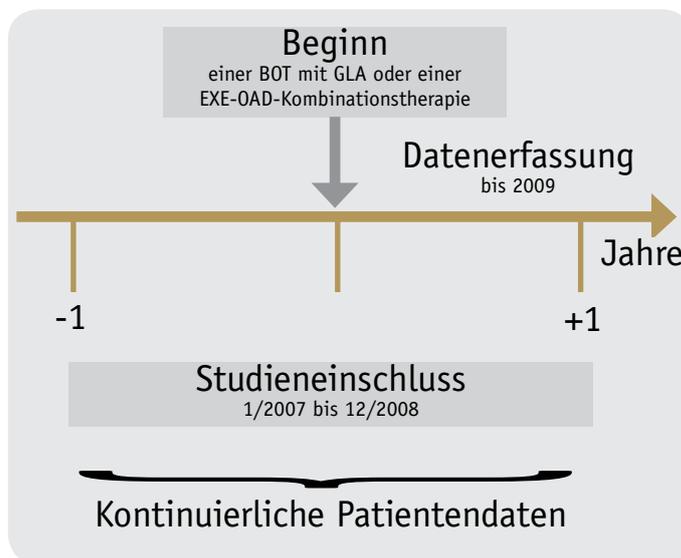


Abb 2: Zeitstrahl

signifikante Unterschiede zwischen den Kollektiven in Bezug auf Alter, Diabetesdauer, HbA1c-Wert, BMI, Versicherungsstatus und Praxisschwerpunkt. So hatten die Patienten in der GLA/OAD-Gruppe ein Durchschnittsalter von 70,2 Jahren gegenüber einem Durchschnittsalter von 58,1 Jahren in der EXE/OAD-Gruppe ($p < 0,0001$). Die durchschnittliche Diabetesdauer lag mit 5,4 Jahren bei GLA/OAD-Patienten eineinhalb Jahre über der Diabetesdauer bei EXE/OAD-Patienten. Patienten der GLA/OAD-Gruppe wiesen im Durchschnitt höhere mittlere HbA1c- und niedrigere mittlere BMI-Werte ($p < 0,0001$) auf. EXE/OAD-Patienten wurden häufiger in Praxen mit diabetologischem Schwerpunkt behandelt (57,8% vs. 18,8%; $p < 0,0001$) und waren häufiger privat versichert (11,8% vs. 7,3%; $p < 0,0001$) als GLA/OAD Patienten. In Bezug auf die Geschlechtsverteilung und die Praxisregion waren die beiden Patientengruppen vergleichbar (Tab. 1).

Ressourcenverbräuche:

In der unadjustierten Analyse kam es in der GLA/OAD-Gruppe durchschnittlich zu 27% mehr Hausarztvisiten als in der EXE/OAD-Gruppe.

Patientencharakteristika der Vergleichskollektive			
Variable	GLA/OAD	EXE/OAD	p-Wert
Total (N / %)	1.484 [100,0%]	450 [100,0%]	
männlich (N / %)	788 [53,1%]	240 [53,3%]	0,93
privat versichert (N / %)	109 [7,3%]	53 [11,8%]	<0,0001
Alter (MW in Jahren / SD)	70,2 [11,4]	58,1 [10,8]	<0,0001
Diabetesdauer (MW in Jahren / SD)	5,4 [5,3]	3,9 [2,6]	<0,0001
Mittlerer HbA1c-Wert* (MW / SD)	7,6 [1,1]	7,3 [1,2]	<0,0001
Mittlerer BMI** (MW / SD)	30,7 [5,7]	35,6 [6,8]	<0,0001
Westdeutschland (N / %)	1.106 [74,5%]	343 [76,2%]	0,47
Praxis mit Schwerpunkt Diabetologie (N / %)	279 [18,8%]	260 [57,8%]	<0,0001

Tab. 1: Patientencharakteristika der Vergleichskollektive; Quelle: IMS® Disease Analyzer. (Legende: * bekannt für 890 (60 %) und 263 (58 %) Patienten; ** bekannt für 282 (19 %) und 139 (31%) Patienten).

Literatur

- Barnett, A.H./Burger, J./Johns D./Brodows, R./Kendall, D.M./Roberts, A./Trautmann, M.E. (2007): Tolerability and efficacy of exenatide and titrated insulin glargine in adult patients with type 2 diabetes previously uncontrolled with metformin or a sulfonylurea: a multinational, randomized, open-label, two-period, crossover noninferiority trial. In: Clin Ther. 2007, 29(11):2333-48.
- Becher, H./Kostev, K./Schröder-Bernhardi, D. (2009): Validity and representativeness of the „Disease Analyzer“ patient database for use in pharmacoepidemiology and pharmacoecology. In: Int J Clin Pharmacol Ther. 2009, 47(10):617-26.
- Brändle, M./Erny-Albrecht, K.M./Goodall, G./Spinas, G.A./Streit, P./Valentine, W.J. (2009): Exenatide versus insulin glargine: a cost-effectiveness evaluation in patients with Type 2 diabetes in Switzerland. In: Int J Clin Pharmacol Ther. 2009, 47(8):501-15
- DeFronzo, R.A./Ratner, R.E./Han, J./Kim, D.D./Fineman, M.S./Baron, A.D. (2005): Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control and weight over 30 weeks in metformin-treated patients with type 2 diabetes. In: Diabetes Care. 2005, 28(5):1092-100.
- Dippel, F.-W./Schneider, T./Schöffski, O./Kleinfeld, A./Ponzel, R.: Insulin glargin: eine kostengünstige Alternative im Vergleich zu NPH-Insulin. In: Monitor Versorgungsforschung 06/09; S. 31-35.
- Heine, R.J./Van Gaal, L.F./Johns, D./et al (2005): Exenatide versus insulin glargine in patients with suboptimally controlled type 2 diabetes: a randomized trial. In: Ann Intern Med 2005, 143:559-569.
- Holman, R.R./Thorne, K.I./Farmer, A.J./Davies, M.J./Keenan, J.F./Paul, S./Levy, J.C. (2007): Addition of biphasic, prandial, or basal insulin to oral therapy in type 2 diabetes. In: N Engl J Med 2007, 357(17):1716-30.
- Holman et al. (2008): 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. In: N Engl J Med 2008.
- Home, PD./Fritsche, A./Schinzel, S./Massi-Benedetti, M. Meta-analysis of individual patient data to assess the risk of hypoglycemia in people with type 2 diabetes using NPH insulin or insulin glargine. Diabetes, Obesity and Metabolism 2010;12:772-779.
- Kendall, D.M./Riddle, M.C./Rosenstock, J./et al. (2005): Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in patients with type 2 diabetes treated with metformin and a sulfonylurea. Diabetes Care 2005, 28: 1083-1091.
- Köster, I./von Ferber, L./Ihle P./Schubert I./Hauner H (2006): The cost burden of diabetes mellitus: the evidence from Germany - the CoDiM Study. In: Diabetologia. 2006, 49(7):1498-504.
- Kress, S./Dippel, F.W./Kostev, K./, Pirk, O./Reichelt A./Kotowa W. (2009): Insulin glargin mit oralen Antidiabetika: Vorteilhafter Einstieg in die Insulintherapie. In: Diabetes Stoffw Herz 2009;18(5):377-85.
- Matthaei, S./Bierwirth, R./Fritsche, A./Gallwitz, B./Häring, H.-U./Joost, H.-G./Kellerer, Ch./Kloos, T./Kunt, T./Nauck, M./et al. (2009): Medikamentöse antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 - Update der Evidenzbasierten Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. In: Diabetologie 2009, 5: 32-64.
- Mittendorf, T./Smith-Palmer, J./Timlin, L./Happich, M./Goodall, G. (2009): Evaluation of exenatide vs. insulin glargine in type 2 diabetes: cost-effectiveness analysis in the German setting. In: Diabetes Obes Metab. 2009, 11(11):1068-79.
- Mullins, P./Sharplin, P./Yki-Jarvinen, H./Riddle, M.C./Haring, H.U. (2007): Negative binomial meta-regression analysis of combined glycosylated hemoglobin and hypoglycemia outcomes across eleven Phase III and IV studies of insulin glargine compared with neutral protamine Hagedorn insulin in type 1 and type 2 diabetes mellitus. Clin Ther 2007, 29(8): 1607-19.
- Nathan, D.M./Buse, J.B./Davidson, M.B./Heine, R.J./Holman, R.R./Sherwin, R./Zinman, B. (2006): Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. In: Diabetes Care 2006, 29(8): 1963-72.
- Riddle, M.C./Rosenstock, J./Gerich, J (2003): The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. Diabetes Care 2003, 26(11): 3080-6.
- Rosenstock, J./Dailey, G./Massi-Benedetti, M./Fritsche, A./Lin, Z./Salzman, A. (2005): Reduced hypoglycemia risk with insulin glargine: a meta-analysis comparing insulin glargine with human NPH insulin in type 2 diabetes. In: Diabetes Care. 2005, 28(4):950-5.
- Silverman, S.L (2009): From randomized controlled trials to observational studies. In: Am J Med 2009, 6(2):90-97.
- Weber, C. et al. Cost of type 2 diabetes in Germany over 8 years (the ROSSO study No. 2) Journal of Medical Economics 2006;9:45-53.
- Wild, S./Roglic, G./Green, A./Sicree, R./King H. (2004): Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. In: Diabetes Care, Volume 27, Number 5, 2004.
- DiabetesDE (Hrsg.) (2009): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2010: Mainz/Berlin: Kirchheim + Co. GmbH.
- Lilly (2010): Fachinformation Byetta® - 5/10 Mikrogramm Injektionslösung, Fertipgen. In: <http://www.fachinfo.de/data/fi/jsearch?praep> (abgerufen am: 25.06.2010).
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (2008): Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type-2 diabetes. (UKPDS 33). In: Lancet, 352:837-853.

