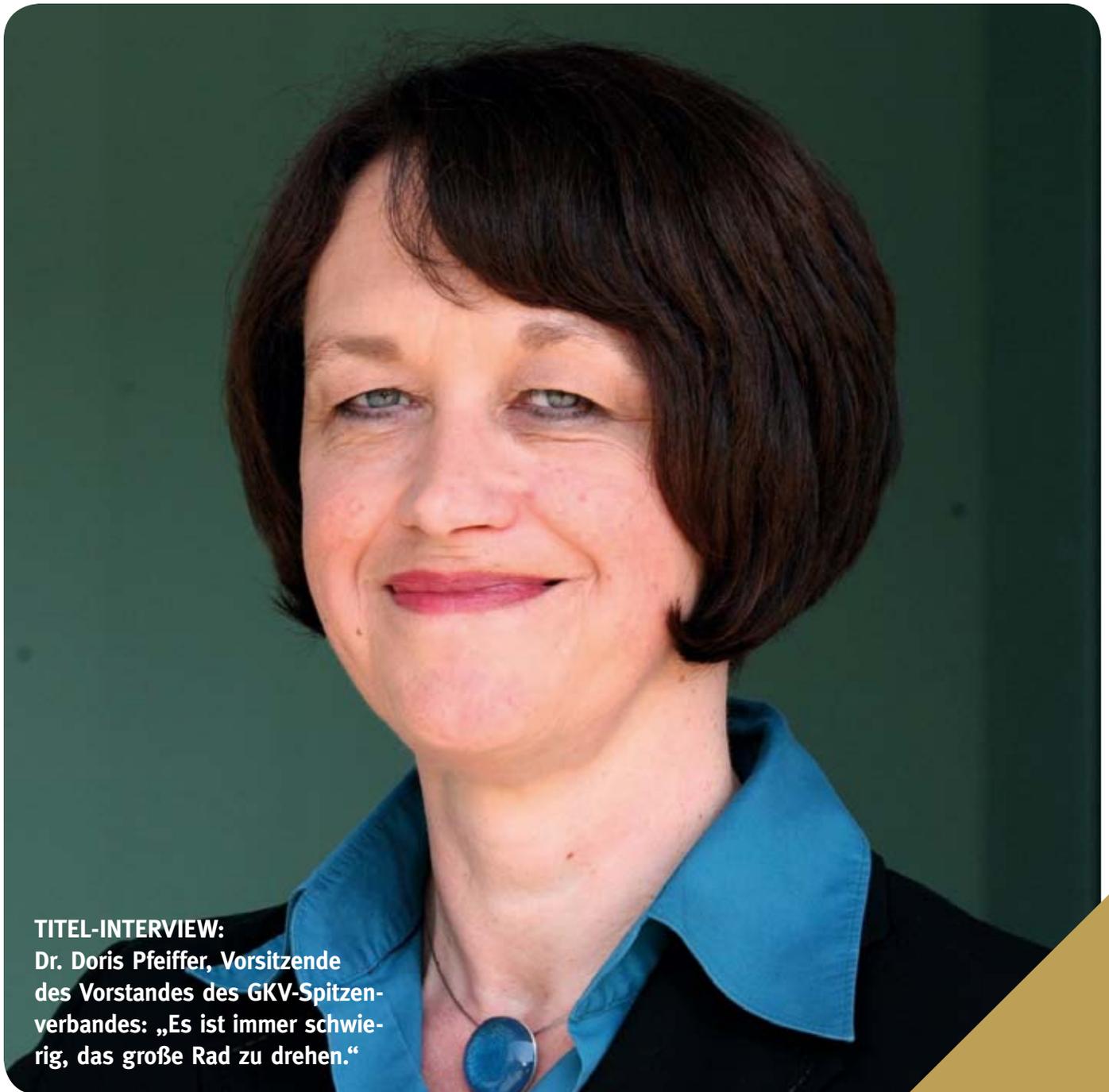


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:

Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende
des Vorstandes des GKV-Spitzen-
verbandes: „Es ist immer schwie-
rig, das große Rad zu drehen.“

„Gesundheit als Prozess“ (Caspers-Merk)

„Es geht nur um Kosten“ (Kulzer)

„Genderproblem bei Osteoporose“ (Hadji)

**FOKUS:
Diabetes**

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

03/11 4. Jahrgang

Editorial

Fokus: DMP-Kongress und Diabetes 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Es ist schwierig, immer gleich das große Rad drehen zu wollen“ 6

Die Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbands, Dr. Doris Pfeiffer, im MVF-Interview

Redaktion

„Genderproblem“ bei Osteoporose entdeckt 11

Erste Erkenntnisse aus der BEST-Studie

Die neue Evidenz kommt zu spät 15

Diabetes-Mediendialog im Zeichen der G-BA-Beschlusses zu Blutzuckerteststreifen

„Versorgung mit System“ 17

Interview mit Sophia Schlette MPH, bis 2010 bei Kaiser Permanente

„Wegweisendes Modell“ 21

Start der Evaluation der Integrierten Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen

MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP 22

Kongress in Kooperation mit dem BVA am 19. September in Berlin

Zahlen - Daten - Fakten

Insulin-Medikation unterschiedlich / Blutzuckerteststreifen-Verordnungen steigend 12

Standards

Impressum 2 Rezension 22

Wissenschaftlicher Beirat Praxisbeirat

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

arvato services healthcare/
Deutsche BKK/InterComponentWare AG/Kassenärztliche
Vereinigung Bayerns/Novartis
Pharma GmbH/MedicalContact
AG/Pfizer Deutschland GmbH/
Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH

WISSENSCHAFT

Dr. med. Roger Limberg / Dr. med. Katrin Führer 34

Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf Insulinverordnung und Dauer der Pen-Schulung

Für eine erfolgreiche therapeutische Versorgung von Menschen mit Diabetes ist insbesondere bei einer Neueinstellung auf Insulin das Erlernen der korrekten Handhabung der Insulin-Applikationshilfe (Insulin-Pen) wichtig. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer prospektiven, explorativen, multizentrischen, nicht-interventionellen Studie demographische Daten und Einzelheiten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation von 2.857 Diabetikern erhoben und hinsichtlich der verordneten Insulintherapie, der Dauer der Pen-Schulung und der Akzeptanz eines Insulin-Pens ausgewertet. Die Patienten waren im Mittel 59,7 Jahre alt und zu 86,1% Typ-2-Diabetiker. Die erhobenen Daten spiegeln eine allgemein gute Versorgungsqualität wider, weisen aber auch auf Unterschiede bei der Versorgung, insbesondere in Abhängigkeit von Alter und Bildungsstand, hin.

Dr. med. Torsten Kühn MBA 38

Ranibizumab oder Bevacizumab? Wie viel Evidenz benötigt die Augenheilkunde?

Die VEGF-Antagonisierung ist eine bedeutende Behandlungsoption für Patienten mit ophthalmologischen Erkrankungsbildern wie der neovasculären AMD oder den diabetischen Augenerkrankungen. Für den augenheilkundlichen Anti-VEGF-Markt stehen kaum Versorgungsdaten zur Verfügung, da die VEGF-Antagonisten Bevacizumab und Ranibizumab als Rezepturen angewendet (ausgeeinzelt) werden und die intravitreale operative Medikamenteneinbringung (IVOM) nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet ist. Eine Befragung von Experten in Deutschland wurde mit dem Ziel durchgeführt, Informationen zum Einsatz der VEGF-Antagonisten in augenheilkundlichen Indikationen zu erheben. Diese Datenerhebung zeigt, dass der ophthalmologische Anti-VEGF-Markt transparent erfasst und die Versorgungsqualität gesichert werden kann, wenn aus einer regelmäßigen Evaluation von Versorgungsdaten nachfolgend Management-Handlungen abgeleitet werden.

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried / Thomas Czihal / Kathrin Jansen 44

Verweildauerrückgang & Anstieg des Case-Mix-Index: Indikatoren für Leistungsverlagerung?

Die Arbeitsteilung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung ändert sich ständig. Konzentration der stationären Behandlung und Verlagerung in die ambulante Behandlung sind erwünscht. Damit auch das Geld der Leistung folgen kann, müssen operationalisierbare Indikatoren für verlagerte Leistungsanteile definiert werden. Verweildauerverkürzung und Fallzahlrückgang bei Anstieg des Case-Mix-Index können solche Indikatoren sein. Berechnungsmethoden und datentechnische Voraussetzungen werden vorgestellt.

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 24 - 28.

WISSEN

D. Steffan 23

Selektivverträge bieten Chancen

M. Caspers-Merk / J. Rennkamp 29

Zum Stand der Präventionspolitik

P. Brocki / I. Rose / M. Bruhnke / D. Pfothner 32

Telemedizinansätze bei Adipositas

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

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1
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
Kölnstr. 119, 53111 Bonn

www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

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

Marketing:

Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

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 Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten Beiträge bzw. Informati-
onen in Datenbanken einzustellen,
die vom Verlag oder Dritten geführt
werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWV),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.379
(IWV 1. Quartal 2011)



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.

DMP-Kongress und Diabetes

MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP

Haben die DMPs wirklich zu einer höheren Versorgungsqualität in Deutschland geführt? Vor genau zehn Jahren wurden Disease Management Programme zum ersten Mal in den gesundheitspolitischen Ausschüssen diskutiert. Jetzt liegen Erfahrungen und Evaluationen vor. Wie ist das Ergebnis? Das wollen wir auf dem ersten Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) am 19. September 2011 in Berlin präsentieren. Sie sind herzlich eingeladen.

> S. 22

Titelinterview mit **Dr. Doris Pfeiffer**, Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes: „Ich kann nicht sehen, dass es falsch sein sollte, dass die Kassen Ergebnisse von Versorgungsforschungsstudien für sich selbst verwenden, um damit eine Struktur zu gestalten, die hoffentlich besser ist als der bisherige Versorgungsstandard.“ „Ich sehe es als selbstverständlich an, dass Kassen die Ergebnisse ihrer Untersuchung als Geschäftsgeheimnis deklarieren, weil sie sich natürlich den Vorteil aus dieser Vorreiterinvestition sichern möchten.“ Sagt Dr. Doris Pfeiffer im Gespräch, denn schließlich habe auch die Pharmaindustrie bisher nur selektiv veröffentlicht.

> S. 6 ff.

Und andererseits: „Versorgungsforschung ist eine sinnvolle Sache. Wir brauchen einfach mehr Wissen über das, was tatsächlich in der Versorgung geschieht und welche Veränderungen gesetzliche Regelungen bewirken. Also ist es auf jeden Fall sinnvoll, Versorgungsforschung zu fördern – vorausgesetzt wir bekämen hier eine staatliche Finanzierung.“

Fokus: Diabetes

Mitte März entschied der G-BA, die Verordnungsfähigkeit von **Harn- und Blutzuckerteststreifen** für nicht-insulinpflichtige Diabetiker stark einzuschränken. Diabetes-Experten kritisieren diese Entscheidung wegen der Studienauswahl des IQWiG, der Nicht-Berücksichtigung von Patientenschulungen und der isolierten Bewertung der Blutzuckerselbstmessung.

> S. 12, 15 ff.

Interview

Sophia Schlette war bis Ende 2010 in Kalifornien beim Versorgungssystem **Kaiser Permanente** - auch in den USA ein Ausnahmmodell. Vergleiche zwischen Ärzten, Teams und Regionen sind populär. Rankings bieten Vergleichsmöglichkeiten für Patienten und setzen die Leistungserbringer unter Zugzwang. Interessant ist auch das Vergütungssystem. Was lässt sich für unser deutsches System daraus lernen oder übernehmen?

> S. 17 ff.

Wissen

Caspers-Merk und **Rennkamp** bieten einen Überblick zum Stand der Präventionspolitik. Die zu Anfang der Legislaturperiode angekündigte umfassende Präventionsstrategie der Bundesregierung lässt auf sich warten.

> S. 29 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

Limberg und **Führer** präsentieren Ergebnisse zum Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf Insulinverordnung und Pen-Schulung. Die Versorgungsqualität ist allgemein gut, es gibt aber Unterschiede in Abhängigkeit von Alter und Bildungsstand.

> S. 34 ff.

Kühn präsentiert Ergebnisse einer Befragung augenheilkundlicher Zentren (Klinik und Niederlassung) zur Verteilung und Wirkung der VEGF-Inhibitoren Bevacizumab, Pegaptanib und Ranibizumab.

> S. 38 ff.

Von Stillfried, Czihal und **Jansen** analysieren die Arbeitsteilung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung anhand von Verweildauern und Case-Mix und wollen damit die methodische Diskussion zur Ermittlung intersektoraler Leistungsverlagerungen anregen.

> S. 44 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer und eine interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

SIE WISSEN, WIE DER MOTOR DES GESUNDHEITSSYSTEMS FUNKTIONIERT



Drehen Sie Zahnrad 1 im Uhrzeigersinn und setzen so die Räderkette 2-7 in Bewegung*

Sie können genau vorhersagen, wie sich der Output verändert, wenn ein, zwei oder drei Stellschrauben verstellt werden?

Sie brauchen Monitor Versorgungsforschung nicht und sollten gleich in die Politik gehen!

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



Oder Sie abonnieren gleich:
www.m-vf.de/abonnement oder per Mail: abo@m-vf.de

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

* Auch im Gesundheitssystem drehen sich die Räder meist nicht reibungslos und blockieren sich zudem oft gegenseitig.
** Jahres-Abo ab 01/2011 mit 6 Ausgaben zum Preis von 65 statt 90 EUR zzgl. Versand (9,21 EUR). Das Gewinnspiel endet am 31.12.2011 um 24 Uhr / unter Ausschluss der Öffentlichkeit / Der Gewinn ist übertragbar.

Die Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbands, Dr. Doris Pfeiffer:

„Es ist schwierig, immer gleich das große Rad drehen zu wollen“

Seit Juli 2007 ist Dr. Doris Pfeiffer Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbands, kurz oft SpiBu genannt. Sie ist durchaus zum einen als verbandserfahren zu bezeichnen, nach dem sie bereits ab 2003 den Verband der Angestellten-Krankenkassen geleitet hatte, zum anderen aber mit einem Lehrauftrag im Bereich Public Health (an der Fachhochschule Oldenburg, Wilhelmshaven/Emden) auch als wissenschaftlich orientiert.

>> Das BMG versucht mit den jetzt vorgelegten Eckdaten zum Versorgungsgesetz einige Prozesse, vor allem an den Schnittstellen der Sektoren zu optimieren. Prozessoptimierung ist sicher wichtig, doch stellt sich die Frage: Reicht Prozessoptimierung als zukunftssicherndes Strukturmerkmal? Oder sollte nicht besser (auch wenig politisch schwierig) der ganze Prozess selbst neu gedacht werden, um zu einer durchgehenden Struktur von Prävention, über Akut- bis Chroniker-Versorgung und Pflege zu kommen?

Ich glaube, dass die derzeitigen Versorgungsstrukturen verändert werden müssen und auch verändert werden können. Dass ein entwickeltes Gesundheitssystem grundsätzlich neu strukturiert werden kann, bezweifle ich jedoch. Es sind einfach zu viele Menschen betroffen - sowohl auf der Leistungserbringer-, als auch auf der Versicherte-Seite. Es handelt sich immerhin um 80 Millionen Menschen, die an die bisherigen Strukturen gewöhnt sind, die sich vielleicht an manchen Stellen ärgern, aber vieles auch gut finden. Das ändert man nicht so einfach. Ich glaube auch nicht, dass es überhaupt hilfreich ist, das System generell umkrepeln zu wollen.

Also doch weiter die Politik der kleinen Schritte.

Die Erfahrung zeigt, dass es besser ist, Innovationen zunächst einmal in kleineren Pilotprojekten zu erproben, um dann nur die wirklich erfolgreichen Versorgungsansätze in die Fläche skalieren zu können. Ohne solche Projekte bekommt man unvorhersehbare Nebeneffekte. Ebenso wäre es wichtig, dass die Politik lernt, mit etwas längerem Atem zu agieren. Wir müssen leider immer wieder Situationen erleben, in denen die Politik ein bestimmtes Instrument eingeführt, aber dann, noch bevor man wirklich Effekte hätte beobachten und bewerten können, wieder vom Markt genommen hat.

Es gibt eben keine Politikfolgenabschätzung. Das heißt aber leider auch, dass jedwede Gesetzesänderung einem großen Feldversuch gleich kommt.

In den meisten Fällen ist das sicher so. Problematisch dabei ist jedoch nicht nur, dass man keine Folgenabschätzung vornimmt, sondern sobald man feststellt, dass irgendetwas nicht ganz so läuft, wie man sich das vorgestellt hat, schon die nächste Regelung einführt, die die ursprüngliche im Zweifel konterkariert. Es wäre im Sinne der Qualität sicherlich hilfreich, sich vorher zu überlegen, welche möglichen Folgen zu erwarten sind. Dann wird die Ausgangslage und nach einem ausreichenden Zeitraum die Situation nach der Intervention sauber analysiert. Mit den dann vorliegenden Ergebnissen könnte eine nachhaltige Verbesserung erreicht werden. So aber wird oft einfach alles wieder auf Null zurückgedreht oder aber genau das Gegenteil des Vorherigen gemacht.

Summary

- Das Versorgungsgesetz birgt im spezialärztlichen Bereich die Gefahr einer ungesteuerten Mengenentwicklung.
- Stattdessen sollten die Kassen über selektive Verträge die spezialärztliche Versorgung in Qualität, Preis und Menge organisieren.
- Fehlerhafte Kodierungen sollte künftig nicht mehr abgerechnet werden können, wenn sich die Diagnosekodierung anders nicht verbessern lassen sollte.
- Forschungsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Glauben Sie denn, dass das Versorgungsgesetz ein Schritt in die richtige Richtung ist?

Wie immer gibt es Positives und Negatives oder besser gesagt: Fehlendes. Dass die Bedarfsplanung verändert werden muss, ist sicher unbestritten. Wir sind froh darüber, dass die Politik sich unserer Einschätzung angeschlossen hat, dass die bisher stark sektoralen Strukturen nicht länger so bleiben können. Wir müssen zwischen hausärztlicher, allgemein-fachärztlichen und die spezial-ärztlichen Versorgung unterscheiden. Bei letzterer werden sowohl der ambulante als auch der stationäre Sektor einbezogen.

Ebenfalls positiv ist, dass sich die Politik dem Thema der Überversorgung stellt - auch wenn uns die bisher bekannten Ansätze noch nicht weit genug gehen.

Ist die Unterversorgung wirklich per dictum steuerbar?

Solange sich Ärzte auch in überversorgten Regionen niederlassen können, nicht. Wenn nach wie vor die Möglichkeit besteht, sich als Arzt in - vermeintlich - attraktiveren und dadurch eben überversorgten Regionen niederzulassen, wird die Bereitschaft, in unterversorgte Regionen zu gehen, nicht sehr groß sein.

Wo sehen Sie negative Punkte im kommenden Versorgungsgesetz?

Ich befürchte, dass im spezial-ärztlichen Bereich ein Schein-Wettbewerb nach dem Prinzip „wer kann, der darf“ eingeführt wird. Die Gefahr der ungesteuerten Mengenentwicklung liegt damit auf der Hand.

Was wäre die Lösung?

Entweder eine gemeinsame Bedarfsplanungsstruktur oder ein echter Wettbewerb - und das nicht nur zwischen den Sektoren, sondern auch im Verhältnis zu den Kassen. Nur über selektive Verträge könnten dann sowohl die Qualität als auch die Mengenentwicklung und die Preise gesteuert werden. Wettbewerb der Anbieter bei Kontrahierungszwang führt nur zu Mengenausweitungen und höheren Kosten. Der erste Schritt könnte mit den ambulanten Operationen gemacht werden. Die sind relativ gut abgrenzbar. Der Gesetzgeber könnte dann den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, weitere Bereiche zu definieren und abzugrenzen. Wenn das gelingt, könnten Kassen für diesen spezial-ärztlichen Bereich eine entsprechende Steuerung der Versorgung im Hinblick auf Qualität, Preis und Menge organisieren.

Wäre das auch eine Lösung für das Über- und Unterversorgungsproblem?

Es würde zumindest eine Steuerung ermöglichen. Allerdings brauchen wir zur Lösung des Problems der Überversorgung die Möglichkeit, die Zulassungen zeitlich begrenzt vorzunehmen.

Das hatten Sie ja schon des öfteren vorgeschlagen.

Natürlich geht das nicht von heute auf morgen. Für heute tätige Ärzte kann es auch keine entschädigungslose Enteignung geben. Es kann aber auch nicht länger so sein, dass die Zulassung - also das Recht zur Abrechnung mit den Kassen - quasi vererbt werden kann. Hier muss man sich für die Zukunft neue Regelungen überlegen, die das Recht zur Abrechnung auf eine Person und deren Lebensarbeitszeit - möglicherweise auch kurzfristiger - beschränken.

Was heißt denn langfristig?

Hier muss man sicher in Dekaden denken. Wir beobachten zurzeit bei der Ärzteschaft den etwas despektierlich genannten Seehofer-Bauch, der nun langsam abgebaut wird. Das sind Menschen, die sich Anfang der 90er Jahre niedergelassen haben und bei denen nun absehbar ist, wann ihre Lebensarbeitszeit ungefähr ausläuft. Wir müssen jetzt anfangen, neue Regelungen einzuführen, die die Lebensplanung künftiger Ärzte-Generationen beeinflussen werden, damit wir auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Regionen sicherstellen können.

Was könnte man denn tun, um Ärzte aus überversorgten Gebieten abzuwerben oder neue Ärzte für die Versorgung in unterversorgten Gebieten zu motivieren?

Das wirksamste Instrument auf lange Sicht ist sicher die Unterbindung weiterer Niederlassungen in überversorgten Bereichen. Darüber hinaus bedarf es aber des Zusammenspiels vieler Beteiligten, was das Ganze wiederum nicht gerade einfach gestalten wird.

Wie ist es mit monetären Zusatzanreizen für niederlassungswillige Ärzte, die immer wieder im Gespräch und teilweise ja auch schon umgesetzt sind?

Unsere Erfahrungen in den neuen Bundesländern aus den letzten zehn Jahren zeigen, dass man Ärzte selbst dann nicht in bestimmte Regionen bekommt, wenn man Umsatzgarantien gibt und die entsprechende Förderung dazu. Wichtiger sind für die meisten Angebote beispielsweise für den berufstätigen Ehepartner, für Schulen, für Kultur- und Freizeit und, und, und. Ein Zusammenspiel von allen Beteiligten in den Regionen wäre nötig. Einfach wird das nicht!

Dabei hat die Novellierung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes schon einige Möglichkeiten eröffnet.

Dennoch gibt es noch ein paar Restriktionen, die möglicherweise weiter gelockert werden müssten, damit z. B. die Möglichkeit besteht, dass Ärzte aus Nachbarregionen vor Ort zu bestimmten Zeiten Sprechstunden anbieten können. Hier wäre auch die Residenzpflicht zu überdenken.

Wenn die Versorgung mehr und mehr in der Hand der Regionen selbst liegt, was ja auch der Sachverständigenrat fordert, käme auf die Kommunen eine ganz neue Machtfülle zu; indes eine Macht, die sie frei nach dem Motto „jedem Landrat sein Krankenhaus“ bisher nicht ganz so weise eingesetzt haben.

Unsere Erfahrungen mit den Ländern bei der Krankenhausfinanzierung sind wirklich nicht gut. Deshalb halten wir auch nichts davon, dass im Versorgungsgesetz vorgesehen ist, dass die Länder die Bedarfsplanung quasi in ihrer eigenen Hoheit gestalten können sollen. Das wird nur zu einem Wettbewerb der überversorgten Regionen führen, aber sicher nicht helfen, das Unterversorgungsproblem zu lösen.



Wer sollte denn dann in den Regionen steuern?

Auf alle Fälle nicht die Länder allein und überall. Wir bräuchten ganz neue Strukturen, die die jetzigen Bedarfsplanungsausschüsse ergänzen.

Eine Art allumfassende Bedarfsplanung?

Das würde viel zu komplex werden, auch weil viel zu viele Organisationen mitreden wollen. Bei der spezial-ärztlichen Versorgung sollten die Krankenhäuser mit in die Bedarfsplanung von Ärzten und Krankenkassen einbezogen werden.

Das heißt auch, dass Sie nicht davon ausgehen, dass kleinräumiger organisierte Versorgung per se besser funktioniert?

Das muss man differenziert sehen. Sicherlich wird man bei der hausärztlichen Versorgung die Bezirke kleiner machen müssen. Hier sollten Planungsbereiche unterhalb der derzeitigen Planungsregion ansetzen. Für die allgemein-fachärztliche Versorgung gehen wir jedoch davon aus, dass die bisherigen Strukturen ganz gut passen und man auf dieser Basis eine vernünftige Planung hinbekommen kann. Bei der spezial-ärztlichen Versorgung hingegen würden wir die Bezirke größer als bisher zuschneiden wollen. Bei einigen Fachdisziplinen könnte man sogar an eine bundesweite Planung denken.

Das würde sehr unterschiedliche Planungsbezirke bedeuten.

Generell kleinräumiger zu denken macht eben keinen Sinn, bei der hausärztlichen Versorgung dagegen schon. Das ist zurzeit aber keine Frage des Willens, sondern eine Frage der rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese sehr restriktive Regelung schreibt die Bezirke fest. Darum können wir heute noch nicht differenzieren in hausärztlich, fachärztlich oder spezial-ärztlich, wodurch man die Gestaltungsmöglichkeiten als relativ begrenzt bezeichnen kann. Zwar gibt es im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Reihe von Maßnahmen, die vor allem in den neuen Bundesländern eingesetzt wurden, aber bisher nur mäßigen Erfolg gezeigt haben - eben weil die übrigen Rahmenbedingungen dies behindern.

Für neue Rahmenbedingungen bräuchte man sicher auch eine bessere Datenlage, die den derzeitigen Bedarf genauer als bisher abbildet. Die Ärzteschaft tut sich ja mit den neuen Kodierrichtlinien schwer. Wie sieht es damit aus?

Wogegen kämpfen die Ärzte eigentlich? Offensichtlich ist Kodierung für die Ärzteschaft ein rotes Tuch. Ich kann das allerdings nicht ganz nachvollziehen, schließlich hat die Ärzteschaft seit Jahren gefordert, dass die ärztliche Honorierung an der Morbidität orientiert werden soll. Das aber heißt nichts anderes, als dass die Kassen das Morbiditätsrisiko tragen sollen. Dann muss man aber auch verlangen können, dass vernünftig kodiert wird. Jetzt, wo die Vereinbarung steht und es los-

gehen soll, kritisieren Ärzte, dass es viel zu aufwendig sei, richtig zu kodieren. Das kann ich nun wirklich nicht verstehen. Wir haben mit den Kodierrichtlinien ein gutes Instrument, um die Diagnosekodierung generell zu verbessern.

Das könnte auch ein Problem des Übergangs sein, wie es auch zu Beginn der DRGs festzustellen war.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass es immer Rightcoding und Upcoding gibt, wenn man ein solches diagnoseorientiertes System einführt. Doch nach einer gewissen Konvergenzphase sollten diese quasi natürlichen Effekte auch beendet sein.

Von daher hätte man ja aus der DRG-Vergangenheit lernend eine derartige Konvergenzphase vorhersehen müssen.

Hätte man durchaus, hat man aber nicht. Dabei war klar, dass man bei jedem neuen System eine gewisse Einschwingphase braucht, bis es auf einem einigermaßen akzeptablen Level ist, was die Genauigkeit der Diagnosen angeht.

Unser Problem wird es jedoch sein, dass es international kein einziges System gibt, in dem die mögliche Vergütung nach den selbst aufgeschriebenen Diagnosen vorgenommen wird.

Das ist wahrlich ein Problem. Denn im ärztlichen Bereich soll quasi die durch Diagnosen kodierte Morbidität als Bemessungsgrundlage des finanziellen Zuwachses erhalten, während im DRG-System nur eine bestimmte vereinbarte Summe verteilt wird. Das ist auch international einmalig.

Und wenn dann zudem Kodierungen Einfluss auf den Morbi-RSA und damit den Income von Kassen haben ...

Die Diagnosen spielen eine nicht unwesentliche Rolle im Morbi-RSA. Darum hat es in der Vergangenheit immer wieder Debatten gegeben, ob nun durch Kodierungen Vorteile oder Nachteile für die eine oder andere Kasse entstanden sind. Von daher muss man über die Kodierrichtlinien eine sachgemäße Kodierung sicherstellen – daran führt kein Weg vorbei. Ich hoffe, dass sich die Ärzteschaft eines Besseren besinnt und das akzeptiert.

Eine falsche Kodierung muss per se keiner bösen Absicht folgen. Was ist denn zu tun, um Rightcoding zu stärken?

Im Krankenhausbereich gibt es zum Beispiel die MDK-Prüfung. Hier wird zunächst durch Prüfprogramme anhand der Kodierrichtlinien festgestellt, ob bestimmte Diagnosen zusammenpassen oder nicht. Das ist im ambulanten Bereich natürlich etwas schwieriger. Doch auch hier muss man sich Gedanken darüber machen, wie eine adaptierte Plausibilitätsprüfung aussehen könnte. Und man muss sicher auch darüber nachdenken, ob und wie man Kodierungen stichprobenartig überprüft, wenn die Kodierrichtlinien endlich einmal überall realisiert sind.

Von welchem Prozentsatz gehen Sie denn zurzeit aus, zu dem richtig oder falsch kodiert wird?

Wir haben keinerlei Information darüber, denn es gibt keine Erhebungen oder Abschätzungen.

Müsste man damit nicht vielleicht mal anfangen?

Das Problem ist die Frage: Was ist richtig und was falsch? Wir sind zurzeit in einer Art Einschwingphase, in der die Ärzte wie in

der Vergangenheit die Krankenhäuser lernen, mit diesen neuen Informationen umzugehen. Nach dieser Phase wird man sicherlich ein realistischeres Bild haben. Doch ob es ein richtiges ist, mag dahingestellt sein. Denn in einem solchen lernenden System gelingt es den Akteuren nicht nur damit umzugehen, sondern sie lernen auch das System – sagen wir – zu gestalten. Darum werden wir sicherlich dauerhaft immer wieder Plausibilitätsprüfungen vornehmen müssen, um festzustellen, ob bestimmte strategische Ansätze für vergütungsrelevante Effekte genutzt werden.

Gibt es dazu Ansätze zu solchen Plausibilitätsprüfungen?

Wir stehen noch ganz am Anfang mit den Kodierrichtlinien, deren Vereinbarung mühsam genug war. Ich wäre froh, wenn wir diesen Schritt erst einmal beenden könnten. Eines nach dem anderen.

Wie wollen Sie es erreichen, dass die Kodierrichtlinien voll angewandt werden?

Es gibt eine gesetzliche Regelung, nach der kodiert werden soll. Wir haben mit der KBV eine Vereinbarung geschlossen und gehen erst einmal davon aus, dass sie auch umgesetzt wird. Wenn das aber mittelfristig nicht funktioniert, muss man sicherlich politisch aktiv werden, um durch entsprechende gesetzliche Regelungen mehr Druck zu erzeugen. Zum Beispiel: Was nicht richtig kodiert ist, wird nicht abgerechnet. Ob allerdings die Politik in der heutigen Situation dazu bereit ist, ist eine ganz andere Frage.

Mehr Transparenz käme auch seitens der Telematik. Wir stehen kurz vor dem flächendeckenden Rollout der elektronischen Gesundheitskarten (eGK), die die Ärzteschaft lange boykottiert hat.

Hier wurde seitens der Ärzteschaft häufig mit dem Datenschutz argumentiert. Mein Eindruck ist, dass seitens der Leistungserbringer wohl eher die dadurch mögliche Transparenz gefürchtet wird. Ich bin überzeugt davon, dass wir auch diese Einführung schaffen werden. Durch die neuen Governance-Strukturen in der gematik sind wir auf einem guten Weg. Jeder Gesellschafter hat jetzt sein eigenes Projekt übernommen und muss dann eben auch die Verantwortung tragen, wenn es nicht funktioniert.

Wo ist der große Mehrwert und für wen?

Für die Krankenkassen ist natürlich in erster Linie der ökonomische Nutzen entscheidend, weil sie die Kosten tragen müssen. Darum hoffen wir, dass mit dem Versichertenstammdaten-Management ein entsprechender Nutzen schnell realisiert werden kann. Außerdem brauchen wir eine gut funktionierende Arzt-zu-Arzt-Kommunikation.

Warum?

Weil Ärzte diese neue Anwendung nur dann unterstützen werden, wenn sie sehen, dass sie ihnen selbst tatsächlich Vorteile bringt. Von daher ist es wichtig, dass die praktischen Nutzenanwendungen in den Vordergrund gestellt werden. Das gilt für die Kassen, aber vor allem für die Ärzte. Wenn die Ärzte die eGK unterstützen, wird sie auch von den Patienten positiv angenommen werden.

Der Kernvorteil für den Arzt ist nur die Arzt-Arzt-Kommunikation?

Derzeit noch. Jenseits der eGK gibt es bereits eine Reihe von elektronischen Anwendungen für die Versorgung wie beispielsweise die Patientenakten. Diese werden ja schon seit längerem von verschiedenen

Herstellern angeboten, aber von den Ärzten kaum genutzt, weil sie befürchten, dass die Programme nicht kompatibel sind und Daten nicht ausgetauscht werden können. Wenn man hier standardisierte Zugänge hätte, wäre das ein absoluter Gewinn. Dazu kämen dann erleichterte Abrechnungsmöglichkeiten sowie die Vermeidung von doppelt und dreifach Dokumentationen, weil die wichtigsten Daten quasi aus dem System selbst heraus generiert werden.

Das war ja auch die Hoffnung im Bereich DMP, aber die Ärzte klagen auch hier über zu viel Dokumentationsaufwand.

Eine elektronische Dokumentation gibt es bei DMP ja seit längerer Zeit. Der Aufwand für die Ärzte hat sich dadurch deutlich verringert. Nach den Aussagen von Ärzten, die ich kenne, läuft das hier mittlerweile unproblematisch. Außerdem sollte sich in der Ärzteschaft herumgesprochen haben, dass zu einer guten Behandlung auch eine aussagekräftige Dokumentation gehört. Das ist medizinischer Standard. Aber zurück zur eGK und zur Telematikinfrastruktur. Auch hier erwarte ich, dass sich der Dokumentationsaufwand für Ärzte deutlich reduzieren könnte, z. B. bei der Qualitätssicherung.

Gibt es Pläne, die Dokumentation in die Telematik einzubinden?

Das ist zumindest eine langfristige Überlegung. Die Infrastruktur, die jetzt gebaut werden soll, wurde so gestaltet, dass sie auch für neue Anwendungen erweiterungsfähig ist. Die gematik soll dafür die Schnittstellen definieren und die entsprechenden technischen Vorgaben machen, auf deren Basis dann Softwarehersteller mit ihren Produkten aufsetzen können. Die gematik soll keine Praxissoftware erstellen. Hier soll der Markt Lösungen bringen.

Oder Kassen Ärzten helfen, veraltete PC-Ausstattung zu aktualisieren.

Das kann nicht sein. Wir haben ganz zu Beginn vereinbart, dass die Kassen nur das finanzieren werden, was gegenüber einer angemessenen technischen Ausstattung notwendig ist, um in die Telematikinfrastruktur einzusteigen – und das über Nutzungsentgelte und nicht über Investitionszuschüsse, damit auch die tatsächliche Anwendung belohnt wird. Es kann doch nicht sein, dass derjenige, der heute noch „barfuß“ abrechnet, aus dem Solidartopf sozusagen die komplette Ausstattung hingestellt bekommt.

Wobei es schon bemerkenswert ist, dass Kassen überhaupt für Investitionen der Ärzteschaft gerade stehen.

Stimmt. Wir würden es deshalb auch bevorzugen, wenn die Kassen nur die Nutzung finanzieren: Immer, wenn ein Arzt mit der Telematikinfrastruktur arbeitet, wird seine Investition ein Stück weit kassenseitig finanziert. Das sollte den Nutzungsgrad positiv beeinflussen.

Zur Versorgungsforschung, die zum großen Teil auf Routinedaten der Kassen angewiesen ist. Doch leider macht anscheinend jede Kasse, das, was sie für nötig oder nicht nötig befindet.

Aus unserer Sicht wäre es ein sinnvoller Ansatz, verstärkt Routinedaten zu nutzen. Doch leider dürfen wir das aus Datenschutzgründen oft nicht – egal ob das jetzt RSA- oder Abrechnungsdaten sind.

Ein Beispiel wäre?

Wir könnten uns beispielsweise im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei Organtransplantationen vorstellen, dass die Daten der Kassen genutzt werden können, um die Nachverfolgung einfacher zu organisieren. Heute müssen die Ärzte bis zu drei Jahre nach einer Transplantation die Überlebensraten der Patienten recherchieren. Die

Dokumentationsquote ist dementsprechend gering. Dabei könnte man ziemlich einfach auf die administrativen Daten der Kassen zugreifen und hätte den Abgleich ohne großen Aufwand für Ärzte oder Kranken-

häuser geschafft.

