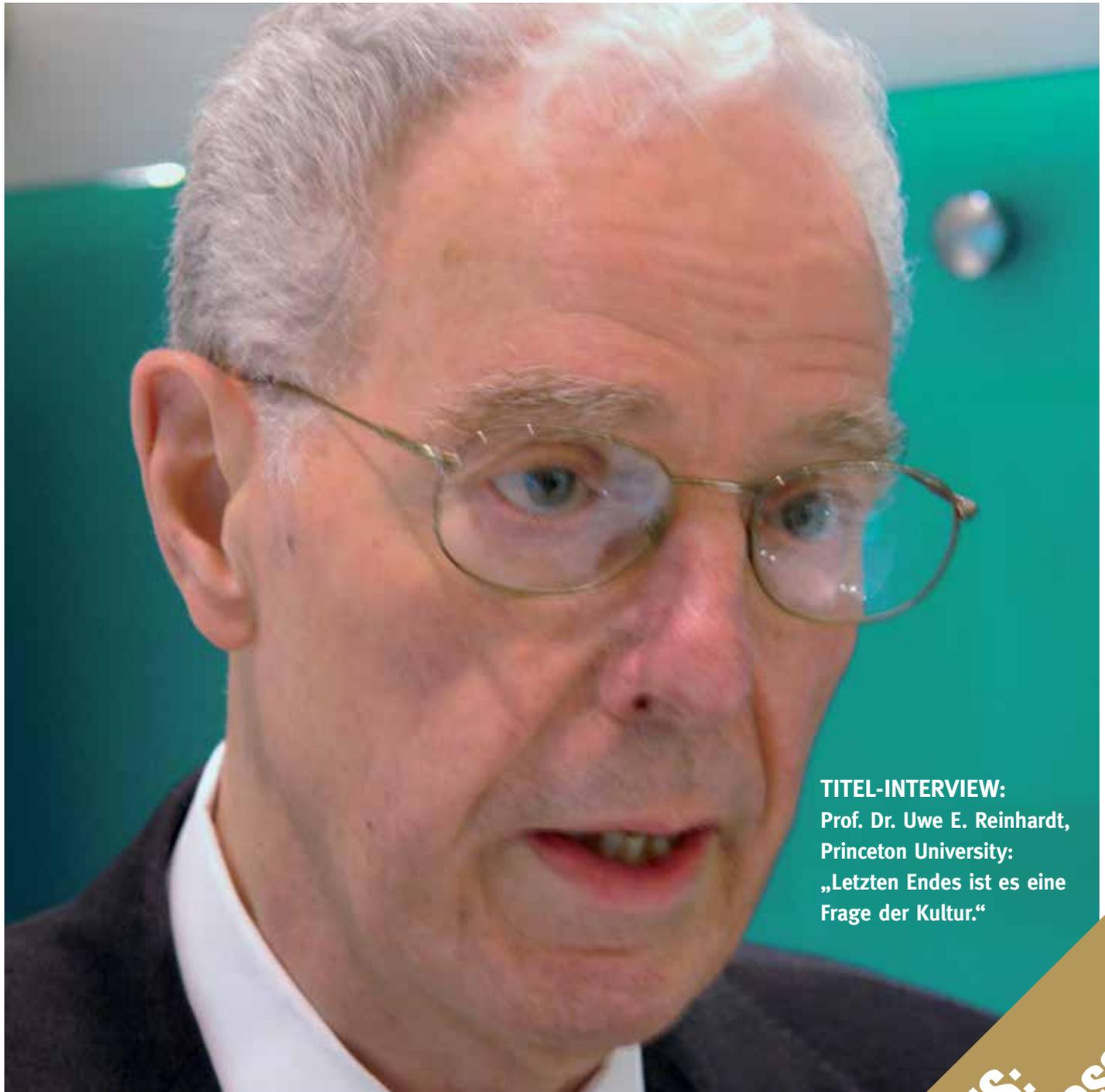


VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt,
Princeton University:
„Letzten Endes ist es eine
Frage der Kultur.“

- „Erfahrungen aus der Selektivversorgung“ (Domscheit)
- „Abgrenzung von Innovation und Fortschritt“ (Greiner)
- „Wie können Kassen innovativer sein?“ (Leuschner)

Editorial

Kongress: Innovation 2014 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Letzten Endes ist es eine Frage der Kultur“ 6

Titelinterview mit Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University

Redaktion

Ein Innovations-Stillstand sieht anders aus 12

MVF-Kongress „Innovation 2014“ am 24. Februar in Berlin

„Die Strukturfrage ist nicht alles entscheidend“ 14

Podiumsdiskussion auf dem MVF-Kongress „Innovation 2014“

„Verwaist“ im wahrsten Sinne des Wortes 18

Seltene Erkrankungen in der Diagnostik, Therapie und Versorgung

Zugang zur Versorgung verbessern 21

Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für die ambulante Psychotherapie

„Ambulante Qualität für weniger Klinikaufenthalte“ 22

Interview mit Dr. Norbert Mönter, Vorsitzender des VPsG

Standards

Impressum 2

Kommentar 20, 30

News 27

WISSEN

Dr. David Matusiewicz et al. 28

Neu, kreativ, hochmodern und utopisch?

Ein Fazit des Endberichts des Young Lions Gesundheitsparlaments

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des
DNVF auf den Seiten 31 - 34

Dieser Ausgabe liegen die Entscheiderinformationen „Versorgungsmanagement Kompakt“ zum „Elsevier Health Analytics Symposium“ bei.

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

Monitor Versorgungsforschung
Fachzeitschrift zu Realität,
Qualität und Innovation der
Gesundheitsversorgung
7. 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 Anzeigenteil)
heiser@m-vf.de

Marketing:

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. Jahresvorrangpreis
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 Ausnahme
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
Zustimmung des Verlags unzu-
lässig. In der unaufgeforderten

Zusendung von Beiträgen
und Informationen an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zuge-
sandten Beiträge bzw.
Informationen in Datenbanken
einzustellen, die vom Verlag oder
Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemein-
schaft zur Feststellung der Verbrei-
tung von Werbeträgern e.V. (IWW),
Berlin. Verbreitete Auflage: 6.805
(IWW 1. Quartal 2014)



WISSENSCHAFT

Regierungsdirektorin Antje Domscheit 35

Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung

Die ersten Erfahrungen des BVA zeigen, dass sich die zum 1.1.2012 eingeführte Pflicht der Krankenkassen zur Anzeige von Selektivverträgen bewährt hat. Es sind seither 1.789 Verträge angezeigt worden. Die Krankenkassen schließen vor allem Integrierte Versorgungsverträge (66% der angezeigten Verträge). Versorgungsschwerpunkte sind die neuen Bundesländer und hier der Bereich der ambulanten Operationsleistungen. Die Ausgaben für Integrierte Versorgung steigen von 2012 auf 2013 um 4,08 %. Das BVA hat 28 Verträge förmlich beanstandet. 5 Krankenkassen klagen gegen Beanstandungen. Beanstandungsgründe waren vor allem diskriminierende Teilnahmeregelungen, Sozialdatenschutzverletzungen, die Beteiligung von nicht zur Versorgung zugelassener Leistungserbringer und das Missverhältnis zwischen Leistungsausgaben und Vergütungsanteil für Managementgesellschaften.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner 41

Gesundheitsökonomische Analysen zur Abgrenzung von Innovation und Fortschritt

Transparenz über Nutzen und Kosten trägt dazu bei, Innovationen, die nach objektiven Maßstäben einen Fortschritt bedeuten, zu identifizieren und so die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sparsam und zweckmäßig einzusetzen. Eine Hauptherausforderung stellt dabei die Ungewissheit über die langfristigen Wirkungen einer Innovation dar, wie sich am Beispiel neuartiger Impfungen zeigen lässt. Deren Evaluation ist mit der Frühbewertung bei Markteinführung keineswegs abgeschlossen, sondern sollte mit Daten aus der Versorgungsforschung regelmäßig aktualisiert werden. Dies gilt insbesondere auch für Prozessinnovationen wie die besonderen Versorgungsformen, über die nur wenige und größtenteils methodisch ungeeignete Evaluationen vorliegen.

Dr. Roland Leuschner 45

Was behindert Innovationen? Wie können Kassen und andere Akteure innovativer sein?

Hindernisse für Versorgungsinnovationen finden sich in ganz unterschiedlichen Bereichen. Dazu gehören fehlende Anreize für Kassen, in Versorgungsinnovationen zu investieren, Fehlanreize bei den Leistungserbringern, durch die eher die Leistungsmenge als die Outcome-Qualität honoriert wird, sowie Defizite in der Forschungs- und Entwicklungskultur. Eine wichtige Rolle in diesem Kontext spielt die Politik, die über die Gesetzgebung die Rahmenbedingungen vorgibt. Die von der großen Koalition in Aussicht gestellten Änderungen, insbesondere im selektivvertraglichen Bereich gehen in die richtige Richtung. Jedoch werden nicht alle Hürden für Versorgungsinnovationen beseitigt.

Dr. André Kleinfeld / Christian Luley 48

Durchsetzung innovativer Wirkstoffe nach der frühen Nutzenbewertung

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertungen und der anschließenden Preisverhandlungen nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) werden noch immer viel diskutiert. Die Auswirkungen der AMNOG-Prozesse auf die Versorgung im Alltag sind dagegen nur selten Thema. Eine Analyse der abgerechneten Arzneimittelrezepte im ambulanten GKV-Markt zeigt, dass neben der Nutzenbewertung andere Faktoren (noch immer) eine wichtige Rolle spielen. Darauf weisen z. B. die großen regionalen Versorgungsdifferenzen hin. Diese lassen darauf schließen, dass u.a. die Informationspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin deutlichen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte ausüben kann.

Herausgeber-Beirat

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Gerd Glaeske Universität Bremen	
Dr. Christopher Hermann AOK Baden-Württemberg, Stuttgart	
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH Universitätsmedizin Greifswald	
Franz Knieps BKK Dachverband, Berlin	
Roland Lederer INSIGHT Health Management GmbH, Waldems-Esch	
Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Berlin	
Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher Hochschule Neubrandenburg	
Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer	
IFOM, Private Universität Witten/Herdecke	
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher DAK - Unternehmen Leben, Hamburg	
Prof. Dr. Matthias Schrappe Köln	
Prof. Dr. Stephanie Stock Universität zu Köln	
Dr. Thomas Trümper PHAGRO, Frankfurt	

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Praxisbeirat



Nordost



vertreten durch

Harald Moehlmann

Dr. Jens Härtel

Gerhard Stein

Prof Dr. Christian
Franken

Frank Lucaßen

Prof. Dr. Bertram
Häussler

Stephan Spring

Dr. Thomas M.
Zimmermann

Dr. Andreas Kress

Prof. Dr. Stephan
Burger

Helmut
Hildebrandt

Ralph Lägel

Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve





**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Herausgeber von „Monitor Versorgungsforschung“ und Professor für Wirtschaftskommunikation im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Hochschule für Technik und Wirtschaft Berlin.

Kongress: Innovationen 2014

Im Titelinterview:

> S. 6

Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Universität Princeton, zu Obamacare

Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt ist einer der einflussreichsten US-Gesundheitsökonom, der neben seiner wissenschaftlichen Arbeit u.a. als Berater für die Regierung und Standesorganisationen, für Non-Profit-Organisationen und private Unternehmen tätig war und Verwaltungsratsmandate in verschiedenen Profit-Unternehmen der Gesundheitswirtschaft innehatte. Er kritisiert das US-Gesundheitssystem und auch die als „Obamacare“ bekannte amerikanische Gesundheitsreform als „ekliges Pflaster für ein ekliges System“. „Monitor Versorgungsforschung“ konnte am Rande des BMC-Kongresses ein ausführliches Interview mit ihm führen. Ein hochinteressantes Gespräch mit deutlichen Worten.

Interview mit Dr. Norbert Mönter, Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG)

> S. 20 ff.

