

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Dr. Maximilian Gaßner,
Präsident des Bundes-
versicherungsamts (BVA):
„Was ist bessere Versor-
gung und was Luxus?“

„Chancen einer erweiterten Eigenverantwortung“ (Fischer)

„DMP nicht wie eine rote Pille behandeln“ (Gawlik)

„Ist der Aufwand berechtigt?“ (Labouvie)

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

05/11 4. Jahrgang

Editorial

Fokus: Evidenz und Interpretationen 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Was ist bessere Versorgung und was Luxus?“ 6

Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA) im MVF-Interview

Redaktion

Deutsches Zentrum für Lungenforschung gegründet 14

Ausgewählte Partnerstandorte stellen gemeinsame Gesamtkonzepte vor

Eine Datenbasis für die Zukunft 20

Report zum MVF-Fachkongress „10 Jahre DMP“

„DMP nicht wie eine rote Pille behandeln“ 24

Mitschnitt der Podiumsdiskussion des Kongresses um DMP-Vergleiche

Das Programm „10 Jahre DMP“ 27

Das Programm des MVF-Kongresses in Kooperation mit dem BVA im Detail

Zahlen - Daten - Fakten

Auffälligkeiten beim Einsatz von Lipidsenkern bei den Kassen 12

Standards

Impressum 2

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung der DGBV auf den Seiten 16 - 20

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt bei Abonnenten das „Special 1/2011“ zum Kongress „10 Jahre DMP“ mit wiss. Beiträgen von Dr. Gaßner, Dr. Gawlik M.Sc., Prof. Dr. Wegscheider, van Lente, Dr. Graf, Prof. Dr. Linder, Dr. Hofmann, Dr. Kleinfeld und Prof. Dr. Burger (sowie ihren jeweiligen Co-Autoren) bei. Der Rest der von den Referenten des Kongresses „10 Jahre DMP“ für MVF erstellten wiss. Beiträge wird in „Special 2/2011“ publiziert, das zur Ausgabe 06/11 erscheinen wird.

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.)
Kölstr. 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
Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für
den Anzeigentel)
heiser@m-vf.de

Marketing:
Boris Herfurth
herfurth@m-vf.de
Kölstr. 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. (IVW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.732
(IVW 3. Quartal 2011)



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/InterCompo-
nentWare AG/Kassenärztliche
Vereinigung Bayerns/Novartis
Pharma GmbH/MedicalContact
AG/Pfizer Deutschland GmbH/
Vivantes - Netzwerk für Gesund-
heit GmbH

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer

30

Chancen einer erweiterten Eigenverantwor- tung von Bürgern, Versicherten, Patienten

Autonomie und Selbstbestimmung des Bürgers sind tragende Elemente un-
seres freiheitlichen Staatswesens. Wir gehen davon aus, dass das Leben in ei-
gener Verantwortung gemeistert werden kann und individuelle Zielsetzungen
gefunden werden, die dabei leitend sind. Die Verwirklichung entsprechender
Lebenschancen bedarf schützender Rahmenbestimmungen seitens Staat und
Gesellschaft, die sich vor allem in den sozialen Sicherungssystemen entfalten.

Dipl.-Psych. Hildegard Labouvie / Dr. phil. Dipl.-
Psych. Rolf Stecker / Dipl.-Pfleger. (FH) Ansgar
Hörtemöller / PD Dr. Dipl.-Psych. Michael Kusch /
Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer

35

Pilotstudie: Ist der Aufwand der Akutbehand- lung bei Krebspatienten gerechtfertigt?

Bei einem Großteil der Patienten mit einer Krebserkrankung ist die Le-
bensqualität deutlich eingeschränkt. Die psychoonkologische Versorgung
trägt nachweislich zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Pati-
enten in akuter Krebstherapie bei. Die Literatur zeigt, dass bei psychisch
hoch belasteten Patienten mit körperlichen Erkrankungen nicht nur die
Lebensqualität beeinträchtigt, sondern auch der medizinisch-pflegerische
Versorgungsaufwand erhöht ist. Ob sich diese Zusammenhänge auch bei
Patienten mit einer Krebserkrankung zeigen, wird aktuell diskutiert. In
einer explorativen Studie am Klinikum Herford wurde die Frage unter-
sucht, ob sich Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung und
dem Versorgungsaufwand an Kennzahlen im DRG-System nachweisen
lassen.

Dr. Karel Kostev / Dipl.-Gesundheitsök. Lisa Seitz /
Dr. Maria Wohlleben / Dr. Sabine Fuchs

42

DDD vs. PDD: Berechnung von Tagestherapie- kosten am Beispiel von Liraglutid

Die Defined Daily Dose (DDD) ist eine theoretische Größe, die als interna-
tionale Standardvergleichsgröße für die Arzneimittelverbrauchsforschung
entwickelt wurde. Sie gibt die angenommene mittlere Erhaltungsdosis pro
Tag bei Erwachsenen für einen Wirkstoff in dessen Hauptindikation an.
In Deutschland wird die amtliche deutsche Fassung der ATC-Klassifikation
(Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) inklusive der DDD-
Angaben vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
und Information) herausgegeben (DIMDI 2010).

Dr. med. Stefan Gözl / Franz-Werner Dippel, M.Sc. /
Tobias Schneider, MBA /
Prof. med. Bernd Brüggjenjürgen, MPH

46

Behandlungskosten bei DM: Vergleich von drei basalinsulinbasierten Therapieansätzen

Ziel der vorliegenden Analyse ist ein Therapiekostenvergleich zwischen
drei basalinsulinbasierten Therapieansätzen (Insulin glargin, NPH-Insulin
und Insulin detemir) bei Patienten mit Diabetes mellitus unter Berück-
sichtigung zeitgleicher Koverordnungen von Bolusinsulinen, oralen Anti-
diabetika, GLP-1 Agonisten, Teststreifen, Lanzetten und Nadeln.

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.



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

Evidenz und Interpretationen

MVF-Fachkongress mit Kongress-Specials

Am 19. März 2011 wurden auf dem **Fachkongress „10 Jahre DMP“** - veranstaltet von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) - die aktuellen Daten und Fakten, Evaluationen und Ergebnisbeurteilungen von 11.000 laufenden DM-Programmen mit rund 6 Millionen teilnehmenden Versicherten vorgestellt sowie in zwei **Podiumsdiskussionen** diskutiert, wie gut Disease-Management-Programme wirklich sind und in welche Richtung sie weiterentwickelt werden sollten.

> S. 20 ff.

> S. 24 ff.

In zwei Kongress-Specials von „Monitor Versorgungsforschung“ dokumentieren wir den Kongress und die Podiumsdiskussionen, zudem präsentieren die Vortragenden ihre Original-Beiträge. Das erste Special erscheint parallel zu dieser Ausgabe, das zweite Special parallel zur Dezember-Ausgabe. Abonnenten und Kongressteilnehmer erhalten die Specials postalisch als Beilage zu dieser MVF-Ausgabe. Wieder ein guter Grund, Abonnent zu werden.

Aufgrund des großen Erfolges und des positiven Echos folgt am 19. März 2012 übrigens der nächste MVF-Fachkongress zu Fortentwicklungen von DMP in Richtung stärkerer Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen und neuerer Versorgungsmanagement-Ansätze.

Titelinterview mit Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamts

> S. 6 ff.

Stärkere Regionalisierung des Morbi-RSA steht in der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung. Allerdings: „Lediglich regionale Unwirtschaftlichkeiten auszugleichen, macht keinen Sinn.“ So Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA), im Titelinterview. Die entscheidende Frage bei regionalen Unterschieden ist, „was genau eine bessere Versorgung und was ‚Luxus‘ ist.“ „Wenn sich Regionen für bestimmte Besonderheiten entscheiden, müssen sie diese letztendlich selber finanzieren.“ So regelt es das GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) ab dem 1.1.2012 - aber wie kann das funktionieren? Das sind nur einige Aspekte aus dem Interview, das einen souveränen Rundumblick bietet.

Wissenschaftliche Beiträge

Fischer analysiert die Konsequenzen daraus, dass die großen chronischen Krankheiten zum großen Teil auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückgehen. Das bietet die Chance für Bürger, Versicherte und Patienten, mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Auf dieser Grundlage denkt Fischer über eine anteilige Mitverantwortung von Bürgern und Versicherten für die Absicherung von Gesundheitsrisiken nach und sieht darin Vorteile für die Qualität der Versorgung, das Versorgungssystem und die Gesellschaft.

> S. 30 ff.

Labouvie, Stecker, Hörtemöller und Kusch stellen eine explorative Studie zur Psychoonkologie vor, die anhand von DRG-Kennzahlen Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung und dem Versorgungsaufwand findet: längere Krankenhausverweildauern, mehr operative und medizinische Prozeduren und höhere Erkrankungsschwere. Diese klinischen Zusammenhänge haben auch wirtschaftliche Auswirkungen.

> S. 35 ff.

Kostev, Seitz, Wohlleben und Fuchs untersuchen am Beispiel von Liraglutid die Kennzahlen Defined Daily Dose (DDD) und Prescribed Daily Dose (PDD) als Messgrößen für Vergleiche von Jahrestherapiekosten in der frühen Nutzenbewertung und kommen zu dem Ergebnis, dass die PDD als Parameter eines objektiven Therapiekostenvergleiches besser geeignet ist.

> S. 42 ff.

Gözl, Dippel, Schneider und Brüggjenjürgen vergleichen Behandlungskosten am Beispiel von von drei basalinsulinbasierten Therapien bei Diabetes mellitus. Ihre Analyse ergibt, dass Insulin glargin- und NPH-Insulin-basierte Therapien unter realen Versorgungsbedingungen kostengünstiger sind als Insulindetemir-basierte Behandlungen. Die Ursachen dafür werden durch die Analyse der Einzelkosten deutlich. Methodisch zeigt sich, dass der Vergleich der reinen Arzneimittelkosten bei der wirtschaftlichen Bewertung von Therapien zu kurz greift.

> S. 46 ff.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Herbst und natürlich eine interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen
 Ihr

Professor Dr. Reinhold Roski

Ihrer Gesundheit zuliebe
DeutscheBKK 

Vertrauen Sie Ihre Gesundheit einer der führenden Krankenkassen Deutschlands an. Die Deutsche BKK bietet Ihnen herausragenden Service, Top-Leistungen und Top-Tarife.

Telefon (0 18 02) 18 08 65* www.deutschebkk.de

*6 Cent pro Anruf aus dem deutschen Festnetz; maximal 42 Cent pro Minute aus Mobilfunknetzen.

Ihr Gesundheits- assistent

Professionelle und unkomplizierte Hilfe
bei Erkrankung und Genesung.

- Alle Gesundheitsassistenten haben spezielle medizinische Fachausbildungen
- Sie helfen bei der Kommunikation mit Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten
- Die Gesundheitsassistenten sind ein kostenfreier Service für die Versicherten der Deutschen BKK



Dr. Maximilian Gaßner, Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA)

„Was ist bessere Versorgung und was Luxus?“

Dr. Maximilian Gaßner leitete von 1995 bis Ende 2008 im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit die Abteilung „Sozialversicherung“ und anschließend bis Februar 2010 im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit die Abteilung „Gesundheitspolitik, Krankenversicherung“. Seit März 2010 ist er Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA) in Bonn. Das BVA gehört zum unmittelbaren Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, übt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung aus, ist an zentraler Stelle in die Finanzströme zwischen den Sozialversicherungsträgern eingebunden, und ist darüber hinaus seit dem Jahr 2009 für die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) sowie für die Verwaltung des Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlich. In diesen Aufgabenbereich fallen auch die Zulassung und das Monitoring der Disease Management Programme (DMP) - darum war das BVA auch Kooperationspartner des „Monitor Versorgungsforschungs“-Fachkongresses „10 Jahre DMP“.

>> Herr Dr. Gaßner, lassen Sie uns doch direkt mit einem aktuellen Thema beginnen, das jüngst durch die Medien ging - die Schließung der City BKK und weitere drohende Kasseninsolvenzen. Welche Erfahrungen haben Sie als Bundesbehörde machen müssen, die sich in die Auseinandersetzungen zwischen den Kassen einmischen musste? Sich dabei zwischen die Stühle zu setzen, ist doch sicherlich keine große Freude?

Von Freude kann in diesem Zusammenhang keine Rede sein. Zum einen ist eine Kassenschließung schmerzlich für diejenigen, die letztendlich dafür verantwortlich sind und zum zweiten war die öffentliche Diskussion um die Diskriminierung der Versicherten für das System schädlich. Dieser Punkt stand, als wir die Schließung verfügen mussten, nicht im Fokus; zumal die Rechtslage eindeutig war und die Kassen bereits seit Monaten über die Schließung informiert waren.

Was hat denn dazu geführt, dass die Kassen dennoch solch unmoralische Abwiegelungsversuche unternommen haben?

Die Kassen haben nun einmal ein besonderes Interesse an einer bestimmten Art von Mitgliedern. Junge und gesunde Mitglieder sind aus Kassensicht nach wie vor attraktiver, weil wir im Rahmen des Fondssystems eine leichte Überdeckung für junge gesunde Versicherte haben.

Wie kann denn das Problem der Überdeckung angegangen werden?

Dem BVA liegt ein Vorschlag seines wissenschaftlichen Beirats vor. Der sieht vor, durch eine geänderte Berücksichtigung Verstorbener die relativ ausgeprägte Unterdeckung bei multimorbiden älteren Versicherten etwas abzumildern und die dementsprechende Überdeckung bei jüngeren Versicherten zurückzuführen. Dieser Vorschlag setzt allerdings voraus, dass im Kassenlager ein gewisser Konsens erreicht wird.

Warum?

Die Umsetzung des Vorschlags würde zu Verschiebungen bei den Zuweisungen an die Kassen führen, weil dem BVA ja keine gesonderten finanziellen Ressourcen dafür zur Verfügung stehen. Von einigen Kassen wird dies abgelehnt.

Klassische Versorgerkassen mal angenommen.

Sicher. Hervorgebracht wird das alte Argument, die Umverteilung werde „erhöht“, was so nicht korrekt ist. Denn es geht im System des Gesundheitsfonds und des Risikostrukturausgleichs ja gar nicht um eine „Umverteilung“. Dies würde nämlich voraussetzen, dass jemand

vorher etwas besessen hat. Das ist aber nicht der Fall. Schließlich stehen die Beiträge der Gesamtheit der Versicherten zu und werden durch das System des fonds- und morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verteilt - und nicht „umverteilt“.

Würde denn nicht eine Unterscheidung nach Schweregraden Sinn machen?

Wir prüfen durchaus, bei welchen Krankheitsbildern die Spreizung so groß ist, dass Gruppen gebildet werden sollten. Am Grundprinzip, dass den Ausgangspunkt stets die Durchschnittswerte und Pauschalen bilden, kann man jedoch nichts ändern. Bei Durchschnittswerten gibt es immer Werte, die unter und solche die über dem Durchschnitt liegen. Wenn Finanzmittel konkret nach den Kosten einer Erkrankung zugewiesen würden, dann hätten wir ein rein ausgabenorientiertes System - und genau das wollen wir ja nicht haben. Selbstverständlich gab und gibt es aber an einigen Stellen Nachbesserungsbedarf.

Ein Beispiel?

Bei der Gruppe der Bluter wurde die Zuweisung zwischenzeitlich ausdifferenziert und drei Gruppen gebildet. Aber solche Differenzierungen sind nur begrenzt möglich, weil das Ergebnis sonst in einer direkten Kostenerstattung münden würde, was, wie gesagt, nicht das Ziel ist.

Und dennoch kommt gerade der M-RSA seitens der Krankenkassen schlecht weg, weil sie behaupten, mit dem Geld nicht auszukommen.

Es gibt tatsächlich einige Kassen, wo dies der Fall ist. Hier kann man

u. a. feststellen, dass diese Kassen nicht so gut wirtschaften oder teurere Strukturen unterhalten als andere. Das System setzt aber voraus, dass alle ihre Wirtschaftlichkeitspotenziale aktivieren. Grundsätzlich ist das System, in dem Zuweisungen nach Durchschnittswerten erfolgen, in der Lage,

denjenigen, deren Kosten über dem Durchschnitt liegen, zu motivieren, wieder auf den Durchschnitt zu kommen oder vielleicht sogar besser als der Durchschnitt zu sein. Denn dadurch entstehen diesen Kassen finanzielle Spielräume, mit denen sie beispielsweise Selektivverträge abschließen und die Versorgung ihrer Versicherten verbessern können.

Haben Sie bezüglich dieses von Ihnen apostrophierten Optimierungspotenzials bereits Bewegung hin zu einer ökonomischen Betrachtung?

Wahrnehmung des Instruments Zusatzbeitrag getan werden?

Wir stellen schon fest, dass das derzeitige System die Kassen sehr stark motiviert, ihre jeweiligen Wirtschaftlichkeitspotenziale zu heben. Doch läuft dieser Prozess meiner Ansicht nach zu stark in Richtung des einfachen Cost Cuttings. Das hat jedoch weniger mit dem Zuweisungssystem zu tun, sondern damit, dass der Zusatzbeitrag im Markt als ein außerordentliches Finanzierungsinstrument und nicht als ein Regelfinanzierungsinstrument wahrgenommen wird, wie es seitens der Politik geplant war.

Was wäre zu tun?

Vorab muss man festhalten, dass der Wechsel von einem relativen auf einen absoluten Beitrag das Kostenbewusstsein des Versicherten schärft, weil er einen absoluten Beitrag - mag er auch teilweise recht marginal sein - einfach viel stärker wahrnimmt. Problematisch ist, dass derzeit nur wenige Kassen einen Zusatzbeitrag erheben. Das bewirkt eine Überwahrnehmung dieses Preissignals bei den Versicherten. Zudem wurde das Instrument Zusatzbeitrag bedauerlicherweise weder von der Politik noch von Mitbewerbern der Bevölkerung richtig vermittelt.

Will heißen: Zusatzbeitrag für alle.

Der Normalzustand kann sich ja nur dann einstellen, wenn alle Kassen, zumindest der größte Teil, einen Zusatzbeitrag einführen. Dadurch könnte die Überreaktion bei den Versicherten - die meist den sofortigen Kassenwechsel auslöst - vermieden werden. Das würde auch zu mehr Beruhigung in der Wettbewerbslandschaft führen sowie zu einer sinkenden Fokussierung auf die pure Kostenoptimierung seitens der Krankenkassen. Das wiederum hätte zur Folge, dass die Qualität der Versorgung und das Versorgungsmanagement wieder mehr in den Blickpunkt der Kassenmanager rücken würde.

Was wird in den nächsten kommenden Monaten im Bereich Zusatzbeitrag auf uns zukommen? Sie müssen es ja wissen. Schließlich müssen die Zusatzbeiträge beim BVA beantragt werden.

Das hängt nicht zuletzt von der weiteren wirtschaftlichen Entwicklung ab. Genau lässt sich das zur Zeit noch nicht sagen. Wir müssen die Ergebnisse des Schätzerkreises im Herbst abwarten. Es kann durchaus sein, dass wir 2012 nochmals ohne durchschnittlichen Zusatzbeitrag auskommen. Was man aber aus der Retrospektive der letzten 30 Jahre sagen kann, ist, dass die Grundlohnsummenentwicklung in der Regel unterhalb der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes liegt und die Ausgabenentwicklung über der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes. Wenn nun, wie es derzeit der Fall ist, der Beitragssatz fixiert



wird, hat dies zur Folge, dass die Differenz über Zusatzbeiträge ausgeglichen werden muss. Das bedeutet, dass der Zusatzbeitrag dementsprechend langfristig steigen wird.

Muss das System Gesundheitsfonds modifiziert werden?

An der Fondssystematik muss meiner Ansicht nach nichts geändert werden. Man könnte jedoch im Bereich M-RSA durchaus über Änderungen nachdenken. Zum Beispiel über die Frage einer stärkeren Regionalisierung des M-RSA, was ja auch schon in der Koalitionsvereinbarung steht.

Eine „gerechte“ Verteilung auf regionaler Ebene zu erreichen

könnte in „Hauen und Stechen“ ausarten, meinen Sie nicht?

Es wäre in einigen Ausnahmefällen sicherlich schwierig und wider das Gerechtigkeitsempfinden. Zum Beispiel lediglich regionale Unwirtschaftlichkeiten auszugleichen macht keinen Sinn, weil diese dadurch nur prolongiert würden.

Aber auf der anderen Seite würde ein Ausgleich der Unwirtschaftlichkeiten doch eine Verbesserung des Versorgungssystems bewirken.

Hier ist die entscheidende Frage, was genau eine bessere Versorgung und was „Luxus“ ist. Ist die Versorgung dann besser, wenn es viel mehr Ärzte gibt, oder ist irgendwann ein gewisser Sättigungsgrad erreicht und alles, was darüber hinaus geht, ein gewisser Luxus, der zu Überversorgung und vielleicht auch zu Übertherapien führt? Sicherlich soll Letzteres nicht vom Zuweisungssystem ausgeglichen werden. Auch wenn sich Regionen für bestimmte Besonderheiten entscheiden, müssen sie diese letztendlich selber finanzieren. In § 11 Abs. 6 des Entwurfes des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), das am 1.1.2012 in Kraft treten soll, ist das klar geregelt. Dort steht, dass die Kassen Satzungsleistungen in definierten Bereichen anbieten können, aber diese Leistungen nicht über das Fondssystem ergänzend finanziert werden dürfen. Das bedeutet: Diese müssen aus den Überschüssen der Zuweisungen oder über den Zusatzbeitrag finanziert werden.

Kann das funktionieren?

Die Frage ist, wie gut sich eine Kasse bei den Versicherten vermarkten kann. Bei einem Versicherten, den lediglich der Beitrag und nicht die Leistungen interessieren, wird das sicherlich schwierig. Anders bei

Versicherten, die das Angebot der Kassen insgesamt betrachten. Ich bin in dieser Hinsicht durchaus optimistisch, denn die Erfahrungen zeigen, dass nicht alle Versicherten - und besonders nicht Chroniker - wegen kleinster pekuniärer Anreize auf Wanderschaft gehen. Sie achten sehr wohl darauf, ob sie bei einer Kasse gut betreut werden und welche Leistungen die Kasse anbietet.

Wenn wir noch einmal auf den Paragraphen 11 Abs. 6 zurückkommen. Dieser sieht doch auch einige Chancen für das System vor, in Quali-

tätsmarketing über den Zusatzbeitrag einzusteigen, den man anders vermarkten könnte, als über die nichtzugelassenen Leistungserbringer. Was kann man sich darunter vorstellen? Sind etwa Leistungen wie Patientenbegleitung oder Patientencoaching denkbar, die bislang im System noch nicht verankert sind?

§ 11 Abs. 6 gibt den Kassen die Möglichkeit, alle Leistungen anzubieten, die der Bundesausschuss nicht ausgeschlossen hat. Doch bezüglich der nicht zugelassenen Leistungserbringer vertrete ich eine restriktive Ansicht. Leistungserbringer, die im SGB V nicht genannt sind, gehören m. E. nicht dazu; das kann aber durchaus unterschiedlich interpretiert werden. Letztendlich wird es davon abhängen, wie die Gerichte die Vorschrift interpretieren werden.

Und bezüglich der Compliance-Coaches?

Diese Berufsgruppen sind keine klassischen Leistungserbringer. Vielmehr werden sie im Rahmen verordneter Leistungen beziehungsweise in Abhängigkeit von einem bestimmten Leistungserbringer tätig. Ich denke, daran wird sich im Prinzip auch nichts ändern. Was sich ändern kann, ist, dass die Leistungen stärker auf diesen Bereich fokussiert werden. Insofern kann ich mir durchaus vorstellen, dass weitere Tätigkeitsbereiche für solche Berufsgruppen eröffnet werden. Ich gehe allerdings nicht davon aus, dass hier unabhängig von klassischen Verordnungsberufen neue Geschäftsfelder entstehen.

Wie sieht ein effizientes und erfolgreiches Coachingprogramm Ihrer Ansicht nach aus? Welche Rolle spielen darin idealerweise die einzelnen Akteure wie Arzt, Patient und Krankenkasse?

Traditionelle Anbieter fokussieren ihre Bemühungen meist auf Erinnerungsprogramme, die typischerweise Patienten mit chronischen Erkrankungen daran erinnern, ihre Medikamente einzunehmen oder ein Wiederholungsrezept anzufordern. Doch bei drei Viertel der Non-Adhärenz-Fälle spielt die Vergesslichkeit des Patienten gar keine Rolle. Daher schießen diese Erinnerungsprogramme meines Dafürhaltens am Ziel vorbei und sind langfristig wenig wirksam. Wirklich effektive Programme müssen die Ursache für eine mangelnde Patienten-Adhärenz an der Wurzel packen. Idealerweise sollten diese jeden mit einbinden, angefangen beim Arzt, über die Apotheker hin zu den Kostenträgern. Nur so kann wirklich ein Patientenfokussierter Ansatz implementiert werden. Ein erfolgreiches Programm liefert zudem Resultate, die für alle vier Hauptakteure relevant sind: Patienten, Gesundheitsversorger, Pharmaunternehmen und Kostenträger, zum Beispiel durch das Management von Nebenwirkungen oder die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten.

Kommen wir nun auf den Gesundheitsfonds zurück, beziehungsweise auf die Fondsquote. Sie haben bereits erwähnt, dass die Fondsquote stabil bleiben konnte - aufgrund der besseren wirtschaftlichen Entwicklung. Wie ist denn die Quote zur Zeit?

Im Jahr 2009 lag sie bei 100 Prozent, im Jahre 2010 bei 99 Prozent und in 2011 ist sie wieder bei 100 Prozent. Wenn der Gesetzgeber den Beitragssatz nicht angehoben hätte, wären wir in 2011 bei einer Fondsquote von 98 Prozent.

Was aber doch immer noch im Rahmen der rechtlichen Vorgaben gewesen wäre.

Wir haben keine 95-Prozent-Regelung mehr - die ist bereits durch

das GKV-WSG abgeschafft worden. Auch wenn die 95-prozentige Deckungsquote unterschritten wird, muss die Differenz durch den Zusatzbeitrag ausgeglichen werden. Eine übermäßige Belastung, die sich hieraus für den Versicherten ergeben könnte, wird dabei durch den Härtefallausgleich kompensiert.

Eine Frage, die politisch noch gelöst werden muss, ist die Frage nach den Finanzmitteln für den Härtefallausgleich.

Es könnte noch einige Zeit dauern, bis es dazu kommt. Im Übrigen handelt es sich dabei um eine gesetzliche Festschreibung, die der Gesetzgeber auch wieder ändern könnte.

Sehen Sie denn derzeit Bewegung in der Diskussion?

Wohin sich die Diskussion um den Zusatzbeitrag entwickeln wird, ist schwer vorauszusagen. Das hängt nicht zuletzt von den künftigen Wahlergebnissen ab. Man sollte sich aber über eines klar sein: Selbst wenn die Beitragsgrundlage - wie von verschiedenen politischen Gruppen gefordert - verbreitert und gleichzeitig das Zuweisungssystem beibehalten wird, bleibt ein zentrales Problem immer bestehen.

Dass einige Kassen mit den Zuweisungen zurechtkommen, andere jedoch nicht.

Eben. In diesem Fall müssen die betroffenen Kassen die Möglichkeit haben, zusätzliche finanzielle Mittel zu generieren. Um die Zusatzbeiträge kommen wir also nicht umhin.

.....
„Ich sehe zu einer strukturierten Behandlung keine Alternativen. Die Sicherung von Qualität kann - nicht nur im Medizinbereich - nur durch eine strukturierte Abfolge von Leistungen und Prozessen erfolgen.“
.....

Man bräuchte ein Instrument, das nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis funktioniert. Wie wäre es mit einer Leistungskürzung?

Das ist ein relativ gefährliches Instrument, weil mit der Leistungskürzung das Instrument einer Pflichtversicherung untergraben werden kann, letztendlich ist es aber eine politische Entscheidung.

Also dann doch wohl eher hin zur besseren, und auch effizienteren Versorgung, wie sie zum Beispiel mit Disease-Management-Programmen bei Chronikern möglich ist.

Ich sehe zu einer strukturierten Behandlung keine Alternativen. Die Sicherung von Qualität kann - nicht nur im Medizinbereich - nur durch eine strukturierte Abfolge von Leistungen und Prozessen erfolgen. So wie man Qualität und Sicherheit im Flugverkehr nur dadurch erreichen kann, dass Piloten strukturiert geschult und bestimmte Gefahrensituationen permanent trainiert, reflektiert und wiederholt werden.

Einspruch: Es würde niemand von einer Fluglinie erwarten, eine Vorher-Nachher-Versorgungsforschungsstudie zu erstellen, die jedes Instrument, das sie einsetzt - wie Qualitätssicherung, Ausbildung, Weiterbildung und Qualitätsoffensiven - einzeln betrachtet. Nur in der Gesundheitsversorgung ist es so, dass erst mal alles hinterfragt wird.

Dass im Bereich der Gesundheitsversorgung alles permanent hinterfragt wird, liegt in der Tat daran, dass die erzeugten Ergebnisse meist nicht so evident sind und ohne entsprechende Versorgungsforschung auch nicht ausreichend evident gemacht werden können. Hätten wir bei den DMP mit Vergleichsgruppen agieren können, täten wir uns vielleicht etwas einfacher.

Wo liegt das Interesse der Kritiker, DMP zu hinterfragen? An zu

wenig Geld? Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hatte am 21. September 2010 die Höhe der DMP-Programmkostenpauschale für das Jahr 2011 neu bestimmt: Sie wurde von 180 Euro auf 168 Euro je Versichertenjahr der RSA-wirksamen Einschreibung in ein strukturiertes Behandlungsprogramm abgesenkt - davon 36 Euro für Verwaltungskosten der Kassen.

Zunächst sei der Hinweis gestattet, dass bei uns zu Beginn des Jahres 2009 mit der Einführung des Morbi-RSA und dem damit einhergehenden Wegfall der Koppelung von DMP an den RSA die Befürchtung bestand, dass die Krankenkassen eventuell diese Änderung zum Anlass nehmen könnten, ihre DMP zu beenden, da die modifizierte Programmkostenpauschale als übriggebliebener monetärer Anreiz nicht ausreichen würde, um die Kassen zu einer Fortführung ihrer Programme zu bewegen. Diese Bedenken haben sich jedoch überhaupt nicht bestätigt. Keine Kasse hat ihre DMP auf Grund der Umstellung auf den Morbi-RSA beendet.

Dies sehen Sie als Signal dafür, dass die Krankenkassen durch die Durchführung von DMP hinreichend hohe Effizienz- und Effektivitätsgewinne im Bereich der Gesundheitsversorgung chronisch kranker Patienten generieren, um ihre Durchführung als lohnenswert zu betrachten?

Genau. Und weiterhin stellen die DMP für eine Krankenkasse einen nicht unwesentlichen Wettbewerbsfaktor dar. Beendet eine Krankenkasse ihre DMP, so könnte dies durchaus Abwanderungseffekte bei ihren Versicherten auslösen. Dabei würden genau die Versicherten abwandern, die durch ihre DMP-Teilnahme und dem Wunsch der Fortführung eines solchen zeigen, dass sie aktiv an einer Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitarbeiten wollen.

Also sollte eine Absenkung der Programmkostenpauschale auch keine bzw. nur marginale Folgen für die DMP-Landschaft in Deutschland haben?

Davon gehen wir aus. Allerdings sehen wir auch, dass in der Regel größere Kassen besser mit der Programmkostenpauschale auskommen als kleinere. Der Grund sind positive Skaleneffekte, weil einfach mit steigender Teilnehmerzahl die Stück- und die Grenzkosten eines DMP sinken. Auch liegt es im Wesen einer Pauschale, dass einige der Bezieher besser mit den zur Verfügung gestellten Mitteln auskommen als andere. Darüber hinaus bezieht sich die Programmkostenpauschale gerade auf die Kostenarten, die von den Krankenkassen direkt steuerbar sind.

Das BVA weist viel Geld im Zusammenhang mit den DMP zu.

Aber weniger als man gemeinhin annimmt. Um es genau zu sagen:



Die DMP-Pauschale machte im Jahr 2011 „nur“ 935 Millionen Euro, also nur 0,5 Prozent der Gesamtzuweisungen aus.

Was wird zukünftig im Bereich DMP neu geplant?

Das GKV-VStG überträgt die Zuständigkeit für den Bereich DMP auf den Gemeinsamen Bundesausschuss. Das heißt: Ab dem 1.1.2012 wird der G-BA auch für die Weiterentwicklung von DMP zuständig sein. Ob dieser beispielsweise die Erweiterung von DMP für neue Indikationen plant oder die Datenerhebung um weitere Zielwerte erweitern wird - all das können wir derzeit noch nicht abschätzen. Der Gesetzentwurf bietet dem G-BA sehr viel Spielraum, um sich das Feld der DMP zu erschließen.

Und mit dem Gesetzentwurf eines GKV-VStG wird auch die Notwendigkeit von Wiederzulassungen aufgehoben.

Dies ist, nachdem bereits mit dem GKV-WSG eine Verlängerung der Zulassung um zwei Jahre auf maximal fünf Jahre erfolgte, ein folgerichtiger Schritt. Es handelt sich hierbei um einen wesentlichen Beitrag zur Entbürokratisierung des Zulassungsverfahrens von DMP, die auch immer wieder vom Bundesversicherungsamt gefordert wurde.

Wie wird dabei der Bereich der Patienten- oder Bürgerorientierung bei DMP umgesetzt?

Bisher bestand keine direkte Beteiligung der Interessenvertreter von Patienten. Dies ändert sich vielleicht durch die Übertragung der Zuständigkeit für DMP auf den G-BA.

Gemäß § 140f Abs. 1 und 2 SGB V sind die Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten in Fragen, die die Versorgung betreffen, im Rahmen eines Mitberatungsrechtes durch den G-BA zu beteiligen. Dies ist auch wünschenswert, da aus einer stärkeren Einbeziehung der Patienten in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung von DMP unter Umständen auch eine Stärkung der Betrachtung von Anreizsystemen für Patienten resultieren kann. Was wiederum die Compliance der Patienten verbessern könnte. Allerdings hängt die Akzeptanz und Motivation der DMP-Teilnehmer bezüglich des initialisierten Selbstmanagements und der Einhaltung der empfohlenen Behandlungsrichtlinien auch wesentlich von den koordinierenden und steuernden Haus- bzw. Fachärzten sowie der Informationspolitik der Krankenkassen ab.

Das ist doch bisher noch alles intransparent.