Das wäre natürlich nur ein ganz kleiner Spezialaspekt.

Natürlich. Aber es ist ja schwierig, immer gleich das große Rad zu drehen. Solche Versuche scheitern oft an Widerständen. Deswegen ist es hilfreicher, wenn man im Kleinen anfängt. Und dafür wäre die Qualitätssicherung, die ja von allen gewollt wird, sicherlich ein sinnvoller Ansatz. Es hätte darüber hinaus den Vorteil, dass zusätzlicher Aufwand für Dokumentation oder Nachverfolgung vermieden werden könnte.

Hinzu kommt, dass es sich bei den Routinedaten per se um Echt-daten handelt.

Genau. Das sind eben nicht extra für die Zwecke der Qualitätssicherung aufgeschriebene Daten, die – vorsichtig gesagt – einer gewissen Subjektivität unterworfen sind.

Die Daten müssten dann auch in einem Art Trustcenter gehandelt werden, in dem alle Daten zusammengeführt werden.

Das ist noch eine ganz andere Frage. Das wäre wieder so ein gigantisches Projekt mit erheblichem Aufwand für die Datensicherung.

Und sicher mit der Frage am Ende: Wer soll das bezahlen?

Das ist das alte Thema der Forschungsförderung durch die Kassen. Müssen denn die Kassen wirklich ein gigantisches Datenprojekt finanzieren, das dann wissenschaftlich genutzt wird? Gerade unter den heutigen Finanzierungsbedingungen ist es nun mal so, dass diese Gelder zwar richtig angelegt sein mögen, aber eben in der Versorgung fehlen.

Oder nach den heutigen Situation wohl eher über Zusatzbeiträge?

Da würde sich die Frage stellen, ob Zusatzbeiträge eine angemessene Finanzierung für Forschungs- und Qualitätssicherungsfragen darstellen. Oder ob nicht über ganz andere Finanzierungsstrukturen nachgedacht werden müsste. Es wird doch schnell klar, dass es sich hier eher um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die besser aus Steuermitteln finanziert werden sollte, weil dann alle Bevölkerungsteile gefordert wären.



Müsste man Krankenkassen nicht wie andere Beteiligte im Gesundheitssystem behandeln - wie z. B. die Pharmaindustrie?

Na ja, Pharmafirmen forschen doch nicht, weil sie der Gesellschaft etwas Gutes tun wollen. Das ist vielleicht ein Nebeneffekt, aber der Antrieb ist ein ökonomischer. Das ist ja auch die Aufgabe der Industrie. Das gehört zu unserem Wirtschaftssystem.

Und die Kassen?

Es gibt u. a. im Rahmen der DMP eine verpflichtende Begleitforschung und ansonsten auch eine ganze Reihe von Versorgungsforschungsstudien.

Es kommt nur darauf an, was man daraus macht. Oder wie und ob man sie veröffentlicht?

Ich kann nicht sehen, dass es falsch sein sollte, dass die Kassen Ergebnisse von Versorgungsforschungsstudien für sich selbst verwenden, um damit eine Struktur zu gestalten, die hoffentlich besser ist als der bisherige Versorgungsstandard. Damit können die im Wettbewerb stehenden Kassen ihren Versicherten ein gutes oder vielleicht sogar ein noch besseres Angebot machen.

Das heißt aber auch, dass diese Daten zum Teil nicht veröffentlicht werden, weil sie von den Kassen dann als Betriebsgeheimnis betrachtet werden. Doch Kassen sind eben keine Unternehmen, sondern „andere Arten von Organisationen“, oder?

Kassen sind zwar keine Unternehmen, aber sie stehen untereinander im Wettbewerb. Dieser Wettbewerb ist aber nur dann sinnvoll, wenn auch die Qualität der Versorgung für die Versicherten verbessert wird. Dafür bieten sich solche Projekte an, mit denen neue Versorgungsstrukturen gestaltet werden. Denn wenn eine Kasse feststellt, dass ein neuer Versorgungsansatz besser ist als die Standardversorgung, dann wird sie auch dafür sorgen, dass der neue Ansatz genau dort eingesetzt wird, wo er den größtmöglichen Nutzen bringt - für die Versicherten und selbstredend auch für die Kasse. Genau damit kann eine Kasse neue Mitglieder gewinnen. Wenn das der Wettbewerb in der Krankenversicherung ist, dann ist das doch das Beste, was uns passieren kann. Denn nur so wird Versorgung qualitativ verbessert und hoffentlich auch wirtschaftlicher. Darum sehe ich nicht, dass diese Forschungsergebnisse veröffentlicht werden müssen. Es ist richtig, dass zunächst einmal die Kasse einen Vorteil hat, die in die Finanzierung solcher Studien investiert. So funktioniert nun einmal das Prinzip Wettbewerb.

Der Innovator geht voran, die Imitatoren hinterher. Und das alles auf Solidarkosten.

Es war immer die Idee des Wettbewerbs in der Krankenversicherung, Lösungen im Sinne der Versicherten zu finden. Ich sehe es als selbstverständlich an, dass Kassen die Ergebnisse ihrer Untersuchung als Geschäftsgeheimnis deklarieren, weil sie sich natürlich den Vorteil aus dieser Vorreiterinvestition sichern möchten.



Doch im AMNOG wird die Pharmaindustrie verpflichtet, alle Studien zur Zulassung eines neuen Arzneimittels aufzulegen und transparent zu machen.

Es geht ja nicht darum, dass sie sich gegenüber ihrer Konkurrenz offenbaren. Aber demjenigen, dem sie ihre Produkte verkaufen wollen, sollten sie die Studienbelege schon darlegen.

Aber es ist etwas anderes, wenn die Kassen mit Geldern aus dem Solidarsystem Wettbewerb machen wollen. Das System sollte doch das gleiche sein und Transparenz das oberste Gebot.

Ich sehe das schon noch ein bisschen anders. Bisher hat die Pharmaindustrie Studien selbst auf internationaler Ebene

nur sehr selektiv veröffentlicht. Im Vergleich zur Pharmaindustrie haben wir in der deutschen Krankenversicherung zudem sehr viel mehr Wettbewerb. Denn wenn ein Pharmaunternehmen ein wirklich neues Produkt auf den Markt bringt, gibt es erst mal überhaupt keine Konkurrenz. Es wird verkauft und die GKV musste es bisher zahlen, egal zu welchem Preis.

Das Preisargument wurde durch die Politik als Marketinginstrument abgeschafft und auf einmal wird über bessere Versorgung geredet?

Es ist doch relativ leicht, seine Kasse zu wechseln – selbst wenn die Bereitschaft des Einzelnen dazu nicht so groß ist. Aber die Möglichkeit besteht, und sie wird genutzt, was man am besten bei jenen Kassen sieht, die Zusatzbeiträge erheben müssen. Hier sind die Mitgliederwanderungen durchaus als massiv zu bezeichnen. Weil einige wenige Kassen derzeit einen Zusatzbeitrag erheben, das Gros dagegen nicht, entsteht eine sehr merkwürdige Wettbewerbssituation: Jeder Kassenchef will um jeden Preis vermeiden, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, um etwaige Abwanderungen zu verhindern. Als Argument für eine Kasse gibt es jedoch eigentlich nur mehr die Qualitätsfrage. Und hierfür spielt eben die Versorgungsforschung eine immer größere Rolle.

„Wir brauchen einfach mehr Wissen über das, was tatsächlich in der Versorgung geschieht und welche Veränderungen gesetzliche Regelungen bewirken.“

Jeder Kassenchef will um jeden Preis vermeiden, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, um etwaige Abwanderungen zu verhindern. Als Argument für eine Kasse gibt es jedoch eigentlich nur mehr die Qualitätsfrage. Und hierfür spielt eben die Versorgungsforschung eine immer größere Rolle.

Es gibt seit längerem die Forderung des Sachverständigenrates nach prozentualen Ausgaben für Versorgungsforschung.

Das Problem ist und bleibt die Frage der Finanzierung. Das dazu nötige Geld, wenn es denn aus dem Gesundheitsfonds genommen werden soll, muss irgendwie finanziert werden. Aufgrund der derzeitigen Konstruktion des Fonds kann das nur über eine Erhöhung des Bundeszuschusses erfolgen – oder eben über Zusatzbeiträge.

Nehmen wir mal an, diese Finanzierung sei über einen Bundeszuschuss sichergestellt.

Versorgungsforschung ist eine sinnvolle Sache. Wir brauchen einfach mehr Wissen über das, was tatsächlich in der Versorgung geschieht und welche Veränderungen gesetzliche Regelungen bewirken. Also ist es auf jeden Fall sinnvoll, Versorgungsforschung zu fördern – vorausgesetzt wir bekämen hier eine staatliche Finanzierung. <<

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

Erkenntnisse aus der BEST-Studie

„Genderproblem“ bei Osteoporose entdeckt

In Kooperation mit dem IGES-Institut (das bereits 2006 die Osteoporose-Studie „Bone-Eva“ erstellt hatte) und dem WINEG - dem wissenschaftlichen Institut der Techniker Krankenkasse - hat das Universitätsklinikum Marburg, Zentrum für Frauenheilkunde (Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie) die „Epidemiologie der Osteoporose“ neu bestimmt, wie Prof. Dr. Peyman Hadji, Leiter der Klinischen Gynäkologie, auf einer Veranstaltung von Amgen und GSK in Fürth sowie auf dem DDG ausführte. Insgesamt konnten 5,3 Millionen bei der TK Versicherte in die Analyse eingeschlossen werden, dabei rund 500.000 Patienten, die im Laufe von drei Jahren eine „Osteoporose“ (M80/M81) codiert hatten, mindestens eine Verordnung eines osteoporose-bedingten Arzneimittels aufwiesen und/oder eine osteoporose-assoziierte Fraktur hatten. Dabei entdeckte Hadji ein „Genderproblem“, das heißt: eine ungleiche Behandlung von Männern und Frauen.

>> Osteoporose wird laut Hadji bei jüngeren Männern (zwischen 50 und 60 Jahren) fast viermal so häufig codiert wie bei Frauen. Das an sich ist noch nicht verwunderlich, was sich aber ändert, wenn man die absoluten Häufigkeiten der Osteoporose bei Männern und Frauen betrachtet. Hadji: „Das ist deshalb erstaunlich, weil wir wissen, dass die Inzidenz von Osteoporose bei Frauen viermal so häufig ist als bei Männern.“ Dennoch tritt bei Männern die Osteoporose-Diagnose unabhängig vom Alter bis circa zum 65. Lebensjahr zu 23 bis 25 Prozent auf, während dagegen die Codierungen bei Frauen einen treppenstufenartigen Aufstieg aufweisen - aber erst im Alter. Daraus folgert Hadji, dass hier ein „Genderproblem“ vorliegt, was „vielleicht etwas mit dem Bewusstsein unserer Patienten und unserer Ärzte zu tun“ habe.

Ein ähnliches Schema, das auf ein Genderproblem hindeutet, ergibt sich bei der Betrachtung, wie oft die TK eine Knochendichtemessung erstattet hat, die nur dann von den Krankenkassen übernommen wird, wenn bereits eine Fraktur vorhanden ist. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild: Bis zum 74. Lebensjahr bekommen Männer häufiger auf Kosten der Krankenkassen eine Knochendichtemessung als Frauen. Hadji: „Und das, obwohl Frauen viel häufiger Osteoporose und auch viel häufiger eine Fraktur haben.“ Das sei doch schon etwas merkwürdig.

Ebenso erstaunlich ist, dass auch der Anteil der Männer und Frauen, die mit Basistherapie („Kalzium“ und „Vitamin D“) auf Krankenkassenkosten behandelt werden, ähnlich unterschiedlich ist. Nach Ergebnissen der Studie bekommen nämlich Männer bis zum 74. Lebensjahr wesentlich häufiger „Kalzium“ und „Vitamin D“ erstattet als Frauen, erst danach wird die Zahl der Verordnungen von „Kalzium“ und „Vitamin D“ identisch. „Also werden auch hier Männer und Frauen mit Frakturen unterschiedlich behandelt“, erklärt Hadji.

Das setze sich auch bei der häufigsten medikamentösen Therapieform - mit „Bisphospho-

naten“ - fort: Jüngere Männer erhalten eine „Bisphosphonat“-Verordnung wesentlich häufiger als gleich alte Frauen. Erst ab dem 65. Lebensjahr halten sich die Verordnungen mehr oder weniger die Waage und nahmen erst ab dem 74. Lebensjahr bei den Frauen überhand. Hadji: „Dabei ist zu bedenken, dass Frauen immer wesentlich häufiger von Frakturen betroffen sind, also eigentlich viel mehr Medikamente bekommen müssten.“

Ob Genderproblem oder nicht: Compliance bei nur 50 %

Unabhängig davon, sei jeder Therapieerfolg davon abhängig, ob die Patienten die vom Arzt verordneten Maßnahme auch wirklich durchführen, also eine medikamentöse Therapie über eine Zeit von drei bis fünf Jahren auch zur Anwendung kommt. „Da haben wir in vielen Indikationsbereichen große Probleme“, weiß Hadji aus seiner praktischen Erfahrung und auch warum das so ist: „Schlimm wird es überall da, wo chronisch, und besonders schlimm da, wo chronisch oral therapiert werden muss.“ So sei bereits aus Studien aus dem Jahr 2005 bekannt, dass die wöchentliche „Bisphosphonat“-Therapie bereits nach einem Jahr zu 50 Prozent abgesetzt werde.

Ähnliches kann Hadji auch in einer anderen Studie nachweisen. Auch hier würden alle orale medikamentösen Therapien nach einem Jahr zu rund 50 Prozent abgesetzt, wobei oralen Bisphosphonate (oBP) alle katastrophal abschneiden würden.

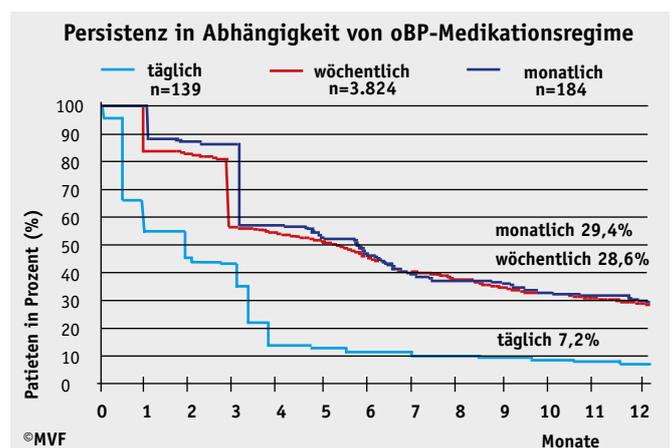
Das hat die Konsequenz, dass die nicht-complianten Patienten tatsächlich häufiger frakturieren. So sei

nachgewiesen, dass Patienten, die ihre Medikation nicht komplett eingenommen haben, tatsächlich 50 Prozent häufiger frakturieren. Hadji: „Compliance ist ein deshalb ein ganz entscheidender Punkt.“



Und auch ein Punkt Prof. Dr. Peyman Hadji, mit ökonomischen Dimensionen. Denn eine Marburg

nicht mal ein Jahr durchgehaltene Therapie habe auf eine Patientenkarriere von 5 bis 10 Jahren überhaupt keinen Effekt. Will heißen: Obwohl auf Krankenkassenkosten mit der Behandlung begonnen wurde, die aber aus welchen Gründen nicht konsequent durchgeführt oder meist eben nicht durchgehalten wurde, ergeben sich im Zeitverlauf keine Frakturen reduzierende Effekte. „Das ist eine Katastrophe“, sagt Hadji, der darum dafür plädiert, Therapiestrategien zu finden, die die Therapietreue der Patienten verbessern können. Zusätzliche Perspektiven eröffne in dieser Hinsicht das Osteoporose-Medikament „Prolia“, weil dessen Wirkstoff „Denosumab“ eben nur einmal alle sechs Monate subkutan injiziert werden muss. <<



Hadji et al. ECCEO 2010, Abstract (accepted) 342 u. 423

INSIGHT Health zur Insulin-Versorgung nach Alter, Geschlecht und Region

Insulin-Medikation unterschiedlich

In einer aktuellen Versorgungsanalyse hat INSIGHT Health die Arzneimitteltherapie des insulinpflichtigen Diabetes mellitus nach Alter, Geschlecht und Regionen anhand von Routinedaten untersucht. Wie sich zeigt, gibt es bei allen untersuchten Parametern Auffälligkeiten und damit wohl Handlungsbedarf in der Versorgung.

>> Diabetes mellitus beschreibt eine Gruppe von Krankheiten, bei denen der Blutzuckerspiegel in Folge verminderter Insulinwirkung und/oder Insulinproduktion erhöht ist. Die Krankheit hat eine enorme epidemiologische Bedeutung, wie die folgenden Fakten (entnommen aus RKI 2011) anschaulich skizzieren:

- Bei neun Prozent der erwachsenen Bevölkerung wurde Diabetes diagnostiziert.
- Nach Diagnosen betrachtet nimmt der Diabetes zu, und zwar auch unabhängig von der Bevölkerungsalterung.
- Es kommt bei einem erheblichen Anteil der Betroffenen zu teils schweren Langzeitkomplikationen.

80 bis 90 Prozent der Diabetiker im Erwachsenenalter leiden am sogenannten Diabetes mellitus Typ 2, dessen Therapie zumindest im Anfangsstadium ohne Medikation auskommt. Nicht zuletzt in Abhängigkeit vom Erfolg der Maßnahmen zur Veränderung des Lebensumfeldes und des Lebensstils der Betroffenen und mit fortschreitendem Alter verändert sich dies im Laufe der Zeit, so dass begleitend verschiedene Arzneimittel zum Einsatz kommen. Im Vordergrund stehen hier meist orale Antidiabetika und/oder

Insuline. Im Gegensatz zum Typ-2-Diabetes entsteht der Typ-1-Diabetes überwiegend bereits im Kindes- und Jugendalter. Typ-1-Diabetiker sind von Beginn an zwingend auf Insulin angewiesen. Die nachfolgend dargestellten Analysen beziehen sich auf den insulinpflichtigen Diabetes mellitus (ohne Differenzierung der Diabetes-Typen).

Alters-/Geschlechtsverteilung

Verglichen wurde die Altersverteilung der im ambulanten Bereich mit Insulin behandelten Patienten mit der Altersverteilung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Einbezogen wurden alle Patienten, die in den vergangenen drei Jahren mindestens eine Insulin-Verordnung aus der Gruppe „A10C“ des ATC-Index (anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) der European Pharmaceutical Market Research Association (EphMRA) erhielten. Als Datenquelle dienten anonymisierte Rezeptdaten von rund 40 Millionen GKV-Patienten aus einer Routinedatenbank des Informationsdienstleisters INSIGHT Health.

Wie Abbildung 1 anschaulich illustriert, spielt sich die Versorgung mit Insulin überwie-

Summary

- Die Versorgung mit Insulin spielt sich weit überwiegend in den oberen Altersgruppen und besonders bei den 60- bis 79-Jährigen ab.
- Es gibt große regionale Differenzen. Überdurchschnittlich häufig wurde Insulin in den neuen Bundesländern verordnet.
- Die großen regionalen Unterschiede deuten auf eine suboptimale Versorgungsqualität und -wirtschaftlichkeit hin.

gend in den oberen Altersgruppen ab, und zwar weit überproportional zur durchschnittlichen Altersverteilung der GKV-Versicherten.

Rund 1,6 Millionen GKV-Versicherte der untersuchten Stichprobe wurden in den letzten drei Jahren mit Insulin behandelt. Diese verteilen sich nahezu ausgewogen auf die beiden Geschlechter (51 Prozent Frauen, 49 Prozent Männer). Betrachtet man zusätzlich die Altersgruppen in Intervallen von 20 Jahren, ergibt sich insgesamt und für beide Geschlechter ein deutlicher Versorgungsschwerpunkt bei den 60- bis 79-Jährigen. So befinden sich 51,3 Prozent der Insulin-Patienten in dieser Altersgruppe, 18,8 Prozent sind mindestens 80 Jahre alt und 21,8 Prozent sind 40 bis 59 Jahre alt. Demgegenüber sind die unteren Altersgruppen nur gering besetzt (20-39 Jahre: 6,3 %; 0-19 Jahre: 1,8 %). Der Behandlungsschwerpunkt bei den älteren Patienten entspricht der höheren Diabetes-Prävalenz in den höheren und hohen Altersgruppen.

Zwischen Männern und Frauen ergibt sich in zwei Altersgruppen ein nennenswerter Unterschied: In der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen befinden sich 26,8 Prozent der behandelten Männer, aber nur 16,9 Prozent

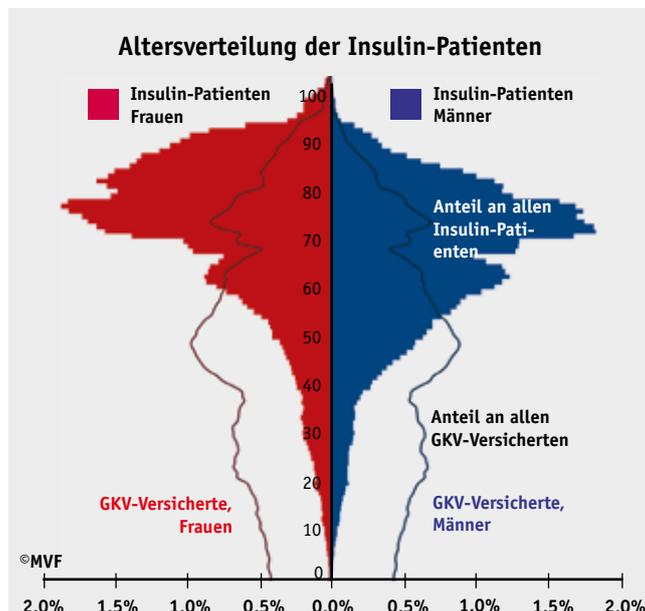


Abb. 1: Altersverteilung der Insulin-Patienten; Quelle: Eigene Abbildung auf Basis INSIGHT Health (Patienten Tracking) 2011, Bundesministerium für Gesundheit 2011 (KM6, Stand 01.07.2010) und eigener Berechnungen.

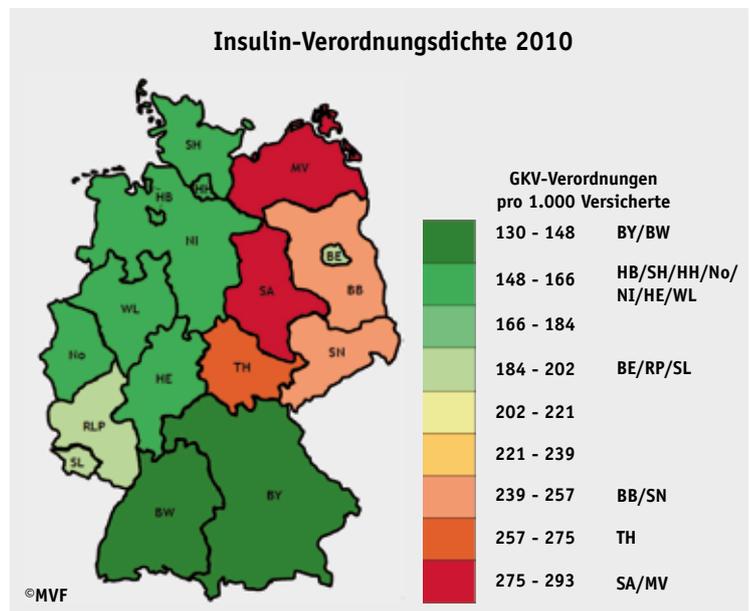


Abb. 2: Verordnungsdichte von Insulinen (GKV-Verordnungen pro 1.000 Versicherte) nach KV-Regionen; Quelle: NVI-KV (INSIGHT Health), KM6 (BMG)

der behandelten Frauen. Umgekehrt sind in der Altersgruppe der mindestens 80-Jährigen 26,1 Prozent der weiblichen gegenüber nur 11,3 Prozent der männlichen Insulin-Patienten vertreten. Dieser deutlich erhöhte Anteil der mit Insulin behandelten Frauen in der Gruppe ab 80 Jahren lässt sich nicht alleine durch die stärker mit Frauen besetzten höheren Altersgruppen erklären. Hier müssen weitere Gründe eine Rolle spielen.

Regionale Unterschiede

In einer zweiten Analyse wurde geprüft, ob regionale Unterschiede in der Insulin-Medikation vorliegen. Dazu wurden die ambulanten Verordnungen der gleichen ATC-Gruppe (A10C) aus dem Jahr 2010 nach den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Regionen) unterschieden und jeweils auf 1.000 Versicherte bezogen. Als Datenquelle diente eine Routinedatenbank von INSIGHT Health, die jährlich nahezu alle abgerechneten GKV-Arzneimittelrezepte aus dem

ambulanten Bereich erfasst. In einem weiteren Schritt wurden die Ausgaben pro Versicherten berechnet und miteinander verglichen. Dazu verwendet wurde der Apothekenverkaufspreis (AVP – ohne Abzug von Herstellerrabatten und Zuzahlungen der Patienten).

Im Jahr 2010 gab es insgesamt 11,9 Millionen Insulin-Verordnungen zu Lasten der GKV. Dies entspricht deutschlandweit 171,3 Verordnungen je 1.000 GKV-Versicherte. Wie Abbildung 2 zeigt, schwanken die Werte zwischen den KV-Regionen erheblich. Überdurchschnittlich häufig verordneten die Ärzte Insuline besonders in den neuen KV-Regionen bzw. Bundesländern. Über dem Durchschnitt liegen ferner das Saarland, Rheinland-Pfalz und Berlin. Vergleichsweise wenige Verordnungen pro 1.000 Versicherte verbuchten insbesondere Bayern und Baden-Württemberg.

Nicht nur die Anzahl der Verordnungen, auch die Ausgaben pro GKV-Versicherten unterscheiden sich erheblich von Region zu Region. Bei einem Durchschnitt von 17 Euro pro Versicherten

liegt der Spitzenwert bei 31 Euro (Mecklenburg-Vorpommern) und der niedrigste Wert bei 13 Euro (Baden-Württemberg). Die regionalen Ausgabenunterschiede verhalten sich nahezu analog zu den Verordnungsunterschieden.

Fazit

Analog zu den gezeigten regionalen Unterschieden in der Insulin-Medikation hatte bereits der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen erhebliche regionale Unterschiede im Verbrauch von Antidiabetika aufgezeigt und dies als Anhaltspunkte für eine regionale Überversorgung bezeichnet (SVR 2000). Das RKI stellte auch bei den selbstberichteten Diabetes-Diagnosen jüngst ein Ost-West- und ein Nord-Süd-Gefälle fest (RKI 2011). Dies unterstreicht einen fortbestehenden Optimierungsbedarf in der Diabetiker-Versorgung – sowohl im Hinblick auf die Versorgungsqualität als auch die Versorgungswirtschaftlichkeit.

von: Christian Bensing
Dr. André Kleinfeld*

INSIGHT Health zu Blutzuckerteststreifen

Verordnungen kontinuierlich steigend

>> Wie eine aktuelle Versorgungsanalyse von INSIGHT Health zeigt, nimmt die Anzahl an Verordnungen von Blutzuckerteststreifen noch immer zu. Im ersten Quartal 2011 wurden 13 Prozent mehr Blutzuckerteststreifen an GKV-Versicherte verschrieben als im selben Zeitraum 2008 (vgl. Abb. 1). In den letzten zwölf Monaten wurden über 1,2 Mrd. Teststreifen (nur Bluttests) verordnet - zu einem durchschnittlichen Apothekenverkaufspreis von 0,73 Euro pro Teststreifen. Urin- und andere Tests spielen in dem Markt mit weniger als 0,3 Prozent des Umsatzes aller verordneten Teststreifen dagegen kaum eine Rolle. Dabei gibt es nicht unwesentliche Unterschiede zwischen den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). In der KV Bayern wurden den GKV-Versicherten 2010 mit durchschnittlich 15 die wenigsten Teststreifen verordnet, im Bundesdurchschnitt waren dies 18 (vgl. Abb. 2).

Am meisten Verordnungen pro Kopf stellten mit 22 Teststreifen die Kassenärzte in Hamburg aus. Dies ist insofern bemerkenswert, als Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 die Regionen waren, in denen die wenigsten Antidiabetika-Einheiten (ATC-Gruppe A10) pro Kopf verordnet wurden. Im Vergleich zu 2009 erhielten die gesetzlich Krankenversicherten durchschnittlich 0,9 Teststreifen mehr verordnet. Auffallend hierbei sind die Anstiege der sechs ostdeutschen KV-Regionen, die mit 1,9 zusätzlichen Teststreifen pro Versicherten deutlich über den elf westdeutschen KV-Regionen (+0,6) liegen. Vergleichbare Zahlen konnten auch bereits im Vorjahr beobachtet werden, so dass sich hier ein Trend abzeichnet.

von: Christian Bensing
Dr. André Kleinfeld*



Abb. 1: Entwicklung der verordneten Blutzuckerteststreifen in der GKV in Mio. Einheiten; Quelle: NVI (INSIGHT Health), Anzahl verordneter Blutzuckerteststreifen (nur Bluttests).

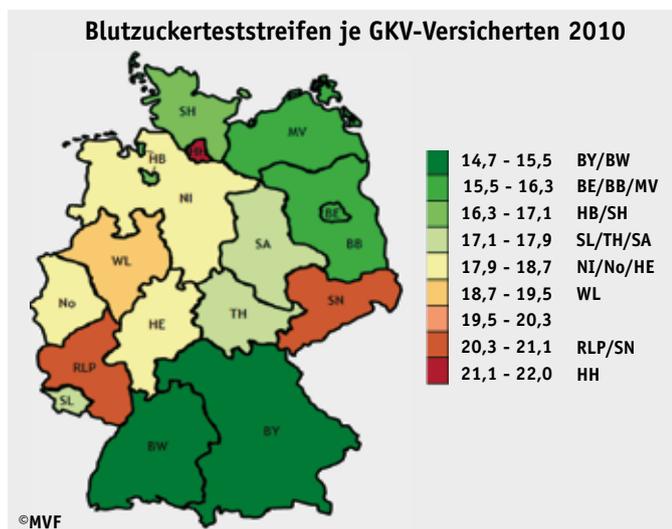


Abb. 2: Regionale Übersicht zur Anzahl Blutzuckerteststreifen (nur Bluttests) je GKV-Versicherten 2010; Quellen: NVI-KV (INSIGHT Health), KM6-Mitgliederstatistik (BMG) zum 1. Juli 2010.

* Beide: Business Development Manager von INSIGHT Health, vf@insight-health.de

G-BA-Beschluss zu Harn-/Blutzuckerteststreifen vom BMG nicht beanstandet

Die neue Evidenz ist da, aber zu spät

Die Auseinandersetzung um die Erstattung oder Nicht-Erstattung von Blutzucker-Teststreifen ist offenbar beendet. Nach der negativen Nutzen-Beurteilung seitens des IQWiG wurde am 17. März dieses Jahres die Abschlussbewertung des G-BA veröffentlicht – ebenfalls negativ, wenn auch mit einigen Einschränkungen. Kein Wunder, dass sich die seit Jahren bei Fachmedien etablierte Informationsveranstaltung von Roche Diagnostics hauptsächlich um dieses aktuelle Thema drehte, zu dem es auch noch neue Evidenz gibt: Die kommt indes wohl etwas zu spät, denn das BMG beanstandete den Beschluss nicht und ging auf die neue Studienlage gar nicht ein.

Summary

- Der G-BA entschied Mitte März, die Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen für nicht-insulinpflichtige Diabetiker stark einzuschränken.
- Diabetes-Experten kritisieren diese Entscheidung und begründen dies u.a. mit Zweifeln an der zugrunde liegenden Studienauswahl des IQWiG.

>> Wer die Historie der Blutzuckermessung (BZM) betrachtet, sieht seit 1965, als der erste Teststreifen zur Blutzuckerselbstbestimmung aus den Laboratorien von Ames-Miles auf den Markt kam, einen Siegeszug. Als „Meilenstein in der Diabetestherapie“ bezeichnete PD Dr. Bernhard Kulzer (Diabetes Zentrum Bad Mergentheim, FIDAM-Forschungsinstitut Diabetes) in seinem Vortrag „Der G-BA-Beschluss zur Erstattung von Urin- und Blutzuckerteststreifen und seine Folgen“ diese Erfindung, die im Laufe der Jahre zur Grundlage aller modernen Therapiestrategien geworden ist.

Nun hat sich der G-BA für die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von Harn-/Blutzuckerteststreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker ausgesprochen. Wobei erfahrenen Diabetesspezialisten nicht nur die Tatsache der negativen Entscheidung quer kommt. Denn in Begründung und entsprechender Pressemitteilung des G-BA vom 17.3.2011 wird aus Arztsicht ein Bild vermittelt, das der Realität nicht entspricht, wohl aus Sicht der Ökonomie so gesehen werden kann.

So spricht der G-BA in seiner Begründung davon, dass die Einschränkung der Verord-

nungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen ausschließlich für nicht insulinpflichtige Diabetiker gelte, weil - und nun kommt O-Ton G-BA - „diese Patienten mit leichteren Formen des Diabetes mellitus – hierzu gehört ein großer Teil der Typ-2-Diabetiker – ihre Krankheit bereits mit einer entsprechenden Ernährungsumstellung, Gewichtsabnahme und Erhöhung der körperlichen Aktivität sowie der Einnahme oraler Medikamente (sogenannter Antidiabetika) gut in den Griff bekommen könne“. Und weiter: „Diese Patientengruppe kann von einer Blutzuckerselbstmessung nicht profitieren, weil sich daraus keinerlei direkte Konsequenzen für die Therapie ergeben.“

An der Realität vorbei

Leider geht diese Begründung, auch wenn sie faktisch vielleicht sogar annähernd richtig sein mag, an der Realität vorbei. Wenn es denn so einfach wäre, über Ernährungsumstellung, Gewichtsabnahme und Erhöhung der körperlichen Aktivität sowie der Einnahme oraler Medikamente seinen Diabetes in den Griff zu bekommen, gäbe es nicht alleine nur in

Deutschland rund 4,7 Millionen Typ-2-Diabetiker ohne Insulin. Von denen werden 1,7 bis 2 Millionen mit insulinotropen Medikamenten, vor allem Sulfonylharnstofftabletten, behandelt, die eine Hypoglykämie auslösen können, diese Patienten muss man darum dezidiert als hypoglykämie-gefährdet bezeichnen.

Klar: Viele dieser Diabetiker könnten ihre Erkrankung mit anderen Ernährungsgewohnheiten und mehr Sport in den Griff bekommen. Aber: Tun Sie das? Mitnichten!

Wenn es denn so wäre, wäre aus Diabetes keine Epidemie geworden und Deutschland hätte bei dem oft mit Diabetes assoziierten Bodymass-Index europaweit nicht eine traurige Führungsrolle eingenommen. Das ist das traurige Faktische der Realität.

Nun spricht der G-BA in seiner Begründung von Harn- und Blutzuckermessstreifen. Warum das so ist, kann niemand so recht beantworten, denn Harntestung ist so gut wie von Markt verschwunden und macht im Vergleich zur BZM weit unter 1% (s. S. 13) des Marktes aus.

Doch das ist eine Petitesse im Vergleich zu den Passi innerhalb des G-BA-Beschlusses, bei dem es um - aus Sicht der Patienten durch-

Beurteilte Studien: 5 randomisierte, kontrollierte Studien (alle: RCT - offen/parallel)

Studie	Dauer	Anzahl randomisierte Patienten	Alter [Jahre] MW (SD)	Erkrankungsdauer [Jahre] MW (SD)	Setting	Ort	Zielgröße 1	Weitere Zielgrößen	Effekt HbA1c	SD	Effekt (95%-KI)		
											-0,8	-0,4	0,0
ASIA	6M	510 (BGSM) 478 (keine BGSM)	60,9 (9.4) 62,2 (9.1)	92.3 (75,0) 100.8 (79.6)	265 Hausarztpraxen	Frankreich	Primär HbA1c	Hypoglykämien sonstige unerwünschte Ereignisse Änderung der Medikation	-0,28	0.12			
DIGEM	12 M	151 (Monitoring) 150 (Selbstmessung) 152 (keine BGSM)	65.5 (9.9) 65,2(10,6) 66,3 (10,2)	3 (2 bis 6) 3 (2 bis 7) 3 (2 bis 6)	48 Hausarztpraxen	UK	Primär HbA1c	Hypoglykämien Änderung der Medikation Lebensqualität Therapiezufriedenheit	-0,17	0.10			
DINAMIC	6M	311 (BGSM) 299 (keine BGSM)	55,9 (9.3) 56,1(9.1)	2.8(4.5) 2.8 (3.7)	133 Zentren	Europa/Asien	Primär HbA1c	Gliclaziddosis. Hypoglykämien. Sonstige unerwünschte Ereignisse	-0,24	0.11			
ESMON	12 M	96 (BGSM) 88 (keine BGSM)	57,7(11) 60,9(11.5)	Neu diagnostiziert	Ambulanz	Nordirland	Primär HbA1c	Lebensqualität Therapiezufriedenheit Hypoglykämien Änderung der Medikation	-0,07	0.16			
SMBG	12 M	250	58,7 (7,6) 60,5 (6,6)	65,5 (57,2) 62.6 (47,3)	21 Zentren (Ambulanzen und Hausärzte)	Deutschland Österreich	Primär HbA1c	Weitere Lebensqualität Therapiezufriedenheit	-0,44	0.17			

Tab. 1: Vergleich der in die IQWiG-Bewertung eingeflossenen RCT-Studien nach Kulzer (Vortrag: Diabetes Mediendialog)

aus positive - „weitreichende Ausnahmeregelungen“ geht, die in Abstimmung mit den im G-BA mitberatenden Patientenvertretern getroffen worden sind. Demnach können Ärzte Harn- und Blutzuckerteststreifen auch weiterhin verordnen, wenn eine „instabile Stoffwechsellage“ vorläge. Diese könne gegeben sein bei „interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko“. Wenn dem so ist, können Ärzte nach wie vor je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen verordnen.