Ebenso traten Krankenhauseinweisung und Überweisungen an einen Facharzt jeweils häufiger bei GLA/OAD als bei EXE/OAD auf (Tab. 2).

Kosten:

Ressourcenverbräuche in den Vergleichskollektiven				
Ressourcenverbräuche	GLA/OAD		EXE/OAD	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Hausarztvisiten	18,88	10,68	14,84	9,02
Krankenhauseinweisungen	0,14	0,48	0,06	0,27
Überweisungen an Facharzt	3,67	4,09	3,2	4,83

Tab. 2: Ressourcenverbräuche in den Vergleichskollektiven; Quelle: IMS® Disease Analyzer

Die mittleren unadjustierten jährlichen Arzneimittelkosten der antihyperglykämischen Therapie waren 1.068 Euro (GLA/OAD) und 1.740 Euro (EXE/OAD). Die Kosten der nicht diabetischen Begleitmedikation lagen bei GLA/OAD-Patient höher (360 Euro) als bei EXE/OAD-Patienten (257 Euro). Dabei machten die Kosten für Antihypertensiva den größten Anteil aus (Tab. 3).

Die unadjustierten jährlichen Kosten der antihyperglykämischen Therapie bei EXE/OAD-Patienten setzten sich hauptsächlich aus den

Jährliche Kosten der antihyperglykämischen Therapie und Begleitmedikation der Vergleichskollektive				
Kosten der antihyperglykämischen Therapie	GLA/OAD		EXE/OAD	
	mittlerer AVP in Euro	SD	mittlerer AVP in Euro	SD
GLA	360,64	203,23	0	0
EXE	0	0	1175,97	553,32
OAD	233,37	279,14	250,33	284
Blutzucker-Teststreifen	436,34	491,04	243,18	371,61
Zubehör [Pens, Nadeln]	37,87	53,21	70,17	82,37
Glukose (i.v.)/Glukagon	0,07	1,49	0	0
Kosten der antihyperglykämischen Therapie gesamt	1068,29	637,84	1739,65	799,41
Kosten der nicht diabetischen Begleitmedikation				
Antihypertensiva	226,68	261,24	169,14	270,98
Lipidregulatoren	68,57	153,98	57,93	144,39
Antithrombotika	50,24	192,95	21,92	111,29
Herztherapeutika/Blutgerinnungsmittel	14,58	53,3	7,7	43,94
Kosten der nicht diabetischen Begleitmedikation gesamt	360,06	419,31	256,69	362,19

Tab. 3: Ressourcenverbräuche in den Vergleichskollektiven, Quelle: IMS® Disease Analyzer

Kosten für EXE (68%), OAD (14%) und Blutzucker-Teststreifen (14%) zusammen. Wohingegen bei GLA/OAD-Patienten Blutzucker-Teststreifen den höchsten Kostenanteil bildete (41%), gefolgt von GLA (34%) und OAD (22%) (Abb. 3).

Regressionsanalyse

In einer multivariaten Regressionsanalyse wurden die Ergebnisse für Alter, Geschlecht, Diabetesdauer, HbA1c-Wert, BMI, Praxisschwerpunkt und Region adjustiert.

Es zeigte sich, dass die BOT mit GLA zu signifikanten jährlichen Einsparungen bei den direkten Kosten der antihyperglykämischen Therapie (Insulin, OAD, Teststreifen, Zubehör, Behandlung von Hypoglykämien) gegenüber einer EXE/OAD-Kombinationstherapie führte (-640 Euro; p<0,0001).

Dieser Kostenvorteil für GLA war insbesondere auf die Differenz der Kosten für GLA und EXE zurückzuführen ($\Delta=809$ Euro; p<0,0001). Darüber hinaus wurde bei den Zubehörcosten ebenfalls ein Kostenvorteil von GLA/OAD gegenüber EXE/OAD festgestellt ($\Delta=37$ Euro; p<0,0001). EXE/OAD-Patienten zeigten andererseits bei den adjustierten Kosten von Blutzucker-Teststreifen niedrigere Ausgaben als GLA/OAD-Patienten ($\Delta=203$ Euro; p<0,0001). Für die Kosten der nicht diabetischen Begleitmedikation sowie für die OAD-Kosten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Vergleichskollektiven.

Hinsichtlich der Ressourcenverbräuche (Hausarztvisiten, Facharztüberweisungen und Hospitalisierungen) zeigte sich, dass in der adjustierten Analyse die GLA/OAD-Patienten weniger Hausarztvisiten und Facharztüberweisungen, jedoch mehr Krankenhauseinweisungen als EXE/OAD-Patienten aufwiesen. Diese Unterschiede waren jedoch nicht signifikant (Tab. 4).