Stimmt. Die Prozesse zwischen den Schnittstellen werden in den an uns übermittelten Daten und der von uns daraus erstellten vergleichenden Evaluation der DMP, welche einerseits der Qualitätssicherung aber auch dem Qualitätsmanagement dient, leider nicht abgebildet. Somit besteht bei der Betrachtung der Kooperation und des Informationsflusses zwischen dem ambulant-hausärztlichen, dem fachärztlichen

und stationären Bereich noch keine hinreichende Transparenz. Die Schnittstellenverknüpfung ist somit ein Bereich, dem wir uns künftig stärker zuwenden müssten. Es bedarf jedoch eines aufeinander abgestimmten und zielorientierten Handelns aller an der Durchführung von DMP Beteiligten, um hier mehr Transparenz schaffen zu können.

Diese Ergebnisse werden allerdings nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Das stimmt so nicht. Es werden die Evaluationsberichte der Kassen je zugelassenem DMP durch die Kassen veröffentlicht; zudem die Ergebnisberichte der Auswertung zu Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Verteilungsanalysen der medizinischen und ökonomischen Zielwerte über alle DMP. Und das immerhin im Auswertungszeitraum 2003 bis 2008, bei Koronaren Herzkrankheiten bis 2007. Außerdem stellen wir unsere Veröffentlichungen und Präsentationen auf unserer Internetseite ein. Richtig ist aber, dass wir in der Vergangenheit durchaus die Befürchtung hatten, dass einige Krankenkassen ihre DMP wieder beenden würden, wenn sie im Rahmen unserer Evaluation unterdurchschnittliche Ergebnisse bei einzelnen Zielwerten generieren. Diese Hypothese hat sich jedoch nicht bewahrheitet. Vielmehr gibt es Signale aus der Kassenlandschaft, die darauf hinweisen, dass die Krankenkassen in ihren Regionen den Benchmarking-Ansatz aufnehmen und fortführen, um die DMP zu verbessern und sich hierfür eine weitreichendere Informationspolitik wünschen würden.

Würden Sie sich noch mehr Transparenz wünschen?

Da sich unsere oben genannten Bedenken nicht bestätigt haben, ist für uns in jedem Fall mehr Transparenz wünschenswert. Mehr Transparenz und eine aktive Informationspolitik sehen wir als Chance, um die Diskussion um DMP und ihre Weiterentwicklung voran zu treiben. Eine erhöhte Transparenz hätte zudem den positiven Effekt, dass wir den gesetzlich Versicherten neben dem Zusatzbeitrag ein weiteres nicht-monetäres, sondern versorgungsbezogenes Instrument an die Hand geben, um eine geeignete Krankenkasse zu wählen.

Was wäre dann zu tun?

In einem ersten Schritt müsste ein Konsens der Hauptbetroffenen gefunden werden, damit die Inhalte von Publikationen nicht missverständlich sind, sondern die Ergebnisse adressatengerecht aufbereitet werden. Es muss den Adressaten dieser Informationen klar sein, dass es keinen einzelnen Summenrichtwert für die Güte von DMP gibt. Vielmehr können zwischen den DMP je Indikation jeweils nur die gleichen medizinischen und ökonomischen Zielwerte miteinander verglichen werden. Denn nach unseren Erfahrungen weist kein DMP durchgängig bei allen Zielwerten auffällig gute oder schlechte Ergebnisse auf.

Sie führen im Rahmen von Benchmarking eine vergleichende Evaluation durch, die die einzelnen Kassen nutzen können, wenn sie wollen. Wie wird denn dieses Angebot genutzt?

Die Information von Krankenkassen mit auffälligen DMP erfolgt automatisch durch uns. Darüber hinaus haben wir Mitte Mai 2011 eine Abfrage bei den Gemeinsamen Einrichtungen in den Regionen, in denen die Krankenkassen und die KVen vertreten sind, gestartet, in der wir optionale Datenlieferungen in Form von grafischen Auswertungen für die jeweiligen Regionen offerierten. Das Feedback war positiv. Und

bisher haben wir sechs Gemeinsame Einrichtungen beliefert.

Aber einzelne Kassen verhalten sich diesbezüglich noch zögerlich?

Leider. Der MVF-Kongress „10 Jahre DMP“ hat uns aber in unserem Bemühen unterstützt, die Kommunikation mit den Krankenkassen zu intensivieren. Es wäre wünschenswert, wenn die Krankenkassen unser Angebot intensiver nutzen würden und die zur Verfügung gestellten Ergebnisse in die regional zuständigen Gemeinsamen Einrichtungen tragen würden, um sie dort zu diskutieren und einen Prozess der Optimierung in Gang zu setzen. Allerdings besteht hier kein Berichtswesen, das uns signalisiert, ob ein solcher Prozess tatsächlich in jeder Region besteht. Wir vertrauen insoweit jedoch der Kassenseite, dass sie die nötigen Anstrengungen durchführt.

Da wären wir beim Thema Prävention, das auch nicht unbedingt das Lieblingskind der Krankenkassen ist.

Die Krankenkassen sehen Prävention in etlichen Fällen mehr als ein Marketinginstrument an und weniger als ein sinnvolles Instrument zur Krankheitsvermeidung. Auch wird teilweise recht schlicht argumentiert, dass sich Prävention nicht lohne, wenn der Patient nachher die Kasse wechsle.

Wenn wir aber mal an Multimorbide denken, die auch eine gewisse Unterdeckung im Zuweisungssystem auslösen ...

... dann könnte Prävention durchaus ökonomisch motiviert werden.

Dennoch halten die Kassenmanager dem BVA vor, dass nur nach dem Status des Vorjahres zugewiesen würde.

Und? Wenn man es schafft, dass zum Beispiel ein Patient mit instabiler Angina pectoris in einen stabilen Zustand gebracht wird, bekommen die Kassen trotzdem die höhere Zuweisung, obwohl die Kosten gar nicht mehr anfallen.

Doch was ist mit der Primärprävention?

Es gibt für Primärprävention keine eigene Zuweisungen aus dem Fonds. Dennoch könnten die Kassen mehr aus den Überschüssen der allgemeinen Zuweisungen in Primärprävention investieren. Man muss jedoch Prävention sehr differenziert betrachten und auch losgelöst von dem Träger Krankenkasse. Denn die meisten Präventionsaktivitäten können nicht auf den Kreis der Krankenkassenversicherten beschränkt werden. Darum müsste Prävention an sich systemübergreifend organisiert werden.

Ob DMP, Compliance oder Prävention: Letztlich hängt alles auch an der Nichtsteuerbarkeit und mangelnden Durchgriffsfähigkeit zum Patienten.

Unser Gesundheitssystem ist ein liberales System und das ist auch gut so. Darum werden wir mit dem Thema der Steuerung von Patienten immer unsere Probleme haben, auch wenn das System vielleicht anders organisiert viel effizienter sein könnte. Wer das möchte, muss jedoch bereit sein, härter durchzugreifen, den Patienten härter anzupacken - von harten finanziellen Restriktionen bis hin zu einem Ausschluss von bestimmten Therapien. Diese Diskussion möchte ich jedoch nicht führen und ich sehe hierbei auch keinen Konsens in der Gesellschaft.

Herr Dr. Gaßner, vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

InterComponentWare AG

eHealth-Lösungen mit Perspektive



connect.

ICW Produkte vernetzen unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen und schaffen den umgehenden und sicheren Zugriff auf relevante strukturierte Informationen.

manage.

Unsere Produkte erlauben Versorgungsprozesse vorausschauend zu steuern, um Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

personalize.

Wir machen persönliche Gesundheitsdaten für Patienten sicher verfügbar und stärken sie damit in ihrer Rolle als aktive und mündige Patienten.

Mehr Informationen erhalten Sie unter www.icw.de

Ambulante Versorgung von KHK-Patienten mit erhöhten Cholesterinwerten

Auffälligkeiten beim Einsatz von Lipidsenkern bei den Kassen

Erhöhte Cholesterinwerte können Herz und Kreislauf auf Dauer schädigen. Wenn z. B. durch Umstellung der Essgewohnheiten die Werte nicht mehr in den Griff zu bekommen sind, ist der Einsatz medikamentöser Therapien angesagt. Unter den Cholesterin- bzw. Lipidsenkern werden im ambulanten Bereich vor allem Statine verordnet. Daneben gewinnen Ezetimib-haltige Präparate zunehmend an Bedeutung. Auf Basis einer Vollerhebung aller in Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepte hat INSIGHT Health die Lipidsenker-Verordnungen und die Unterschiede zwischen den großen Krankenkassen untersucht. Dabei werden zum Teil große Differenzen sichtbar.

>> Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen Herz-Kreislaufkrankungen und hohen Cholesterinwerten. Gleichwohl stellt Cholesterin nur einen von mehreren Risikofaktoren dar. Die Bedeutung der außer der Norm liegenden Cholesterinwerte eines Patienten sind deshalb unter Berücksichtigung weiterer vorliegender Risiken für Herz-Kreislaufkrankungen zu bewerten. Neben dem Alter und Geschlecht des Patienten sind dies insbesondere Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Aber auch Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinkonsum sowie eine genetische Prädisposition sind wesentliche Risikofaktoren (vgl. S3-Leitlinie „Chronische KHK“ 2010).

Zur pharmakologischen Therapie stehen verschiedene Optionen zur Verfügung. Neben den weit verbreiteten Statinen (auch als CSE-Hemmer, Cholesterinsyntheseenzymhemmer bekannt) mit der Leitsubstanz Simvastatin sind dies u. a. der Wirkstoff Ezetimib sowie die Wirkstoffkombination dieser beiden Substanzen. Von nachgelagerter Relevanz in der Arzneimitteltherapie sind Fibrate, Nikotinsäurepräparate, Anionenaustauscher und Fischölkapseln, welche vor allem bei Statin-Unverträglichkeit eingesetzt werden (vgl. S3-Leitlinie „Chronische KHK“ 2010). Von einer Arzneimitteltherapie zum Zwecke einer Primärprävention wird im Allgemeinen abgeraten. Im Sinne einer Sekundärprävention bei Hochrisikopatienten gilt die Empfehlung zu einer Statintherapie (vgl. KV Westfalen-Lippe 2009), insbesondere zur Prävention einer progredienten Arteriosklerose und aufgrund eines positiven Effekts auf kardiovaskuläre Ereignisse (vgl. DEGAM Leitlinie Nr. 8, Schlaganfall, S. 42).

Statin ist nicht gleich Statin

Die Statine unterscheiden sich teils erheblich voneinander - hinsichtlich ihres Preises, ihrer pharmakologischen Charakteristika, ihrer therapeutischen Besonderheiten und sonsti-

gen in zahlreichen Studien nachgewiesenen Unterschieden. Gleichwohl sind sie in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst. Die Statine Atorvastatin (Handelsname: Sortis) und Rosuvastatin (Handelsname: Crestor) stehen noch unter Patentschutz (Atorvastatin bis Mai 2012, Rosuvastatin bis 2016; INSIGHT Health: Patent Database). Der von den Unternehmen eingeforderte Preis liegt weit oberhalb des Erstattungsbetrags, weshalb GKV-Patienten derzeit deutliche Zuzahlungen zu leisten haben. Simvastatin demgegenüber unterliegt einem intensiven generischen Rabattwettbewerb. So waren im vergangenen Jahr 84 Prozent aller Simvastatin-Verordnungen innerhalb der GKV rabattiert (INSIGHT Health: NVI-KT, MAT Juni 2011, d.h. Zeitraum Juli 2010 bis Juni 2011).

Nachfolgend soll der Markt für Lipidsenker (ATC-Gruppe C10) anhand aktueller Daten von INSIGHT Health zum Ordnungsgeschehen innerhalb der GKV (MAT Juni 2011) näher dargestellt werden. Neben einer allgemeinen Marktbetrachtung werden Auffälligkeiten auf Ebene der größten gesetzlichen Krankenkassen analysiert. Herstellerrabatte wie auch Rabattverträge sind bei den dargestellten Umsatz- resp. Kostenwerten nach Apothekenverkaufspreisen (AVP) nicht berücksichtigt.

Summary

- 80 % aller regelmäßig mit Lipidsenkern behandelten GKV-Patienten sind älter als 60 Jahre.
- Innerhalb von 12 Monaten wurden in der GKV 1,7 Mrd. DDD (+ 4,0 % gegenüber Vorjahr) Lipidsenker zum Preis von 676 Mio. Euro (- 6,5 %) verordnet.
- Einzelne große Krankenkassen weisen deutlich überdurchschnittliche Anteile an Verordnungen höherpreisiger Wirkstoffe/ Wirkstoffkombinationen auf.

GKV: 1,7 Mrd. Tagesdosen p.a.

In Deutschland wurden im laufenden Jahr (Juli 2010 bis Juni 2011) innerhalb der GKV rund 1,7 Milliarden Tagestherapiedosen (Defined Daily Doses - DDD) an Lipidsenkern mit einem Wert in Höhe von 676 Millionen Euro (nach AVP) verordnet. Das aktuelle Ausgabevolumen ist gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 6,5 Prozent rückläufig, wohingegen sich die abgerechnete Mengenkompone - gemessen in DDD - um 4,0 Prozent erhöht hat. Mit dem für das kommende Jahr erwarteten Patentauslauf von Atorvastatin werden die durchschnittlichen DDD-Kosten vermutlich weiter sinken.

Die Therapieoptionen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausgabenrelevanz merklich. So liegen die durchschnittlichen Kosten einer Tagestherapiedosis an Lipidsenkern bei 40 Cent. Während die generischen Statine vergleichsweise günstige Therapieoptionen darstellen, sind die neuen, patentgeschützten Wirkstoffe im Vergleich eher kostenintensivere Therapieoptionen. Unter anderem deshalb fokussieren die Zielvorgaben im Rahmen der Arzneimittelvereinbarungen der KVen mit den Verbänden der Krankenkassen darauf, den DDD-Anteil von kostengünstigen Statinen hoch und den Anteil

Kennzahlenübersicht zu ausgewählten Therapieoptionen

	Simvastatin	Ezetimib	Simvastatin-Ezetimib-Fixkombination
Tagestherapiedosen	1,3 Mrd.	28 Mio.	78 Mio.
Umsatz (AVP)	329 Mio. Euro	53 Mio. Euro	169 Mio. Euro
Mittlere Kosten einer Tagestherapiedosis	0,25 Euro	1,93 Euro	2,18 Euro
Mittlere Arzneimittelkosten je Patient	97 Euro	784 Euro	875 Euro

Tab. 1: Kennzahlenübersicht zu ausgewählten Therapieoptionen; Quelle: DDD-Sonderanalyse (INSIGHT Health), Juli 2010 bis Juni 2011.

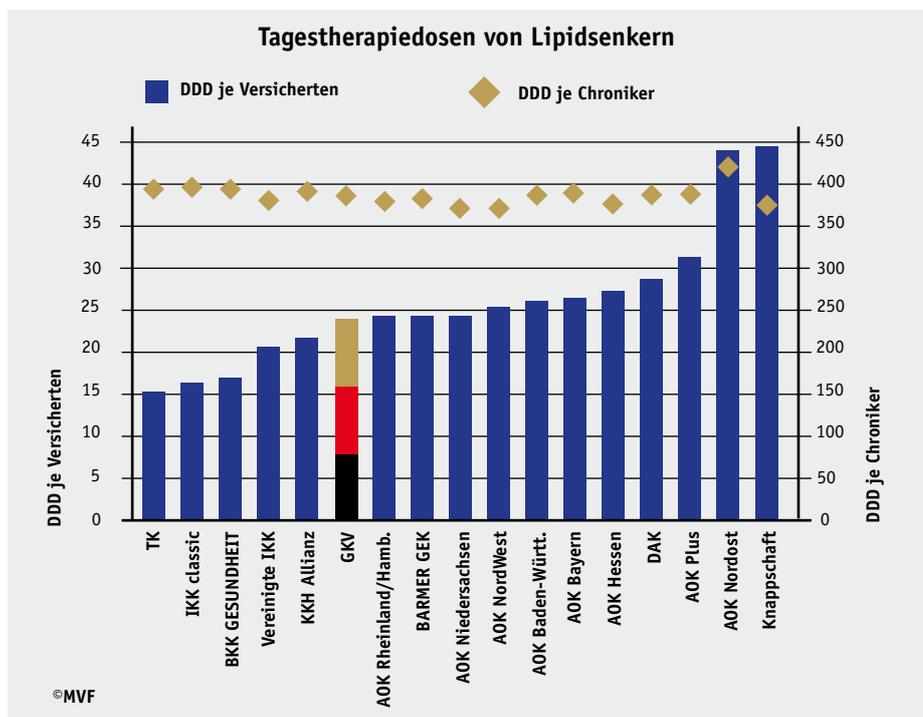


Abb. 1: Tagestherapiedosen von Lipidsenkern (ATC: C10) je Versicherten und je Chroniker (mind. eine Verordnung je Quartal) nach Krankenkassen (>1 Mio. Versicherte); Quelle: DDD-Sonderanalyse (INSIGHT Health), Juli 2010 bis Juni 2011.

chungszeitraum mindestens eine Verordnung eines Lipidsenkern erhalten haben. Insgesamt lag die Schwankungsbreite zwischen den analysierten Krankenkassen hierbei zwischen 373 und 419 DDD je so definierten Chroniker. Dabei standen die beiden Kassen mit den höchsten DDD-Raten je Versicherten einmal am oberen Ende der Schwankungsbreite (AOK Nordost mit 419 DDD) und einmal am unteren Ende (Knappschaft mit 374 DDD) (vgl. Abb. 1).

Rund 80 Prozent aller kontinuierlich mit Lipidsenkern therapierten GKV-Patienten sind älter als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter variiert aber auch hier – analog zur Versichertenstruktur der Kassen – zum Teil erheblich. So sind die TK-Patienten wie auch die der IKK classic mit knapp 68 Jahren um gut fünf Jahre jünger als Patienten, welche bei der Knappschaft versichert sind.

Der Anteil von Tagesdosen mit dem Wirkstoff Ezetimib inkl. Fixkombinationen schwankt unter den größten gesetzlichen Krankenkassen zwischen 4,4 Prozent für die AOK Hessen und der IKK classic mit 8,2 Prozent (vgl. Abb. 2). Auch bei den Verordnungsanteilen von Ezetimib sind diese Kassen oberhalb des GKV-Durchschnitts; die TK ist hier führend unter den untersuchten „Großkassen“ (2,3% vs. GKV: 1,7 %). Der DDD-Anteil von Simvastatin an allen Lipidsenkern (C10) variiert nahezu gegenläufig und liegt zwischen 74,3 Prozent bei der TK und 82,7 Prozent bei der AOK Rheinland/Hamburg (GKV: 78,1 %).

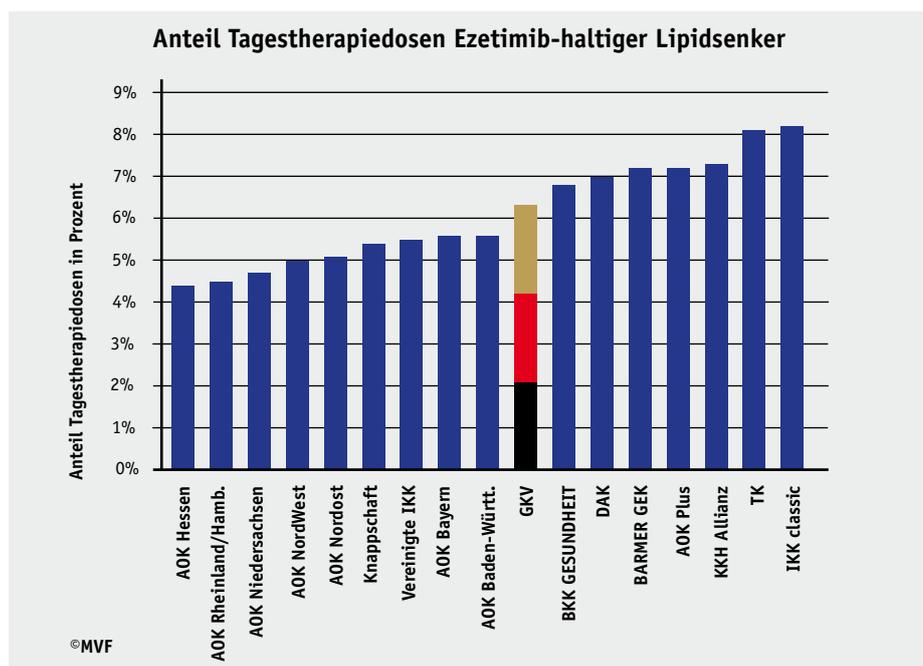


Abb. 2: Anteil Tagestherapiedosen von Ezetimib und deren Fixkombinationen an Lipidsenkern nach Krankenkassen (>1 Mio. Versicherte); Quelle: DDD-Sonderanalyse (INSIGHT Health), Juli 2010 bis Juni 2011.

Ezetimib-haltiger Präparate gering zu halten. So soll zum einen der DDD-Anteil der Leitsubstanz Simvastatin unter den Statinen im Durchschnitt über 86 Prozent betragen (Tab. 1). Zum anderen sollen zum Beispiel in Schleswig-Holstein die Ezetimib-haltigen Präparate einen Anteil von 3 Prozent der Statine und Ezetimib-haltigen Präparate nicht überschreiten (vgl. KV SH 2011).

Pro-Kopf-DDD bei Knappschaft drei Mal so hoch wie bei TK

Eine Analyse der großen Kostenträger mit

mehr als einer Million Versicherten zeigt deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie mit Lipidsenkern: Während bei der TK auf einen Versicherten statistisch betrachtet nur rund 15 Tagestherapiedosen (ATC: C10) entfallen, sind es bei der Knappschaft 46 DDD. Innerhalb der GKV entfallen durchschnittlich auf jeden Versicherten 24 Tagesdosen. Dies lässt jedoch keinerlei Rückschlüsse auf die durchschnittliche Anzahl von Tagestherapiedosen je Patient resp. je Chroniker zu. Als Chroniker wurden in dieser Analyse Patienten definiert, die je Quartal im Untersu-

Ausblick

In weiteren Versorgungsanalysen sollten die Gründe für die unterschiedlichen Verschreibungen bei den einzelnen Kassen näher untersucht werden. So wären u. a. ein alters- und geschlechtsadjustierter Vergleich zwischen den Krankenkassen, eine Untersuchung regionaler Besonderheiten sowie die Analyse des Verschreibungsverhaltens unterschiedlicher Facharztgruppen von Interesse. Darüber hinaus sollten, gerade vor dem Hintergrund der jüngsten Veröffentlichungen des IQWiG zum Thema „Ezetimib bei Hypercholesterinämie“ (vgl. IQWiG 2011), Versorgungsforschungsstudien den Zusatznutzen der teureren Therapieregime in Abhängigkeit von den Krankheitsbildern inklusive der Komorbiditäten näher untersuchen. Dieses wären dann auch Informationen, die in die Arzneimittelvereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassenverbänden einfließen könnten. <<

Literatur bei den Verfassern

von: Dr. André Kleinfeld
Christian Bensing*

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

Ausgewählte Partnerstandorte stellen gemeinsame Gesamtkonzepte vor

Deutsches Zentrum für Lungenforschung gegründet

Chronische Lungenerkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache weltweit. Dennoch existieren bis heute kaum effektive Therapiemöglichkeiten. Experten sehen eine der Hauptursachen in Deutschland darin, dass Forschungsprojekte bisher immer nur in Einzelanträgen gefördert wurden, die lediglich einen begrenzten Untersuchungsgegenstand hatten. Dementsprechend konnten auch keine bahnbrechenden Ergebnisse erzielt werden. Mit dem von der Bundesregierung initiierten Deutschen Zentrum für Lungenforschung (DZL) soll nun eine neue Struktur für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und Ärzten aus verschiedenen Bereichen geschaffen werden. Ziel des DZL ist eine nachhaltige Förderung der Erforschung von Ursachen, diagnostischen Markern und neuen Therapiemöglichkeiten. Auf der Volkskrankheit Asthma, die seit Jahren unverändert stark verbreitet ist, wird einer der Forschungsschwerpunkte liegen.

>> Aktuell leiden etwa vier Millionen Menschen in Deutschland an Asthma – das entspricht der Einwohnerzahl von Rheinland-Pfalz. Damit gehört die Atemwegserkrankung hierzu zu den häufigsten Volkskrankheiten. „Auch im internationalen Vergleich liegen wir über dem Durchschnitt“, sagt Prof. Dr. Erika von Mutius, Oberärztin an der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und seit 1993 Leiterin der dortigen Asthma- und Allergieambulanz. „Besonders bedenklich ist, dass bereits jedes zehnte Kind in Deutschland betroffen ist.“ Entsprechend hoch ist der Bedarf an geeigneten Wirkstoffen, weshalb seit jeher viel Forschung im Bereich Asthma betrieben wird. Mit der Gründung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL) und der deutschlandweiten Koordination von gemeinsamen Forschungsprojekten besteht für betroffene Patienten nun neue Hoffnung. München ist einer von fünf bundesweit verteilten Partnerstandorten des DZL, die in der ersten Runde des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ausgeschriebenen Wettbewerbs ausgewählt wurden.

Verbesserung vorhandener Therapeutika

Die SSS International Clinical Research GmbH betreut bereits seit vielen Jahren klinische Studien zu Medikamenten rund um die chronische Atemwegsentzündung. „Aktuell wird an der Optimierung der beiden klassischen Asthmatherapeutika gearbeitet“, berichtet Dr. Michael Sigmund, Geschäftsführer von SSS. Zum einen gehe es darum, die Applikation von inhalativen Glucocorticoiden zu verbessern, so dass der Wirkstoff erst in der Lunge seine Wirkung entfaltet und die Patienten von den unliebsamen Nebenwirkungen im Mundraum verschont bleiben. Zum anderen soll die Inhalation von langwirksamen β_2 -Sympathomimetika von den bisher zwei bis drei Anwendungen am Tag auf eine reduziert



Prof. Dr. Erika von Mutius, Oberärztin an der Kinderklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und seit 1993 Leiterin der Asthma- und Allergieambulanz.

werden. Ein großer formaler Fortschritt für die Forschung sei auch die elektronische Erfassung der Zielparameter bei der Lungenfunktionsmessung: „Die maximale Luftflussrate wird nun direkt, nachdem der Proband in das peak flow meter geblasen hat, vollautomatisch über ein sogenanntes electronic patient reported outcome (ePRO) aufgezeichnet, gespeichert und bedarfsorientiert weiterverarbeitet“, erläutert Sigmund. Das erhöhe die Datenvalidität der klinischen Studien deutlich.

Neue Therapieansätze durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

„Die klassische Asthma-Therapie mit entzündungshemmenden Glucocorticoiden wirkt nur unspezifisch, hat endokrinologische Nebenwirkungen und ist bei manchen Patienten trotz hoher oraler Dosierung nicht effektiv“, so Sigmund. „Die Erforschung neuer Therapieansätze ist deshalb unbedingt notwendig und sollte konsequent vorangetrieben werden.“ Mit dem geplanten Start der Forschungsarbeit des DZL im Herbst stehen die Chancen dafür gut. „Unser gemeinsam eingereichtes Gesamtkonzept wird momentan von einem internationalen Expertengremium geprüft und bei einem Hearing in Berlin vorgestellt“, berichtet von Mutius.

Vorgeschlagen wurden drei generelle Hypothesen für neue Therapiemöglichkeiten. Die erste beinhaltet die therapeutische Nutzung von Cytokinen mit dem Ziel, bestimmte Botenstoffe der Körperabwehr zu blockieren. Ein



Dr. Michael Sigmund, Geschäftsführer der SSS International Clinical Research GmbH.

zweiter Ansatz erforscht, inwieweit Mikro-RNAs eine Rolle im Schutz gegen die Krankheitsentstehung spielen und wie diese synthetisch hergestellt und verabreicht werden können. Die dritte Hypothese stützt sich auf die Beobachtung, dass die Atemwege von Asthmakranken eine andere bakterielle Besiedelung aufweisen als diejenigen von Gesunden. Hier hofft man, dass bestimmte Antibiotika vor allem bei frühkindlichem Asthma helfen könnten.

Das übergeordnete Ziel des DZL wird dabei sein, mittels multidisziplinärer Methoden wie etwa Lungenfunktion, Genexpression und Bildgebungsverfahren die verschiedenen Phänotypen von Asthma besser zu charakterisieren und so spezifischere Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. „Der politische Beschluss des BMBF, die Kompetenzen im Bereich der Lungenforschung in Deutschland zu bündeln, war ein großer Wurf und ist die richtige Idee“, begrüßt von Mutius den zukünftigen Verbund von verschiedenen Wissenschaftlern im DZL. „Nur durch eine auf lange Sicht angelegte, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Grundlagenforschung und Klinik können neue und gezieltere Behandlungsansätze gefunden werden.“ Durch die Fokussierung des DZL auf differenziertere Behandlungsmöglichkeiten erhöhen sich auch die Chancen auf innovative Medikamentenentwicklungen, wie Sigmund meint: „Wenn zukünftig die Expertise in der Forschung gebündelt ist, können Untersuchungen professioneller durchgeführt werden, so dass es auch für spezielle Patientengruppen Hoffnung auf neue und wirksamere Substanzen gibt.“ <<



Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes
Netzwerk für Gesundheit

Einschätzung aus Sicht der Versorgungsforschung und der Verbraucher

Neuregelung der „Datentransparenz“ im GKV-Versorgungsstrukturgesetz

„Datentransparenz“ lautet der zweite Titel des Abschnitts „Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz“ des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs, die Regelungen finden sich in den Paragraphen 303 a-f (neu: 303 a-e). Eingefügt wurde dieser Titel mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, in Kraft traten die Regelungen zur Datentransparenz zum 01.01.2004. Hinter diesem trockenen Namen könnte sich ein wahrer Schatz an bisher weitgehend ungenutzten Routineangaben verbergen: die auf ein Versichertenpseudonym bezogenen Abrechnungsdaten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu in Anspruch genommenen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, und zwar in einer Form, die Längsschnittanalysen im Zeitverlauf ermöglicht.

>> Die im Gesetzentwurf vom 12.08.2011 vorgesehenen Nutzungszwecke der zur Verfügung zu stellenden Daten machen die potenzielle Bedeutung der Datentransparenz-Regelungen deutlich:

- Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner,
- Verbesserung der Qualität der Versorgung,
- Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung),
- Längsschnittanalysen über längere Zeiträume, Analysen von Behandlungsabläufen, Analysen des Versorgungsgeschehens zum Erkennen von Fehlentwicklungen und von Ansatzpunkten für Reformen (Über-, Unter- und Fehlversorgung),
- Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen sowie von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Quelle: Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 12.08.2011 (Bundsratsdrucksache 456/11, § 303e Abs. 2).

Warum die Neuregelung?

Trotz der breiten und sinnvollen Anwendungsmöglichkeiten wurden die gesetzlichen Vorgaben zur Datentransparenz seit Anfang 2004, also seit über siebeneinhalb Jahren, im Wesentlichen ignoriert. Die Aufgabe lag in erster Linie beim GKV-Spitzenverband und der Kassenärztliche Bundesvereinigung. Doch auch das Bundesgesundheitsministerium

(BMG) hätte die Umsetzung durch Ersatzvorhaben befördern können. Wenn Bundesregierung und Gesetzgeber das Thema nun also erneut aufgreifen, ist das grundsätzlich sehr zu begrüßen. Es bleibt zu hoffen, dass die Umsetzung nun zügig und konsequent betrieben wird und weitere Verzögerungen ausbleiben. Ebenso wichtig für sinnvolle Vorhaben der Versorgungsforschung und die Translation der Erkenntnisse sind aber der Datenumfang und die Datenqualität sowie der öffentliche Zugang zu eben diesen Erkenntnissen.

Datenumfang

Der neue § 303b (Datenübermittlung) sieht vor, die Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu verwenden. Bisher vorgesehen waren dagegen die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Begründet wird die Verwendung der RSA-Daten mit dem dadurch geringeren bürokratischen und finanziellen Aufwand, da man in diesem Fall bereits für andere Zwecke erhobene und auf Plausibilität geprüfte Daten verwenden könne. Auch diese Daten seien für Zwecke der Datentransparenz geeignet und mit diesen jährlich anfallenden Daten würde schrittweise eine verwertbare Datenbasis entstehen.

Der RSA-Datensatz besteht aus einer Stichprobe der GKV-Versicherten und enthält im Wesentlichen die versichertenbezogenen Angaben über die vertragsärztlichen Diagnosen, die (abgerechneten) Arzneimittelverordnungen sowie die Haupt- und Nebendiagnosen der Krankenhausfälle. Nicht enthalten

Kommentar



Dr. John Weatherly
Präsident DGbV

Zurzeit jagt ein Sturm den nächsten. Was weltpolitisch zutrifft und kaum mehr vom Bürger zu verstehen und einzuordnen ist, findet jetzt auch zunehmend in der deutschen Gesundheitspolitik Raum.

Täglich neue und zum Teil sich widersprechende Meldungen und Statements vom G-BA, SpiK, IQWiG, KBV, DKG, BMG, regionale KV oder K'haus-Gesellschaft, um nur einige zu nennen. Hierzu kommt dann noch die jeweilige regionale politische Vertretungskaste und die dort tätigen einzelnen Player mit ihren jeweiligen Partial-Interessen. Dass hierdurch bedingt der Bürger zunehmend in einen gesundheitspolitischen Verdruss gerät, anstatt „empowerment“ und „shared decision“ zu entwickeln, ist gut zu verstehen. Wir müssen weg vom Funktionärs- und parteipolitischen Kalkül, zurück zur realen Faktenentscheidung auf nachvollziehbarer Datenlage. Nur so kann eine zukünftige Bürgereinbindung und -orientierung erfolgen.

Dr. John N. Weatherly

Arbeitsgruppen-Termine

AG Vertrags- und Finanzierungsmanagement

Leitung: Dr. J. N. Weatherly, R. Bals

18. Oktober 2011

Thema: Entwicklung eines Mustervertrages für Mehrwertverträge

AG Arzneimittelversorgung

Leitung: Prof. Dr. Dr. hc. mult. D. Adam, Dr. U. Kröttsch

10. November 2011

Thema: Folgen des AMNOG

AG Versorgungsprozesse

Leitung M. Knetsch, Prof. Dr. G. Platter

10. November 2011

Thema: Versorgungsprozesse auf dem Prüfstand in der Zukunftswerkstatt

AG Telematik zur Patientenselbststeuerung

Leitung Prof. Dr. Th. Wolf, M. Deters

21. November 2011

Thema: „Nutznießer und deren Nutzen durch Telematik zur Patientenselbststeuerung“

AG Kommunikation

Leitung: Prof. Dr. R. Roski, S. Jung, S. Katzer

2. Dezember 2011

Thema: „Stellenwert von Patienteninformation und -kommunikation im

Versorgungsmanagement – Absolut unterschätzt?“

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

sind damit insbesondere die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (einschl. der Heil- und Hilfsmittel) im ambulanten und stationären Bereich. Mit der zahnärztlichen Versorgung und der Pflege fehlen zwei Leistungsbereiche vollständig. Auch privatärztlich erbrachte Leistungen sind außen vor, darunter fallen z. B. die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Mit dem fehlenden Pflegebereich würde ausgeklammert der Leistungsbereich ausgeklammert, der sich demografisch bedingt mit einem zunehmenden Leistungsbedarf und einem entsprechend großen Bedarf an Evaluation und Versorgungsforschung konfrontiert sieht. Und dies, obwohl die Bundesregierung selbst den vorliegenden Gesetzentwurf an vorderster Stelle mit den Herausforderungen der demografischen Entwicklung begründet.