Zudem sei laut G-BA eine von der Verordnungseinschränkung ausgenommene Verordnung von bis zu 50 Teststreifen bei Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko im Rahmen der Teilnahme an strukturierten Schulungsprogrammen in DMP möglich. Wann genau, verrät der G-BA indes nicht. Immer und bei jeder Schulung? Oder nur bei der Ersteinstellung oder bei einer Therapieumstellung?

Viel wichtiger wäre allerdings die Antwort auf die Frage, was denn nun eine instabile Stoffwechsellage und eine interkurrente Erkrankung genau ist. Noch besser wäre die ergänzende Antwort auf die Frage: Wie soll denn ein Arzt eine instabile Stoffwechsellage erkennen, wenn sein Patient vor dem Arztbesuch keine Blutzuckermessung macht? Soll er ihn dann etwa wieder heimschicken, ein Rezept ausstellen, ein paar Tage lang messen lassen und wieder einbestellen?

Eigenartig ist zudem der Umgang mit Begrifflichkeiten. Wenn der G-BA von „leichten“ und „schweren“ Formen des Diabetes redet, beginnen einem Diabetes-Spezialisten wie Kulzer die Haare zu Berge zu stehen. Denn mit der Versorgungs-Realität hat die Einteilung des G-BA in einen „leichten“ Typ-2-Diabetes und den „schweren“ Typ-1-Diabetes recht wenig zu tun. Denn der Typ-2 ist laut Kulzer die viel kompliziertere Erkrankung, weil sich eben über viele Jahre keinerlei direkt spürbare Konsequenzen ergeben. „Da sind Leute am Werk, die sich mit dem Fachthema nicht so gut auseinandersetzen, wie es eigentlich sein sollte“, beurteilt Kulzer die Arbeit von IQWiG und G-BA. Er, der sowohl bei verschiedenen Anhörungen beim IQWiG zugegen war, sich bei Stellungnahmen aktiv beteiligt hat und sogar persönlich bei G-BA-Vorstand Dr. Rainer Hess vorstellig geworden ist, sei „nachhaltig frustriert“, dass es zum einen immer nur um Kosten geht, und zum anderen „wissenschaftliche Argumente vorgeschoben werden“.

Damit meint Kulzer vor allem die Art und Weise, wie Studien vom IQWiG ausgesucht wur-

den, die in die Bewertung einfließen und welche nicht. Und wie innerhalb dieser bewerteten Studien dann gewichtet wurde, welche Effekte nun als signifikant eingestuft werden.

Dass das IQWiG seine negative Beurteilung lediglich auf die Ergebnisse von nur fünf RCT-Studien gestützt hat, wurmt ihn zutiefst. Nicht so sehr, weil es auch um die Diskussion geht, ob die Ergebnisse dieser Studien nun klinisch relevant sind oder nicht, sondern weil die Art des Studiendesigns über den Forschungszweck gestellt worden ist.

Kulzer geht es vor allem um die Sinnhaftigkeit der Studien über Blutzuckerselbstkontrolle (BZSK). Denn in den meisten der in die Bewertung des IQWiG eingeflossenen Studien wurde nur die BZM an sich erforscht. Kulzer: „Ohne Schulung macht es aber wenig Sinn, Selbstkontrolle tatsächlich messen zu wollen.“

Ohne Konsequenz sinnlos

Es müsste seiner Meinung nach vielmehr so sein, dass diese Studien - wenn sie schon über die Zukunft der BZM herangezogen werden - wenigstens sichergestellt hätten, dass die Patienten gut geschult sind, zudem wissen, wie sie BZM anwenden und dann auch noch in der Lage sind, selbst die Konsequenzen aus dieser Messung zu treffen. Kulzer: „Es wäre doch eigentlich die Mindestanforderung für Studien dieser Art, dass ein Patient weiß, wie er testet, warum er testet und was er nach der Testung macht.“ Denn sonst mache Testung an sich auch keinen Sinn, damit entstände ein bloßer Wert, den man sich „ohne Konsequenzen auch schenken kann“.

Genau dieser Meinung ist eben das IQWiG und demzufolge auch der G-BA, welcher der vom IQWiG zuvor festgestellten anscheinenden Nicht-Evidenz folgt. Dass die zur Bewertung herangezogenen RCT-Studien meist kleine Fallzahlen haben und zudem kurzzeitige Studien von sechs, höchstens zwölf Monaten sind, auch das stört die Kritiker enorm.

Bei den eingeschlossenen Studien bekamen die Patienten obendrein teilweise überhaupt keine Schulung und durften das Testergebnis nur aufschreiben und dann dem Arzt übergeben, der dann für sie daraus die Konsequenzen zog. „Das ist doch kein Selbstmanagement, sondern Selbsttestung mit Fremdkontrolle“, ärgert sich Diabetologe Kulzer. Denn so etwas habe mit dem State-of-the-Art des Diabetes-Selbstmanagements und der realen Schulungssituation in Deutschland herzlich wenig zu tun. Kein Wunder: Denn die Situation der internationalen Studien ist eben nicht so einfach auf die Versorgungsrealität der Patienten

in Deutschland zu übertragen.

Immerhin: Trotz des fehlerhaften Settings haben fast alle Studien einen Effekt gezeigt, wenn zum Teil auch sehr kleine, die in Summe 0,23 Prozentpunkte HbA1c Senkung zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergaben. Da jedoch dieser Wert unter der üblichen Nichtunterlegenheitsgrenze von 0,4% lag, gingen die Statistiker einfach davon aus, dass dieser Effekt wohl klinisch nicht relevant wird. Selbst die in Augen Kulzers einzig gute Studie aus Deutschland lag mit 0,44 Prozentpunkten HbA1c-Absenkung nur knapp darüber - aber hatte damit immerhin den größten in die IQWiG-Bewertung eingeflossenen Effekt.

Doch heißt nun klein automatisch klinisch nicht relevant? „Man kann sich natürlich fragen, ob 0,23 Prozentpunkte HbA1c-Absenkung klinisch relevant sind oder nicht“, weiß auch Kulzer. Für das IQWiG spielt der Unterschied anscheinend keine Rolle. Kulzer: „Wenn ein gewisses Konfidenzintervall nicht überschritten wird, gibt es auch keinen signifikanten Effekt, weil es dem Statistiker egal ist, ob der Unterschied klinisch bedeutsam ist oder nicht.“ Doch ist das so einfach?

Klinisch relevant oder nicht?

Eben nicht. Einem Statistiker mag es, einem Diabetes-Spezialisten kann der Unterschied nicht egal sein. Denn der kann selbst einen minimalen Effekt von 0,23 Prozentpunkten HbA1c-Absenkung hochrechnen und kommt damit immerhin auf eine etwa fünfprozentige Reduktion aller diabetesbezogenen Endpunkte und ungefähr auf eine achtprozentige Reduktion von mikrovaskulären Komplikationen. Kulzer: „Das wiederum würde ich durchaus als einen recht bedeutsamen Effekt sehen.“ Verglichen mit den Effektstärken von Diabetes-Medikamenten sei das gar kein so schlechtes Ergebnis. Selbst Schulung an sich hat einen durch Studien sehr gut belegten Effekt auf den HbA1c-Wert von (nur) 0,8 Prozent.

Nun könne man laut Kulzer trefflich beginnen aufzurechnen, dass in diesem 0,8er-Effekt die 0,23 Prozentpunkte HbA1c-Absenkung der Blutzuckerselbstkontrolle integriert seien, zudem 0,3 aus der Steigerung der körperlichen Bewegung, nochmal 0,1 aus der Steigerung der Motivation und weitere 0,3 Prozent Absenkung



PD Dr. Bernhard Kulzer
(Diabetes Zentrum Bad
Mergentheim, FIDAM-
Forschungsinstitut
Diabetes)

aus der damit einhergehenden Gewichtsreduktion stammen. Will heißen: Wer selbst den durch Studien gut belegten positiven Gesamteffekt der Schulung in Einzeleffekte zu zerlegen beginnt, kommt schlussendlich zur Aussage, dass Gewichtsreduktion nichts bringt, körperliche Bewegung auch nichts, die Motivation man gleich sein lassen kann und die Blutzuckerselbstkontrolle sowieso. „Wenn man ein System in kleine Teile aufteilt, bringt jedes Teil für sich wenig, gesamthaft aber viel“, sagt Kulzer. Was umso mehr für ein Diagnoseinstrument wie die BZSK gelte, die für sich genommen überhaupt keinen Effekt haben kann, solange man mit den nur durch sie gewinnbaren Werten nichts macht.

Auf all diese Fakten sei das IQWiG hingewiesen worden - mit wenig Erfolg. „Das waren alles Methodiker, die sich mit Diabetes ganz wenig ausgekannt haben“, zeigt sich Kulzer enttäuscht. Auch die positiven Ergebnisse der StEP-Studie (Structured Testing Program) fanden keinen Eingang in IQWiG-Bewertung und G-BA-Beschluss. Laut Roche wurden dem IQWiG schon im Herbst 2009 die 6-Monate-Zwischenergebnisse und eine Synopse zur Kenntnis gebracht, flossen aber nicht in die Bewertung ein. Kein Wunder, denn für „eine suffiziente Bewertung“ sieht das IQWiG „zumindest eine alle wesentlichen Details zu Design und Ergebnissen enthaltene Publikation (in der Regel in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift) oder ein Studien-Bericht“ als erforderlich an, wie der Stv. Institutsleiter PD Dr. Stefan Lange auf Anfrage mitteilte.

Und das G-BA stützt sich eben nur auf die Bewertung des IQWiG. So hätte es auch beim G-BA nach Auskunft von Roche trotz Information durch den Verband der Diagnostikahersteller (VDGH) im Stellungnahmeverfahren sowie nach Abschluss der Studie keine Möglichkeit gegeben, die neue Evidenz bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

Nun aber wurde vor wenigen Wochen eine von Roche Diagnostics initiierte Studie publiziert, die durchaus deutlich aufzeigt, dass Blutzuckerselbstmessung tatsächlich den HbA1c-Wert signifikant reduzieren kann.

Man kann bemängeln, dass damit im Zweifel viel zu spät für mehr Evidenz gesorgt wor-

Abb. 1: Per Protocol Analyse: Patienten hielten sich an mehr als 80 % der Protokollvorgabe; STG (n=130) Patienten, die das Protokoll entsprechend gut einhielten, zeigten eine deutlich stärkere Verbesserung des HbA1c verglichen mit ACG Patienten (n=161); HbA1c-Veränderung in der STG war -1.3% vs. -0.8% in der ACG, $\Delta = -0.5\%$

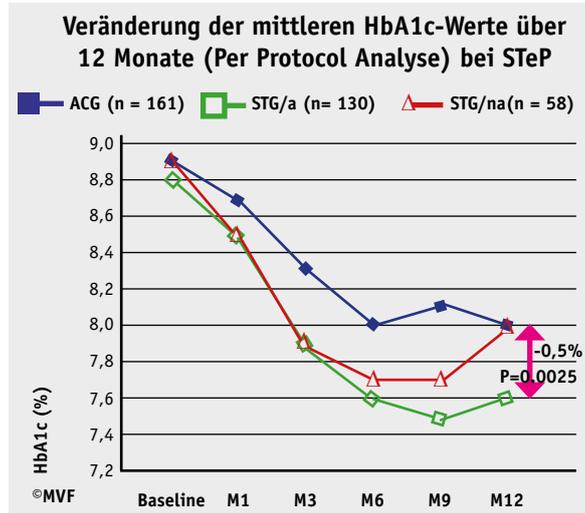
den ist. Dem ist nur zum Teil auch so, wie Ralf Kai Decker, Head of Marketing & Sales Diabetes Care Deutschland von Roche Diagnostics Deutschland erklärt. Denn immerhin wurde schon kurz nach dem Begutachtungsauftrag des G-BA an das IQWiG am 22. Februar 2005 begonnen, die Studie zu planen. Doch zuerst sollte sie als übergreifendes Werk vieler Anbieter von Blutzuckermess-Systemen angelegt werden; mit dem Effekt, dass lange Zeit kein Konsens zu Stande kam.

Bis schließlich Roche die Studie alleine begann, ein Jahr in den USA Ärzte und Patienten akquirierte, ein Jahr beobachtete und ein weiteres auswertete. Danach wurde die Studie beim US-Journal „Diabetes Care“ eingereicht und endlich im Februar 2011 veröffentlicht - aber eben vor der G-BA-Entscheidung!

Und was macht nun das BMG mit der jetzt endlich offiziell vorliegenden neuen Evidenz? Antwort: Gar nichts. Das BMG winkte den Richtlinienbeschluss durch und merkte nur an, dass es davon ausgehe, dass den im Beschluss formulierten Ausnahmen Rechnung getragen würde.

Dabei ist die StEP-Studie immerhin eine prospektive, zweiarmige und multizentrische RCT-Studie. Jedoch wurde eben nicht in dem einen Kontrollarm ein Patientenkollektiv mit Blutzuckermessung (BZM), in anderem das ohne BZM gemessen. Das aber wiederum passt nicht so ganz ins Raster jener Studien, die vom IQWiG in die Bewertung mit einbezogen wurden: Denn die fünf bewerteten Studien waren Nullstudien: Hier wurde Blutzuckertestung gegenüber keiner Blutzuckertestung verglichen.

Doch Roche geht eben davon aus, dass BZM per se sinnvoll ist und wollte daher nur herausfinden, welcher Messansatz denn nun besser sei: die bisher in der Diabetestherapie übliche Messung (zu eher undefinierten Zeitpunkten und ohne Anleitung, welche Schlüsse man aus den Werten ziehen kann) oder ein recht neuer Ansatz in Form einer strukturierten



Blutzuckertestung. Dabei wird nicht mehr jeden Tag, sondern eben in einer „strukturierten Blutzuckermessung“ an drei Tagen hintereinander zu bestimmten Zeiten gemessen. Damit sollen nach Worten Kulzers die gewonnenen Ergebnisse wesentlich aussagekräftiger werden als bisher, weil die entstehenden Tagesprofile eine noch dichtere Datenlage ergeben: Der Patient (und bei Konsultationen auch der Arzt) sieht sofort und visualisiert, ob es Unterzuckerungen, ob es nüchtern Blutzucker gibt etc. - und kann damit viel besser als bisher Verhalten und Therapie anpassen.

Bei StEP haben zwei Gruppen Blutzuckerselbstkontrolle durchgeführt; die einen eben strukturiert als die anderen. In der Analyse (Abb. 1) sieht man den Effekt: Im Durchschnitt konnte die eine Gruppe den HbA1c um -1,3, die andere um -0,8 senken. Kulzer: „Das heißt, wir haben bei beiden Gruppen eine sehr viel deutlichere HbA1c-Reduktion als im IQWiG-Bericht im Durchschnitt angegeben wurde.“ Das waren nämlich nur -0,23!

Außerdem zeige sich, dass eben nicht nur der HbA1c, sondern sich auch die mittleren prä- und postprandialen Glukosewerte verbessert hätten. Für Kulzer sind die Ergebnisse aber vor allem deshalb interessant, weil mit dem neuen Testansatz ein menschlicher wie auch ökonomischer positiver Effekt einher geht: „Die Patienten müssen weniger testen und trotzdem werden die Ergebnisse besser.“ Da sei endlich das, was er als „intelligentes Testen“ bezeichne: strukturiert mit Analyse und Konsequenz, womit sich auch „die tägliche Zahl der Tests signifikant“ verringere. <<

von: Peter Stegmaier

Nicht in die Bewertung eingegangene Studie: StEP (RCT - prospektiv, zweiarmig, multizentrisch)												
Studie	Dauer	Anzahl randomisierte Patienten	Alter [Jahre] MW (SD)	Erkrankungsdauer [Jahre] MW (SD)	Setting	Ort	Zielgröße	Effekt HbA1c	Effekt (95%-KI)			
									-1,2	-0,8	-0,4	0,0
StEP	12 M	483 schlecht eingestellte (HbA1c \geq 7,5%) Patienten	55,8 (10,7)	7,6 (6,1)	34 Hausarztpraxen	USA	Primär HbA1c Wirksamkeit einer Blutzuckerselbstkontrolle bei schlecht eingestellten (HbA1c \geq 7,5 %),	-0,5 (-1,3)				

Tab. 2: Nicht in die Bewertung eingeflossene StEP-Studie (aus Vortrag Kulzer): -0,5 %-HbA1c-Absenkung als Differenz zwischen den beiden Gruppen und -1,3 %-HbA1c-Absenkung als positiver Effekt der Interventionsgruppe

Sophia Schlette MPH, bis 2010 bei Kaiser Permanente

Versorgung mit System

„Gesundheitsversorgung all-inclusive“ oder „3 in 1“ - so könnte das Geschäftsmodell des US-Versorgungssystems Kaiser Permanente beschrieben werden. Kaiser Permanente ist ein Konsortium aus Krankenversicherung, Klinikbetreiber und Ärzteorganisationen und versorgt 8,7 Millionen Mitglieder in neun US-Bundesstaaten, die meisten davon, 75 Prozent, in Kalifornien. Passend trifft es auch der Begriff „Gesundheitsnetzwerk“, denn die beteiligten Leistungserbringer kooperieren nicht nur in ihrer alltäglichen Praxis sektorenübergreifend. Auch digital verbindet das Netz die medizinischen Fachkräfte untereinander: Über eine gemeinsame IT-Plattform sind Krankenakten für sie einsehbar, und Patienten können über ein integriertes Mitgliederportal Kontakt zu ihnen aufnehmen und eigene Daten einsehen. Das unternehmenseigene Gesundheitsnetz fängt die Versicherten früh auf und setzt auf Prävention und Wellness: Klingt fast zu schön, um wahr zu sein. Doch lässt sich das Konzept auch auf Deutschland übertragen? Und was sind die Erfolgsfaktoren dieses Ausnahmемodells, das sich in den USA bewährt hat? „Monitor Versorgungsforschung“ sprach am Rande des DGBV-Zukunftskongresses mit Sophia Schlette, die zwei Jahre in der Zentrale von Kaiser Permanente in Oakland arbeitete.

>> Frau Schlette, das Konzept von Kaiser Permanente gilt als ein Best-Practice-Beispiel in der Gesundheitsversorgung. Was sind die Erfolgsfaktoren?

Zum einen ist es sicherlich die recht einmalige Unternehmensstruktur, die die vollständige Integration von Leistungserbringern und Versicherten ins Gesundheitsnetz ermöglicht. Kostenträger und Leistungserbringer schließen auf regionaler Ebene miteinander Exklusivverträge, in denen sich die Permanente Medical Groups, also die KP-Ärzteorganisationen, verpflichten, ausschließlich KP-Versicherte zu behandeln, und die Krankenversicherung im Gegenzug ausschließlich mit Permanente Medical Groups zu kontrahieren. Theoretisch kann das „Konstrukt Kaiser Permanente“ also jedes Jahr auseinanderfliegen; praktisch hat es – über Krisen hinweg – auf freiwilliger Vertragsbasis und exklusiver Gegenseitigkeit seit 1945 gehalten. Zum anderen sind es die Mitarbeiter, die über eine hohe Selbstmotivation verfügen – und das unterscheidet sie von anderen Health Professionals.

Wie kommt es zu diesem intrinsischen Antrieb?

Das hängt mit dem Selbstverständnis von Kaiser Permanente als „Total Health Organization“ zusammen. Darauf beruht das gesamte Geschäftsmodell. Charakteristisch für Kaiser Permanente ist die durchgängige, datengestützte Qualitätsorientierung und eine konsequente Bevölkerungsorientierung, das heißt, die Ausrichtung an kranken und an gesunden Mitgliedern. An hochqualifizierten Mitarbeitern mangelt es dabei nicht – im Gegenteil. Bei KP bewerben sich Absolventen der angesehensten medizinischen Hochschulen aus dem ganzen Land. Es sind die, die von einer vollständig an Qualität ausgerichteten Gesundheitsversorgung träumen, von einem System, in dem sie als Versorger tätig sein können und nicht als Unternehmer tätig sein müssen – den geschäftlichen Teil nehmen ihnen die Profis ab. Das heißt, es gibt schon vor der Einstellung eine gewisse Selbstauswahl. Ärzte, die bei Kaiser Permanente arbeiten, haben sich bewusst dafür entschieden und bleiben dem System treu. Die Versicherten und Patienten wiederum spiegeln ihnen, dass sie das Angebot von Kaiser Permanente zu schätzen wissen, vor allem, wenn sie schwere Erkrankungen durchgemacht haben. Das

Summary

- Der salutogenetische Ansatz von KP vermittelt Spaß am Gesundsein und die Aufrechterhaltung der Gesundheit von Anfang an. Gesundheit ist positiv besetzt und kommt ohne Schuldzuweisungen aus.
- Vergleiche zwischen Ärzten, Teams und Regionen sind so populär, dass gutes Abschneiden mit hoher Arbeitsmotivation und Leistungsbereitschaft verknüpft ist.
- Rankings setzen Leistungserbringer unter Zugzwang.
- KP setzt auf nichtmonetäre Ansätze. Die Effekte von P4P waren in den USA mitunter unerwünscht bis schädlich.

verstärkt natürlich die Motivation.

Bleiben wir bei den Versicherten, was genau macht Kaiser Permanente so attraktiv?

Oh, da gibt es ganz viele Gründe. Da ist vor allen Dingen die erlebte Versorgungsqualität in einem One-Stop-Shop, der direkte Zugang zum eigenen Hausarzt per E-Mail und die Tatsache, dass es praktisch keine Wartezeiten gibt. Als KP-Mitarbeiterin war ich auch KP-versichert und habe das System selbst genutzt. Zuerst aus Neugier, dann auch als Patientin. Den passenden Termin konnte ich online buchen, warten musste ich höchstens fünf Minuten, und die verschriebenen Medikamente konnte ich, verblüffert, sofort nach dem Besuch beim Arzt in einer der hauseigenen Apotheken abholen. Bei Rückfragen, oder wenn ich ein Testergebnis nicht einordnen konnte, konnte ich meiner Ärztin über das Patientenportal eine E-Mail schicken – und sie antwortete binnen Stunden. Kein Wunder, dass KP HealthConnect – so heißt das 2009 flächendeckend eingeführte Gesundheitsinformationssystem, das von über der Hälfte aller KP-Versicherten regelmäßig genutzt wird. Die engmaschige Betreuung und Navigation durchs System schafft Vertrauen und lindert – gerade bei schlimmen Diagnosen – Verunsicherung und Ängste.

Ich finde, das ist personalisierte Medizin im wörtlichen Sinne. Und Studien haben bereits objektiv untermauert, was Patienten subjektiv als Verbesserung erleben: Chronisch Kranke, die mit ihrem Versorgungsteam per E-Mail kommunizieren können, haben bessere Gesundheitsoutcomes, sind stabiler, zufriedener und fühlen sich besser betreut.

Wie lange bleiben denn Versicherte KP treu?

KP-Mitglieder bleiben im Schnitt zehn Jahre bei Kaiser versichert. Das ist unglaublich lang, wenn man bedenkt, dass Amerikaner sehr mobil sind und normalerweise alle zwei bis drei Jahre den Arbeitsplatz wechseln. In den USA bedeutet Arbeitsplatzmobilität, dass mit dem Arbeitgeber in der Regel die Krankenversicherung gewechselt wird. In Zeiten anhaltender Rezession, steigender Gesundheitsausgaben und schrumpfender Krankenversicherungsleistungen fürchten Jobsuchende – gerade wenn sie bislang bei Kaiser versichert waren –, dass sie bei einem beruflichen Wechsel vom neuen Arbeitgeber keinen vergleichbaren Ersatz für das Kaiser-Paket bekommen. Das Ganze ist ein Beispiel dafür, wie sich ein dysfunktionales Gesundheitssystem als Produktivitätsbremse auswirken und Mobilität und Leistungsfähigkeit bedrohen kann.

Wie schafft es KP als Unternehmen, sich im Wettbewerb zu behaupten und auf Dauer zu bestehen, was ist das Geheimnis?

KP betreibt systematisches Innovationsmanagement. Es gibt keine andere private Gesundheitsorganisation, die sich ein eigenes Innovationszentrum wie das Garfield Innovation Center (benannt nach dem ersten Arzt und Mitbegründer von Kaiser Permanente) leistet. Ganz neu ist die Idee nicht; große Auto- oder Lebensmittelhersteller haben ähnliche Units, wo Produkte und Prozesse getestet, verbessert und erneuert werden. Entscheidend ist eine in sich stimmige Gesamtstrategie, die Innovationen fördert. Nehmen Sie Qualitätsmanagement im Krankenhaus – entsprechende Aufgaben können nicht einzelnen Mitarbeitern übertragen werden, wenn nicht die ganze Einrichtung dahinter steht. Bei Kaiser gibt es Extra-Stäbe, die sich mit dem Roll-Out von erfolgreichen Pilotprojekten beschäftigen. Darüber hinaus gibt es hausinterne Think Tanks und Forschungsabteilungen sowohl bei der Dachorganisation in Oakland als auch dezentral in den neun KP-Regionen. Diese Struktur trägt erheblich dazu bei, dass der Total Health-Ansatz konsequent verwirklicht wird. Gestützt wird die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgung überdies durch US-weite Qualitätsvergleiche zwischen Kliniken und Health Plans – zum Beispiel anhand der HEDIS-Indikatoren (Das „Healthcare Effectiveness Data and Information Set“, ein Indikatorenset der Non-Profit-Organisation National Committee for Quality Assurance, misst und vergleicht die Versorgungsqualität von 90 Prozent aller amerikanischen Krankenversicherer). In diesen Rankings schneidet KP durchweg überdurchschnittlich ab.

Wie verhält es sich mit der Altersstruktur und Balance zwischen älteren Versicherten, die hohe Kosten verursachen und den Jüngeren? Und: Aus welchen sozialen Verhältnissen stammt das Gros der Mitglieder?

Die Mitglieder kommen aus ganz unterschiedlichen Berufen und Schichten, und die Altersstruktur entspricht der der Gesamtbevölkerung – 15 % der Kaiser-Versicherten sind über 65 Jahre alt. Allerdings ist nur ein sehr kleiner Teil der Versicherten arbeits- oder mittellos. Das liegt daran, dass der Arbeitgeber die Versicherung abschließt, Einzelpolice sehr teuer sind und die von Präsident Obama eingeführte allgemeine Versicherungspflicht erst 2014 greift. Dann allerdings rechnet Kaiser mit 500.000 Neumitgliedern allein in Kalifornien.

Die Meinungen über Kaiser Permanente gehen bis heute weit auseinander. In Kalifornien hält sich noch immer das Bild einer Versicherung für Arbeitnehmer in Hochrisikoberufen wie dem Baugewerbe.

Das schreckte Ende der 90er die Klientel – also die Arbeitgeber als Vertragsnehmer – aus anderen Branchen ab, man verzeichnete schwindende Mitgliederzahlen. Um das Image zu drehen, hat Kaiser den Wellness-Gedanken stärker in den Vordergrund gestellt und im Rahmen der „Thrive!“-Werbekampagne ab 2004 gezielt die Jüngeren und gesunde, häufig unversicherte Amerikaner angesprochen. („Thrive“ ist – paraphrasiert – die Aufforderung, bewusst gesund und aktiv zu leben und zu genießen). Die Kampagne war ein Durchbruch und gut fürs Geschäft. Es gelang Kaiser zu vermitteln, dass Gesundsein Spaß macht, und dass das Versorgungsziel nicht die Schadensbegrenzung im Krankheitsfall ist, sondern eben die Aufrechterhaltung der Gesundheit von Anfang an. Jedes Neumitglied wird registriert, sorgfältig untersucht und sofort ins Versorgungssystem aufgenommen. Nach dem Check-Up werden regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen veranlasst.

Inwieweit lassen sich die Erfolgsfaktoren auf Deutschland übertragen? Wäre es zum Beispiel für eine KV oder ein Krankenhaus sinnvoll, durch Einstellung von besonders guten Ärzten einen Qualitätsschub anzuregen?



Sophia Schlette war 2009 - 2010 als Beraterin bei Kaiser Permanente's Institute for Health Policy tätig – mitten in der Debattezeit um die US-Gesundheitsreform. Als Senior Expert für Gesundheitspolitik bei der Bertelsmann Stiftung (seit 2002) rief Schlette das Internationale Netzwerk Gesundheitspolitik ins Leben und konzipierte Veranstaltungen zum Thema populationsorientierte integrierte Versorgung. Ihre Karriere im Gesundheitswesen begann Schlette 1989 als UNICEF-Mitarbeiterin in Nord- und Ostafrika. Nach Abschluss des Master of Public Health (Harvard University) beriet sie Gesundheitsvorhaben und Trainingsprogramme u.a. in Lateinamerika, bevor sie Mitte der 90er Jahre ihren Arbeitsschwerpunkt auf Gesundheitsversorgung in Deutschland und Wissenstransfer zwischen OECD-Ländern verlagerte.

Qualitätsverbesserung braucht ein System und ein Gesamtkonzept – und natürlich gute Mitarbeiter. Die Weichen in Richtung Qualitätsverbesserung und sektorübergreifende Koordination sind bei uns von der Politik ja bereits vor 2009 gestellt worden – durch die Anschubfinanzierung für Pilotvorhaben in der integrierten Versorgung etwa oder durch die Einführung von MVZs, ambulantes Operieren usw. Bei Kaiser Permanente gilt jede vermeidbare Krankenhauseinweisung als Versagen des Systems. Nicht der Ort der Leistungserbringung zählt, sondern wie Leistung erbracht und vergütet wird.

Ist es also auch eine Frage der Einstellung, beziehungsweise der Denkweise der deutschen Gesundheitsplayer? Wie müssten sie denn ihren Denkansatz verändern?

Es geht nicht um die Behandlung innerhalb oder außerhalb von bestimmten Sektoren. Es geht um die Frage: Wie kann die Versorgung funktionaler, am Patienten ausgerichtet, gestaltet werden? Wir sind in Deutschland immer noch sehr im sektoralen Denken verhaftet, vor allem die Leistungserbringer. So sind noch immer die Anreize, so funktioniert bei uns Vergütung, da ist es verständlich, dass alle sich so verhalten. Viele sind damit auch zufrieden, sehen den Veränderungsbedarf nicht. Hinzu kommt, Innovationen sind anfangs immer unbequem und verstörend, zumal wenn sie nicht positiv besetzt werden können – dabei könnten Vergleiche, Studienreisen, Hospitanzen oder Tandem-Ansätze helfen. Auch Zahlen können helfen. Mir sagte einmal ein KP-Arzt, dass er und eigentlich alle Ärzte Zahlen lieben; im klinischen Alltag gehen sie doch ständig mit Zahlen um. Um den Gesundheitszustand, Krankheitsverlauf oder Behandlungserfolg zu bestimmen, werden kontinuierlich Messungen vorgenommen, Aufnahmen gemacht, Vorher-Nachher-Daten verglichen – da liege es doch nahe, meinte der Kollege, wenn man mit der gleichen Begeisterung auf die Zahlen guckt, die die eigenen Ergebnisse im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Ärzte oder Versorgungs-

teams zu sehen. Im übrigen sind die Vergleiche zwischen Ärzten, Teams und Regionen bei KP so populär, dass gutes Abschneiden mit hoher Arbeitsmotivation und Leistungsbereitschaft verknüpft ist – Auszeichnungen sind bei Kaiser wichtiger als ergebnisorientierte finanzielle Boni, die beim Gehalt übrigens kaum ins Gewicht fallen.

Lehnen Sie den Pay-for-Performance-Ansatz ab?

Nun ja. Die Erfahrungen damit in den USA sind nicht durchweg überzeugend, bestenfalls gemischt, die Methoden schwer vergleichbar, was wird gemessen, von welchem Qualitätslevel startet man, welche Anreizsysteme gibt es bereits, benachteiligt P4P kleine Praxen gegenüber großen Versorgungseinrichtungen? Die Effekte sind mitunter unerwünscht bis schädlich, wenn die Aufmerksamkeit auf den Leistungen liegt, die extra honoriert werden, und andere Leistungen ins Hintertreffen geraten. Die Euphorie ist ziemlich abgeklungen. Kaiser jedenfalls setzt auf nichtmonetäre Anreize wie Auszeichnungen im Team. Und es zählt die Frage: Wie hochwertig ist die Qualität unserer Leistung im Vergleich zu den Wettbewerbern?

Wie könnte das deutsche System leistungsorientierter werden?

Ich denke, unsere Public-Reporting-Systeme im stationären und ambulanten Sektor verdienen Respekt. Die Krankenhausqualitätsberichte z.B. gehen in Deutschland viel weiter als in irgendeinem anderen Land.

Die Frage ist, ob das in der Praxis umgesetzt wird. Sind diese Maßnahmen populär genug, um eine Qualitätsverbesserung zu bewirken?

Im Zeitalter von Internet und informierten Patienten wird Qualitätstransparenz immer wichtiger. Auch hierzulande wird das Internet immer mehr genutzt, um nach Informationen über Behandlungsoptionen und eben die Qualität von Einrichtungen zu suchen. Das Schöne daran: die Informationen sind 24/7 verfügbar. Ich denke, dass Informationsportale wie die Weisse Liste – ein Online-Klinik-Wegweiser für Patienten, entwickelt von der Bertelsmann Stiftung und von Dachverbänden der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen – die Zukunft sind. Zwar mag die deutsche Bevölkerung noch nicht so internet-affin sein wie in den USA, wo jeder dritte Erwachsene ins Netz geht um nach Gesundheitsinformationen zu suchen. Aber der Trend ist der gleiche.

Sie setzen auf den Online-Wettbewerb der Leistungserbringer?

So ist es. Aus anderen Ländern wissen wir: Qualitätsvergleiche fördern die Leistungserbringer heraus, bessere Leistungen zu erbringen. Das zeigt sich in den USA: Die Rankings eröffnen nicht nur mehr Vergleichsmöglichkeiten für Patienten, sie setzen auch die Leistungserbringer unter Zugzwang. Keiner von ihnen will sozusagen unsichtbar bleiben, während die Konkurrenz im Internet präsent ist.

Die AOK versucht in Deutschland ein System aufzusetzen, in dem Patienten Ärzte empfehlen und die AOK ihre Empfehlungen um weitere Informationen ergänzt. Wie stehen Sie zu einem solchen Modell, ist es zu riskant?

Hier muss man unterscheiden. Die Weisse Liste stellt Informationen nach den Kriterien für die Krankenhaus-Qualitätsberichterstattung zusammen. Wenn die Patientenerfahrung als Kriterium hinzukommt, kann die Bewertung subjektiv werden. Dahinter steckt zwar der Peer-Gedanke und die größere Unmittelbarkeit von Selbsterlebtem. So etwas kann aber auch Nachteile haben – dann, wenn es eher den Charakter einer Hotel- oder Restaurantbewertung bekommt. Die Nutzer solcher Informationen

müssen lernen, mit den Eigentümlichkeiten des Systems, d.h. mit solchen subjektiven Bewertungen umzugehen.

Wenn wir uns den Ärzten zuwenden: Sie hatten von der hohen Motivation der Kaiser-Mitarbeiter berichtet. Finden Sie, dass die Einstellung der deutschen Mediziner sich in die gleiche Richtung verändert?

Ich habe auf Veranstaltungen für angehende Mediziner in Deutschland eines beobachtet: Viele Medizinstudierende denken ganz ähnlich wie Kaiser-Ärzte, haben Idealvorstellungen vom Arztberuf und einer persönlichen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Auch die Arbeit im multidisziplinären Team – mit der Pflegekraft oder dem Apotheker zusammen – gehört zu diesem Idealbild. Es scheint aber so, dass dieses Idealbild im Klinikalltag verloren geht – irgendwo zwischen

Zeit- und Budget-Druck, Ausbildungsanforderungen und hierarchischer Arbeitsorganisation. Wenn Kaiser-Ärzte auf Veranstaltungen über ihren Arbeitstag berichten – 20 Minuten Zeit pro Patient, Konzentration auf

die wirklich Kranken, Unterstützung durch Management- und Informationssysteme, geregelte Arbeitszeiten, Arbeit im Team, Qualitätssicherung durch Zweitmeinung in real time, Feedback-Systeme und Anerkennung durch Auszeichnung – können bei uns viele kaum glauben, dass Versorgung so funktionieren kann – ohne Hamsterrad.