Die Verbesserung der Versorgung für schwer psychisch Kranke durch mehr Integration ist seit zehn Jahren das Ziel der VPsG. Der Verein ist mit seiner Managementgesellschaft in Berlin und Brandenburg tätig. Welche Vorteile hat die Integrierte Versorgung, welchen Schwierigkeiten begegnet sie und worauf kommt es an? Dazu ein vertiefendes Interview mit Dr. Norbert Mönter.

Podiumsdiskussion „Innovations-Stillstand ist es nicht“

> S. 15 ff.

Wir dokumentieren die erste Podiumsdiskussion beim MVF-Fachkongress „Innovation 2014“ am 24. Februar 2014 in Berlin. Auch die wissenschaftlichen Beiträge sind in dieser Ausgabe die schriftlichen Ausarbeitungen der dort gehaltenen Vorträge.

Wissenschaftliche Beiträge

Domscheit analysiert die bisher 1789 beim Bundesversicherungsamt angezeigten Selektivverträge, davon 66 % Integrierte Versorgungsverträge. Davon hat das Bundesversicherungsamt nur 28 förmlich beanstandet. Versorgungsschwerpunkte der Verträge sind die neuen Bundesländer und dort der Bereich der ambulanten Operationsleistungen.

> S. 35 ff.

Greiner prüft Innovationen, die nach Kosten und Nutzen objektiv einen Fortschritt bedeuten. Die Hauptschwierigkeit liegt dabei in den langfristigen Wirkungen. Deswegen muss eine Frühbewertung beim Markteintritt durch spätere Bewertungen mit Versorgungsforshungsdaten aktualisiert werden. Dies gilt auch für Medizinprodukte mit hohem Risikopotenzial und insbesondere für Prozessinnovationen. Allerdings sind solche zusätzlichen Kosten-Bewertungen zeit- und kostenaufwändig.

> S. 41 ff.

Leuschner beschreibt die Hindernisse für Versorgungsinnovationen: fehlende Anreize für Kassen, Fehlanreize bei den Leistungserbringern sowie Defizite in der Forschungs- und Entwicklungskultur. Er sieht die von der Großen Koalition in Aussicht gestellten Änderungen bei Selektivverträgen als Schritte in die richtige Richtung, die allerdings nicht alle Hürden beseitigen werden

> S. 45 ff.

Kleinfeld und **Luley** untersuchen die Auswirkungen der AMNOG-Prozesse auf die Versorgung im Alltag. Es wird deutlich, dass neben den Nutzenbewertungen und anschließend Preisverhandlungen anderer Faktoren bei der Verbreitung von Innovationen im Verschreibungsverhalten der Ärzte eine wichtige Rolle spielen, z.B. die Informationspolitik der kassenärztlichen Vereinigungen.

> S. 48 ff.

Ich wünsche Ihnen, wie immer, eine interessante Lektüre.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr
Professor Dr. Reinhold Roski

BESSERE DATEN. BESSERE ENTSCHEIDUNG.



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

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

**INSIGHT**HEALTH™

Titelinterview mit Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University

„Letzten Endes ist es eine Frage der Kultur“

Als der US-Gesundheitsökonom Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University, das letzte Mal auf einem Jahreskongress des Bundesverband Managed Care sprach, bemängelte er vor allem, dass sich in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland alles immer nur um die Einkommensverteilung, nicht um die Patienten drehe. Das war im September 2000. Im Januar 2014 war er wieder da und betitelte auf dem BMC-Kongress Obamacare als ein „ekliges Pflaster für ein ekliges System“. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem streitbaren Ökonomen, der kein Blatt vor den Mund nahm: „Als Projektmanager haben der Präsident und seine Leute versagt.“

>> Herr Professor Reinhardt, warum funktioniert das Gesundheitssystem – egal in welchem Land – meist nicht so wie es funktionieren sollte?

Es gibt mehrere Gründe. Erstens mag ein politischer Konsens fehlen, wie das Gesundheitssystem eines Landes überhaupt funktionieren soll. Die Liberalen in Deutschland haben da ganz andere Ideen wie beispielsweise die Mitglieder der SPD. In Amerika ist die Meinungsbreite in dieser Hinsicht sogar noch viel größer. Zweitens, selbst wenn es einen Konsens gibt, wie das Gesundheitssystem im Idealfall funktionieren sollte, wird das reale System oft durch perverse Anreize aus der Bahn geworfen. Und das passiert nicht nur im Gesundheitssystem. Das passiert in einigen Branchen der Wirtschaft.

Welche haben Sie da im Sinn?

Blicken wir doch einmal auf die Bankenbranche. Im Prinzip haben Banken zwei wirtschaftliche Aufgaben: Gelder von Sparern effizient zu produktiven Investitionen zu schleusen und sowie einen Markt für Risikotransfers zu schaffen, durch den zum Beispiel Mercedes Benz das Risiko einer Veränderung des Dollar-Euro-Kurses durch Devisenoptionen an andere Personen oder Institutionen verlagern kann. Zusätzlich haben aber die Banken in den letzten zwei Jahrzehnten große finanzielle Anreize gehabt, nebenbei auch ein riesiges, weltweites Spielkasino aufzubauen und selbst darin mitzuspielen; und zwar mit den Geldern der Sparer. Und damit haben sie weltweit die Volkswirtschaften fast zum Zusammenbrechen gebracht. So einen großen Unfug hat das Gesundheitssystem keines einzigen Landes jemals auf die Beine gestellt. Wenn man sich die Bilanz einer Bank vor 2007 ansieht und feststellt, dass nur drei Prozent Eigenkapital vorhanden ist, sollte man – ein bisschen angewandter Menschenverstand vorausgesetzt – mit einer solchen Bank besser keine Geschäfte machen. Doch genau das ist passiert. Und warum? Weil jeder hoffte und eigentlich wusste, dass im Falle eines Falles, wenn alles schief geht, der Steuerzahler zur Kasse gebeten wird, um für die Banken die heißen Kartoffeln aus dem Feuer zu hohlen. Dieser sogenannte „Moral Hazard“ gab den Chefs der Banken völlig falsche Anreize. Kurz gesagt: Es ist nützlich, Gesundheitssysteme konstruktiv zu kritisieren, was wir ja auch immer wieder tun, aber im Vergleich mit der Bankenbranche sind Gesundheitssysteme überall eigentlich doch ganz brave Burschen.

In Deutschland wird vieles, was aus den USA kommt, gern als innovativer Schritt nach vorne gesehen. Sie dagegen sehen das Gesundheitssystem in Amerika, das durch Obama verbessert worden ist, ziemlich kritisch. Welche Gründe führten denn zu dieser großen Gesundheitsreform, dem Affordable Care Act, der gern als „Obamacare“ apostrophiert wird?

Über viele Jahre hinweg hatten die Anbieter von Gesundheitslei-

stungen in Amerika den dominierenden Einfluss auf die Gesundheitsausgaben. Das hat sich erst in letzter Zeit ein bisschen geändert. Die Anbieterseite bestimmte das Volumen der Leistungen und oft auch die Preise. Das kam daher, dass sich in den USA nach und nach die Marktkraft auf die Anbieterseite verlagert hat, weil durch tausende große und kleine Versicherer die Nachfrageseite zersplittert und dadurch geschwächt war. Im Gegensatz dazu war in Europa im gleichen Zeitraum die Nachfrageseite stärker geworden. Das, was Ökonomen „countervailing power“ nennen, fehlt in Amerika. Mit vielen daraus resultierenden Problemen, die im Endeffekt innerhalb von nur wenigen Jahren eine drastische Verteuerung des ganzen Gesundheitssystems nach sich gezogen haben.

Im Grunde genommen sind die Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems vollkommen außer Kontrolle geraten?

Amerika gibt pro Kopf doppelt so viel an Gesundheitsausgaben aus wie andere Staaten; und das, obwohl wir eine viel jüngere Bevölkerung haben. Dazu kommen 50 Millionen Unversicherte, die normalerweise eine ziemlich hohe Selbstbeteiligung aus eigener Tasche zahlen müssen und deswegen nur halb so viel Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen als ähnliche Patienten mit Versicherung. Das alles war jedoch den Amerikanern in den 1970er-, 1980er- und sogar noch 1990er Jahren vollkommen egal, weil die Wirtschaft brumpte und genug Geld da war, so dass man sich dieses bodenlose Modell irgendwie leisten konnte. In den 2000er Jahren gab es dann auf einmal ein niedrigeres Wachstum, 2001 gar eine Rezession – doch die Kosten stiegen weiter an.

Und es kam wie es kommen musste.

Das Gesundheitssystem krachte frontal gegen die wirtschaftliche Wand. Um Gesundheitsversorgung überhaupt noch im gewohnten Maße anbieten zu können, wurde in einigen US-Staaten an der Infrastruktur, zum Beispiel bei der Erziehung der Kinder gespart und Investitionen in Universitäten gekürzt; ach was: Eigentlich wurde alles gekürzt. Man macht schon manchmal Scherze darüber, dass in Amerika in etwa 30 Jahren Millionen von über-medikalisierten, aber unter-ausgebildeten Bürgern leben werden.

Dass so viele Mitbürger ohne Krankenversicherung dastanden, scheint jedoch die amerikanische Bevölkerung relativ wenig zu stören.

Das ist amerikanischer Fatalismus. Einem Bettler, der von Krankenhäusern durch „uncompensated care“ (Anm. nicht bezahlte Leistungen) umsonst basis-versorgt werden muss, kann das System doch nichts mehr wegnehmen; beim Mittelstand ist das ganz anders. Wenn ein Bürger aus dem Mittelstand krank wird oder jemand aus seiner

Familie, kann er von heute auf morgen ruiniert sein, wenn er keine oder die falsche Versicherung hat. Solche Menschen wurden vor Obamacare durch das US-Gesundheitssystem finanziell ruiniert und seelisch zertrümmert, was ich als sehr grausam empfinde. Und dieses Problem ist nicht etwa unbekannt, denn die Medien haben immer wieder über solche traurigen Fälle berichtet.

Aber es gab doch einen weiteren Grund für diese Gesundheitsreform.

Das waren überraschenderweise große Qualitätsdefizite. Im Jahre 2000 wurde ein Report des Institute of Medicine publiziert, der sich „To Err Is Human: Building a Safer Health System“ nannte. Darin wurde nachgewiesen, dass in den USA pro Jahr 50.000 bis 100.000 Amerikaner im Krankenhaus sterben; aber nicht, weil sie einfach ihr Lebensende erreicht haben, sondern aufgrund vermeidbarer Fehler! 2005 kam die nächste Studie. Und siehe da: Nichts hatte sich an diesem Missstand geändert.

Aus welchen Gründen?

Weil das US-amerikanische Gesundheitssystem absolut fragmentiert und unkoordiniert funktioniert. Zwar wird haufenweise Informationstechnologie erfunden, nur wird sie nicht konsequent angewendet, weil jedes Krankenhaus und jeder Arzt quasi sein eigenes System hat, die meisten sogar noch papiergebunden. Das Schlimmste jedoch ist, dass die Krankenhäuser untereinander überhaupt nicht kommunizieren konnten. Deswegen hat Präsident Obama allein in diese kommunikative Infrastruktur 20 Milliarden Dollar investiert.

Wobei das Bild des amerikanischen Gesundheitssystems in den Augen der Deutschen vor allem durch hohe medizinische und strukturelle Qualität und Top-Systeme wie die von Mayo oder Kaiser geprägt ist.

Das sind einige wenige Vorzeigemodelle, doch die Durchschnittsqualität war einfach zu gering. Wenn man in der Gesundheitsversorgung weltbeste Beispiele sucht, kann man sie oft in Amerika finden. Aber der Durchschnitt ist eine ganz andere Sache. Der Durchschnitt in Amerika ist laut Versorgungsforschung nicht so imposant.

Das waren die Probleme, die Obama mit seiner Reform heilen will.