Für den stationären Bereich fehlt überdies ein sinnvolles Institutionspseudonym. Ohne ein solches können beispielsweise Wiederaufnahmen, Mindestmengen und Mortalitäten nicht nach Krankenhausgröße analysiert werden. Im vertragsärztlichen Bereich fehlen ein Arztpseudonym mit Rückschluss auf die Arztgruppe sowie bei Verordnungen der Tag der Leistung. Analysen über die Qualität der Verordnungen nach Arztgruppen und eine Abbildung des Behandlungsprozesses werden so unmöglich gemacht. Ziele wie die Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben durch die Kollektivvertragspartner, Längsschnittanalysen und die Analyse von Behandlungsabläufen rücken damit in weite Ferne.

Als Zwischenfazit bleibt festzuhalten: Der vorgesehene Datenumfang ist nicht geeignet, eine umfassende Analyse des Versorgungsgeschehens hinsichtlich der vom Gesetz selbst postulierten Zielsetzungen zu ermöglichen. Auch eine Analyse der zunehmenden Zahl von Einzelverträgen der Krankenkassen scheint mit dem RSA-Datensatz nur schwer vorstellbar – dieser Nutzungszweck ist mit dem aktuellen Gesetzentwurf neu hinzugekommen. Im Hinblick auf das unveränderte Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung schlummern nach wie vor große Effizienzreserven in der gesundheitlichen Versorgung. Die Investition in eine dieser Problematik gerecht werdende umfassende Datenbasis wäre daher eine rationale, lohnenswerte und zukunftsweisende Investition.

Umsetzungsgeschwindigkeit

Einen Vorteil hätte die Verwendung der RSA-Daten: Deren Erhebung findet bereits

statt, es gibt keine weiteren verzögernden Diskussionen um Umfang und Format der Daten. Und das Bundesversicherungsamt als Datenhalter unter Aufsicht des BMG dürfte kein Interesse an einer Verzögerung der Datenerlieferung haben. Andererseits gewährleistet eine staatliche Behörde nicht automatisch die schnelle Umsetzung von Vorgaben.

Konkrete Zeitvorgaben fehlen im Gesetzentwurf auffallend. Ein Blick in den Text offenbart einen fast vollständigen Verzicht auf Umsetzungsfristen. Weder für die Rechtsverordnung noch für die Errichtung der Vertrauensstelle und der Datenaufbereitungsstelle noch für die Prüfung und Beantwortung von Datenanfragen werden zeitliche Vorgaben gemacht. Unerklärlich, warum einzig für die vergleichsweise unwichtige Festlegung von Nutzungsgebühren eine Frist gesetzt wird, dazu noch eine sehr lange (bis zum 31.12.2012). Das lässt wenig Raum für Hoffnungen auf schnelle Forschungserfolge.

Problematisch für eine rasche und zweckentsprechende Nutzung sind die RSA-Daten auch deshalb, weil sie nur einmal im Jahr anfallen. Die Datenbasis wäre zu dünn und entstünde zu langsam. Eine unbefriedigende Situation in einem Zeitalter modernster Informations- und Kommunikationstechnologien.

Datennutzung – Durch wen und mit welchem Ziel?

Das Ziel der vorgesehenen Datentransparenz ist, „die Datengrundlage für die Versorgungsforschung deutlich zu verbessern und mit einer zuverlässigen Datenbasis die Entscheidungsprozesse zur Weiterentwicklung des GKV-Systems zu unterstützen“ (Begründung zu § 303e Abs. 1 neu). Weiter heißt es, eine Datennutzung im öffentlichen Interesse müsse glaubhaft nachgewiesen werden, wenn sie nicht bereits in den Aufgaben der nutzungsberechtigten Stellen begründet läge (§ 303e Abs. 1 neu einschl. Begründung).

Die Datennutzung und Datentransparenz ist zweifellos von fundamentalem öffentlichen Interesse. Denn es geht hier um die Qualität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung als Sozialversicherungszweig, der gespeist wird von Zwangsbeiträgen eines Großteils der Bevölkerung und von wachsenden Steuerzuschüssen. Einen gewissen Widerhall findet das in der ausdrücklich zu begrüßenden Erweiterung der potenziellen Datennutzer um die Patienten- und Verbraucherorganisationen, die bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten

sind. Allerdings fehlt aus Sicht von Patienten wie Steuerzahlern ein wichtiger Verwendungszweck der Daten völlig, nämlich die Information der Bevölkerung über unser Gesundheitswesen, insbesondere über Struktur und Qualität der Leistungserbringung. Dies korrespondiert mit der Intransparenz, die sich aus der Datenstruktur bezüglich der Leistungserbringer ergibt. Es mutet schon eigentümlich an, dass Patientinnen und Patienten dem potenziellen Risiko der Entpseudonymisierung ausgesetzt werden, die Anonymität der Leistungserbringer aber weitaus besser geschützt wird – auf Kosten wichtiger Erkenntnisse, die mit diesen Daten nicht werden gewonnen werden können.

Erforderlich ist ferner, die aus den Daten gewonnenen Erkenntnisse stets auch der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. An die Datennutzung sollte daher zwingend eine Publikations- bzw. Berichtspflicht geknüpft werden. Wie sonst ließe sich die Bezeichnung „Datentransparenz“ rechtfertigen? Ohne Pflicht zur Veröffentlichung wäre es möglich, die Daten alleine aus wirtschaftlichen Interessen oder für Wettbewerbszwecke zu nutzen. Weil Forschung durch wissenschaftliche Einrichtungen häufig im Auftrage Dritter betrieben wird, sollten Datenanfragen im Rahmen von Auftragsforschung stets und eindeutig unter Nennung der Auftraggeber als solche deklariert werden müssen. Eine Datenabfrage kann überdies nicht bereits als zweckmäßig gelten, wenn die anfragende Institution (nutzungsberechtigte Stelle) generell eine bestimmte ihr zugewiesene Aufgabe zu erfüllen hat. Genau dies legt aber die Formulierung im Gesetzentwurf nahe. Die Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit der Datenanfragen sollte in jedem Einzelfall sorgfältig überprüft werden.

Als Gesamtfazit kann man aus den vorliegenden Regelungen folgern, dass möglicherweise ein kleiner Schritt hin zu einer sinnvollen Nutzung der im Gesundheitswesen weitgehend brachliegenden Daten getan würde. Ein Blick auf die Detailregelungen macht aber deutlich: Um dem gesellschaftlichen Interesse und den Zielsetzungen des Gesetzes gerecht zu werden, ist noch ein weiter Weg zu gehen. <<

von:
Thomas Moormann MPH
 (Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement)
Dr. Ilona Köster-Steinebach
 (Verbraucherzentrale Bundesverband)

Arbeitsgruppen stellen sich vor: Vertrags-/Finanzierungsmanagement

Die Arbeitsgruppe besteht seit September 2010 und veranstaltet regelmäßig multiprofessionelle und interinstitutionelle Experten-Workshops. Außer DGBV-Mitgliedern können daran auch interessierte Nicht-Mitglieder bei Entrichtung einer Kostenbeteiligung teilnehmen. Die Arbeitsgruppe soll sich über ihre pluralistische sektionsübergreifende Besetzung zu einer Experten- und Kompetenz-Gruppe in Vertragsbildung und -management entwickeln.

Ziel

Die AG hat sich zum Ziel gesetzt, eine Plattform zur Diskussion und Durchsetzung von notwendigen Vertragsveränderungen für alle Vertragsbeteiligten zu bieten. Dabei wird insbesondere auf die aktive Einbeziehung von Bürger- und Patientenvertretern Wert gelegt. Außerdem will sie Unterstützung für innovative Lösungen bei Mehrwertverträgen leisten und praxistaugliche Musterverträge entwickeln.

Detailziele

- Analyse von Verträgen und Konzepten mit unterschiedlichen Schwerpunkten
- Erreichen einer „Win-Win“-Struktur bei der Vertragsverhandlung und der Vertragsgestaltung
- Verbesserung der Information über die Situation im Vertragsbereich des Gesundheitswesens
- Vorstellung relevanter Vertragspartner/Versorgungskonzepte
- Einbeziehung der Patienten - Versichertensicht
- Entwicklung einer Checkliste für Controlling und Bewertung von Verträgen
- Entwicklung von bürgerorientierten Vertragskonzepten
- Begleitung erfolgversprechender Ansätze
- Einzelfallberatung
- Erarbeitung von Stellungnahmen und Lösungsvorschlägen für Problemlagen im derzeitigen Gesetzeswesen

Leitung

Dr. John N. Weatherly

Dr. Weatherly ist Geschäftsführer und Senior Management Trainer der NEWSTAND Management Akademie Berlin sowie Ltd. Geschäftsführer von VITA e. V. Berlin. Er promovierte in Philosophie, studierte Geistes- und Erziehungswissenschaften, Psychologie und Management an verschiedenen Hochschulen im In- und Ausland. Er war langjähriger Mitarbeiter am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und der Freien Universität, Fachbereich Sozialpsychiatrie, in Berlin. Er ist als Organisations- und Unternehmensberater im nationalen und internationalen Projektmanagement auf folgenden Gebieten tätig: vernetzte und integrierte Versorgung, Personalentwicklung und Re-Engineering und Innovationsentwicklungen in Industrie, Mittelstand, Verbänden und Gesundheitseinrichtungen.



Rudolf Bals

Rudolf Bals war als Leiter Gesundheitspolitik für die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen für Novartis Pharma GmbH tätig, danach in Altersteilzeit und seit Juli 2010 im Ruhestand. Von August 2007 bis heute arbeitet er als Repräsentant der Firma INSIGHT Health mit einem ähnlichen Aufgabenprofil wie zuvor bei Novartis. Im Rahmen dieser Tätigkeiten gründete Rudolf Bals eine Vielzahl von Arbeits- und Gesprächskreisen, mit denen zahlreiche nachhaltige Projekte realisiert werden konnten. Das bekannteste Gremium ist der Teltower Kreis.



Die Arbeitsgruppe Vertrags- und Finanzierungsmanagement hat sich in ihren letzten drei Sitzungen damit beschäftigt, die einzelnen Sichtweisen zu Mehrwertverträgen von Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen vorstellen zu lassen und darüber zu diskutieren.

In der 1. Sitzung referierten:

- Christian Luley, Grüenthal GmbH: „Mehrwertverträge aus dem Blickwinkel eines pharmazeutischen Unternehmens“
- Jens Hennicke, TK-LV Sachsen-Anhalt: „Mehrwertverträge am Beispiel der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt“
- Jörn Schroeder-Printzen, Fachanwalt: „Mehrwertverträge aus juristischer Sicht“

In der 2. Sitzung referierten:

- Karsten Köhler, Deutsche Rheuma-Liga LB Brandenburg e.V.: „Mehrwertverträge – Nutzen/wert für den Patienten“
- Günther S. Hanke, Herdecke Plus AG: „Bedeutung von Mehrwertverträgen aus der Sicht von Krankenhäusern“
- Christian Traupe, AOK Nordost: „Bedeutung von Mehrwertverträgen aus Sicht einer großen Versorgungskrankenkasse“

In der 3. Sitzung referierten:

- Dr. Reinhard Wosniak, KV Mecklenburg-Vorpommern: „Innovative Mehrwertverträge aus Sicht einer KV“
- Ulrich Dietz, BMG: „Rabattverträge oder Mehrwertverträge? Die Sicht des BMG“

Erkenntnisse im Umgang mit Mehrwertverträgen:

Zurzeit gibt es eine große Bandbreite an Verträgen mit teilweise komplizierten, komplexen und kaum praxisorientierten Strukturen. Es besteht ein großer Bedarf an praktikablen, transparenten Verträgen mit größerem Vertragsrahmen für die einzelnen Partner. Zum großen Teil führen, gerade auch in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Versorgung, nur regionale und regional-strukturierte Verträge zum Erfolg. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen von Mehrwertverträgen ist eine umfassende Information und regelmäßige Kommunikation mit allen Vertragspartnern. Eine Steigerung der Abschlüsse sowie eine Kontinuität von Mehrwertverträgen können nur erzielt werden, wenn Pharma-, Ärzte-, Patienten- und Krankenkassenvertreter gemeinsam Konzepte ausarbeiten und zentralistische Vorgaben der Gesetzgeber auch geändert werden. Dabei bedeutet Mehrwert nicht nur finanziellen Gewinn für alle, sondern gleichfalls die Steigerung der Versorgungsqualität, eine höhere Compliance, Ressourcenfreisetzungen usw.

Identifizierte Problemfelder:

- die anhaltende Fusion von Krankenkassen trägt zur Beeinträchtigung der regionalen Kompetenz bei, aber Besonderheiten einer Region müssen auch regional angegangen werden
- der Mangel an Ärzten in bestimmten Fachrichtungen, z.B. im geriatrischen Bereich
- die komplizierte Anerkennung von Qualifikationen bei Ärzten
- Spezialisierung muss finanzierbar sein und sich rentieren
- die unzureichende Kenntnis über potenzielle regionale Betroffene oder Partner und ihre Arbeit
- das begrenzte Umsatzvolumen für die Pharmaindustrie.

DGbV ist verantwortlicher Mitinitiator des Dialogforum Depression

„Depression ist anders“

Um politische Entscheidungsträger und Öffentlichkeit verstärkt für das Krankheitsbild Depression zu sensibilisieren haben sich im April dieses Jahres Partner aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen zusammengetan und die Initiative Dialogforum Depression mit der zentralen Botschaft „Depression ist anders“ gegründet. Depression ist anders, weil sie in vielen Fällen unterschätzt und häufig nicht oder zu spät diagnostiziert wird. Die Bündelung der Einzelstimmen verbessert die Verwirklichung des gemeinsamen Anliegens, bei zentralen gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern das Bewusstsein für die besonderen Belange von an Depressionen erkrankten Menschen zu schärfen und die daraus resultierende notwendige Vielfalt an Therapiemöglichkeiten sicherzustellen. Die Initiatoren möchten dabei besonders im Bereich der Früherkennung der Krankheit auf bestehende Probleme hinweisen und einen Beitrag zur ihrer Lösung leisten.

>> Die Initiatoren des Dialogforums Depression sind neben der Lilly Deutschland GmbH, die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV), das Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und die DAK. Von entscheidender Bedeutung für das Dialogforum Depression sind seine inhaltliche Ausgewogenheit und Unabhängigkeit, die für alle beteiligten Partner einen hohen Stellenwert besitzt: Es geht nicht um das Empfehlen bestimmter Therapieformen, sondern darum die Notwendigkeit einer frühestmöglichen Behandlung von Depressionen hervorzuheben, um so die bestmögliche individuelle Behandlung der Betroffenen zu sichern.

Die Initiative startete ihre Arbeit Mitte April mit einer vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützten Auftaktveranstaltung in Berlin, bei der Betroffene, Wissenschaftler und gesundheitspolitische Entscheidungsträger zusammen kamen, um das vielseitige Krankheitsbild Depression von unterschiedlichen Gesichtspunkten zu beleuchten und im Kreise eines hochkarätig besetzten Panels über die Andersartigkeit, die besondere Komplexität und die weitreichenden individuellen wie

gesellschaftlichen Folgen von Depressionen zu sprechen.

Auf der Website des Dialogforums Depression www.dialogforum-depression.de können sich Interessierte weiter über die Initiative informieren. Es besteht die Möglichkeit, sich als Unterstützer einzutragen und für den vierteljährlich erscheinenden Newsletter anzumelden. In diesem erhalten Interessierte Einladungen für kommende Veranstaltungen und werden über Neuigkeiten der Initiative auf dem Laufenden gehalten. Die Initiative will sich als Ansprechpartner für politische Entscheidungsträger etablieren und so dazu beitragen, Probleme bei Diagnose und Behandlung von Depressionen zu begegnen. Darüber wird durch die Arbeit des Dialogforums dazu beigetragen, der gesellschaftlichen Stigmatisierung der Krankheit entgegen zu wirken. <<

Link:
www.dialogforum-depression.de



Was bietet eine Mitgliedschaft bei der DGbV?

- Arbeitsplattformen zur Entwicklung und Begleitung neuer Konzepte für ein effizienteres Versorgungsmanagement im Gesundheitswesen
- Aktive Teilhabe an einem klar strukturierten Verband, der sich an der Komplexität des Gesundheitswesens orientiert
- Einbeziehung aller relevanten Akteure und Nutzer des Gesundheitssystems in die Verbandsarbeit
- Lerneffekte und Wissensgewinn in kreativen Arbeitsgruppen
- Kontakte und Erfahrungsaustausch mit Akteuren und Nutzern des Gesundheitswesens im Netzwerk der Gesellschaft
- Eine mediale Plattform, über die Themen und normgebende Aspekte des Verbandsschaffens fortlaufend publiziert werden

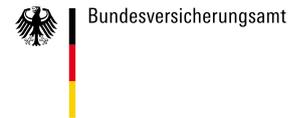
Ich interessiere mich für die Mitgliedschaft

Per Fax bitte schicken an:
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement e.V. (DGbV)
Genter Straße 63, D - 13353 Berlin
Tel: +49 30 - 45 47 54 66 Fax: +49 30 - 45 47 58 01
Oder mailen Sie formlos an: geschaeftsstelle@dgbv-online.de

DGbV
Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes
VERSORGUNGSMANAGEMENT e.V.

Name/Vorname _____
Aufgabe/Funktion _____
Firma/Organisation _____
Straße _____
PLZ Ort _____
E-Mail _____
Datum ____ . ____ . 2011
Unterschrift _____

MVF-Fachkongresses „10 Jahre DMP“ in Kooperation mit dem BVA:



Eine Datenbasis für die Zukunft

Trotz des bestehenden Verbesserungsbedarfs könne die Frage, „ob DMP ein Erfolgskonzept für das deutsche Gesundheitssystem ist, nur mit einem Ja beantwortet werden“, sagte Dr. Maximilian Gaßner, der Präsident des Bundesversicherungsamts auf dem Fachkongress „10 Jahre DMP“, den „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF) in Kooperation mit dem BVA am 19. September in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften veranstaltet hat. Knapp 200 Teilnehmer aus Politik, Institutionen, Kassen und Beratern folgten dem dichten Vortragsreigen, der den Teilnehmern einen tiefen Überblick über das inzwischen vorhandene Wissen, aber auch über real existente Probleme der Evaluation verschaffte. In den beiden Podiumsdiskussionen - geleitet von Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, dem Direktor Klinische Forschung und Akademische Lehre des Vivantes Netzwerks für Gesundheit sowie Mitglied im Praxisbeirat von MVF und Prof. Dr. Reinhold Roski, dem Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“, wurden zudem die Argumente Pro und Contra Disease Management Programme (DMP) herausgearbeitet. Wobei sich einmal mehr zeigte, dass DMP mehr sind als eine – so Gaßner – „weitestgehend flächendeckende und auf einheitlichen, evidenzbasierten Leitlinien beruhende Versorgung von rund sechs Millionen Patienten“, sondern auch ein Politikum, das aus genau diesem Grunde seine Gegner wie Befürworter hat.

>> Einer, der sich eher auf der Seite der Zweifler sieht, ist Prof. Dr. Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen, Mitglied im Herausgeberbeirat von „Monitor Versorgungsforschung“ und gemeinsam mit Holzgreve und Roski Tagungspräsident des Kongresses. Ihm ging es in seinem Vortrag nicht um Fragestellungen wie Akzeptanz oder Quantitäten, Lebensqualitäten oder besuchte Fortbildungsveranstaltungen, sondern rein um Nutzen und Effizienz der Programme. Denn – so Glaeske – „alles ist eben nicht so rosarot wie man das immer wieder liest“. Seiner Meinung nach reiche damals wie heute das Wissen nicht aus, um die Wirksamkeit von DMP wirklich beurteilen und die Frage beantworten zu können, ob die Chronikerprogramme tatsächlich einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Effizienz geleistet haben.

Die Tatsache, dass die Politik von Beginn an einen flächendeckenden Einsatz der DMP

gewählt habe, sowie der Fakt, dass DMP ohne vorhergehende Evaluation des Ist-Status auf Basis eines dezentralen Systems eingeführt wurden, hätte dazu geführt, dass DM-Programme gar nicht mit der höchsten Evidenzstufe von Evaluationen - Randomized Controlled Trials (RCT) - zu evaluieren sind.

Methodik steht noch gar nicht zur Verfügung

Ein Unterfangen, das Referent Prof. Dr. Karl Wegscheider vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie und Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA, sowieso für unmöglich hält. Selbst bei einem singulären Medikament sei die Fachwelt auch heute noch unfähig, aus den Studien, die bis zur Zulassung vorlägen, ein vollständiges Safetyprofil zu bekommen, weil allein das schon ein methodisch schwieriges Gebiet sei. Für komplexe Programme wie es DMP aber nun einmal sind, gäbe es noch gar keine richtige Methodik.

So scheinen die Differenzen, die sich an Methodik und Studien-Interpretationen entzünden, einerseits sehr stark prinzipieller Natur zu sein, andererseits aber wohl auch politischer, und eben genau darum nicht immer ganz fair geführt zu werden. Denn dass der Versorgungsansatz DMP in eine nächste Stufe überführt werden muss, ist allen Beteiligten und auch allen Referenten klar - nur der Weg dahin ist noch unklar.

Was auch daran liegt, dass es zwar nach zehn Jahren einfach an der Zeit ist, Disease Management Programme weiter zu entwickeln, wie Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz, die stellvertretende Referatsleiterin des Referats 213 „Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme“ beim Bundesministerium für Gesundheit, ausführte. Darum gehe im Rahmen der Regelungen des kommenden Versorgungsgesetzes zukünftig „die Regelungskompetenz vollständig auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über“. Durch den Wegfall des bisher aufwändigen zwischengeschalteten Rechts-



Die Referenten des Vormittags (zweiter v. li.) Prof. Dr. Stefan G. Spitzer (DGIV), Dr. Maximilian Gaßner (Präsident des BVA und Kooperationspartner des Kongresses), Dr. Josephine Tautz (BMG) und Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES) mit MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski (li.) sowie Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen), der gemeinsam mit Roski und Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes, re.) die Tagungspräsidentschaft übernommen hatte.



Blick ins Auditorium: Vorne im Bild (v.r.n.l.) die Referenten Prof. Dr. Linder (WINEG), Dr. Graf (BARMER GEK), Dr. Gawlik M.Sc. (BVA), Prof. Dr. Häussler (IGES), van Lente (AOK). Knapp 200 Teilnehmer verfolgten den dichten Vortragsreigen.

verordnungsverfahrens erwartet sie zudem eine wesentlich flexiblere Entwicklung der DMP, eine inhaltliche Erweiterung und ebenso eine schnellere Umsetzung in die Versorgungspraxis. Doch sollen ihrer Meinung nach bewährte Elemente wie die evidenzbasierte Behandlung, die Vorgaben des Krankheitsmanagements, die aktive Mitwirkung der Patienten und ebenso die begleitende Evaluation auf jeden Fall bewahrt, aber eben weiterentwickelt werden.

Gerade bei der begleitenden, gesetzlich geforderten Evaluation gibt es zwei Lager: Diejenigen, die aus den vorliegenden Zahlen eher Positives interpretieren und jene, die das anders sehen. Zu den Befürwortern zählte zum Beispiel Referent Evert Jan van Lente, der stellvertretende Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband. Trotz methodischer Probleme lägen seiner Meinung nach inzwischen eine Reihe ganz unterschiedlicher Studien vor, die – teilweise sogar mit RCT-Studiendesign – Aufschluss geben über Ergebnisse zu Prozess-, Ergebnis- und Lebensqualitäten. Das aktuell vorliegende „Mosaikbild“ der vorliegenden Studien lasse seiner Meinung nach den Schluss zu, dass sich durch die Einführung der DMP die Qualität und Effizienz der Versorgung der teilnehmenden Patienten tatsächlich verbessert hat.

So zeigten Auswertungen zur gesetzlichen

Evaluation der Programme bei den kontinuierlich teilnehmenden Patienten eine Stabilisierung bzw. Verbesserung der medizinischen Werte sowie einen Rückgang von Folge- und Begleiterkrankungen. Darüber hinaus ließen zudem risikoadjustierte Forschungsansätze, die einen Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ermöglichen, signifikante Vorteile zugunsten der Programmteilnehmer erkennen. Van Lente: „Die AOK hat in mehreren Analysen festgestellt, dass die Kosten der DMP-Teilnehmer signifikant unter den Kosten der Nicht-Teilnehmer liegen.“ Wobei allerdings die Kosten im ambulanten ärztlichen Bereich höher lägen, was aber überkompensiert werde durch geringere Krankenhauskosten. Ein wichtiges Indiz für Effizienz sei zudem der Kostenunterschied, der nach van Lente „deutlich über der Programmkostenpauschale“ rangiere. Dennoch betont auch er, dass DMP nun einmal so komplexe Interventionen seien. Dadurch sei eben kaum nachweisbar, welche Faktoren für welche Effekte verantwortlich seien.

Ausstrahleffekte sind unkalkulierbar

Beim Vergleich zwischen Programmen oder dem Vergleich zwischen Ergebnissen von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern

sei zudem Vorsicht geboten, weil vor allem der behandelnde Arzt bei der Behandlung kaum zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern unterscheide, was unkalkulierbare Ausstrahleffekte nach sich ziehen würde. Dennoch zeigen sich die Vertreter der klassischen Versorgerkassen wie AOK und Barmer GEK pragmatisch zufrieden mit dem bisher Erreichten, auch wenn unbenommen sei, dass es immer noch Defizite gebe. Und selbst Prof. Dr. Roland Linder vom WINEG, dem wissenschaftlichen Institut der TK (einem erklärten Gegner der „Gießkannen-DMP“) sagt: „Es gibt Hinweise für positive Effekte, aber leider keine evidenzbasierten Antworten.“

Deshalb fordert Linder „angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten“ im Namen der TK künftig die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese sei durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar und könne idealerweise durch randomisierte kontrollierte Studien erfolgen. Hier treffen sich durchaus die Interessen von AOK, Barmer und der TK. Van Lente erklärte, dass sich die AOK „sehr konstruktiv“ in einen neuen Evaluationsmodus einzubringen gedenke, der unter der Federführung des G-BA zu installieren ist. Ebenso befürwortet er den Ansatz, innerhalb des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) die

Daten der AOK, der Barmer GEK und auch der TK zu poolen, um noch mehr Daten und vor allem trotz möglicher Kassenwechsel über lange Zeiträume evaluieren zu können. „Unser gemeinsames Anliegen ist vorhanden“, verdeutlichte van Lente.

Zukunft der DMP-Evaluation bereits angedacht

Ebenso wollten die Initiatoren dem „Sponsor-Bias vorbeugen“, indem eine unabhängige Stelle die Daten überprüfe. Doch sei es toll, was in Sachen Evaluation in den letzten Jahren von der Kassenseite auf die Beine gestellt worden sei, und nun Basis für eine gemeinsame Anstrengung werden könne.

Wie die Evaluation genau angelegt werden soll, ist indes noch unklar. Prof. Wegscheider warb für regional verzögerte Programm-Einführungen, weil so ein Bundesland für das andere die Kontrollgruppe bilden könne und mit den schon von vornherein mitgedachten Analysemöglichkeiten in Form moderner „Comparative Effectiveness Researches“ - zum Beispiel „Stepped Wedge-Designs“ - ein lernendes System installiert werden könne. Dr. Christian Gawlik M.Sc. vom Referat VI 4 Medizinische Grundsatzzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke beim BVA, machte sich dafür stark, nicht immer gleich das komplette Konzept DMP evaluieren zu wollen, weil man zeitnah zu keinen Ergebnissen komme. Subgruppen-Analysen, Untersuchungen einiger Elemente und Regi-

onen seien da viel sinnvoller. Das zeigen zumindest seine Erfahrungen aus Zehntausenden von DMP und Multi-Millionen von Daten, die er bisher ausgewertet hat: „Man kann DMP einfach nicht wie eine rote Pille evaluieren.“

Doch auch wenn künftig die Evaluation der DMP mit Kontrollgruppen neu aufgelegt wird, wird man dennoch nie die beste Evidenz nach RCT erreichen können, meint Dr. Christian Graf, Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der Barmer GEK. Aber vielleicht könne die nächst niedrigere Evidenzstufe erreicht werden, weil auf Basis der GKV-Routinedaten die wichtigsten Outcomes gemessen sowie alle Kostenarten betrachtet werden können. Der Unterschied zur heutigen Evaluation sei, dass künftig die Daten auch für Kontrollgruppen gemessen werden könnten - am besten nach M-RSA-Kriterien, was einen stimmigen Vergleich zwischen Kontroll- versus Interventionsgruppe erlaube. Das ist, wie Prof. Dr. Reinhold Roski, der Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“, in seinem Schlusswort sagte, Thema des nächsten Fachkongresses, der am 19. März 2012 stattfinden



Mit Blick auf den französischen Dom auf dem Gendarmenmarkt: Die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, in der auch der Folgekongress am 19. März 2012 stattfinden wird.

wird und Details der künftigen Evaluation, aber auch von Regionalisierung, Individualisierung und Multiprofessionalität von Versorgungsansätzen am Beispiel von DMP in den Fokus nehmen wird. <<



Die Podiumsdiskutanten des Vormittags: Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES), Prof. Dr. Gerd Glaeske (Uni Bremen), Dr. Maximilian Gaßner (BVA), Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes, Moderator der Diskussion), Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer (DGIV) und Prof. Dr. Karl Wegscheider (Univ.-Klinikum Hamburg-Eppendorf). Den Bericht zu dieser Podiumsdiskussion finden Sie im Kongress-Special 1/2011.

VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

Jahresabonnement inkl. Kongress-Specials + Online-Zugang

6 Ausgaben pro Jahr

Kongress-Specials



Online-Portal inkl. Newsletter



Lesen Sie „Monitor Versorgungsforschung“ für 90€ und nutzen Sie den Online-Zugang zu allen PDF-Ausgaben der 6 regulären Ausgaben und der Specials www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-7638280-1
Monitor Versorgungsforschung - ein Medium der eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - mail@m-vf.de

Podiumsdiskussion „DMP im Vergleich“:

„DMP nicht wie eine rote Pille behandeln“

Prof. Dr. Roland Linder (WINEG), Dr. Christian Graf (BARMER GEK), Evert Jan van Lente (AOK), Dr. Christian Gawlik M.Sc. (BVA) und Dr. Dirk Sunder Plaßmann (Spectrum|K) diskutierten am Nachmittag des Kongresstags mit Prof. Dr. Reinhold Roski (MVF-Herausgeber und Moderator) unter Beteiligung des Plenums über die gezeigte Evidenz der Programme.

Roski: DMP sind im Prinzip eine Qualitätsinitiative. Dass die Qualität der Versorgung durch DMP gestiegen ist, schien mir eine generelle Aussage zu sein. Meine Frage: Haben DMP im Sinne der Verbesserung der Versorgungsqualität des Systems etwas Positives bewirkt oder nicht? Sind wir heute weiter als vor zehn Jahren?

Linder: Ich gehe davon aus, dass Teile der Intervention gefruchtet haben. Es wäre statistisch auch nicht unwahrscheinlich, dass ein Teil der Intervention innerhalb einer Bündel-Intervention fruchtet. Wie groß oder wie weit die tatsächlichen Ziele wirklich erreicht wurden – das ist auch heute durch alle Vorträge gegangen – ist unklar. Nichtsdestotrotz wurden immer Folien von Erfolgen gezeigt, dazu sieht man ganz viele Folien. Und daraus wird dann der Schluss gezogen, wie Herr van Lente das gesagt hat, wenn 25 in eine Richtung denken, muss es wohl stimmen. Ich hatte aber schon in meinem Vortrag gezeigt, dass der Bedarf nach Evidenz, der Wissenshunger, nach wie vor groß ist.

Roski: Liegt hier wirklich ein Evidenzunterschied vor oder - wie ein Referent gesagt hat - ein Interpretationsunterschied? Herr Rebscher brachte den provozierenden Satz: Wer immer schon gegen DMP war, bekommt dann auch bei den Evaluationen schlechte Ergebnisse heraus. Ist es wirklich die Evaluation, die Methode, das unterschiedliche Ergebnis oder ist es die Interpretation, die mehr oder minder gutwillig ist?

Linder: Ich bedauere, dass Herr Rebscher nicht in unserer Runde dabei ist, er hat ja mir und damit der TK wissenschaftliche Unredlichkeit unterstellt. So etwas geht überhaupt nicht. Ich wollte ihm hier die Gelegenheit zur öffentlichen Entschuldigung geben. Es kommt ja ins Protokoll, er kann mich anrufen.

Roski: Liegt es aber nun an der Interpretation oder sind es wirklich die Ergebnisse? Hier haben wir mit Herrn van Lente, aber auch mit Herrn Graf Fachleute, die deutlich positive Effekte gefunden haben.

Linder: Ich unterstelle niemandem hier eine tendenzielle Auswertung. Es liegt wirklich daran, dass Unterschiedliches untersucht wurde. Vielleicht dazu doch ein paar Details. In der Studie von Stock et.al. - die BARMER GEK steht dahinter - wurde ein ganz bestimmtes Patientenkontext herausgesucht - eine Subgruppe von 40 Prozent aller DMP-Teilnehmer. Die 40 Prozent rühren daher, dass nur diejenigen eingeschlossen wurden, die mindestens 40 Jahre alt waren und die mindestens drei Medikamente im erstes Halbjahr 2005 verordnet bekamen. Es waren auch keine Kassenwechsler dabei. Damit gab es ein paar Randbedingungen, die das stark eingeschränkt haben. Dazu gibt es im Anhang zu der Publikation einen sehr schönen Anhang von Stock et.al., in dem gezeigt wird, wie viele Versicherte raus gefallen sind. Es han-

„Man muss sich vor Augen halten, ob wir nun weiterhin einen Gießkanneneffekt haben wollen oder eben das Paretoprinzip“

Prof. Dr. Linder, WINEG

delt sich also um eine Subgruppe, nicht ganz unähnlich bei ELSIP. Dort mussten die Versicherten mehr als 50 Jahre alt sein und Verordnungen bekommen. Wir haben heute eine Grafik gesehen, auf der deutlich wurde, dass 27 Prozent der Diabetiker rein diätetisch versorgt werden. Bei der TK sind es sogar 39 Prozent, das mag schwanken von Kasse zu Kasse, aber ist jedenfalls ein beachtlicher Anteil. Diese leichter Erkrankten - weil noch diätetisch versorgbaren Versicherten - sind in diesen Studien natürlich nicht mehr enthalten. Das allein hat schon einen Verzerrungseffekt. Man kann gerne über Subgruppen reden, aber dann muss man sich das vor Augen halten, ob wir nun einen Gießkanneneffekt weiterhin haben wollen oder eben das Paretoprinzip. Dann kommt hinzu – das habe ich in meiner Präsentation kurz gezeigt – dass es doch erhebliche Unterschiede gibt bei der Pflegestufe. Bei der TK waren mehr als viermal so viele Menschen mit Pflegestufe drei in der Kontrollgruppe. Das wird in den anderen Auswertungen nicht anders gewesen sein. Dann erstaunt natürlich überhaupt nicht, dass die Mortalität größer

ist in der Kontrollgruppe, weil viele von denen schon schwerstkrank waren. Und wenn man sich die Zahlen ansieht von Stock et.al., dann war der Anteil der über 80-Jährigen auch wieder doppelt so groß in der Kontrollgruppe wie bei den DMP-Teilnehmern - sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Das Bemühen ist erkennbar, möglichst vergleichbare Gruppen zu bilden, aber gerade dieser Bereich Pflegestufe ist dort zu kurz gekommen. Und das erklärt die Ergebnisse. Da unterstelle ich überhaupt keine Böswilligkeit, sondern einfach, dass Verschiedenes untersucht wurde.