Wie könnte denn eine Änderung der Umstände angetrieben werden?

Ich denke, man muss früh anfangen, schon in der Ausbildung, denn dort findet ja die berufliche Sozialisation statt. Auch die Förderung bestimmter Fachrichtungen spielt eine Rolle. In Deutschland gibt es Re-

Die Zukunft studieren.

Ein attraktiver neuer Masterstudiengang für den Führungskräftenachwuchs im Gesundheitswesen



Management & Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft

Master of Healthcare Administration and Contracting (MHAC)

- Berufsbegleitendes Masterstudium
- Praxisrelevante Qualifikation für die Zukunftsthemen des Gesundheitswesens: Marktzutritt, Kosten-Nutzen-Bewertung, Versorgungsforschung, integrierte Versorgung
- Methoden- und Sozialkompetenz durch Fallstudien, Verhandlungssimulationen und persönliches Feedback
- Wissenschaftlich und praktisch ausgewiesene Dozenten und Gastreferenten aus allen Sektoren des Gesundheitswesens
- Webbasierte Lernplattform, kurze Präsenzphasen, zentraler Standort
- In 2 Jahren zum international anerkannten Masterabschluss

Kontakt/Info: www.fh-frankfurt.de/mhac


Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences

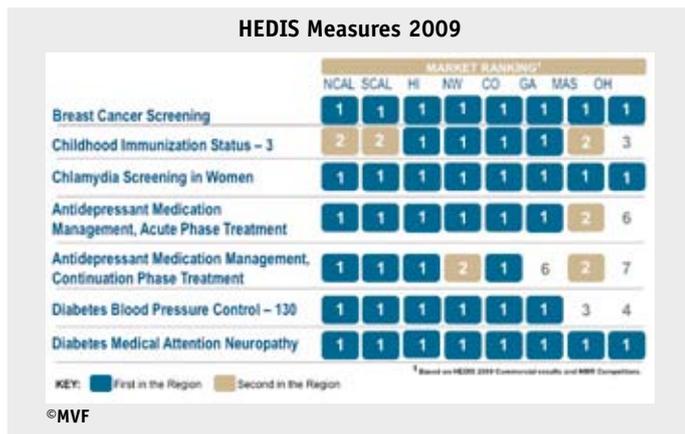


Abb: KP führend in präventiven und klinischen Vergleichen: Effektivität

formstudiengänge, die den Schwerpunkt auf Gebiete legen, die gerade für das Versorgungsmanagement von chronisch Kranken und für bevölkerungsorientierte Systeme immer wichtiger werden, wie Allgemeinmedizin, Community Medicine, Versorgung chronisch Kranker, Geriatrie, Mental Health, Palliativversorgung. Auch brauchen wir mehr nicht-ärztliche Studiengänge und Berufe, die in der Begleitung chronisch Kranker ebenfalls an Bedeutung gewinnen - Nachwuchs-Fachkräfte, die anders „ticken“ als die Versorger von heute. Das Zweite ist die gezielte Förderung neuer multidisziplinärer Versorgungsformen, Stichwort Chronic-Care-Modell.

Die Sozialisation und die Struktur spielen als Erfolgsfaktoren eine große Rolle. Wie sieht es denn mit der IT-Basis in Deutschland aus?

Mir scheint, dass in Deutschland die Sorge um den Datenschutz allzu leicht als Vorwand dient – um nichts zu tun. Wie lange dauert jetzt schon das Bemühen um die elektronische Gesundheitskarte? Die Angst vor Qualitätstransparenz ist sicher größer als die Angst vor Datenmissbrauch, und auch das Kostenargument zieht nicht wirklich, wenn sich die Anfangsinvestitionen schnell rechnen. Warum wird in vielen Gesundheitssystemen immer noch mit Papier und Hängeregistern gearbeitet, während in anderen sensiblen Sparten - ob Luftfahrt, Lebensmittel oder Bankgewerbe - längst durch IT-Systeme Fehlerminimierung betrieben wird?

Wenn wir nun einen weiteren Erfolgsfaktor, den salutogenetischen Ansatz, auf die Anwendbarkeit in Deutschland hin abgleichen könnten. Anders gefragt: Hat Wellness in Deutschland eine Chance?

Sicher, damit wird auf dem zweiten Gesundheitsmarkt ja schon recht gut verdient. Eine Nachfrage gibt es also durchaus. Wellness und Gesundheitsförderung wird bei uns aber bislang nicht als integrativer Bestandteil der Regelversorgung begriffen. Die vorherrschende Meinung ist, dass man die Gelder der Versichertengemeinschaft den Kranken, vor allem den Schwerverkranken, zukommen lassen sollte, nicht den Gesunden. Und die Evidenz für viele Präventionsansätze war lange Zeit dünn. Nichtsdestotrotz – der salutogenetische Ansatz von Kaiser ist für mich deswegen so überzeugend, weil er Gesundheit positiv besetzt und ohne Schuldzuweisungen auskommt. Die Kranken werden nicht gegen die Gesunden ausspielt oder umgekehrt, die Dünnen nicht gegen die Dicken ... Kaiser gelingt eben beides – Prävention in individuellen und Setting-Ansätzen und Spitzenversorgung mit hervorragenden Outcomes wie z.B. Überlebensrate nach Brustkrebs und niedrige Sterblichkeit von kardiovaskulären Erkrankungen in der Kaiser-Versichertenpopulation. Die Vorteile von Kaisers Total-Health-Ansatz liegen auf der Hand ... Kosten spart Kaiser dabei allerdings nicht – das Geld im System wird lediglich anders verteilt.

Ein weiterer Erfolgsfaktor von Kaiser Permanente ist das Vergütungssystem. Könnten Sie es kurz erläutern?

Das ist ganz einfach: Ärzte erhalten bei Kaiser ein festes Gehalt. Der Vertragspartner – also der Arbeitgeber – zahlt Kaiser Permanente jährlich eine Kopfpauschale für jeden Versicherten; und KP managt dessen Gesundheit unabhängig von Dauer, Häufigkeit und Intensität der Behandlung. In Kalifornien kommt hinzu, dass Kaiser Permanente von einer hohen Marktdurchdringung profitiert und Gruppenversicherungen günstiger anbieten kann als die Mitbewerber. Kaisers Marktmacht hat dort auf den Kostenanstieg eine moderierende Wirkung.

Lässt sich ein ähnliches System für Deutschland konzipieren und kann es in Anbetracht der verschiedenen Interessengruppen und Verteilungskämpfe unter den Ärzten überhaupt funktionieren?

Die größeren unter den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten bereits nach einem ähnlichen Geschäftsmodell, mit Kernelementen wie One-Stop-Shop, elektronischer Patientenakte, Versorgungsteams und Zweitmeinung, angestellten Ärzten und einer professionellen Arbeitsteilung zwischen Patientenversorgung und Klinikmanagement. Man braucht dazu einen langen Atem, viel Dialogbereitschaft bei allen Beteiligten, ein begünstigendes politisches Klima und vor allem gute Beispiele integrierter Versorgung, wo nicht von außen gesteuert wird. Sprache ist sehr wichtig, Kampfbegriffe und Ausdrücke wie „Gängelung der Ärzte“, „Verteilungskampf“, oder „Kochbuch-Medizin“ sind da fehl am Platz.

Nun ist aber „Verteilungskampf“ das Empfinden, das die Ärzte tatsächlich haben. Werden die tiefen Gräben weiterhin bestehen bleiben?

Mit Kommunikation und Ausdauer kann man einiges bewirken, und Kontrollen helfen weniger als gute Beispiele. Den Ärzten könnten die vielen Vorteile eines solchen Systems stärker vermittelt werden – mehr Zeit für Patienten, weniger Verwaltung, Einkommenssicherheit, familienkompatible Arbeitszeiten, Teamarbeit, Feedback sowie die neueste informationstechnologische Ausstattung. Viele Medizinerinnen schätzen das schon heute.

Ein neues Versorgungsgesetz steht uns bevor. Einer der Eckpunkte besteht darin, die Versorgung zu regionalisieren. Eine Verbesserung?

Gesundheitsversorgung wird durch eine stärkere Regionalisierung ja nicht automatisch verbessert. Anderswo in Europa kann man beobachten, dass es bei dezentralisierter Versorgung statt zu Verbesserungen und mehr Bürgernahe zu sozialen Verwerfungen kommen kann; die Versorgungsangebote und -dichte sind teils sehr disparat; Medizintourismus innerhalb der Länder und zwischen Ländern sind die Folge einer Gesundheitspolitik nach regionaler Kassenlage. Außerdem: je kleinteiliger die Versorgung, je komplizierter das Kompetenzgeflecht z.B. durch gemeinsame Länderausschüsse, desto intransparenter wird doch das Ganze. Besser ist die Mitberatung der Länder in den zentralen Gremien der Selbstverwaltung.

Was wäre denn ein Erfolgskriterium für die Versorgung der Zukunft?

Das wären eine Qualitäts- und eine Bevölkerungsorientierung in der Gesundheitspolitik und bei den Akteuren. Darüber hinaus wäre mehr Angebotsvielfalt in der Versorgungslandschaft wünschenswert. Im Moment beobachte ich aber sowohl auf der Leistungsträger- als auch auf der Regierungsseite wieder Skepsis gegenüber dem Wettbewerb, ein Arrangement mit dem Status quo trotz aller Versorgungsprobleme und mangelnden Mut gegenüber innovativen Versorgungsformen. <<

Frau Schlette, vielen Dank für das Gespräch.

Start der wissenschaftlichen Evaluation der Integrierten Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen

„Wegweisendes Modell“

Mit der wissenschaftlichen Evaluation der Integrierten Versorgung Schizophrenie (IVS) in Niedersachsen soll die Effektivität und Effizienz des neuen Versorgungssystems untersucht werden. Gestartet ist die Initiative im Oktober 2010 in einzelnen Regionen Niedersachsens - im April dieses Jahres wurde das Versorgungsgebiet auf angrenzende Regionen ausgeweitet. Ziel der gemeinsamen Initiative der AOK Niedersachsen, der Managementgesellschaft I3G GmbH und der Care4S GmbH ist ein flächendeckendes Versorgungsnetz für Menschen mit Schizophrenie, um die Lebenssituation zu verbessern. Für Marlis Richter, Geschäftsführerin der I3G GmbH, steht dabei im Fokus, „dass sich die IVS an den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen orientiert, den wissenschaftlichen Leitlinien folgt und darüber hinaus regionale Strukturen einbindet“. Nur so könne die Versorgungsinitiative ein wegweisendes Modell werden.



Marlis Richter,
Vorsitzende
der Geschäftsführung der
I3G GmbH

>> Wie wichtig diese Initiative der Integrierten Versorgung Schizophrenie tatsächlich ist, machte Dr. Jürgen Peter, Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen, im Rahmen der Pressekonferenz zum Start der wissenschaftlichen Evaluation deutlich: „Allein bei der AOK Niedersachsen sind 13.000 an Schizophrenie erkrankte Personen versichert.“ Neben dem individuellen Leid, das sie verursache, sei die Schizophrenie eine der teuersten psychischen Erkrankungen. „Je später eine sachgemäße Therapie beginnt, umso ungünstiger ist der Verlauf der Therapie“, so Peter. Bei rechtzeitiger und kontinuierlicher Behandlung sei hingegen eine gute Langzeitprognose für die Patienten auch im Hinblick auf den Erhalt der individuellen Lebensqualität möglich. Doch eine engmaschigere Versorgung aufzubauen, „kostet zunächst erst mal Geld“. Deshalb habe sich die AOK Niedersachsen dazu entschlossen, im Rahmen einer Ausschreibung einen Vertragspartner zu suchen, der dieses finanzielle Risiko im Rahmen einer sogenannten Budgetverantwortung tragen könne, erklärte Jürgen Peter die Motivation und die Hintergründe für die Initiative IVS. „Budgetverantwortung heißt, dass die AOK Niedersachsen nur das zahlt, was auch die Regelversorgung kostet“, führte der Vorstandsvorsitzende weiter aus. Auf diese Weise sei sichergestellt, dass mögliche Ausgabensteigerungen nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft gingen. Von den eingereichten Angeboten war das Konzept der I3G GmbH laut Peter „das überzeugendste - in medizinischer wie auch wirtschaftlicher Hinsicht“. Da im Zusammenhang mit diesem Projekt immer wieder Kritik geäußert werde, denn die I3G Managementgesellschaft ist eine Tochter der Janssen-Cilag GmbH, hob Jürgen Peter einige wichtige Bestandteile des Vertrages heraus und stellte fest: „Zum einen liegt die Therapieentscheidung in der Integrierten Versorgung ganz alleine beim behandelnden Arzt. Zum anderen hat die AOK Niedersachsen keine

Rabattverträge für Neuroleptika und Antidepressiva mit Janssen-Cilag.“

Inwieweit die Erwartungen an eine verbesserte Versorgung tatsächlich realisiert werden, soll in einer begleitenden wissenschaftlichen Untersuchung eruiert werden. Für die Evaluation zeichnet Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, verantwortlich. „Das primäre Ziel der Evaluation ist ein Vergleich von Patienten mit Schizophrenie, die in die Integrierte Versorgung eingeschrieben sind, mit Patienten, die in der Re-

gelversorgung behandelt werden.“ Zielparameter sind primär die Anzahl von Krankenhaustagen, sowie aktuelle Krankheitsschwere, die Lebensqualität und die Patienten- und Arztzufriedenheit. „Des Weiteren führen wir eine Kosten-Effektivitäts- sowie eine Kosten-Nutzwert-Analyse aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung durch“, erklärte Jürgen Wasem. Die Rekrutierung der Patienten für die Evaluation erfolge im Sommer, erste Ergebnisse der Evaluation seien im Oktober 2012 zu erwarten. << von: Jutta Mutschler

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



GKM
Gesellschaft für
Therapieforschung mbH

Full service **CRO** for clinical trials
and non-interventional studies

Since 1981

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

MVF-Kongress in Kooperation mit dem BVA am 19. September in Berlin:

MVF-Fachkongress: 10 Jahre DMP

10 Jahre sind seit der ersten Diskussion der Disease-Management-Programme in den politischen Gesundheits-Ausschüssen vergangen. Zeit, aus den Erfahrungen zu lernen und zu fragen, ob das seit 2003 evaluierte Modell DMP, das international als Erfolgsmodell made in Germany gilt, wirklich zu einer höheren Versorgungsqualität in Deutschland geführt hat. Wenn die Antwort positiv ausfällt, kommen die genaueren Fragen auf: Wie wirkt DMP am effektivsten und effizientesten? Der Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) wird am 19. September den aktuellen Status feststellen und mit positiven und negativen Beispielen aufzeigen: Was wissen wir nach 10 Jahren DMP? Den Vorsitz des Kongresses übernehmen MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski sowie Prof. Dr. Gerd Glaeske und Prof. Dr. Alfred Holzgreve.

>> Ob Disease-Management-Programme (DMP) zu einer Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker beigetragen haben, ist nicht unumstritten. Für die positive wie negative Aussage gibt es neuerdings Evidenz - wobei beiden Aussagen ein dahinter stehender politischer Wille sicher nicht ganz abzusprechen sein wird.

Wer allerdings ganz genau sagen kann, welche DMP im Vergleich zu anderen funktionieren und welche nicht, ist das Bundesversicherungsamt (BVA), das seit 2003 alle Daten sammelt und auswertet - und dem man eben obendrein keinen politischen Willen unterstellen kann, vielmehr absolute Objektivität annehmen muss. Das Problem dieser Auswertungen, die nach einer allgemeinen Diskussion über Effektivität und Effizienz am Vormittag des 19. Septembers in der Berliner Akademie der Wissenschaften nach den Eröffnungsreden von BVA-Präsident Dr. Maximilian Gassner und MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski diskutiert werden, ist ein anderes: Positive wie negative Effekte sind zwar durchaus feststellbar, doch danach muss nach den Ursachen geforscht werden.



Dr. Maximilian Gassner, Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA)

Das geschieht am Kongress-Nachmittag. Dann werden gesetzliche Krankenkassen auf Basis der BVA-Daten ihre Erfolgsparameter offen legen und mit dem Podium und dem Auditorium unter Mitwirkung des Herausgeber- und Praxisbeirats von MVF diskutieren.

„Erst über die objektive Diskussion der Erfolgsparameter und ihre Einordnung in die jeweilige kassenspezifische und regionale Versorgungsstrukturen ergeben sich die Erkenntnisse, die für die Fortentwicklung der DMP dringend benötigt werden,“ beschreibt MVF-Herausgeber Roski das Ziel des Kongresses. <<

Alle Informationen zu diesem Termin finden Sie auf dem Portal www.healthreminder.de. Sichern Sie sich ab sofort vergünstigte Abo- und Subskriptionspreise. Mit ihrem Smartphone kommen Sie direkt auf die Homepage www.healthreminder.de.



Der Bürger im Mittelpunkt

Autor: Christian Dierks, Klaus-Dirk Henke, Janina Frank, Jan Hensmann, Heiko Wilkens

Bürgerzentriertes Gesundheitswesen
Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 32

Herausgegeben von Prof. Dr. Klaus Henke, Technische Universität Berlin
Verlag: Nomos, Baden-Baden 2011
76 Seiten

ISBN: 978-3-8329-6541-9

Preis: 19,00 Euro

>> Das Gesundheitswesen ist im Wandel. Die Entwicklung des so genannten zweiten Gesundheitsmarktes spielt darin eine wichtige Rolle. Dabei rückt der Patient als Konsument von Gesundheitsleistungen immer mehr in den Vordergrund. Das neu erschienene Band „Bürgerzentriertes Gesundheitswesen“ greift genau diese Entwicklung auf und prüft die Bedeutung und die Erfolgsfaktoren eines konsumorientierten Gesundheitswesens. Geklärt wird zunächst der zentrale Begriff „Consumer Health“ und die Bedeutung eines entsprechenden Ansatzes für den Einzelnen. Darauf folgt ein Kapitel zu den dafür benötigten Technologien, dann zu den Potenzialen und Erfolgsfaktoren und schließlich zum Rechtsrahmen eines bürgerzentrierten Gesundheitsmanagements. Darüber hinaus gehen die Autoren auch auf die Rolle des künftigen „E-Patients“ ein und die Bedeutung des Internets innerhalb des derzeit (noch) anbieterorientierten Gesundheitswesens. Die Lektüre ist so konzipiert und verfasst, dass sie sich sowohl für Laien als auch für Wissenschaftler eignet. Dem Einen bietet sie einen guten Einstieg in das Thema Gesundheitsmanagement heute und morgen und dem Anderen gibt sie einen fundierten Überblick über den bürgerorientierten Ansatz und den Forschungsstand zu dem Thema. Das Literaturverzeichnis im Anhang zeigt, dass aktuelle Studien und Forschungen in die Darstellung eingeflossen sind. Somit liefert der Band einen wertvollen Beitrag zu der Diskussion um die Verbesserung der Gesundheitsversorgung. <<



healthreminder
Das Terminportal für das deutsche Gesundheitswesen

Alle Infos zu den hier angekündigten Terminen finden Sie auf dem neuen zentralen Termin-Portal für das Gesundheitswesen, das der Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ – die eRelation AG – Content in Health – für ihr gesamtes Medien-Portfolio eingerichtet hat: www.healthreminder.de

Versorgungsmanagement:

Selektivverträge bieten Chancen

Selektivverträge in der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V bieten Krankenkassen Chancen, die Kosten für die Behandlung chronisch Kranker in den Griff zu bekommen und gleichzeitig bei ihren Versicherten mit neuen Angeboten im Versorgungsmanagement zu punkten. Noch werden die bereits 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten neuen Vertragsmöglichkeiten nur sehr selten ausgeschöpft. Das könnte sich allerdings bald ändern. Die einst – oftmals aus Sicht von Ärztevertretern – verschmähten Selektivverträge sind auf dem Vormarsch.

>> Mit dem Gesundheitsfonds und dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (mRSA) ist für die Krankenkassen die Herausforderung gestiegen, die medizinische Versorgung stärker als bisher an den Bedürfnissen vor allem chronisch Kranker auszurichten. Zwar gibt es zum Beispiel für die in der Risikostrukturausgleich-Verordnung verankerten sechs Indikationen (Diabetes mellitus Typ I und II, Koronare Herzkrankheit, Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Asthma bronchiale sowie Brustkrebs) entsprechende – bereits standardisierte – Disease-Management-Programme. Doch diese sind noch zu wenig gezielt ausgerichtet und funktionieren eher nach dem „Gießkannenprinzip“. Gleichwohl bieten sie eine Grundlage, größere Populationen von chronisch kranken Patienten mittels strukturierter Behandlungspfade optimierter zu versorgen. Vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds/mRSA ist es im Interesse der Kassen, mit spezielleren Angeboten stärker diejenigen chronisch kranken Versicherten anzusprechen, bei denen durch ein gezieltes Versorgungsmanagement in der Zukunft deutliche Einsparungen erzielbar sind. Hier bieten sich Selektivverträge an.

Kassen zögern noch bei Selektivverträgen

Bisher agieren die gesetzlichen Krankenversicherungen bei solchen neuen Vertragskonstruktionen jedoch eher zurückhaltend. Da sie zumindest einen Teil der Leistungen dieser speziellen Versorgungsmanagementprogramme nach § 73c SGB V aus eigenen Mitteln zahlen müssen (Vorleistung zum Beispiel für ärztliche Vergütung als Investition), ist vor deren Implementierung eine Bewertung von „Kosten“ und „Nutzen“ unabdingbar. Die Kassen stehen vor der Herausforderung, Prädiktionsmodelle zu entwickeln, die eine seriöse Prognose über die Ausgabenentwicklung für die definierten chronischen Krankheiten in der Zukunft ermöglichen. Gleichzeitig gilt es, die „richtigen“ Versicherten auszuwählen. Die vorliegenden Zahlen zur Entwicklung der kassen-spezifischen Morbidität werden von vielen Kassen bisher allerdings als zu wenig valide eingeschätzt.

Positive Resonanz auf Konzept der KBV-Vertragswerkstatt zu Selektivverträgen

Doch die gesetzlichen Krankenversicherungen wissen: Sollen die Kosten in den kommenden Jahren nicht weiter aus dem Ruder laufen, müssen mit Hilfe innovativer Versorgungsprogramme die Ausgaben gesenkt werden. Sie stehen Selektivverträgen daher zunehmend offener gegenüber. Das zeigt auch die Resonanz auf das Ende vergangenen Jahres von der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entwickelte Konzept zur „qualitätsgesicherten ambulanten Ver-

Summary

- Selektivverträge bieten sich an, das heutige Gießkannenprinzip der Disease-Management-Programme zu überwinden und gezielt die Chroniker anzusprechen, bei denen ein gezieltes Versorgungsmanagement deutliche Einsparungen verspricht.
- Das 2010 von der KBV entwickelte Konzept zur „qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ stößt auf positive Resonanz.

sorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“. Mehrere gesetzliche Krankenversicherungen arbeiten derzeit gemeinsam zum Beispiel mit Ärztevereinigungen oder mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder daran, dieses Konzept zu übernehmen und sogar weiterzuentwickeln.

Im Mittelpunkt steht dabei das Ziel, unter Herzschwäche leidende Versicherte zielgenau zu steuern. Das Versorgungsprogramm soll ausgewählten Gruppen ergänzend zu den bereits eingeführten Disease-Management-Programmen (DMP) angeboten werden. Die Teilnahme ist freiwillig. Das Konzept basiert auf einer strukturierten Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten und fokussiert die Behandlungspfade anhand evidenzbasierter Leitlinien. Weiterentwicklungen des Konzepts beinhalten gleichzeitig Lösungen zur Hochkostenfallsteuerung sowie zum gezielten Einsatz von Telemonitoring.

Ärzte, die an diesem Programm teilnehmen wollen, müssen unter anderem eine bestimmte Mindestanzahl von Herzinsuffizienz-Patienten betreuen und regelmäßige Fortbildungen nachweisen. Sie bekommen Leitlinien zur medikamentösen Therapie und zu den konkreten Behandlungsschritten. Registriert der Arzt beispielsweise bei einem Patienten eine Gewichtszunahme um einen bestimmten Prozentsatz, so ist er verpflichtet, ihn in die Klinik einzuweisen. Hierzu erhält die Praxis gegebenenfalls auch gezielte Informationen durch ein Telemedizin-Zentrum.

Ziel des Programms ist es, den Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern, die Lebensqualität zu erhöhen und die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu verringern. Gleichzeitig wird eine intensive und persönliche Ansprache der Patienten angestrebt. Die beteiligten Ärzte sollen sich gezielt mehr Zeit für die am Programm teilnehmenden Versicherten nehmen und auch den Austausch untereinander stärker pflegen. Aktuell erwägen Kassen, das Konzept um das Krankengeld-Fallmanagement zu erweitern. Das Ziel: Chronisch kranken, unter Herzinsuffizienz leidenden Versicherten eine schnelle Rückkehr in den Beruf zu ermöglichen. Erstmals sollen dabei auch die Leistungserbringer mit in die Verantwortung genommen werden. Die Pläne sehen ein besonders engmaschiges Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten vor. Konkret gehört dazu beispielsweise ein besseres Terminmanagement oder der schnelle Austausch von Behandlungsberichten. Die Ärzte sollen von dem oftmals hohen bürokratischen Aufwand bei der Betreuung arbeitsunfähiger Patienten entlastet werden, dafür im Gegenzug aber den Krankenkassen Vorschläge zu einer gezielten Unterstützung der Versicherten machen, zum Beispiel in Bezug auf die Einleitung einer beruflichen Wiedereingliederung oder der medizinischen Rehabilitation.

Aufgrund der Multimorbidität von Patienten mit Herzerkrankungen und psychischen Leiden wird zudem in einem nächsten Schritt die Ausweitung auf Angebote zur psychotherapeutischen Behandlung angedacht. Auch hier sollen auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien

die Behandlungspfade strukturiert, stationäre Einweisungen vermieden und die Arzneimitteltherapie optimiert werden. Ergänzend ist geplant, bestimmten Versichertengruppen unterstützend ein Online-Programm anzubieten. Es soll neben Selbstbefragungen beispielsweise Verhaltens-tipps oder Empfehlungen zur Medikamenteneinnahme beinhalten. Die Definition dieser Gruppen wird auf Grundlage der Routinedaten der Krankenkasse und der Einschätzung der weiteren Morbiditätsentwicklung mittels eines Prädiktionsmodells gemeinsam von Experten der Krankenkasse sowie den vertraglich eingebundenen Ärzten und Psychotherapeuten vorgenommen.

Verständnis füreinander gewachsen

Zwar gibt es noch keine endgültigen Beschlüsse von Krankenkassen zur Einführung von entsprechenden Selektivverträgen, dennoch ist das Zwischenfazit positiv. So hat die im Zuge der Entwicklung dieser Konzepte erfolgte enge Zusammenarbeit zwischen den Fachexperten der Krankenkasse und den verantwortlichen Ärzten bereits zu einem deutlich verbesserten Verständnis auf beiden Seiten geführt. Die neu geschaffene Akzeptanz für die unterschiedlichen Sichtweisen von Leistungsträgern und Leistungserbringern fördert den Aufbau von Patientenpfaden, die sowohl die ärztliche Betreuung weiter strukturieren und vereinfachen als auch die wirtschaftliche Versorgung aus Perspektive der Krankenkasse nachhaltiger sichern.

In der kontrovers geführten Diskussion Kollektiv- versus Selektivvertrag streben Krankenkassen und Ärzte in diesem Projekt eine Stärkung des Kollektivvertrages durch eine add-on-Lösung an. Es geht nicht darum, den Kollektivvertrag zu ersetzen, sondern lediglich den

kollektivvertraglich freien Zugang zur ärztlichen Versorgung zu ergänzen. Das selektive Vorgehen ist hier empfehlenswert, da eine langjährige, treue und von den Behandlungspfaden enge Zusammenarbeit der Beteiligten angestrebt wird.

Fazit

Selektiv- oder Direktverträge gehören zusammen mit Wahlтарifen und Rabattverträgen zu den interessantesten Wettbewerbsmöglichkeiten einer Krankenkasse. Dennoch schöpfen die Kassen das Potenzial bisher bei weitem nicht aus. Das gilt insbesondere für die § 73c-SGB V Verträge. Sie bieten Chancen, sich durch Optimierung von Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von den Mitbewerbern zu differenzieren. Maßgeblich für den Erfolg ist dabei die Schaffung von Win-win-Strukturen für alle Beteiligten. Das in diesem Artikel als Beispiel beschriebene Konzept der KBV-Vertragswerkstatt zur „qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz“ ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Die Kostendynamik im Gesundheitswesen wird auch in den kommenden Jahren nicht abnehmen. Vor dem Hintergrund begrenzter Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds/mRSA sind daher nachhaltige Lösungen im Sinne der fachärztlichen Versorgung als Ergänzung zu Kollektivverträgen zu implementieren. Nicht zuletzt können Selektivverträge zum Beispiel durch gezielte telemedizinische Unterstützungen auch einen wichtigen Beitrag leisten zu einer besseren, wohnortnahen Betreuung chronisch kranker Versicherter in unterversorgten Regionen. <<

von: Dirk Steffan

Experte für das Gesundheitswesen bei Steria Mummert Consulting

EPC HealthCare GmbH

Innovative Transparenzdaten für den Market Access und die Außendienststeuerung



MONITOR Daten

Informationen über neue Entscheider und Versorgungsstrukturen sind von zunehmender Bedeutung und sind grundlegende Voraussetzung für eine Effektivitätssteigerung im Market Access und im Außendienst.

Optimieren Sie Ihre Allokationen und steigern Sie die Effektivität durch Vergleich und Bewertung im Versorgungssektor und in der Kostenträgerlandschaft.

MONITORE liefern **aktuelle Informationen** über:

- Adresse und Ansprechpartner
- Organisationsstruktur und Aufbau
- Leistungsspektrum und Angebot
- Verträge und Kooperationspartner

Alte Rabenstraße 32
20148 Hamburg

monitore@epc-healthcare.de

www.epc-healthcare.de

Telefon: 040-8540291 00

V-MONITORE

- Ärztenetze
- MVZ
- Apothenkooperationen
- Dentale Netzwerke

K-MONITOR

- Kostenträger

R-MONITOR

- Regulierungsinstitutionen (erscheint 2011)

Erster DGBV-Zukunftskongress:

„Stellen Sie sich Stuttgart 21 im Gesundheitswesen vor ...“

Blickt man in die Zukunft der Gesundheitsversorgung, so scheint das Bild des Patienten als passiver „Ja-Sager“ längst überholt. Aktiver soll er werden und sich rege an Entscheidungs- und Behandlungsprozessen beteiligen. Doch welche Voraussetzungen müssen dafür im Versorgungsmanagement geschaffen werden? Und welche Konzepte eignen sich besonders gut für eine bürgerzentrierte Versorgung angesichts des demographischen Wandels? Diesen Fragen gingen namhafte Referenten aus dem Gesundheitssektor und Politik auf dem DGBV-Zukunftskongress nach.

>> Während der Begrüßung der Teilnehmer formulierte der Moderator Prof. Dr. Dr. Dr. Dieter Adam die Kernfrage des Kongresses folgendermaßen: „Wie kommen wir im komplizierten System des deutschen Gesundheitswesens zu vernünftigen Ergebnissen?“ Ergebnissen, die einerseits den Patienten nützten, ohne die Existenz der Leistungserbringer zu gefährden und die andererseits tragfähig und wirksam seien. Daraufhin bat er den DGBV-Präsidenten Dr. John N. Weatherly auf das Podium. Dieser hob die Bedeutung des Gesundheitswesens für die Bundesrepublik hervor. Immerhin handele es sich um den mit Abstand größten Arbeitgeber, dessen Umsatz um das Vierfache den der Automobilindustrie übersteige. Das Gesundheitswesen nehme sowohl im Hinblick auf die Volkswirtschaft als auch auf die Marktwirtschaft eine herausragende Stellung ein. Etwa jeder dritte arbeitende Bürger Deutschlands sei in der Gesundheit oder in den zuarbeitenden Gewerben beschäftigt, so Weatherly.

Jedoch wiesen die „noch vorhandenen Platzkapazitäten“ im Raum darauf hin, dass die Themen Bürgerorientierung und Versorgungsmanagement noch erheblich weiterer Zuwendungen in der Bundesrepublik bedürfen. Nicht zuletzt spreche dafür auch die Tatsache, dass im Regelfall die Bürgerakzeptanz und das konkrete Versorgungsmanagement zu mehr als 50 Prozent darüber entschieden, ob eine medizinisch eingeleitete Maßnahme erfolgreich ist oder nicht. Genau an dieser Stelle setze die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement an, sagte Weatherly und führte aus: „Wir versuchen mit einzelnen themenzentrierten Arbeitsgruppen, die überwiegend hochkarätig aus dem gesamten Spektrum des Gesundheitswesens aus allen 12 Sek-

tionen besetzt sind, die Thematik aufzuarbeiten.“ Vor allem mit dem Lobbyismus habe die Gesellschaft in Deutschland sehr zu kämpfen, so Weatherly. Verschiedene Interessengruppen versuchten immer wieder, neu gefundene Lösungen zu beeinflussen oder zu verhindern. Das Hauptaugenmerk der DGBV liege auf der Bürgernähe und auf dem „Transfer der Themen“. Weatherly: „Diese fangen bei den Verfahrenstechniken an, gehen über die Sprache der Medizin, über Beipackzettel in der pharmazeutischen Industrie bis hin zu letztendlich ablaufenden Behandlungsprozessen.“ Ein Patient oder Bürger könne nur dann wirksam mitgestalten,

„Das System muss es doch hergeben, dass jemand, der krank ist und Unterstützung benötigt, auch unterstützt wird. Damit er sich nicht selbst managen und auch nicht um alles kämpfen muss, was ihm eigentlich zusteht.“

(Hannelore Loskill)

wenn er das, was mit ihm gemacht wird, verstehe - so begründete der DGBV-Präsident das Hauptanliegen der DGBV. Sein Appell am Schluss der Ein-

leitung lautete: „Es braucht mehr Mitstreiter für dieses Thema!“

Bislang hätten sich nur wenige Mutige damit beschäftigt. „Diese Pioniere sitzen heute hier“, konstatierte Weatherly und übergab das Wort an die erste Referentin - Hannelore Loskill, Patientenvertreterin im gemeinsamen Bundesausschuss und stellvertretende Bundesvorsitzende der BAG-Selbsthilfe. Titel ihres Vortrags lautete „Was sich Patientinnen und Patienten vom Versorgungsmanagement wünschen.“ Loskill stellte zunächst in Frage, „ob Patientinnen und Patienten, die selbständig und unabhängig sein sollen, tatsächlich auch noch ihr eigener Manager werden müssen?“ Bei vielen Diskussionen würde die Tatsache vernachlässigt, so Loskill, dass Patienten oft kranke Menschen sind, die nicht überfordert werden dürften. „Das System muss es doch hergeben, dass jemand, der krank ist und Unterstützung benötigt, auch unterstützt wird“, forderte die Expertin. „Damit er sich nicht selbst managen,

Kommentar

Ich freue mich sehr, dass die DGBV zukünftig die Gelegenheit hat, regelmäßig - hier an dieser Stelle - wichtige Informationen und Statements für eine breite Fachöffentlichkeit zu publizieren.



Dr. John Weatherly
Präsident DGBV

Das deutsche Gesundheitswesen hat in den vergangenen 20 Jahren eine Vielzahl von Reformen und Veränderungen durchlaufen. Trotzdem bleiben noch wesentliche gesellschaftliche, volkswirtschaftliche und demografische Herausforderungen unzureichend beantwortet. Fragen der Versorgung und Finanzierung sowie zur Rolle der Bürger - ob Versicherte oder Patienten - gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Es gibt gravierende Mängel und großen Veränderungsbedarf. Aber welche Konzepte sind die richtigen? Welche nationalen und internationalen Erfahrungen können genutzt werden und wer kann als Partner, Einrichtung, Kostenträger oder Vertreter der Politik dazu beitragen, mit diesen Herausforderungen fertig zu werden? Bei der zunehmenden Zahl chronisch kranker Menschen wird immer deutlicher, dass Patienten und ihre Angehörigen verstärkt in den Versorgungsprozess aktiv einbezogen werden müssen. Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement stellt sich diesen Fragen nicht nur auf ihrem kürzlich veranstalteten 1. Zukunftskongress. Sie entwickelt gemeinsam mit Experten aus dem Gesundheitswesen in ihren verschiedenen Arbeitsgruppen praxisorientierte Konzepte zur Verbesserung des Versorgungsmanagements in Deutschland und führt Kompetenzen und Erfahrungen aller Beteiligten zusammen.