Diskussion

Die durchgeführte Analyse anhand von realen Versorgungsdaten zeigt, dass die adjustierten jährlichen Kosten der antihyperglykämischen Therapie von Typ-2-Diabetikern mit GLA/OAD unter denen

Differenzen der Kosten sowie der Ressourcenverbräuche		
Kosten der antihyperglykämischen Therapie	GLA/OAD	
	adjustierter Unterschied zu EXE/OAD	p-Wert
Antidiabetika [GLA/EXE, OAD], Teststreifen, Zubehör (Euro)	-640,18	<0,0001
GLA/EXE (Euro)	-808,62	<0,0001
OAD (Euro)	17,36	0,64
Blutzucker-Teststreifen (Euro)	203,42	<0,0001
Zubehör [Pens, Nadeln] (Euro)	-36,94	<0,0001
sonst. Medikamentenkosten (Euro)	-63,63	0,22
Ressourcenverbräuche		
Anzahl der Hausarztvisiten	-0,25	0,82
Anzahl der Hospitalisierungen	0,03	0,48
Anz. der Facharzt-Überweisungen	-0,31	0,47

Tab.4: Differenzen der Ressourcenverbräuche, Quelle: IMS® Disease Analyzer

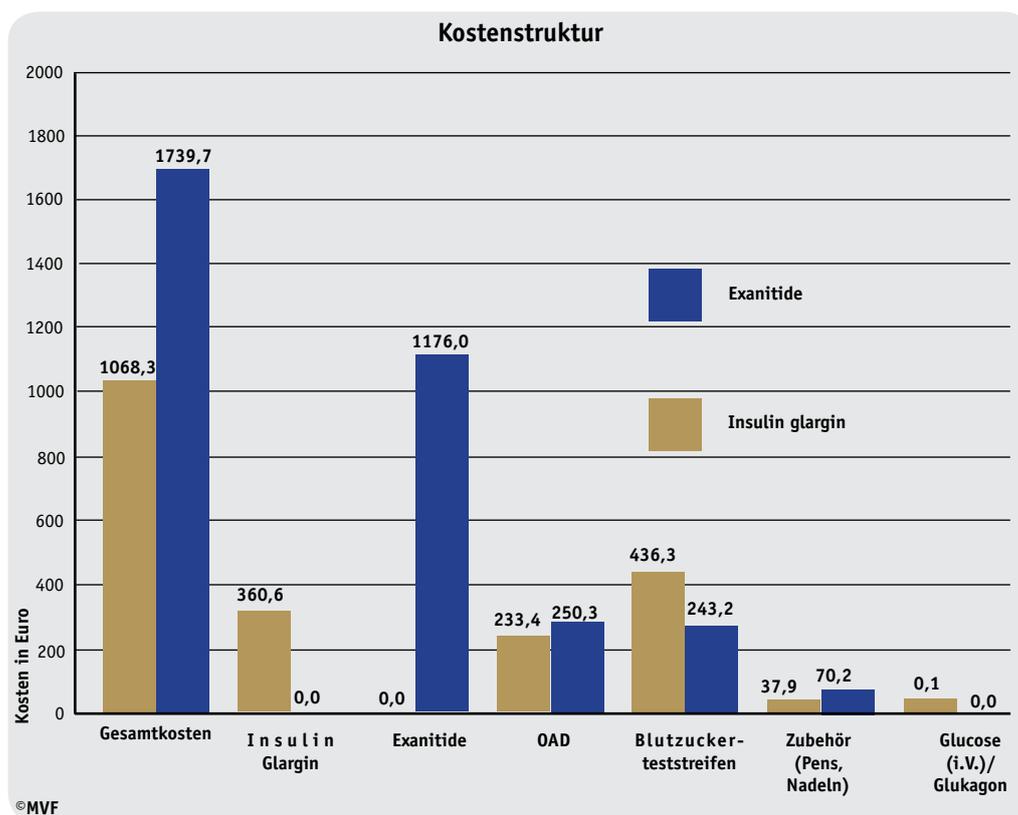


Abb 3: Kostenstruktur

einer EXE/OAD-Kombinationstherapie lagen (-640 Euro). Der Kostenunterschied war insbesondere auf die niedrigeren Arzneimittelkosten von GLA im Vergleich zu EXE zurückzuführen.

Nach dem Kenntnisstand der Autoren ist dies die erste Studie, die die Kosten von Typ-2-Diabetikern unter einer GLA/OAD und einer EXE/OAD in Deutschland auf Basis einer repräsentativen Datenbank miteinander vergleicht. Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Datenbankanalyse müssen jedoch einige grundlegende Einschränkungen berücksichtigt werden. Da es sich um eine historische Kohortenstudie handelt, konnte keine Randomisierung der Patienten durchgeführt werden. Dies spiegelt sich in strukturellen Unterschieden der Patientengruppen wider. So waren die Patienten der EXE/OAD-Gruppe jünger, hatten eine kürzere Diabetesdauer, einen niedrigeren HbA1c-Wert, einen höheren BMI, waren häufiger privat versichert und wurden häufiger in einer diabetologischen Praxis behandelt als GLA/OAD-Patienten. Die Unterschiede in den genannten Basischarakteristika können nur zum Teil über die unterschiedlichen Verordnungsgewohnheiten erklärt werden. Gemäß der deutschen evidenzbasierten Behandlungsleitlinie wird die EXE/OAD-Kombinationstherapie bereits bei einem HbA1c-Wert von >6,5% empfohlen, während die BOT erst bei HbA1c-Werten >7,5% zur Anwendung kommen sollte (Matthaei 2009). Der höhere BMI-Wert in der EXE-Gruppe könnte durch die erwartete gewichtsreduzierende Wirkung von EXE bedingt sein. Es ist anzunehmen, dass ein Arzt einem übergewichtigen Patienten bei einem grenzwertigen HbA1c-Wert eher EXE als GLA verschreiben würde. Diese zum Teil nachvollziehbaren und erklärbaren Differenzen in den Basischarakteristika könnten auch den unterschiedlich hohen Ressourcenverbrauch beider Gruppen bedingen. Tatsächlich wurden in der GLA/OAD-Gruppe häufiger Arztbesuche, Facharztüberweisungen und Krankenhauseinweisungen dokumentiert. Dies könnte insbesondere durch den Altersunterschied (GLA-Patienten waren durchschnittlich 70,2 Jahre alt versus 58,1 Jahre in der EXE-

Gruppe) bedingt sein, da anzunehmen ist, dass ältere Patienten mehr Begleiterkrankungen haben und daher vermehrt Arztbesuche und Krankenhauseinweisungen aufweisen. Weiterhin war auch der Verbrauch von Blutzucker-Teststreifen in beiden Gruppen unterschiedlich, da GLA-Patienten häufiger Selbstkontrollen des Blutzucker-Spiegel durchführen als Patienten, die nur mit OAD oder EXE/OAD behandelt werden. So fielen bei GLA-Patienten 436 Euro für Blutzucker-Teststreifen an, während EXE-Patienten nur Teststreifen für insgesamt 243 Euro verbrauchten. Trotz der genannten strukturellen Unterschiede der Vergleichskollektive zeigte sich bereits in der unadjustierten Analyse ein Kostenvorteil für GLA gegenüber EXE, der auch nach der multivariaten Regressionsanalyse, korrigiert für die genannten Unterschiede, bestehen blieb.

Zwei Kosten-Effektivitäts-Studien, die auf Basis eines validierten Diabetes-Modells Kosten und Nutzen von GLA/OAD und EXE/OAD in der Therapie

von Typ-2-Diabetikern einander gegenüberstellen, kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Kosten einer BOT mit GLA unter denen der EXE/OAD-Kombinationstherapie liegen (Mittendorf 2009; Brändle 2009). Die deutsche Studie untersuchte GLA versus EXE bei Typ-2-Diabetikern über einen Zeitraum von 10 Jahren und kam zu dem Ergebnis, dass die 10-Jahres-Kosten mit EXE um 3.854 Euro pro Patient über den Kosten einer BOT mit GLA, bei vergleichbarer Lebensqualität und Überlebenszeit, lagen (Mittendorf 2009). Die Studie innerhalb des Schweizer Gesundheitssystems wurde über einen Zeithorizont von 35 Jahren modelliert. Ebenfalls war EXE teurer als GLA (CHF 8.378 pro Patient in 35 Jahren) bei gleicher Effektivität und Überlebenszeit (Brändle 2009). Grundsätzlich muss bei Modellierungs-Studien beachtet werden, dass Daten aus unterschiedlichen Quellen (epidemiologische Daten, Daten aus klinischen Studien und Kostendaten) in den Simulationsprozess einfließen. Im Vergleich zur vorliegenden Real-Life-Studie, die die tatsächliche Versorgungsrealität abbildet, kann daher mittels Modellierung nur eine bestmögliche Annäherung an den realen Versorgungsalltag erreicht werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf ein Einsparpotenzial für das deutsche Gesundheitssystem durch die Anwendung von GLA in der BOT im Vergleich zur EXE/OAD-Kombinationstherapie bei Typ-2-Diabetikern hin. Trotz der diskutierten Limitationen dieser Untersuchung liefern Datenbankanalysen grundsätzlich wichtige Erkenntnisse, die zum Verständnis des realen Versorgungsgeschehens beitragen und für Entscheidungsträger im Gesundheitssystem eine wertvolle Ergänzung zu randomisierten kontrollierten Studien darstellen können (Silverman 2009).