Graf: Um den einen Punkt vielleicht noch aufzuklären: Diese 40 Prozent sind anders zustande gekommen. Wir haben nur Patienten ermittelt, die im Jahr 2002 mit Diabetesmedikation in unseren Daten vorhanden waren.

Das war ein Instrument, um sehr spezifisch Diabetiker herauszufinden aus einer Zeit vorher. Dadurch habe ich gesagt, hatten wir sozusagen etwas schwergradige Populationen in der Studie – das waren aber nicht die 40 Prozent. Die 40 Prozent sind übriggeblieben, weil wir nur die eingeschlossen haben, die in 2004 eingeschrieben worden sind und dann durchgängig drin geblieben sind. Alle anderen Patienten, die in 2005, 2006, 2007 irgendwann eingeschrieben wurden, haben wir nicht mit aufgenommen. Es ist ein wesentlicher Unterschied zu Ihrer Arbeit, dass wir uns dort auf eine Kohorte konzentriert haben. Ich halte das auch für sauber.

van Lente: Tatsächlich sind wir der Meinung, dass wir die Qualität der Versorgung in den letzten zehn Jahren verbessert haben. Wir denken, dass die DMP wesentlich dazu beigetragen haben und dass wir das nachweisen können. Ich habe einige Beispiele geben können. Auf die Methodikdiskussion will ich mich im Einzelnen nicht einlassen. Nur der Hinweis, dass wir bezüglich der WINEG-Studie etwas befremdet waren und uns veranlasst sahen, unser wissenschaftliches Institut in einer Pressemitteilung ausführlich auf die methodischen Schwächen der WINEG-Studie eingehen zu lassen. Bei jeder Studie kann man zu unterschiedlichen Inter-



v.l.n.r.: Die Referenten des Nachmittags bei der Podiumsdiskussion: Prof. Dr. Linder (WINEG), Dr. Graf (BARMER GEK), van Lente (AOK), Prof. Dr. Roski (MVF-Herausgeber und Moderator der nachmittäglichen Diskussion), Dr. Gawlik M.Sc. (BVA) und Dr. Sunder Plaßmann (Spectrum|K).

pretationen kommen. Ich meine, dass wir besonders vorsichtig sein sollten bei der nachträglichen Bildung von Subgruppen. Dann ist es wichtig, dass ein unabhängiges Institut mit der Auswertung beauftragt wird.

Graf: Sie haben gesagt: Die schwergradigen Patienten profitieren. An dem Punkt sind wir uns - glaube ich - alle einig. Jeder in dieser Runde hat festgestellt, dass schwergradige Patienten von dem Programm in besonderem Maße profitieren. Ich habe auch noch eine Folie gar nicht aufgelegt, aus dem berühmten Nordrhein ZI-Bericht, da sehen Sie nämlich, dass die Patienten, die initial mit HBA_{1c}-Werten bei 10 oder darüber oder bei Blutdruckwerten in astronomischen Bereichen lagen, sich massiv zum Mittelwert gesenkt haben. Da sind echte Interventionserfolge auch erkennbar. Hier sind sich alle einig. Der Schluss daraus aber ist ein anderer. Ihr Schluss daraus ist, leichtgradige Diabetiker sollten nicht in die Programme. Da sind wir ganz anderer Meinung. Ich bin der Meinung, dass DMP in der Form einfache Strukturvoraussetzungen haben, es sind Patientenschulungen, es sind minimale Regeln der Patientenorientierung, der Qualitätssicherung, der Dokumentation. Und ich sehe überhaupt keinen Grund, warum nicht jeder Patient - auch im leichtesten Stadium - diese Versorgungsform in strukturierter Form bekommen soll. Das ist - glaube ich - der wesentliche Unterschied in unsere Bewertung der Studie.

Dr. Kaduskiewicz (Teilnehmerin, Institut für Allgemeinmedizin, Univ.-Klinikum

Hamburg-Eppendorf): Sie hatten gefragt, was der Tag gebracht hat. Wir haben heute Morgen sehr eindeutig und ganz klar gehört, dass es richtig gute Studien zur Evaluation der Wirksamkeit des DMP nicht gegeben hat. Es gab keine randomisierten kontrollierten Studien. Insofern war ich heute Vormittag glücklich über diese ganz klaren Aussagen, dass eben ein Nachweis dieser Wirksamkeit des DMP bisher nicht erbracht werden konnte. Nachmittag war ich wirklich frustriert, muss ich sagen, weil diese Studien, die uns schon alle bekannt sind, noch mal vorgestellt worden sind - ohne genaue Darstellung der Methodik. Wir wissen alle, dass diese Studien suboptimal sind, weil sie nicht randomisiert sind, weil sie vom methodischen Ansatz her keine sichere Erkenntnis bringen können. Insofern würde ich sagen, heute Nachmittag war es für mich etwas enttäuschend, weil positive Effekte proklamiert wurden, die aber so nicht nachgewiesen werden können. Trotzdem bin ich der Meinung, dass DMP etwas gebracht haben. Allein die Diskussion um Pro und Contra war nützlich. Alle Ärzte waren darin involviert, alle Ärzte haben sich gestritten über evidenzbasierte Medizin, über Leitlinien etc. Das hat natürlich einen massiven Fortbildungseffekt gebracht. Einen zweiten Punkt, den ich gerne in die Runde werfen möchte, ist: Sie hatten angekündigt, es geht auch um die Zukunft. Es geht um die Frage, wie geht es in Zukunft weiter mit den DMP. Es bringt nichts, mit einer unzureichenden Methodik

„Wir denken, dass die DMP wesentlich dazu beigetragen haben. Das können wir auch aus unserer Sicht nachweisen“

van Lente, AOK

„Jeder Patient - auch im leichtesten Stadium - sollte diese Versorgungsform in strukturierter Form bekommen.“

Dr. Graf, BARMER GEK

nachzuweisen versuchen, was nicht nachzuweisen ist. Aber was kann man in Zukunft machen? Hier finde ich es sehr interessant zu betrachten, welche Gruppen von Patienten man in Zukunft fokussieren will, um deren Versorgung zu verbessern. Ich denke da an alle Patienten, die eben bisher noch nicht in DMP sind. Was sind das für Patienten? Etwa die Hälfte der Patienten sind eben nicht in den DMP. Ich denke, diese Patienten bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit.

Roski: Blicken wir in die Zukunft: Was wären geeignete andere Patientengruppen für DMP und in welche Richtungen könnten DMP fortentwickelt werden?

Sunder Plaßmann: Sie haben recht. Wir haben immer noch jeden Zweiten nicht im Programm. Auf diesen Fakt stoßen wir auch in anderen Selektivverträgen immer wieder: Was bewegt eigentlich den Patienten, bestimmte Sachen zu machen? Wir denken immer, er macht etwas, wenn es ihm gesagt wird. Doch das ist nicht immer der Fall - mitnichten. Was bewegt den Patienten und wie kann man ihn ansprechen? Das ist eine Frage, die wir in der Versorgungsforschung immer wieder thematisieren, um zu schauen: Ist die Ansprache richtig? Oder kann man den Patienten - auch wenn Shared-Decision-mäßig die Entscheidung trifft - dazu bewegen etwas zu machen, vielleicht sogar seinen Lebensstil zu ändern. Das ist eine sehr nachhaltige und auch anstrengende Herausforderung. Ein Punkt, wohin sich DMP entwickeln könnten, ist - das ist auch angeklungen - die Multimorbidität.

Und da wurde auch das Chronic-Care-Modell mehrfach genannt. In diesem Bereich gäbe es noch Handlungsbedarf.

Roski: *Kommen wir zu den komplexeren Auswertungsformen, die heute Morgen vorgeschlagen wurden. Gibt es Chancen, dass die Krankenkassen neue Auswertungs- und neue Analysemethoden einsetzen und dadurch vielleicht Fehler in den jetzigen Evaluationen vermeiden können?*

van Lente: Als AOK haben wir seit mehreren Jahren versucht, die Evaluationsmethode der gesetzlichen Evaluation zu verändern. Wir sind ganz froh, dass das jetzt vom BMG aufgegriffen worden ist und das der Gemeinsame Bundesausschuss die Möglichkeit hat, hier neue Wege zu gehen. Ich glaube, dass das dringend erforderlich war. Wir werden uns als AOK sehr konstruktiv in dem Prozess einbringen. Wie ich heute erfahren habe, ist das auch bei den Kollegen der Ersatzkassen der Fall. Ich bin recht optimistisch, dass wir in Zukunft auch eine andere Form der Evaluation machen können.

Linder: Innerhalb des Verbands der Ersatzkassen gibt es sowohl von der BARMER GEK als auch von der Techniker Krankenkasse - auch als Konsequenz aus diesen Studien - den Ansatz, die Daten möglichst zu poolen und dann auch über lange Zeiträume zu evaluieren. Das gemeinsame Anliegen besteht und wir hoffen natürlich, dass sich noch weitere Partner beteiligen, um dann auch dem Sponsor-Bias vorzubeugen, wie Prof. Sawicki das nennt. Es wäre danach auch zu überlegen, ob nicht eine möglichst unabhängige Einrichtung diese gepoolten Daten überprüft. Das sollte man vielleicht mitnehmen an der Stelle. Es ist doch toll, was wir in den letzten Jahren von Krankenkassenseite methodisch auf die Beine gestellt haben. Einen Wissenschaftler befriedigt es vielleicht nicht, aber wenn man mal die Entwicklung innerhalb der Kassen sieht, ist das doch eine ganz positive. Diese könnte auch Vor Schub geben zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung, diese Programme zu evaluieren.

Gawlik: Ich möchte an die Krankenkassen appellieren, nicht zu versuchen, das gesamte Konzept DMP zu evaluieren. Da ist zu komplex. Man muss sich mal überlegen, wie viele Probleme schon bei klinischen Studien

zu einzelnen Medikamenten auftreten. Und zudem muss in diesem System das experimentelle Design zum Beispiel fünf Jahre stabil gehalten werden, um Verzerrungen zu verhindern. Ich empfinde das immer noch sehr, sehr mutig. Die Amerikaner sind bei Medicare und Medicaid jetzt schon zehn Jahre dabei, ihre DMP zu evaluieren, kommen zu keinem validen Ergebnis und werden sie deshalb gar nicht einführen in diesem, dem deutschen GKV-System vergleichbaren System. Ich würde darum dafür plädieren, gerade die eben angesprochenen Subgruppen-Analysen zu planen, d.h. einzelne Elemente von DMP zu evaluieren und zu verfolgen. Oder in einzelnen Regionen Elemente von DMP zu evaluieren. Dann würden auch Studiendesigns, wie sie Herr Prof. Wegscheider vorgeschlagen hat, greifen können. Das man das also erst in einer Region macht, in einer anderen nicht und das dann die Regionen gegenseitig als Kontrollgruppen dienen können. Aber ich würde aus meiner Sicht dringend dafür plädieren, nicht weiter zu versuchen, DMP wie eine „rote Pille“ zu evaluieren und das auch noch über viele Jahre hinweg.

Graf: Ich würde gerne auf die Bemerkung von Frau Dr. Kaduszkiewicz eingehen. Ich finde schon, dass all das, was heute Nachmittag noch mal gezeigt wurde, einschließlich der gesetzlichen Evaluation ohne Kontrollgruppe durchaus wertvolle Hinweise für die Entwicklung der Versorgung in den letzten Jahren liefert. Wir haben anhand der Befragungsdaten, die wir durchgeführt haben, festgestellt, dass 80 Prozent der Patienten innerhalb der

Programme ihre Augen untersucht und ihre Füße untersucht bekommen. Das ist eine enorm wichtige

Zahl. Vor Einführung der DMP hatten wir dazu überhaupt keine Information. Es gibt viele Beispiele, die zeigen, dass wir sehr wertvolle Erkenntnisse aus den letzten Jahren bekommen. Sie sagen, Sie seien frustriert über die Darstellung: Im Umkehrschluss bedeutet das, dass wir, wenn wir nicht RCT durchführen können, eigentlich überhaupt nichts messen und überhaupt nichts bewerten. Dem möchte ich entschieden widersprechen. Wir haben einen Vorschlag unterbreitet, zukünftig die gesetzliche Evaluation der DMP mit Kontrollgruppe sozusagen neu aufzulegen. Trotzdem werden wir damit auch nicht die beste Evidenz im Sinne von RCT erreichen. Natürlich werden wir weitere und noch bessere Erkenntnisse

bekommen und das ist auch richtig so und wertvoll. Wir werden immer mehr ein Gefühl dafür bekommen, inwieweit unsere Hypothesen stimmen. Im Grunde gibt es dazu eine Menge Eindrücke und die werden durch eine neue Methodik noch besser erkennbar. Aber diesen endgültigen Beweis, den werden wir nicht liefern können.

Stegmaier (Teilnehmer, „Monitor Versorgungsforschung“): Herr Graf, könnten Sie das kassenübergreifende Evaluationsprogramm noch kurz ausführen? Und dann die Frage an die versammelten Vertreter der Krankenkassen: In welcher Art und Weise können sie sich künftig überhaupt ein gemeinsames Daten-Pooling vorstellen und wie tief ließen sie sich denn in ihr Datentöpfchen schauen?

Graf: Der Vorschlag ist im Grunde ganz einfach. Auf Basis von GKV-Routinedaten können wir die wichtigsten Outcomes messen, das heißt Krankenhausbehandlung wegen Herzinfarkten, Schlaganfällen usw. Wir können die Mortalität und alle Kostenarten messen. Wir können Gesamtkosten und einzelne Kostenarten darstellen – dazu Hospitalisierungen, Notfälle etc. Also im Grunde die wichtigsten Qualität- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren. Der einzige Unterschied zur heutigen Situation ist, dass diese Daten eben auch für Kontrollgruppen und nicht nur für die Teilnehmer gemessen werden. Das muss man nach einem einheitlichen Vorgehen machen. Ich würde vorschlagen, die Morbi-RSA-Kriterien als einheitliche Definition sozusagen eines Diabetikers oder eines Asthma-Patienten zugrunde zu legen für Teilnehmer und eben auch für Nichtteilnehmer. Dann hat man den Vergleich Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe und das für jede jährliche Kohorte.

Roski: *Damit steht noch die Frage aus, wie DMP 2.0 aussehen könnten. Doch wie es sich so trifft, ist diese Frage das Thema für den nächsten Kongress, der am 19. März 2012 stattfinden wird und zu dem sich alle Interessierten bereits jetzt anmelden können.*

Podiumsdiskussion 2

Den Bericht zur zweiten Podiumsdiskussion finden Sie im Kongress-Special 1/2011, das Abonnenten und Kongress-Teilnehmern per Post mit dieser Ausgabe ausgeliefert wird. Darin geht es auch um Prof. Dr. Häußlers heftig diskutierte Thesen zur Folgenabschätzung der DMP, insbesondere bei Diabetes.

Dokumentation

Alle Referate sind für **Kongress-Teilnehmer wie Abonnenten** unter dem Link <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/referenten> downloadbar.

Die dazu gehörigen Audio-Files, in denen die Vorträge im Originalton dokumentiert werden, stehen exklusiv den Abonnenten von „Monitor Versorgungsforschung“ zur Verfügung. Zudem werden in Spezialausgaben, die den MVF-Ausgaben 05/11 und 06/11 beiliegen, die Vorträge in verschrifteter Form als Originalbeiträge publiziert. Diese Spezialausgaben erhalten automatisch alle Abonennten und Teilnehmer des Kongresses.

Bestellbar sind die **Spezialausgaben** in Print- und/oder PDF-Form unter: <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/spezial>

Den Link zur **Voranmeldung zum Folgekongress** am 19. März 2012 finden Sie unter: <http://www.monitor-versorgungsforschung.de/10-jahre-dmp/folgekongress>



Vortrags-Thema	Referent	Statement / Abstract
Was wissen wir über DMP?	Prof. Dr. Reinhold Roski Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“ 	Lohnen sich DMP? Sind sie ein Erfolgsmodell für Integrierte Versorgung? Nach welchen Kriterien sollte man Qualität, Effektivität und Effizienz beurteilen? In den vorliegenden Evaluationen zeigen sich positive, aber auch negative Effekte. Wo liegen die Gründe dafür? Das BVA und Kassen präsentieren die Ergebnisse: Das wissen wir nach 10 Jahren DMP!
Grußwort	Regierungsdirektorin Dr. Josephine Tautz Bundesministerium für Gesundheit, Stellv. Referatsleiterin, Referat 213 Gemeinsamer Bundesausschuss, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 	Nach dem seit 2009 vorgenommenen Abbau der finanziellen Anreizwirkung über den RSA soll durch das Versorgungsstrukturgesetz zukünftig der administrative Regelungsaufwand für die DMP-Durchführung weiter zurückgeführt werden. Die Regelungen für Inhalte und Ausgestaltung der DMP einschließlich deren Evaluation sollen statt über BMG-Rechtsverordnungen zukünftig durch G-BA Richtlinien erfolgen. Ziele sind Flexibilisierung, Vereinfachung und beschleunigte Umsetzung in der Versorgungspraxis..
DMP-Realität nach 10 Jahren > Siehe Special 1, S. 16	Dr. Maximilian Gaßner Präsident des Bundesversicherungsamts (BVA) 	Zehn Jahre nach Beginn der Debatte um DMP in Deutschland ist es Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen. Im Rahmen des Kongresses werden die Ziele und Erfolge der DMP in Deutschland von den Anfängen bis zur aktuellen Entwicklung dargelegt.
Nutzen und Effizienz von DMP > Siehe Special 1, S. 28	Prof. Dr. Gerd Glaeske Zentrum für Sozialpolitik, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Universität Bremen / MVF-Herausgeberbeirat 	Oftmals kommen Stratifizierungsüberlegungen im Hinblick auf die Ausgangssituation der Krankheitsschwere oder der sozialen Schicht der Patienten zu kurz. Nicht für alle, die ein DMP benötigen, wurde die Maßnahme genutzt, andererseits wurden die Programme oft wegen der ökonomischen Anreize auch bei solchen eingesetzt, die kaum Vorteile haben dürften.
Schnittstellenproblematiken strukturierter Versorgungskonzepte	Prof. Dr. Stefan G. Spitzer Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V (DGIV) 	Das Referat widmet sich den Schnittstellenproblemen solcher Projekte, insbesondere der Koordinierung der medizinischen Zusammenarbeit, technisch-technologischen Erfordernissen und noch bestehenden rechtlichen Hemmnissen bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in strukturierten Versorgungskonzepten.
DMP: Methodik für faire Vergleiche > Siehe Special 1, S. 25	Prof. Dr. Karl Wegscheider Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Wissenschaftlicher Beirat DMP beim BVA 	Im Wesentlichen müssen zwei Probleme beherrscht werden: die Schaffung eines mathematischen Ausgleichs für Strukturunterschiede und die korrekte Berücksichtigung möglicher Zufallseffekte. Im aktuellen DMP-Vergleich werden beide Ziele simultan durch den Einsatz adjustierter empirischer Bayes-Schätzer erreicht, die im Rahmen der Anpassung eines gemischten linearen Modells abgeleitet und anschließend visualisiert werden. Im Vortrag wird die Funktionsweise dieser Methodik am Beispiel vorgeführt.
DMP: Wirkungen und Nebenwirkungen – Folgenabschätzung	Professor Dr. Bertram Häußler Geschäftsführer IGES, Berlin 	Die im Nachhinein erkennbare „Insulinisierung“ der Typ-2-Diabetiker ist die Folge der Bemühungen um eine Reduzierung der vom Typ-2-Diabetes ausgehenden Folgewirkungen. Vor dem Hintergrund der heutigen Erfahrungen wäre die Frage zu stellen, wie hoch der zusätzliche Nutzen einer breit angelegten insulinbasierten Blutzuckerkontrolle ist angesichts der Risiken, die sich aus Hypoglykämien, Gewichtszunahme und der Induktion von Krebserkrankungen ergeben.

Vortrags-Thema	Referent	Statement / Abstract
DMP: Vergleiche und Ergebnisse > Siehe Special 1, S. 19	Dr. Christian Gawlik M.Sc. Referat VI 4 Medizinische Grundsatzfragen und Evaluation von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke - DMP beim BVA 	Die dokumentierten medizinischen Parameter und die zusätzlich erhobenen ökonomischen Daten werden für eine vergleichende Evaluation der DMP genutzt. Nach einer Risikoadjustierung werden dem BVA von den damit durch die Kassen beauftragten Evaluationsinstituten aggregierte Daten übermittelt, die eine vergleichende Darstellung des Gesundheitszustands der Versicherten und der Kostensituation in den DMP ermöglichen. Diese Informationen geben den Kassen die Möglichkeit, intern und gemeinsam mit den Leistungserbringern qualitätssichernde Prozesse zu steuern.
DMP: Erfahrungen der BARMER GEK	Dr. Christian Graf Abteilungsleiter für Versorgungsprogramme der BARMER GEK 	Nach holprigem Start und kontroverser Diskussion um die Einführung haben sich DMP heute zu einem festen Bestandteil qualitätsorientierter Versorgung chronisch Kranker in der GKV entwickelt. Gleichwohl liegen bislang nur partielle Wirksamkeitsbelege vor. Um weitere Evidenz über den Nutzen der Programme zu erhalten, sollte eine gesetzliche Evaluation durchgeführt werden.
DMP: Erfahrungen der TK > Siehe Special 1, S. 39	Prof. Dr. Roland Linder Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) 	Angesichts der noch immer ungeklärten Studienlage und der immensen Programmkosten fordert die TK die bestmögliche Evidenz zur Nutzenbewertung von DMP. Diese ist durch eine kassenübergreifende Evaluation von GKV-Routinedaten vorstellbar, erfolgt idealerweise jedoch durch einen RCT.
DMP: Erfahrungen der AOK > Siehe Special 1, S. 32	Evert Jan van Lente Stellv. Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband 	Nach 10 Jahren liegen eine Reihe von Studien und Patientenbefragungen vor. Das WIdO hat im Versorgungs-Report 2011 gleich vier Studien vorgestellt, die alle sehr unterschiedlich angelegt sind und – soweit es sich um kontrollierte Studien handelt – versucht haben, Selektionseffekte auszuschließen. Für die AOK ist entscheidend, dass externe Studien, Patientenbefragungen und interne Kalkulationen in der Tendenz zum gleichen Ergebnis kommen: Die patientenrelevanten Endpunkte sind unter DMP-Bedingungen deutlich besser und die Gesamtkosten niedriger.
DMP: Erfahrungen der DAK	Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher Vorsitzender des Vorstandes, DAK, Hamburg / MVF-Herausgeberbeirat 	Zeit, um Bestehendes zu überprüfen und Neues anzugehen. Die anfängliche Skepsis ist gewichen, und inzwischen nehmen mehr als 650.000 Versicherte an unseren DAK-Gesundheitsprogrammen teil – mit weiterhin steigender Tendenz. Einerseits wurde die Versorgungsqualität erhöht, andererseits werden Folgeerkrankungen vermieden. Zudem zeigen die Analysen eine Senkung der Leistungsausgaben.
DMP: Erfahrungen der Deutschen BKK und anderer BKKen	Holger Söldner Abteilungsleiter Versorgungsmanagement der Deutschen BKK 	10 Jahre DMP – zunehmend Konfliktpotenzial mit Kollektiv- und Selektivvertragsrecht. 10 Jahre DMP – dauerhaftes Optimieren der Analysen, der internen und externen Abläufe und das Anpassen an die sich immer wieder verändernden Anforderungen an Personal und Prozesse. 10 Jahre DMP bedeuten aber auch, dass sich aus Sicht der Deutschen BKK der Invest zum Wohl des Kunden gelohnt hat.
	Dr. Dirk Sunder Plaßmann Spectrum K 	Was haben diese (politisch gewollten) Versorgungsformen im Selbstverständnis und Handeln bei den Beteiligten ausgelöst? Welche Erfahrungen konnten Krankenkassen durch DMP gewinnen und für die Entwicklung selektiver, also freiwilliger Versorgungsverträge nutzen? Anhand von Evaluations- und Dokumentationsdaten werden beispielhafte Ergebnisse präsentiert.
DMP: Erfahrungen in Bayern > Siehe Special 1, S. 47	Dr. Frank Hofmann Teamleiter Datenmanagement und Abrechnung, CoC DMP bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) 	Nach anfänglicher inhaltlicher Skepsis und technischen Herausforderungen wie der elektronischen Dokumentation, die in Bayern von Anfang an Pflicht war, entwickelten sich die DMP sehr erfolgreich: Mittlerweile sind alle Prozesse effizient etabliert, und jährlich werden in Bayern über drei Millionen DMP-Dokumentation erstellt.
Regionale Versorgungsunterschiede > Siehe Special 1, S. 44	Dr. André Kleinfeld, Business Development Manager bei INSIGHT Health, Waldems-Esch 	Ein datenbasierter Blick auf die Situation der ambulanten Arzneimittelversorgung innerhalb der GKV zeigt, dass große Unterschiede zwischen den Regionen bestehen. Einfluss üben dabei neben demographischen und versorgungsstrukturellen Parametern auch verordnungsabhängige Faktoren. Indikationsbezogene Analysen von INSIGHT Health verdeutlichen, dass Versorgungsansätze stets an die regionalen Besonderheiten anzupassen sind oder sogar von den regionalen Auffälligkeiten her gedacht werden müssen.
DMP: Indikationsübergreifendes Versorgungsmanagement > Siehe Special 1, S. 51	Prof. Dr. Stephan Burger Leitender Direktor der MedicalContact AG, Essen / MVF-Praxisbeirat 	Das gesetzliche DMP bleibt als statisch organisiertes Programm hinter den Möglichkeiten zurück. Um Potenziale stärker zu nutzen, sollten DMP in ihrer heutigen indikationsbezogenen Ausgestaltung durch Case Management erweitert und bei den Kassen im Sinne eines zielgruppenspezifischen Versorgungsmanagements integriert werden. Zentraler Ansatzpunkt ist die Stärkung des Patientencoachings.

10 Jahre DMP

Disease Management Programme

Patientennutzen - Implikationen

Versorgungsmanagement

Der Fachkongress
wurde unterstützt von

arvato

BERTELSMANN

»HEALTHCARE

Ihrer Gesundheit zuliebe

DeutscheBKK



Vivantes

NOVARTIS

Medical**Contact** AG

PFLEGEWERK



AnyCare

careon

RENEWING
HeALTH REgIoNs of Europe WorkINg
toGether for HEALTH

INSIGHTHEALTH

Im Kongress-Special 1/2011 anlässlich des Fachkongresses „10 Jahre DMP“ finden Sie Originalbeiträge von Referenten, die auf dem von „Monitor Versorgungsforschung“ in Kooperation mit dem BVA veranstalteten Kongress am 19. September in Berlin vorgetragen haben. Der Rest folgt im Special 2 zur Ausgabe 06/11.

Prof. Dr. Gisela Charlotte Fischer

Chancen einer erweiterten Eigenverantwortung von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen

Autonomie und Selbstbestimmung des Bürgers sind tragende Elemente unseres freiheitlichen Staatswesens. Wir gehen davon aus, dass das Leben in eigener Verantwortung gemeistert werden kann und individuelle Zielsetzungen gefunden werden, die dabei leitend sind. Die Verwirklichung entsprechender Lebenschancen bedarf schützender Rahmenbestimmungen seitens Staat und Gesellschaft, die sich vor allem in den sozialen Sicherungssystemen entfalten. Unter der Leitvorstellung einer möglichst weitreichenden Chancengleichheit sollen die Voraussetzungen für das Bestehen der Anforderungen, die das Leben stellt, möglichst gleich sein, wobei schicksalsbedingte Gegebenheiten wie soziale oder krankheitsbedingte Einschränkungen oder Behinderungen soweit möglich zu kompensieren sind, dass sie nicht zu Benachteiligungen hinsichtlich der Teilhabe am Erwerbsleben und der sozialen Lebensentfaltung führen (vgl. z. B. SGB IX, § 4, Abs. 3 und 4).

>> In Verbindung mit den großen Sozialbewegungen des vergangenen Jahrhunderts und dem christlichen Gedankengut (Papst Leo XIII. 1891), zudem der Nächstenliebe und -hilfe, sind hier die Wurzeln des europäischen Sozial- und Wohlfahrtsstaates zu sehen, der unsere Gesellschaften zutiefst geprägt hat, und zu ihrem kostbarsten Bestand gehört. Ein kritischer Blick zeigt allerdings, dass es nicht möglich ist, soziale Ungleichheit oder Ungerechtigkeit durch medizinische Dienste zu beeinflussen (Arnold 1997). Sehr modern mutet hierzu die Forderung von Horst Baier an, der bereits 1978 formulierte, dass „... es heute wieder darum (geht), ... bei maßvollen Korrekturen ... dem Einzelnen persönliche Freiheit und Selbstbestimmung auch dort zu ermöglichen, wo er unter der Betroffenheit von Krankheit und Leiden steht.“ Im Weiteren gilt es, „... den Widerspruch aufzubrechen der darin liegt, dass uns die Verfassung als Staatsbürger ein Höchstmaß an Autonomie einräumt, dass uns die ... Wirklichkeit aber als „Sozialbürger“ nur in Gestalt subventionierter und reglementierter Untertanen kennt“ (Baier 1978).

Das Ringen um die Gestaltung, insbesondere die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens, ist auch heute von Fragen dieser Art nicht zu trennen.

Der Begriff der Eigenverantwortung bleibt im Gesundheitswesen relativ unscharf definiert und wird meistens im Sinne einer Kostenbeteiligung des Versicherten gebraucht. Eine Ausgestaltung des Konstrukts zu einem klar umrissenen Gefüge, z. B. von Leistungen, Ansprüchen, Pflichten und Zuständigkeiten, fehlt bisher.

In den folgenden Ausführungen soll Eigenverantwortung im Gesundheitswesen als Bereitschaft verstanden werden, Verantwortung für

Zusammenfassung

Die Epidemiologie alternder westlicher Gesellschaften einschließlich der vorzeitigen Sterblichkeit ist vorrangig geprägt durch chronische Erkrankungen, die auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückgehen. Damit wird Gesundheit in großem Umfang zu einer durch Verhaltensentscheidungen des Individuums und damit in seiner Verfügbarkeit stehenden Lebensbasis. Eine nähere Beleuchtung des Gesundheitsverhaltens zeigt, dass Versicherte und Patienten durchaus in eigener Verantwortung handeln, indem sie den Nutzen einer medizinischen Maßnahme aus ihren individuellen Lebenskontexten heraus nach eigenem Ermessen werten, was vielfach zum Abweichen von ärztlichen Empfehlungen führt. Diese Voraussetzungen scheinen geeignet, über eine anteilige Mitverantwortung des Versicherten und Bürgers für die Absicherung gesundheitlicher Risiken nachzudenken. Daraus könnten Vorteile für die (kommunikative) Qualität der Versorgung, das Versorgungssystem und die Gesellschaft erwachsen.

Schlüsselwörter

Eigenverantwortung, Autonomie, Selbstbestimmung

die eigene Gesundheit und – in Grenzen – auch deren Absicherung zu übernehmen.

Welche Anforderungen würde eine erweiterte Eigenverantwortung gegenüber Krankheit an Bürger und Versicherte stellen? Sie setze voraus, über ein kritisches Abschätzungsvermögen zu verfügen, hinsichtlich des individuellen Wertes, der Gesundheit zugebilligt wird, sowie der Möglichkeiten, Krankheiten zu verhindern und im Einzelfall zu entscheiden, ob bestimmte medizinische Interventionen den eigenen Präferenzen entsprechen oder nicht. Der Blick in unser System zeigt, dass hierfür alle Voraussetzungen gegeben sind: Die einfachen Formeln gesunder Lebensführung (Rauchen, Gewicht, Bewegung) sind jedermann unmittelbar zugänglich, eine partizipative Entscheidungsbildung im Behandlungsfall gehört heute zum Versorgungsstandard.

Im Folgenden soll der These nachgegangen werden, dass sich sowohl für Versicherte und Patienten, als auch für das Gesundheitssystem unausgeschöpfte Chancen ergeben, wenn mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit und deren Absicherung auf den Bürger, Versicherten und Patienten selbst übertragen wird.

Wenn mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen als Chance gesehen werden soll, müsste sie auf mehreren Ebenen einen Fortschritt bedeuten, d.h. sowohl für Versicherte und Patienten, als auch für das Gesundheitssystem, und schließlich für die Gesellschaft von Nutzen sein.

Welche Gegebenheiten rechtfertigen die Frage nach einer verstärkten Eigenverantwortlichkeit?

Im SGB V § 1 findet sich unter dem Thema Solidarität und Eigenverantwortung die folgende grundlegende Aussage, die man als eine Art Versprechen auf Gegenseitigkeit auslegen kann: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich, (gefordert werden) ... gesundheitsbewusste Lebensführung ... aktive Mitwirkung ... um den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden.“ Während sich die Aufmerksamkeit im Allgemeinen wesentlich auf die Leistungen der Krankenversicherung und der Solidargemeinschaft richtet, wird den Anforderungen, die, gleichsam im Gegenzug, an den Versicherten zu stellen sind, keine angemessene Beachtung geschenkt. Es finden sich kaum Auslegungen der ihm erwachsenden Mitverantwortung. Folglich fehlt bereits ein allgemein appellativer Umgang hiermit (Beske, 2010). Erst recht fehlt ein systematisches Einfordern entsprechender Leistungen.