Arbeitsgruppen-Termine

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement

(Leitung Dr. J. N. Weatherly, R. Bals)

07.06.2011, 13.00-17.00 Uhr

Thema: Mehrwertverträge (III)

Referenten: Rabattverträge oder Mehrwertverträge - Die Sicht des BMG (Ulrich Dietz, BMG) / Bedeutung von Mehrwertverträgen aus Sicht der KV (Dr. Reinhard Wosniak, KV Mecklenburg-Vorpommern)

AG Kommunikation

(Leitung Prof. Dr. R. Roski):

24.06.2011, 10.30-16.30 Uhr

Zur Zeit in Vorbereitung:

AG Telematik zur Patientenselbststeuerung

(Leitung Prof. Dr. Thomas Wolf, Matthias Detters):

Tagungsort: NEWSTAND Management-Akademie / 13353 Berlin / Genter Str. 63

und auch nicht um alles kämpfen muss, was ihm eigentlich zusteht“, führte sie fort. Zurzeit würde der Patient aber nicht ausreichend begleitet und viel zu sehr seinen Problemen überlassen, sowohl im Hinblick auf juristische Fragen als auch auf konkrete Handlungen im Krankheitsfall, die er ohne Hilfe nicht ausführen kann, wie etwa ein Pflaster am Rücken auszuwechseln. Ihr Appell am Ende des Vortrags richtete sich an die DGBV: „Bitte versuchen Sie nach Möglichkeit die Patientenvertretung zu beteiligen, damit auch bei diesem Verband nicht wie bei vielen anderen an den Patienten vorbeigearbeitet wird.“ Zur Kostenfrage merkte Loskill noch an, dass es „an vielen Stellen in diesem Gesundheitswesen noch Effizienzreserven gibt“, die es zu nutzen gilt. Auf diese Forderung ging Weatherly gleich in seinem Vortrag ein und gab zu bedenken: „Wir haben in Deutschland deutlich zu viele Betten.“ Der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ werde nicht eingehalten und es finde zudem kein Controlling statt. Die Behandlung erfolge in Deutschland „oft nach bestem Wissen und Gewissen aber nicht evidenzbasiert“, sagte Weatherly. Sie werde nicht von „Best Practices“ abgeleitet. Es fehle an Behandlungspfaden, Therapie- und Medikamentenalgorithmen und Benchmarking. „Pay for result – Fehlanzeige!“, konstatierte der DGBV-Präsident.

Mehr Bürgernähe in der medizinischen Sprache

Zweites großes Problem sei die Non-Compliance, die in manchen Krankheitsfeldern bis zu 50 Prozent betrage, so Weatherly. Als einen wichtigen Faktor dafür thematisierte er den Mangel an „Bürgernähe in der Sprache der Medizin“. Der Bürger bleibe unwissend und erhalte keine diagnosebezogenen Schulungen. Doch genau solche Maßnahmen sollten in die Regelbehandlung aufgenommen und von den Krankenkassen finanziert werden, lautete seine Forderung. Als drittes Problem komme die Tatsache hinzu, dass das derzeitige Gesundheitssystem sowie das Versorgungsmanagement und die Versorgungsforschung, auf Patienten mit Migrationshintergrund nicht ausreichend eingestellt seien. Den derzeitigen Zustand im Gesundheitswesen fasste der Experte folgendermaßen zusammen: „Die Ökonomie steht weit über allem und drückt die Qualität nach unten.“ Fast alle Diskussionen mit Politik, Krankenkassen oder Verbänden drehten sich letztendlich um die Ökonomie. Dennoch machte Weatherly den Teilnehmern auch Mut für die Zukunft: „Ich persönlich glaube, und das glauben wir auch als Gesellschaft, dass in den letzten sieben Jahren sehr viele Möglichkeiten durch den Gesetzgeber geschaffen wurden.“ Diese gelte es nun auszuschöpfen und im Geiste des „Aufbruchs“ aktiv mitzugestalten. Vizepräsident der DGBV Ralf Pourie forderte außerdem mehr „Daten und Fakten aus der Versorgungsforschung“, ein Coachingsystem für Patienten und die Abkehr von der derzeitigen Ausrichtung des Systems, die er „Post-Crash-Interventionismus“ nannte.

Ein Best-Practice-Beispiel in diesem Sinne präsentierte Sophia Schlette von Kaiser Permanente (s. Kasten rechts und Interview S. 16.) Aufschlussreich war darüber hinaus der Einblick in politische Aspekte eines bürgerorientierten Gesundheitswesens von Andrea Fischer, Bundesministerin a. D. und Beraterin im Gesundheitswesen. Sie erinnerte zunächst daran, dass die Einbeziehung der Patienten ein recht junges Anliegen sei, das in den letzten Jahren enorm an Fahrt gewonnen habe. „Vor zehn Jahren hat noch niemand über diese Frage in der Form gesprochen“, so Fischer. Inzwischen gebe es eine unabhängige Patientenberatung und auch in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hätten Patientenvertreter mittlerweile Mitspracherecht. Darüber hinaus wolle die Bundesregierung die Stellung der Patienten im Gesundheitswesen weiter stärken. Das Grundlagenpapier des Patientenbeauftragten Wolfgang Zöllner sehe vor, den Behandlungsvertrag in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) integrieren, so dass die Pflichten des Hei-

Best Practice Kaiser Permanente: Die individualisierte Versorgung

In 35 Krankenhäusern (USA-weit) hat sich das System von Kaiser Permanente etabliert. Nicht zuletzt ist der Erfolg einer soliden IT-Struktur zu verdanken sowie einer dichten intersektoralen Vernetzung der Versorger. „Es ist weitaus mehr als nur eine elektronische Patientenakte“, sagt die Kaiser-Permanente-Expertin Sophia Schlette (s. auch Interview MVF 03/11, S. 16). „Es ist ein System, das sowohl Informationsmanagement als auch komplette Gesundheitsversorgung integriert.“



Freie Wahl der Versorger

Ein Neumitglied bei Kaiser Permanente bekommt zunächst ein Schreiben mit der Aufforderung, in einer Online-Datenbank „seine“ Erstversorger (Hausarzt sowie Frauen- bzw. Kinderarzt) auszuwählen. Alle Ärzte werden mit Kurzprofilen im Netz präsentiert. Lediglich die „Primärversorger“ erhalten Einblick in die elektronische Patientenakte. Die Versicherten sind nicht dazu verpflichtet, bei einem Arzt zu bleiben, auch Fachärzte können sie frei wählen oder - ohne Angabe von Gründen - jederzeit wechseln.

Online-Kommunikation - ein wichtiger Baustein

Arzt-Termine werden online vereinbart, lange Vorlauf- oder Wartezeiten sind eher eine Ausnahme. Über die Datenbank werden Patienten an Vorsorgeuntersuchungen oder anstehende Impftermine erinnert. Teil des Systems ist auch ein Mitglieder-Portal, das größtenteils von der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen genutzt wird. Dort bietet Kaiser Permanente Informationen zur Prävention, Patientenschulungsprogramme wie etwa zur Stressbewältigung oder Stressmanagement sowie ärztliche Beratung an. Die Angebote richten sich nicht nur an Gruppen, sie werden auch je nach Bedarf individualisiert. Vor dem Dialog mit dem Arzt betreut eine Krankenschwester den Patienten und führt entsprechende Messungen durch.

Maßnahmen: individuell und eng verzahnt

Der Arzt „bereitet sich auf den Besuch vor und hat immer 15 Minuten Zeit“, so Schlette. Versicherte werden aufgefordert, eigene Fragen mitzubringen. Per Mail können sie aber auch im Nachhinein Fragen stellen und erhalten innerhalb von sechs Stunden eine Antwort. Ergebnisse von Laboruntersuchungen und Blutproben werden so schnell wie möglich dem Patienten kommuniziert und in Laiensprache erklärt. Rezepte übermittelte der Arzt direkt an die Apotheke wo der Patient sich über seine Gesundheitskarte und Personalausweis ausweist. „Bei chronischen Erkrankungen gilt jede Krankenhauseinweisung als Versagen des vorgelagerten primären Systems“, sagt Schlette, die auf den salutogenetischen Gedanken und Prävention setzt.

lenden gegenüber den Patienten umfassend beschrieben und damit auch einklagbar werden. Die Gesundheitsexpertin begrüßte dieses Vorhaben, da durch die Aufnahme in das BGB eine Klarheit geschaffen werde sowie eine deutlich verstärkte Regelung der Dokumentationspflichten. Nach der Auflistung weiterer Punkte des Grundlagenpapiers (Verbesserung der Bedingungen für die Geltendmachung von Haftungsansprüchen; bessere Unterstützung für Patienten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche; vereinheitlichte Schlichtungsverfahren; erweiterte Berufungsmöglichkeiten; Patienteninformation durch die Selbstverwaltungsgremien) gab sie jedoch zu bedenken, dass es noch nicht absehbar sei, wann aus dem Papier ein Gesetzentwurf wird - auch wenn die bisherige Reaktion im Bundestag und der Öffentlichkeit positiv ausgefallen sei.

Mitsprache oder Mitentscheidung?

Inhaltlich weise das Grundlagenpapier laut Fischer vor allem einen entscheidenden Schwachpunkt auf: Zwar ist von der Stärkung der Patientenbeteiligung die Rede (damit seien weitere Gremien außer dem G-BA gemeint, so Fischer), nicht aber von Patientenmitsprache. „Ich würde sagen, dass eine Kodifizierung ihrer Rechte, damit Patienten und Patientinnen sich besser im System zurechtfinden und behaupten können, ein wichtiger, aber kein hinreichender Schritt ist“, bemängelte die ehemalige Bundesministerin. „Bislang geht es offensichtlich nur darum, dass die grundlegenden Rechte von Patientinnen besser eingeklagt werden können, es geht aber nicht darum, dass sie stärkeren Einfluss auf die grundlegenden Entscheidungen nehmen können“, setzte sie fort. Dies habe Staatssekretär Stefan Kapferer jüngst deutlich gemacht und dabei das Argument vorgebracht, eine Öffnung der Gremien für Patienten würde viele weitere Begehrlichkeiten wecken. Die Expertin rief aber dazu auf, darüber nachzudenken, „ob der Anspruch von Patienten auf Mitsprache gleichzusetzen ist mit den Interessen von anderen Interessengruppen“.

Bei der Patienten-Mitentscheidung gehe es nicht darum, dass eine weitere Interessengruppe in Gremien berücksichtigt werden möchte, sondern darum, dass „ein schon zu lange bestehender Missstand endlich behoben wird, nämlich dass diejenigen, die bislang immer nur ein Objekt der Gesundheitsversorgung waren, endlich zu Subjekten werden. Es geht darum, dass Compliance und Adherence endlich auch auf der Entscheidungsebene ernst genommen werden. Denn nur, wo eine Einsicht in die Sinnhaftigkeit des Handelns besteht, ist auch eine Voraussetzung für ein Mitmachen beim ernstlichen Handeln gegeben.“ Die Asymmetrie von Wissen und Unwissen im Medizinsektor bestehe zwar in der Behandlung (wo das Patientenwissen nicht ausreichen würde, um eine Entscheidung zu treffen), nicht aber bei Themen wie Erstattungsfähigkeit eines Medikaments, Einführung von DMPs oder Gültigkeit von Leitlinien. „Das alles sind Entscheidungen, die auf Grundlage von wissenschaftlichen Untersuchungen, von Erfahrungswerten, von Einschätzungen getroffen werden. Informationen, die jemand auch durch Lektüre, Diskussion und Erfahrung gewinnen kann“, stellte Fischer fest.

In dieser Hinsicht bedeute die geringere Qualifikation von Patientinnen in medizinischen Fragen kein unüberwindbares Hindernis. Vielmehr stelle ihre eigene Perspektive einen wertvollen Beitrag dar, dem eine tragende (aber nicht dominierende) Bedeutung für die gesamte Entscheidung zukommen soll. Der entscheidende Schritt auf diesem Weg müsse von der Politik ausgehen, sagte Fischer und forderte konkretes



Bundesministerin a. D. Andrea Fischer forderte die Einbindung der Patientenbeteiligung in den Entscheidungsprozess: „Mitsprache ist für Anfänger – mündige Bürger entscheiden mit!“

Handeln. Die Bundesregierung solle die bisherige Patientenvertretung auffordern, Vorschläge mit ihren Vorstellungen von der geeigneten Form der Beteiligung einzureichen und institutionelle Voraussetzungen zu definieren. Auch die anderen Akteure der Selbstverwaltung (Ärzte und Krankenkassen) sollten Stellungnahmen verfassen und ihre möglichen Vorbehalte einbringen, so Fischer und weiter: „Diese Vorklärung wäre meines Erachtens durchaus ausreichend, um ein Gesetz zu erstellen, mit dem die Voraussetzungen für eine Beteiligung der Patienten-Vertretung bei grundlegenden Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen geschaffen werden“.

„Es geht darum, dass Compliance und Adherence endlich auch auf der Entscheidungsebene ernst genommen werden. Denn nur, wo eine Einsicht in die Sinnhaftigkeit des Handelns besteht, ist auch eine Voraussetzung für ein Mitmachen beim ernstlichen Handeln gegeben.“

(Andrea Fischer)

Starke Stimme der Patienten - von Bedrohung zum Quantensprung?

Den Grund, weshalb die Politik eine solche Initiative noch nicht realisiert hat, vermutete Fischer auf der Seite der Akteure der Selbstverwaltung. Die Politik wolle es sich mit jenen nicht verderben, die sich durch eine wirkliche Patientenbeteiligung in ihrem Einfluss beschnitten sehen könnten, sagte sie. Ob diese Angst jedoch tatsächlich so groß sei, müsse vorerst hinterfragt und diskutiert werden. Genau wie die Frage, wer die Patientenseite vertreten soll. Fischers Vorschlag: Zum Beispiel könnten sich die vom Gesetzgeber anerkannten Patientenvertretungen zu einer großen Patientenvereinigung zusammenschließen, in der auch nichtkranke Mitglieder aufgenommen würden.

Aus dieser Vereinigung könnten laut Fischer Vertreter der Patientinnen benannt werden, die im G-BA oder anderen Gremien mitentscheiden. Eine solche übergreifende Patientenorganisation hätte eine starke Stimme in der Öffentlichkeit, sagte die Beraterin, und würde alle Gewichte in der öffentlichen Diskussion über Gesundheit verschieben. „Hier liegt vermutlich die wahre Ursache, warum bislang die Politik darauf verzichtet hat, die bestehenden Organisationen dazu aufzurufen, eine institutionelle Form für die Patientinnenvertretung zu entwickeln“, so ihre Erklärung. Diese Befürchtung sei jedoch unbegründet, habe die Erfahrung mit den bisher bestehenden Patientenorganisationen doch gezeigt, dass diese sehr verantwortungsbewusst ihre Entscheidungen treffen würden. Schließlich beteiligten sich auch in anderen Sparten repräsentative Organisationen an Diskussionen, ohne dass die parlamentarische Demokratie bedroht würde, gab Fischer zu bedenken. Ih-

re Forderung am Schluss des Vortrags richtete sich an die Politik: Sie möge ihren Willen deutlich machen, die Patientenbeteiligung zu einem unverzichtbaren und gewichtigen Bestandteil von Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen zu machen.

Die Beteiligung möge als Anregung und Beratung verstanden werden. So könnte etwa die Regierung ein Forum schaffen, in dem Bürger, Ärzte und Patienten über sinnvolle und notwendige Versorgungsformen diskutieren. Die Ergebnisse könnten in das Versorgungsgesetz einfließen, so der Vorschlag der Gesundheitsexpertin. Organisierte Beteiligungsprozesse seien für politische Entscheider nicht bedrohlich, sondern könnten vielmehr Politik in einem konstruktiven Prozess beraten. „Beratung durch Beteiligung - das wäre ein Gewinn für die Gesundheitspolitik“, lautete ihr Fazit. Einzige Voraussetzung dafür sei ein Bewusstsein der politisch Handelnden dafür, dass Bürger- und Patientenbeteiligung für die deutsche Gesundheitspolitik einen „lohnenswerten Quantensprung“ bedeute.

Compliance hängt von subjektiven Faktoren ab

Die Referentin Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer (ehemaliges Mitglied des Sachverständigenrates zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) ging in ihrem Vortrag auf die Rolle der Versicherten bei der Gestaltung des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung des demografischen Wandels ein. Nachdem die Medizinerin die Ausgangslage skizziert hatte, sprach sie sich dafür aus, die Eigenverantwortung von Bürgern und Versicherten zu stärken. Der Patient, so ihre Begründung, habe schließlich sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf das Gesundheitswesen. Vor allem das Patientenverhalten stelle den größten Faktor unter den Einflüssen auf das System dar, so die Expertin. Gerade bei älteren Patienten sei die Compliance tendenziell relativ niedrig. Insgesamt würden etwa 45 Prozent aller Behandlungsempfehlungen von Patienten nicht umgesetzt.

Interessanterweise - und damit berief sich Prof. Fischer auf aktuelle Studien - treffen Patienten ihre Entscheidungen nur zu einem geringen Teil auf Basis von objektiven Fakten und Informationen. Vielmehr übten unterschiedliche Lebenserfahrungen und -konzepte, Ängste, die Selbstwahrnehmung sowie so genannte „Health Beliefs“ einen großen Einfluss auf das Handeln der Patienten aus. Die Expertin hob hervor, dass die Verhältnismäßigkeit der Einflüsse berücksichtigt werden muss und dass der Patient eben nicht durch objektive Information oder Coaching alleine sein Verhalten zu ändern bereit ist. So zeigten etwa Studien, dass bei Patienten über 70 die subjektive Gesundheitseinschätzung ein stärkerer Prädiktor für den weiteren Gesundheitsverlauf ist

„Krankheit ist auf individueller Ebene in großem Umfang bei der epidemiologischen Datenlage, die wir heute haben, vermeidbar.“
(Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer)



als objektive Daten. Der Trend gehe dabei immer mehr weg „von der Schicksalhaftigkeit der Erkrankungen hin zu einer vorhersehbaren Form von Schäden und Gesundheitsverläufen“, sagte die Expertin.

Ihre Schlussfolgerung aus den erwähnten Daten und Fakten klang ernüchternd: „Gesundheitliche Maßnahmen geraten an der Endstrecke ihrer Anwendung, nämlich im subjektiven Bewertungsfeld, in eine Grauzone ihrer Beurteilung und verlieren ihren normativen Charakter.“ Damit werde der objektive festgestellte Nutzen einer Maßnahme in einer Alltagsanwendung zu einem individuellen Wert, der erheblich von dem objektiven abweichen könne.

Gesundheit als persönliche Lebensleistung

Für das Handeln des Patienten zähle der subjektive Nutzen. Dies bedeute eine Verlagerung der letztendlichen Nutzenbewertung und Priorisierung auf den Patienten. „Krankheit ist auf individueller Ebene in großem Umfang bei der epidemiologischen Datenlage, die wir heute haben, vermeidbar“, sagte Prof. Fischer. Der Gesundheitsverlauf des Einzelnen werde zu einer gestaltbaren Lebenskomponente, so dass Gesundheit immer mehr den Charakter einer eigenständigen persönlichen Lebensleistung gewinne. Das setze wiederum Entscheidungen und Haltungen voraus, die vom Bürger zu leisten sind.

Fischers Anregung: „Warum also nicht die Rolle des Versicherten und Patienten erweitern?“ Das hieße, „mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der gesundheitlichen Absicherung einräumen und deren Ausgestaltung in einem neuen erweiterten Spielraum entsprechend den individuellen Gegebenheiten flexibel von Patienten selbst bestimmen lassen“. Dabei werde das Krankheitsrisiko, wenn auch in der Ausgestaltung nur in einem „sehr vertretbar geringen Ausmaß“, so doch im Prinzip vermehrt auf den Bürger,

den Versicherten und den Patienten selbst verlagert, schlussfolgerte die Wissenschaftlerin. Versicherte und Patienten übten gestaltende Einflüsse auf das System aus, indem sie nämlich mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit tragen würden, fügte sie hinzu.

Eine große Bereitschaft chronisch kranker Patienten, aktiv an der Behandlung mitzuwirken, sei durchaus vorhanden, sagte Fischer und berief sich damit auf die jüngste Janssen-Cilag-Studie. Nun komme es darauf an, die Autonomie des Einzelnen in einer neuer Form anzuerkennen und sie insbesondere durch Bildung und Erziehung zu fördern, lautete ihr Aufruf. Dafür sei ein Wandel des Blickwinkels im Gesundheitssystem von Nöten, „und zwar weg von der Ressource des Systems hin zur Ressource des Bürgers, Versicherten und Patienten.“ <<

Versorgungsmanagement:

Zum Stand der Präventionspolitik

Die derzeitigen Debatten in der Gesundheitspolitik werden stets mit Blick auf die Einnahmen- und Ausgabenseite des Gesundheitswesens geführt. Im Fokus sollte jedoch vielmehr das erklärte EU-Ziel „Steigerung gesunder Lebensjahre“ stehen. Aufgabe der Politik ist es, Prävention und Gesundheitsförderung zur vierten Säule des Gesundheitssystems auszubauen. Hierbei muss den Ansätzen in Lebenswelten eine herausragende Rolle zukommen. Gesundheit sollte als Querschnittsaufgabe in alle Politikbereiche implementiert werden. Unser Nachbarland zeigt mit seiner Stiftungslösung „Gesundheitsförderung Schweiz“, wie der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe erfolgreich nachgekommen werden kann. Diesem Positivbeispiel sollte Deutschland folgen. Auch hierzulande gibt es bereits eine Reihe guter Maßnahmen, Ansätze, Praxisbeispiele sowie zahlreiche Akteure auf dem Feld der Gesundheitsförderung. Es fehlt jedoch an einer strategischen Ausrichtung, an der Zielorientierung, Vernetzung, flächendeckender Umsetzung sowie deren Evaluation. Ein institutionelles Design in Form eines Public-Health-Instituts ist notwendig.

>> „Wenn ich krank werde oder sterbe, dann passiert das eben. Ich kann es nicht beeinflussen.“ Dieser Aussage stimmte mehr als die Hälfte der Befragten einer aktuellen Studie der Sporthochschule Köln zu. Ein weiteres Ergebnis: Nur 14 Prozent der Deutschen leben rundum gesund (DKV/Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) 2010: 22). Haben sämtliche Präventionsmaßnahmen, Kampagnen, Initiativen in Deutschland versagt? Wie kann es sein, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer einer repräsentativen Umfrage das Schicksal für die eigene Gesundheit und Lebensdauer verantwortlich machen und somit eine eigentlich vollkommen überholte Schicksalstheorie (bspw. Faltermeier 2002) vertreten? Dieses Ergebnis ist mehr als bedenklich und kann nur als Aufforderung verstanden werden, dringend zu handeln.

Gesundheit als Prozess

Mittlerweile ist es vielfach belegt, dass der Grad an Gesundheitsbewusstsein (darunter auch das Bewusstsein über die Beeinflussbarkeit der Gesundheit durch eigenes Tun) mit der objektiv messbaren Gesundheit zusammenhängt, von wirksamen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung einmal ganz zu schweigen (bspw. Bandura 2010 oder Steinmann 2005). Häufig ist die Rede von Gesundheit als einem Kapital des Lebens. Nach dieser Auffassung wird einem die Gesundheit in die Wiege gelegt und ab diesem Zeitpunkt verwaltet. Dem muss entschieden widersprochen werden. Gesundheit ist kein einmal erworbenes Gut, das nach und nach – beim einen schneller als beim anderen – abgetragen wird. Vielmehr ist Gesundheit ein Prozess, den man durch die eigene Lebensweise, das eigene Verhalten maßgeblich beeinflussen kann (insb. Antonovsky 1979). So kann jeder Einzelne jeden Tag etwas für seine eigene Gesundheit tun. Nicht umsonst besteht national wie international Konsens darüber, dass ein hohes Maß an Gesundheit und Lebensqualität nicht nur für die Einzelperson essenziell ist, sondern sogar für das Funktionieren ganzer Gesellschaften (bspw. Europäischer Rat 2000).

Explosion von Volkskrankheiten

Dank moderner Technik und verbesserter Lebensverhältnisse werden die Menschen hierzulande immer älter; durchschnittlich „um zwei

bis drei Jahre pro Dekade“, prognostizieren Forscher des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung (2007: o.S.). In der Natur der Sache liegt es, dass damit auch der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen wächst. Mit den Veränderungen der Lebensbedingungen sowie dem demografischen Wandel hat sich auch das Krankheitspanorama verändert, und zwar weg von Infektionskrankheiten und hin zu oft sehr kostenintensiven chronisch-degenerativen Erkrankungen (Busse/Riesberg 2005). So sind 86 Prozent der Todesfälle und 77 Prozent der Krankheitslast in Europa verursacht durch nicht übertragbare Krankheiten (WHO 2010: 3). Hierunter sind sämtliche, auch als Volkskrankheiten bezeichnete, Krankheiten zu verstehen, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, psychische Störungen, Diabetes Typ II, Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zum Vergleich: International verursachen diese Erkrankungen nur 50 Prozent der Krankheitslast. Gewissermaßen steht Europa somit vor einem Luxusproblem, denn es ist bekannt, dass ein Großteil dieser nicht übertragbaren Krankheiten durch die Lebensführung beeinflussbar ist.

Einsparpotenzial der Prävention

Mit der hohen Krankheitslast gehen auch hohe und teils vermeidbare Kosten einher. Etwa die Hälfte der Krankheitskosten von 254,3 Milliarden wurde im Jahr 2008 hierzulande von nur vier Krankheitsklassen verursacht. Mit 37 Milliarden Euro verursachten Herz-Kreislauf-Leiden den größten Anteil; gefolgt von Krankheiten des Verdauungssystems mit 34,8 Milliarden Euro. Die psychischen und Verhaltensstörungen mit 28,7 Milliarden Euro sowie die Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 28,5 Milliarden Euro stellten ebenfalls große Ausgabenposten dar (Statistisches Bundesamt 2010). Auffällig ist, dass es sich hierbei um Krankheitsklassen handelt, deren Ausmaß und Auftretenszeitpunkt stark beeinflussbar sind – durch den Lebensstil aber auch durch verhältnispräventive Maßnahmen. Die durch solche Interventionen vermeidbaren Kosten sind nur schwer zu beziffern, das Einsparpotenzial also unbekannt. Gern zitiert wird ein Bericht des britischen Unterhauses, nach denen allein durch „falsche“ Ernährung und dadurch entstehende Folgeerkrankungen in Deutschland jedes Jahr etwa 70 Milliarden (!!!) Euro Kosten entstehen und letztlich vermieden werden könnten (bspw.

Summary

- Die Politik hat zu lange den Anstieg chronisch-degenerativer Erkrankungen ignoriert.
- Verhaltensorientierte Präventionsangebote sind häufiger, obwohl weniger effektiv als lebensweltbezogene Ansätze.
- Die Prävention in Settings ließ bisher die Vereine außer Acht, obwohl über 60 Prozent der Deutschen Mitglied eines Vereins sind.
- Sportvereine wären geeignete Anlaufstellen, um Kurgästen und Reha-Patienten Gesundheitsangebote an ihrem Heimatort bereitzustellen.
- Die Bundesregierung hat eine umfassende Präventionsstrategie angekündigt, bisher jedoch ist nichts passiert.

Künast 2004). Der eklatante Zusammenhang von Gesundheitsverhalten, Erkrankungen und Folgekosten ist der Fachwelt durchaus bekannt; die Umsetzung in die Praxis hingegen unzulänglich, wie das Ergebnis der zu Beginn des Artikels zitierten Studie der Sporthochschule Köln verdeutlicht.

EU-Ziel: Steigerung gesunder Lebensjahre

Die zentrale Frage lautet: Wie können insbesondere chronische Erkrankungen verhindert, verkürzt oder hinausgezögert werden? Ziel ist also die Steigerung gesunder Lebensjahre („healthy life years“). Dieser Faktor beschreibt, wie viele Jahre eine Person ab Geburt wahrscheinlich ohne Aktivitätseinschränkungen zu leben hat. Damit wird die Lebenserwartung mit der Lebensqualität zusammengenommen und gilt in der EU als ein wichtiger Indikator für die Überwachung der Gesundheit als Produktivitäts- und Wirtschaftsfaktor eines Landes. Die Steigerung gesunder Lebensjahre ist ein erklärtes EU-Ziel. Das in der Lissabon-Strategie festgehaltene Ziel der erhöhten Wettbewerbsfähigkeit wird hierdurch verfolgt, da gesunde Personen zum einen das Arbeitskräftepotenzial stärken und zum anderen die soziale Sicherungssysteme entlasten (Europäischer Rat 2000). Ziel ist ein „lebenszyklusorientiertes Gesundheitskonzept“, welches bereits bei den Kindern ansetzt, um die Anzahl gesunder Lebensjahre zu steigern. Auch die direkten Gesundheitsausgaben werden in einem hohen Maße durch die Anzahl gesunder Lebensjahre bestimmt (Schefflein 2008).

Zukunftssicherung des Gesundheitssystems

Zu lange hat die Politik die Augen vor dem demografischen Wandel verschlossen, zu lange wurde der Anstieg chronisch-degenerativer und damit teurer Erkrankungen ignoriert. Wir werden uns der Herausforderung stellen müssen, unser Gesundheitssystem zukunftssicher zu machen und eine nachhaltige Finanzierung zu garantieren (bspw. Busse/Riesberg 2005). Dies kann zwar auch durch die Erhöhung von Beitragssätzen, die Einführung von Zusatzbeiträgen oder Leistungskürzungen und damit zu Lasten der Versicherten erfolgen. Nachhaltig wird es dadurch nicht. Das enge Korsett der Kassen darf aber nicht dazu führen, dass weiterhin an falscher Stelle gespart und die Krankheitslast in die Zukunft verschoben wird. Der bessere Weg ist also dafür zu sorgen, dass die hohen Krankheitskosten erst gar nicht entstehen. Prävention und Gesundheitsförderung sind hierzu die Mittel der Wahl.

Stiefkind Prävention

Eine Binsenweisheit ist, dass die Gesunderhaltung ein zentrales Thema der künftigen Gesundheitspolitik sein muss. Aber nach wie vor legt das Gesundheitssystem vor allem Wert auf die Behandlung von Krankheiten. Fast 3.000 Euro pro Versicherten und Jahr wenden die Kassen dafür auf (BMG 2010). Für Prävention hingegen sollen nicht mal 5 Euro ausreichen? Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V machen nach Angaben der Gesetzlichen Krankenversicherung mit 311 Millionen Euro nur einen Promilleteil der Kassenausgaben aus (MDS/GKV-Spitzenverband 2010: 9). Die seit Jahren immer wieder gestellte Forderung, die Prävention als gleichberechtigte vierte Säule unseres Gesundheitssystems neben Kuration, Pflege und Rehabilitation zu etablieren, ist nicht ansatzweise erfolgt. Im Gegenteil: Erzielt ist bislang nicht mehr als der berühmte Tropfen auf den heißen Stein (bspw. SVR 2007).

Was ist zu tun?

Die Forderungen, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken ist die eine Seite. Die andere ist die Frage: Wie geht man denn tatsächlich vor, um möglichst viele gesunde Lebensjahre in einer Gesellschaft zu erreichen? Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden im Grundsatz bekanntlich unterschieden zwischen individuellen und lebensweltbezogenen Maßnahmen. Die erstgenannten Aktivitäten setzen vor allem am Gesundheitsverhalten einer Person an. So sollen Risikoverhalten vermieden und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen gestärkt werden, zum Beispiel durch Gesundheitskurse, Verhaltenstrainings etc. Lebenswelt- oder umweltbezogene Maßnahmen zielen hingegen auf eine Umstrukturierung und Verbesserung der Lebensbedingungen ab; hier sollen die Verhältnisse, in denen Menschen leben, gesundheitsfördernd gestaltet werden. Beispiele für diese Lebenswelten, auch Settings genannt, sind Kindertageseinrichtungen (KiTas), Kommunen, der Arbeitsplatz oder auch Vereine (bspw. Rosenbrock/Gerlinger 2006; Naidoo/Wills 2003).

Die individuellen und vorwiegend verhaltensorientierten Angebote sind – bei Betrachtung der Ausgaben insgesamt sowie je Versicherten – stark überrepräsentiert, obwohl sie weniger effektiv sind als die lebenswelt- bzw. verhältnisbezogenen Ansätze. Der durch die Individualangebote erwartete Marketingeffekt für die Krankenkassen erscheint den Anbietern oft wichtiger zu sein als der erzielbare Gesundheitseffekt. Mit den Ausgaben von 4,44 Euro je Versicherten wurde der Richtwert der GKV-Ausgaben für Primärprävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V insgesamt zwar deutlich überschritten. Mit nur 0,27 Euro je Versicherten werden die angestrebten 0,50 Euro je Versicherten für Settingausgaben jedoch gerademal zur Hälfte erreicht (MDS/GKV-Spitzenverband 2010: 23).

Gesunde Lebenswelten

In sämtlichen Bestrebungen zur politischen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung wird der Settingansatz – erstmals erwähnt in der Ottawa-Charta der WHO (1986) – gefordert. In der Umsetzung durch die Gesetzliche Krankenversicherung werden sowohl nicht-betriebliche Settings wie Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen als auch betriebliche Settings berücksichtigt. In Hinsicht auf die internationale Sichtweise der Weltgesundheitsorganisation, die den Lebensweltansatz fordert, sind mit den oben genannten Bereichen bereits wesentliche Lebenswelten berücksichtigt. Bezieht man dies jedoch auf Deutschland, lässt sich feststellen, dass ein anderer wesentlicher Bereich außer Acht gelassen wurde: die Vereine. Schätzungsweise sind mehr als 60 Prozent der Deutschen in mehr als einer halben Million eingetragener Vereine organisiert. Allein dieses spricht schon für die Einbeziehung dieser Form gesellschaftlichen Lebens. Aber noch mehr spricht dafür, wenn man bedenkt, dass ein Großteil dieser Vereine einen sportlichen Hintergrund und in den häufigsten Fällen auch einen direkten Gesundheitsbezug hat; allein der Deutsche Olympische Sportbund zählte in seiner letzten Statistik 27,5 Millionen Mitglieder (DOSB 2008). Neben den gesundheitsfördernden Einflüssen, die das Vereinsleben durch soziale Netzwerke (Stichwort „Sozialkapital“) mit sich bringt, ist dies DER ORT, an dem aktiv Prävention und Gesundheitsförderung betrieben werden können. Diese Rolle der Vereine stärker als bisher zu unterstützen, muss auch Aufgabe der (Gesundheits-)Politik sein; ihr gebührt im Rahmen der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine besondere Aufmerksamkeit! Wie die Vereinslandschaft ist auch das deutsche Kur- und Heilbäderwesen ein

Lebensbereich, der maßgeblich und aktiv an der Gestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt ist. Auch sie stellen eine deutschlandspezifische und eine gewachsene Struktur dar, die es als Alleinstellungsmerkmal in besonderem Maße zu stärken gilt. Vorrang bei diesen Bestrebungen muss die systematische Vernetzung von Kur und Reha mit dem Alltag haben. Werden in der Zeit des Aufenthaltes gesunde Verhaltensweisen erlernt und auch als durchaus positiv und wohltuend empfunden, verfallen viele Personen in die alten Verhaltensmuster zurück, sobald sie wieder im Alltag angekommen sind. So besteht ein Problem der stationären Kur- und Reha-Aufenthalte in der mangelnden Nachhaltigkeit (bspw. Klein-Lange et al. 2003). Ziel sollte es sein, den Kurgästen und Reha-Patienten Gesundheitsangebote an ihrem Heimatort bereitzustellen, um eine gewisse Nachhaltigkeit zu erzielen; Sport- und Gesundheitsvereine sind hier besonders geeignete Anlaufstellen.