Exakt. All das macht das amerikanische Gesundheitssystem oft zu einem sogar ekligen System, das so viel an Verbesserung braucht. Irgendetwas musste einfach gemacht werden. Es war nur eine Frage der Zeit. Und Obama hatte im Jahr 2008 als Präsidentschaftskandidat darin eine Möglichkeit gesehen, sich zu profilieren. Ich glaube aber auch, dass ihm dieses Problem tatsächlich auf der Seele lag.

Was macht Obamacare denn nun besser?

Zuallererst muss man sagen, dass diese Reform, die auf mehr als 3.000 Seiten geschrieben steht, weniger als zehn Prozent der Versicherten betrifft, und zwar zumeist die bisher Unversicherten. Diese können jetzt entweder, wie bisher, im System des Medicaid versorgt werden oder sich subventionierte, private Versicherungen



über eine Art elektronische Versicherungsvermittler (Health Insurance Exchanges) kaufen; oder aber über Versicherungsmakler, die 7 bis 10% der Prämie verdienen, was für diese armen Menschen ziemlich viel Geld ist.

Wo ist da das wirkliche Problem?

Das liegt im Kleingedruckten versteckt. Obamacare erlaubt es nicht mehr, dass der Versicherer die Prämien nach dem Gesundheitszustand des Einzelnen berechnet. Er muss für Kranke und Gesunde desselben Alters dieselbe Prämie anbieten. Wenn man das aber will, müssen sich natürlich alle versichern, ob der Einzelne nun krank ist oder gesund. Das ist nichts anderes als die Solidarität, die in Deutschland, in Europa, eigentlich überall existiert.

Nur eben bisher nicht bei den Amerikanern, denen die Freiheit über alles geht.

Ich würde sagen: „Freiheit, wenn man gesund ist, und Solidarität, wenn man krank ist.“ Das Motto der sogenannten amerikanischen „rugged individualists“ drücke ich persönlich gern so aus: „When the going gets tough, the tough run to the government.“ Amerikaner denken, dass keiner ein Recht hat, sie dazu zu zwingen, eine Krankenversicherung abzuschließen, obwohl jeder Bürger ein moralisches Recht auf die beste Krankenversorgung hat, wenn er schwer krank ist, selbst wenn er kein Geld hat, die Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen. Man könnte sagen, es ist die Mentalität von Teenagern, aber das wäre vielleicht unfair den Teenagern gegenüber.

Gibt es noch weitere Bestandteile von Obamacare?

Es gibt eigentlich keine große strukturelle Reform des amerikanischen Gesundheitssystems, denn das Problem des Machtpoolings auf der Anbieterseite wird gar nicht angepackt. Es gibt aber immerhin einen systemischen Ansatz, der die integrierte Versorgung durch sogenannte Accountable Care Organizations (ACO) nach vorne bringen soll. Aber ich glaube, dass so etwas in diesem System nur funktionieren wird, wenn die Anbieter es profitabel finden.

ACO sind die große neue Idee?

Eigentlich nicht. Es ist eine alte neue Idee. Alt, weil sie schon in den 90er Jahren versucht wurde, aber damals gescheitert ist.

Warum ist Idee gescheitert?

Damals waren vor allem die niedergelassenen Ärzte noch zu gefangen in einer althergebrachten, früher durchaus erfolgreichen Struktur, in der Ärzte nicht managen, zusammenarbeiten und kommunizieren mussten. Zweitens war der finanzielle Druck, so wie er heute existiert, nicht vorhanden. Wenn ein System erst einmal gegen die Wand gefahren ist, ändert es sich leichter. Dieser Punkt, glaube ich, ist erreicht worden mit der Rezession der Jahre 2008 und 2009, die wir ja noch immer nicht überwunden haben.

Aus dieser Zeit stammt auch der Managed-Care-Gedanke.

Der Managed-Care-Ansatz der 90er Jahre war von Ökonomen erfunden und von Versicherungschefs mit MBA-Abschlüssen getrieben, hat aber die Ärzte fast wie Sklaven behandelt. Das war falsch. Managed Care klappt nur, wenn die Ärzte in den Fahrersitz gesetzt werden. Das Konzept der ACO wird ebenfalls nur gelingen, wenn Ärzte nicht nur ein Mitbestimmungsrecht haben, sondern am Steuer sitzen. Das ist eigentlich ganz logisch. Gesundheitsversorgung ist ja nicht dasselbe wie Autos zu bauen.

Kaiser macht doch Managed Care par excellence!

Da sitzen ja auch Ärzte im Topmanagement, ebenso bei Mayo. In beiden Systemen hat immer der Arzt das letzte Wort. Volkswirte an der Spitze brauchen solche Systeme als letztes. Das heißt aber auch, dass die Ausbildung den Ärzten auch Kenntnisse für die Führung von Unternehmen und Organisationen vermitteln sollte. Darum haben bei uns immer mehr Ärzte zusätzlich einen MBA-Abschluss.

Zusätzlich gab es aber noch die Payment Reform.

Die war notwendig, um Accountable Care Organizations überhaupt zu ermöglichen. Die funktionieren mit dem bisherigen Einzelleistungssystem, das in Deutschland leider auch gang und gäbe ist, nicht so gut, eigentlich überhaupt nicht. Für ACO braucht man Kopfpauschalen für chronisch Kranke oder Fallpauschalen. Doch Fallpauschalen aufzubauen, das dauert. Es ist sowohl technisch als auch politisch nicht einfach.

Löst denn die Obama-Reform die Probleme, die sie lösen will?

Zumindest ein Teil der Probleme, vornehmlich das der Unversicherten wird gelöst oder besser: soll gelöst werden. Denn bisher haben sich erst 800.000 Unversicherte versichert.

Warum erst so wenige?

Erstens wurde die Einführung des neuen Systems, das Roll-Out der „electronic health insurance exchanges“ sehr schlecht gemanagt. Dafür trägt Präsident Obama selbst persönliche Verantwortung. Zweitens sind viele Amerikaner es einfach nicht gewohnt, vorzusorgen oder gar solidarisch zu denken. Junge Europäer glauben, dass sie alle 80, 90 oder gar 100 Jahre alt werden. Und Kinder, die nach dem Jahr 2000 geboren wurden, haben, statistisch gesehen, sogar recht gute Chancen, das zu schaffen.

Und Amerikaner?

Die scheinen zum großen Teil zu glauben, dass der dritte Weltkrieg vor der Tür steht und man schon morgen mausetot sein kann. Deswegen wird in Amerika im Hier und Heute recht gern gelebt und konsumiert; doch was morgen ist, ist erst einmal egal. Vielleicht haben sie sich das Motto Ludwigs XIV „Nach mir die Sintflut“ zu Herzen genommen. Darum haben die Amerikaner auch die niedrigste oder eine der niedrigsten Sparquoten in der OECD.

Und das nur, weil keiner an morgen denken mag.

Übertragen auf das Gesundheitssystem heißt das, dass es jungen Amerikanern fast nicht zu vermitteln ist, dass sie heute höhere Prämien zahlen müssen, um im Alter weniger zu bezahlen, als sie bezahlen müssten, wenn die Prämie später von ihrem persönlichen Gesundheitszustand im höheren Alter abhängt.

Demnach ein klares kommunikatives Versagen.

Ich kann nicht verstehen, warum der Präsident die jungen Amerikaner nicht explizit angesprochen hat und ihnen ehrlich gesagt hat, warum heute ihre Prämie steigen muss, damit sie morgen etwas davon haben. Das ist doch ähnlich einer Call Option auf Aktien und ein ganz normales Problem im Leben.

Solidarität anzusprechen, kommt in den USA wohl nicht so gut an.

Ich glaube, es ist eher Arroganz. Solidarität wird immer nur als Sozialismus verspottet.

War das der einzige kommunikative Fehler, den Obama gemacht hat?

Ach, wenn es der einzige gewesen wäre. Die Reform durchzubringen war fast ein Krieg. Präsident Obama ist ein großartiger Redner, aber kein sehr guter Lehrer. Das ist ein Unterschied.

.....
„Jungen Amerikanern ist es fast nicht zu vermitteln, dass sie heute höhere Prämien zahlen müssen, um im Alter weniger zu bezahlen.“
.....

Der Obamacare-Krieg musste gegen die Front der Republikaner geführt werden.

Die haben es zwar nicht laut gesagt, aber jeder hat gefühlt, was sie denken: Egal, was Obama auch vorschlägt, wir machen nicht mit. Der republikanische Fraktionschef im Senat, Mitch McConnell, hat es einmal so gesagt: Unser Ziel ist es, Obama loszuwerden. Darum wurde jede Sachentscheidung diesem Ziel unterworfen.

Und dann hat Obama auch noch im Kongress die Mehrheit verloren, als Edward Kennedy starb und im Nachrückverfahren durch einen Republikaner ersetzt wurde.

Als wenn man sich das nicht hätte ausrechnen können. Die Demokraten hatten in Massachusetts eine Kandidatin gehabt, die eigentlich keine Chance hatte. Da hätten die Demokraten doch jemand Aussichtsreicheren platzieren müssen! Doch das wurde einfach vergessen oder verpasst oder was auch immer. Als die Mehrheit verloren war, mussten Obama und seine Alliierten im Kongress tricksen, um die Reform überhaupt noch durchzubringen – es wurde gedealt auf Teufel komm raus. So hat beispielsweise der Senat dem Repräsentantenhaus gesagt: Stimmt einfach unserem Entwurf zu, aber schaut ihn euch einfach gar nicht an.

Was?

Die haben einem Reformvorschlag zugestimmt, den sie gar nicht gelesen haben. Im Gegenzug haben die Demokraten im Repräsentantenhaus dann ein Gesetz verabschiedet, das in dem vom Senat gerade

verabschiedeten Gesetz noch eigenes geändert hat. Und die Demokraten im Senat hatten versprochen, diesem vom Repräsentantenhaus verabschiedeten Gesetz ohne Änderung zuzustimmen. Nur zusammen genommen sind diese beiden Gesetze dann der Affordable Care Act, demnach also ein Gesetz, das eigentlich aus zwei Gesetzen besteht.

Parlamentarisch ist das ziemlich ungewöhnlich.

Normalerweise ist es so: Der Senat verabschiedet sein Gesetz und das Repräsentantenhaus seins. Dann wird ein sogenanntes „Conference Committee“ mit Mitgliedern von Senat und Repräsentantenhaus gegründet, das die zwei normal verabschiedeten Gesetze zusammengeführt. Dabei wird nach Möglichkeit der Unfug gestrichen, der durch den Einfluss der Lobbyisten in den beiden Gesetzen stand, so dass das zusammengeführte Gesetz deutlich besser ist. Aus dem Affordable Care Act ist aber nichts herausgestrichen worden, weil es der parlamentarische Trick, der angewandt wurde, zu keinem Conference Committee kommen lassen konnte.

Wie bedeutend ist denn der Einfluss der Lobbyisten in Amerika?

Die amerikanischen Lobbyisten schreiben oft quasi direkt ins Gesetz hinein. Wer sich ein wenig im US-Gesundheitssystem auskennt, erkennt sofort, dass der Affordable Care Akt nach einer Blaupause der großen Versicherer und der Hospital Association geschrieben wurde.

Darum sagten Sie auf dem BMC-Jahreskongress in Berlin, dass Obamacare ein ekliges Pflaster für ein ekliges System sei.

Wie schon gesagt, Obamacare ist keine große Reform des ganzen Gesundheitssystems. Es ist fast ausschließlich ein Pflaster für die Probleme der Unversicherten und eine Reform der Art, die einzelne Personen und Kleinbetriebe Versicherungen abschließen. Die meisten Amerikaner, die über ihren Arbeitgeber versichert sind, und die Armen und die Alten, die durch Medicaid und Medicare versorgt werden, werden von diesem Gesetz kaum berührt. Das bisherige Versicherungssystem, für das Obamacare nur ein Pflaster ist, ist – wie am Anfang gesagt – unwirtschaftlich und eklig.

Ist denn angesichts dessen der Affordable Care Act zumindest ein Schritt in eine gute Richtung?