Derzeit kann Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten, wie in Tabelle 1 dargestellt, auf verschiedenen Ebenen des Gesundheits-

systems ausgeübt werden. Auf der Micro-Ebene wird mit dem Verhalten in der vormedizinischen Phase, d.h. z.B. hinsichtlich eigener Behandlungen, Zeitpunkt und Wahl der ersten Versorgung, ferner bezüglich der Inanspruchnahme (Hausarzt/Fachspezialist, Häufigkeit, Praxisbindung), ein erheblicher Einfluss auf das Versorgungssystem ausgeübt. Bei der Behandlung gilt der Grundsatz, dass gemeinsam zwischen Arzt und beratenem Patient ein einvernehmlich abgestimmter Verfahrensweg hinsichtlich geplanter Maßnahmen entwickelt wird (shared decision, informed consent). Für das Versorgungsergebnis kommt dem Umfang der Beachtung ärztlicher Empfehlungen (Arzneimittel, Bestelltermine, Gesundheitsverhalten) besondere Bedeutung zu.

Wie der Blick auf die Meso-Ebene zeigt, haben Patienten im deutschen Gesundheitssystem weitgehende Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Versorgungsgestaltung, bis hin zu einer indirekten Einflussnahme über die Sozialwahlen, auch wenn dies kaum genutzt wird. Auf der Macro-Ebene kann Verantwortung bei politischen Wahlen, damit indirekt auch über das Beitragsvolumen und schließlich über Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss geltend gemacht werden, wobei letzteres durch das Patientenrechtgesetz von Anhörungs- in Stimmrechte gewandelt werden soll.

Die geschilderten Verhältnisse einschließlich der Grundsätze der Sozialgesetzgebung zeigen zwar Rechte und Ansprüche sowie Gelegenheiten, eigene Präferenzen einzubringen, sie enthalten jedoch keine Ansätze der Verwirklichung eines Pflichtprinzips, wie es auch aus dem Sozialgesetzbuch V (s. o.) hervorgeht.

Dorthin führende Überlegungen müssen zwei Tatbestände beleuchten: Erstens den Wandel des Phänomens Krankheit und zweitens das Gesundheitsverhalten von Bürgern, Patienten und Versicherten.

Dabei gilt es zu verstehen: Gesundheit gilt als hohes Gut und bildet eine besonders persönlichkeitsnah erlebte, die gesamte Biografie begleitende, gewichtige Lebenskomponente. Sie stellt ein inneres Projektionsfeld für tief sitzende subjektive Deutungen und Bedeutungen, Ängste, Hoffnungen und Erwartungen sowie komplexe Einflüsse aus sozialen Zusammenhängen, gesellschaftlichen Leitbildern und irrationalen Bereichen dar. Damit spiegelt Gesundheitserleben und -verhalten wesentliche Komponenten der Persönlichkeit und der individuellen Lebensprioritäten.

Wandel von Krankheit

In Vereinfachung und im Hinblick auf die epidemiologischen Gewichte und die Versorgungslast lassen sich hinsichtlich Morbiditätswandel die folgenden Trends erkennen:

Nicht beherrschbare und unerwartete schwere Krankheiten sind medizinisch behandelbaren Leiden gewichen (z. B. schwere Infektionskrankheiten).

Während die Existenzbedrohung viele Krankheiten kennzeichnete, ist es heute eine eingeschränkte Lebensqualität (z. B. chronische Krankheiten, etwa Diabetes mellitus).

Diesem Befund entspricht der Wandel von akuten zu chronischen Krankheiten.

Insbesondere durch den relativen und absoluten Anstieg älterer Patienten liegt in großem Umfang Multimorbidität vor.

Mit dieser Dominanz chronischer und multipler Leiden der älteren Bevölkerung verlagerten sich die Therapieziele von der primär medizinischen Beherrschung zu sozialen Behandlungsmotiven.

An die Stelle gesundheitlicher Einbrüche durch äußere Verursachung wie Unfälle oder Infektionen sind verhaltensbedingte Organ- und Funktionsstörungen getreten (z. B. Schäden durch klassische

Bestehende Möglichkeiten einer eigenverantwortlichen Einflussnahme

Micro-Ebene	Meso-Ebene	Macro-Ebene
vormedizinische Phase	Kassenwahl	Politische Wahlen
Inanspruchnahme	Arztwahl	Beitragsvolumen
Partizipative Entscheidung	Wahl von Versorgungs-Leistungen	G-BA
Compliance; Adherence	Wahl von Versorgungs-Programmen	
	Sozialwahlen	

Tab. 1: Bestehende Möglichkeiten einer eigenverantwortlichen Einflussnahme von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen.

Vorzeitige Sterblichkeit

ICD10	Vorzeitig Gestorbene
C17 Bösartige Neubildung des Dünndarmes	112
C18 Bösartige Neubildung des Dickdarmes	2.744
C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	93
C20 Bösartige Neubildung des Rektums	1.636
C21 Bösartige Neubildung des Anus u. des Analkanals	131
C34 Bösartige Neubildung der Bronchien u. der Lunge	12.396
E10-E14 Diabetes mellitus	2.085
E65-E68 Adipositas und sonstige Überernährungen	835
F50.0 Anorexia nervosa	28
F50.2 Bulimia nervosa	5
I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	1.344
I20-I25 Ischämische Herzkrankheit	13.085
I70-I79 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	1.462
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	1
J67 Allergische Alveolitis durch organischen Staub	8
L10-L14 Bullöse Dermatosen	2
L20-L30 Dermatitis und Ekzem	1
L23 Allergische Kontaktdermatitis	-
L70 Akne	1
M10 Gicht	2
Z88 Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese	-

Tab. 2: Vorzeitige Sterblichkeit (Anzahl, je 100.000 Einwohner, verlorene Lebensjahre - mit/ohne Altersstandardisierung, Tod unter 65/70 Jahren - ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, ICD-10, Art der Standardisierung. Die Tabelle bezieht sich auf das Jahr: 2009, Region: Deutschland, Geschlecht: Beide Geschlechter, Tod unter...: 65 Jahre, Art der Berechnung: unter Einbeziehung der unter Einjährigen, Art der Standardisierung: Standardbevölkerung „Deutschland 1987“. www.gbe-bund.de 13.07.2011, 13:02 Uhr, abgefragt: 15.07.11, 11.00 Uhr.

Risikofaktoren des Herz-Kreislaufsystems). Die Gesundheitsberichterstattung für 2009 (www.gbe-bund.de) zeigt (Tab. 2), dass (in großem Umfang) verhaltensbedingte Krankheiten die vorzeitige Sterblichkeit dominieren. Ischämische Herzkrankheiten stehen mit einem Verlust von 13.085 Verstorbenen an der Spitze der Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit. Fügt man die bösartigen Neubildungen der Bronchien und der Lunge (12.396 vorzeitig Verstorbene) hinzu, so treten alle übrigen Krankheiten in ihrer epidemiologischen Bedeutung für die vorzeitige Sterblichkeit weit zurück. Derzeitig wird noch von einer Zunahme der sog. Zivilisationskrankheiten ausgegangen (Abb.2).

Hinsichtlich Hochdruck, Diabetes mellitus, Schlaganfall und Herzinfarkt wird mit einer teilweise erheblichen Zunahme von bis über 40 % gerechnet (TK 2011).

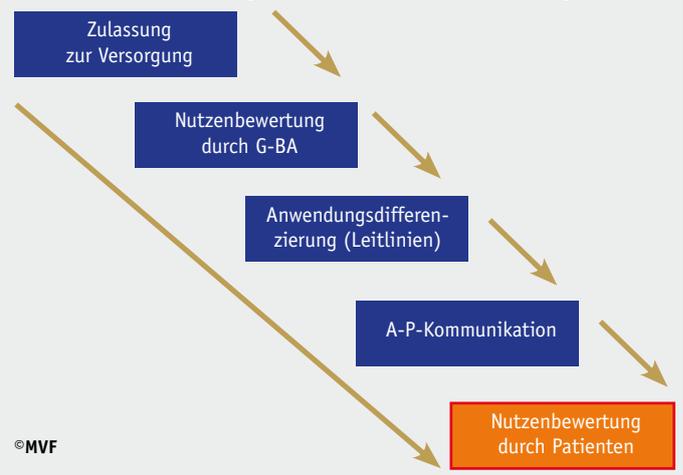
Insgesamt ist als entscheidende Veränderung der Wandel von der Schicksalhaftigkeit von Krankheit zum vorhersehbaren Schaden festzustellen.

Zusammengefasst zeigt der Vergleich: Krankheit ist auf individueller Ebene in großem Umfang vermeidbar. Der Gesundheitsverlauf des Einzelnen wird zu einer gestaltbaren Lebenskomponente etwa wie die Wahl des Berufes oder geschäftlicher Risiken. Sie gewinnt den Charakter einer eigenständigen persönlichen Lebensleistung. Gesundheit steht damit in großem Umfang erstmals in der Geschichte der Medizin in der Verfügbarkeit des Bürgers. Unter dem sozialen Blickwinkel ist hierin, abgesehen von Lebensverlängerung, Leidensminderung und Schadenskompensation, der entscheidende Effekt zu sehen, etwa für ein modernes Lebensgefühl, das auf Ausschöpfung des Daseins gerichtet ist, an dem auch der medizinische Fortschritt gemessen werden kann.

Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten ist nicht zu trennen von Patientenpräferenzen, also an eigenen Vorstellungen, Lebensstilen, und -zielen orientierten individuellen Prioritäten. Sie relativieren die Vorstellung eines hinsichtlich eigener Gesundheit rational urteilenden Menschen, der sich von objektiven Fakten leiten lässt. Hierzu scheint es angebracht,

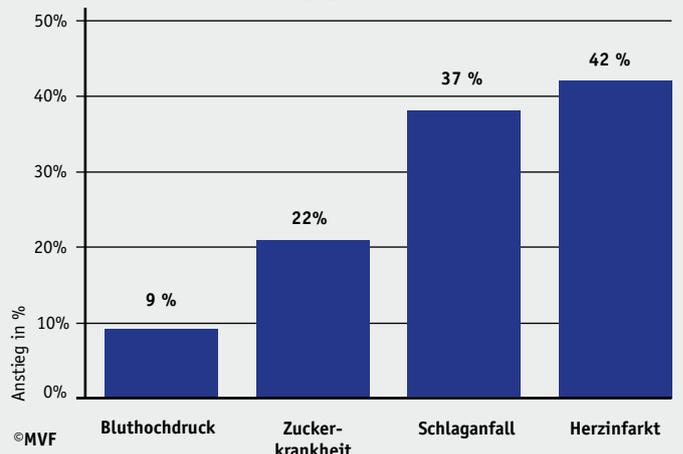
Entscheidungskette der Nutzenbewertung



©MVF

Abb. 1: Entscheidungskette, Eigendarstellung.

Prognose zum Anstieg von Zivilisationskrankheiten bis 2030 gegenüber 2007



©MVF

Abb. 2: Quelle: Statistika, April: 2010; Erhebungszeitraum: 2009.

Literatur

- Arnold, M. (1997): Die Gesundheitsversorgung zwischen Utopie und zunehmendem Kostendruck. Berliner Medizinische Schriften, Heft 16 S 9 Dortmund Humanitas Verlag
- Baier, H. (1978): Medizin im Sozialstaat. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 71
- Beske, F. (2010): Anspruch, Anspruchsverhalten und Realitätsbezug in der GKV. *Arzt und Krankenhaus* 6/2010: 178-179
- Beske, F. (2011): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung. *Arzt und Krankenhaus* 1/2011: 18-19
- Böken, J., Braun, B., Schnee, M. (2002): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und der Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 130 ff
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001): Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 357: 757-762
- Faltermaier, T., Kühnlein, I., Burda-Viering, M. (2008): Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Journal of Public Health*, Vol.6, No 4: 309-326
- Geisler, L.S. (1997): Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. In: *Imago Hominis*, Wie 1997, Band IV/Nr. 1, S. 47-55
- Griffin, S.J., Kinmonth, A.L., Veltman, M.W., Gillard, S., Grant, J., Stewart, M. (2004): Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*. 2: 595-608
- Haefeli, W. (2010): Pharmakotherapie, Therapie-Monitoring, Probleme der Compliance (Adherence) und Non-Compliance. Springer-Lehrbuch: 21-28
- Keating, N.L., Gandhi, T.K., Orav, E.J., Bates, D.W., Ajanian, J.Z. (2004): Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Archives of internal medicine*. 164: 1015-1020
- Marstedt, G., Moebus, S. (2002): In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 9 Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut S. 22
- Papst Leo XIII (1891): Enzyklika: *Rerum Novarum*
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- TK - Techniker-Krankenkasse (2011): Prognose zum Anstieg von Zivilisationskrankheiten bis 2030 und 2050 gegenüber 2007. Fritz-Beske-Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/153966>
- Wurm, S. (2004): Expertise für den Fünften Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Fünfter Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation. Berlin, S. 25 ff.

darauf hinzuweisen, dass ein eigenverantwortliches Gesundheitshandeln keineswegs voraussetzt, dass es sich ausschließlich auf rationale Erwägungen stützt, die auf Sachinformationen zurückgehen. Es gehört zum Wesen menschlicher Lebensentfaltung, dass wir, besonders auch bei durchaus gewichtigen Entscheidungen mehr oder weniger unbewusst, auch bei Kenntnis der Faktenlage mehr aus Neigungen und sehr persönlichen Vorstellungen herrührend entscheiden. Dies trifft besonders für das Gesundheitserleben zu, bzw. wurde hier besonders ausführlich beschrieben. Studien zeigen, dass sich das Gesundheitshandeln im Alltag aus sog. Subjektiven Gesundheitstheorien erklärt (Faltermajer et al. 2008). Schließlich lässt sich der bemerkenswerte Befund anführen, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes einen besseren Prädiktor der gesundheitlichen Prognose darstellt als objektive Befunde. Dies konnte z.B. für das Mortalitätsrisiko gezeigt und in zahlreichen Studien repliziert werden (z.B. Wurm, 2004).

Die Tatsache, dass komplementäre Heilverfahren nach wie vor eine steigende Nachfrage erfahren (Böken et al. 2002), kann ebenfalls in diesem Sinne gedeutet werden. Schließlich finden 61 % der Bevölkerung unkonventionelle Verfahren oft besser als Schulmedizin (Marstedt u. Moebus 2002).

Den augenfälligsten Hinweis auf eine weitgehend autonome, ärztliche Empfehlungen ignorierende Steuerung des Gesundheitsverhaltens liefert das geradezu systemprägende Phänomen der Non-Compliance, dem der Sachverständigenrat die wirtschaftliche Bedeutung einer Volkskrankheit zuschreibt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2001). 20 bis 70 % aller Verordnungen werden vom Patienten nicht entsprechend umgesetzt, was auch für 30 bis 80 % aller Langzeittherapien gilt (Haefeli, 2010).

Die genannten Fakten sind geeignet, die Bedeutung individueller Bewertungen für das Gesundheitsverhalten sowohl für den Einzelnen, als auch für das Gesundheitssystem zu zeigen. Die Entscheidungskette der Nutzenbewertung im Gesundheitswesen, der eine wesentliche systemgestalterische Bedeutung zukommt, muss dementsprechend ergänzt werden, wie Abb. 1 verdeutlicht: In der Endstrecke der Anwendung einer medizinischen Maßnahme kann der „Nutzen“ keineswegs direkt weitergegeben werden. Hier entscheidet der Patient über den Nutzen der Maßnahme für seine Belange, aus seiner Vorstellungswelt heraus, was in großem Umfang von der objektiven Nutzenfeststellung der vorangegangenen Entscheidungsschritte abweicht. In diesem sensiblen Bereich treffen die beiden Welten der wissenschaftlichen rationalen Feststellungen einerseits und der von subjektiven individuellen, - in diesem Sinne - eher „irrationalen“ Bewertungen des Patienten getragenen andererseits aufeinander.

Es findet also hier eine von jedem einzelnen Patienten in seiner Weise getroffene „Priorisierung“ statt. Sie kann als eine Art Filter der Nutzenweitergabe gewertet werden.

Folgerungen

Die Ausübung von Verantwortung setzt immer auch Entscheidungsspielräume und die Möglichkeit, verschiedene Optionen zu erkennen, voraus. Während drohende und eingetretene Verluste an Gesundheit den Menschen noch im vergangenen Jahrhundert meist wenig Möglichkeiten eröffneten, Krankheit aus eigener Kraft abzuwenden oder zu mildern, ist diese Chance angesichts der heutigen Bedingungen für den Umgang mit Krankheit gegeben.

Der Wandel des Krankheitsspektrums und der heutigen Morbiditätstypologie sowie die Hinweise auf ein in nennenswertem Umfang von subjektiven individuellen Faktoren geleitetes Gesundheitsverhalten

von Bürgern, Versicherten und Patienten zeigen erstens, dass der Wille eines selbst gesteuerten und verantworteten Umgangs mit Gesundheit besteht. Zweitens lässt sich durch ein an einfachen allgemein zugänglichen Grundsätzen der Gesundheitserhaltung ausgerichtetes Verhalten ein selbst verantwortbarer, weit reichender Einfluss auf die eigene gesundheitliche Prognose ausüben.

Diese Voraussetzungen bieten bisher nicht realisierte Möglichkeiten einer systematischen Einbeziehung und strukturellen Nutzung eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge bei der Systemgestaltung. Ansätze hierzu bestehen bereits insofern, als sich im Grenzbereich selbst wählbarer Leistungen und der IGeL-Leistungen bereits in nennenswertem Umfang eine finanzielle Selbstbeteiligung des Patienten findet. Sie würden vermutlich auch unumgänglich, wenn die Forderungen (z.B. Beske 2011) nach einer Konzentration des Leistungskatalogs auf Krankheit und notwendige Leistungen erfüllt würden. Aus den bestehenden Verhältnissen ein durchdachtes Prinzip zu machen, könnte der entscheidende Schritt sein, an der Kombination einer solidarisch getragenen Grundversorgung für Jedermann mit einem freien Versicherungsmarkt, anzusetzen. Entscheidend wäre, die Rolle des Versicherten und Patienten zu erweitern, ihm mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der gesundheitlichen Absicherung einzuräumen und deren Ausgestaltung in einem neuen erweiterten Spielraum entsprechend den individuellen Gesundheitsrisiken flexibel selbst bestimmen zu lassen. Wenn Gesundheit als individuelle Leistung entsteht, muss es auch möglich sein, dies in einer individuellen Absicherung zu repräsentieren. Das Krankheitsrisiko wird damit, wenn auch in der Ausgestaltung gewiss nur in einem vertretbaren und relativ geringen Ausmaß, vermehrt auch auf den Bürger, Versicherten und Patienten selbst verlagert.

Welche Vorteile ergeben sich durch mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen?

Vorteile für Versicherte und Patienten

Wenn eine neu gelebte Eigenverantwortung des Versicherten zum Tragen kommen soll, kann sie sich bereits auf der Micro-Ebene der Patienten-Arzt-Begegnung auswirken. Im Wesentlichen geht es darum, die Präferenzen des Patienten zu erkennen und sinnvoll in die Behandlung zu integrieren. Damit wäre ein aus Patientensicht immer wieder vermisstes Qualitätskriterium erfüllt, nämlich ihn anzuhören und auf seine wirklichen Bedürfnisse einzugehen. Dies würde der in der Medizin kritisierten (Geisler, 1997) „Sprachlosigkeit“ abhelfen, so dass allein schon in der vermehrten Kommunikationsdichte ein erheblicher Vorteil für den Patienten zu sehen wäre. Es kann vermutet werden, dass Patienten mit einer eigenverantwortlichen Gesundheits-Mitgestaltung den methodisch und in ihrer Effektivität gut dokumentierten Verfahren (z. B. zur Salutogenese) gegenüber aufgeschlossen sind, die an der Wandlungs- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen ansetzen und über eine erweiterte Verstehensebene dazu führen, dass sich dem Patienten neue Optionen eröffnen, seine Situation zu deuten und in sein individuelles biografisches Gefüge und seine Vorstellungswelt einzuordnen.

Versicherte, die ein Teilrisiko ihrer gesundheitlichen Entwicklung selbst tragen, werden ein besonderes Interesse daran haben, dass unnütze Leistungen der medizinischen Versorgung vermieden werden. Dies bewirkt die Forderung nach einer verständlichen Information und Beratung durch den Arzt über Notwendigkeit und Alternativen einer Maßnahme sowie einer realistischen Einschätzung der Risiken und der Folgen der Unterlassung einer Behandlung in Form einer neuen medizinischen Gesprächs- und Informationskultur in der Arzt-Patienten-Begegnung. Es ist bekannt, dass sich die Qualität der Beziehung zwischen

Patient und Arzt fördernd auf Vertrauensbildung und Behandlungsergebnis auswirkt (Di Blasi et al. 2001, Keating 2004). Eine unbefriedigende Arzt-Patienten-Beziehung zeigt, wie zahlreiche Studien belegen, schlechtere Behandlungsergebnisse und eine schlechtere Behandlungseffizienz, z.B. durch häufigen Arztwechsel und Unzufriedenheit mit der Behandlung (z.B. Griffin et al., 2004).

In einer vermehrten Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten kann ein Promotor dafür gesehen werden, die ärztliche Kommunikation mit dem Patienten, wie seit Jahrzehnten gefordert, nicht zuletzt zur Steigerung der Behandlungs- und System-Effektivität zu verbessern.

Vorteile für das Gesundheitswesen

Von grundlegender Bedeutung ist der Blickwechsel vom Leistungssystem, das weit dominierend die Aufmerksamkeit der Gestalter des Systems genießt, hin zum Bürger, Versicherten und Patienten, der nun nicht mehr nur als passiver Leistungsempfänger und -fordernder, sondern auch als indirekter Mitgestalter mit selbst auferlegten Pflichten und Leistungen der Gesundheitsbildung fungiert, und auf den sich ebenfalls Erwartungen der Solidargemeinschaft richten.

Durch einen erhöhten Erwartungsdruck des eigenverantwortlichen Versicherten und Patienten werden über die oben bereits angesprochenen Systemeffekte hinaus weitere Verbesserungen möglich.

Der Bürger, der verstanden hat, in welchem Umfang er selbst zu seiner Gesundheit beitragen kann, wird auf folgende Entwicklungen drängen:

Dazu gehört eine frühzeitige und breit angelegte effektive Gesundheitsförderung, die schon in der Kindheit einsetzt und sich über betriebliche Gesundheitsförderung bis hin zur Prävention im Alter fortsetzt. Er wird dabei im besonderen Angebote einer auf seine Person zugeschnittenen Prävention in Form individueller Anleitung und Übung an Stelle allgemeiner Fitness-Ratschläge suchen. Schließlich werden im Falle einer bereits eingetretenen chronischen Krankheit oder Behinderung Hilfsmittel gefragt sein, besonders dann, wenn sie den Gang zum Arzt oder die Einnahme von Medikamenten ersetzen. Dies wiederum bedeutet eine Intensivierung von Schulungs- und Übungsprogrammen zum eigenständigen Umgang mit Krankheit und Behinderung. Dies fördert insgesamt die Tendenz, das Gesundheitswesen seltener in Anspruch zu nehmen. Dadurch könnten die in Deutschland im internationalen Vergleich besonders hohen Kontaktraten zum ambulanten Sektor sinken. Es werden sich vermutlich stärker differenzierte Verhaltensmuster der Versicherten und damit auch (gewollte) unterschiedliche Gesundheitsverläufe ergeben, was die Frage nach entsprechenden Anreizen, z. B. durch mehr Wettbewerb der als Zusatzversicherer agierenden Anbieter eröffnet.

Praktisch gesehen liegt also in der Eigenverantwortung der Schlüssel für ein auf eine egalitäre Grundversicherung für alle Bürger aufgesetztes System der Gesundheitssicherung, das Anreize bietet für gesundes Verhalten, vor allem variabel ist hinsichtlich unterschiedlicher Ausgangsrisiken, flexibel ist hinsichtlich sich verändernder Risiken, den Charakter einer Versicherung, nicht den einer Kasse hat, also vorgegenommene Entscheidungen des Versicherten zu Grunde legt.

The potential of more responsibility taken by patients and citizens for their health

The epidemiology of morbidity in modern aging societies has changed from the predominance of fatal incurable diseases to chronic conditions and reduced quality of life, strongly influenced by risk factors of the individual behaviour. This means that to a high degree health has no longer the feature of an unforeseen destiny but rather of a basis of life that can directly be created and influenced by the individual. In fact, people react to their own responsibility by showing little compliance and adherence to doctors' advice using their own expectations and beliefs according to their personal life-conditions. These facts lead to the consideration to transfer more responsibility for the own health to the patients themselves. This will probably lead to advantages for the doctor-patient-relationship, the effectiveness of the health care system and society as a whole.

Keywords

Responsibility for own Health, Health Responsibility, Autonomy, Self-Determination

Damit muss das Versorgungssystem zwangsläufig für den Bürger absolut transparent, d.h. einfach und übersichtlich strukturiert sein.

Vorteile für die Gesellschaft

Neben den Gewinnen des medizinischen Versorgungssystems durch verbesserte Versorgungsqualität und -effizienz stehen gesellschaftliche Vorteile: Intensiver als bisher praktizierte Sozialwahlen könnten, aufgewertet zu einer Art Versichertenrat, geeignet sein, auf der Meso- und Macro-Ebene Interessen der Versicherten und Patienten zu vertreten.

Eine teilweise Gesundheitssicherung in der Initiative des Bürgers würde die GKV entlasten und damit Probleme der Leistungs-„Rationierung“ und -„Priorisierung“ mit ihren z.T. ethisch hoch problematischen Implikationen letztlich einer Daseinsbewertung weitgehend eliminieren, zumindest erheblich relativieren. Individuell vereinbarte Behandlungsziele im Sinne funktionaler lebensgestalterischer Kompetenzen werden den Besonderheiten einer alternden Gesellschaft im besonderen Maße gerecht. Wird dem Bürger und Versicherten mehr Eigenverantwortung zugebilligt, bedeutet dies die Anerkennung der Autonomie des Einzelnen und einer Bürgerkompetenz, die auf breiter Basis Verantwortlichkeit fördert. Nicht zuletzt wird das Interesse am Gesundheitswesen, der Gesundheitspolitik und schließlich am Staat geweckt und damit demokratische Entwicklungen gefördert.

Zum Abschluss sei noch auf übergreifende Effekte der Eigenverantwortlichkeit im Gesundheitswesen hingewiesen. Entscheidungen, die wir über unser Gesundheitsverhalten treffen, tangieren Fragen an den Wert, den wir einem von Krankheit unbelasteten Leben heute, vor allem aber auch in der Zukunft beimessen. Es wird eine Lebensvision aufgerufen. Unsere Kinder und Enkel lernen schon in der Schule, dass der eigene Körper etwas wert ist, dass man sich um ihn kümmern sollte, schließlich, dass man selbst etwas wert ist, und vielleicht auch, dass auch der andere etwas wert ist. Gesundheitsverhalten ist immer auch Ausdruck einer Kultur. <<

Univ. Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer

ist Lehrstuhlinhaberin und Direktorin a.D. der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, seit 1993 dort auch Vertreterin des Faches Medizin-Soziologie. Studium der Medizin und Philosophie an den Universitäten Köln und Freiburg/BrsG.; Niederlassung als Landärztin; Habilitation im Fach Allgemeinmedizin.
Kontakt: giselacharl.fischer@t-online.de



Dipl.-Psych. Hildegard Labouvie
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Stecker
 Dipl.-Pflegerw. (FH) Ansgar Hörtemöller
 PD Dr. Dipl.-Psych. Michael Kusch
 Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer

Pilotstudie: Ist der Aufwand der Akutbehandlung bei Krebspatienten mit Depression erhöht?

In Deutschland erkranken jährlich circa 430.000 Menschen an Krebs (RKI 2010), dabei steigt die Inzidenz der Krebserkrankungen fortwährend an. Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten führen zu einer Senkung der Mortalität. Gleichzeitig nehmen chronische Verläufe der Erkrankung zu. Für viele Menschen ist heute ein verlängertes Leben mit ihrer Krebserkrankung möglich. Die Psychoonkologie als klinische und wissenschaftliche Disziplin befasst sich seit vielen Jahren mit den psychologischen Reaktionsmustern auf die Krebserkrankung und psychischen Komorbiditäten von Tumorpatienten. Die Prävalenz von psychischen Störungen und Belastungen wird bei circa 25 bis 30 % bei diesen Patienten geschätzt (Mehnert et al. 2006, Zabora et al. 2001, Härter et al. 2001, Reich 2008, Massie 2004, CMP 2007). In den Studien wurden Angststörungen in 1 bis 49 %, depressive Störungen in 0 bis 58%, Anpassungsstörungen in 2 bis 52 % und posttraumatische Belastungsstörungen in 0 bis 35 % der Fälle festgestellt (Mehnert et al. 2006). Schmerzen, Distress, emotionale Belastungen der Trauer, Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Beeinträchtigungen in der gesundheitsbezogenen und allgemeinen Lebensqualität stellen andere häufige Begleiterscheinungen der Krebserkrankung dar (Mehnert et al. 2009, Weidner et al. 2006, Stock et al. 2006, Härtl et al. 2011, Stremmel et al. 2010).

>> Gravierende und insbesondere langandauernde psychische Probleme und Störungen wirken sich bei krebskranken Patienten in vielfacher Weise ungünstig aus. Patienten mit Angst oder Depression leiden nicht nur unter einer deutlich reduzierten Lebensqualität (Ballenger et al., 2001, Keller 2004, Somerset et al. 2004), sondern haben es auch schwerer, sich über den Zeitraum ihrer Behandlung hinweg kontinuierlich an den Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen der onkologischen Therapie aktiv zu beteiligen (Golden 2004, Patridge et al. 2002, Somerset et al. 2004). Angst und Depression werden auch in Zusammenhang gebracht mit häufigeren Komplikationen und Nebenwirkungen im Therapieverlauf der Krebspatienten, häufigeren Krankenhauseinweisungen bis hin zu einer reduzierten Wirksamkeit der Krebstherapie (Ballenger et al. 2001, Haghigat et al. 2003, Molassiotis et al. 2002, Simpson et al. 2001, Watson et al. 1999) und erhöhten Mortalität (Pinquart & Duberstein 2010).

Zusammenfassung

Bei einem Großteil der Patienten mit einer Krebserkrankung ist die Lebensqualität deutlich eingeschränkt. Die psychoonkologische Versorgung trägt nachweislich zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Patienten in akuter Krebstherapie bei. Die Literatur zeigt, dass bei psychisch hoch belasteten Patienten mit körperlichen Erkrankungen nicht nur die Lebensqualität beeinträchtigt, sondern auch der medizinisch-pflegerische Versorgungsaufwand erhöht ist. Ob sich diese Zusammenhänge auch bei Patienten mit einer Krebserkrankung zeigen, wird aktuell diskutiert. In einer explorativen Studie am Klinikum Herford wurde die Frage untersucht, ob sich Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung und dem Versorgungsaufwand an Kennzahlen im DRG-System nachweisen lassen. Vor allem bei krebskranken Patienten mit erhöhter Depressivität zeigen die DRG-Kennzahlen längere Krankenhausverweildauern, vermehrte operative und medizinische Prozeduren und eine höhere Erkrankungsschwere an. Die Studie weist darauf hin, dass in der Psychoonkologie sowohl die Auseinandersetzung mit klinischen als auch mit Fragen der Wirtschaftlichkeit sinnvoll ist.

Schlüsselwörter

Psychoonkologie, Depressivität, Versorgungsaufwand, DRG

Neben den Folgen, die sich bei psychischen Problemen für den Patienten und seine Genesung ergeben können, wird in zunehmend mehr wissenschaftlichen Studien untersucht, ob derartige Probleme auch Konsequenzen für ein Krankenhaus haben. Studien in allgemein medizinisch-chirurgischen Krankenhaussettings belegen verlängerte Verweildauern pro Aufenthalt bei somatisch erkrankten Patienten beim Vorliegen einer depressiven Störung (Hosaka et al. 1999), einer kognitiven Beeinträchtigung (Fulop et al. 1998), von Schmerz und einem hohen Grad an psychopathologischen Auffälligkeiten (Levenson et al. 1990), einer psychiatrischen Komorbidität (Fulop et al. 1987) oder einer Demenz (Wancata et al. 2001). Neuere Studien, in denen die Krankenhausversorgung unter Bedingungen eines Managed-Care-Ansatzes durchgeführt wird, stützen diese Ergebnisse. Bourgeois et al. (2005) zeigten an mehr als 31.000 Behandlungsfällen über einen Zeitraum von 3 Jahren, dass von den 33 bis 35 % der somatisch erkrankten Patienten mit psychiatrischen Auffälligkeiten bei allen Komorbiditäten mit Ausnahme des Substanzmissbrauchs erhöhte Aufenthaltsdauern festgestellt werden konnten. Für die Komorbidität mit der Angst und Depression bestätigten diesen Zusammenhang auch Lobo et al. (2007) bei pneumologischen Patienten.

Hinsichtlich der Behandlungskosten von somatisch erkrankten Patienten mit psychischen Komorbiditäten belegen groß angelegte Untersuchungen einen Zusammenhang der Depression mit erhöhten ambulanten Versorgungskosten (Na et al. 2007) und mit höheren jährlichen Gesamtausgaben in der medizinischen Gesundheitsversorgung (Welch et al. 2009). Bedeutsame Auswirkungen auf die Gesundheitskosten konnten auch Richardson et al. (2008) beim Vorliegen einer depressiven Störung bei Asthma-Patienten und Rutledge et al. (2009) bei Frauen mit Myocard-Infarkt nachweisen. Bei Krebspatienten konnten Butler et al. (2006) höhere Jahresausgaben für die Gesundheitsversorgung bei den Patienten feststellen, die eine schlechte Anpassung an ihre Erkrankung aufwiesen. Die schlechte Anpassung korrelierte mit einer Depression.

Der Zusammenhang von zusätzlichen psychischen Problemen bei somatisch erkrankten Patienten und einem höheren Versorgungsaufwand kann heute als relativ gesichert gelten. Insbesondere bei den Gesundheitskosten deuten die Studien auf einen zentralen Stellenwert der Depression hin. Weniger Wissen existiert darüber, ob und welche psychische Belastungssymptomatik sich speziell bei Krebspatienten

mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung auf den Aufwand in der Akutversorgung im Krankenhaus auswirkt und ob sich diese möglichen Zusammenhänge auch unter den Versorgungsbedingungen eines fallpauschalierten Vergütungssystems nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG, Disease Related Groups) zeigen.

Pilotprojekt zum Aufwand in der Akutversorgung bei Krebspatienten

Das Pilotprojekt am Klinikum Herford führte eine retrospektive Analyse von klinischen Routinedaten zu psychischen Belastungen krebskranker Patienten und diesen Patienten zugehörigen Daten zum Versorgungsaufwand während der Akutbehandlung im Krankenhaus durch. Es wurde der Frage nachgegangen, ob sich gravierende psychische Belastungen aufwandssteigernd in der Akutversorgung der krebskranken Patienten auswirken.