Mehr Mittel für Präventionsforschung

Ein Kernproblem der Prävention ist der Nutznachweis. Die Kosten für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention fallen jetzt und heute an, während der zu erwartende Nutzen erst in der Zukunft sichtbar wird. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist also schwierig zu messen (Plamper et al. 2009). Naturgemäß erscheinen Investitionen, die einen schnellen und kurzfristig sichtbaren „Return on Investment“ (ROI) versprechen, als lukrativ und vor allem gut kommunizierbar. Insbesondere in der Politik ist es – gerade in Zeiten leerer Kassen – nur schwer vermittelbar, für Prävention und Gesundheitsförderung hohe Ausgaben zu veranschlagen, wenn diese erst langfristig – und möglicherweise erst nach Ablauf der eigenen Amtszeit – den gewünschten Erfolg bringen. Aber auch die Erfolgsmessung selbst ist schwierig; die Studienlage unzulänglich (SVR 2002). Sprichwörtlich beißt sich hier die Katze in den Schwanz: Auf der einen Seite werden Wirksamkeitsnachweise gefordert, auf der anderen Seite ist kaum jemand dazu bereit, diese zu finanzieren. Das muss sich ändern. Denn zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gehört auch, dass endlich ausreichend Forschungsgelder in die Hand genommen werden: Forschungen im Präventionsbereich müssen also ausgebaut und notwendige Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Die Schiefelage in der Ressourcenverteilung zugunsten klinischer Forschung muss endlich beseitigt werden (Schmacke 2009). Dennoch: einige Untersuchungen gibt es. Nach einer Studie aus der Schweiz wurde beispielsweise im Bereich der Tabakprävention ein ROI der Präventionsausgaben bis zu 48; in der Alkoholprävention bis zu 29 gemessen (Fueglistler-Dousse et al. 2009: 12). Ein Großteil des ökonomischen Nutzens ist auf die vermiedenen Kosten in Folge nicht benötigter medizinischer Leistungen zurückzuführen. Neben dem hohen intangiblen Nutzen für den Einzelnen, können aber auch andere Zweige auf einen enormen monetären Nutzen hoffen. Dieser kann sich in unterschiedlicher Weise niederschlagen. Zum einen sind da die Sozialversicherungsträger, die von Senkungen des medizinischen Behandlungsbedarfes und damit verbundenen verminderten Krankheitsausgaben, weniger Frühberentungen, Unfällen und einer geringeren Pflegebedürftigkeit profitieren. Zum anderen sind Unternehmen als Nutznießer anzuführen; gerade im betrieblichen Setting werden mit einem Verhältnis von sogar bis zu 1:10 äußerst günstige Kosten-Nutzen-Relationen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen berichtet (Kreis/Bödeker 2003: 34). Neben diesem unternehmerischen Nutzen durch eine höhere Produktivität infolge weniger Ausfälle auf der einen und der höheren Arbeitsmotivation auf der anderen Seite profitiert hiervon auch die Volkswirtschaft eines Landes.

Institut für Public Health

In Deutschland fehlt eine Struktur, die es bereits in vielen anderen Ländern seit Jahren gibt: ein Institut für Public Health. Benötigt wird eine Stelle, die nicht nur epidemiologische Daten verwaltet, sondern auch Forschungsaktivitäten bündelt und die systematische Evaluation und Qualitätssicherung flächendeckender Präventionsprogramme leistet.

Gesundheitsförderung und Prävention werden hierzulande in einer nicht überschaubaren Anzahl von Projekten gelebt und sind auch in zahlreichen Gesetzen verankert. Es gibt jedoch leider keinerlei systematische Übersicht, welche die Aktivitäten von Bund, Ländern, Kommunen, Sozialversicherungen, Stiftungen und zivilgesellschaftlichen Akteuren darstellt. Lediglich gibt es eine Übersicht, die die Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Längst überfällig ist es also, mittels eines Präventionsberichts Transparenz über das Geschehen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu schaffen.

Vernetzung und Kooperation

Ein weiteres Problem der Präventionslandschaft in Deutschland ist die fehlende Vernetzung der Akteure. Gesundheitsförderung und Prävention sind essenzielle Themen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch der allgemeinen Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik. Als solche müssen sie auch behandelt werden. Letztendlich muss der Staat die Rahmenbedingungen bieten, damit sich das Individuum eigenverantwortlich und gesundheitskompetent verhalten kann und gesunde Lebenswelten schaffen. Die Anbieter sind über die öffentliche Hand hinaus Stiftungen, Verbände, Vereine etc. Die Träger der Angebote sind ebenfalls auf den verschiedensten Ebenen zu finden; den größten finanziellen Anteil übernehmen bislang die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung.

Viele Player – wenige Payer

Festzuhalten ist: Es gibt zwar viele Player in der Prävention, jedoch viel zu wenige Payer! Es fehlt aber auch eine Vernetzung der Aktivitäten, es fehlt an Koordination und Kooperation. Es sollten zentrale Anlaufstellen geschaffen werden, die die Maßnahmen koordinieren. Als Beispiel hierfür kann die Umsetzung des § 21 SGB V zur Zahngesundheit dienen. Jedem bekannt sind die regelmäßigen Besuche des Zahnarztes in KiTas und Schulen. Hier zahlen Länder, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesetzliche Krankenversicherung in einen Topf ein, aus dem flächendeckende Prophylaxeuntersuchungen finanziert werden. Dieses Vorgehen hat zu einer enormen Verbesserung der Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter geführt (Strippel 2009). An derartige Präventionsstellen sollten sich Kindergärten, Schulen, Betriebe, Senioreneinrichtungen, Vereine und Verbände wenden können, um Maßnahmen zu beantragen oder anzubieten. Es kann nicht sein, dass jede KiTa erst prüfen muss, wie viele ihrer Kinder bei welcher Krankenkasse versichert sind, um dann darüber zu entscheiden, an welche der Kassen in Deutschland man sich nun wendet, um die Gesundheit in der Lebenswelt KiTa zu fördern. Idealerweise würde diese Aufgabe eine zu errichtende Stiftung für Gesundheitsförderung oder Präventionsstiftung nach dem Beispiel des Nachbarlandes Schweiz erfüllen.

Health in all policies

Wie vorangehend erläutert, gibt es viele Baustellen in der „Präventionspolitik“ – aber auch gute Vorschläge, Prävention und Gesund-

heitsförderung zu stärken und systematisch in die verschiedenen Politikbereiche zu implementieren. Dies ist nötig, um die Gesundheit des Einzelnen zu stärken, das Gesundheitswesen nachhaltig finanzierbar zu gestalten, eine wettbewerbsfähige Wirtschaft zu erhalten und letztlich eine Gesellschaft mit vielen gesunden Lebensjahren zu fördern. Deutschland hat zweifelsohne ein gutes Gesundheitswesen, es krankt jedoch an der Unterversorgung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Dies wird auch im europaweiten Vergleich ersichtlich. Dort gibt es eine ganze Fülle erfolgreicher Modelle und Ansätze. Das EU-weite „Gesunde-Städte-Netzwerk“, die Salzstrategie der Schweiz oder die Präventionsstiftungen in Österreich und der Schweiz sind dafür nur einige Beispiele (u.a. Kickbusch 2010). Good-Practice-Modelle existieren also zu Hauf, ihr eigentliches Ziel, also ihre Nachahmung, wird nur leider zu selten erreicht. Durchgeführt werden ständig neue Projekte anstatt erst einmal für gut befundene und erfolgreiche Ansätze zu verbessern und für einen „roll-out“ in der Fläche zu sorgen.

Deutschland hat bei der Prävention einen Platz im unteren Mittelfeld und kann noch etwas von seinen Nachbarländern lernen und muss dies auch. Die Politik ist hier gefordert, das Gesundheitssystem auch im Bereich Prävention nach vorne zu bringen und die Führung zu übernehmen. Der Sachverstand und das Potenzial sind hierfür vorhanden.

Die Bundesregierung versprach zu Beginn ihrer Legislaturperiode nicht nur eine Strukturreform des Gesundheitswesens, sondern auch eine umfassende nationale Präventionsstrategie (CDU et al 2009). Außer Ankündigungen ist bislang noch nichts passiert.

Abschließend festzuhalten ist: Es gibt genügend Positivbeispiele, durch die mit Ideen, Geld, vor allem aber mit politischem Willen, die Gesundheit gefördert und damit ein gesellschaftlicher Nutzen erzielt wurde. Hieran muss angeknüpft und erfolgreiche Projekte endlich flächendeckend und systematisch durchgeführt werden. <<

von: Marion Caspers-Merk*
Judith Rennkamp**

Versorgungsmanagement:

Telemedizinansätze bei Adipositas

In Deutschland sind mittlerweile ca. 37 Millionen Erwachsene übergewichtig (BMI > 25) oder adipös (BMI > 30). Laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit sind 19 % der in Deutschland lebenden Männer und 22 % der Frauen adipös. Experten sprechen bereits von epidemischen Ausmaßen. Auch die Panel-Basisstatistik des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung bestätigt die Verbreitung der Adipositas: Die entsprechende ICD-10-Diagnose E66 war demnach im 1. Quartal 2007 die siebthäufigste Diagnose bei den Allgemeinarztpatienten. 8,5 % aller Patienten wurden als adipös diagnostiziert. Die Ergebnisse der im Januar 2008 veröffentlichten „Nationalen Verzehrstudie des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz“ belegen ebenfalls die Zunahme von Übergewicht und Adipositas in Deutschland sowie die Zunahme der damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen. Insgesamt sind 58,2 % der Studienteilnehmer übergewichtig oder adipös, 66,0 % der Männer und 50,6 % der Frauen.

>> Die volkswirtschaftlichen Kosten der Adipositas werden auf jährlich 530 Millionen Euro geschätzt, jedoch ohne Berücksichtigung der Komorbiditäten. Die Schätzungen zu den jährlichen direkten und indirekten Krankheitskosten durch Adipositas mit Begleit- und Folgeerkrankungen (Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Erkrankungen an Muskeln und Gelenken) in Deutschland reichen von ca. 8 bis 20 Mrd. Euro. Darin enthalten sind rund 50 % indirekte Kosten, z. B. bedingt durch längerfristige Arbeitsunfähigkeit.

Neben einer genetischen Prädisposition spielen bei der Entwicklung einer Adipositas grundlegende Lebensstilfaktoren eine wichtige Rolle: hier sind vor allem Bewegungsmangel und ungesunde Ernährung als Ursachen zu nennen. Die Selbstreflexion der Betroffenen hinsichtlich ihres Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ist meist gering, einfache Selbstmanagementtechniken kommen selten zum Einsatz.

Vor diesem Hintergrund bietet die almeda GmbH, München, das telemedizinische Gesundheitsprogramm Leichter Leben für Adipöse an. Das Programmkonzept wurde gemeinsam mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG entwickelt und wird seit 2008 im Auftrag der DKV umgesetzt. Die medizinische Qualitätssicherung erfolgt durch Prof. Dr. med. Hans Hauner, Direktor des Else-Kröner-Fresenius-Zentrums für Ernährungsmedizin, Klinikum rechts der Isar, Mitglied des Expertenbeirats der almeda.

Zielgruppe für das Programm sind Versicherte mit einem BMI zwischen 30 – 39,9 kg/m² im Alter von 18 – 65 Jahren.

Summary

- Das telemedizinische Gesundheitsprogramm „Leichter Leben“ für Adipöse wird seit 2008 im Auftrag der DKV eingesetzt.
- Das Programm besteht aus einem strukturierten Telecoaching und einem strukturierten Telemonitoring.
- Fallbeispiele geben erste Hinweise auf eine motivationssteigernde und Körpergewichts-reduzierende Wirkung.

Das Coachingprogramm soll Versicherte mit Adipositas dabei unterstützen, durch gezielte, motivierende Maßnahmen eine Gewichtsreduktion oder -stabilisierung zu erreichen. Damit wird auch das Risiko für die Entstehung von Folgeerkrankungen gesenkt.

Basierend auf der Leitlinie der Deutschen Adipositas Gesellschaft, sind die wesentlichen Ansatzpunkte und Ziele des Programms:

- Steigerung der körperlichen Aktivität
- Veränderung des Ernährungsverhaltens
- Stärkung der Selbstverantwortung und des Selbstmanagements des Teilnehmers
- Verbesserung des Umgangs mit Stress
- Verbesserung von adipositasassoziierten Risikofaktoren
- Verhinderung von Folgeschäden
- Vermittlung lokaler Leistungserbringer und spezieller Angebote für Adipöse
- Steigerung der Lebensqualität des Teilnehmers

Zentrale Kernelemente des Programms sind zwei Anwendungsfelder der Telemedizin, Telecoaching und Telemonitoring.

Telecoaching

Unter Telecoaching wird die zumeist telefonisch durchgeführte, strukturierte Betreuung von Programmteilnehmern durch medizinisches

Fachpersonal („Coach“) verstanden. In Ergänzung zur ärztlichen Versorgung werden die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement durch regelmäßige Betreuungsanrufe gefördert. So können notwendige Lebensstiländerungen (z. B. bezogen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten) und die Compliance nachhaltig unterstützt und verbessert werden.

Das Telecoaching im Gesundheitsprogramm Leichter Leben startet mit einer dreimonatigen Orientierungsphase, in der die Teilnehmer in das Programm eingeführt werden. Zudem werden wichtige anamnestiche Daten erhoben. Die behandelnden Ärzte werden gebeten, einen Befundbogen auszufüllen, um möglichst valide Daten für die Betreuung zu erhalten. Zum Ende der Orientierungsphase wird eine Risikostratifizierung vorgenommen, auf deren Basis die Einteilung in eines von mehreren Betreuungsprofilen erfolgt, die sich in Art und Intensität der Einzelmaßnahmen unterscheiden. Ziel ist es dabei, die Teilnehmer entsprechend ihres persönlichen Risikos und ihrer Lebenssituation zu betreuen. Neben regelmäßigen Schulungen und der Erhebung wichtiger Verlaufparameter ist ein wichtiges Element des Telecoachings die Vereinbarung konkreter Verhaltensziele. Hierzu werden zunächst gesundheits-schädliche Verhaltensweisen mit dem Teilnehmer erarbeitet. Im zweiten Schritt wird die Veränderungsmotivation des Teilnehmers mithilfe des Transtheoretischen Modells von Prochaska bestimmt. Auf dieser Basis werden dann unter Berücksichtigung des SMART-Modells individuelle Ziele vereinbart, deren Umsetzung im Rahmen der Telefonate regelmäßig besprochen und nachgehalten wird.

In Ergänzung zur telefonischen Betreuung werden speziell entwickelte, schriftliche Schulungsunterlagen eingesetzt.

Die Teilnehmer am Gesundheitsprogramm Leichter Leben haben des Weiteren die Möglichkeit, an einer softwaregestützten Ernährungsberatung durch einen Ernährungsexperten teilzunehmen. Dazu füllen die Teilnehmer sieben Tage lang ein Ernährungsprotokoll aus. Die erhobenen Daten werden mit einer speziellen Ernährungssoftware ausgewertet. Die Teilnehmer erhalten im Anschluss einen individuellen Bericht, in dem die Ernährungsdefizite sowie Möglichkeiten zur Optimierung der eigenen Ernährung beschrieben sind. Die Ernährungsberatung erfolgt auf Basis der Vorgaben der aktuellen Adipositas-Leitlinie zur Ernährungstherapie sowie den Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung).

Telemonitoring

Beim sogenannten Telemonitoring werden relevante Vitalparameter (wie z. B. Blutdruck, Gewicht) engmaschig überwacht. Die Daten werden über telemetrische Endgeräte in der Regel im häuslichen Umfeld erfasst, an eine Datenbank übertragen und dort automatisch auf kritische Werte und Trends überprüft. Beim Über- oder Unterschreiten definierter Grenzwerte können so rasch und gezielt notwendige Interventionen eingeleitet werden.

Zur Förderung der Bewegung im Gesundheitsprogramm Leichter Leben wird eine Telemonitoringlösung des Unternehmens Aipermon GmbH & Co KG aus München eingesetzt.

Das Telemonitoring beinhaltet neben einem Gewichtsmonitoring auch den Einsatz eines neuartigen Aktivitätssensors (AiperMotion 320). Dieser Aktivitätssensor misst mittels eines dreidimensionalen Hightech-Beschleunigungssensors jegliche Art von Bewegung. Dabei unterscheidet der AiperMotion verschiedene Aktivitätsklassen, die die Intensität und Dauer der jeweiligen Bewegung abbilden.

- Aktiv: alle Bewegungen ohne Schritte wie Haus- und Gartenarbeit
- Langsam Gehen: Spaziergangstempo (3-5 km/h)

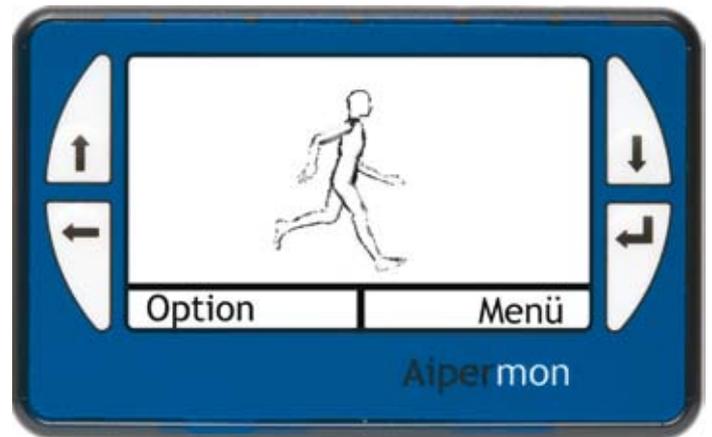


Abb. 1: App-Oberfläche des AiperMotion 320: Ein dreidimensionaler Aktivitätssensor zur Messung und Speicherung der Bewegungsaktivität im Alltag. Ein Auswertungsfenster zeigt die Aktivität in den letzten 60 Minuten, vier Stunden, den aktuellen Tag sowie die sechs zurückliegenden Tage an.

- Schnell Gehen: zügiges Gehen (ab 5 km/h)
- Joggen (ab 7 km/h)

Die Aktivität wird in verbrauchten Kalorien und zurückgelegter Entfernung angezeigt. Die Daten werden mittels Telefonleitung zur almeda GmbH gesendet und dort ausgewertet. Der Aktivitätssensor wurde bereits erfolgreich in wissenschaftlichen Studien zur Gewichtsreduktion eingesetzt.

Die praktische Anwendung des Aktivitätssensors im Gesundheitsprogramm Leichter Leben gestaltet sich wie folgt: Die Teilnehmer vereinbaren mit ihren Coaches telefonisch ein Tagesziel für die tägliche Bewegung, z. B. zwei Stunden Aktivität am Tag, davon 90 Min. langsames Gehen und 30 Min. schnelles Gehen. Über die Anzeige des Aktivitätssensors erhalten die Teilnehmer jeden Tag ein unmittelbares Feedback über den Umfang ihrer Aktivität. Gleichzeitig wird die Information an die almeda übermittelt. Im folgenden Beratungsgespräch kann dann die körperliche Aktivität der Teilnehmer thematisiert werden. Der Vorteil: Auf dieser Basis können die Coaches noch individueller und nachhaltiger motivieren und beraten.

So kann der Einsatz des Aktivitätssensors dazu führen, das Bewusstsein zur körperlichen Aktivität der Teilnehmer zu sensibilisieren. Zudem motiviert die unmittelbare Kontrollmöglichkeit der täglichen Aktivitätsziele die Teilnehmer, beim Nichterreichen ihrer Ziele abends noch einmal sportlich aktiv zu werden, um das Tagesziel doch noch zu erreichen.

Das Feedback der Programmteilnehmer zum Aktivitätssensor ist durchweg positiv, die motivierende Wirkung auf das Bewegungsverhalten konnte bestätigt werden. Probleme mit der technischen Handhabung wurden nicht berichtet.

Fazit

Das beschriebene Gesundheitsprogramm stellt ein umfassendes Betreuungsangebot zur Senkung von Adipositarisiken dar, das innovative Komponenten sinnvoll integriert.

Konkrete Fallbeispiele weisen auf positive Effekte hin: So ist es einem Programmteilnehmer gelungen, sein Körpergewicht innerhalb eines Jahres um 30 kg zu reduzieren. Ein weiterer Teilnehmer mit einem Ausgangsgewicht von 125 kg, kaum Alltagsbewegung und keiner sportlichen Aktivität, schaffte nach zwei Monaten mit dem Aktivitätssensor teilweise bis zu 10.000 Schritte pro Tag, er verbrennt dadurch zusätzlich einige Hundert kcal. Eine detaillierte medizinische Evaluation folgt. <<

von: Pawel Brocki, Irmgard Rose*
Michael Bruhnke**
Dirk Pfothenhauer***

Anm.: Literatur bei den Autoren

* almeda GmbH, München; ** Aipermon GmbH & Co. KG, München; *** Deutsche Krankenversicherung AG

Dr. med. Roger Limberg
Dr. med. Katrin Führer

Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf Insulinverordnung und Dauer der Pen-Schulung

Nach den aktuellsten Zahlen der Internationalen Diabetes Föderation (IDF) ist Deutschland das Land mit der höchsten Diabetes-Prävalenz in Europa. Betroffen sind 12% der 20- bis 79-jährigen, insgesamt etwa 7.5 Millionen Menschen. In Deutschland sind ca. 90% Typ-2-Diabetiker, während etwa 5-10% Typ-1-Diabetiker sind. Versorgt werden die Patienten von bundesweit 50.000 bis 60.000 Hausärzten (ca. ein Arzt pro 1.500 Einwohner), ca. 1.100 Schwerpunktpraxen mit Diabetologen und ca. 350 speziellen Kliniken. Ziel der Behandlung von Patienten mit Diabetes ist es, Komplikationen wie z.B. Makroangiopathie (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit), Mikroangiopathie (Augen- und Nierenschäden), Neuropathie oder diabetisches Fußsyndrom zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten. Für eine erfolgreiche Diabetes-Behandlung sind neben Lebensstilanpassung oder medikamentösen Maßnahmen strukturierte Patientenschulungen unerlässlich. Obwohl bei der Patientenschulung trotz Disease Management Programmen (DMP) zum Teil noch gravierende Defizite bestehen, kann die Patientenschulung in Deutschland im internationalen Vergleich einen hohen Standard aufweisen.

>> Durch die zunehmende Zahl der Menschen mit Diabetes ist es fraglich, ob die ärztliche diabetologische Versorgung in Zukunft mengenmäßig allein durch die auf diesem Gebiet spezialisierten Mediziner geleistet werden kann. Die routinemäßige Versorgung unkomplizierter Fälle durch den Hausarzt könnte daher einen immer wichtigeren Stellenwert einnehmen. Umso interessanter sind vor diesem Hintergrund die Studienergebnisse der 4-T-Study. Der Vergleich einer prandialen oder basalen Insulintherapie mit einer konventionellen Therapie (CT) zeigte, dass mittels CT ein vergleichsweise größerer Prozentsatz der Patienten einen HbA1c-Zielbereich von 6.5 % oder weniger erreichte.

Was nutzt jedoch die beste medizinische Rationale, wenn diese in der Praxis nicht durchführbar ist oder vom Patienten nicht akzeptiert wird? Für eine hohe Akzeptanz sollte sich die therapeutische Versorgung der Menschen mit Diabetes möglichst problemlos in den Tagesablauf integrieren lassen. Obwohl kein allgemeingültiges Patentrezept für den Beginn einer Insulintherapie bei langjährigen Typ-2-Diabetikern existiert, erfolgt die Insulineinstellung jedoch medizinisch gesehen häufig zu spät. Mögliche Ursachen hierfür sind vielfältig und können z.B. in der psychologischen Hürde bei Umstellung, im Zeitaufwand, in der Schulungsdauer, in der Ablehnung wegen möglicher Gewichtszunahme oder in einer verminderten

Abstract

Für eine erfolgreiche therapeutische Versorgung von Menschen mit Diabetes ist insbesondere bei einer Neueinstellung auf Insulin das Erlernen der korrekten Handhabung der Insulin-Applikationshilfe (Insulin-Pen) wichtig. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer prospektiven, explorativen, multizentrischen, nicht-interventionellen Studie demographische Daten und Einzelheiten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation von 2.857 Diabetikern erhoben und hinsichtlich der verordneten Insulintherapie, der Dauer der Pen-Schulung und der Akzeptanz eines Insulin-Pens ausgewertet. Die Patienten waren im Mittel 59.7 Jahre alt und zu 86.1% Typ-2-Diabetiker. Die erhobenen Daten spiegeln eine allgemein gute Versorgungsqualität wider, weisen aber auch auf Unterschiede bei der Versorgung, insbesondere in Abhängigkeit von Alter und Bildungsstand, hin.

Keywords

Diabetes mellitus, Schulung, Insulintherapie, sozioökonomische Faktoren

Patientenkollektiv	
Alter und Geschlecht	Ø 59.7 Jahre (Männer 50.9%, Frauen 49.1%)
Art der Diabeteserkrankung	Typ 2: 86.1% Typ 1: 12.0% Anderer Typ: 1.9%
Erkrankungsdauer	Ø 9.7 Jahre
BMI	Ø 30.7 kg/m ²
Vorliegen von diabetischen Folgeerkrankungen	69.3% der Patienten 55.4% Bluthochdruck 35.2% Fettstoffwechselstörungen 22.8% Diabetische Nephropathie 16.1% Koronare Herzkrankung 12.9% Diabetische Neuropathie 10.3% Diabetische Retinopathie 6.2% Mikroangiopathie
Vorliegen von körperlichen Einschränkungen	28.7% der Patienten 17.1% Sehstörungen 12.7% Störungen der Motorik 11.1% Störungen der Fingerbeweglichkeit 10.4% Sensibilitätsstörungen der Hände 9.7% Hörstörungen 3.4% Sonstige

Tab. 1: Patientenkollektiv

Lebensqualität durch die subkutanen Injektionen begründet liegen.

Vor diesem Hintergrund sowie aufgrund der für die kommenden Jahre zu erwartenden Zunahme an Diabetes-Therapien in der hausärztlichen Praxis sollte die vorliegende Studie die Handhabung und Integrierbarkeit einer Insulintherapie mit einem modernen, einfachen Insulinpen (BerliPen® areo) unter Alltagsbedingungen abbilden.

Im Rahmen dieser prospektiven, explorativen, multizentrischen nicht-interventionellen Studie (NIS) wurden Daten von 2.857 Patienten mit Diabetes erhoben, die eine Insulintherapie mit einer Insulin-Applikationshilfe (BerliPen® areo) begonnen haben oder umgestellt wurden. Die erhobenen demographischen Daten und Einzelheiten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Situation wurden hinsichtlich der verordneten Insulintherapie, der Dauer der Pen-Schulung und der Akzeptanz des Insulin-Pens ausgewertet. Dieser Teil der Auswertung bildet den Hauptfokus des vorliegenden Beitrags.

Methodik

Studiendurchführung

Im Rahmen der nicht-interventionellen Studie, die in hausärzt-

lichen und diabetologischen Praxen im gesamten Bundesgebiet zwischen Februar 2008 und Februar 2009 durchgeführt wurde, wurden Daten von 2.897 Patienten erhoben. Durch die bundesweite Auswahl von Arztpraxen und Patienten konnte eine hinreichend repräsentative Stichprobe gewonnen werden. Ziel der Studie war es, den Beginn oder Wechsel der Insulintherapie mit einer Insulin-Applikationshilfe (BerliPen® areo) im primären Versorgungssektor bei Patienten mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus zu dokumentieren. Die Kriterien für eine erfolgreiche Insulintherapie waren neben der Erreichung individueller Stoffwechselziele auch die Patientenzufriedenheit, die zu Beginn und nach 3 Monaten Studiendauer dokumentiert wurden. Hierzu wurden auch die Gründe für die Therapiewahl erfasst und die Bedienung des Pens durch Arzt und Patient beurteilt. Die Vereinbarkeit des Therapiekonzepts mit dem Alltag des Patienten wurde unter Berücksichtigung der Angaben sozioökonomischer Faktoren wie z.B. zur beruflichen Situation, zum Bildungsstand, zu den Lebensgewohnheiten, dem sozialem Umfeld sowie durch den beobachteten Therapieerfolg untersucht. Zur Beurteilung der Anwendungssicherheit der Applikationshilfe wurden auch unerwünschte Ereignisse bei der Insulingabe erfasst. Um eine Verbesserung der Datenqualität zu erreichen, wurde bei zufällig ausgewählten Ärzten ein Originaldatenvergleich durchgeführt.

Projektmanagement, Monitoring, Datenmanagement und statistische Auswertung erfolgten durch das unabhängige Institut GKM Gesellschaft für Therapieforchung mbH. Die Studie wurde unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE) zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VFA) zur Verbesserung der Qualität und Transparenz von nicht-interventionellen Studien durchgeführt.

Statistische Analyse

Die Auswertung der Studienergebnisse erfolgte mit deskriptiven statistischen Methoden. Quantitative Variablen wurden durch basisstatistische Kenngrößen wie Mittelwert, Standardabweichung und ausgesuchte Quantile beschrieben. Für qualitative und ordinal skalierte Variablen wurden absolute und relative Häufigkeitsverteilungen berechnet. Der Einfluss möglicher prognostischer Variablen wurde mit Hilfe von Subgruppenanalysen untersucht.

Voraussetzung für die Auswertbarkeit einer Patientendokumentation war das Vorhandensein von Angaben zum Verlauf der Therapie. Patienten, bei denen nur Daten der Eingangsuntersuchung vorlagen, wurden von der statistischen Analyse ausgeschlossen. Retrospektive Dokumentationen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Die Auswertung erfolgte mit SAS® Version 9.1.

Zusammenfassung der Kerneergebnisse der nicht-interventionellen Studie

Patientenkollektiv

Insgesamt wurden Daten von 2.897 Patienten dokumentiert. 40 Patienten konnten nicht für die statistische Analyse herangezogen werden, da entweder keine Verlaufsdocumentation (12 Patienten) vorhanden war oder die Dokumentation retrospektiv erfolgte (28 Patienten).

12.0% der Studienteilnehmer waren Typ-1- und 86.1% Typ-2-Diabetiker (anderer Typ: 1.9%, davon am häufigsten Gestationsdiabetes). Die durchschnittliche Dauer der Diabeteserkrankung betrug 9.7 Jahre.

Bei gut zwei Drittel der Patienten (69.3%) lagen Begleit- oder Folgeerkrankungen vor. Am häufigsten war Bluthochdruck (55.4%), gefolgt von Fettstoffwechselstörungen (35.2%) und diabetischer Neuropathie (22.8%). Bei fast ausgeglichener Geschlechterverteilung (50.9% Männer, 49.1% Frauen) waren die Patienten im Mittel 59.7 Jahre alt. Der durchschnittliche Altersunterschied zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetikern betrug etwa 20 Jahre (42.4 Jahre vs. 62.6 Jahre). Der mittlere Body Mass Index (BMI) betrug 30.7 kg/m². 49.2% der Patienten wiesen einen BMI \geq 30 kg/m² auf und waren damit entsprechend der aktuellen WHO-Definition adipös. Nach Angaben der beteiligten Ärzte lag bei 28.7% der Patienten mindestens eine körperliche Einschränkung vor, am häufigsten Sehstörungen (17.1%) oder Störungen der Motorik (12.7%). Unter „Sonstige“ (3.4%) genannt wurden unter anderem Gehbehinderungen und weitere Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen. Tabelle 1 fasst die Kerneergebnisse zum Patientenkollektiv zusammen.

Sozioökonomische Faktoren

Zur weiteren sozialanamnestischen Beschreibung des Patientenkollektivs wurde im Dokumentationsbogen z.B. nach Lebensgewohnheiten, Bildungsstand, beruflicher Situation und sportlicher Aktivität gefragt. Zur Beurteilung des aktuellen Allgemeinzustands waren drei Kategorien vorgegeben (dynamisch/flexibler Patient, älterer selbstständiger Patient, pflegebedürftiger Patient). Die meisten Patienten (n=1.485; 52.5%) wurden vom behandelnden Arzt als „dynamisch/flexible Patienten“ eingestuft, gefolgt von „älteren selbstständigen Patienten“ (n=1.216; 43.0%).

Die meisten Patienten wiesen eine abgeschlossene Berufsausbildung (n=1.785; 64.3%) auf. 24.3% hatten einen Schulabschluss und 11.4% der Studienteilnehmer ein Fach-/Hochschulstudium als höchsten Abschluss.

Etwa zwei Drittel der Patienten (65.1%) waren zum Zeitpunkt der NIS nicht (mehr) berufstätig. Davon waren 42.2% der Patienten im „Ruhestand“, 11.2 % „Hausfrau/-mann“ und 4.2% „arbeitslos“. Des Weiteren wurden die Aspekte einer beruflichen Tätigkeit näher hinterfragt (Mehrfachangaben waren möglich). 24.6% der Studienteilnehmer waren „Vollzeit beschäftigt“ und 5.4% „Teilzeit beschäftigt“. Am häufigsten war „Schreibtisch-/Büroarbeit“ (15.3%) gefolgt von „körperlich anstrengender Arbeit“ (8.0%) genannt.

Nach Angaben des behandelnden Arztes waren 73.2% der Patienten körperlich aktiv. Von den „körperlich / sportlich aktiven und sehr aktiven“ Patienten (30.7%) waren 48.0% „1 bis 2-mal pro Woche“ und 40.7% der Studienteilnehmer „mehrmals pro Woche“ aktiv.

Ergebnisse zum Einfluss verschiedener sozioökonomischer Faktoren auf die Schulungsdauer

Schulung

In den meisten Fällen wurde die Schulung zur Handhabung der Applikationshilfe durch den Arzthelfer bzw. die Arzthelferin durchgeführt (46.2%). Bei 15.5% der Patienten wies der Arzt bzw. die Ärztin die Patienten ein.

Die Schulung war in den meisten Fällen nach 15 Minuten beendet (72.1%). Bei 26.0% der Patienten dauerte die Einweisung 15-30 Minuten und in 1.9% der Fälle länger als 30 Minuten.

Bei 97.6% der Patienten verlief die Pensschulung problemlos. Die wenigen dokumentierten Schwierigkeiten verwiesen zumeist auf motorische Beeinträchtigungen der Patienten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Einfluss sozioökono-

mischer Faktoren auf die Schulungsdauer dargestellt. Hierbei wurde die Schulungsdauer dichotomisiert in 5-15 Minuten (kurze Schulung) und 15-30 Minuten (lange Schulung).

Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung der teilnehmenden Frauen und Männern war nahezu gleich: Frauen waren im Durchschnitt 59.7 Jahre und Männer 59.6 Jahre alt. Die Schulung war bei 75.2% der Männer und 71.5% der Frauen von kurzer Dauer (unter 15 Minuten). Das mittlere Alter der Studienteilnehmer mit kurzer Schulungsdauer lag deutlich unter dem der Patienten mit langer Schulungsdauer (kurze Schulung: Männer 58.0, Frauen 58.4 Jahre; lange Schulung: Männer 64.3, Frauen 62.3 Jahre).

Diabetes-Typ und -dauer

Typ-1-Diabetiker zeigten eine eher kurze Schulungsdauer, was im Wesentlichen auf das Alter zurückzuführen ist (87.6% vs. 71.5% bei Typ-2-Diabetikern). Die Dauer der Erkrankung „Diabetes mellitus“ zeigte kaum einen Einfluss auf die Schulungsdauer (kurze Schulung bei 74.7% Patienten mit Neudiagnose vs. 73.3% Patienten mit länger zurückliegender Diagnosestellung).

Körperliche Einschränkungen

Patienten mit körperlichen Einschränkungen wiesen tendenziell eine längere Schulungsdauer auf als Patienten ohne Einschränkungen (33.1% vs. 23.8%). Dabei war eine „Hörstörung“ am ehesten mit einer langen Schulungsdauer korreliert (42.6%), während eine gestörte Motorik oder Sehstörungen nur in Einzelfällen zu einer Verlängerung der Schulungsdauer führten.

Bildungsstand und Berufstätigkeit

Ein höherer Bildungsabschluss korrelierte mit einer eher kürzeren Schulungsdauer (69.1% Schulabschluss, 74.6% abgeschlossene Ausbildung, 78.7% abgeschlossenes Studium). Die Schulungsdauer war bei den Berufstätigen eher kürzer als bei den nicht Berufstätigen (81.7% vs. 69.9%).

Schulungspersonal, Erfahrung mit Insulinpen, Art des verwendeten Insulins

Beim Schulungspersonal zeigte sich kaum ein Unterschied im Hinblick auf die Schulungsdauer (kurze Dauer: 71.6% Schulung durch Arzt/Ärztin vs. 71.4% Schulung durch Arzthelfer/in).

Bei „Pen-erfahrenen“ Diabetikern war die Schulung eher von kurzer Dauer (81.2% vs. 67.3% bei Patienten mit erstem Insulinpen).

Patienten, die ein Analoginsulin verwendeten, wiesen tendenziell

eine eher kürzere Schulungsdauer auf als Patienten, die auf ein Humaninsulin eingestellt waren (78.3% vs. 68.3%).

Ergebnisse zum Einfluss verschiedener sozioökonomischer Faktoren auf die Insulinverordnung

Insulinverordnung

Zur Angabe der bisherigen Diabetes-Therapie vor Studienstart waren die Kategorien „orale Antidiabetika (OAD)“ und „Insulin“ vorgegeben, dabei nicht berücksichtigte Therapien konnten als Freitext dokumentiert werden. Insgesamt waren 2.523 Patienten (88.6%) bereits vortherapiert, in 54.8% der Fälle mit OAD und in 49.7% mit Insulin.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum möglichen Einfluss verschiedener sozioökonomischer Faktoren auf die Insulin-Verordnung (Insulinanaloga vs. Humaninsulin) dargestellt. Insulinanaloga (n=1.527 Patienten; 53.9%) wurden bei den Patienten des Studienkollektivs etwas häufiger verwendet als Humaninsulin (n=1.304 Patienten; 46.1%).