Schlussfolgerung

Die BOT mit GLA ist hinsichtlich der klinischen Effektivität einer EXE/OAD-Kombinationstherapie mindestens als gleichwertig anzu-

sehen (Heine 2005; Barnett 2007). Aus gesundheitsökonomischer Sicht, basierend auf dieser Datenbankanalyse, ist die BOT mit GLA gegenüber der EXE/OAD-Kombinationstherapie bei gleicher Effektivität und geringeren Kosten demnach als überlegen zu betrachten. Die Ergebnisse dieser Untersuchung favorisieren die BOT mit GLA, die im Vergleich zur EXE/OAD-Kombinationstherapie zu Einsparungen bei der Therapie des Typ-2-Diabetes in Deutschland führen könnte. <<

Keywords

Insulin glargine, basal supported oral therapy, exenatide, oral antidiabetic drugs, type-2-diabetes, cost comparison, Germany.

Autorenerklärung

S. Fuchs und W. Kotowa sind Mitarbeiterinnen der Abteilung Health Economics & Outcomes Research von IMS Nürnberg; K. Kostev ist Mitarbeiter der Abteilung Center of Excellence Patient Data von IMS Frankfurt; F.-W. Dippel ist Mitarbeiter der Abteilung Evidenzbasierte Medizin und Gesundheitsökonomie der Firma Sanofi-Aventis in Berlin. Die Durchführung der Studie erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH.

Cost comparison between insulin glargine and exenatide in type-2-diabetes both in combination with oral antidiabetics

This study investigated the costs of a combination therapy of exenatide (EXE) and an oral antidiabetic drug (OAD) versus a basal supported oral therapy (BOT) with insulin glargine (GLA) in type-2-diabetics in Germany based on real-life data. A historical cohort study was performed using the representative IMS® Disease Analyzer database. Type-2-diabetics who initiated a BOT with GLA or a combination therapy with EXE and OAD between 1/2007 and 12/2008 were included. Resource utilization (physician visits, referrals to specialists and hospital admissions) and costs (direct antihyperglycemic therapy costs and costs for co-medication) were determined for a time period of 12 months after initiation of therapy with GLA/OAD and EXE/OAD, respectively. Applying regression analysis, adjusted resource utilization and costs for GLA/OAD versus EXE/OAD were calculated. The variables age, gender, diabetes duration, HbA1c level, body mass index (BMI), type of physician and region were considered in the model. 1,934 type-2-diabetics were included, of which 1,484 received GLA/OAD and 450 patients were treated with EXE/OAD. The unadjusted annual direct antihyperglycemic therapy costs were 1,068 Euro for GLA/OAD and 1,740 Euro for EXE/OAD ($\Delta=672$ Euro). The total adjusted annual direct antihyperglycemic therapy costs were lower in type-2-diabetics on GLA/OAD than on EXE/OAD; annual cost savings amounted to 640 Euro ($p<0.0001$) per patient. This cost comparison yielded substantial cost savings in favor of the GLA treatment regimen associated with equal efficacy compared to EXE. After adjustment the cost advantage of GLA remained stable. Therefore, the BOT based on GLA compared to a combination therapy of EXE and OAD in type-2-diabetics could lead to substantial cost savings in Germany.

Dr. Sabine Fuchs MPH

ist als Consultant für IMS/HEOR in Nürnberg tätig.

Der Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Durchführung und Publikation medizinisch-gesundheitsökonomischer Studien und in der gesundheitsökonomischen Evaluation (Modellierung und Kosten-Effektivitäts-Analysen). Sabine Fuchs ist promovierte Ärztin.

Kontakt: sfuchs@de.imshealth.com



Wioletta Kotowa

ist Senior Consultant und seit 2003 bei IMS HEOR tätig.

Sie beendete ihr Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Charkow (Ukraine) mit Auszeichnung, ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

Kontakt: wkotowa@de.imshealth.com



Karel Kostev M.A.

ist als Senior Research Analyst im Centre of Excellence Patient Data bei IMS Health in Frankfurt tätig. Er ist für die Koordination und Durchführung der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien zuständig; sein Schwerpunkt liegt in der Diabetesforschung. Er promoviert zur Zeit zum Dr. rer. med. an der Universität Leipzig.

Kontakt: kkostev@deimshealth.com



Franz-Werner Dippel MSc

ist Projektleiter für Gesundheitsökonomie/Versorgungsforschung im Bereich Stoffwechsel (Diabetes) der Medizinischen Abteilung, Sanofi Aventis Deutschland GmbH.

Biologiestudium an der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität, Frankfurt.

Seit 1984 in verschiedenen Funktionen in der pharmazeutischen Industrie tätig.

Kontakt: franz-werner.dippel@sanofi-aventis.com



Dr. Christopher Hermann
Dipl. Verw. Wiss. Holger Pressel

Das Gesundheitswesen als „komplexes adaptives System“ - Implikationen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung

Der vorliegende Aufsatz begreift das deutsche Gesundheitswesen bzw. die gesetzliche Krankenversicherung als ein komplexes adaptives System. Der amerikanische Informatiker John H. Holland, der neben Murray Gell-Mann und Stuart Kauffman zu den Mitbegründern des Ansatzes der komplexen adaptiven Systeme zählt, definiert „complex adaptive systems“ als „systems that involve many components that adapt or learn as they interact“ (Holland 2006:1). Kennzeichen von komplexen adaptiven Systemen sind also die Existenz mehrerer Elemente, die miteinander interagieren und sich dabei durch Lernprozesse anpassen können. Beispiele für komplexe adaptive Systeme sind das Immunsystem und Ökosysteme, aber auch das Internet, Organisationen, Volkswirtschaften sowie das Gesundheitssystem (Gell-Mann 1994, Kauffman 1995, Beinhocker 2007).

>> Der Begriff „Komplexität“ wird allerdings häufig - um nicht zu sagen meistens - eher alltagsprachlich oder in einem metaphorischen Sinne und damit ohne impliziten oder gar expliziten Bezug auf das Verständnis der Komplexitätstheorie verwendet; in einem alltagsprachlichen Gebrauch „ist Komplexität geradezu zu einem Synonym für Undurchsichtigkeit, Unvorhersehbarkeit und Unbeherrschbarkeit geworden“ (Weyer/Schulz-Schaeffer 2009:V). Auch und gerade mit Bezug auf das deutsche Gesundheitswesen werden die Begriffe „Komplexität“ und „komplex“ gerne und häufig verwendet: Jens Alber (1992:157) charakterisiert in seiner Anfang der 90er Jahre erschienenen Monographie über das deutsche Gesundheitswesen dieses als „System komplexer Vielfachsteuerung“. Diesem Aufsatz liegt jedoch nicht nur ein rein metaphorisches Verständnis von „Komplexität“ zu Grunde; vielmehr wird der Begriff in einem ontologischen Sinne, d. h. im Sinne eines bestimmten Verständnisses von der Beschaffenheit und Funktionsweise des Gesundheitswesens, verstanden.