Durchaus. Schon alleine deswegen, weil endlich alle Bürger Anrecht auf eine Krankenversicherung haben. Alles in allem ist der Affordable Care Act tatsächlich ein Schritt in die richtige Richtung, wenn auch nur eine gute zweitbeste Lösung. Doch sie ist ganz bestimmt nicht das Ende der notwendigen Gesundheitsreform.

Wird denn die Idee der ACO funktionieren?

Ob Accountable Care Organizations funktionieren oder nicht, weiß

ich nicht. Doch wenn man es nicht versucht, wird man das nie wissen. Heute ist die Informationstechnologie besser als in den 90er Jahren, als die Idee schon einmal versucht wurde. Vielleicht sind auch die Ärzte heute anders orientiert als früher, kulturell und auch in ihrer Ausbildung. Und vielleicht fällt ja diesmal endlich das Einzelleistungssystem, das einfach ein Vergütungssystem von gestern ist. Capitation-Modelle oder Bundled Payments wären Schritte in die richtige Richtung.

Wenn Sie die Wahl hätten: Ein Amerika mit Obamacare oder eines ohne Obamacare?

Dann würde ich die USA mit Obamacare nehmen. Wenn die Amerikaner das System verstehen würden, würden die meisten das wahrscheinlich auch so sehen. Aber das tun sie ja nicht. Eine Talkshow hat vor einiger Zeit einen Reporter auf die Straße geschickt, der vor laufender Kamera Passanten fragte: „Was halten Sie von Obamacare?“ Antwort: „Das ist schrecklich.“ Nachfrage: „Wieso?“ Antwort: „Das ist sozialistisch, irgendetwas Sowjetisches.“ Zusatzfrage: „Denken Sie, das führt zu mehr Kontrolle von Schusswaffen?“ Antwort: „Ja! Genau. Da führt das hin.“ Und die Schlussfrage: „Was halten Sie vom Affordable Care Act?“ Antwort: „Affordable Care Act, da bin ich dafür. Amerikaner sollten sich Gesundheitsversorgung leisten können. Das ist amerikanisch. Obamacare nicht, das ist unamerikanisch.“ Aber natürlich ist Obamacare nur ein anderer Name für den Affordable Care Act. Hier sieht man, welche große Rolle Vorurteile spielen.

Und das alles wegen schlechter Kommunikation, die sicher von der Opposition verstärkt wurde.

Wie ich schon gesagt habe, Präsident Obama ist zwar ein großer Redner, aber trotzdem kein guter Kommunikator.

Ein handwerklicher Fehler von Obamacare scheint es auch gewesen zu sein, dass die Website anfangs gar nicht funktioniert hat.

Das war aber ganz unabhängig von den grundsätzlichen Problemen, die wir besprochen haben. Das war einfach nur peinlich und unverantwortlich.

Das ist jedoch ein Anfangsfehler, der lang wirkende Bedeutung hat.

Sicher, denn er hat vor allem dazu geführt, dass sich lange Zeit weniger Menschen versichern konnten als angenommen. Und das hat wiederum zu höheren Prämien geführt, was man hätte vermeiden können. Außerdem hat damit Obama der Bevölkerung erneut ein altes Vorurteil bestätigt, das da lautet: „You can't walk and chew gum at the same time.“ Das ist in den USA ein sprichwörtlicher Ausdruck für administratives Versagen. Dieser Fehler wird eine langfristige Hypothek für die Regierung sein.

Hätte der Fehler vermieden werden können?

Sicher. David Cutler, einer meiner Kollegen aus Harvard, und einer



der Architekten des Systems, hat schon 2010 offiziell in einem Memorandum geschrieben, dass das vom Weißen Haus dirigierte System für die Einführung von Obamacare nicht gemanagt werden könne. Und dann hat der Präsident Obama auch noch eine kanadische Firma damit beauftragt, von der sich jüngst herausgestellt hat, dass sie schon vorher mit Regierungskontrakten allerhand Probleme gehabt hat. Da fragt man sich doch: Warum hat er die denn eigentlich angeheuert? Also, als Projektmanager haben der Präsident und seine Leute versagt.

Die haben wahrscheinlich deshalb ein ausländisches Unternehmen beauftragt, weil es ihnen schon schwante, dass es wohl nicht funktionieren wird.

Das mag vielleicht stimmen. Doch nun soll die US-Firma United Health Care den angerichteten Schaden bereinigen. Aber man fragt sich: Warum hat der Präsident die Einführung dieses zentralen Systems den „Geeks“ anvertraut – anstatt zum Beispiel einen ehemaligen Chef einer Krankenversicherung als Manager für die Einführung von Obamacare einzusetzen. Es kommt ein Punkt, wo Professoren und Berater die Zügel an Leute geben müssen, die sehr viel Erfahrung in der Führung einer großen Versicherung haben. In dieser Sache kann ich das Denken im Weißen Haus wirklich nicht verstehen.

Kommen wir noch einmal auf die politische Seite zurück. Eigentlich ist Obamacare doch sogar ein republikanisches Konzept.

Es müsste sogar eigentlich Romney-Care heißen, weil Mitt Romney, der unterlegene republikanische Präsidentschaftskandidat, ein ganz ähnliches Konzept bereits im Jahre 2006 in Massachusetts ins Leben gerufen hat. Die Republikaner haben die Gesundheitsreform trotzdem bekämpft, weil sie eben als oberstes Ziel Obama bekriegen wollen, weshalb sie der Inhalt der Reform tatsächlich gar nicht interessiert hat.

Hätte es denn eine tatsächlich demokratische Idee für eine Gesundheitsreform gegeben?

Das wäre eher in Richtung des kanadischen Systems gelaufen, das „Medicare for all“ heißt – also ein „Single Payer“-System mit nur einer Versicherung, die von der Regierung verwaltet wird. Amerika hat das vergleichbare Medicare-System für alte Menschen, das wie das kanadische als Single Payer-System funktioniert. Das wollen viele Demokraten im Prinzip für alle Amerikaner haben. Davon haben die immer schon geträumt; davon träumen sie auch morgen noch.

Wäre ein solches Single-Payer-System überhaupt durchsetzbar?

Ezra Klein, einer der Topjournalisten Amerikas, hat einmal ein Interview mit mir geführt, in dem er gefragt hat: „Ist Amerika zu korrupt, um ein Single-Payer-System zu haben?“

Ist es denn so?

Ein Single-Payer-System kann man in einem parlamentarischen System wie Kanada durchsetzen, in dem sich Lobbyisten Parlamentsmitglieder nicht wie im Einzelhandel kaufen können. In Amerika hingegen kann man alles und jeden und jede Wahl kaufen – und die Administration gleich mit!

Warum?

Die Verwaltung in Kanada ist eigentlich isoliert von den Politikern. Wenn das Gesetz verabschiedet ist, kann die Verwaltung weitgehend unbeeinflusst von der Politik arbeiten, das ist sogar in Taiwan so. In

Amerika ist das anders. Da nehmen die einzelnen Kongressabgeordneten Einfluss auf die Verwaltung. Und das zum Beispiel nur deshalb, weil irgendein Geschäftsmann, der gerade 50.000 Dollar für eine Wahl gespendet hat, bei diesem Abgeordneten angerufen hat und sich über den Unfug des betreffenden Verwaltungsbeamten aufgeregt hat – dieser ruft wiederum gleich den Beamten an, der sofort Angst um seinen Job hat.

Das ist doch korrupt.

Eigentlich ja. Es ist eine Korruption der ordentlichen Regierungsvorgänge; und ich bin nicht der Erste, der das sagt. Stellen sie sich einmal vor, dass Mitglieder des Aufsichtsrates eines Unternehmens von Lieferanten Geld annehmen. Das kann man sich gar nicht vorstellen.

Aber der Kongress ist ja der Aufsichtsrat von Medicare für die Alten, und diese Aufsichtsratsmitglieder nehmen dauernd Geld von den Lobbyisten der Lieferanten, also der der Gesundheitsleistungserbringer. Ich finde das nicht gesund.

Diese Probleme haben wir in Deutschland hoffentlich wohl nicht. Wo sehen Sie denn die großen Probleme im deutschen Gesundheitssystem?

Da gibt es gar nicht so viele. Hauptsächlich ist es die traditionelle Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, was klinisch und wirtschaftlich überhaupt keinen Sinn macht.

Ist das Tradition oder Pfadabhängigkeit?

Beides.

Trotz aller Probleme gibt es in den USA Qualitätsleuchttürme wie die Mayo Klinik oder Kaiser Permanente, die bei uns so hochgehalten werden.

Auch mit recht. Doch wohlgemerkt: Das sind meist nur relativ kleine Einheiten. Die Mayo Klinik kann leicht als eine ACO funktionieren, denn Mayo hat eigene Ärzte, Krankenhäuser, Reha und so weiter. Mayo könnte wie Kaiser sein, wenn es wollte. Der einzige Unterschied zwischen Mayo und Kaiser ist derzeit, dass Kaiser auch Versicherer ist, Mayo noch nicht. Aber eines Tages kommt auch das dazu. Am Ende des Tages kopieren doch alle das System des Erfolgs.

Was könnte Deutschland von diesen Modellen lernen?

Eigentlich nur den Systemansatz.

Warum das denn?

Dazu muss man den Ursprung der Mayo Klinik und anderer solcher Kliniken sowie auch den von Kaiser betrachten. Das waren Kliniken in armen ländlichen Gegenden, die von einem idealistischen Arzt gegründet worden sind. So war es bei der Mayo Klinik ein William Worrall Mayo. Und auch bei der hoch anerkannten Marshfield Clinic in Wisconsin sowie der Oxnard Clinic bei New Orleans war es ähnlich. Kaiser geht zurück auf Sidney R. Garfield, der das Contractor's General Hospital in der Mojave Wüste östlich von Los Angeles gegründet hat, das 5.000 Arbeiter des Metropolitan Water Districts versorgen sollte, die das Southern California's Aquädukt gebaut haben. Garfield wiederum wurde von Henry John Kaiser eingestellt, einem US-Industriellen deutscher Abstammung, der als Vater des modernen amerikanischen Schiffbaus bekannt wurde. Dessen Grund war recht profan: Kaiser musste während des Zweiten Weltkrieges jede Woche ein Liberty-Schiff bauen, brauchte dafür gesunde Arbeiter und wollte darum genau so eine HMO aufbauen, wie Garfield sie schon in Los Angeles geschaffen

hatte. Und es funktionierte: Weil alles integriert war, betrug die Verweildauer im Krankenhaus nur die Hälfte des Durchschnitts im ganzen Land, und obendrein waren die Leute auch noch gesünder.

Haben diese Gründer das zufällig richtig gemacht?

Rein zufällig! Nach dem Krieg hat man dann gesagt, nun brauchen wir die Kaiser-Werften nicht mehr. Die Ärzte sahen das ganze System sowieso als kommunistische Idee an und wollten es loswerden. Aber unter den Versicherten war es so beliebt, dass es als System überlebt hat. Doch es verbreitet sich nicht gut in andere Gegenden der USA – beispielsweise von Los Angeles nach Florida oder Georgia – und auch nicht in andere Länder. Das Modell funktioniert nur mit einer besonderen Arztkultur, die viele Gesundheitssystemforscher natürlich ideal finden.

Woran liegt das?

Das ist wieder eine Frage der Kultur. Ärzte, die zu Kaiser gehen, haben eine ganz spezielle Kultur. Ein unternehmenslustiger, profitorientierter Arzt wird da niemals hingehen, übrigens auch nicht zu Mayo. Wer als Mediziner Kaiser oder Mayo wählt, hat vor allem eines im Sinn: Statt Geschäft zu machen, wollen diese Ärzte Patienten behandeln.

Ist Mayo denn billiger als andere Kliniken?

Nein. Aber besser. Pro Fall aber vielleicht manchmal tatsächlich billiger, weil sich die Patienten schneller erholen und bessere „Outcomes“ haben. Mit anderen Worten, Behandlung A mag teurer sein als Behandlung B. Aber wenn A ein viel besseres Untersuchungsergebnis hat, kann es eben trotzdem „pro unit of outcome“ – zum Beispiel im Bereich des „Quality Adjusted Life Year“, kurz QALY – günstiger sein. Es gibt eine berühmte Studie über Herzerkrankungen, die solche Resultate berichtet hat.