Alter und Geschlecht

Jüngere Patienten erhielten eher ein Analoginsulin, ältere Patienten waren häufiger auf Humaninsulin eingestellt. Insulinanaloga erhielten 63.5% der Patienten < 50 Jahre, 54.1% der Patienten im Alter von 50 bis ≤ 70 Jahre und 44.8% der über 70-jährigen Patienten. Patienten, die Insulinanaloga spritzten, waren im Mittel etwas jünger (57.9 Jahre) als Humaninsulin-Patienten (61.7 Jahre).

Der Anteil der Insulinanaloga war bei Männern etwas höher als bei den Frauen (55.5% vs. 52.2%).

Diabetes-Typ und -dauer

Eine deutliche Abhängigkeit zeigte sich zwischen Diabetes-Typ und Insulinverordnung: Typ-1-Diabetiker erhielten häufiger Insulinanaloga als Typ-2-Diabetiker (82.1% vs. 50.2%).

Patienten mit längerer Diabetesdauer erhielten tendenziell eher Insulinanaloga (54.1% vs. 51.6% bei neu diagnostizierten Patienten).

Körperliche Einschränkungen

Das Vorliegen einer körperlichen Einschränkung zeigte kaum Einfluss auf das Ordnungsverhalten. 54.7 % der Patienten ohne bzw. 52.2% der Patienten mit körperlichen Einschränkungen waren auf Analoginsulin eingestellt.

Bildungsstand und Berufstätigkeit

Es zeigte sich ein Trend zur Verordnung von Analoginsulin bei Patienten mit höherem Bildungsabschluss: Während 53.8% der Patienten mit einer Schulausbildung als höchstem Abschluss Humaninsulin

Literatur

- Alberti, K.G. and P.Z. Zimmet, Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med*, 1998. 15(7): p. 539-53.
- Holman, R.R., et al., Addition of biphasic, prandial, or basal insulin to oral therapy in type 2 diabetes. *N Engl J Med*, 2007. 357(17): p. 1716-30.
- Polonsky, W.H., et al., Psychological insulin resistance in patients with type 2 diabetes: the scope of the problem. *Diabetes Care*, 2005. 28(10): p. 2543-5.
- Rubin, R.R. and M. Peyrot, Factors affecting use of insulin pens by patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2008. 31(3): p. 430-2.
- Peyrot, M., et al., Resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*, 2005. 28(11): p. 2673-9.
- Rathmann, W., et al., High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. *The KORA survey 2000. Diabetologia*, 2003. 46(2): p. 182-9.
- Hauner, H., et al., Prevalence of undiagnosed Type-2-diabetes mellitus and impaired fasting glucose in German primary care: data from the German Metabolic and Cardiovascular Risk Project (GEMCAS). *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2008. 116(1): p. 18-25.
- Wabitsch, M., et al., Type II diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Caucasian children and adolescents with obesity living in Germany. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2004. 28(2): p. 307-13.

erhielten, waren 56.1% der Patienten mit einer abgeschlossenen Ausbildung und 55.9% der Patienten mit Hochschulstudium auf Analoginsulin eingestellt. Berufstätige Patienten verwendeten vergleichsweise häufiger Analoginsulin (59.5%). Bei nicht-berufstätigen Patienten war die Einstellung auf Analog- bzw. Humaninsulin annähernd gleich verteilt (50.9% Analoginsulin, 49.1% Humaninsulin).

Schulungspersonal, Erfahrung mit Insulinpen, Art des verwendeten Insulins

Patienten, bei denen die Pensschulung durch den/die Arzt/Ärztin durchgeführt wurde, erhielten vergleichsweise etwas häufiger Humaninsulin (55.9%). Im Gegensatz dazu, waren vom Arzthelfer oder der Arzthelferin geschulte Patienten eher auf Insulinanaloga (59.9%) eingestellt. „Pen-erfahrene“ Patienten erhielten häufiger Analoginsulin (67.7%). Bei Patienten, die ihren ersten Pen erhielten, war die Verordnung von Humaninsulin etwas häufiger (57.1%).

Diskussion

Das Patientenkollektiv dieser nicht-interventionellen Studie spiegelt die klassische Verteilung des Diabetes-Typs (Typ-2 >> Typ-1) mit den entsprechenden Diabetes bezogenen Folgeerkrankungen wider. Zukunftsprognosen sprechen von einer weltweit steigenden Prävalenz sowohl des Typ-1- als auch des Typ-2-Diabetes mellitus, wobei aufgrund einer Dunkelziffer an nicht diagnostizierten Fällen als auch einer tendenziell steigenden Verbreitung von Adipositas und Bewegungsmangel eine schnellere Zunahme des Typ-2-Diabetes mellitus zu erwarten ist.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Lebensalter bzw. Bildungsabschluss und der Schulungsdauer für die Insulin-Applikationshilfe hin. Dies spiegelt sich auch in der kurzen Schulungsdauer bei berufstätigen Studienteilnehmern sowie Typ-1-Diabetikern wider, was aber auch zum Teil auf dem Lebensalter beruhen könnte. Bei der Mehrheit der Patienten (70.1%) dauerte die Schulung für den Insulinpen maximal 15 Minuten. Bei Hörstörungen war der Einfluss auf die Schulungsdauer deutlicher als z.B. bei Motorikstörungen.

Die Ergebnisse zum Ordnungsverhalten zeigten einen Trend hin zur Verschreibung von Insulinanaloga bei jüngeren Patienten und ver-

Erklärung:

Berlin-Chemie AG hat die Durchführung der Studie finanziell unterstützt. Die GKM Gesellschaft für Therapiefor- schung mbH in München wurde von Berlin-Chemie mit der Studiendurchführung beauftragt.

Dr. med. Roger Limberg

ist Direktor Medizin & Forschung bei der Berlin-Chemie-AG in Berlin. Er hat nach seinem Studium der Humanmedizin an der Medizinische Hochschule Hannover promoviert und war anschließend in der klinischen Forschung bei Pharmaunternehmen tätig.
Kontakt: Limberg@berlin-chemie.de



Dr. med. Katrin Führer

ist stellvertretende Abteilungsleiterin Medical Advising bei der GKM Gesellschaft für Therapiefor- schung mbH in München. Sie hat nach ihrem Studium der Humanmedizin an der Technischen Universität in München promoviert und war anschließend in der klinischen Forschung als Prüfarztin tätig.
Kontakt: k.fuehrer@gkm-therapieforschung.de



Impact of socioeconomic factors on insulin prescription and pen training duration

Training on correct handling of the application device (insulin pen) is of particular importance for successful therapeutic management of diabetic patients during insulinization. Against this background, demographic data and details regarding socioeconomic and health status of 2.857 diabetes patients were collected during a prospective, exploratory, multicenter, non-interventional study and analyzed with regard to insulin prescription, pen training duration and insulin pen acceptance. Mean patient age was 59.7 years and 86.1% of patients were diagnosed with type 2 diabetes. The data collection reflects a generally good standard of medical care, but also indicates differences in medical care, especially dependent on age and standard of education.

Keywords

diabetes mellitus, patient training, insulin therapy, socioeconomic factors

mehrter Humaninsulinverordnung mit steigendem Lebensalter. Relativ deutlich wird diese Tendenz auch beim Diabetes-Typ, was vermutlich auf das unterschiedliche mittlere Lebensalter (Typ-1: 42.4 Jahre; Typ-2: 62.6 Jahre) zurückzuführen ist. Ein möglicher Grund für diese Unterschiede kann z.B. in der höheren Flexibilität eines Therapieregimes mit Analoginsulinen liegen. Insbesondere die Möglichkeit auf Zwischenmahlzeiten zu verzichten, könnte für jüngere Patienten oder Patienten im Berufsleben wichtig sein. Andererseits besteht vielleicht bei älteren Patienten eher der Wunsch eine bestehende Humaninsulin-Behandlung fortzuführen. Nachdem nun die Kostenhürde, die durch die Festsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Wirtschaftlichkeit der Analoginsuline entstanden ist, durch Rabattverträge der Hersteller mit den Kassen überwunden wurde, werden vielleicht zukünftig vermehrt Analoginsuline verordnet.

Neueingestellten Studienteilnehmern (Ø Alter 58.8 Jahre), wurde etwas häufiger reines Humaninsulin verordnet, möglicherweise um ihnen die Umstellung zu erleichtern. Pen-erfahrene Patienten erhielten eher ein Analoginsulin vielleicht, um ihr Therapieregime flexibel selbst gestalten zu können.

Aufgrund der großen Fallzahl und der deutschlandweiten Verteilung der Zentren konnte die NIS die Versorgungsrealität in diabetologischen Praxen in Deutschland repräsentativ abbilden. Die Kenntnis der aktuellen Versorgungssituation und des Ordnungsverhaltens ist Voraussetzung für eine Therapieoptimierung und damit einem möglichen Zuwachs an Lebensqualität für Menschen mit Diabetes. <<

Dr. med. Torsten Kühn MBA

Ranibizumab oder Bevacizumab? Wie viel Evidenz benötigt die Augenheilkunde?

Seit Januar 2011 ist Ranibizumab für die Behandlung des Visusverlusts als Folge eines diabetischen Makulaödems zugelassen. Aflibercept (VEGF Trap-Eye, Eylea®) benötigte im direkten Vergleich zu Ranibizumab rund 42% weniger Injektionen pro Patient und Jahr, um eine Nicht-Unterlegenheit in der Behandlung der neovaskulären AMD zu demonstrieren. Die Zulassung von Aflibercept für die neovaskuläre AMD wird für das Jahr 2012 erwartet. Durch die Indikationserweiterungen und Neuzulassungen sowie dem Umstand, dass es sich bei der intravitrealen VEGF-Inhibition um eine palliative Behandlung chronisch Kranker handelt, wird eine zunehmend wachsende Anzahl an ophthalmologischen Patienten mit VEGF-Inhibitoren behandelbar sein, woraus ein Ausgabenanstieg für die gesetzliche und private Krankenversicherung in Deutschland resultiert. Mit dem Ziel, den ophthalmologischen Anti-VEGF-Markt korrekt abzubilden und Aussagen über zukünftige Marktentwicklungen zu ermöglichen, wurde eine bundesweite Versorgungsanalyse durchgeführt, die eine Vielzahl von operativen Augenärzten in Klinik und Niederlassung involvierte.

>> 615 augenheilkundliche Zentren (Klinik und Niederlassung) wurden ausgewählt, um an der Befragung teilzunehmen. Als Einschlusskriterien wurden operative Tätigkeit und Erfahrung im Umgang mit IVOM und VEGF-Inhibitoren definiert. Publikationen und Internetpräsenz waren hilfreich bei der Teilnehmerselektion. Pro Zentrum konnte nur ein Augenarzt an der Befragung teilnehmen, vorzugsweise der Augenarzt, dessen Expertise den Bereich der VEGF-Inhibitoren umfasste. Die Befragung wurde im November und Dezember 2009 durchgeführt, die Auswertung im ersten Halbjahr 2010.

Ergebnisse

615 Augenärzte in Klinik und Niederlassung mit dem nachweislichen Schwerpunkt „IVOM“ wurden telefonisch kontaktiert. Von 615 nahmen 253 (41,1%) Augenärzte an der Befragung teil, während 362 (58,9%) Augenärzte die Teilnahme ablehnten. Von den 253 teilnehmenden Augenärzten waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 40 (15,8%) in öffentlichen Kliniken und 213 (84,2%) in Niederlassung tätig. 246 der 253 Teilnehmer gaben an, intravitreale operative Medikamenteneingabe und Diagnostik selbst durchzuführen.

Die Verteilung und Wirkung der VEGF-Inhibitoren Bevacizumab, Pegaptanib und Ranibizumab

Auf die Frage der Marktanteile der VEGF-Inhibitoren Ranibizumab, Bevacizumab und Pegaptanib gaben 227 der Teilnehmer die Auskunft,

Abstract

Die VEGF-Antagonisierung ist eine bedeutende Behandlungsoption für Patienten mit ophthalmologischen Erkrankungsbildern wie der neovaskulären AMD oder den diabetischen Augenerkrankungen. Für den augenheilkundlichen Anti-VEGF-Markt stehen kaum Versorgungsdaten zur Verfügung, da die VEGF-Antagonisten Bevacizumab und Ranibizumab als Rezepturen angewendet (ausgeeinzelt) werden und die intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM) nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet ist. Eine Befragung von Experten in Deutschland wurde mit dem Ziel durchgeführt, Informationen zum Einsatz der VEGF-Antagonisten in augenheilkundlichen Indikationen zu erheben. Diese Datenerhebung zeigt, dass der ophthalmologische Anti-VEGF-Markt transparent erfasst und die Versorgungsqualität gesichert werden kann, wenn aus einer regelmäßigen Evaluation von Versorgungsdaten nachfolgend Management-Handlungen abgeleitet werden.

Keywords

Bevacizumab, Avastin, Ranibizumab, Lucentis, Luzentis, Pegaptanib, Macugen, Ozurdex, Aflibercept, VEGF Trap-Eye, VEGF Trap, AMD, altersbedingte Makuladegeneration, DMÖ, DME, diabetisches Makulaödem, RVO, retinaler Venenverschluss, Muster 16, Selektivverträge, Kostenerstattung, intravitreale Injektion, IVOM, EBM-Ziffer

Angiogenese

Die Angiogenese gilt als Schlüsselprozess bei der Entstehung der neovaskulären Form der altersbedingten Makuladegeneration (AMD), eine der Hauptursachen für Erblindung im Alter. Nach Identifikation von VEGF-A (Vascular Endothelial Growth Factor) als Hauptmediator von Angiogenese und Leckage bei der Pathogenese der neovaskulären AMD begann Ende der 1990er Jahre die Entwicklung dreier Moleküle – Pegaptanib, Aflibercept und Ranibizumab – mit dem Ziel, das ophthalmologische Erkrankungsbild erfolgreicher behandelbar zu machen. Am 31. Januar 2006 erfolgte die Zulassung von Pegaptanib (Macugen®) für die Behandlung der neovaskulären AMD durch die europäische Zulassungsbehörde EMA (European Medicines Agency). Pegaptanib steht für ein Aptamer, welches gezielt die VEGF-A-Isoform 165 inhibiert. Ranibizumab (Lucentis®), ein gegen alle VEGF-A-Isoformen gerichtetes Antikörperfragment wurde am 22. Januar 2007 für die Behandlung der neovaskulären AMD durch die EMA zugelassen. Weltweit und auch in Deutschland wurden Patienten mit neovaskulärer AMD bereits vor der Zulassung von Pegaptanib und Ranibizumab mit Bevacizumab (Avastin®) behandelt. Bevacizumab steht für einen vollständigen IgG-Antikörper mit dem identischen Wirkmechanismus wie Ranibizumab. Nach Zulassung am 12. Januar 2005 für die Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms stand Bevacizumab auch für den ophthalmologischen Einsatz in Deutschland zur Verfügung. Im Jahr 2005 entstanden die ersten Publikationen, welche die Wirkung von intravitreal verabreichtem Bevacizumab auf Patienten mit neovaskulärer AMD und anderen Erkrankungsbildern darstellten.

VEGF-Inhibitoren

VEGF-Inhibitoren, die zur Behandlung von Netzhauterkrankungen eingesetzt werden, sind in das betroffene Auge durch eine intravitreale operative Medikamenteneingabe (IVOM) einzubringen. Die IVOM ist nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet, so dass eine Verordnung von VEGF-Inhibitoren in der Augenheilkunde nur sehr selten auf einem Kassenrezept (Muster 16) erfolgt. Zwei Alternativen werden erfolgreich genutzt: Kostenerstattungsprinzip und Behandlung im Rahmen von (vertraglichen) Kooperationen zwischen Krankenkassen und ärztlichen Leistungserbringern, jeweils kombiniert mit einer Arzneimittelverordnung auf Privatrezept.

dass zum Zeitpunkt der Befragung 69,8% der Patienten, die eine Anti-VEGF-Therapie bekommen, mit Ranibizumab behandelt würden. 27,9% der Patienten würden Bevacizumab erhalten, rund 1,5% Pegaptanib (Abb. 1).

Durch den Einsatz von Bevacizumab, Ranibizumab und Pegaptanib sollen rund 9 von 10 Patienten eine Verbesserung (45,3%) oder keine Veränderung der Sehkraft (44,3%) erfahren. Jeder 10. Patient soll angeben, dass sich der Visus unter der Anti-VEGF-Therapie verschlechtert (Abb. 2).

44,9% der Augenärzte gaben aufgrund eigener Erfahrungen im Versorgungsalltag an, dass hinsichtlich der Wirksamkeit und Sicherheit

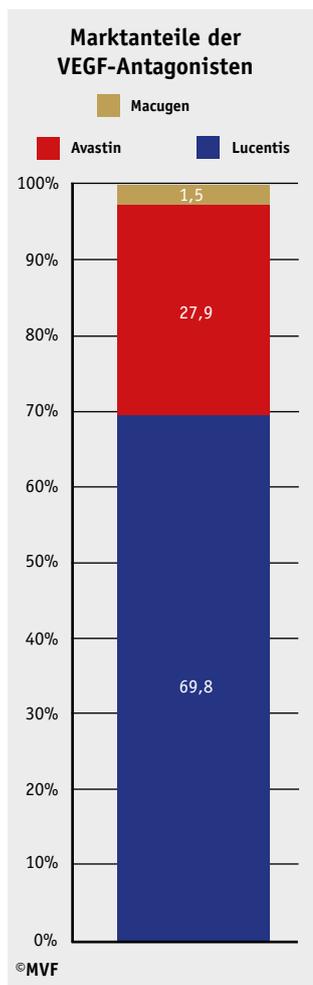


Abb. 1: Marktanteile der VEGF-Inhibitoren Ranibizumab, Bevacizumab & Pegaptanib, bezogen auf behandelte Patienten zum Zeitpunkt der Befragung (November und Dezember 2009). Über alle Indikationen hinweg besitzt Ranibizumab mit 69,8% den größten Marktanteil (n=227)

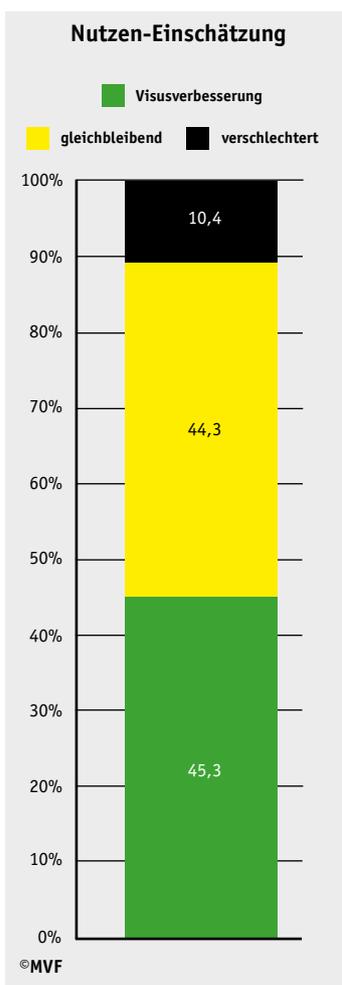


Abb. 2: Nach Einschätzung der teilnehmenden Augenärzte profitieren 89,6% der behandelten Patienten von der Anti-VEGF-Therapie mit Macugen, Avastin oder Lucentis (n=201).

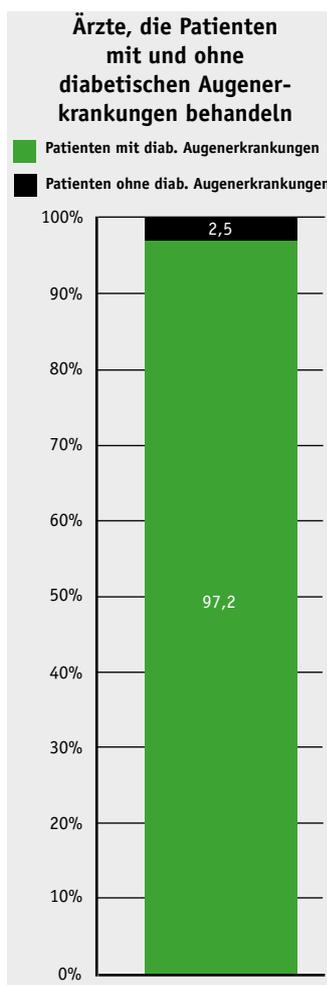


Abb. 3: Anteil der Augenärzte, die zum Zeitpunkt der Befragung Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen behandeln (n=253).

Bevacizumab und Ranibizumab gleichwertig und beide Arzneimittel Pegaptanib überlegen seien (n=214).

Anti-VEGF-Therapie für Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen

Der Begriff „diabetische Augenerkrankungen“ vereint hier die diabetische Retinopathie und die diabetische Makulopathie (das diabetische Makulaödem). 97,2% der befragten Augenärzte gaben an, Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen zu behandeln. 2,8% behandelten zum Zeitpunkt der Befragung nach eigenen Angaben keine Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen (Abb. 3).

Während 26,1% der Augenärzte davon ausgehen, dass weniger als 10% der Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen in Behandlung sind, schätzen 23,4% dass alle behandelbaren Patienten gegenwärtig in Behandlung sind (Abbildung 4).

89,2% der Augenärzte definieren zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Lasertherapie als ‚First Line‘ für Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen. Dagegen betrachten rund 5,6% der Experten VEGF-Inhibitoren als Mittel der ersten Wahl (n=251). Als ‚Second Line‘

nach der Lasertherapie positionieren 56,6% der Befragten VEGF-Inhibitoren (n=214).

Die intravitreale Arzneimitteltherapie findet bei mehreren Erkrankungsbildern Anwendung

Die Befragung fand im November und Dezember 2009 statt. In Deutschland war bis zum Januar 2011 die neovaskuläre AMD das einzige Erkrankungsbild, für dessen Behandlung die intravitreale Verabreichung eines VEGF-Inhibitors zugelassen war. Vor diesem Hintergrund wurde den teilnehmenden Ophthalmologen die Frage gestellt, ob sich die intravitreale Arzneimitteltherapie lediglich auf die neovaskuläre AMD beschränkt oder darüber hinaus auch andere Anwendungsgebiete umfasst. 79,5% der Augenärzte gaben an, weitere Erkrankungsbilder zu behandeln, während 17,7% mitteilten, dass sie die intravitreale Arzneimitteltherapie auf die neovaskuläre AMD begrenzen. 2,8% der Teilnehmer machten zu dieser Fragestellung keine Angabe (Tab. 1).

Die Augenärzte, welche mitteilten, dass sie die VEGF-Inhibition nicht auf die neovaskuläre AMD begrenzen, wurden aufgefordert, spontan die Erkrankungsbilder zu nennen, welche sie mit der intravitrealen Arzneimitteltherapie behandeln. 197

Ophthalmologen nannten spontan neben der neovaskulären AMD 16 weitere Anwendungsgebiete der intravitrealen VEGF-Inhibition. Zu den Erkrankungsbildern, die in über 50% der Fälle genannt wurden, zählen das diabetische Makulaödem, das Irvine-Gass-Syndrom, die neovaskuläre AMD und das Makulaödem als Folge eines Venenverschlusses (Tab. 2).

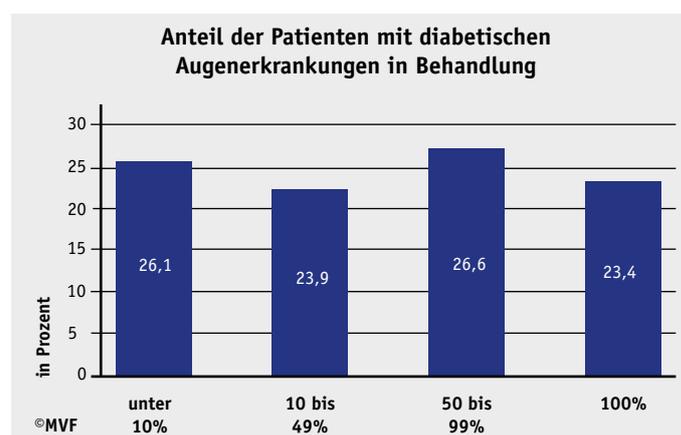


Abb. 4: Anteil der Patienten, die von einer diabetischen Augenerkrankung betroffen und in Behandlung sind (n=188).

Arzneimittelpreise, Honorare, Selektivverträge und Medikamenten-auseinzelung

Über 90% der Augenärzte halten die Arzneimittel Macugen und Ranibizumab für überteuert. Lediglich 8,7% der Augenärzte empfinden den Apothekenverkaufspreis von Macugen für angemessen, nur 7,9% halten den Apothekenverkaufspreis von Ranibizumab für gerechtfertigt (Tab.3).

60,0% der Augenärzte sind nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Befragung Vertragspartner von Krankenkassen hinsichtlich der IVOM. Dabei handele es sich vorwiegend um Verträge gemäß §§140a ff. SGB V (integrierte Versorgung) und weniger um Verträge gemäß §73c SGB V (besondere ambulante ärztliche Behandlung). 40,0% der Befragten gaben an, keiner vertraglichen Krankenkassenkooperation beigetreten zu sein (Abb. 5).

Die Fragestellung, ob das Honorar für die intravitreale operative Medikamenteneingabe den ärztlichen Aufwand angemessen widerspiegelt, bejahten 83,3% der befragten Augenärzte. Dagegen halten 16,7% der Augenärzte die IVOM für nicht ausreichend honoriert (Tabelle 4). Im bundesweiten Durchschnitt beträgt das ärztliche Honorar für die IVOM zum Zeitpunkt der Datenerhebung nach Aussagen der Befragten 291,15

Behandeln Sie ausschließlich Patienten mit neovaskulärer AMD mit intravitrealer Arzneimittelgabe?	Anteil der Augenärzte (n=248)
Ja	17,7%
Nein	79,5%
Keine Angabe	2,8%

Tab. 1: Anteil der Augenärzte, welche ausschließlich die neovaskuläre AMD mit der intravitrealen Verabreichung von Arzneimitteln behandeln oder zudem weitere Erkrankungsbilder (n=248).

Eur, während die Spannweite von 150,00 Eur bis 450,00 Eur reicht (n = 185). Die Implementierung einer EBM-Ziffer für die intravitreale operative Medikamenteneingabe befürworteten 9,4% der Augenärzte. Während 62,9% der Augenärzte die EBM-Ziffer für den Fall akzeptieren würden, dass das Honorar für die IVOM bei mindestens 300,00 Eur liegt, lehnen 27,7% der Teilnehmer die EBM-Ziffer kategorisch ab (Tab. 4).

Ist die Auseinzelung der VEGF-Inhibitoren bedenklich?

Die Auseinzelung der VEGF-Inhibitoren Bevacizumab und Ranibizumab halten 66,4% der Augenärzte für bedenklich. Von diesen 66,4% würden 50,7% die Auseinzelung und den nachfolgenden Transport zum Operateur für den Fall befürworten, dass der Nachweis der Arzneimittelqualität (Wirksamkeit und Sicherheit) erbracht wird und das ausgeeinzelte Produkt als bedenkenlos eingestuft werden kann. Dagegen lehnen 49,3% der Augenärzte, welche die Auseinzelung als bedenklich einstufen, diese Praxis auch unter allen Hypothesen ab. 31,8% der Augenärzte halten die Auseinzelung der VEGF-Inhibitoren für unbedenklich, während 1,8% keine Angaben zu dieser Fragestellung machten (n = 220; Abb. 6)

Diskussion

Die Dominanz von Ranibizumab im Markt der intravitrealen VEGF-Inhibitoren mit einem Marktanteil von 69,8% basiert auf einer juristischen Diskussion um Off Label Use und Arzthaftung.

In Bezug auf behandelte Patienten besitzt Ranibizumab im Markt

Bitte nennen Sie spontan die Erkrankungsbilder, die Sie regelmäßig mit VEGF-Inhibitoren behandeln!	Anteil der Augenärzte (n=197)
Anteriore Ischämische Optikusneuropathie (AION)	1,5%
Arterienverschluss (AAV und ZAV)	25,4%
Chorioretinitis	1,0%
CNV idiopathischer Genese	17,3%
CNV infolge pathologischer Myopie	20,8%
Diabetische Retinopathie	28,4%
Diabetisches Makulaödem	85,8%
Hornhautneovaskularisationen (subkonjunktival)	38,6%
Irvine-Gass-Syndrom	55,8%
Morbus Best (vitelliforme Makuladystrophie)	2,5%
Neovaskuläre AMD (feuchte AMD)	98,0%
Neovaskularisationsglaukom	33,0%
Pseudoexfoliationssyndrom	3,6%
Retinopathia centralis serosa (RCS)	6,1%
Strahlenretinopathie	0,5%
Uveitis	6,6%
Venenverschluss (VAV und ZVV)	55,8%

Tab.2: Darstellung der Erkrankungsbilder, welche von den teilnehmenden Augenärzten (n=197) durch die intravitreale Verabreichung von VEGF-Inhibitoren behandelt werden. Mehrfachnennungen waren möglich und gewünscht.

Halten Sie den Apothekenverkaufspreis von Macugen in Höhe von 854,15 Euro* für angemessen?	Anteil der Augenärzte (n=173)
Ja	8,7%
Nein, zu hoch	91,3%

Halten Sie den Apothekenverkaufspreis von Lucentis in Höhe von 1.296,22 Eur* für angemessen?	Anteil der Augenärzte (n=215)
Ja	7,9%
Nein, zu hoch	92,1%

Tab.3: Anteil der Augenärzte, welche die Apothekenverkaufspreise von Macugen (n=173) und Lucentis (n=215) für angemessen oder ungerechtfertigt (zu hoch) halten.

*Apothekenverkaufspreis (AVP) zum Zeitpunkt der Befragung. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt der AVP für Lucentis bei 1.285,90 Eur und der AVP von Macugen bei 847,36 Eur (Stand: 01.05.2011)

der intravitrealen VEGF-Inhibitoren einen Marktanteil in Höhe von 69,8% und Bevacizumab einen Marktanteil in Höhe von 27,9%, obwohl

- Ranibizumab und Bevacizumab mit der VEGF-A-Inhibition einen identischen Wirkmechanismus besitzen,
- 44,9% der Augenärzte aufgrund eigener Erfahrung annehmen, dass Ranibizumab und Bevacizumab in Wirksamkeit und Sicherheit für die Behandlung ophthalmologischer Erkrankungsbilder gleichwertig sind und der durchschnittliche Apothekenverkaufspreis einer 1,25mg-Bevacizumab-Spritze mit rund 59,00 Euro deutlich geringer ist als der AVP einer 0,5mg-Ranibizumab-Spritze.

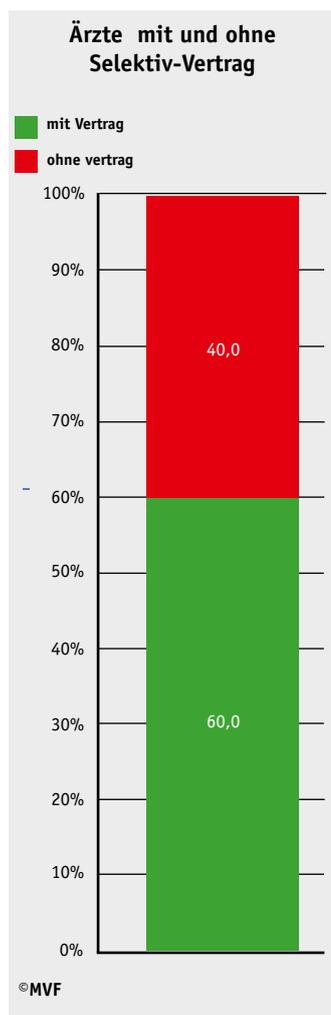


Abb.5: Anteil der Augenärzte, die keiner oder mindestens einer vertraglichen Kooperation mit einer Krankenkasse beigetreten sind (n=210)

Die Dominanz von Ranibizumab ist durchaus nachvollziehbar, da aus der juristischen Diskussion um Off-Label-Anwendung und Arzthaftung Unsicherheit unter den ärztlichen Leistungserbringern resultiert. Schließlich wird Bevacizumab in der Augenheilkunde weder durch einen pharmazeutischen Unternehmer vermarktet noch ist Bevacizumab für die Behandlung augenheilkundlicher Erkrankungen zugelassen.

Die VEGF-Inhibitoren Bevacizumab, Ranibizumab und Pegaptanib werden bei einer Vielzahl an augenheilkundlichen Erkrankungen gleichermaßen ‚off-label‘ eingesetzt

Gegenwärtig ist Pegaptanib ausschließlich für die Behandlung der neovaskulären AMD zugelassen, während Ranibizumab eine Zulassung für die Behandlung der neovaskulären AMD sowie des Visusverlusts als Folge eines diabetischen Makulaödems besitzt. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl an Erkrankungsbildern, welche mit den VEGF-Inhibitoren Bevacizumab, Ranibizumab und Pegaptanib behandelt werden, obgleich keines der genannten Arzneimittel für diese Indikationen zugelassen ist. Insbesondere die Off-Label-Anwendung von Bevacizumab stellt für viele

Erkrankungsbilder in der Augenheilkunde eine sinnvolle, und vom Betroffenen aus eigener Kraft finanzierbare Behandlungsmöglichkeit dar.

Der Einsatz der VEGF-Inhibitoren für Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen wird zunehmen

97,2% der Augenärzte behandeln zum Zeitpunkt der Befragung Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen. 89,2% der Augenärzte definieren die Lasertherapie als ‚First Line‘, 56,6% die VEGF-Inhibitoren als ‚Second Line‘. Erfolgreiche Phase-II-Studien reichten für 5,6% der Augenärzte aus, um bereits zum Zeitpunkt der Befragung – zum Zeitpunkt der Befragung lag für keinen VEGF-Inhibitor eine Zulassung zur Behandlung von diabetischen Augenerkrankungen vor – die VEGF-Inhibitoren vor die Laserbehandlung als Mittel der Wahl für Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen zu positionieren. Sehr häufig gaben Augenärzte an, dass mit Vorliegen positiver Ergebnisse der Phase-III-Studien die VEGF-Inhibition den Vorzug vor der Laserbehandlung erhielt. Mittlerweile ist Ranibizumab für die Behandlung einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems zugelassen. Die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung für die Behandlung von Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen werden sich erhöhen, indem die Marktanteile der VEGF-Inhibitoren – insbesondere Ranibizumab – innerhalb des Marktes „diabetische Au-

Ist das durchschnittliche Honorar für die IVOM angemessen?	Anteil der Augenärzte (n=220)
Ja	83,3%
Nein, zu niedrig	16,7%

Befürworten Sie die Implementierung einer EBM-Ziffer für die IVOM?	Anteil der Augenärzte (n=224)
Ja	9,4%
Ja, solange das IVOM-Honorar ≥ 300,00 Eur ist	62,9%
Nein	27,7%

Tab.4: Anteil der Augenärzte, welche das IVOM-Honorar für angemessen oder zu niedrig bewerten (n=220) und die Implementierung einer EBM-Ziffer für die IVOM befürworten oder ablehnen (n=224).

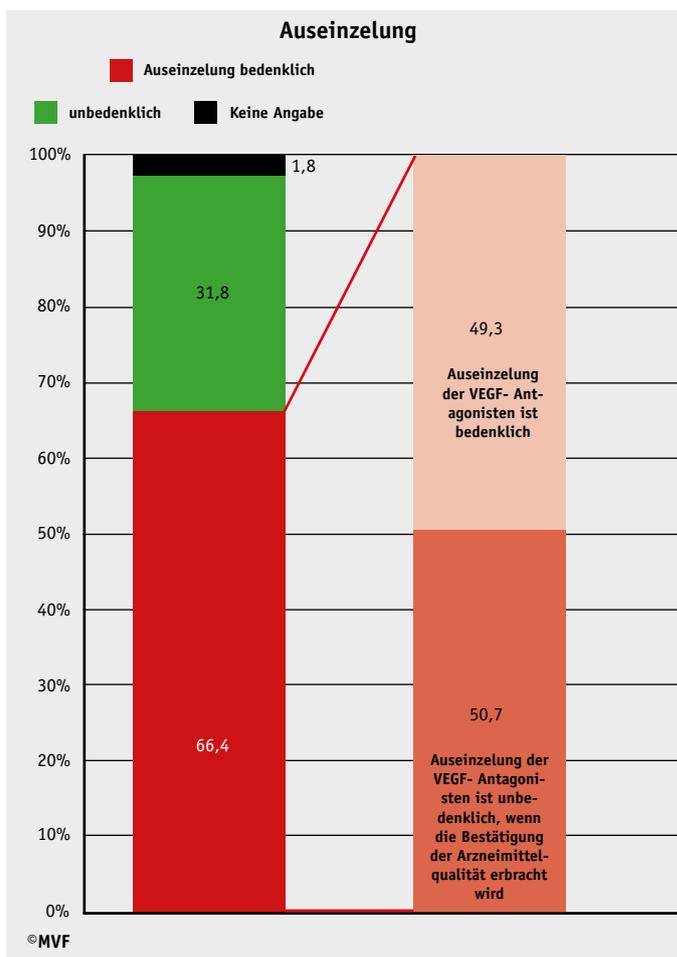


Abb.6: Anteil der Augenärzte, welche die Auseinzellung der VEGF-Antagonisten für bedenklich bzw. unbedenklich einstufen. 66,4% der Augenärzte stufen das gegenwärtige Verfahren zur Aufteilung von Arzneimitteln als bedenklich ein, davon fordern 50,7% Nachweise zur Bestätigung der Arzneimittelqualität (n=220)

generkrankungen“ steigen und sich die Anzahl behandelbarer Patienten erhöht. Immerhin sind 76,0% der Augenärzte davon überzeugt, dass nicht alle Patienten mit diabetischen Augenerkrankungen behandelt werden, während nur 24,0% davon ausgehen, dass sich alle behandelbaren Patienten auch in Behandlung befinden. Die Kommunikation von positiven Resultaten klinischer Phase-III-Studien kann die Anzahl der Patienten in den augenärztlichen Praxen und Kliniken signifikant steigern.