Untersucht wurden folgende Fragestellungen: Zeigen Patienten mit hohen Angst- und/oder Depressivitätssymptomen im ersten Jahr seit Aufnahme in das Krankenhaus

1. eine höhere Anzahl an Krankenhausaufenthalten,
2. eine höhere Anzahl an Krankenhausverweiltagen sowie in den Kennzahlen des DRG-Systems eine pro Patient und Behandlungsaufenthalt durchschnittlich
3. höhere Verweildauer,
4. höhere Anzahl an kodierten medizinischen Diagnosen,
5. höhere Anzahl an kodierten Operationen und Prozeduren (OPS),
6. höhere medizinische Fallschwere (PCCL),
7. höhere Bewertungsrelationen ([nominales CW] und effektives Relativgewicht [eff. CW]) gegenüber Patienten mit keinen bis geringen Angst- und/oder Depressivitätssymptomen.

Daten und Methoden

Im Klinikum Herford wurden in den Jahren 2004 bis 2008 bei 968 onkologischen Patienten bei stationärer Aufnahme (Zeitpunkt prä) routinemäßig die psychische Belastung der Patienten anhand der deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)“ (Herrmann et al. 1995) und die psychosoziale Belastung anhand einer evidenzgestützten Checkliste ermittelt (CMP 2007). Zur Einleitung der psychoonkologischen Versorgung wurden die Patienten anhand der Schwellenwerte des HADS-Gesamtwertes (HADS-G) in drei Belastungsgruppen unterteilt: gering belastet (HADS-G < 15), mittelgradig belastet (HADS-G ≥ 15 und < 22) und schwer belastet (HADS-G ≥ 22) bzw. auf Grundlage der Subskalen HADS-Angst (HADS-A < oder ≥ 8) und der Subskalen HADS-Depression (HADS-D < oder ≥ 8) als gering oder hoch belastet eingestuft (zur klinischen Evidenz siehe Bjelland et al. 2002, Ibbotson et al. 1994, zum Behandlungsvorgehen siehe CMP 2007).

Bei 841 von den 968 Patienten konnten die zugehörigen abrechnungsrelevanten Daten des Krankenhauses, wie die DRG-Codes, Krankenhausverweiltage, Anzahl der Diagnosen, Anzahl der Operationen und Prozeduren, der medizinische Fallschweregrad und das nominale und effektive Relativgewicht (Kostengewicht) zugeordnet werden. Die Datenanalyse fand auf Grundlage von anonymisierten Datensätzen statt. Insgesamt gingen 3.726 Behandlungsepisoden von 841 Patienten aus den Jahren 2004 bis 2008 in den Datenpool ein. Zur Kontrolle des Katalogeffektes bei den DRG-Kennwerten wurden sowohl der aktuelle sowie der DRG-Katalog des nächsten und übernächsten Jahres auf die abrechnungsrelevanten Daten angewendet. Durch die Überleitung der Daten in zwei nachfolgende Katalogjahre wurde der direkte

Vergleich der DRG-Kennzahlen aus drei unterschiedlichen Jahrgängen möglich.

Aus dem Datenpool der 841 Patienten mit 3.726 Fällen erfolgten weitere Datenselektionen. Für die statistische Analyse wurden nur Datensätze von Patienten ausgewählt, die folgende Kriterien erfüllten: 1. Patienten mit Ersterkrankung (inkl. Patienten mit mindestens einem Jahr Rezidivfreiheit), 2. Patienten, die innerhalb der ersten vier Wochen nach Aufnahme in das Krankenhaus die Fragebögen ausfüllten, 3. Patienten, die ab dem 01.01.2006 stationär aufgenommen wurden (Berechnungsgrundlage waren die Daten aus 2006 bis 2008, die auf Basis des Katalogjahres 2008 berechnet wurden), 4. Patienten, die spätestens bis zum 31.12.2007 in das Krankenhaus aufgenommen wurden, (Berechnungszeitraum für den Versorgungsaufwand waren 12 Monate seit Aufnahme in das Krankenhaus). 360 Patienten erfüllten diese Kriterien und bildeten mit 1.219 Behandlungsepisoden die Stichprobe für die weitere statistische Datenanalyse. In Tabelle 1 ist die Stichprobe der Patienten für beide Belastungsgruppen in der HADS-Angst und HADS-Depression aufgeführt.

In der ersten explorativen Datenanalyse wurde untersucht, ob relevante Unterschiede in dem Versorgungsaufwand der Patienten auf der Grundlage des HADS-Gesamtwertes (gering, mittelgradig, schwer belastet) oder auf der Grundlage der Subskalen Angst und Depressivität (gering, hoch belastet) vorliegen. Die Datenanalyse zeigte, dass sich allein auf Basis der Subskalenwerte für die Depressivität relevante Zusammenhänge mit dem Versorgungsaufwand zeigten, weshalb im Folgenden nur die Ergebnisse bezogen auf die Patienten mit geringer oder hoher Belastung in der HADS-Depressionsskala dargestellt werden.

245 (68,1 %) der 360 Patienten wurden laut des Schwellenwertes der Subskala HADS-D als nicht depressiv und 115 (31,9%) als depressiv eingestuft. Zwischen den beiden Subgruppen gibt es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Alters ($T = -,946$; $p = 0,345$), des Geschlechts ($\chi^2 = 0,362$; $p = 0,548$) und der Häufigkeiten in der Partition ($\chi^2 = 2,297$; $p = 0,317$), aber hinsichtlich der Krebsdiagnose ($\chi^2 = 59,031$; $p = 0,021$). Die ungleiche Verteilung der Krebsdiagnosen in beiden Gruppen erklärt sich aus der hohen Zahl und Heterogenität der ICD-Diagnosen der Grunderkrankung. Eine spezifische Häufung einer Krebsdiagnose in einer der Belastungsgruppen war aus den Verteilungen nicht erkennbar.

Ergebnisse

Eine explorative Datenanalyse wurde auf Basis mehrerer multipler linearer Regressionsanalysen mit den Prädiktoren Alter, Geschlecht, HADS-Angst-Summenscore und -Depressions-Summenscore durchgeführt. Die aufwandsrelevanten abhängigen Variablen (Kriterium) waren die: Summe der Behandlungsepisoden und die Summe der Gesamtverweiltage im Jahr seit Aufnahme in das Krankenhaus und die aus den DRG-Kennzahlen ermittelte durchschnittliche Anzahl der Aufenthaltstage, der kodierten Diagnosen, der kodierten Operationen und Prozeduren, die Höhe des Fallschweregrads und des nominalen und effektiven Relativgewichts pro Patient und Episode im Jahreszeitraum.

In den multiplen Regressionsanalysen trug der HADS-Angst-Summenscore in einem Aufwandparameter und hier lediglich in sehr geringem Ausmaß zur Varianzaufklärung bei. Bis auf eine Ausnahme zeigte sich durchweg das Alter als der grundlegende die Varianz aufklärende Prädiktor. Die höchsten Bestimmtheitsmaße erlangten die Prädiktoren Alter, HADS-Depressions-Summenscore und Geschlecht mit einem 21,3%-Anteil der Varianzaufklärung bei der mittleren Anzahl der Diagnosen pro Patient und Episode und mit einem 17,3%-Anteil der Vari-

anzaufklärung beim mittleren Fallschweregrad (PCCL) pro Patient und Episode (siehe Tabelle 2). Eine 14,3%-ige Varianzaufklärung erreichten die Prädiktoren Alter und Depressionssummenscore bei der mittleren Verweildauer pro Patient und Episode. Diese Regression konnte in der

Kreuzvalidierung jedoch nicht bestätigt werden.

Die Ergebnisse aus der explorativen Analyse weisen darauf hin, dass neben dem bekannten Zusammenhang von Alter und Geschlecht mit dem Versorgungsaufwand die Depression und nicht die Angst ein

Stichprobencharakteristika						
	Gesamtstichprobe		HADS-A		HADS-D	
	n (%)	M (SD)	< 8 n (%) / M (SD)	≥ 8 n (%) / M (SD)	< 8 n (%) / M (SD)	≥ 8 n (%) / M (SD)
Stichprobenumfang	360 (100)		175 (48,6)	185 (51,4)	245 (68,1)	115 (31,9)
Alter	360 (100)	63,84 (12,49)	64,54 (12,46)	63,18 (12,51)	63,41 (12,10)	64,75 (13,29)
Geschlecht						
Männlich	167 (46,4)	-	89 (50,9)	78 (42,1)	111 (45,3)	56 (48,7)
Weiblich	193 (53,6)	-	86 (49,1)	107 (57,8)	134 (54,7)	59 (51,3)
Krebsdiagnosen						
Kolon-CA	63 (17,5)	-	35 (20,0)	28 (15,1)	43 (15,5)	20 (17,4)
Mamma-CA	56 (15,6)	-	26 (14,8)	30 (16,2)	44 (17,9)	12 (10,4)
Rektum-CA	44 (12,2)	-	20 (11,4)	24 (13,0)	34 (13,9)	10 (8,7)
Magen-CA	23 (6,4)	-	10 (5,7)	13 (7,0)	15 (6,1)	8 (6,9)
Prostata-CA	23 (6,4)	-	17 (9,7)	6 (3,2)	19 (7,7)	4 (3,5)
Harnblasen-CA	22 (6,1)	-	13 (7,4)	9 (4,8)	13 (5,3)	9 (7,8)
Corpus-Uteri-CA	13 (3,6)	-	4 (2,2)	9 (4,8)	10 (4,1)	3 (2,6)
Pankreas-CA	12 (3,3)	-	2 (1,1)	10 (5,4)	3 (1,2)	9 (7,8)
Sonstige CA	104 (28,8)	-	48 (27,4)	56 (30,3)	64 (26,1)	40 (34,8)
Behandlungsepisoden						
Fälle gesamt	1.219 (100)	-	597 (49,0)	622 (51,0)	856 (70,2)	363 (29,8)
Fälle mit med. Partition	636 (52,2)	-	293 (49,0)	343 (55,1)	438 (51,2)	198 (54,5)
Fälle mit oper. Partition	528 (43,3)	-	276 (46,2)	252 (40,5)	382 (44,6)	146 (40,2)
Fälle mit anderer Partition	55 (4,5)	-	28 (4,6)	27 (4,3)	36 (4,2)	19 (5,2)
Je Behandlungsepisode						
Verweildauer (Tage)	-	8,98 (9,89)	8,78 (9,73)	9,17 (10,05)	8,16 (9,05)	10,92 (11,43)
Anzahl Diagnosen	-	6,14 (4,17)	5,90 (3,90)	6,37 (4,40)	5,93 (4,18)	6,65 (4,09)
Anzahl OPS	-	4,41 (5,10)	4,38 (5,00)	4,45 (5,21)	4,11 (4,57)	5,12 (6,13)
PCCL	-	1,93 (1,54)	1,95 (1,48)	1,90 (1,59)	1,87 (1,53)	2,07 (1,55)
CW	-	1,296 (1,33)	1,292 (1,33)	1,300 (1,33)	1,231 (1,23)	1,451 (1,53)
Eff. CW	-	1,299 (1,46)	1,300 (1,45)	1,297 (1,47)	1,223 (1,33)	1,477 (1,72)
HADS-Summenscores						
HADS-G (Gesamt)	360 (100)	14,19 (8,53)	7,84 (4,44)	20,19 (6,99)	9,71 (5,06)	23,73 (6,27)
HADS-A (Angst)	360 (100)	7,94 (4,50)	4,24 (2,11)	11,45 (3,15)	6,22 (3,60)	11,61 (4,00)
HADS-D (Depression)	360 (100)	6,24 (4,82)	3,60 (3,25)	8,74 (4,75)	3,48 (2,17)	12,12 (3,47)

Tab. 1: Behandlungsepisode: Die Behandlung eines Patienten von stationärer Aufnahme bis Entlassung. Jede Episode ist ein Behandlungsfall mit einer zugehörigen DRG (Disease Related Group); Partition: Die Zuweisung einer Behandlungsepisode zu einer operativen, medizinischen oder „anderen“ Partition innerhalb einer MDC. Die MDC (Major Diagnostic Category) bezeichnet die Hauptdiagnosegruppe, die die DRGs nach Organsystem oder Ursache der Erkrankung gliedern. Verweildauer: Anzahl der Tage bzw. Stunden innerhalb einer Behandlungsepisode; Diagnosen: Medizinische Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD); hier die ICD-10-GM; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel anhand dessen Operationen und andere medizinische Prozeduren in der stationären Versorgung und im Bereich ambulantes Operieren verschlüsselt wird; PCCL: Fallschweregrad (Patient Clinical Complexity Level, medizinischer Fallschweregrad) ist die Maßzahl für den kumulativen Effekt der Komplikationen und/oder Komorbiditäten je Behandlungsepisode.; CW: Bewertungsrelation (cost weight (CW), nominales Relativgewicht), gibt den ökonomischen Schweregrad eines medizinischen Falles an. Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet; Eff. CW: Effektive Bewertungsrelation (eff. Cost weight (CW), effektives Relativgewicht), ergibt sich aus dem Relativgewicht unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen, aufgrund von „Verweildauerausreißern“ oder Verlegungen zwischen Krankenhäusern. Quellen: <http://www.dimdi.de>; <http://www.gbe-bund.de>

Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalysen mit höchster Varianzaufklärung						
Kriterium	R ²	R ² adj.	R ² K	Prädiktoren	β	p
Mittlere Verweildauer pro Episode	,148	,143	,042	(Konstante)	-5,223	.024
				Alter	0,253	.000
				HADS-D-Summenscore	0,239	.009
Mittlerer PCCL pro Episode	,180	,173	.176	(Konstante)	0,086	.834
				Alter	0,036	.000
				HADS-D-Summenscore	0,048	.000
Mittlere Anzahl Diagnosen pro Episode	,219	,213	.231	(Konstante)	-0,731	.545
				Alter	0,123	.000
				HADS-D-Summenscore	0,167	.000
				Geschlecht	-1,088	.005

Tab. 2: R² = Bestimmtheitsmaß; R² adj. = Korrigiertes Bestimmtheitsmaß; R²K = Bestimmtheitsmaß der Kreuzvalidierung; x² = Regressionskoeffizient Beta; p = Signifikanzniveau.

Anmerkungen zu den Tabellen

In Tabelle 1 sind die pro Behandlungs-episode durchschnittlichen DRG-Kennwerte (Verweildauer, Anzahl Diagnosen, Anzahl OPS, PCCL etc.) für die Gesamtstichprobe und für die Subgruppen innerhalb der HADS-Angst- und HADS-Depressionsskala aufgeführt. Hierbei wurden die Mittelwerte durch die Summe der Kennwerte aus allen Behandlungs-episoden durch die Gesamtanzahl der Episoden bzw. durch die Anzahl der Episoden der jeweiligen Subgruppe dividiert (fallbezogene Berechnung). In den statistischen Analysen (siehe Tabelle 2 und 3) wurden die Mittelwertberechnungen auf Basis der pro Patient gemittelten Kennwerte aus den ihm zugehörigen Behandlungsepisoden durchgeführt (patientenbezogene Berechnung). Da die Anzahl der Behandlungsepisoden im Jahreszeitraum der Untersuchung zwischen den Patienten sehr schwanken, fallen die so berechneten Subgruppenmittelwerte zum Teil höher aus als in Tabelle 1 aufgeführt. Die patientenbezogenen Mittelwerte bilden die Grundlage für die in dieser Studie durchgeführten multiplen Regressionsanalysen und Testungen auf Gruppenunterschiede.

Unterschiede in den DRG-Kennzahlen zwischen den HADS-D-Subgruppen						
Patienten	HADS-D				T-Test	
	< 8		≥ 8			
	n = 245	n = 115	M	SD	T	Sig (2-seitig)
Pro Patient in 1 Jahr						
Behandlungsepisoden gesamt	3,49	3,02	3,16	3,49	,938	.349
Verweildauer (Tage) gesamt	28,53	20,63	34,48	24,83	-2,231	.027
Pro Patient pro Episode in 1 Jahr						
Verweildauer (Tage)	11,39	8,41	14,65	9,56	-3,130	.002
Diagnosen	6,02	4,02	7,48	3,94	-3,250	.001
OPS	5,19	4,55	6,78	5,84	-2,575	.011
PCCL	1,87	1,32	2,28	1,35	-2,671	.008
CW	1,678	1,39	1,916	1,56	-1,454	.147
Eff. CW	1,716	1,44	2,001	1,67	-1,662	.097
Pro Patient in 1/2 Jahr						
Behandlungsepisoden gesamt	3,04	2,59	2,75	2,61	,997	.320
Verweildauer (Tage) gesamt	25,76	16,64	31,64	21,99	-2,549	.012
Pro Patient pro Epis. in 1/2 Jahr						
Verweildauer (Tage)	11,93	8,96	15,00	9,78	-2,945	.003
Diagnosen	6,01	4,11	7,47	4,03	-3,162	.002
OPS	5,43	4,68	7,01	5,91	-2,517	.013
PCCL	1,89	1,35	2,30	1,36	-2,611	.009
CW	1,740	1,43	1,943	1,57	-1,220	.223
Eff. CW	1,794	1,49	2,029	1,67	-1,341	.181

Tab. 3: 1 Jahr/1/2 Jahr: Zeitraum seit Aufnahme in das Krankenhaus bis ein Jahr bzw. ein halbes Jahr danach.
 Episode: Die Behandlung eines Patienten von stationärer Aufnahme bis Entlassung.
 Verweildauer: Anzahl der Tage bzw. Stunden innerhalb einer Behandlungsepisode.
 Diagnosen: Medizinische Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD); hier die ICD-10-GM.
 OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel anhand dessen Operationen und andere medizinische Prozeduren in der stationären Versorgung und im Bereich ambulantes Operieren verschlüsselt wird.
 PCCL: Fallschweregrad (Patient Clinical Complexity Level, medizinischer Fallschweregrad) ist die Maßzahl für den kumulativen Effekt der Komplikationen und/oder Komorbiditäten je Behandlungsepisode.
 CW: Bewertungsrelation (cost weight [CW], nominales Relativgewicht), gibt den ökonomischen Schweregrad eines medizinischen Falles an. Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet.
 Eff. CW: Effektive Bewertungsrelation (eff. Cost weight [CW], effektives Relativgewicht), ergibt sich aus dem Relativgewicht unter Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen, aufgrund von „Verweildauerausreißern“ oder Verlegungen zwischen Krankenhäusern.
 Quellen: <http://www.dimdi.de>; <http://www.gbe-bund.de>

wichtiger Faktor darstellen kann. In den Testungen auf Gruppenunterschiede zwischen den Patienten mit geringen (HADS-A < 8) und hohen Angstwerten (HADS-A \geq 8) in der HADS-Angstskala wurden keine signifikanten Unterschiede in den DRG-Kennzahlen gefunden. Die weitergehenden Analysen richteten sich deshalb auf die Gruppe der gering und hoch belasteten Patienten in der HADS-Depressionsskala.

Wie man aus Tabelle 3 ersehen kann, sind bedeutsame Unterschiede (fett) in den Kennzahlen für den Versorgungsaufwand im ersten Jahr seit Aufnahme in das Krankenhaus zwischen den HADS-D-Subgruppen gefunden worden. Obwohl die Zahl der Krankenhausaufenthalte im ersten Jahr der Akutbehandlung bei den gering belasteten Patienten sogar etwas höher ausfällt als bei den hoch Belasteten, liegen die Patienten mit hohen Depressivitätswerten knapp sechs Tage länger im Krankenhaus. Bei den pro Patient und Episode berechneten DRG-Kennzahlen zeigen sich durchgängig höhere Werte bei den Patienten mit hoher Depressivität. Die Unterschiede zwischen den Subgruppen waren bis auf das nominale und effektive Relativgewicht signifikant.

Bemerkenswert und deshalb in Tabelle 3 ebenfalls aufgeführt ist die Feststellung, dass sich die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und die DRG-Kennzahlen pro Patient und Episode bereits im ersten Halbjahr der Akutbehandlung zwischen den HADS-D-Subgruppen deutlich unterscheiden. Dies überrascht nicht, da an der Verweildauer (Tage) gesamt erkennbar ist, dass der Hauptanteil der Behandlungsepisoden aus dem ersten Halbjahr stammt. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass das Vorliegen hoher Depressivität bereits in der ersten Phase der Krebstherapie mit höheren DRG-Kennwerten assoziiert ist.

Weiter wurde untersucht, ob sich die dargestellten Unterschiede in den DRG-Kennzahlen zwischen den HADS-D-Subgruppen auch zeigen, wenn jeweils nur die Patienten mit gleicher Krebsdiagnose betrachtet werden. In den beiden größten Gruppen mit der Diagnose Kolon-CA mit N=63 Patienten und Mamma-CA mit N=56 Patientinnen deutete sich in allen DRG-Kennzahlen ein höherer Versorgungsaufwand bei den Hochbelasteten in der HADS-D-Subskala an. Die Gruppenunterschiede wurden hierbei nicht signifikant.

Weitergehende Analysen der Unterschiede im Versorgungsaufwand auf Basis der fallbezogenen Berechnungen, d.h. bezogen auf einzelne Behandlungsepisoden (Fälle), die jeweils der geringen oder hohen Belastungsgruppe in der Depressivität zugeordnet werden konnten, sind in dieser Arbeit nicht dargestellt. Hier besteht die Schwierigkeit, dass die Fälle als isolierte, personenungebundene Ereignisse betrachtet werden und dabei unberücksichtigt bleibt, dass die ermittelten Angst- und Depressivitätswerte eines Patienten als personenbezogene Merkmalsausprägung mit einer unterschiedlichen Zahl von zugehörigen Fällen bzw. Behandlungsepisoden des jeweiligen Patienten zusammenhängen.

Diskussion

Beim vorliegenden Projekt handelt es sich um eine der ersten Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die die Zusammenhänge von psychischen Belastungen bei Krebspatienten und dem Versorgungsaufwand unter DRG-Bedingungen analysiert. Die Studie hat explorativen Charakter, da es um die Frage geht, wie angemessen es erscheint, in diesem Bereich vertiefte Untersuchungen durchzuführen. Sich weiter mit den Auswirkungen einer psychischen Symptomatik krebserkrankter Patienten zu beschäftigen ist sinnvoll, weil in dieser Untersuchung Hinweise auf einen höheren Versorgungsaufwand bei psychisch belasteten Patienten gefunden wurden. Bei den erkrankten oder ein Jahr rezidivfreien Patienten, die stationär aufgenommen

wurden, zeigten sich Zusammenhänge der psychischen Belastung und der Versorgung lediglich im Bereich der Depression.

Bei den 115 von 360 Patienten, die hohe Depressionswerte im HADS aufweisen, zeigten sich höhere Werte in den DRG-Kennzahlen bereits in den ersten sechs Monaten seit Aufnahme in das Krankenhaus. Sowohl in der Gesamtverweildauer, der durchschnittlichen Verweildauer, der Anzahl der kodierten Diagnosen und Operationen und Prozeduren und im durchschnittlichen medizinischen Fallschweregrad zeigten sich bedeutsame Unterschiede zwischen den gering und hoch belasteten Patienten in der Depressivität. Obwohl die Unterschiede in den Relativgewichten statistisch nicht signifikant waren, drückt sich in der Differenz der Bewertungsrelationen von 0,203 im nominalen und 0,235 im effektiven Relativgewicht eine für ein Krankenhaus nicht unerhebliche Erhöhung des Versorgungsaufwands in der Gruppe der Hochbelasteten aus.

Limitationen dieser Untersuchung liegen darin, dass das Projekt an Daten von konsekutiv in das Krankenhaus aufgenommenen Patienten und nicht von einer selektierten Stichprobe einer Patientengruppe mit einer spezifischen Indikation durchgeführt wurde. Somit ist keine Aussage für eine spezielle Erkrankungsgruppe möglich. Möglicherweise relevante Faktoren wie unterschiedliche Prognosen und Stadien der Krebserkrankung, Veränderungen der Krebstherapie innerhalb des ambulanten und stationären Sektors, soziodemographische und anamnestiche Daten der Patienten konnten bei der explorativen Studie nicht berücksichtigt bzw. kontrolliert werden.

Des Weiteren ist die Frage nicht geklärt, ob es sich bei den Symptomen einer hohen Depressivität eines Patienten um eine vorbestehende Depressionssymptomatik, um eine durch die Erkrankung hervorgerufene Belastungsreaktion, um eine durch die besondere Schwere der Erkrankung begründete Belastungsreaktion oder das Zusammenwirken mehrerer dieser genannten Ursachenfaktoren handelt. Unabhängig davon, ob die Depression der Erkrankung zuschreiben ist, kann festgehalten werden, dass die Diskussion zum Versorgungsaufwand und zu den Gesundheitskosten dazu beiträgt, sich weiter mit der Frage zu befassen, ob die psychoonkologische Betreuung von Krebspatienten mit einer Depression nicht allein, wie wissenschaftlich belegt, die Lebensqualität positiv beeinflusst, sondern ggfs. auch positive Auswirkungen auf den Versorgungsaufwand hat.

Wie Kishi et al. (2004) zeigen konnten, führt die frühe Identifikation und Behandlung von psychisch belasteten Patienten zu einer Verkürzung der Krankenhausaufenthalte. Auch in der randomisierten Kontrollgruppenstudie von Simpson et al. (2001) bei Brustkrebspatientinnen führte die Gruppentherapie zu einer Reduktion von Depression, Stimmungsschwankungen, psychiatrischen Symptomen sowie einer Erhöhung der Lebensqualität und war mit einer 23,5 %-igen Reduktion der Gesundheitskosten im 2-Jahres-Follow-up im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Gruppentherapie verbunden. Di Matteo (2000, 2004) sieht dabei in der Adherence des Patienten den ausschlaggebenden Faktor, der bei psychischen Belastungen zu einer verminderten Mitarbeit an der Behandlung führt. Die erfolgreiche Reduktion der psychischen Belastung ermöglicht dem Patienten, sich in ausreichendem Maße aktiv an seiner Behandlung zu beteiligen und wirkt sich positiv auf den Behandlungsverlauf aus.

Folglich wird eine effiziente Gesundheitsversorgung bei speziellen Patientengruppen vor allem über eine effektive psychosoziale und psychotherapeutische Mitversorgung zu erreichen sein. Die valide Identifikation und individualisierte psychoonkologische Behandlung stellt eine zentrale Rolle in der Sicherstellung eines optimalen Therapieverlaufs dar. Diese erste explorative Studie hat gezeigt, dass es

Literatur

- Ballenger, J.C./Davidson, J.R./Lecrubier, Y./Nutt DJ, Jones, R.D./Berard, R.M. (2001): International Consensus Group on Depression and Anxiety. Consensus statement on depression, anxiety, and oncology. In: *J Clin Psychiatry* 2001, 62, 8: 64-7
- Bjelland I./Dahl, A.A./Haug T.T./Neckelmann, D. (2002): The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. In: *J Psychosom Res* 2002, 52, 2: 69-77
- Bourgeois, J.A./Kremen, W.S./Servis, M.E. /Wegelin, J.A./Hales, R.E (2005): The Impact of Psychiatric Diagnosis on Length of Stay in a University Medical Center in the Managed Care Era. In: *Psychosomatics* 2005, 46: 431-439
- Butler, L./Downe-Wamboldt, B./Melanson, P./Coulter, L./Keefe, J./Singleton, J./Bell, D. (2006): Prevalence, correlates, and costs of patients with poor adjustment to mixed cancers. In: *Cancer Nurs.* 2006, 29, 1: 9-16
- CMP (2007): Case Management Psychoonkologie – Abschlussbericht 2006. Carina Stiftung, Herford & IGV Bochum. <http://www.igv-bochum.de/106.html>
- Di Matteo, M. R. (2004): Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. In: *Medical Care* 42, 3: 200-209
- Di Matteo, M. R./Lepper, H. S./Croghan, T. W. (2000): Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. In: *Archives of Internal Medicine* 160: 2101-2107.
- Fulop, G./Strain, J.J./Fahs, M.C./Schmeidler, J./Snyder, S.A. (1998): Prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. In: *Psychosomatics* 1998, 39, 3: 273-80
- Fulop, G./Strain, J.J./Vita, J./Lyons, J.S./Hammer, J.S. (1987): Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. In *Am J Psychiatry* 1987, 144, 878-882
- Golden, R.N. (2004): Making advances where it matters: improving outcomes in mood and anxiety disorders. In: *CNS Spectr.* 2004 Jun; 9; 6; 4: 14-22
- Haghighat, S./Akbari, M.E./Holakouei, K./Rahimi, A./Montazeri, A. (2003): Factors predicting fatigue in breast cancer patients. In: *Support Care Cancer* 2003, 11, 8: 533-8
- Härtl, K./Müller, M./Hermelink, K./Köhm, J./Friese, K. (2011): Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen im Verlauf und onkologische und psychologische Einflussfaktoren. In: *Geburtsh Frauenheilk* 2011; 71
- Härter, M./Reuter, K./Aschenbrenner, A./Schretzmann, B./Marschner, N./Hasenburg, A./Weis J. (2001): Psychiatric disorders and associated factors in cancer: Results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. In: *European Journal of Cancer* 2001, 37: 1385-1393
- Herrmann, C./Buss, U./Snaith, R.P. (1995): HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung, Bern: Huber
- Hosaka, T./Aoki, T./Watanabe, T./Okuyama, T./Kurosawa, H. (1999): Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999, 53, 491-495
- Ibbotson, T./Maguire, P./Selby, P. (1994): Screening for anxiety, and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. In: *Eur J Cancer* 1994, 30, 37-40.
- Keller, M. (2004): Lebensqualität und Krankheitsverlauf von Krebspatienten. Stand des Wissens zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen. In: *Psycho-neuro* 2004, 30,4: 210-214
- Kishi, Y./ Meller, W.H./ Kathol, R.G./Swigart, S. E. (2004): Factors Affecting the Relationship Between the Timing of psychiatric Consultation and General Hospital Length of Stay. In: *Psychosomatics* 2004, 45, 6: 470-476
- Levenson, J.L./Hamer, R.M./Rossiter, L.F. (1990): Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and costs of services. In: *Am J Psychiatry* 1990, 147, 1498-1503
- Lobo, E./De Jonge, P./ Huyse, F.J./ Slaets, J.P.J./Rabanaque, M.-J./Lobo, A. (2007): Early Detection of Pneumology Inpatients at Risk of Extended Hospital Stay and Need for Psychosocial Treatment . In: *Psychosomatic Medicine* 2007, 69: 99-105
- Massie, M.J. (2004): Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2004, 32: 57-71
- Mehnert A./Lehmann, C./Koch, U. (2006): Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. *Der Onkologe* 2006; 12: 18-26.
- Mehnert, A./ Leibbrand, B./Barth, J./Friedrich, G./Bootsveld, W./Gärtner, U./Koch, U. (2009): Schmerzen als Prädiktor für Depressivität und Angst bei Krebspatienten im Langzeitverlauf unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Status. In: *Psychother Psych Med* 2009, 59
- Molassiotis, A./Yam, B.M./Yung, H./Chan, F.Y./Mok, T.S (2002): Pretreatment factors predicting the development of postchemotherapy nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients. In: *Support Care Cancer* 2002, 10, 2: 139-45.
- Na, Y.M./Kim, K. S./Lee, K.U./Chae, J.H./Kim, J.H./Kim, D.J./Bahk, W.M./Jang, Y.S./Lee, A.K./Woo, Y.S./Lee, P.S. (2007): The Relationship between Depressive Symptoms in Outpatients with Chronic Illness and Health Care Costs. In: *Yonsei Med J*, 2007, 48, 5: 787 - 794
- Partridge, A.H./Avorn, J./Wang, P.S./Winer, E.P. (2002): Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. In: *J Natl Cancer Inst.* 2002, 1, 94, 9: 652-61
- Pinquart, M./Duberstein, P.R. (2010): Depression and cancer mortality: a meta-analysis. In: *Psychol Med.* 2010, 40, 11: 1797-1810
- RKI (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krebs in Deutschland 2005/2006, Häufigkeiten und Trends. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V., 7. Ausgabe Robert-Koch-Institut Berlin.
- Reich, M. (2008): Depression and cancer: recent data on clinical issues, research challenges and treatment approaches. In: *Curr Opin Oncol.* 2008, 20, 4: 353-9
- Richardson, L.P./Russo, J.E./Lozano, P./McCauley, E./Katon, W. (2008): The Effect of Comorbid Anxiety and Depressive Disorders on Health Care Utilization and Costs among Adolescents with Asthma. In: *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30, 5: 398-406
- Rutledge, T./Vaccaro, V./Johnson, B. D. /Bittner, V./Olson, M. B./Linke, S. E./ Cornell, C. E./Eteiba, W./Sheps, D.S./Francis, J./Krantz, D.S./Bailey Merz, C.N./Parashar, S./Handberg, E./Vido, D.A./Shaw, L.J. (2009): Depression and Cardiovascular Healthcare Costs among Women with Suspected Myocardial Ischemia: Prospective Results from the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). In: *J Am Coll Cardiol.* 2009, 13; 53, 2:176-183
- Simpson, J.S./Carlson, L.E./Trew, M.E. (2001): Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. In: *Cancer Pract.* 2001, 9, 1: 19-26
- Somerset, W./Stout, S.C./Miller, A.H./Musselman, D. (2004): Breast cancer and depression. In: *Oncology (Williston Park)* 2004, 18, 8: 1021-34
- Stock, C./Einsle, F./Bornhäuser, M./Geißler, G./Joraschky, P./Köllner, V. (2006). Psychische Belastung und Lebensqualität im Langzeitverlauf nach Stammzelltransplantation. In: *Psychother Psych Med* 2006, 56
- Stremmel, C./Meister, B./Fritzsche, K./Passlick, B. (2010): Systematische Untersuchung zur Lebensqualität bei Patienten in der Thoraxchirurgie mit Nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom. In: *Pneumologie* 2010, 64
- Wancata, J./Benda, N./Windhaber, J./Nowotny, M. (2001): Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? In: *Gen Hosp Psychiatry* 2001, 23, 8-14
- Watson, M./Haviland, J.S./Greer, S./Davidson, J./Bliss, J.M. (1999): Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. In: *Lancet* 1999, 354, 9187: 1331-6

sinnvoll ist, sich auch oder gerade in Zeiten des DRG-Systems mit dem Versorgungsaufwand unter Berücksichtigung der psychischen Belastung von krebserkrankten Patienten intensiver zu beschäftigen. <<

Pilotstudy of inpatient healthcare efforts

For a large part of cancer patients quality of life (QoL) is clearly limited. It could be demonstrated that psychooncological care is conducive to a QoL advancement for patients in acute cancer therapy. As the literature shows somatically ill patients with a high mental burden do not only have a reduced QoL but also higher medical-nursing care requirements. It is an ongoing discussion if these connections are also valuable for cancer patients. An explorative study in the hospital of Herford analyzed the question, if there is a relationship between the psychological burden and the care efforts shown by the characteristic factors of the DRG-system. Especially cancer patients with higher depressiveness values show increased length of hospital stay, more surgical and medical procedures and a higher disease severity according to the DRG characteristic factors. The study indicates that the debate about clinical as well as economical questions is meaningful in psychooncology.