Die Erforschung von Einfachheit und Komplexität, wie sie zunächst vor allem am 1984 gegründeten Santa Fe Institute (SFI) erfolgte, zwischenzeitlich aber auch in anderen Zentren intensiv betrieben wird, umfasst neben der Identifikation präziser Definitionen und Charakteristika von Begriffen wie „einfach“ und „komplex“ auch die Ermittlung von Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen verschiedenen komplexen adaptiven Systemen. Dabei werden so verschiedene Prozesse wie die Entstehung des Lebens auf der Erde, die biologische Evolution, das Verhalten von Ökosystemen, die Logik von Finanzmärkten und

Abstract

Der Beitrag begreift das Gesundheitswesen im Allgemeinen und das System der gesetzlichen Krankenversicherung im Speziellen als komplexes adaptives System. Nach einer Erläuterung der wesentlichen Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme (Dynamik, Rückkopplungen, Selbstorganisation, Nicht-linearität und Pfadabhängigkeit) erläutern empirische Beispiele aus dem Bereich der GKV dieses Verständnis. Der Aufsatz endet mit einer Darstellung der wesentlichen Implikationen aus dem Verständnis des Gesundheitswesens als komplexes adaptives System für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung.

Keywords

Gesundheitswesen als komplexes adaptives System, Gesundheitsversorgung, Selbstorganisation

Beispiele für eine Komplexitätstheoretische Perspektive

Disziplin	System	Elemente	Dynamik
Biologie	Organismen	Zellen	Wachstum
Gesundheitsökonomie	Populationen	Patienten, Ärzte, Krankenkassen	Märkte
Soziologie	Gesundheitswesen	Individuen	Interaktionen
Politikwissenschaften	Gesellschaften	Wähler	Regierungswechsel
	Demokratie		

Abb 1: Komplexitätstheoretische Perspektive, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Mainzer 2008

die Entstehung von Wohlstand intensiv erforscht (Gell-Mann 1994:53, Beinhocker 2007:44).

Auch in der Theorie komplexer adaptiver Systeme kommt - ganz ähnlich wie im alltagsprachlichen Gebrauch der Begriffe „komplex“ bzw. „Komplexität“ - der Frage der Vorhersehbarkeit von Systemen eine zentrale Bedeutung zu. Während in der „klassischen“ Ökonomie beginnend mit Adam Smith im 18. Jahrhundert bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts - als prominente Vertreter seien die Ökonomen Paul Samuelson und Kenneth Arrow genannt - das Denken von Gleichgewichtszuständen dominant war und nach herrschender Lehrmeinung auch noch heute ist, begannen in den späten 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Biologen und Physiker sich für Systeme, die von solchen Gleichgewichtszuständen weit entfernt sind und diesen Zustand (wohl) auch nie erreichen, zu interessieren. Zu dieser Zeit kam der Begriff „komplexes adaptives System“ auf (Beinhocker 2007:43). In solch einem komplexen System wirken sich die Interaktionen auf der Mikroebene auf die Beschaffenheit des Makrobereiches aus. Dieses Phänomen wird häufig auch als „Emergenz“ bezeichnet (z. B. von Kauffman 1993, Gell-Mann 1994, Holland 1998, Beinhocker 2007 sowie Schneider/Bauer 2009).

Komplexe adaptive Systeme bestehen im Wesentlichen aus folgenden vier Bestandteilen: Akteure, Netzwerke, Regeln und Umwelten (Schneider/Bauer 2009:45). Der Informationsaustausch zwischen diesen Akteuren erfolgt in dem Modell der komplexen adaptiven Systeme im Normalfall in Netzwerken. Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme

me - neben der bereits genannten „Emergenz“ - stellen die Konstrukte „Pfadabhängigkeit“, „Dynamik“, „Rückkopplungen“, „Nichtlinearität“, „Nichtvorhersehbarkeit“ sowie „Selbstorganisation“ dar (Beinhocker 2007, Schneider/Bauer 2009); diese werden im nächsten Abschnitt kurz erläutert.

Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme: Dynamik, Rückkopplungen, Nichtlinearität, Pfadabhängigkeit und Selbstorganisation

Aus der Perspektive der komplexen adaptiven Systeme handelt es sich bei einem Gesundheitssystem um ein dynamisches System. Dies bedeutet, dass sich im Zeitverlauf die Zustände der Akteure und auch deren Beziehungen untereinander nahezu ständig ändern (können). Dynamik impliziert somit auch, dass sich Relationen zwischen Variablen in Abhängigkeit vom Systemzustand ändern. Wichtig ist dabei auch die Berücksichtigung von mittelbaren Auswirkungen von Handlungen auf Dritte sowie von Rückkopplungen. Ein Beispiel aus dem Bereich des Gesundheitswesens soll diesen Sachverhalt verdeutlichen: Wird beispielsweise - wie mit Wirkung zum 01.10.2004 in Deutschland tatsächlich geschehen - vom Gesetzgeber die (Teil-)Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlungen von seltenen Krankheiten oder von Krankheiten mit besonders ernsthaftem und schwerwiegendem Verlauf ermöglicht, so hat dieser Gesetzesbeschluss nicht nur Auswirkungen auf die Krankenhäuser, sondern auch auf die ambulant tätigen Ärzte. Die Krankenhäuser wurden damals gestärkt, die niedergelassenen Ärzte geschwächt. Bei genauerer Betrachtung können sich auch innerhalb des stationären Sektors Verschiebungen ergeben: die teilgeöffneten Krankenhäuser können ihre Behandlungszahlen und somit ihren Umsatz maximieren - zu Lasten nicht nur der niedergelassenen Ärzte, sondern auch der anderen Krankenhäuser. In der Konsequenz führte das teilweise dazu, dass sowohl Verbände der niedergelassenen Ärzte als auch andere Krankenhäuser gegen die Teilöffnung von Krankenhäusern klagten oder zumindest damit drohten. Im Ergebnis kam es dann kaum zur praktischen Umsetzung dieser Option der Teilöffnung der Krankenhäuser.

Wissenschaftlich formuliert meint der Begriff „Dynamik eines Systems“, dass ein augenblicklicher Zustand eines Systems eine Funktion seines Zustandes zu einem früheren Zeitpunkt sowie einer zwischenzeitlich eingetretenen Veränderung ist (Beinhocker 2007:123). Eine Methode zur Beschreibung einer Veränderung von dynamischen Systemen ist die Systemdynamik („system dynamics“). Diese bereits Ende der 50er Jahre des vergangenen Jahrhunderts am Massachusetts Institute of Technology (MIT) von Jay W. Forrester u. a. entwickelte Methode (Forrester 1961) verwendet zur Modellierung dynamischer Modelle die Begriffe „Bestand“ („stock“) und „Flüsse“ („flow“); Bestände sind Mengenzustände (z. B. Anzahl an gesetzlichen Krankenkassen zum Stichtag 01.01.2009), Flüsse die Veränderungen dieser Mengenzustände im Zeitverlauf (z. B. Rückgang der Anzahl der Krankenkassen innerhalb der letzten zehn Jahre um eine Zahl x). Das Ziel der Systemdynamik ist es, mit Hilfe von Differentialgleichungen modellierte Sachverhalte in ihrem zeitlichen Verlauf zu simulieren (ausführlich bei Sterman 2000, Abb. 2).