Könnte man diese Arztkultur exportieren?

Nicht leicht. Aber man könnte zum Beispiel das dort vorhandene und absolut exzellente IT-System exportieren. Doch letzten Endes ist es wirklich immer eine Frage der Kultur. Wer „patient first“ arbeiten und denken will, ist genau richtig in Organisationen wie Kaiser oder Mayo.

Vielleicht könnte Bertelsmann, Bosch, Siemens oder wer auch immer das nötige Geld vorschießt, ein solches Modell schaffen?

Ich denke, ein solches Modell, besonders mit flexiblen, idealistischen jungen Ärzten hätte Zukunft, auch in Deutschland. Aber wie gesagt, Mayo ist 160 Jahre alt und hat viele Jahrzehnte dafür gebraucht, dahin zu kommen, wo es heute mit rund 61.000 Angestellten steht. Aber auch die haben einmal klein angefangen, mit einem allerersten Schritt.

Es ist ja nicht so, als das man derartiges in Deutschland nicht versucht hätte.

Stimmt. Bereits 1970 wurde die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden nach dem Vorbild von Mayo gegründet, damals als Co-Invest von Siemens und Allianz, die zusammen 45 Prozent des Zehneinhalb-Millionen-Mark-Kapitals gezeichnet haben.

Doch 1973 stand die DKD schon wieder knapp vor dem Aus, wie die „Zeit“ damals schrieb: „In der Tat mutet es absurd an, die Wiesbadener Modellklinik just in dem Moment sterben zu lassen, da sie nach gut dreijähriger Laufzeit die vielfachen Anfangsschwierigkeiten, vor allem den aus Brotneid erwachsenen Widerstand der Ärzteschaft, überwunden hat und mit immer mehr niedergelassenen Ärzten gut zusammenarbeitet und ihre Forschungsprojekte und Fortbildungsveranstaltungen immer mehr Anerkennung finden und da die Zahl der Patienten so noch liegt wie kaum je zuvor und die Klinik voll ausgelastet, ja manchmal schon überlastet ist.“

Da sieht man mal wieder, wie schwer eine Pfadabhängigkeit zu überwinden ist, aber auch die wirtschaftlichen Interessen der Stakeholder.

Übrigens schrieb damals auch „Die Welt“ über die DKD, dass hier, „mit ihrem vorzüglich eingearbeiteten Fachärztenteam ... so gut gearbeitet werde, dass kaum eine andere deutsche Klinik einem Vergleich standhalten

US-Gesundheitsökonom Reinhardt über Defizite deutscher Gesundheitspolitik / Seine Vision: Managed Care plus Solidarprinzip – „das funktioniert“

„In Deutschland geht's nur noch um Einkommensverteilung“

Von Christoph Fuhr

Berlin Der Mann kennt sich aus, im Gespräch des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitswesens vertieft er nicht den Überblick. Er ist düssels und jenseits des Atlantiks ein gefragter Redner, hat Honorar, verfügt über jenes Maß an Selbstironie, das professionelle Distanz zu gesundheitspolitischen Inhalten erkennen lässt. Eine Eigenschaft, die viele Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens allenfalls verehrt lassen.

Die Rede ist von Professor Uwe Reinhardt. Der deutschbismarckige Gesundheitsökonom von der Princeton-University im US-Bundesstaat New Jersey ist dieser Tage wieder mal in Deutschland gewesen und hat bei einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care in Berlin zwei Botschaften an Publikum gebracht. Die erste: Halts ab, sei wachsam, wenn's um die Frage geht, ob es im US-Gesundheitswesen Elemente gibt, die die Deutschen übernehmen könnten. Die zweite: Wer ganz genau hinschaut, der wird tatsächlich Prinzipien entdecken, die so abwegig für einen möglichen Transfer ins deutsche System gar nicht sind.

Reinhardt ist sicher: Bei allen Unterschieden der Systeme gibt es – so-

USA – alles schlecht, Deutschland – alles gut? So einfach ist die gesundheitspolitische Welt nicht mehr, sagt Professor Uwe Reinhardt. Der deutschbismarckige US-Gesundheitsökonom von der Princeton-Universität wird nicht müde, auf fundamentale Widersprüche des

zusagen Kontinent-übergreifende – Gemeinsamkeiten. Seine Frau, hat er am Rande der Veranstaltung augenzwinkernd berichtet, habe solche allgemeinen Gesetze über das Gesundheitswesen erarbeitet. Konkret sehen die so aus: Völlig gleich, wie und in welchem Land auch immer im Gesundheitswesen Geld ausgegeben wird – die Menschen werden grundsätzlich mangelhaft und nie zufrieden sein. Und weil das so ist, wird es immer wieder neue Gesundheitsreformen geben. Dazu kommt: In jedem Land wird immer die letzte realisierte Gesundheitsreform als Fehlschlag betrachtet.

In Deutschland geht's bei der gesundheitspolitischen Debatte nicht um Patienten, sondern immer nur um Einkommensverteilung, kritisiert Reinhardt. Eine Politik mit Tippen für Haus- und Fachärzte, für ambulante und stationäre Leistungen – für kurze Zeit mag das durchaus eine Option sein, sagt er, auf lange Sicht aber werde man Kosten-Nutzen- und Qualitätsprobleme bekommen. „Das ist absolut sicher, das können wir als Volkswirtschaft garantieren.“

US-Systeme hinzuweisen: Mehr als 40 Millionen Menschen sind ohne Krankenversicherung. Aber Reinhardt verkennt nicht, daß auch im deutschen System der Wurm steckt. Alles dreht sich hier nur um Einkommensverteilung, sagt er – das geht auf Dauer schief.

„Na und“, fragt er, „soll ich sagen, oh, wie fürchterlich?“ In jeder Branche gebe es einen Prozentsatz an Menschen, die bankrott sind, warum soll das nicht auch bei Ärzten so sein? Wenn die Zahl der Ärzte schneller steigt als die Zahl der Bevölkerung, dann ist das logisch, „das muß knallhart so gesagt werden.“

Wie könnte ein Zukunftsmodell für Deutschland aussehen? Reinhardt läßt keinen Zweifel: An der integrierteren Versorgung führt kein Weg vorbei. Das heißt für ihn konkret: Netze mit Haus- und Fachärzten, Kliniken, Apotheken und einem eigenen Budget. Und dazu muß unbedingt Transparenz kommen. Das bedeutet Informationen über Outcomes und Geldfluß, Ärzte müssen ein permanentes Feedback erhalten. Und genau in diesem Bereich sind die Amerikaner viel weiter, sagt Reinhardt. „Hier können die Deutschen von uns lernen.“ Zu oft höre er in Deutschland: „Wir haben das beste System in der Welt.“ „Können sie das beweisen?“, fragt er, „haben sie Daten?“

Reinhardt fordert einen Gesundheitsrat, ähnlich wie in den USA. Zwei Radiologen sind bankrott sind. Oberhaupt nicht nachvollziehen kann er Irritationen über für ihn logische Entwicklungen im System. In der „Arzte Zeitung“ hat Reinhardt gelernt, daß in Sachsen-Anhalt drei von 25 Radiologen bankrott sind.

Für jede Gemeinde müßte nachprüfbar sein: Wie viele Ärzte gibt es pro Kopf, wie viele Kliniken, wie groß sind die Ausgaben pro Einwohner, warum ist Versorgung in München teurer als in der Eifel?

Managed Care-Modelle, auch darüber läßt Reinhardt keinen Zweifel, sind nur zusammen mit Ärzten möglich. „Wer glaubt, das ginge ohne Ärzte, der wird auf die Nase fallen.“ Und: Managed Care muß vereinbar sein mit dem Solidarprinzip. „Das ist möglich“, sagt er, „das kann funktionieren.“ Reinhardt weiß: Wer eine Sozialpolitik verteidigt, die sich dem Solidarprinzip verpflichtet fühlt, der hat ein Problem: „Du machst dich zum Hüter von Büdnen, die du nicht kennst. Und wenn du diese Büdnen tatsächlich kennen würdest, dann würdest du sie nicht leiden mögen.“

Ein Grund für Reinhardt, die Solidarität im Gesundheitswesen aufzeta zu legen, ist das Keinesfalls. „Wer das Solidaritätsprinzip so wie er verstanden hat, der macht sich – zumal in den USA – nicht nur Freunden, sondern auch seinen Verfeindeten. „Survival of the fittest“-Wettbewerb bildet Reinhardt zuweilen kräftig den Marsch: „Eure feine Sozialpolitik“, hat er einer Gruppe von Kritikern einmal gesagt. „Die sieht doch in Wirklichkeit so aus: God bless me, and the hell with you!“



Zwei Radiologen sind bankrott sind.

Oberhaupt nicht nachvollziehen kann er Irritationen über für ihn logische Entwicklungen im System. In der „Arzte Zeitung“ hat Reinhardt gelernt, daß in Sachsen-Anhalt drei von 25 Radiologen bankrott sind.

Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University, in: „Ärzte Zeitung“ vom 18. September 2000: Aus dem Archiv von Dr. Klaus Meyer-Lutterloh.

könnte. Was eine gute deutsche Universitätsklinik in zehn Taten zu leisten vermag, das schaffte die DKD dank ihrer an amerikanischen Management erinnernden Organisation in zwei Tagen“.

Heute gehört die DKD übrigens zum Rhön-Klinikum. Ich bin überzeugt, dass eine gute Idee wachsen und gedeihen wird. Man muss ihr nur Zeit lassen.

Herr Professor Reinhardt, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

MVF-Kongress „Innovation 2014“ in Berlin in Kooperation mit dem BBK Dachverband und arvato

Ein Innovations-Stillstand sieht anders aus

Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung soll ein von den Krankenkassen finanzierter Innovationsfonds geschaffen werden, der zu 75 Prozent in die Erforschung von Inhalten der Regelversorgung und zu einem Viertel in die Versorgungsforschung fließen soll. Das sind alleine für die Versorgungsforschung dann immerhin 75 Millionen Euro, zwar weit weniger als das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung und der Sachverständigenrat Gesundheit mit rund 300 Millionen Euro seit vielen Jahren fordert, aber immerhin. Josef Hecken, der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss hat schon kundgetan, dass die ersten Gelder aus diesem Fonds schon in der zweiten Jahreshälfte 2014 fließen sollen. Die Frage wird sein: Wohin fließen diese Gelder? Und: Was genau soll erforscht werden? Wird es sich um outcome-getriebene Forschung handeln, die sich Top Down vom wichtigsten bis zu den unwichtigeren Themen vorarbeitet. Eine solche Handlungsmaxime wurde übrigens in dem Eckpunktepapier eines „Nationalen Aktionsplans für Versorgungsforschung“, das gemeinsam vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung und der BertelsmannStiftung in der Bertelsmann Repräsentanz Unter den Linden 1, dem ehemaligen Kommandantenhaus Berlins, präsentiert, eben jenen Raum, in dem auch der 4. Fachkongress von „Monitor Versorgungsforschung“ unter dem Titel „Innovation 2014“ und in Kooperation mit dem Bertelsmann-Unternehmen arvato healthcare und dem BKK Dachverband stattgefunden hat.