Keywords

psychooncology, depressiveness, healthcare efforts, DRG

Dipl.-Psych. Hildegard Labouvie

ist seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Gesundheitsförderung und Versorgungsforschung gGmbH, An-Institut der Ruhr-Universität Bochum. Ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist die Entwicklung psychoonkologischer Behandlungspfade und Dokumentationssysteme.

Kontakt: Hildegard.Labouvie@igv-bochum.de



Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Stecker

ist Leiter des Instituts für Klinische Psychologie am Klinikum Herford. Die Arbeitsschwerpunkte des psychologischen Psychotherapeuten liegen in der Psychoonkologie in Forschung und Versorgung, der Versorgungspsychologie sowie Fort- und Weiterbildung.

Kontakt: Rolf.Stecker@klinikum-herford.de



Dipl.-Pfleger. (FH) Ansgar Hörtemöller

ist seit 2010 Leiter der Stabsabteilung Zentrale Unternehmenssteuerung/Controlling der Niels-Stensen-Kliniken. Zuvor war er sieben Jahre Leiter der Stabsabteilung Medizincontrolling im Klinikum Herford und für das strategische und operative Medizincontrolling verantwortlich.

Kontakt: Ansgar.Hoertemoeller@niels-stensen-kliniken.de



PD Dr. Dipl.-Psych. Michael Kusch

ist Leiter des Instituts für Gesundheitsförderung & Versorgungsforschung gGmbH, An-Institut der Ruhr-Universität Bochum. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist die praxisbasierte Forschung in der Psychoonkologie.

Kontakt: Michael.Kusch@igv-bochum.de



Dipl.-Kfm. Martin Eversmeyer

ist Vorstand des Klinikums Herford. Nach einem Studium für Gesundheitsökonomie in Deutschland und USA war Martin Eversmeyer seit 1988 in leitender Position bei einem privaten Krankenhauskonzern und später Geschäftsführer von evangelischen Krankenhäusern.

Kontakt: Sek.Vorstand@klinikum-herford.de



Dr. Karel Kostev
 Dipl.-Gesundheitsök. Lisa Seitz
 Dr. Maria Wohleben
 Dr. Sabine Fuchs

DDD vs. PDD: Berechnung von Tagestherapiekosten am Beispiel von Liraglutid

Die Defined Daily Dose (DDD) ist eine theoretische Größe, die als internationale Standardvergleichsgröße für die Arzneimittelverbrauchsforschung entwickelt wurde. Sie gibt die angenommene mittlere Erhaltungsdosis pro Tag bei Erwachsenen für einen Wirkstoff in dessen Hauptindikation an. In Deutschland wird die amtliche deutsche Fassung der ATC-Klassifikation (Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation) inklusive der DDD-Angaben vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) herausgegeben (DIMDI 2010). Diese basiert auf der Fassung der WHO, die für die Erstellung des international standardisierten ATC/DDD-Systems verantwortlich ist (Fricke et al. 2011). Sowohl die WHO als auch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), das wiederum die Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung für Deutschland publiziert, weisen darauf hin, dass die DDD eine rechnerische Größe ist, die nicht mit der therapeutischen oder verschriebenen Dosis verwechselt werden darf. Für die longitudinale Arzneimittelverbrauchsforschung sind die DDDs stabil zu halten und sind somit als Entscheidungsgrundlage für Fragen zur Arzneimittelermittlung, Preissetzung und Therapie ungeeignet (Fricke et al. 2011).

>> Die von der WHO veröffentlichten Angaben zur DDD sind nicht identisch mit den definierten Tagesdosen in der amtlichen deutschen Fassung der ATC-Klassifikation. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Anpassungen im Hinblick auf Besonderheiten der Versorgungssituation in Deutschland erfolgen. Insbesondere werden die DDD-Angaben an die Angaben zur Dosierung in den amtlichen Fachinformationen angepasst (DIMDI 2010). Im Widerspruch zur Erklärung der WHO und des WIdO sollen dennoch die DDD-Angaben des DIMDI gemäß § 73 Abs. 8 SGB V als einheitliche Bezugsgröße für die Berechnung von Tagestherapiekosten herangezogen werden. Der § 84 Abs. 7a SGB V, der im Zuge des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) zum 01.01.2011 aufgehoben wurde, sah für Fälle, in denen ein Preisvergleich auf DDD-Basis nicht sinnvoll ist, die Verwendung anderer Bezugsgrößen vor. Dieses Vorgehen wurde in der Vergangenheit aber praktisch nicht genutzt. Trotz der widersprüchlichen Aussagen zur Anwendbarkeit der DDDs im Rahmen von Kostenanalysen ist dies nach wie vor gängige Praxis: So wird die DDD unter anderem auch für Kostenvergleiche im Arzneiverordnungs-Report (AVR) und damit für Aussagen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels genutzt. Dabei wurde erst kürzlich erneut klargestellt, dass

Zusammenfassung

Die Defined Daily Dose (DDD) ist eine theoretische Rechengröße, die die angenommene mittlere Erhaltungsdosis pro Tag bei Erwachsenen für einen Wirkstoff in dessen Hauptindikation angibt. Sowohl die WHO als auch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) erklären die DDD zum ungeeigneten Instrument für Fragen der Arzneimittelermittlung, Preissetzung und Therapie. Dennoch sollen im Widerspruch dazu gemäß § 73 Abs. 8 SGB V die DDD-Angaben des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) als einheitliche Bezugsgröße für die Berechnung von Tagestherapiekosten in Deutschland herangezogen werden. § 84 Abs. 7a SGB V - mittlerweile gestrichen - sah für Fälle, in denen ein Preisvergleich auf DDD-Basis nicht sinnvoll ist, die Verwendung anderer Bezugsgrößen vor. Dieses Vorgehen wurde aber in der Vergangenheit praktisch nicht angewandt. In der vorliegenden Studie soll am Beispiel des GLP-1-Analogons Liraglutid ermittelt werden, ob die DDD, die auf 1,20 mg/d festgelegt ist, den tatsächlichen Tagesverbrauch – und damit die realen Therapiekosten – von Liraglutid unter alltäglichen Versorgungsbedingungen abbilden kann. Das Ziel dieser Studie war es daher, anhand realer Verordnungsdaten die Prescribed Daily Dose (PDD) von Liraglutid und die sich daraus ergebenden Therapiekosten basierend auf dem Apothekenverkaufspreis (AVP) darzustellen. Mittels der repräsentativen IMS® LRx Datenbank wurde die reale Tagesdosierung (PDD) von Liraglutid ermittelt, indem die verordnete Menge (mg) durch die Zeit in Tagen (d) bis zur nächsten Verordnung dividiert wurde. Insgesamt wurden 22.906 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 eingeschlossen. Für Liraglutid lag die PDD im Median bei 1,20 mg/d und unterschied sich damit nicht von der DDD. Daher sollte im Rahmen von Kostenvergleichen grundsätzlich überprüft werden, ob die jeweilige DDD als Messgröße der Kostenberechnung dienen kann. Im Hinblick auf die Problematik der Definition von Jahrestherapiekosten als Parameter der frühen Nutzenbewertung sollte für einen objektiven Kostenvergleich die PDD herangezogen werden.

Schlüsselwörter

DDD, PDD, Kosten, Diabetes mellitus, Liraglutid

eine unkritische Übernahme der ATC-Klassifikation die beabsichtigten Steuerungseffekte hinsichtlich der Kosten gar nicht leisten kann, weil das ATC-Klassifikationssystem damit nicht verbunden ist (Zuck 2010).

Die DDD zeigt als theoretische Rechengröße nicht den tatsächlichen Verbrauch unter realen Versorgungsbedingungen an, die Versorgungsrealität kann jedoch durch die Prescribed Daily Dose (PDD) abgebildet werden. Die IMS® LRx Datenbank enthält bundesweite Verordnungsdaten von gesetzlich krankenversicherten Patienten und kann somit die reale Tagesdosierung auswerten.

Ökonomische Aspekte spielen im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle. Insbesondere chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel der Diabetes mellitus, verursachen hohe Kosten für das deutsche Gesundheitssystem durch die hohe Prävalenz und Inzidenz der Erkrankung, den chronischen Verlauf und die damit verbundenen schwerwiegenden und kostenintensiven Spätfolgen. Schätzungen zufolge leiden derzeit circa 8 Millionen Menschen in Deutschland unter Diabetes mellitus (DDU 2008). Die diabetesassoziierten direkten Kosten stiegen dabei von 2.400 EUR pro Patient im Jahr 2000 auf 2.605 EUR im Jahr 2007 an (Köster et al. 2011). Bei steigender Inzidenz des Typ-2-Diabetes steht die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Therapieoptionen, oft gemessen an DDD-basierten Kostenvergleichen, immer stärker im Vordergrund. So werden zum Beispiel im AVR die DDD-Kosten der GLP-1-Analoga Liraglutid und Exenatid mit 4,00 EUR und 3,26 EUR DDD-Kosten von Insulin (1,26 EUR) gegenübergestellt (Schwabe/Paffrath 2010). Die DDDs von Liraglutid und Exenatid werden in der amtlichen deutschen Fassung der ATC-Klassifikation mit 1,2 mg und 15 µg angegeben (DIMDI 2010). In den entsprechenden Fachinformationen werden die Erhaltungsdosen von Liraglutid und Exenatid hingegen mit 1,2 mg einmal täglich und 5 µg bzw. 10 µg zweimal täglich angegeben (Fachinformation Byetta 2010; Fachinformation Victoza 2010).

In der vorliegenden Studie soll deshalb am Beispiel des GLP-1-Analogons Liraglutid ermittelt werden, ob die DDD den tatsächlichen Tagesverbrauch – und damit die realen Therapiekosten – von Liraglutid unter all-

täglichen Versorgungsbedingungen abbilden kann. Das Ziel dieser Studie war es daher, anhand realer Verordnungsdaten die PDD von Liraglutid und die daraus errechneten Therapiekosten basierend auf dem Apothekenverkaufspreis (AVP) darzustellen.

Methodik

Diese retrolektive Analyse wurde mittels der IMS® LRx Datenbank durchgeführt, die 95 % aller abgerechneten GKV-Rezepte umfasst. Die Datenbank lässt eine Analyse longitudinaler Verschreibungsdaten nach Alter und Geschlecht zu.

Ab dem Datum der Markteinführung von Liraglutid (Juli 2009) bis November 2010 (Datenbankschluss) wurden Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 identifiziert, die eine initiale Therapie mit Liraglutid begonnen hatten und die mindestens zwei Verordnungen von Liraglutid aufwiesen. Die reale Tagesdosierung (PDD) von Liraglutid wurde für jede Verordnung ermittelt, indem die verordnete Menge (mg) durch die Zeit in Tagen (d) bis zur nächsten Verordnung dividiert wurde. Die Wirkstoffmenge in mg wurde unter der Berücksichtigung der verschiedenen erhältlichen Packungsgrößen (N1, N2, N3) und der Wirkstoffstärke (6 mg pro ml) ermittelt (Abb.1).

Die PDD der Gesamtpopulation wurde durch Mittelwert, Standardabweichung und Median deskriptiv analysiert. Der Mittelwert wurde mit Hilfe zweier Verfahren berechnet. Zunächst unter Berücksichtigung aller Werte und weiterhin als „trimmed mean“. Bei der Berechnung des „trimmed mean“ wurden die Extremwerte (3 %) der Verordnungen mit besonders kurzen und langen Verordnungsabständen nicht berücksichtigt. Dieses statistische Verfahren wird angewandt, um eine Verzerrung des Mittelwerts durch Extremwerte zu verhindern (Huber 1981; Hampel et

Formel PDD

$$\text{Prescribed Daily Dose} = \frac{\text{verordnete Menge des Wirkstoffs (mg)}}{\text{Zeit bis zur nächsten Verordnung (d)}}$$

Abb. 1: Ermittlung der PDD von Liraglutid anhand von Verordnungsdaten.

al. 1986). Die Extremwerte der Verordnungsabstände liegen in einem in der Versorgungsrealität kaum möglichen Bereich (z.B. 10 Tage, 190 Tage) und deuten auf den Einfluss äußerer Umstände wie zum Beispiel Urlaub oder Krankenhausaufenthalt hin, was bei der Berechnung der PDD nicht berücksichtigt werden sollte.

Zur Beschreibung der Studienpopulation wurden zusätzlich die Variablen Alter, Geschlecht, Krankenkasse, Region sowie Verordnung weiterer Antidiabetika erfasst.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 22.906 Patienten (22.182 Patienten zur Berechnung des „trimmed mean“) mit insgesamt 67.171 (63.140) Liraglutid-Verordnungen eingeschlossen. Das Alter der Studienpopulation betrug im Mittel 56,6 ± 11,6 Jahre; die Geschlechter waren gleich verteilt (Tab. 1). Die meisten Patienten erhielten Liraglutid in Kombination mit Metformin (n=9.352). Darüber hinaus wurde Liraglutid in Kombination mit einem oder mehreren anderen Antidiabetika eingesetzt. Die mittlere Therapie-

Basischarakteristika	
Variable	Patienten
Patientenzahl	22.182
Soziodemographische Variablen	
Alter (Jahre) [MW±STD]	56,5 ± 11,6
Weiblich (%)	50%
Westdeutschland (%)	77,1%
Versicherungsstatus	
AOK-versichert (%)	38,9%
BKK-versichert (%)	15,2%
Bei einer Ersatzkasse versichert (%)	29,3%
Übrige	16,6%

Tab. 1: Basischarakteristika der Studienpopulation (MW=Mittelwert; STD=Standardabweichung).

Tagesdosis (PDD) abhängig von der Studienpopulation				
Methodik	Anzahl		PDD (mg)	
	Patienten	Verordnungen	Mittelwert ± STD	Median
Ohne Ausschluss der Extremwerte	22.906	67.171	1,42 ± 1,08	1,20
Mit Ausschluss der Extremwerte	22.182	63.140	1,29 ± 0,47	1,20

Tab. 2: Verordnete Tagesdosis (PDD) von Liraglutid abhängig von der Studienpopulation (STD=Standardabweichung).

dauer betrug 132 Tage. Die PDD von Liraglutid lag im Median bei 1,20 mg/d (Tab. 2). Die mediane PDD von Liraglutid unterschied sich nicht in den verschiedenen Altersgruppen; bei Frauen war die mediane Tagesdosis etwas höher als bei Männern (Tab. 3).

Um eine PDD von 1,2 mg Liraglutid zu verabreichen, müssen bei einer Wirkstärke von 6 mg/ml pro Tag 0,2 ml der Injektionslösung verabreicht werden. Dementsprechend liegen die PDD-Kosten von Liraglutid bei einem AVP in Höhe von 580,15 EUR (N3 Packung) bei 3,87 EUR (Tab. 4).

Diskussion

Im Widerspruch zur Erklärung des WiDo werden die DDD-Angaben des DIMDI als einheitliche Bezugsgröße für die Berechnung von Tagestherapiekosten herangezogen (§ 73 Abs. 8 SGB V). Dieses Vorgehen wird immer wieder kontrovers diskutiert. Es konnte bereits für einige Substanzklassen gezeigt werden, dass die DDD keine geeignete Messgröße ist, um reale Therapiekosten abzubilden (Wasem/Bramlage 2008, 2009). Dies trifft insbesondere bei Therapien mit variabler Therapiedauer zu, wie z.B. bei der Behandlung mit Antibiotika, Koloniestimulierenden Faktoren und Anthelminthika: Hier kann es zu einer Überschätzung der realen Kosten durch die Anwendung der DDD kommen (Wasem/Bramlage 2009).

Auf Basis der vorliegenden Analyse konnte gezeigt werden, dass die DDD mit der PDD identisch ist. Die daraus berechneten PDD/DDD-Kosten von Liraglutid liegen bei 3,87 EUR. Im Falle von Liraglutid wäre also die korrekte Berechnung der Tagestherapiekosten auf Basis der DDD möglich. Daraus lässt sich jedoch nicht ableiten, dass grundsätzlich der Kostenvergleich mit einem anderen GLP-1-Analogen, für das eine solche Untersuchung nicht durchgeführt wurde, auf Basis der DDD zweckmäßig ist.

Tagesdosis (PDD) abhängig von Alter und Geschlecht				
Variable	Anzahl		PDD (mg)	
	Pati- enten	Verord- nungen	Mittelwert ± STD	Median
N	22.182	63.140	1,29 ± 0,47	1,20
Alter				
Alter ≤ 50	5.584	15.026	1,28 ± 0,47	1,20
Alter 51-60	6.659	18.882	1,29 ± 0,47	1,20
Alter 61-70	5.215	14.909	1,28 ± 0,47	1,20
Alter > 70	2.200	6.590	1,28 ± 0,47	1,20
Geschlecht				
Frauen	7.715	21.982	1,29 ± 0,48	1,21
Männer	7.704	21.562	1,28 ± 0,47	1,20

Tab. 3: Verrordnete Tagesdosis (PDD) von Liraglutid abhängig von Alter und Geschlecht der Patienten (STD=Standardabweichung).

Berechnung der GKV-relevanten Kosten	
Kostenparameter	Liraglutid
AVP (EUR)	580,15
PDD (mg)	1,2
Wirkstärke (mg/ml)	6
Injektionsvolumen pro Tag (ml)	0,2
Inhalt (ml)	30
Reichweite (Tage)	150
Kosten pro PDD (Euro)	3,87

Tab. 4: Berechnung der GKV-relevanten Kosten einer PDD von Liraglutid für die größte Packung (N3). AVP=Apothekenverkaufspreis; GKV=Gesetzliche Krankenversicherung; PDD=Prescribed Daily Dose.

Grundsätzlich kann der Vergleich von DDD-Kosten nur sinnvoll sein, wenn beide Substanzen gleich effektiv sind, die DDD dem tatsächlichen Verbrauch entspricht und die Behandlungsdauer sowie Nebenwirkungsprofil und eventuelle Begleittherapien identisch sind. Ein weiteres wichtiges Kriterium hinsichtlich der Anwendung der DDD für den Vergleich von realen Therapiekosten ist die Frage, ob die DDD überhaupt appliziert werden könnte. Am Beispiel des GLP-1-Analogen Exenatid kann gezeigt

werden, dass auch diese Frage relevant ist und bei Nicht-Berücksichtigung zu einer Unterschätzung von Therapiekosten führen kann.

Die DDD von Exenatid wird mit 15 µg in der amtlichen deutschen Fassung der ATC-Klassifikation angegeben (DIMDI 2010). Gemäß Fachinformation muss Exenatid zweimal täglich appliziert werden; die Tagesdosis wird mit 10 – 20 µg angegeben (Schwabe/Paffrath 2010). Um die DDD von 15 µg applizieren zu können, müssten theoretisch jeweils eine 5-µg- und eine 10-µg-Dosierung erfolgen, also auch eine 5 µg- und eine 10 µg-Packung verordnet werden, da keine 7,5-µg-Packung auf dem Markt erhältlich ist, mit der eine zweimal tägliche Gabe von 7,5 µg möglich wäre. Die 5-µg-Packung ist nur als N1 erhältlich; die Verordnung der DDD von Exenatid kann nur unter zusätzlichen Kosten erfolgen. Die so berechneten DDD-Kosten betragen 4,12 EUR bei einem AVP von 247,40 EUR (Verordnung von jeweils zwei N1 Packungen der beiden verschiedenen Stärken).

Dieses konkrete Beispiel zeigt, dass die Anwendung der DDD für den Kostenvergleich der Substanzklasse GLP-1-Analoga ungeeignet ist. Im Falle von Liraglutid unterscheiden sich die DDD-Kosten nicht von den PDD-Kosten, da DDD und PDD identisch sind. Jedoch zeigt sich bei Exenatid, dass die DDD nicht der PDD entspricht: Sie kann weder die tatsächliche Dosierung noch das Dosierungsintervall abbilden und ist damit nicht geeignet zur Abbildung von realen Kosten. Die Verwendung der DDD führt im Falle von Exenatid zu einer Unterschätzung der Kosten. Die Anwendung der PDD oder der Angaben zur Dosierung in der Fachinformation wären für den Kostenvergleich in diesem Fall das bessere Instrument.

Generell sollten Berechnungen von Therapiekosten auf der Versorgungsrealität basieren. Die PDD wäre dazu ein geeignetes Mittel, auch wenn die Ermittlung der PDD potentielle Limitationen besitzt. Eine Limitation jeder Sekundärdatenanalyse ist die Unmöglichkeit der Randomisierung der Patienten. Es ist also durchaus denkbar und wahrscheinlich, dass sich die Patientengruppen, für die PDDs verschiedener Substanzen berechnet werden, in ihren Basischarakteristika (z.B. Alter und Geschlecht) unterscheiden. Dies ist jedoch nicht als potentielle Verzerrung des Ergebnisses zu bewerten, sondern als Abbild der aktuellen Versorgungsrealität und in diesem Sinne ein gewünschter Effekt. Weiterhin ist die Validierung von Diagnosen und Verschreibungen aus Gründen des Datenschutzes nicht möglich.

Die Darstellung der tatsächlichen Jahrestherapiekosten erhält insbesondere vor dem Hintergrund der frühen Nutzenbewertung, die mit dem

Literatur

- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2010): Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen: Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2011. In: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/atccddd/version2011/> (abgerufen am 26.05.2011)
- Fricke, U./Günther, J./Zawinell, A./Zeidan, R. (2011). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt - Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. Berlin
- Zuck, R. (2010). Rechtsgutachten betreffend Ermittlung der Arzneimittelkosten je Tagesdosis (DDD-Problematik). Erstattet für den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V., Berlin („BPI“). In: <http://www.bpi.de/fileadmin/media/bpi/Downloads/Internet/Geschaeftsfelder/Recht-Sozialrecht/Gutachten/2010-09-23%20BPI-Gutachten%20Prof.Zuck-Ermittlung%20der%20Arzneimittelkosten-DDD-Problematik.pdf> (abgerufen am 17.08.2011)
- DDU (Deutsche Diabetes Union) (Hrsg.) (2008). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2009. Kirchheim + Co. GmbH
- Köster, I./Huppertz, E./Hauner, H./Schubert, I. (2011). Direct costs of Diabetes Mellitus in Germany – CoDiM 2000–2007. In: *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2011, 119, 6: 377-85.
- Schwabe, U./Paffrath, D. (2010). *Arzneiverordnungs-Report 2010*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Fachinformation Byetta® (2010). In: rote-liste.de (abgerufen am 26.05.2011)
- Fachinformation Victoza® (2010). In: rote-liste.de (abgerufen am 26.05.2011)
- Huber, P.J. (1981). *Robust Statistics*. New York: John Wiley and Sons
- Hampel, F.R./Ronchetti, E.M./Rousseeuw, P.J./Stahel, W.A. (1986). *Robust Statistics: The Approach based on Influence Functions*. New York: John Wiley and Sons
- Wasem, J./Bramlage, P. (2008). Defined Daily Doses: Ein Instrument zur Kostensteuerung im Gesundheitswesen? In: *Gesundh ökon Qual manag* 2008; 13: 38-42
- Wasem, J./Bramlage, P. (2009). Aktuelle Beispiele zur Fehlsteuerung von Kosten bei Therapien mit variabler Dauer durch die Verwendung von Defined Daily Doses. *Pharmacoeconomics Ger Res Art* 2009; 7, 2: 47-54
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). 5. Kapitel der Verfahrensordnung - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln nach § 35a SGB V, Bundesanzeiger 2011

Calculation of daily doses using the example of Liraglutid

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zum 01.01.2011 eingeführt wurde, eine wachsende Bedeutung. Gemäß der Verfahrensordnung zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln nach § 35a SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) sind in dem Dossier Angaben zu den Kosten der Therapie bzw. der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu machen, die der gesetzlichen Krankenversicherung durch deren Anwendung entstehen. Dabei sind die Kosten auf Basis des Jahresdurchschnittsverbrauchs pro Patient darzustellen, der sich wiederum anhand der verbrauchten DDDs bemisst. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass durch diese Art der Berechnung die Kosten verzerrt dargestellt werden und nicht die Versorgungsrealität wiedergeben. Um dies zu vermeiden, ist eine einheitliche und für alle Substanzen gleichermaßen geeignete Messgröße, die die Kosten in der Versorgungsrealität abbilden kann, als Basis für einen objektiven Kostenvergleich unverzichtbar. Trotz der genannten Limitationen scheint die PDD gegenüber der DDD für Kostenvergleiche das zu bevorzugende Instrument zu sein. <<

Autorenerklärung

Karel Kostev und Sabine Fuchs sind/waren Mitarbeiter der Firma IMS Health in Frankfurt und Nürnberg. Lisa Seitz und Maria Wohlleben sind Mitarbeiter der Firma Novo Nordisk in Mainz. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Novo Nordisk und wurde von der Firma IMS Health (Frankfurt/Nürnberg) durchgeführt.

The Defined Daily Dose (DDD) is a theoretical mathematical parameter, which indicates the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults. Both the WHO and the Scientific Institute of the AOK (WIdO) state explicitly that the DDD is not suitable for questions of reimbursement, pricing and therapy. In contrast, the DDD information of the DIMDI (German Institute for Medical Documentation and Information) should be used as a standard instrument for the calculation of daily therapy costs in Germany according to § 73 (8) SGB V. Referring to § 84 (7a) SGB V – in the meantime cancelled – the usage of other instruments was recommended in cases where a cost comparison based on DDD is not reasonable. However, in the past this was not applied in practice. The present study should clarify for the GLP-1-analogue liraglutide (an antidiabetic drug) if the DDD, which is defined with 1,20 mg/d is equal to the real daily consumption – and therefore the real daily costs – of liraglutide under real-life conditions. The aim of this study was to evaluate the Prescribed Daily Dose (PDD) of liraglutide based on real-life prescription data and in consequence to calculate the therapy costs based on the pharmacy retail price (AVP). The Prescribed Daily Dose (PDD) of liraglutide was evaluated based on the IMS® LRx data by dividing the prescribed dose (mg) by the time in days (d) until the following prescription. In total 22.906 patients with diabetes mellitus type 2 were included. The median PDD of liraglutide was 1.20 mg/d and did not differ from DDD. Hence, within the context of cost comparisons the appropriateness of DDD for the calculation of therapy costs should be verified. Regarding the difficulty of the annual therapy costs definition as a parameter of the early benefit assessment the PDD should be applied for an objective cost comparison.

Keywords

DDD, PDD, cost, diabetes mellitus, liraglutide

Dr. Karel Kostev

ist als Senior Consultant in der Abteilung „LifeLink-Epidemiologie“ bei IMS Health in Frankfurt tätig sowie an mehreren Projekten an den Universitäten beteiligt. Er ist für die Koordination und Durchführung der epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien zuständig; sein Schwerpunkt liegt in der Diabetesforschung.

Kontakt: kkostev@de.imshealth.com



Dipl.-Gesundheitsök. Lisa Seitz

Die Dipl.-Gesundheitsökonomin von der Universität Bayreuth ist seit 2010 als Jr. Managerin Health Economics and Outcomes Research bei der Novo Nordisk Pharma GmbH in Mainz tätig. Schwerpunkte ihrer Arbeit liegen in der Sicherstellung des Marktzugangs und der Erstattungs-fähigkeit der Produkte im Bereich Diabetes.

Kontakt: lsiz@novonordisk.com



Dr. Maria Wohlleben

Die promovierte Apothekerin ist als Managerin Healthcare Cooperation & Economics bei der Novo Nordisk Pharma GmbH in Mainz tätig. Vorwiegend ist sie verantwortlich für die Sicherstellung des Marktzugangs und der Erstattungs-fähigkeit der Produkte aus den Bereichen Diabetes, Hämophilie sowie Wachstumshormontherapie.

Kontakt: mwob@novonordisk.com



Dr. Sabine Fuchs

leitet den Teilbereich Gesundheitsförderung und -planung des Gesundheitsamtes der Stadt Nürnberg. Als Autorin dieses Manuskripts war sie während ihrer vorhergehenden Tätigkeit als Consultant bei IMS Health Economics and Outcomes Research beteiligt. Frau Dr. Fuchs ist approbierte Ärztin mit einer Zusatzausbildung (M.P.H.) in Public Health. Ihre Schwerpunkte liegen in der Epidemiologie, Biometrie und Gesundheitsökonomie. Kontakt: sabine.fuchs@stadt.nuernberg.de



Dr. med. Stefan Gözl
 Franz-Werner Dippel, M.Sc.
 Tobias Schneider, MBA
 Prof. Dr. med. Bernd Brüggengjürgen, MPH

Behandlungskosten bei Diabetes mellitus: Vergleich von drei basalinsulinbasierten Therapieansätzen

Diabetes mellitus ist mit rund sechs Millionen diagnostizierten Patienten eine der am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen in Deutschland. Zudem nimmt die Anzahl der Diabetiker zu - und das unabhängig von der Bevölkerungsalterung (RKI 2011). Darüber hinaus zählt der Diabetes zu den kostenintensivsten Krankheitsbildern. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verursacht ein Diabetiker etwa doppelt so hohe direkte Behandlungskosten wie ein nicht-diabetischer Versicherter (Köster et al. 2006). Knapp 30 Prozent aller Diabetiker werden mit Insulin behandelt (Hauner 2007); das sind alle Typ-1-Diabetiker sowie jene Typ-2-Diabetiker, bei denen die körpereigene Insulinproduktion trotz Veränderung des Lebensstils sowie der Behandlung mit oralen Antidiabetika nicht mehr ausreicht. Bei den Insulinen können Mischinsuline, kurzwirksame, sog. Bolusinsuline und langwirksame, sog. Basalinsuline unterschieden werden. Zu Letzteren zählen NPH-Insulin (Neutrales Protamin Hagedorn), Insulin glargin und Insulindetemir. Auf die Basalinsuline entfallen rund 30 Prozent der gesamten ambulant verordneten Insulin-Tagesdosen sowie 34 Prozent der GKV-Ausgaben für Insuline (Mengel 2010; INSIGHT Health 2011). Ziel der hier vorgestellten Studie ist ein Kostenvergleich dreier Behandlungsstrategien, die sich hinsichtlich des verwendeten Basalinsulins unterscheiden. Dabei werden ausschließlich Diabetiker einbezogen, die im Jahr 2010 mindestens zwei Verordnungen von entweder Insulin glargin oder Insulindetemir oder NPH-Insulin zu Lasten der GKV erhalten haben. Berücksichtigt werden dabei zusätzlich die ambulanten, über Apothekenrechenzentren abgerechneten diabetesassoziierten Verordnungen der Bolusinsuline, Antidiabetika, Blutzuckerteststreifen, Nadeln und Lanzetten. Die Verordnungen werden jeweils zu Apothekenverkaufspreisen (Lauer-Taxe) abzüglich der gesetzlichen Herstellerabschläge nach § 130a Absatz 1, 1a, 3b SGB V bewertet.

>> Die vorliegende Studie wurde anhand der Datenbank „Patienten Tracking“ (Stand: März 2011) der INSIGHT Health GmbH & Co. KG umgesetzt. Das „Patienten Tracking“ ermöglicht die langfristige Darstellung der Medikationshistorie von anonymisierten, gesetzlich krankenversi-

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Analyse ist ein Therapiekostenvergleich zwischen drei basalinsulinbasierten Therapieansätzen (Insulin glargin, NPH-Insulin und Insulindetemir) bei Patienten mit Diabetes mellitus unter Berücksichtigung zeitgleicher Koverordnungen von Bolusinsulinen, oralen Antidiabetika, GLP-1 Agonisten, Teststreifen, Lanzetten und Nadeln. Neben dem GKV-Gesamtkostenvergleich erfolgt eine Kostenbetrachtung auf der Ebene von sieben gesetzlichen Kostenträgergruppen sowie auf Basis der Einzelkosten. Zur besseren Vergleichbarkeit der drei Therapieregime wurde ein Matchingverfahren über die Merkmale Geburtsjahr und Geschlecht eingesetzt („Statistischer Drilling“). Die vorliegende Analyse ergibt, dass Insulin glargin- und NPH-Insulin-basierte Therapien unter realen Versorgungsbedingungen kostengünstiger sind als Insulindetemir-basierte Behandlungen. Die jährlichen Einsparungen pro Patient betragen in der gemachten Analyse auf GKV-Ebene 411 (zugunsten Glargin) bzw. 386 Euro (zugunsten NPH). Zudem zeigt sich ein leichter Kostenvorteil für Insulin glargin gegenüber NPH-Insulin in Höhe von 24 Euro pro Jahr. Die Ergebnisse der gemachten als auch ungemachten Behandlungskostenvergleiche sind konsistent. Auf Kostenträgerebene liegen die aggregierten absoluten jährlichen Behandlungskosten pro Diabetespatient für Insulin glargin-basierte Therapien bei den Ortskrankenkassen und den sonstigen Kostenträgern signifikant unterhalb der Kosten für die jeweiligen NPH-Vergleichsgruppen ($\Delta = 43$ Euro bzw. 57 Euro) und für alle Kostenträgergruppen hoch signifikant unterhalb der Kosten für die Insulindetemir-Vergleichsgruppen (circa 400 Euro). Im Falle der Techniker Krankenkasse ist NPH-Insulin die günstigste Therapiealternative. Die Analyse der Einzelkosten lässt darauf schließen, dass die höheren Beschaffungskosten für Basalinsulin in der Glargingruppe durch Einsparungen beim Bolusinsulin- sowie Teststreifenverbrauch im Vergleich zu den beiden Behandlungsalternativen überkompensiert werden.

Schlüsselwörter

Diabetes mellitus, Basalinsulin, Kostenvergleich, GKV, Versorgungsforschung

cherten Patienten. Grundlage hierfür sind die Informationen von rund 40 Millionen GKV-Versicherten mit mehr als 430 Mio. über Apothekenrechenzentren abgerechneten GKV-Rezepten von Fertigarznei- und Hilfsmitteln pro Jahr. Dies entspricht einer durchschnittlichen Abdeckung von 65 Prozent bezogen auf die Zahl der insgesamt abgerechneten GKV-Rezepte. Die Patienten-Tracking-Daten sind somit repräsentativ und können u. a. nach Alter, Geschlecht, Facharztgruppen und Kostenträger differenziert analysiert werden.