Zusammenhänge zwischen den Beständen und den Flüssen eines dynamischen Systems können als Rückkopplungsschleifen verstanden werden. Der Terminus „Rückkopplung“ wird dann benutzt, wenn der Output eines Teils eines Systems als Input für einen anderen Teil fungiert, d. h. wenn sich A auf B und B auf C auswirkt und das Ergebnis von C wiederum Auswirkungen auf A hat (Beinhocker 2007:124). Ana-

Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme

Dynamik

- Impliziert, dass sich Relationen zwischen Variablen in Abhängigkeit vom Systemzustand ändern
- Systemdynamik als mögliche Methode zur Beschreibung von Veränderungen

Nichtlinearität

- Traditionelle Ansätze versuchen, Systeme linear fortzuschieben
- Allerdings nur bedingt realistisch, da auch sprunghafte Prozesse denkbar

Rückkopplungen (Feedback)

- Positive Rückkopplung: verstärkende Wirkung
- Negative Rückkopplung: abschwächende Wirkung

Pfadabhängigkeit („History matters“)

Selbstorganisation

Abb 2: Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme

lytisch kann man unterscheiden in positive und negative Rückkopplung; eine „positive Rückkopplung“ liegt dann vor, wenn eine Rückkopplung verstärkend wirkt, d. h. wenn A einen Schub an B weitergibt, B diesen an C weiterleitet und C wiederum A anschiebt (Beinhocker 2007:124). Positive Rückkopplungen wirken also beschleunigend. Der Terminus „negative Rückkopplung“ meint eine zirkuläre Beeinflussung mit abschwächender bzw. verlangsamer Wirkung. In komplexen adaptiven Systemen, also auch im Gesundheitswesen, gibt es zahlreiche Fälle von positiven und negativen Rückkopplungen. Aus dem Vorliegen von Dynamik und den damit verbundenen Rückkopplungsschleifen ergibt sich in der Regel eine nichtlineare Veränderung eines Systems. Der Begriff und das Verständnis von Nichtlinearität implizieren, dass Prozesse in komplexen adaptiven Systemen anderen als linearen Abläufen folgen, also exponentielle oder sprunghafte Prozesse denkbar und möglich sind (Schneider/Bauer 2009). Faktisch ergibt sich aus den Annahmen von Dynamik und Nichtlinearität die fehlende Möglichkeit der Vorhersehbarkeit der Entwicklung eines komplexen adaptiven Systems (Plesk/Greenhalgh 2001:626).

Weitere Eigenschaften von komplexen adaptiven Systemen sind deren Pfadabhängigkeiten, das heißt die Bedeutung der Vergangenheit eines Systems für dessen Zukunft, sowie Prozesse der Selbstorganisation. Die Bedeutung der Notwendigkeit des Spielraums für selbstorganisierende Prozesse ergibt sich auch als Folge nichtlinearer Entwicklungen (Abb. 3).

Empirie aus dem Bereich des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Versuche, den Ansatz des komplexen adaptiven Systems explizit auf das Gesundheitswesen zu übertragen, wurden bisher nur außerhalb

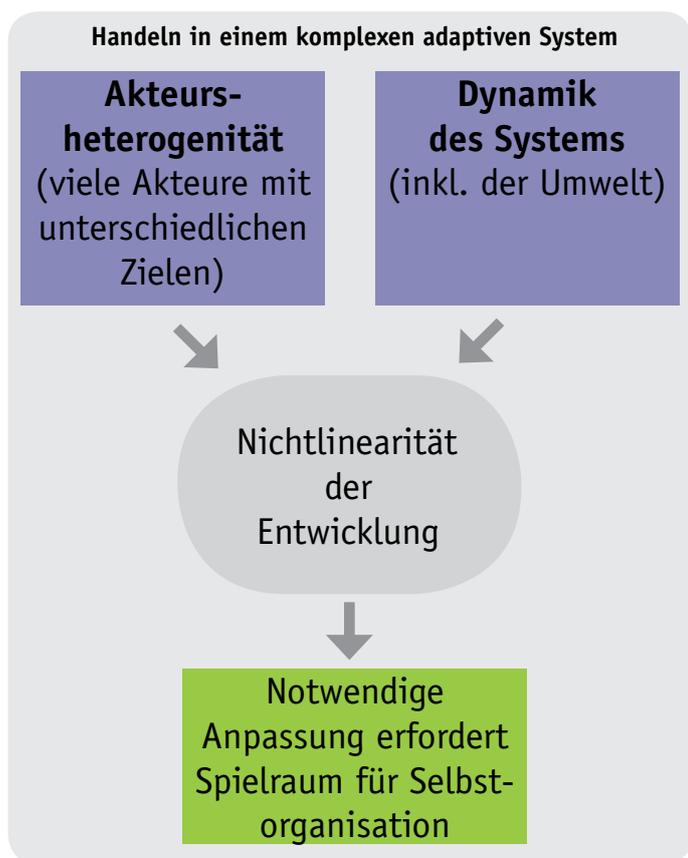


Abb 3: Eigenschaften komplexer adaptiver Systeme

Deutschlands unternommen. Einige Beispiele aus der Empirie sollen das Wesen der gesetzlichen Krankenversicherung als komplexes adaptives System verdeutlichen.

Die Geschichte der GKV ist - trotz der häufigen Betonung ihrer Kontinuität - geprägt von Anpassungen, Dynamik, Nichtlinearität, Pfadabhängigkeit, Selbstorganisation und Lernprozessen. Für alle diese genannten Charakteristika lassen sich zahlreiche Belege finden. Exemplarisch sollen dies folgende Beispiele illustrieren: Die Krankenkassen haben sich in ihrer langjährigen, bis in das Mittelalter zurückgehenden Geschichte häufig bottom-up veränderten Umweltbedingungen angepasst. Die Krankenversicherung hat ihren Ursprung aus dem Bereich der Selbsthilfe. Während die Krankenkassen nach Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1883 und der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911 als Körperschaften öffentlichen Rechts einerseits in rechtlicher Hinsicht den Charakter einer „mittelbaren Staatsverwaltung“ haben und insofern ihre Hauptaufgabe in dem „Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe“ (Bundesverfassungsgericht Band 39, Seite 302) haben, sind die Krankenkassen andererseits seit dem im Jahr 1992 verabschiedeten Gesundheitsstrukturgesetz und der damit beschlossenen allgemeinen Kassenwahlfreiheit seit 1996 gleichzeitig faktisch als im Wettbewerb untereinander stehende „Quasi-Unternehmen“ aufzufassen, die um Mitglieder konkurrieren. Krankenkassen mussten also einen doppelten Anpassungsprozess vollziehen: Zunächst - Ende des 19. Jahrhunderts - von einer Selbsthilfeeinrichtung zu einer Institution der mittelbaren Staatsverwaltung und zweitens - Mitte der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts - weg von einer behördenähnlichen Einrichtung hin zu einem am besonderen Gesundheitsmarkt überlebensfähigen Unternehmen.

Die Dynamik des Systems „GKV“ kann man mit Blick auf die Kran-

kenkassen an dem ständigen Rückgang von deren Anzahl festmachen: Während es vor Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes noch über 1.200 gesetzliche Krankenkassen gab, ging diese Zahl vor Inkrafttreten der allgemeinen Kassenwahlfreiheit zum 01.01.1996 auf bereits unter 1.000 zurück. Im Jahr 2006, während der Beratungen zum späteren „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, lag die Anzahl der Kassen bereits bei unter 400, nach Einführung des Gesundheitsfonds, zum Stichtag 01.07.2010, lag sie bereits deutlich unter 170.