>> Auf dem MVF-Fachkongress „Innovation 2014“ wies darum auch Univ. Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, der Vorsitzende des DNVF, in seinem Vortrag „Von der Politikfolgen- zur Politikentscheidungsforschung“ des öfteren auf den nationalen Aktionsplan Versorgungsforschung hin, aber auch explizit darauf, dass sich die Versorgungsforschung in Deutschland nach den vielen Jahren, in denen drei Memoranden veröffentlicht und das instrumentelle Handwerkszeug geschaffen worden ist, jetzt um die Kontextfaktoren kümmern müsse. Ein wichtiges dieser Kontextfaktoren ist die Art und Weise der Patientenbeteiligung und der Patienteninformation, die, wenn sie denn ernst genommen werde, nach Meinung von Neugebauer einen Kulturwechsel nach sich ziehen wird. Auf diesen Fakt wies auch Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert der BertelsmannStiftung, in seinem Vortrag „Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit – die Sicht der Patienten“ hin, in dem er sehr anschaulich die Patientenposition im Spannungsfeld zwischen Verlässlichkeit, Gerechtigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe dargestellt hat. Seine Meinung zu Innovation ist eigentlich ganz simpel, aber dafür umso richtiger: Innovation, so sagte er, „ist das, was Patientenbeteiligung in der Versorgung verbessert“.

Nur diese Patientenbeteiligung führt nach Neugebauer zu einem Kulturwechsel, der dringend notwendig ist, um aus dem gefühlten Stillstand herauszukommen, in dem das Versorgungssystem in Deutschland – nicht nur in Deutschland, sondern in allen entwickelten Staaten – gefangen zu sein scheint. Gefühlt deshalb, weil Prof. Dr. Bertram Häussler, der Vorsitzende des Vorstands des IGES Instituts, das in den letzten drei Jahrzehnten sicher

die meisten Versorgungsforschungsstudien in Deutschland erstellt hat, in seinem Vortrag „30 Jahre Gesundheitsökonomie: Innovationsstau im Gesundheitswesen?“ dargestellt hat, dass dieser Stillstand eigentlich gar keiner ist. So sei die vermeidbare Sterblichkeit seit 1980 um mehr als Zweidrittel gesenkt worden, die Suizid-Sterblichkeit sei im gleichen Zeitraum ebenfalls um mehr als die Hälfte gesunken und auch die Sterblichkeit bei Herz-Kreislaufkrankheiten hat sich seit 1989 mehr als halbiert.

Ist das Stillstand? Sicher nicht. Was auch der Vortrag von Prof. Theo Dingermann von der Universität Frankfurt unter den Titel „Stratifizierte Medizin – Schwierigkeiten und Chancen in der Versorgung“ gezeigt hat, der darin zu Recht dafür plädiert hat, Krankheiten nicht mehr wie bisher quasi mit der Gießkanne – also jedes Arzneimittel für jeden Patienten – zu behandeln, sondern mit Einsatz von Gentests, die genau sagen können, welches Medikament bei welchen Patienten wie und ob überhaupt wirkt. Das sei die Zukunft!

Nach Meinung von Prof. Häussler und Prof. Dingermann ist das alles ein grandioser Fortschritt der Medizin. Probleme gibt es jedoch bei Prozessen und Strukturen. Darum steht die Überwindung der Sektorengrenzen, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung ganz zu Recht auf der politischen Agenda. Das sind wichtige Punkte, auf die auch Tim Steimle von der Techniker Krankenkasse und Regierungsdirektorin Antje Domscheit in ihren jeweiligen Vorträgen eingegangen sind und die zu den jeweiligen Sessions gehörenden Podiumsdiskussionen umfassend erörtert worden sind.

Auf dem MVF-Kongress sprachen: Prof. Dr. Volker Amelung, BMC (Innovative Versor-

gungskonzepte bei den Volkskrankheiten), Prof. Theo Dingermann, Univ. Frankfurt (Stratifizierte Medizin: Schwierigkeiten und Chancen in der Versorgung), RD Antje Domscheit, Bundesversicherungsamt (Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung), Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung (Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Die Sicht der Patienten), Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld (Gesundheitsökonomische Analysen zur Abgrenzung von Innovation und Fortschritt), Dr. Jens Härtel, arvato healthcare (Innovatives Versorgungsmanagement: Schwierigkeiten und Chancen der Umsetzung), Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut (30 Jahre Gesundheitsökonomie: Innovationsstau im Gesundheitswesen?), Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG „Internationale Erfahrungen der Integrierten Versorgung chronisch Kranker und unsere Erkenntnisse, aus „Gesundes Kinzigital“), Dr. André Kleinfeld, INSIGHT Health (Durchsetzung innovativer Wirkstoffe nach der frühen Nutzenbewertung), Dr. Roland Leuschner, BKK Dachverband e.V. (Was behindert Versorgungsinnovationen? – Wie können Kassen und andere Akteure innovativer sein?), Prof. Dr. Neugebauer, IFOM (Von der Politikfolgen- zur Politikentscheidungsforschung), Tim Steimle, Techniker Krankenkasse (Frühe Nutzenbewertung – Nutzen und Innovation für die Kassen?) und Prof. Dr. W. Dieter Paar, Sanofi-Aventis (AMNOG: Hindernis und/oder Beschleuniger für Innovationen?).

Den Kongressvorsitz und die Moderationen der Podiumsdiskussionen übernahmen Prof. Dr. Reinhold Roski, Herausgeber „Monitor Versorgungsforschung“, und Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin. <<



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.



Podiumsdiskussion „Wege aus dem Innovationsstau“ (von links nach rechts): Dr. Roland Leuschner (BKK Dachverband), Prof. Dr. Edmund Neugebauer (Institut für Forschung in der Operativen Medizin - IFOM), Dr. Stefan Etgeton (BertelsmannStiftung), Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Direktor Forschung Vivantes und Moderator), Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES-Institut) und Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld).

Copyright: PA-Gesundheit/May

MVF-Kongress „Innovation 2014“ in Berlin: Podiumsdiskussion zu Struktur-Innovationen

„Die Strukturfrage ist nicht alles entscheidend“

In der Podiumsdiskussion „Wege aus dem Innovationsstau“ wurde unter Moderation von Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve (Vivantes) die erste Vortragsession resümiert. Es diskutierten die Vortragenden Dr. Stefan Etgeton (Bertelsmann Stiftung), Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES Institut), Prof. Dr. Wolfgang Greiner (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Neugebauer (IFOM, Köln), es meldeten sich zu Wort Helmut Hildebrandt (OptiMedis) und Antje Domscheit (BVA).

>> Holzgreve: Der Begriff Innovation ist in anderen Branchen positiv besetzt, nicht so in unserer. Das kommt daher, dass wenn in der Medizin etwas Neues, wirklich Innovatives auf dem Markt gebracht wird, dass damit das Alte nicht ersetzt wird und wegfällt, sondern das Neue einfach dazukommt. Diese Addition statt Substitution ist ein großes Problem aller Gesundheitssysteme, nicht nur des deutschen. Im Krankenhaussektor ist das ganz anders. Wenn sich eine Klinik ein neues, innovatives Großgerät kauft, lässt man das alte doch nicht weiterlaufen wie bisher – es wird verkauft, abgeschafft, was auch immer. Die Kunst wird es sein, auf einer hohen Evidenzbasis zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt eine Innovation wirklich eine ist. Doch wie? Machen wir das in einem dirigistischen Ansatz oder einem, der den Stakeholdern mehr Freiheiten lässt? Ganz wichtig ist ebenso die Frage des richtigen Zeitpunkts, weil davon zu hohem Maße der Grad der Evidenz abhängt. Herr Prof. Häussler, Sie führten in Ihrem Vortrag aus, dass Innovation nicht gleich Innovation sei. Wie und wann können wir Innovation als solche beurteilen?

Häussler: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt ist nach der Wende mehr oder weniger nicht mehr gestiegen. Das heißt doch im Umkehrschluss, dass Innovationen – ob nun im ambulanten oder stationären Sektor – letztendlich die steigenden Dienstleitungskosten aufwiegen, denn die Gesamtsumme bleibt ja annähernd gleich. Auf der anderen Seite muss man konstatieren, dass in den letzten – sagen wir mal – dreißig Jahren, gerade diese Innovationen dafür gesorgt haben, dass die Sterblichkeit enorm zurückgegangen ist, auch wenn das früher überhaupt nicht evidenzbasiert zugegangen ist. Wir müssen uns für die Zukunft vielleicht klarmachen, dass die Art und Weise, wie wir derzeit Evidenz prüfen, nicht eine gesamtgesellschaftliche Methode ist, sondern immer nur auf den Einzelfall oder die Einzelintervention bezogen ist. Doch das Zusammenwirken von allem wird bisher überhaupt nicht geprüft. Wenn wir an diesem Punkt keinen Fortschritt machen, werden wir bei unseren Evidenzprüfungen sehr viel Ineffizienz haben.

Referenten der Session 1

Was behindert Versorgungsinnovationen? – Wie können Kassen und andere Akteure innovativer sein?	Dr. Roland Leuschner BKK Dachverband e.V.		S. 45 ff.
Versorgung zwischen Wunsch und Wirklichkeit – Die Sicht der Patienten	Dr. Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung		MVF 03/14
30 Jahre Gesundheitsökonomie: Innovationsstau im Gesundheitswesen?	Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut		MVF 03/14
Gesundheitsökonomische Analysen zur Abgrenzung von Innovation und Fortschritt	Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld		S. 41 ff.
Versorgungsforschung: Von der Politikfolgen- zur Politikentscheidungsforschung	Prof. Dr. Neugebauer, IFOM, Köln		MVF 03/14
Fragen/Diskussion: Wege aus dem Innovationsstau	Moderation: Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Vivantes		



Moderation:
Prof. Dr. Dr.
Alfred Holzgreve,
Vivantes

Neugebauer: Wenn es sich hierbei um Systeminnovationen handelt, muss man auch hierfür eine vernünftige Theorie oder Hypothese entwickelt haben. Wenn diese vorhanden ist, kann ein Forscher – genügend Budget vorausgesetzt – prüfen, ob eine Innovation sinnvoll ist oder nicht. Hätte man das bei allen sogenannte Systeminnovationen gemacht, die in den letzten Jahren eingeführt worden sind, hätten wir uns manche Pseudoinnovation sparen können. Ich nenne hier nur einmal das Beispiel Praxisgebühr, die wir alle nicht gebraucht haben und die die niedergelassenen Ärzte zu Recht zu heftigen Protesten veranlasst haben. Als die Kasseneinkünfte wieder im Lot waren, wurde die Gebühr wieder abgeschafft. Diese Einführung wurde ohne eine vorherige Theorie oder belastbare Hypothese eingeführt, weil man die dadurch eigentlich gewollte Gate-Keeper-Funktion gar nicht hinterfragt hat. Damit hat die Ein- und Ausführung nur Geld gekostet. Über so etwas wie die Gesundheitskarte will ich gar nicht reden. Bei einem muss ich Ihnen jedoch widersprechen, Herr Häussler: Gerade im Bereich der Medizinprodukte gibt es Innovationen, die nicht nur keine sind, sondern möglicherweise sogar gefährlich für den Patienten sind. Diese sollte man, erst einmal prüfen, bevor sie im Markt eingeführt werden, und zwar nicht nur bezüglich ihrer Sicherheit und Machbarkeit, sondern vor allem bezogen auf den Nutzen für den Patienten.



Prof. Dr. Bertram
Häussler, IGES
Institut



Prof. Dr. Neugebauer,
IFOM, Köln

Holzgreve: Ich glaube, das ist kein Widerspruch, sondern ließe sich auflösen. Doch das bitte am Nachmittag in der Podiumsdiskussion, die sich um die Arzneimittel und Medizinprodukte drehen wird.



Dr. Stefan Etgeton,
Bertelsmann
Stiftung

Etgeton: Ich möchte mich dem anschließen, was Herr Neugebauer gesagt hat. Das hat mich ein bisschen erinnert an die elfte Feuerbachthese, die hier schräg gegenüber an der Humboldt-Universität steht. Abgewandelt würde man sagen, die Versorgungsforscher haben die Welt nur unterschiedlich gewogen oder betrachtet, es kommt aber darauf an, sie zu verändern. Der Beginn der Veränderung ist tatsächlich die Theorie. Das ist auch eine Antwort auf ihre Frage, weil zunächst einmal das Problem und die Gewichtung der Probleme geklärt werden muss. Natürlich ist ein neues Arzneimittel in der Regel auch eine Antwort auf ein Problem. Nun lautet jedoch die Frage, welches Gewicht diesem Problem in der Gesamtversorgung zugemessen wird. Diese Frage muss empirisch unterlegt sein, bedarf aber ebenso einer bestimmten theoretischen Vorbereitung und einer qualitativen Analyse. Wenn man so vorgehen

würde, kämen wir schneller zu einer beweisbaren Innovation. So aber werden Antworten vor dem Problem gegeben.