60% der operativ tätigen Augenärzte nutzen das Instrument „Selektivvertrag“

60,0% der teilnehmenden Ophthalmologen gaben an, dass sie einem oder mehreren Krankenkassenverträgen beigetreten sind. Kaum eine andere Fachgruppe wird eine derartige Flächendeckung an Krankenkassenkooperationen vorweisen können. Die Kombination aus fehlender EBM-Ziffer und einer für die ärztlichen Leistungserbringer nicht nachvollziehbaren Preisbildung der pharmazeutischen Hersteller kann als treibende Kraft für die Vielzahl der Kooperationen angesehen werden. Vertragliche Krankenkassenkooperationen lassen neben der Kostenbegrenzung und der Qualitätsbestimmung und -sicherung auch eine Verminderung des ärztlichen bürokratischen Aufwands zu. Schließlich ist der bürokratische Aufwand des Kostenerstattungsprinzips für Patient und behandelnden Arzt hoch.

Durch die Selektivverträge ist für behandlungsbedürftige Patienten flächendeckend ein Zugang zur notwendigen Anti-VEGF-Therapie gegeben. Die Schaffung einer EBM-Ziffer brächte hinsichtlich einer zeitnahen und unbürokratischen Patientenversorgung keinerlei Vorteile.

Die Erfassung des ophthalmologischen Anti-VEGF-Marktes erfordert eine spezifische Datengewinnung und -verwertung

Die Verordnung der VEGF-Inhibitoren findet nahezu ausschließlich auf Privatrezepten statt. Dies begründet die Tatsache, dass Versorgungsdaten über den ophthalmologischen Markt der VEGF-Inhibitoren fehlen. Regionen-spezifische oder bundesweite Hochrechnungen sind mit den gebräuchlichen Software-Lösungen, die in der Regel auf abgerechnete Muster 16 zugreifen, nicht möglich. Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherer können – unter Aufwendung gesteigerter Ressourcen – den eigenen ophthalmologischen Anti-VEGF-Markt auswerten.

Der Rückschluss von abgerechneten Muster 16 auf die behandelte Anzahl der Patienten ist jedoch nicht möglich, da Bevacizumab und Ra-

nibizumab ausgeeinzelt werden. Aus den Packungen werden Teilmen- gen entnommen und zur Patientenbehandlung genutzt. Eine einzelne abgerechnete Packung von Ranibizumab und Bevacizumab steht somit für mehrere behandelte Patienten. Zudem verbleibt nach Herstellung der körperrgewichtsadaptierten Bevacizumab-Infusionslösungen für onkologische Patienten häufig eine Wirkstoffrestmenge, die für die Behandlung von ophthalmologischen Patienten verwendet werden kann. Eine einzelne abgerechnete Packung Bevacizumab kann somit für einen onkologischen Patienten und mehrere ophthalmologische Patienten stehen. Das Ziel, die intravitreale Arzneimitteltherapie in ihrer Quantität und Qualität zu evaluieren und zu sichern, erfordert die vollständige und transparente Erfassung der Arzneimittelwert-schöpfungskette. Dagegen brächte die Schaffung einer EBM-Ziffer hinsichtlich der Transparenz des augenheilkundlichen Anti-VEGF-Marktes keinerlei Vorteile.

Ist Aflibercept der kommende Goldstandard?

Forschung und Entwicklung von Aflibercept werden von dem US-amerikanischen Unternehmen Regeneron in Kooperation mit Sanofi-Aventis (Onkologie) und Bayer Healthcare (Ophthalmologie) geleistet. Diese Art der Kooperation erinnert stark an die Konstellation rund um Ranibizumab. Genentech entwickelte und vertreibt mit Novartis Ranibizumab und mit Roche Bevacizumab. Doch während es sich bei Ranibizumab und Bevacizumab um unterschiedliche Moleküle handelt, wird hinter der onkologischen Therapieoption VEGF Trap und der ophthalmologischen Therapieoption VEGF Trap-Eye der identische Wirkstoff Aflibercept stehen.

Die Zulassung von Aflibercept für die Behandlung von Patienten mit neovaskulärer AMD wird für das Jahr 2012 erwartet. Der Erfolg von Eylea® ist abhängig von der Bereitschaft Bayers, innovative Vermarktungsmaßnahmen in Kooperation mit gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie den augenheilkundlichen Leistungserbringern zu verwirklichen.

Bevacizumab ist in der Phase-III-Studie CATT Ranibizumab nicht unterlegen

Ein identischer Wirkmechanismus von Bevacizumab und Ranibizumab war in der Vergangenheit ausreichend, um die Ergebnisse der Phase-III-Studien MARINA, ANCHOR und PIER, in welchen die

Literatur

- Ferrara N, Damico L, Shams N et al. Development of Ranibizumab, an anti-vascular endothelial growth factor antigen binding fragment, as therapy or neovascular age-related macular degeneration. *Retina* 2006; 26: 859-870
- Pfizer Pharma GmbH: Fachinformation Pegaptanib®. In: Pfizer Pharma GmbH (Hrsg). Fachinformation Pegaptanib®. Rote Liste GmbH (Stand: März 2009)
- Gragoudas ES, Adamis AP, Cunningham ET Jr, et al. Pegaptanib for neovascular age-related macular degeneration. *N Engl J Med* 2004; 351: 2805-2816
- Ng EW, Sima DT, Calias P, et al. Pegaptanib, a targeted anti-VEGF aptamer for ocular vascular disease. *Nat Rev Drug Discov* 2006; 5: 123-132
- Rosenfeld PJ, Brown DM, Heier JS, et al. Ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: 2-year results of the MARINA study. *N Engl J Med* 2006; 355: 1419-31
- Brown DM, Kaiser PK, Michels M et al. Ranibizumab versus Verteporfin for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *N Engl J Med* 2006; 355: 1432-44
- Novartis Pharma GmbH: Fachinformation Ranibizumab®. In: Novartis Pharma GmbH (Hrsg). Fachinformation Ranibizumab®. Rote Liste GmbH (Stand: Dezember 2008)
- Roche Pharma AG: Fachinformation Bevacizumab®. In: Roche Pharma AG (Hrsg). Fachinformation Bevacizumab®. Rote Liste GmbH (Stand: Juli 2009)
- Rosenfeld PJ, Moshfeghi AA, Puliafito CA. Optical coherence tomography findings after an intravitreal injection of bevacizumab (Bevacizumab) for neovascular age-related macular degeneration. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging*. 2005 Jul-Aug; 36(4): 331-5
- Rosenfeld PJ, Fung AE, Puliafito CA. Optical coherence tomography findings after an intravitreal injection of bevacizumab (Bevacizumab) for macular edema from central retinal vein occlusion. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging*. 2005 Jul-Aug; 36(4): 336-9
- Ahmadi H, Moradian S, Malihi M. Rapid regression of extensive retinovitreal neovascularization secondary to branch retinal vein occlusion after a single intravitreal injection of bevacizumab. *Int Ophthalmol*. 2005 Aug-Oct; 26(4-5): 191-3
- The CATT Research Group. Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. *N Engl J Med* 2011; abgerufen am 08.05.2011 unter: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1102673>

Wirksamkeit und Sicherheit von Ranibizumab in der Behandlung der neovaskulären AMD untersucht wurde, auf Bevacizumab zu übertragen und trotz fehlender Zulassung die intravitreale Bevacizumab-Verabreichung als Standardbehandlung durchzuführen. Im Februar 2008 wurde die Phase-III-Studie CATT (Comparison of Age-related Macular Degeneration Treatments Trials: Lucentis-Avastin Trial) durch die nationale Gesundheitsbehörde (National Eye Institute) der Vereinigten Staaten von Amerika mit 59 teilnehmenden Zentren gestartet. Rund 1200 Patienten mit neovaskulärer AMD wurden auf vier Studienarme randomisiert, mit dem Ziel einen direkten Vergleich zwischen Ranibizumab und Bevacizumab bei der AMD-Behandlung herzustellen. Dabei wurden Bevacizumab und Ranibizumab sowohl monatlich als auch variabel bei Bedarf verabreicht. Die Patienten, welche in die Studienarme mit monatlicher Ranibizumab- oder Bevacizumab-Verabreichung randomisiert wurden, konnten nach einem Jahr re-randomisiert werden, um weiterhin monatlich oder nach Bedarf behandelt zu werden (Abb. 7).

Die Ergebnisse der CATT-Studie liegen seit Ende April 2011 vor und zeigen, dass Bevacizumab und Ranibizumab vergleichbare Ergebnisse bei der Behandlung der neovaskulären AMD bewirken und die in den Zulassungsstudien für Ranibizumab durchgeführten monatlichen Injektionen bei den meisten Patienten nicht erforderlich sind. Mit monatlichen Untersuchungen des Augenhintergrundes und Re-Injektionen nach Bedarf lassen sich Ergebnisse erzielen, welche mit den Ergebnissen monatlicher Verabreichungen vergleichbar sind.

Schlussfolgerung

Der ophthalmologische Anti-VEGF-Markt erfordert zwingend eine regelmäßige Evaluation der Versorgungsdaten mit nachfolgender Ableitung von Management-Handlungen zur Bestimmung und Sicherung der Versorgungsqualität.

Neben der Optimierung der Arzneimittelwertschöpfungskette ist eine dauerhafte und regelmäßig wiederkehrende Evaluation von Versorgungsdaten zu empfehlen. Schlüsselindikatoren zur Wirksamkeit und Sicherheit der VEGF-Inhibitoren sind hilfreich, um im Versorgungsalltag die ophthalmologische Anti-VEGF-Therapie in ihrer Qualität und Quantität zu bestimmen. Diese Daten eröffnen zudem die Möglichkeit, Managementhandlungen abzuleiten, um eine Qualitätssicherung der Behandlung auf höchstem Niveau zu erreichen. <<

Ranibizumab or Bevacizumab? What Evidence is needed for Ophthalmology?

VEGF antagonism is an important treatment option for patients with eye diseases like wet AMD or diabetic eye diseases. Concerning VEGF antagonism in Germany's Ophthalmology there is lack of health care data. A standardized telephonic survey addressing treating ophthalmologists in Germany was used to acquire information in terms of VEGF antagonists in Ophthalmology. To evaluate the ophthalmologic anti VEGF market in Germany and to identify and secure the treatment quality a recurring acquisition of health care data with following management actions is needed.

Keywords

Bevacizumab, Avastin, Ranibizumab, Lucentis, Pegaptanib, Macugen, Ozurdex, Aflibercept, VEGF Trap-Eye, VEGF Trap, AMD, age-related macular degeneration, DME, diabetic macular edema, RVO, retinal vein occlusion, reimbursement, intravitreal Injection

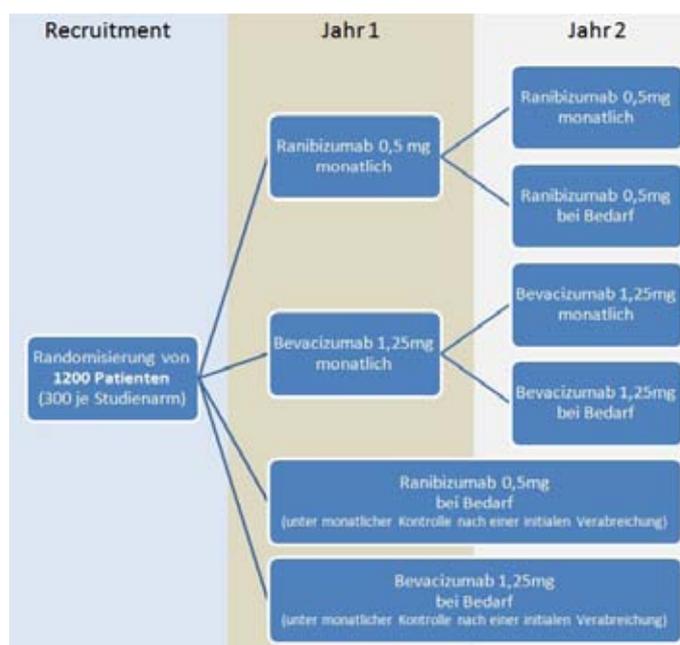


Abb.7: Darstellung des CATT-Studiendesigns. Rund 1200 Patienten wurden auf vier Studienarme randomisiert, um in der Behandlung der neovaskulären AMD die Wirksamkeit und Sicherheit von Ranibizumab und Bevacizumab im direkten Vergleich zu untersuchen.

Erklärung:

Dr. med. Torsten Kühn MBA ist Geschäftsführer der ContraCare GmbH. Die Durchführung der Befragung und die Erstellung des Artikels erhielt keinerlei finanzielle Unterstützung.

Dr. med. Torsten Kühn MBA ist Geschäftsführer der ContraCare GmbH.

Nach seinem Studium der Humanmedizin und Promotion am Institut für Neurophysiologie an der Georg-August-Universität Göttingen sowie seinem MBA-Studium (Betriebswirtschaftslehre) in Hamburg und Peking war er zunächst ärztlich in der Universitäts-Augenklinik Göttingen tätig. In den Jahren 2006 bis 2009 war Dr. Kühn in der Pharmaindustrie tätig. Kontakt: torsten.kuehn@contracare.com



Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried
Thomas Czihal
Kathrin Jansen

Verweildauerrückgang & Anstieg des Case-Mix-Index: Indikatoren für Leistungsverlagerung?

Mit der Reform der vertragsärztlichen Vergütung des GKV WSG aus dem Jahr 2007 hatte der Gesetzgeber beschlossen, dass die Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Vereinheitlichung der Preiskomponente vor allem durch die Veränderung des notwendigen Behandlungsbedarfs bestimmt werden. Zur Bestimmung der notwendigen Leistungsmenge sollte deshalb die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie die Leistungsverlagerung zwischen der stationären und der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt werden. Deren – vergütungsrelevante - Feststellung erwies sich angesichts der konträren Interessen und mangels einer international etablierten Methodik als komplexes Unterfangen. Nach wie vor werden im Bewertungsausschuss methodische Grundsatzfragen beraten; erst wenn diese gelöst sind, kann das Geld der Leistung folgen. Hieraus ergibt sich die gesundheitsökonomische Bedeutung dieses bislang wenig entwickelten Forschungsbereichs. Mit diesem Beitrag soll die weitere methodische Diskussion anhand einer einfachen Projektion stimuliert werden.

>> Ein nahe liegender Ansatz zur Feststellung von Verlagerungseffekten ergibt sich aus der Beobachtung einer kontinuierlich sinkenden durchschnittlichen stationären Verweildauer in Deutschland. Es handelt sich um einen langfristigen Trend, der nicht erst seit Einführung der Diagnosis Related Groups (G-DRGs) besteht. Im Jahr 2000 betrug die durchschnittliche Verweildauer über alle stationären Leistungen 9,7 Tage, im Jahr 2009 8,0 Tage.

In der Wahrnehmung niedergelassener Ärzte führt dieser Trend für einige Leistungsbereiche insbesondere seit Einführung der DRGs zu Leistungsverlagerungen in die vertragsärztliche Versorgung und in andere nachgeordnete Versorgungsbereiche.

Methodischer Ansatz

Um den Umfang der durch Verweildauerverkürzungen in den ambulanten Bereich verlagerten ärztlichen Leistungen, z.B. die postoperative Wundversorgung oder die Wiedereinstellung oraler Antikoagulation, für die Zwecke des § 87 a SGB V zu berechnen, muss ein aktueller und pauschaler Indikator herangezogen werden. Als ein angemessener Indikator können die in der DRG-Bewertung enthaltenen kalkulatorischen Arztkosten herangezogen werden, die durch eine Reduzierung

Abstract

Die Arbeitsteilung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung ändert sich ständig. Konzentration der stationären Behandlung und Verlagerung in die ambulante Behandlung sind erwünscht. Damit auch das Geld der Leistung folgen kann, müssen operationalisierbare Indikatoren für verlagerte Leistungsanteile definiert werden. Verweildauerverkürzung und Fallzahlrückgang bei Anstieg des Case-Mix-Index können solche Indikatoren sein. Berechnungsmethoden und datentechnische Voraussetzungen werden vorgestellt.

Keywords

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen, Leistungsverlagerung, DRG, Verweildauer, Case-Mix-Index

der Verweildauern im stationären Bereich eingespart werden.

Zur Berechnung der Mengenkompente ist die Gesamtzahl der nicht mehr erbrachten stationären Behandlungstage zu ermitteln. Anhand der G-DRG-Fallpauschalenkataloge können die sich zwischen den Jahren 2009 und 2010 ergebenden Veränderungen der kalkulatorischen durchschnittlichen Verweildauer der einzelnen DRGs bestimmt werden. Um die gesamte Veränderung der stationären Belegungstage abschätzen zu können, werden die sich je DRG ergebenden Veränderungen der Verweildauern mit den aktuell zuletzt verfügbaren Fallzahlen (DRG-Statistik 2008 des Statistischen Bundesamtes) multipliziert.

Damit ergibt sich eine vorläufige Mengenkompente für potentiell in den ambulanten Bereich verlagerte Leistungen. Eine Spitzrechnung kann erst erfolgen, wenn die DRG-Fallzahlen des Jahres 2010 verfügbar sind. Das ermittelte Mengengerüst wird mit einer Preiskomponente wie folgt bewertet. Als Näherungswert für die Arztkosten, die bei der Verweildauerverkürzung im Krankenhaus rechnerisch eingespart werden können, wird der Arztkostenanteil nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer pro DRG herangezogen. Damit wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass Krankenhäuser ihre internen Abläufe so umstellen, dass die Leistung in kürzeren Zeiträumen erbracht werden kann. Die Pro-Tag-Kosten für Fälle mit Überschreitung der oberen Grenzverweildauer fallen daher in der Regel niedriger aus. Die Informationen zur Berechnung der Arztkostenanteile je DRG werden dem Report-Browser 20105 des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entnommen. Die kalkulatorischen Arztkosten je DRG werden als prozentualer Anteil des Fallerlöses je DRG auf Basis der Bewertungsrelationen und des Einheitlichen DRG-Basisfallwerts 2010 (2.935,78 Eur) berechnet.

Zur Ermittlung der Anteile der Arztkosten, die im stationären Sektor „eingespart“ werden, wird dieser Anteil des Fallerlöses je DRG mit den Pro-Tag-Kosten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer multipliziert (Abb. 1).

Ergebnis

Das mit der Preiskomponente je DRG bewertete Mengengerüst der durch Verweildauerverkürzung entfallenen Tage je DRG kann als Richtgröße für den Umfang von verlagerten ärztlichen Leistungen in den vertragsärztlichen Bereich aufgefasst werden. In der Summe über alle DRGs ergibt sich nach diesem Verfahren ein Verlagerungspotential in Höhe von 457 Mio. Euro. Aufgegliedert nach Major Diagnostic Categories (MDC) zeigt sich besonders bei den pulmonologischen und kardiologischen MDCs ein hohes Potenzial von Leistungen, die in die vertragsärztliche Versorgung verlagert wurden (vgl. Tab. 1).

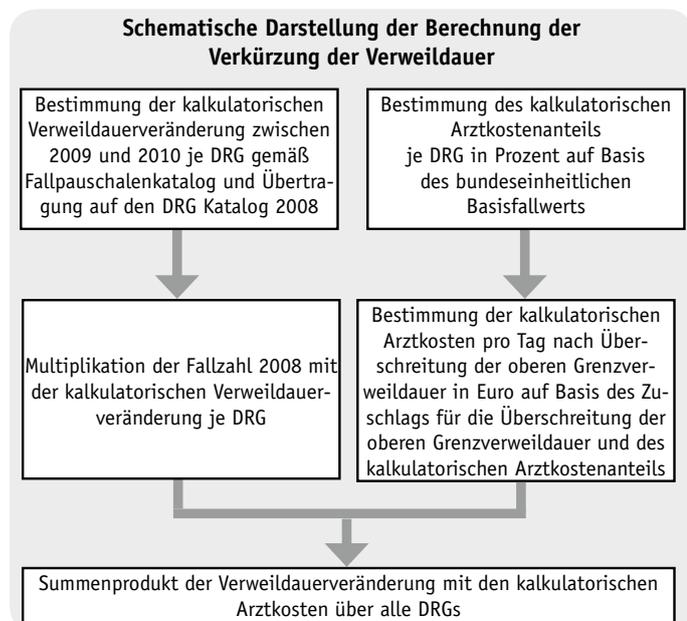


Abb. 1: Schematische Darstellung der Berechnung der Verkürzung der Verweildauer; Quelle: Eigene Darstellung

Für die MDCs „Prä-MDC“, „Neugeborene“ und „Verbrennungen“ wird ein negatives Verlagerungspotential ausgewiesen, das auf die im Durchschnitt erhöhte kalkulatorische Verweildauer der DRGs zurückzuführen ist.

Diskussion

Dieser methodische Ansatz erfordert einen Vergleich der kalkulatorischen Verweildauern, Fallzahlen sowie Arztkostenanteile je DRG für die Jahre 2008, 2009 und 2010. Die Vergleichbarkeit dieser Indikatoren je DRG über mehrere Jahre wird jedoch durch die jährlichen, meist sehr umfangreichen Anpassungen der DRG-Systematik stark eingeschränkt. Nominelle Veränderungen müssen um dem Katalogeffekt bereinigt werden. Der Katalogeffekt bezeichnet gemäß DRG-Research-Group die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG-Versionen. Zur Kontrolle des Katalogeffekts müssen sogenannte Migrationstabellen genutzt werden, mit der die veränderte Fallzuordnung zwischen DRG-Versionen nachvollzogen werden kann. Dies ist komplex, da Leistungen, die in einem Jahr in ausschließlich einer DRG abgebildet worden sind, im folgenden Jahr in mehrere DRGs eingruppiert werden können, so dass zwischen einzelnen DRGs mehrerer DRG-Versionen eine „m“ zu „n“-Beziehung entsteht. Während sich die Anzahl der DRGs, die in der kommentierten Migrationstabelle des InEK aufgeführt sind, zwischen 2009 (1.187 DRGs) und 2010 (1.195 DRGs) nur geringfügig verändert, enthält die Migrationstabelle 3.494 Einträge.

Dies impliziert eine sogenannte Fallwanderung von einer in durchschnittlich drei verschiedene DRGs. Die gleiche DRG bildet im Jahresver-

gleich somit in der Regel nicht vergleichbare medizinische Inhalte ab.

Zur Berechnung des Katalogeffekts müssen die in der Krankenhausabrechnung tatsächlich erfolgten Fallzuordnungen je DRG-Version abschließend bekannt sein. In der vorgestellten Berechnung wurde jeweils der Mittelwert der kalkulatorischen Verweildauern von allen DRGs gebildet, die im Jahr 2009 und im Jahr 2010 über die Migrationstabellen einer DRG aus dem Jahr 2008 zugeordnet werden konnten.

Allerdings konnten die einzelnen DRGs nicht gemäß ihrer Fallzahl bzw. Fallwanderung gewichtet werden. Eine solche Gewichtung ist mit den Daten, die durch das Statistische Bundesamt oder das InEK zur Verfügung stehen, nicht möglich. Es bedarf fallbezogener und gruppierungsfähiger Rohdaten, die unter Anwendung eines Übergangsgroupers verarbeitet werden, um eine bessere Vergleichbarkeit der DRGs und der dahinter verborgenen Leistungen über mehrere Jahre zu erzielen. Dieses grundsätzliche Problem kann nur mittels der von den Krankenkassen bereit zu stellenden Einzelabrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V aufgelöst werden.

Anstieg des Case-Mix-Index

Der Case-Mix-Index (CMI) gibt den durchschnittlichen ökonomischen Schweregrad der in einem Krankenhaus im Laufe eines Zeitraumes behandelten Fälle an und hat maßgeblichen Einfluss auf die Vergütung der einzelnen Häuser. Im Hinblick auf mögliche Leistungsverlagerungen ist ein Anstieg des CMI potenziell dann relevant, wenn dieser durch eine Verlagerung leichterer Fälle in die ambulante – und insbesondere in die vertragsärztliche – Behandlung entsteht.

Methode

Ein Potenzial für Leistungsverlagerungen wird für Indikationsbereiche unterstellt, für die auf Seiten der stationären Versorgung ein steigender CMI bei einer abnehmenden oder stagnierenden Fallzahl vorliegt und eine zeitgleiche Zunahme der Fallzahlen im vertragsärztlichen Sektor zu beobachten ist.

Gemeinsamer Nenner für eine sektorenübergreifende Betrachtung der Fallzahlen sind die zugrunde liegenden Diagnosen für die Versicherten mit Wohnort in einem KV-Bereich. Zur diagnosenbezogenen Berechnung der Veränderung des CMI in der stationären Versorgung ist daher eine Zuordnung der DRGs zu den Hauptdiagnosen erforderlich. Jede Hauptdiagnose kann (mit den zusätzlichen Nebendiagnosen, Prozeduren, etc.) in unterschiedliche DRGs eingruppiert werden, die entsprechend des DRG-Fallpauschalenkataloges für das jeweilige Jahr jeweils ein Relativgewicht besitzen. Dieses Relativgewicht wird mit der aufgetretenen Fallzahl der DRG multipliziert, um die Case-Mix-Werte für die Hauptdiagnosen zu erhalten. Diese werden auf ICD-3-Steller aggregiert. Für diese Hauptdiagnosegruppen berechnet sich der CMI

Literatur

- Sens, B., Wenzlaff, P., Pommer, G., Hardt, H.: DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen. 2009
- Stillfried, D., Czihal, T., Jansen, K.: Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung. Das Gesundheitswesen. 2010, Online unter: <http://www.kbv.de/8157.html> [08.09.2010]
- www.dkgev.de/dkg.php/cat/50/aid/6437 [08.09.2010]
- Expertise der DRG-Research-Group: Online unter: <http://www.zi-berlin.de/news/downloads/Expertise%20zum%20G-DRGKatalogeffekt.pdf>
- In EK: <http://www.g-drg.de> [12.09.2010]
- Statistisches Bundesamt: Online unter: www.destatis.de (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Aktuell.templateId=renderPrint.psm>) [29.09.2010]

aus der Summe der Case-Mix-Werte dividiert durch die Summe der Fallzahlen des jeweiligen Jahres. Im Ergebnis resultieren für jede Diagnosegruppe pro Jahr ein CMI sowie eine Fallzahl. Sofern für eine Diagnosegruppe im Vergleich von zwei Kalenderjahren die Fallzahl im stationären Bereich abnimmt oder stagniert und der CMI-Wert steigt, gilt diese als potentiell verlagerungsrelevant.

Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden anschließend den stationären Daten gegenübergestellt. Sofern für eine Diagnosegruppe potenziell verlagerungsrelevante Diagnosegruppe im gleichen Zeitraum eine Zunahme der ambulanten Fallzahlen zu beobachten ist, werden diese Diagnosegruppen als verlagerungsrelevant selektiert.

Ergebnis

Für die Kalenderjahre 2007 und 2008 ergibt sich nach dieser Berechnung eine Liste von 124 Diagnosegruppen, die sich als potentiell verlagerungsrelevant gezeigt haben. Ein Auszug der Top-10 dieser Diagnosegruppen, sortiert nach der ambulanten Fallzahl, kann der Tabelle 2 entnommen werden.

Diskussion

Auch bei der Ermittlung des CMI-Anstiegs ist der Katalogeffekt und somit die mangelnde Vergleichbarkeit der Daten im Jahresvergleich ein Problem. Bei dieser Methode ist die Berechnung der CMI-Werte für die einzelnen Diagnosegruppen im Zeitverlauf eine besondere Herausforderung, da die Änderung in der DRG-Systematik beachtet werden muss. Im Zeitverlauf können sich nicht nur die Inhalte der einzelnen DRGs ändern, sondern insbesondere auch die Relativgewichte der DRGs. Die Katalogeffekte erschweren somit in vielerlei Hinsicht die Berechnung der CMI-Werte für die Diagnosegruppen, so dass ohne die durch einen Übergangsgrouper klassifizierten Rohdaten ein entsprechender Vergleich über mehrere Jahre kaum möglich ist.

Bei der Interpretation der ambulanten Fallzahlen und deren Veränderung auf der Ebene von ICD-10-Dreistellern ist zu berücksichtigen, dass je Behandlungsfall mehrere ICD-10-Diagnosen kodiert werden können. Im Gegensatz zu den stationären Behandlungsfällen, bei denen je DRG genau eine Hauptdiagnose dokumentiert wird, ergibt sich bei den ambulanten Behandlungsfällen eine Mehrfachnennung einzelner Behandlungsfälle bei der Aggregation auf ICD-10-Diagnosen.

Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse auf Basis aggregierter Routinestatistiken lassen die jährliche Dynamik der intersektoralen Arbeitsteilung und deren ökonomischen Relevanz erahnen. Ein unmittelbarer Rückschluss auf die Höhe der erforderlichen Anpassung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 4 SGB V kann daraus erst nach Überprüfung der Ergebnisse auf der Grundlage einer Kontrolle

Verlagerungspotenzial nach kalkulatorischer Verweildaueränderung je Major Diagnostic Category

Major Diagnostic Category (MDC)	Betrag in Euro
Prä-MDC	-11.160.614
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	59.931.418
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	4.206.490
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	23.718.576
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	67.159.678
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	98.600.982
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	1.202.076
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	22.910.239
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	29.485.584
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	30.001.808
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	22.870.856
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	14.253.827
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männl. Geschlechtsorgane	17.554.787
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane	51.648.746
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1.552.240
MDC 15 Neugeborene	-44.219.581
MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	5.375.106
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	21.622.604
MDC 18A HIV	11.928
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.293.463
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	5.558.294
MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogenind. psych. Störungen	10.260.612
MDC 21A Polytrauma	2.504.376
MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und tox. Wirkungen von Drogen/Medikamenten	9.948.742
MDC 22 Verbrennungen	-913.614
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	2.925.858
Fehler DRGs	5.844.552
Gesamtsumme:	457.149.036

Tab. 1: Verlagerungspotenzial nach kalkulatorischer Verweildaueränderung je Major Diagnostic Category

des Katalogeffekts gezogen werden. Dies erfordert die Gruppierung von Rohdaten gemäß § 301 SGB V mit den für die betrachteten Kalenderjahre relevanten DRG-Übergangsgroupern. Diese datentechnischen Voraussetzungen müssen von den Krankenkassen geschaffen werden.

Um Leistungsverlagerungen im Sinne des § 87a Abs. 4 SGB V nach den Vorgaben des 15. Erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 zu quantifizieren, konzentrierten sich methodische Überlegungen bisher auf die statistische Ermittlung des Umfangs von Leistungen

- für Behandlungsfälle die vollständig zwischen den Sektoren verschoben wurden (nicht mehr stattgefundene stationäre Fälle; zusätzlich stationär behandelte Fälle),
- die im Zuge der Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs noch nicht berücksichtigt worden sind.

Ein erster Vorschlag hierzu ist bereits mit der Methode der versichertenbezogenen Bilanzierung an anderer Stelle vorgestellt worden.

Die hier vorgestellten Ansätze erweitern das methodische Spektrum. Sie können dazu beitragen, die Plausibilität der bisher als verlagerungsrelevant gefundenen Leistungsbereiche zu überprüfen. Bisher kann mit den vorgestellten Ansätzen für sich genommen aber nicht sichergestellt werden, dass „eine Verlagerung aus dem stationären Sek-

Top-10-Liste der verlagerungsrelevanten Diagnosegruppen nach CMI-Analyse

ICD-Diagnosegruppe	Bezeichnung	ambulante Fallzahl	ambulante Veränderung	stationäre Veränderung
			der Fallzahl 2008 zu 2007	
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	24.770.166	2%	-4%
J45	Asthma bronchiale	14.248.537	6%	-9%
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12.383.567	3%	-11%
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	10.358.939	4%	-7%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10.221.246	4%	-12%
G47	Schlafstörungen	7.933.225	9%	-5%
H91	Sonstiger Hörverlust	6.475.734	5%	0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	5.679.777	5%	-15%
E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	5.260.431	4%	-5%
J32	Chronische Sinusitis	5.222.701	1%	-1%

Tab. 2: Top-10-Liste der verlagerungsrelevanten Diagnosegruppen nach CMI-Analyse, Quelle: Eigene Berechnungen; Basis DRG-Statistik des StBA.

tor in die vertragsärztliche Versorgung nur insoweit gemessen wird, wie sie nicht bereits im Rahmen der Messung der Veränderung der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten berücksichtigt wird“ und dass „eine Verlagerung aus dem stationären Sektor in die vertragsärztliche Versorgung nur insoweit berücksichtigt wird, wie der Behandlungsbedarf innerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung betroffen ist und hierbei die möglichen Verlagerungseffekte innerhalb von Selektivverträgen angemessen berücksichtigt werden“.

Dafür ist einerseits eine sektorenübergreifende und versichertenbezogene Datengrundlage notwendig, mit der entsprechende Einflussgrößen kontrolliert werden können, andererseits muss auch der methodische Ansatz zur Quantifizierung von Leistungsverlagerungen populationsbezogen ausgestaltet sein.

Da im Bewertungsausschuss noch immer Auseinandersetzungen

Cost shifting from inpatient to outpatient care - impact of two indicators: reduced LOS & increased CMI

As medical progress and increased efficiency of inpatient care keep shifting more care to the outpatient sector questions of respective reimbursement for the outpatient sector need to be answered. While prospective payment of hospitals and of physicians is being adjusted for morbidity it does not yet account for shifted cost. We explore methods to analyse two potential indicators. Reduced length of stay could have shifted up to 450 million Eur cost of physician care in 2008. Also, in 124 diagnostic groups (ICD-10, 3-digits) an increasing case-mix-index was observed while admissions for these diagnoses declined or stagnated and outpatient cases increased. Limitations to a more precise calculation of shifted cost are primarily due to lack of individual patient claims data for both sectors..).

Keywords

Cost shifting, inpatient care, outpatient care, physician reimbursement, DRG, LOS, CMI

Danksagung

Wir danken Herrn Dr. Bernhard Rochell, KBV, und Herrn Prof. Dr. Norbert Roeder, UKM, für die wertvollen Anregungen.

um methodische Grundsatzfragen geführt werden, beabsichtigt der Gesetzgeber als Maßnahme der Ausgabenbegrenzung im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG), die Berücksichtigung der Verlagerungseffekte nach § 87a Abs. 4 Nr. 3 SGB V für die Jahre 2011 und 2012 auszusetzen. Dies gibt die Möglichkeit, eine fundierte Berechnungsmethode zur Ermittlung intersektoraler Leistungsverlagerungen zu definieren. Gelingt dies nicht, droht der Rückfall in ein ineffizientes Nebeneinander sektoraler Budgets. <<

Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried

ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), 1998 bis 2008 Dezernent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, davor: Sachgebietsleiter Managed Care bei der Barmer Ersatzkasse.
Kontakt: dstillfried@zi-berlin.de



Thomas Czihal

ist seit 2008 als Gesundheitsökonom und Statistiker im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) tätig.
Kontakt: ZI@ZI-berlin.de



Kathrin Jansen

Gesundheitsökonomin, war 2008 bis 2011 Mitarbeiterin des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), ist seit 2011 Mitarbeiterin der Region Hannover.
Kontakt: ZI@ZI-berlin.de

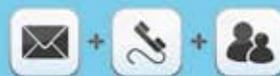




Mit einem leistungsstarken Morbiditätsmanagement zum Erfolg

Die MedicalContact AG unterstützt als verlässlicher und transparent arbeitender Servicepartner Krankenkassen bei deren Versorgungsmanagement. Unsere im Rahmen der Versorgungspyramide angebotenen Morbiditätsprogramme fördern auf zielgruppenspezifischem Coachinglevel das Selbstmanagement der Versicherten und tragen dazu bei, Leistungsausgaben einzusparen.

- M3-Coachinglevel:
Fallmanagement
- M2-Coachinglevel:
Intensivberatung
- M1-Coachinglevel:
Reminding und Selbstmanagement



Wir bieten **Programme für folgende Indikationen:**

Angststörungen | Arthrose | Asthma | Burn-Out | COPD | Depression | Diabetes | Herzinsuffizienz
Herzrhythmusstörung | Hypertonie | KHK | Osteoporose | Rheuma | Rückenschmerz

Zudem bieten wir das umfassende Fallmanagement-Programm Casaplus® für multimorbide Versicherte.