Studienpopulation

In die Analyse wurden Patienten mit Typ-1 und Typ-2-Diabetes mellitus eingeschlossen, die im Jahr 2010 mindestens zwei Verordnungen von entweder Insulin glargin, Insulindetemir oder NPH-Insulin erhalten hatten - ohne Verordnung eines anderen Basalinsulins. Patienten mit Verordnungen von Mischinsulinen wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Zur Sicherstellung der Versichertenkontinuität wiesen die Patienten außerdem mindestens eine Arzneimittelverordnung im Zeitraum 2008-2009 sowie im letzten Halbjahr des verfügbaren Datenbestands (Oktober 2010 - März 2011) auf.

Neben einem Gesamtkostenvergleich zwischen den drei Basalinsulingruppen auf der GKV-Ebene erfolgte eine zusätzliche Kostenbetrachtung auf der Ebene folgender sieben Kostenträgergruppen: Allgemeine Ortskrankenkassen (AOKn), BARMER GEK, Betriebskrankenkassen (BKKn), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Innungskrankenkassen (IKKn), Techniker Krankenkasse (TK) und sonstige gesetzliche Krankenkassen (z.B. Knappschaft, weitere Ersatzkassen, LKKn).

Sowohl für den Gesamtkostenvergleich als auch für die Vergleiche auf Kostenträger- und auf Einzelkostenebene (einzelne Arznei- und Hilfsmittelgruppen) wurden jeweils drei getrennte Patientengruppen gebildet.

Nach erfolgter Voranalyse und einer Datenbereinigung (bei fehlenden Werten zu Alter oder Geschlecht) wurden diese Patientengruppen einem Matchingverfahren unterzogen. Eine Differenzierung nach den Behandlungsregimen BOT (basalunterstützte orale Therapie) und ICT (intensivierte konventionelle Therapie) konnte nicht vorgenommen werden.

Gruppenmatching

Um alters- und geschlechtsabhängige Effekte zu kontrollieren, wurde das Gruppenmatchingverfahren eingesetzt („statistischer Drilling“). Matchingkriterien waren das Geburtsjahr und das Geschlecht. Somit ergaben sich je Kassengruppe sowie auf GKV-Ebene drei vergleichbare Patientenkollektive im Hinblick auf Alter und Geschlecht.

Kostenermittlung

Zielgröße der Untersuchung waren die ambulant-medikamentösen Behandlungskosten nach Apothekenverkaufspreisen (AVP) abzüglich der gesetzlichen Herstellerabschläge nach § 130a Absatz 1, 3a, 3b SGB V im Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2010. Dabei wurden die Gesamtkosten je Behandlungsgruppe differenziert nach Kosten ermittelt für

- (1) Insulin glargin, Insulindetemir resp. NPH-Insulin (A10C5 resp. A10C2),
- (2) humanem und
- (3) analogem Bolusinsulin (A10C1),
- (4) orale Antidiabetika ohne DPP-IV-Hemmer (A10K, A10L, A10M, A10X),
- (5) DPP-IV-Hemmer (A10N),
- (6) GLP-1-Agonisten (A10S),
- (7) Lanzetten,
- (8) Nadeln und
- (9) Blutzuckerteststreifen (T02D2).

Die Einzelkosten wurden mit Hilfe der ATC-Klassifikation der European Pharmaceutical Market Research Organisation (EphMRA) sowie im Falle von Lanzetten und Nadeln anhand einer eigens erstellten Klassifikations-tabelle (Pharmazentralnummern, PZN) ermittelt. Die so definierten Therapiekosten wurden patientenindividuell auf Ebene der jeweils abgerechneten PZN monatsaktuell berechnet. Das heißt, die mengenbezogenen Verordnungsinformationen jedes anonymisierten Patienten wurden monatsweise mit den jeweiligen Apothekenverkaufspreisen abzüglich der Herstellerabschläge (jeweils zum 15. Tag des Monats) gemäß Lauer-Taxe multipliziert. Rabatte aufgrund des GB-A Beschlusses vom 18.03.2010 zur Einschränkung der Verordnungsfähigkeit langwirksamer Insulinaloga konnten nicht berücksichtigt werden.

Statistische Parameter

Mit Hilfe deskriptiver statistischer Kenngrößen wie Mittelwerte, Standardabweichungen, Konfidenzintervalle und Perzentilwerte wurden die Therapiekosten je Patient differenziert für die drei Vergleichsgruppen analysiert. Dabei wurden die Gesamtkosten wie auch die Kosten der einzelnen Arznei- und Hilfsmittelgruppen ermittelt und mit dem Statistikprogramm SPSS v19 im Hinblick auf Mittelwertsunterschiede getestet (t-Test für unverbundene Stichproben). Die Analysen wurden für jede Kassengruppe separat umgesetzt.

Ergebnisse

Stichprobencharakteristika vor und nach dem Gruppenmatching

Insgesamt standen Verordnungsinformationen zu einem Patientenkollektiv von 589.419 Diabetikern zur Verfügung, darunter 289.933 Männer und 268.470 Frauen. Das Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs betrug

64,0 Jahre bei einer Standardabweichung von 15,6. Zu rund 5,3 Prozent der selektierten Daten lagen keine Informationen zum Geschlecht und zu 0,6 Prozent keine Altersinformation vor. Zur Steigerung der Studienqualität wurden diese Patienten noch im Vorfeld des Gruppenmatchings von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Nach dem Gruppenmatching standen 185.202 Patienten (31,4 Prozent der ursprünglichen Kohorte) für die weitere Analyse zur Verfügung. Diese verteilen sich – bei vergleichbarer Alters- und Geschlechtsstruktur – zu jeweils einem Drittel auf die drei untersuchten Therapieregime.

Beim Vergleich der ungematchten (und unbereinigten) mit der gematchten Stichprobe zeigten sich Unterschiede insbesondere hinsichtlich des Durchschnittsalters. Während die Insulindetemir-Patienten im Mittel knapp 59 Jahre alt waren, lag der Altersdurchschnitt für Insulin glargin und NPH-Insulin bei circa 65 Jahren. Diese Altersunterschiede wurden durch das Matching-Verfahren ausgeglichen. Das Durchschnittsalter lag in allen drei Therapieregimen nach der Bereinigung und dem Matching bei etwas über 60 Jahren. Der Männeranteil betrug in der gematchten Stichprobe knapp 51 Prozent (Tab. 1).

Kostenträger	N	Durchschnittsalter	Standardabweichung	Anteil Männer
AOK	80.472	62,0	16,1	47,9%
BARMER GEK	23.838	60,1	15,6	48,0%
BKK	24.045	57,0	16,9	55,8%
DAK	17.607	60,7	15,5	44,4%
IKK	10.500	56,2	15,1	61,3%
TK	12.849	54,4	16,4	64,1%
Sonst. Kostenträger*	15.891	63,8	14,8	50,1%
GKV gesamt	185.202	60,3	16,2	50,7%

Tab. 1: Stichprobencharakteristika nach Abschluss des Gruppenmatchingverfahrens; Legende: * = u.a. Knappschaft, weitere Ersatzkassen, LKKn.

Gesamtkosten

In der Voranalyse auf Basis der ungematchten Patientenkollektive zeigten sich Unterschiede in den Behandlungskosten je Diabetespatient zwischen den drei Therapieregimen: Für die Insulin glargin-basierten Regime ergaben sich im Vergleich zu den NPH-Insulin-basierten Regimen trotz des höheren Durchschnittsalters der Glargin-Patienten niedrigere Behandlungskosten (1.221,90 versus 1.282,68 Euro). Für die Insulindetemir-basierten Therapieregime wurden mittlere Kosten von 1.646,32 Euro ermittelt.

Nach dem Matching (Abb. 1) betragen die mittleren jährlichen Behandlungskosten je Diabetespatient auf GKV-Ebene für Insulin glargin-basierte Therapieregime 1.428,25 Euro [95%-Konfidenzintervall: 1.421,71 - 1.434,79]. Für die NPH-Insulin-basierten Regime ergaben sich Kosten von 1.452,57 Euro [95%-KI 1.446,24 - 1.458,91]. Der Kostenunterschied zwischen Insulin glargin-basierter und NPH-Insulin-basierter Therapie von 1,7 Prozent ist auf GKV-Ebene statistisch hochsignifikant (p<0.001). Für die Insulindetemir-basierten Regime ergaben sich mittlere jährliche Behandlungskosten von 1.838,94 Euro [95%-KI 1.831,36 - 1.846,52]. Dies sind statistisch hochsignifikant höhere Kosten sowohl im Vergleich zu den Insulin glargin-basierten Therapieregimen (+28,8 Prozent; p<0.001) als auch gegenüber den NPH-Insulin-basierten Regimen (+26,6 Prozent; p<0.001). Die Ergeb-

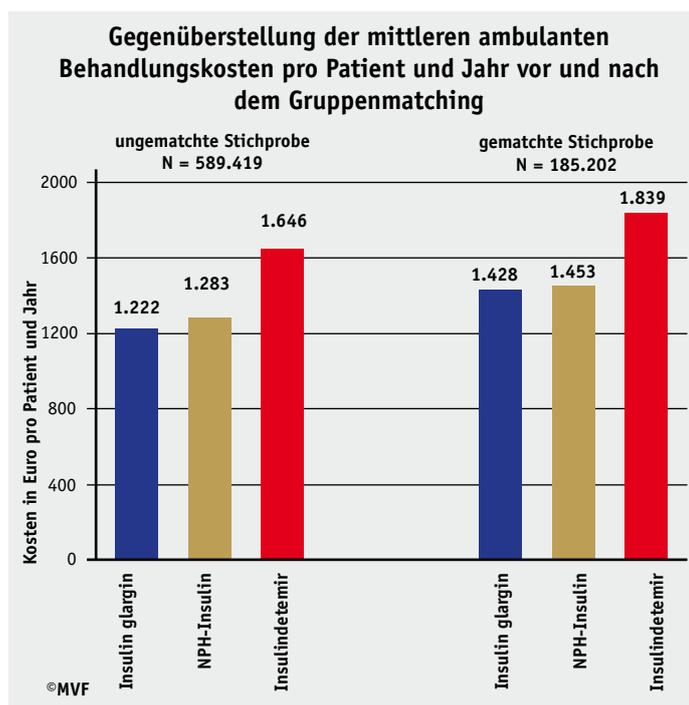


Abb. 1: Gegenüberstellung der mittleren ambulanten Behandlungskosten pro Patient und Jahr vor und nach dem Gruppenmatching.

Behandlungskosten	ungematchte Stichprobe			gematchte Stichprobe		
	Insulin glargin	NPH-Insulin	Insulindetemir	Insulin glargin	NPH-Insulin	Insulindetemir
Durchschnittliche jährl. Ausgaben	1.222 Euro	1.283 Euro	1.646 Euro	1.428 Euro	1.453 Euro	1.839 Euro
Insulin glargin vs. NPH-Insulin	-61 Euro (-4,7%)	61 Euro (5%)		-24 Euro (-1,7%)*	24 Euro (-1,7%)*	
NPH-Insulin vs. Insulindetemir		-364 Euro (-22,1%)	364 Euro (28,4%)		-386 Euro (-21%)*	386 Euro (26,6%)*
Insulin glargin vs. Insulindetemir	-424 Euro (-25,8%)		424 Euro (34,7%)	-411 Euro (-22,3%)*		411 Euro (28,8%)*

Tab. 2: Gegenüberstellung der mittleren ambulanten Behandlungskosten pro Patient und Jahr vor und nach dem Gruppenmatching; Legende: * $p < 0.001$; unterschiedliche Prozentwerte in den Klammern ergeben sich durch den Perspektivenwechsel.

nisse der gematchten und ungematchten Patientenkollektive sind somit konsistent.

Niedrigere Behandlungskosten von Insulin glargin-Patienten gegenüber den NPH-Patienten fanden sich bei den untersuchten Kostenträgergruppen der AOK und der Gruppe der sonstigen Krankenkassen (Abb. 2). Die mittleren Kosten unterscheiden sich hier statistisch hochsignifikant ($p < 0.001$). Bei den Kostenträgergruppen BARMER GEK, BKKn, DAK und IKKn liegen die Behandlungskosten der Glargin-Patienten zwar unter denen der NPH-Patienten, die Unterschiede erreichen jedoch nicht mehr die Signifikanzschwelle. Im Falle der TK ist NPH die günstigere Therapiealternative ($p < 0.05$). Insulindetemir stellt in allen untersuchten Kostenträgergruppen die gegenüber Insulin glargin und NPH-Insulin mit den höchsten Ausgaben assoziierte Behandlung dar (jeweils $p < 0.001$).

Einzelkosten

Die Analyse der Einzelkosten (Arznei- und Hilfsmittelgruppen) zeigt in der Insulin glargin-Gruppe im Vergleich zur NPH-Insulin-Gruppe z.B. höhere Kosten für das Basalinsulin (Δ 115,27 Euro; $p < 0.001$). Diese werden jedoch durch geringere Kosten z.B. für humanes Bolusinsulin (Δ -148,54; $p < 0.001$) sowie für Teststreifen (Δ -53,84 Euro; $p < 0.001$) überkompensiert (Abb. 3). Ein Vergleich zwischen der Insulin glargin- und der Insulindetemir-Gruppe zeigt, dass bei den Insulin glargin-Patienten mit Ausnahme von oralen Antidiabetika und DPP-IV-Inhibitoren sämtliche untersuchten Einzelkosten statistisch hoch signifikant unter denen der Vergleichsgruppe liegen (jeweils $p < 0.001$).

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen gut mit den in den letzten Jahren publizierten Therapiekostenvergleichen bei Basalinsulin-basierenden Therapien überein (Bierwirth et al. 2010; Dippel et al. 2009, 2009; Hagenmeyer et al. 2009, 2010; Hauner et al. 2009; Schöffski et al. 2008). Aus Sicht der GKV ist eine Insulin glargin-Therapie im Vergleich mit einer NPH-Insulin-Therapie insgesamt kostengünstiger oder kostenneutral bezüglich der ambulanten diabetesbezogenen Ausgaben. Ferner zeigt der Kostenvergleich innerhalb der definierten Studienparameter eine ökonomische Überlegenheit der Insulin glargin- und der NPH-insulin-basierten Therapieregime gegenüber einer Therapie mit Insulindetemir.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse nach Kostenträgern zeigen sich Unterschiede sowohl auf der Gesamtkosten- als auch auf der Einzelkostenebene. Auf der Gesamtkostenebene erreicht der ökonomische Vorteil der Therapie mit Insulin glargin gegenüber NPH-Insulin für die Kostenträgergruppen AOKn und sonstige Krankenkassen das Signifikanzniveau. Gegenüber den anderen Kostenträgergruppen zeigt sich Kostenneutralität. Für die Versicherten mit Diabetes der TK ergibt sich ein umgekehrter Effekt. Insulindetemir ist im Vergleich zu Insulin glargin und NPH-Insulin bei allen untersuchten Kostenträgergruppen mit signifikant höheren Behandlungskosten verbunden.

Die Analyse zeigt, dass die Wirtschaftlichkeit der drei Basalinsulin-basierenden Therapieansätze für verschiedene Kostenträger(gruppen) unterschiedlich sein kann. Diesem Umstand tragen die innovativen Vertragsmodelle zu langwirksamen Analoginsulinen zwischen den pharmazeutischen Unternehmen und den Einzelkassen Rechnung.

Auf der Einzelkostenebene fällt auf, dass - etwa im Vergleich von Insulin glargin und Insulindetemir - die geringeren jährlichen Pro-Kopf-Kosten in dem Glargin-Regime durch signifikant geringere Verordnungs- und Blutzuckerteststreifen verursacht werden. Dies steht in Einklang mit den bisher veröffentlichten Kostenvergleichen zwischen den beiden Basalinsulinanaloga. Der geringere Verbrauch an kurzwirksamen Insulinen unter Insulin glargin erklärt sich möglicherweise durch die längere Verweildauer der Glargin-Patienten auf der basalunterstützten oralen Therapie

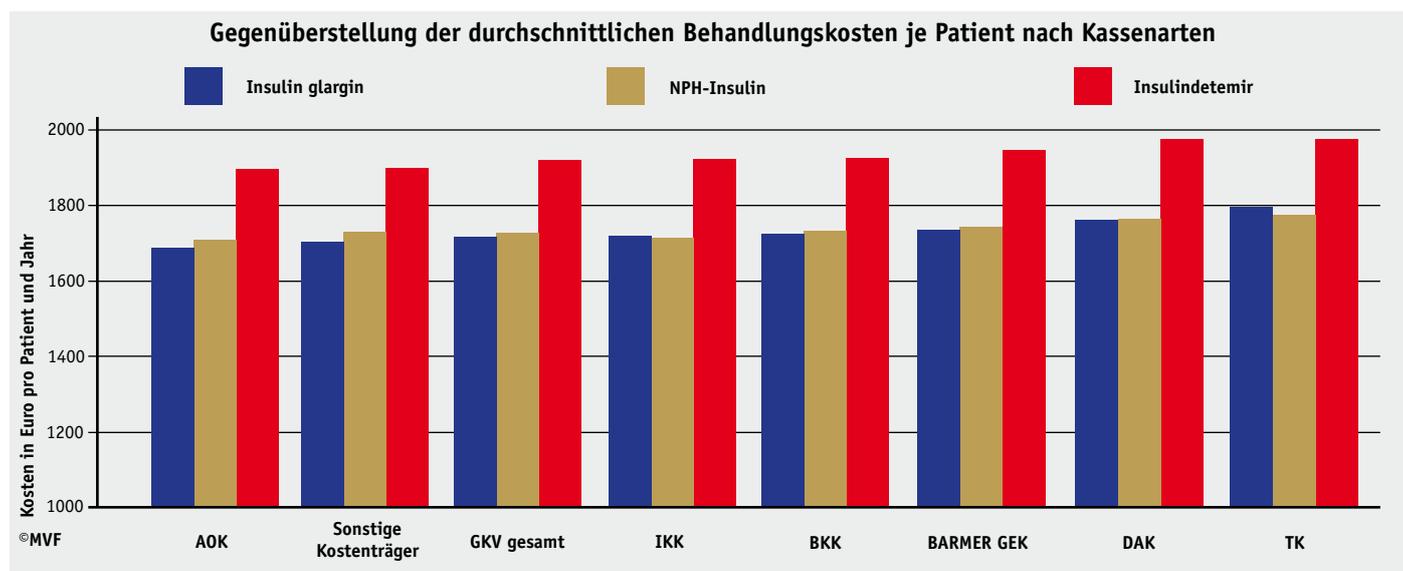


Abb. 2: Gegenüberstellung der durchschnittlichen Behandlungskosten je Patient nach Kassenarten.

Kostenträger	Insulin glargin	NPH-Insulin	Insulindetemir
	in Euro		
AOK	1.370	1.413	1.792
Sonst. Kostenträger*	1.406	1.463	1.801
GKV gesamt	1.428	1.453	1.839
IKK	1.430	1.431	1.837
BKK	1.444	1.458	1.842
BARMER GEK	1.469	1.482	1.879
DAK	1.519	1.523	1.950
TK	1.588	1.545	1.947

Tab. 3: Gegenüberstellung der mittleren ambulanten Behandlungskosten pro Patient und Jahr vor und nach dem Gruppenmatching; Legende: * = u.a. Knappschaft, weitere Ersatzkassen, LKKn.

(BOT) im Vergleich zu Detemir-Patienten (Pfohl et al. 2011). Mit anderen Worten: Detemir-Patienten werden sehr viel schneller von einer BOT auf eine intensiviertere konventionelle Insulintherapie (ICT) umgestellt als Glargin-Patienten. Der höhere Verbrauch an Blutzuckerteststreifen beruht auf der Tatsache, dass Insulindetemir im Gegensatz zu Insulin glargin bei etwa 50 Prozent der Patienten zweimal täglich gegeben werden muss (Hollander et al. 2008; Rosenstock et al. 2008).

Das Verfahren des Gruppenmatchings (in diesem Fall die Bildung statistischer Drillings) ist zweckmäßig, um einen Stichprobenbias im Hinblick auf die dem Matching zu Grunde liegenden Parameter Alter und Geschlecht zu vermeiden. Der eingesetzte Matching-Ansatz führt dazu, dass die drei selektierten Patientenkollektive jeweils besser miteinander vergleichbar sind (interne Validität). Gleichwohl schließt das Matching nicht aus, dass es zu unerwünschten Konfundierungen kommen kann, die einen Repräsentativitätsschluss von der gematchten Stichprobe (z.B. selektierte Patienten einer Krankenkasse) auf deren Grundgesamtheit (alle Patienten der Kasse, die eine entsprechende Therapie erhalten) einzuschränken vermag. So ist beispielsweise das mittlere Alter der untersuchten Patienten in den Therapieregimen von Insulin glargin und Insulindetemir in der gematchten Stichprobe merk-

lich niedriger als in der jeweiligen ungematchten Grundgesamtheit.

Durch das gewählte Studiendesign ist zudem nicht auszuschließen, dass die Vormedikation, der behandelnde Arzttyp (Hausarzt, Facharzt) sowie die bisherige Diabetesdauer ebenfalls einen Einfluss auf das Ergebnis ausüben. Andere mögliche „Störfaktoren“ wie z.B. unterschiedliche Komorbiditäten, HbA_{1c}- oder BMI-Werte, die nicht in der verwendeten Datenquelle verfügbar sind, können nicht kontrolliert werden.

Ausgehend von der Datenquelle, der tatsächlich berücksichtigten Fallzahl (n = 185.202) und dem sich daraus ergebenden Design der Kostenvergleichsstudie wurde bei der Analyse auf einen möglichst validen Vergleich unter Verwendung der realen Preise geachtet. So wurden sämtliche Verordnungen mit den aktuellen Preisen des (15. Tages des) jeweiligen Verordnungsmonates bewertet. Auch wurden monatsweise die entsprechenden Herstellerabschläge (inkl. Preisermäßigung) berücksichtigt.

Aufgrund der Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Originalpräparate von 6 auf 16 Prozent zum 01. August 2010 (für Basalinsulinanaloge, nicht aber für NPH-Insuline) ist zu erwarten, dass sich der Einspareffekt von Insulin glargin gegenüber NPH-Insulin im laufenden Jahr (2011) vergrößern wird.

Im Hinblick auf die in der Analyse berücksichtigten Kosten für Teststreifen ist als Einschränkung anzuführen, dass es sich hierbei vor allem um die über Apothekenrechenzentren abgerechneten Rezepte von Blutzuckerteststreifen handelt. Blutzuckerteststreifen, die über den Versandhandel bezogen werden, sind nicht in der Datenquelle erfasst. So sind nicht allen Diabetikern der Stichprobe Teststreifenverbräuche zugeordnet. Dies wurde in einer gesonderten Analyse derselben Datenbasis sichtbar (data on file).

Aufgrund der nach Alter und Geschlecht gematchten Stichproben ist jedoch kein systematischer Fehler im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der drei Therapieregime zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass die Untersuchung eine hohe externe Validität besitzt und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Versorgungsrealität zulässig ist.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Analyse zeigt, dass bei der vergleichenden Bewertung von Therapieregimen die Berücksichtigung der reinen Arzneimittelkosten zu kurz greift. Vor dem Hintergrund begrenzter Mittel im Gesund-

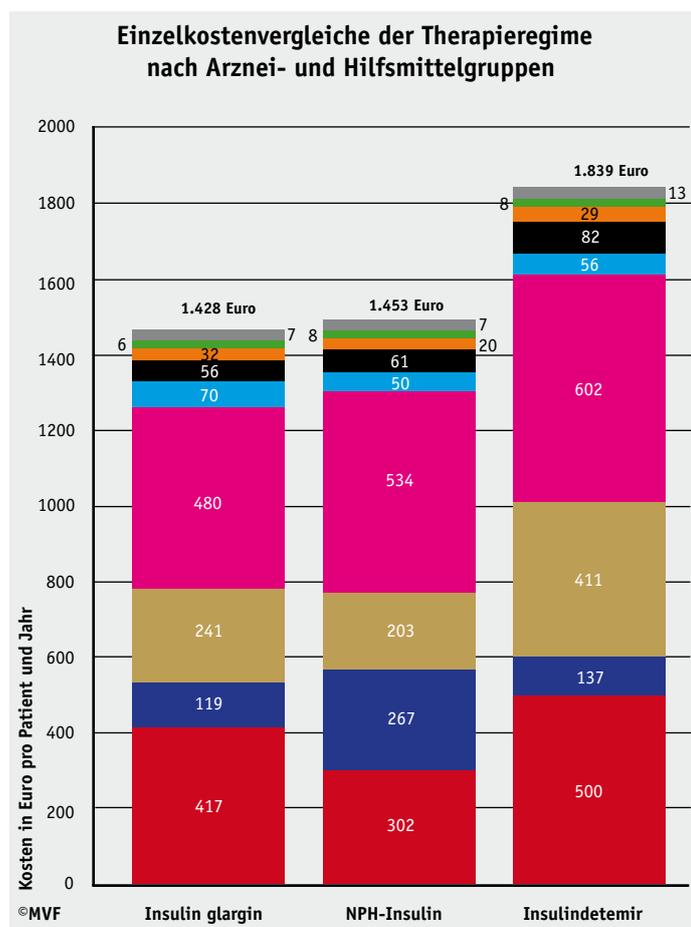


Abb. 3: Einzelkostenvergleiche der drei Therapieregime nach Arznei- und Hilfsmittelgruppen (Arznei- und Hilfsmittelgruppen lt. Tab. 4.)

Einzelkosten	Insulin glargin	NPH-Insulin	Insulindetemir
	in Euro		
Basalinsulin	417	302	500
Bolus Humaninsulin	119	267	137
Bolus Analoginsulin	241	203	411
Teststreifen	480	534	602
OAD (ohne DPP-4-Hemmer)	70	50	56
Nadeln	56	61	82
DPP-4-Hemmer	32	20	29
Lanzetten	7	8	8
GLP-1-Agonisten	6	7	13
Gesamt	1.428	1.453	1.839

Tab. 4: Einzelkostenvergleiche der Therapieregime nach Arznei- und Hilfsmittelgruppen.

heitswesen sind vielmehr die Auswirkungen aller ergebnisbezogenen Behandlungskosten zu berücksichtigen, da sich die Therapie einer chronischen Erkrankung wie die des Diabetes mellitus nicht im bloßen Einsatz eines einzigen Medikaments (hier eines Basalinsulins) erschöpft. Hinzu kommen üblicherweise noch die Kosten der Arzneimittelanwendung (Applikationshilfen, Nadeln), die Kosten der Blutzuckerkontrolle (Teststreifen, Lanzetten) sowie die Anwendung weiterer antidiabetischer Medikamente (orale Antidiabetika, kurzwirksame Insuline). Die solchermaßen ermittelten jährlichen Behandlungskosten pro Patient betragen 1.428 Euro (Glargin), 1.453 Euro (NPH-Insulin)

Literatur

Bierwirth R.A./ Kohlmann T./ Mook J./ Holle R./ Landgraf W. (2010): Diabetesbezogene Kosten und Therapiezufriedenheit bei ICT-behandelten Typ-2-Diabetikern in der ambulanten Versorgung: Ergebnisse der LIVE-COM-Studie. Med Klin 2010, 105: 792-801

Dippel F.W./ Schneider T./ Schöffski O./ Kleinfeld A./ Ponzel R. (2009): Insulin glargin: eine kostengünstige Alternative im Vergleich zu NPH-Insulin. Monitor Versorgungsforschung 2009, 6 (2. Jg.): 31-35

Dippel F.W./ Schneider T./ Rosak C./ Brüggjenjürgen B. (2009): Behandlungskosten bei insulinpflichtigen Diabetikern unter Insulin glargin versus Insulindetemir – Ergebnisse einer repräsentativen Verordnungsdatenanalyse. Perfusion 2009, 6 (22. Jg.): 194-199

Hagenmeyer E.G./ Höer A./ Kulik M./ Landgraf W./ Schiffhorst G./ Häussler B. (2009): Versorgungsforschung zur Behandlung von Typ2-Diabetikern mit Insulin. MMW-Fortschr. Med. Originalien II 2009 (151. Jg.): 63-70

Hagenmeyer E.G./ Gothe H./ Landgraf W./ Kulik M./ Schiffhorst G./ Häussler B. (2010): Ressourcen-Inanspruchnahme und Kosten der Behandlung von Typ-2-Diabetikern unter Insulin glargin- oder Insulindetemir-Therapie (LIVE-KK): Analyse von Krankenkassen-Routinedaten mittels Propensity Score Matching. Gesundh ökon Qual manag 2010, 15: 121-126

Hauner H. (2007): Diabetesepidemie und Dunkelziffer. In: Standl E (Hrsg.) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2008: 7-11

Hauner H./ Kohlmann T./ Landgraf W./ Holle R./ Pirk O./ Scholten T. (2009): Kosten für antihyperglykämische Arznei- und Verbrauchsmittel und Therapiezufriedenheit bei Typ-2-Diabetes. Dtsch Med Wochenschr 2009, 134: 1207-1213

Hollander P./ Cooper J./ Bregnhøj J. et al. (2008): A 52-week, multinational, open-label, parallel-group, non inferiority, treat-to-target trial comparing insulin detemir with insulin glargine in a basal-bolus regimen with mealtime insulin aspart in patients with type 2 diabetes. Clin Ther 2008, 30(11): 1976-1987

INSIGHT Health (2011): Unveröffentlichte Sonderanalyse zum Antidiabetikamarkt.

Köster I./ von Ferber L./ Ihle P. et al. (2006): The cost burden of diabetes mellitus: the evidence from Germany – the CoDiM Study. Diabetologia 2006, 49: 1498-1504

Mengel K. (2010): Antidiabetika. In: Schwabe U./ Paffrath D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2010: 343-365

Pfohl M./ Dippel F.W./ Kostev K./ Fuchs S./ Kotowa W. (2011): Basal supported oral therapy with insulin glargine results in longer persistence and lower costs compared with insulin detemir in type 2 diabetics in Germany. Health Outcomes Research in Medicine 2011, 2: e39-e50

Robert Koch-Institut (2011): Diabetes mellitus in Deutschland. In: GBE kompakt 2011,03 (2. Jg.): 1-7

Rosenstock J./ Davies M./ Home P.D./ Larsen J./ Koenen C./ Scherthaner G. (2008): A randomised, 52-week, treat-to-target trial comparing insulindetemir with insulin glargine when administered as add-on to glucose-lowering drugs in insulin-naïve people with type 2 diabetes. Diabetologia 2008, 51: 408-416

Schöffski O./ Breitscheidel L./ Benter U./ Dippel F.W./ Müller M./ Volk M./ Pfohl M. (2008): Resource utilisation and costs in patients with type 2 diabetes mellitus treated with insulin glargine or conventional basal insulin under real-world conditions in Germany: LIVE-SPP study. Journal of Medical Economics 2008, 11: 695-712

und 1.839 Euro (Insulindetemir). Nur durch einen erweiterten Kostenvergleich können realistische und damit werthaltige Abschätzungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit einer Therapieoption getroffen werden. In zukünftigen Analysen sollten ggf. noch die Kosten für die Behandlung von Komplikationen (z.B. Hypoglykämien) sowie die Behandlungskosten der diabetes-assoziierten Spätfolgen in der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigt werden. <<

Autorenerklärung

F.-W. Dippel und T. Schneider sind Mitarbeiter der Firma Sanofi-Aventis Deutschland GmbH in Berlin. Dr. S. Gölz und Prof. Dr. B. Brüggjenjürgen haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH und wurde von der Firma Insight Health GmbH & Co. KG in Waldems-Esch durchgeführt.

Cost comparison in patients with insulin treated diabetes mellitus: Results of three therapeutic approaches with different basal insulins

The aim of the analysis is a cost comparison between three different basal insulin treatment regimens (insulin glargine, NPH-insulin and insulindetemir) in patients with diabetes mellitus taking into account concomitant co-prescriptions of bolus insulins, oral hypoglycemic agents, GLP-1 agonists, test strips, lancets, and needles. In addition to the overall cost comparison from the perspective of the statutory health insurance (GKV), breakdowns at the level of seven sick fund groups and at the level of single cost components were performed. For better comparability a matching process on age and gender was carried out („statistical triplets“). The results show that insulin glargine and NPH-insulin-based therapies are cost-saving compared to insulindetemir-based treatments. Annual savings per patient add up to 411 Euro (in favour of glargine) and 386 Euro (in favour of NPH) from the perspective of the statutory health insurance in the matched pairs analysis. Furthermore, the analysis shows a slight annual cost advantage for insulin glargine in the amount of 24 Euro compared to NPH-insulin at the GKV level. The results of matched and unmatched cost comparisons are consistent. For insulin glargine-based therapies aggregated total annual treatment costs per diabetes patient are significantly lower than those of NPH-insulin treated patients for the AOK (Local Health Care Sick Fund) and the group of residual payers ($\Delta = 43$ Euro and 57 Euro respectively). Compared to insulindetemir cost-effectiveness of insulin glargine is highly significant for all payer groups (circa 400 Euro). In one sick fund (TK) treatment with NPH-insulin is the cheapest regimen. The analysis of the cost components suggests that higher spendings for basal insulin are offset by lower consumption of bolus insulins and test strips in the glargine cohort compared to both treatment alternatives..

Keywords

Diabetes mellitus, basal insulin, cost comparison, statutory health insurance, health services research

Dr. med. Stefan Gölz

seit 2010 niedergelassener Diabetologe in Esslingen. Medizinstudium in Tübingen, Ausbildung zum Diabetologen im Bürgerhospital Stuttgart, dort Oberarzt bis Ende 2003. Von 2004 bis Ende 2009 in diabetologisch-nephrologischer Gemeinschaftspraxis tätig.
Kontakt: goelz@diabetes-esslingen.de



Franz-Werner Dippel, M.Sc.

ist Projektleiter im Bereich evidenzbasierte Medizin, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung der medizinischen Abteilung, Sanofi Deutschland GmbH. Biologiestudium an der Johann-Wolfgang von Goethe Universität, Frankfurt. Seit 1984 in verschiedenen Funktionen in der pharmazeutischen Industrie tätig.
Kontakt: franz-werner.dippel@sanofi-aventis.com



Tobias Schneider, MBA

ist Key Account Manager Krankenkassen bei Sanofi Deutschland GmbH. Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Philipps-Universität Marburg und der Universidad Nacional de Cordoba, Argentinien. Seit 2004 in verschiedenen Bereichen bei Sanofi-Aventis tätig.



Prof. Dr. med. Bernd Brüggjenjürgen, MPH

ist Leiter des SDK-Stiftungslehrstuhls für Gesundheitsökonomie an der Steinbeis-Hochschule in Berlin und Gastwissenschaftler am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Universitätsmedizin Berlin, Charité. Seit 2000 ist er zudem Geschäftsführer der Firma Alpha Care Management und Forschung in Gesundheitssystemen GmbH mit Sitz in Celle.





Caring and curing

Leben retten und Gesundheit verbessern – das ist unser Ziel.

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