Holzgreve: Herr Etgeton hat in seinem Vortrag gesagt, man solle Patienten möglichst früh einbeziehen, was der G-BA ja zumindest teilweise macht. Doch wenn man die Patienten fragt, was für sie das Wichtigste am Gesundheitssystem sei, wird seit vielen Jahren bemängelt, dass der Arzt zu wenig Zeit für sie habe. Doch auf der professionellen Ebene diskutieren wir das Demografieproblem, das der getrennten Sektoren und den Fachkräftemangel. Böse gesagt, spielen wir seit Jahrzehnten mit allen möglichen Dingen im Sandkasten herum. Ist es nicht ein bisschen Selbstbefriedigung, was wir da machen? Wir sind auf kleine IV-Verträge so etwas von stolz, aber im Grunde rührt das an den wirklichen Problemen des deutschen Gesundheitssystems, das ja insgesamt ein gutes System ist, wenig bis nichts.

Greiner: Ich nehme das gerne auf. Doch zuerst möchte ich auf Ihre erste Frage eingehen, wie man die Innovationen schneller ins System bekommen könnte. Innovation ist zwar ein schillernder Begriff, stellt aber inhaltlich erst einmal keinen Wert an sich dar. Erst durch die Bewertung ihrer kurz- und langfristigen Wirkungen kann man ihren Wert beurteilen. Leider wird darauf nicht selten vor Einführung in den Markt entweder ganz verzichtet - wie beim DMP-System - oder es wird ausschließlich früh evaluiert, wie bei den Arzneimitteln. Man braucht meiner Überzeugung nach zwei Verfahren: eines in der frühen Phase der Markteinführung und eines, das einen Lebenszyklus der Innovation begleitet. Hier spielt die zweite Frage hinein, ob man Innovationen eher zentral oder dezentral laufen lassen sollte, um abzuwarten, wie sich diese in der Praxis bewähren. Auch hier kann nur eine angemessene Kombination der beiden Vorgehensweisen richtig sein, und zwar in strukturierter Form. Für integrierte Versorgung heißt das beispielsweise, Leuchtturmprojekte zu initiieren, um bestimmte Grundfragen wie Gate-Keeping oder Formen der Einschränkung von Arztwahlfreiheit zu evaluieren. Solche Evaluationen müssen notwendigerweise immer die Patientensicht umfassen, also z.B. Fragen zur Akzeptanz und zu den Effekten der Innovationen auf die Patienten-Lebensqualität. Sehr allgemein gehaltene Umfragen bei Patienten wie die der Bertelsmann Stiftung helfen zu diesem Zweck, nicht so sehr. Um etwas über Kosten und Nutzen von einzelnen Innovationen zu erfahren, muss man sehr viel kleinteiliger auf das einzelne Projekt bezogen befragen.

„Zu viele Dinge werden ohne Evidenz getan, zwar vielleicht aus bestem Wissen und Gewissen heraus, aber eben nicht auf Basis von ausreichender Evidenz.“
Prof. Dr. E. Neugebauer

Holzgreve: Herr Leuschner, zu all dem braucht man Geld. Doch: Wie vergibt man das Geld denn am besten?

Leuschner: Zuerst zu der Frage, wie Innovationen schneller ins System kommen können, nur eine Anmerkung, denn es wurde auf die Notwendigkeit von Evaluation hingewiesen. Ich bin auch der Meinung, dass gerade im selektivvertraglichen Bereich nicht immer konsequent genug evaluiert wurde. Wenn man das dort - wo sinnvoll und möglich - getan hätte, hätten wir an einigen Stellen früher gewusst, was wirklich eine Innovation ist und was nicht. Das wäre enorm wichtig, denn gerade die selektivvertraglichen Regelungen sind ein Spielfeld, um Ideen auszuprobieren und zuerst in Regionen umzusetzen. Richtig ist natürlich auch, dass es ganz grundsätzliche Probleme gibt, wie die Sektoralität. Hier muss man grundsätzlich überlegen, wie man dieses Problem angeht. Das kann ein Selektivvertrag allein natürlich nicht lösen. Nun zur Frage des Fonds. Da sage ich:



Prof. Dr. Wolfgang
Greiner,
Universität
Bielefeld

Mal schauen, was dabei rauskommt. Sie, Herr Prof. Neugebauer, haben gesagt, Sie seien schon mit dem G-BA zu der Frage im Gespräch, wie diese Gelder für die Versorgungsforschung verwandt werden könnten. Ich hätte mir vorstellen können, dass die Kassen für Versorgungs-forschungsprojekte sehr viel freier und direkter auf diese Mittel zugreifen können sollten. Wobei es natürlich irgendeine Art von Kontrolle geben muss. Ich lasse mich nun überraschen, welche Bedingungen oder Restriktionen es geben wird, die Kassen erfüllen müssen, um auf diese Gelder zugreifen zu können.

Holzgreve: Ich komme noch einmal auf Herrn Prof. Häussler zurück, dessen Vortrag für mich etwas aus dem Rahmen fiel. Und zwar deswegen, weil Sie sagten, dass im Endeffekt das deutsche Gesundheitssystem gar nicht so schlecht ist. Ziehen Sie eigentlich die Schlussfolgerung, dass man sehr, sehr vorsichtig sein muss, wenn man die Schleusen für Innovationen aufmacht und einfach alles ausprobiert, was da kommt?

Häussler: Ich würde sogar noch etwas daraufsetzen. Wenn man sich die Kurven für die Sterblichkeit in vergleichbaren Ländern betrachtet, die ganz andere Gesundheitssysteme haben, dann sind diese Kurven fast gleich. Das bedeutet nichts anderes, als dass der Impact des Gesundheitssystems selbst begrenzt sein muss. Ob man das Gesundheitssystem nun nach der deutschen Fassung aufzieht oder nach der englischen scheint gar keine so große Rolle zu spielen. Doch wir alle leben davon, dass geforscht, gearbeitet und publiziert wird, dass ein Zugang zu bestimmten Technologien vorhanden ist, die in irgendeiner Form eingesetzt werden. Genau hier ist Deutschland ein wenig schneller, weil wir ein durchlässigeres Gesundheitssystem haben, allerdings manchmal auch ein bisschen langsamer, wenn es sich um Qualitätsfragen und um langfristige Qualitätssicherung dreht. An dieser Stelle sind wir vielleicht ein bisschen schlechter. Doch sollten wir uns eben nicht einbilden, dass die Strukturfrage alles entscheidend ist. Das mag – ich weiß, dass ich damit gegen meine Zunft spreche – die Sichtweise von Wissenschaftlern sein, aber wir müssen uns mehr von außen betrachten und die Rolle von Systemen, von Evaluation und vor allem der Reichweite von Evaluationen in einem etwas realistischeren Licht sehen.

Holzgreve: Herr Neugebauer, würden Sie, wenn mit dem Fonds nun in Deutschland die Versorgungsforschung richtig angepackt wird, zuerst die Hauptproblemfelder wie Fachkräftemangel, Regionalität, Sektoralität und Demografie evaluieren?

Neugebauer: Deutschland ist ein föderalistischer Staat. Eine dirigistisch von oben abzuarbeitende Liste wird es folglich nicht geben. Wir werden uns natürlich als Netzwerk Versorgungsforschung gemeinsam mit den Mitgliedsfachgesellschaften, den Kassen und anderen Stakeholdern bemühen, die prioritären Themen zu favorisieren, weil diese möglicherweise den stärksten Effekt für eine Veränderung im Gesundheitssystem haben werden. Wenn wir uns darüber auch mit der Politik einigen könnten, wäre schon ein großer Schritt gegangen. Das haben wir übrigens in unserem Nationalen Aktionsplan Versorgungsforschung getan. Im ersten Kapitel des Aktionsplans wurde eine Priorisierung durch eine Liste der großen Themen, die wir abarbeiten müssen, vorgenommen. Es wird ja immer gesagt, unser Gesundheitssystem sei ganz toll, was nur in Teilen richtig ist. Zu viele Dinge werden ohne Evidenz getan, zwar vielleicht aus bestem Wissen und Gewissen heraus, aber eben nicht auf Basis von ausreichender wissenschaftlicher Evidenz. Das könnten wir viel besser machen.

Greiner: Ich finde den Hinweis von Herrn Häussler sehr richtig, ein

bisschen demütiger bei dem Anspruch an das zu sein, was man überhaupt erreichen kann. Andererseits darf man aber auch nicht fatalistisch werden, indem man sagt, das läuft schon irgendwie, im Grunde genommen brauchen wir uns gar nicht groß zu kümmern. Das gilt sowohl für die Makroebene als auch für die Mesoebene. Nehmen wir z.B. mal die Krankenhauslandschaft. Hier könnte man doch den ganz theoretischen Verdacht haben, das es zu viele Krankenhäuser an der falschen Stelle gibt, die obendrein mit den falschen Pfaden, zu langen Aufenthaltszeiten und nicht ausreichender Qualität agieren. Wenn man solches vermutet, müsste man nachweisen, ob die Vermutung stimmt, und vor allem Vorschläge prüfen, wie man es denn besser machen kann. Genau dafür braucht man Versorgungsforschung.

Holzgreve: Ob es zu viel Krankenhäuser gibt, da weiß ich nicht, ob dem alle zustimmen. Wir haben auf diesem Kongress viel über Fehlanreize gesprochen, doch wenn der sogenannte Schließungsfonds wirklich gegründet worden oder bestehen geblieben wäre, dann hätte es wahrscheinlich funktioniert.

Greiner: Ein Fonds ist das allerletzte Mittel, das ich ergreifen würde, und zwar erst dann, wenn gar nichts anderes mehr geht. Darum war ich überhaupt nicht traurig, dass dieser Fonds weggefallen ist.

Holzgreve: Doch hätte er funktioniert.

Greiner: Ja sicher. Doch könnte ich mir andere Dinge vorstellen, die auch funktionieren könnten, wie etwa Zertifikatsysteme, die dann auch für diejenigen, die vom Markt gehen, den Ausstieg finanziell erleichtern. Fonds allein führen immer zu Mitnahmeeffekten und zu falscher Allokation, wie man bei der IV zu Zeiten der kollektiven Anschubfinanzierung wunderbar sehen konnte. Wir freuen uns natürlich über die vielen Drittmittel, die in Kürze für Versorgungsforschung bereitgestellt werden sollen. Aber im Grunde genommen ist mir unwohl dabei, denn statt eines finanziellen Strohfeuers über wenige Jahre wäre eigentlich die Finanzierung langfristiger Forschungsstrukturen notwendig.

Etgeton: Deswegen – insofern leichter Widerspruch zu Herrn Leuschner – ist es vielleicht eine Chance, dass dieser Versorgungs- und Innovationsfonds über den Gemeinsamen Bundesausschuss doch ein Stück weit strukturiert wird. Zumindest besteht die Chance, dass tatsächlich die großen versorgungsrelevanten Probleme in einem Panel-Prozess identifiziert werden, was dann hoffentlich bei jenen ausreichend Fantasie freigesetzt, die sich bemüßigt fühlen, diese Probleme zu lösen. Auch bin ich nicht ganz so skeptisch, was die strukturelle Entscheidung angeht, etwas



Dr. Roland Leuschner, BKK Dachverband



Antje Domscheit, Bundesversicherungsamt



Helmut Hildebrandt, OptiMedis

skeptischer dagegen beim neu zu schaffenden Qualitätsinstitut. Das mag zwar eine innovative Struktur sein, doch die Frage, ob es wirklich innovativ gemacht ist, ist noch unbeantwortet.