Die Nichtlinearität kann man beispielsweise an dem sich wiederholt wandelnden Verhältnis von Staat und Verbänden, konkret an dem unterschiedlich hohen Einfluss der Verbände auf den Gesetzgebungsprozess, festmachen. Während die Verbände beginnend in den 50er Jahren über mehrere Jahrzehnte hinweg intensiv in die politische Entscheidungsfindung und Gesetzgebung einbezogen waren (Stichwort „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“), wurden sie während der „heißen Phase“ der Erarbeitung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Oktober 1992 bewusst außen vor gelassen. Dieser Prozess der „Schließung“ gegenüber den Verbänden der Selbstverwaltung war jedoch nur von kurzer Dauer; die Vorbereitungen zur nächsten - nur vier Jahre später beschlossenen - Reform standen bereits wieder unter dem Motto „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“. Weitere zehn Jahre, im Jahr 2006 bei den Beratungen zum „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, wurden die Kassenverbände dann erneut wieder ausgegrenzt. Von einer linearen Entwicklung im Verhältnis „Staat - Kassenverbände“ kann also keine Rede sein; eher von einem „Zick-Zack-Kurs“.

Ein Beispiel zu „Interdependenzen“ und „nichtintendierten Effekten“: Im Bereich der Steuerung der Arzneimittelausgaben existieren mittlerweile eine Vielzahl parallel eingesetzter Steuerungsinstrumente; diese setzen an unterschiedlichen Akteuren an: Einige an den Apotheken (z. B. gesetzlich festgelegter Apothekenabschlag), einige bei den verordnenden Ärzten (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfung des Ordnungsverhaltens), einige bei den pharmazeutischen Herstellern (z. B. gesetzlich festgelegter Herstellerabschlag), einige bei den Krankenkassen (z. B. Möglichkeit zur Vereinbarung von Arzneimittel-Rabattverträgen mit pharmazeutischen Unternehmen) und einige bei den GKV-Versicherten (z. B. Zuzahlungen). Nichtintendierte Effekte treten insofern auf, als einige Instrumente sich nicht komplementär, sondern konfliktär zueinander verhalten.

Schließlich zum Aspekt „Selbststeuerung“: Im Zuge der Auswirkungen der durch das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ verabschiedeten Honorarreform für die ambulant ärztliche Versorgung kam es zu massiven Verschiebungen sowohl zwischen Regionen als auch zwischen Arztgruppen. Den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen gelang es durch entsprechende „Rettungsschirme“, sog. „Konvergenzregelungen“, die Auswirkungen dieser Honorarreform sinnvoller zu steuern.

Implikationen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung

Nimmt man die Annahme des Gesundheitswesens als ein komplexes adaptives System ernst, dann ergeben sich daraus zwingend Implikationen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung: Die erste und zugleich wichtigste Erkenntnis ist die klare Absage an ein zentralistisch gesteuertes Gesundheitswesen. Diese ergibt sich unmittelbar aus dem Konstrukt „Selbstorganisation“. Die Bedeutung von Selbstorganisation bzw. -steuerung im Gesundheitswesen wurde bereits Mitte der 90er Jahre vom „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ erkannt; in seinem Sondergutachten 1997 spricht das Expertengremium u. a. folgende Empfehlung aus: „Auch die Selbst-

steuerungskraft des Systems gilt es zu fördern.“ (Sachverständigenrat Gesundheit 1997:66).

Vom Gesetzgeber wurden allerdings leider in jüngerer Vergangenheit, insbesondere mit dem Anfang 2007 beschlossenen „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) zahlreiche Regelungen beschlossen, die genau in die andere Richtung, also in Richtung „Zentralisierung“ und „Schwächung des Wettbewerbs“ zielen; Stichwörter hierfür sind: „Verlust der Beitragsautonomie der Krankenkassen“, „Bildung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“, „Bundeseinheitlicher Orientierungswert“ und „Stärkung des tradierten korporatistischen Systems“. Angesichts der parteipolitischen Programmatik eigentlich überraschend, scheint auch die christlich-liberale Koalition diesen Weg der Zentralisierung weitgehend fortsetzen zu wollen: Zwar kann man die im Referentenentwurf des „GKV-Finanzstärkungsgesetzes“ vorgesehene Streichung der Begrenzung des Zusatzbeitrags auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen, sog. „Überforderungsklausel, einerseits als eine gewisse Erhöhung des Spielraums der Krankenkassen bei ihrer Einnahmensituation interpretieren, allerdings wird andererseits in dem „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes“ (AMNOG), das noch vor dem Finanzstärkungsgesetz verabschiedet werden wird, der Weg

in Richtung Zentralisierung durch eine weitere Stärkung der zentralstaatlichen Ebene, insbesondere des GKV-Spitzenverbandes unbeirrt fortgesetzt.

Die „Universalkörperschaft GKV-Spitzenverband“ (Hermann 2010:21) determiniert mittlerweile - entweder direkt oder mittelbar über die korporatistischen Institutionen der sog. Gemeinsamen Selbstverwaltung (Bewertungsausschuss, Gemeinsamer Bundesausschuss etc.) - weite Teile der Ausgaben der Krankenkassen. Insgesamt lassen sich im rechtlichen Monopolgehäuse GKV-Spitzenverband weit über 140 verschiedene Einzelemente zur zentralstaatlichen Steuerung des gesundheitsbezogenen Versorgungsgeschehens identifizieren, die sich auf die Bereiche Versorgungsmanagement und Leistungserbringung oder den Krankenhaussektor und die Gestaltung der Arzneimittelversorgung erstrecken.

Die zweite Erkenntnis sowohl aus dem Verständnis des Gesundheitswesens als komplexes adaptives System als auch angesichts der historisch vorbildlosen demografie- und zivilisationsbedingten Herausforderungen impliziert die Forderung nach einer Erhöhung des Gestaltungsspielraums der Akteure vor Ort. Gesundheitsversorgung kann erfolgreich nur regional und sektorübergreifend geplant, organisiert und

Literatur

- Alber, J. 1992: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt/New York: Campus.
- Anderson, R. A./McDaniel, R. R. 2000: Managing healthcare organizations: Where professionalism meets complexity science. In: Health Care Management Review. 25 (1). 83 - 92.
- Arthur, B. W. 1989: Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In by Historical Events. In: The Economic Journal 99. 116 - 131.
- Bar-Yam, Y. 1997: Dynamics of Complex Systems. Reading (MA): Addison-Wesley.
- Beinhocker, E. D. 2007: Die Entstehung des Wohlstands. Wie Evolution die Wirtschaft antreibt. Landsberg am Lech: mi Fachverlag (Originalausgabe: The Origin of Wealth, Harvard Business School Press. 2006.)
- Beyme, v. K. 2007: Theorie der Politik im 20. Jahrhundert. Von der Moderne zur Postmoderne. Erweiterte Ausgabe. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Erstausgabe 1991).
- Cassel, D./Jacobs, K. 2008: Wo Rauch ist, ist auch Feuer. Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform. In: G+G Wissenschaft, Heft 3/2008. 7 -15.
- Cassel, D./Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (Hrsg.) 2008: Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. WIdO. Bonn.
- David, P. A. 1985: Clio and the Economics of QWERTY. In: American Economic Review 75. 332 - 337.
- Forrester, J. W. 1961: Industrial Dynamics. Cambridge (MA): MIT Press.
- Gell-Mann, M. 1994: Das Quark und der Jaguar. Vom Einfachen zum Komplexen - die Suche nach einer neuen Erklärung der Welt. München/Zürich: Piper (Originalausgabe: The Quark and the Jaguar, New York: W. H. Freeman. 1994).
- Hermann, C. 2010: Hausarztverträge, Krankenkassen und die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. In: forum für Gesundheitspolitik, 3-4/10. 20 - 27.
- Holland, J. H. 1995: Can There Be A Unified Theory of Complex Adaptive Systems? In: Morowitz, H./Singer, J. (Eds.), The Mind, the Brain, and Complex Adaptive Systems- Reading, MA: Addison-Wesley. 45 - 50.
- Holland, J. H. 1998: Emergence - From chaos to order. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Holland, J. H. 2006: Studying complex adaptive systems. In: Journal of System Science & Complexity (2006), 19: 1 - 8.
- Kauffman, S. 1993: The Origins of Order. New York: Oxford University Press.
- Lewin, R. 1993: Die Komplexitätstheorie. Wissenschaft nach der Chaosforschung. Hamburg: Hoffmann und Campe. (Originalausgabe: Complexity. Life at the Edge of Chaos. New York: Macmillan Publishing Company.
- Mainzer, J. 2008: Komplexität. Paderborn: Fink.
- North, D. C. 1990: Institutions, Institutional Change, and Economic Performance. Cambridge et al.: Cambridge University Press. Deutsche Ausgabe: Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung. Tübingen. Mohr Siebeck. 1992.
- Paquet, R./Schroeder, W. 2009: Gesundheitsreform 2007 - Akteure, Interessen und Prozesse. In: Schroeder, W./Paquet, R. (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Plesk, P. E./Greenhalgh, T. 2001: The challenges of complexity in health care. In: British Medical Journal, Vol. 323, 15 September 2001. 625 - 628.
- Plesk, P. E./Wilson, T. 2001: Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. In: British Medical Journal, Vol. 323, 29 September. 746 - 749.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat Gesundheit) 1997: Sondergutachten 1997 Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Kurzfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) 2006: Widerstreitende Interessen und ungenutzte Chance. Jahrgutachten 2006/2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn.
- Schneider, V. / Bauer, J. 2009: Von der Governance- zur Komplexitätstheorie. Entwicklungen der Theorie sozialer Ordnungen. In: Weyer, J./Schulz-Schaeffer, I. (Hrsg.), Management komplexer Systeme.
- Sterman, J. D. 2000: Business Dynamics. Systems Thinking and Modeling for a Complex World. New York: Mc Graw-Hill.
- Waldrop, M. M. 1992: Complexity. The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos. New York: Touchstone.
- Weyer, J./Schulz-Schaeffer, I. 2009: Vorwort. In: Weyer, J./Schulz-Schaeffer, I. (Hrsg.), Management komplexer Systeme. Konzepte für die Bewältigung von Intransparenz, Unsicherheit und Chaos. München: Oldenbourg. V - VII.

durchgeführt werden. Dazu ist ein Ordnungsrahmen erforderlich, dessen Koordinatensystem auf wettbewerbliche Öffnung, namentlich für qualitätsorientierte Versorgungs- und Vergütungsalternativen, ausgerichtet ist. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ die auflaufenden Mängel des Status quo und die Handlungsbedarfe für eine effiziente und nachhaltige Gesundheitsversorgung der Zukunft umfassend beschrieben und entsprechende Lösungswege aufgezeigt. Eine Stärkung der Handlungsspielräume der Akteure auf regionaler Ebene impliziert auch den Erhalt und weiteren Ausbau selektivvertraglicher Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung (ausführlich bei Hermann 2010; vgl. auch die Beiträge in Cassel/Eben/Greif et al. 2008) (Abb. 4).

Implikationen für die Gesundheitsversorgung

Grundsatz: Bottom-up statt top-down

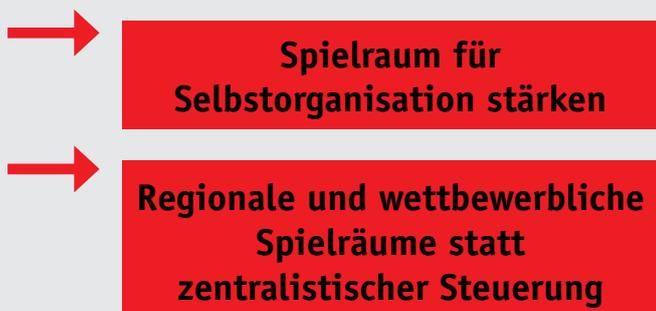


Abb 4: Implikationen für die Gesundheitsversorgung

Ausblick

Obwohl die Begriffe „Komplexitätstheorie“ und „komplexes adaptives System“ nicht mehr ganz neu sind, steht die Forschung hierzu noch immer am Anfang ihrer Entwicklung; es gibt weiterhin eine Vielzahl von ungelösten Fragen. Dieser Befund des Entwicklungsstadiums

Health care system as a complex adaptive system - Implications for health care policy

In this article the German health care system is understood as a complex adaptive system. After a short discussion of the main characteristics of a complex adaptive system (dynamics, feedback, self-organization, nonlinearity, path-dependency) some empirical examples illustrate the concept. The article ends with some important implications for the organization of the health care system.

Keywords

Health Care System as a complex adaptive system, Health Care Management, Self-organization.

gilt erst recht für den Aspekt der Umsetzung der bisherigen Erkenntnisse. Es ist das Verdienst von Eric Beinhocker, Forschungsergebnisse aus der Evolutions- und Komplexitätstheorie in populärwissenschaftlicher Manier in gut lesbarer Weise auf Wirtschaftssysteme übertragen und somit aus der „Nische des Exotischen“ geholt und einer größeren Leserschaft zugänglich gemacht zu haben.

Mit diesem Aufsatz wird - nach Kenntnis der Verfasser zum ersten Mal in Deutschland - der Versuch unternommen, den Ansatz des komplexen adaptiven Systems auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie die Gestaltung der Versorgung im Speziellen anzuwenden. Dies kann im Rahmen dieses Aufsatzes nur skizzenhaft erfolgen. Ziel sollte es sein, hieran anknüpfend verstärkt Überlegungen und Forschungsarbeiten auf den Weg zu bringen. <<

Dr. Christopher Hermann

ist stellv. Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg

Er studierte Geschichts-, Politik- und Rechtswissenschaften. Nach der Promotion war der heute 55-jährige u.a. im Wiss. Dienst des Deutschen Bundestages sowie im Sozial- und Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen tätig, wo er u. a. für die GKV, die Aufsicht über Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen sowie das Arzneimittelwesen verantwortlich zeichnete. Im Jahr 2000 wechselte er in den Vorstand der AOK BW, seit 2003 ist Hermann stellv. Vorstandsvorsitzender.



Holger Pressel

ist Leiter der Stabstelle „Gesundheits- und Sozialpolitik“ bei der AOK Baden-Württemberg

Der Diplom-Verwaltungswissenschaftler ist Doktorand an der Universität Konstanz (Promotionsstudiengang Politik- und Verwaltungswissenschaft).



VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

Jahresabonnement & iPod sichern!

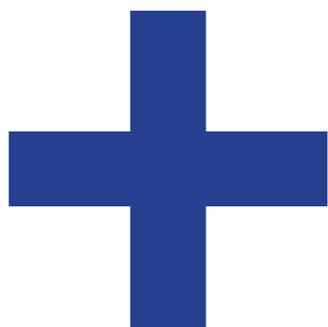


Foto © Matthieu Riegler, CC-BY, Wikimedia Commons

Lesen Sie 6 Ausgaben Monitor Versorgungsforschung für 90€.
Unter den ersten 100 Bestellern verlosen wir 10 iPod Shuffle!
www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-7636801
Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - content in health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 36 80 - mail@m-vf.de



Caring and curing

Leben retten und Gesundheit verbessern – das ist unser Ziel.

Die Entwicklung bahnbrechender neuer Medikamente steht für Novartis an erster Stelle. Sie schaffen neue Behandlungsmöglichkeiten für bislang unerfüllte medizinische Bedürfnisse der Patienten. Patienten und ihre Bedürfnisse können jedoch sehr unterschiedlich sein. Deshalb bietet Novartis neben innovativen Medikamenten auch Möglichkeiten zur Krankheitsvorbeugung sowie Generika an und verbessert den Zugang zu medizinischer Versorgung.