Hildebrandt: Ich möchte noch einmal auf den Beitrag von Herrn Prof. Häussler eingehen. Ich bin auf ein Buch von Clayton Christensen, einem Innovationsökonom aus den USA gestoßen, der genau das beschrieb, was Herr Häussler in seinem Vortrag sagte: Wenn man mit dem Auto fährt, möchte man immer schneller fahren. Dabei muss man sich einfach immer gegenwärtigen, dass Innovationsprozesse in der normalen Wirtschaft auch ewig lange brauchen. Und vor allen Dingen dann, wenn es nicht mehr darum geht, nur inkrementelle Innovationen zu machen – das ist das, was wir im Gesundheitswesen erleben. Doch eigentlich ginge es nicht um inkrementelle, sondern disruptive Innovationen, demnach müssten Geschäftsmodelle und -prozesse insgesamt infrage gestellt werden. Christensen beschrieb in seinem Buch, dass es dafür in der normalen Wirtschaft und in allen anderen Branchen Zeiträume von 20 bis 30 Jahren bedarf. Insofern bin ich trotz meiner Erfahrungen mit integrierter Versorgung dann doch wieder ein bisschen freundlicher mit mir selbst und mit meiner Lebenszeitökonomie umgegangen. Es handelt sich eben um lang wirkende Prozesse – das dauert halt. Darauf muss man sich einstellen und nicht daran verzweifeln. Mehr dazu findet sich in meinem Beitrag in der Februar-Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“.

Domscheit: Bei uns im Bundesversicherungsamt werden die integrierten Versorgungsverträge angezeigt. Diese Verträge dürfen nach dem Gesetz nicht mehr kosten als die Regelversorgung, daher kann man meines Erachtens auch nicht viel an Innovation erwarten. Angesichts dessen, dass Versichertenwechsel durchaus oft stattfinden und die langfristige Planung von IV-Modellen wirklich schwierig ist, verspreche ich mir von diesem Innovationsfonds einen ganz entscheidenden Anreiz. Ich bin im Moment noch nicht so optimistisch, dass eine Pflicht zur Evaluation der Verträge mehr Erkenntnisse über deren Vorteile gegenüber der Regelversorgung bringt. Unsere Zahlen zeigen, dass im Durchschnitt in diesen Verträgen zwischen 60 und 300 Versicherte eingeschrieben sind. Das ist zu wenig für eine Evaluation nach anerkannten wissenschaftlichen Standards. Daher können nur relativ wenige größere Modelle wirklich Evidenz erzielen. Im Moment geht das Interesse der Kassenseite mehr dahin, stationäre Verweildauern zu reduzieren und Operationen in den ambulanten Sektor zu verlagern. Damit ist immer eine bestimmte Versichertengruppe im Fokus. Doch Innovatives, das medizinische Standards voranbringen würde, fehlt weitestgehend. Da sind wir ein wenig desillusioniert.

Holzgreve: Vielleicht wissen Sie, dass Herr Häussler und ich auch im

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung sind. Damit haben Sie uns aus der Seele gesprochen.

Häussler: Dem würde ich nur zustimmen. Man sollte sich von diesem statischen Zwang zur Evaluation von Selektivverträgen verabschieden, einfach alleine deshalb, weil dieser Ansatz eben fast nie funktionieren kann. Doch stellt dieser Zwang ein riesiges Innovationshemmnis dar. Daher sollte man die neuen Mittel für die Versorgungsforschung tatsächlich für Forschung verwenden, zum Beispiel, indem man eine Toolbox für Versorgungsmodule schafft und validiert, aber doch nicht länger jeden x-beliebigen Selektivvertrag einer Untersuchung zuführt.

Neugebauer: Ganz richtig. Und dabei haben wir uns vorher nicht einmal abgesprochen.

Leuschner: Zu dem, was Frau Domscheit gesagt hat. Die sehr kurzfristige Sichtweise der Kassen ist mir auch durchaus bewusst und bekannt. Doch das liegt vor allem auch an den finanziellen Restriktionen. Ich könnte mir vorstellen, dass – wenn diese Gelder für Kassen verfügbar gemacht werden, um selektivvertragliche Modelle mit zu finanzieren – zumindest die Chance besteht, etwas längerfristige Dinge in den Blick zu nehmen. Das aber auch nur, wenn die Kassen zumindest eine Chance bekommen, aus den ganz kurzfristigen Refinanzierungszwängen heraus zu kommen. Die führen eben genau dazu, dass es recht wenig wirklich Innovatives gibt.

Greiner: Was bedeutet wirtschaftlich? Auch nach vier Jahren kann es sein, dass die Refinanzierung nicht komplett ist, aber der Nutzen könnte durchaus den Mehraufwand rechtfertigen. Wenn Ihnen beim Bundesversicherungsamt nur solche Verträge vorgelegt werden, liegt es in der Natur der Sache, dass wirkliche Innovationen für die Versorgung fehlen. Wenn vorgesehen wird, dass Einspareffekte von Anfang an nachgewiesen werden müssen, bekommen Sie dann eben auch nur so etwas vorgelegt.

Holzgreve: Als Fazit würde ich sagen, die Voraussetzungen sind vielleicht gar nicht so schlecht, wie sie auf den ersten Blick scheinen mögen. Es kommt nun vor allen Dingen auf die genaue Ausformulierung der neuen Gesetze an. Hoffen wir, dass sie in dem Sinne sind, wie wir sie uns im Blick auf die nötige Qualität alle wünschen. <<

Hinweis

Die verschriftlichten Vorträge lesen Sie ab Seite 35 sowie in der kommenden Ausgabe von MVF (03/14). Alle Vorträge und Audiofiles finden Abonnenten auf www.m-vf.de

ERHÄLTlich:

Patientencoaching Band 1

ISBN 978-3-9814519-1-7

Patientencoaching Band 2

(ISBN 978-3-9814519-2-4)

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).

Bestellen Sie einfach und direkt bei Amazon - Buchhändler bestellen direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health

Kölnerstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 info@erelation.org



„Verwaist“ im wahrsten Sinne des Wortes

Wie steht es um die „Seltenen“ in Deutschland? Um diese Frage zu klären, lud das Unternehmen Genzyme anlässlich des Tages der Seltenen Erkrankungen zu einem Pressegespräch. Unter anderen berichteten zwei Mediziner auf der Veranstaltung über ihre klinische Praxis bei der Diagnose und Behandlung von Orphan Diseases. Sowohl im Einzelnen – am Beispiel der Diagnose von Morbus Pompe – als auch im Allgemeinen – im Hinblick auf die Behandlung von seltenen Stoffwechselstörungen – zeigte sich bei den Vorträgen, dass die Versorgung der Patienten mit Seltenen Erkrankungen in Deutschland nicht ausreichend ist. Der Fehler liegt im System – und in der fehlenden Vernetzung der Player.

>> Dr. Hans-Peter Schulz, Genzyme Deutschland, eröffnete das Pressegespräch mit einem Rückblick auf die Geschichte des Unternehmens und führte in die Problematik der Behandlung von Seltenen Erkrankungen ein: Auf der einen Seite seien spezialisierte medizinische Zentren auf diesem Gebiet „sehr fit“, auf der anderen Seite bestehe aber ein großer Mangel in der Behandlung von Patienten durch niedergelassene Ärzte. Vor allem die Kommunikation zwischen den spezialisierten und niedergelassenen Behandlern lasse noch zu wünschen übrig.

Wie problematisch allein schon die Diagnose von Seltenen Erkrankungen ist, machte Dr. Bertold Schrank, Fachbereich Neurologie in der Deutschen Klinik für Diagnostik Wiesbaden, am Beispiel von Morbus Pompe deutlich. Diese Erkrankung tritt in ihrer klassischen, kindlichen schweren Verlaufsform am häufigsten in Taiwan auf, in Europa beginnt sie hingegen größtenteils im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter. Sie verläuft außerdem langsamer und äußert sich zunächst durch Symptome, die von den Betroffenen selbst unterschätzt und als fehlende Fitness interpretiert werden, wie etwa Kurzatmigkeit beim Treppensteigen. Eine große phänotypische Bandbreite der Erkrankung erschwere zudem die Diagnose. Darüber hinaus führten viele diagnostische Untersuchungen oftmals nur scheinbar zu einer Gewissheit. Die Kollegen übernahmen zudem viel zu oft die zuvor gestellten Diagnosen, ohne sie kritisch zu hinterfragen, so Schrank.

Wie der Mediziner erklärte, wird beim Morbus Pompe die Stärke abnorm in den Muskel- und anderen Körperzellen abgelagert, es handle sich dabei um eine lysosomale Speichererkrankung. Lysosome seien „sozusagen die Recycling-Anlagen einer Zelle“, die dafür sorgten, dass verbrauchte Proteine zum Beispiel in ihre Einzelteile aufgespalten und neu zusammengesetzt und vom Organismus verwendet werden, erklärte der Referent. Die Krankheit werde rezessiv vererbt, mit einer Prävalenz bis 1/40.000. Während es bei der infantilen Form immer zum Befall der Herzmuskulatur komme, so dass die Kinder nach dem ersten Lebensjahr

versterben würden, sei das Herz bei den später beginnenden Formen in der Regel nicht betroffen, wohl aber die Atem-, Rumpf- und Skelettmuskulatur. „Werden Neugeborene mit der zugelassenen Enzymersatztherapie behandelt, können sie überleben“, setzte der Mediziner fort. Umso wichtiger sei eine schnelle Diagnose, betonte er.

Muskelbiopsie ist kein Goldstandard mehr

Doch welche Symptome geben Hinweise auf die Erkrankung? „Wenn das Kind eine Muskelschwäche hat, nicht gut schlucken kann und ein viel zu großes Herz hat“, dann sei Morbus Pompe wahrscheinlich, erklärte der Klinikarzt. Eine einfache Echokardiografie-Untersuchung könne dabei schon hilfreiche Aufschlüsse geben. Früher habe man in solchen Fällen eine Muskelbiopsie durchgeführt, wie auch bei den Erwachsenen, doch mittlerweile sei dieser „Goldstandard“ überholt. Anstatt der Muskelbiopsie trete der Trockenbluttest, bei dem Blut auf ein Filterpapier getropft wird, und daraufhin die Enzymaktivitäten in Lymphozyten analysiert werden. Dieser Trockenbluttest erleichtere die Diagnostik des Morbus Pompe sowohl bei Kindern als auch bei den Erwachsenen wesentlich, zeigte sich der Mediziner überzeugt. Bei älteren Morbus-Pompe-Patienten komme aber noch eine weitere Schwierigkeit hinzu: Eines der Symptome sei die Muskelschwäche im Rumpf. Diese erfordere aber eine größere Differentialdiagnose, weil sie auch von vielen anderen Krankheiten verursacht werden könne. Daher sei, so das Fazit von Schrank eine Reihe von weiteren Untersuchungen empfehlenswert, wie etwa ein Elektromyogramm, ein Muskel-MRT sowie ein Belastungstest. Darüber hinaus könnten aber auch Genuntersuchungen wichtige Aufschlüsse für die korrekte Diagnose liefern.

Über die Herausforderungen in der Behandlung seltener Erkrankungen referierte Prof. Dr. Martin Merkel, Asklepios Campus Hamburg der Medizinischen Fakultät der Semmelweis Universität. Der Praxis-Schwerpunkt des Klinikarztes

bilden unter anderem seltene Stoffwechselerkrankungen im Erwachsenenalter. Merkel hat sich bei seinem Vortrag nicht auf eine spezielle Erkrankung konzentriert, sondern vielmehr die Grundproblematik in der Behandlung der Seltenen Stoffwechselerkrankungen aufgezeigt. Es sei paradox, so der Mediziner, es gebe zwar sehr viele unterschiedliche Seltene Erkrankungen. Insgesamt machten sie sogar ein Viertel aller weltweit vorkommenden Erkrankungen aus. Doch je weniger Menschen an einer Erkrankung litten, desto geringer sei das Wissen über Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. „Erkenntnisse erfordern aber eine weltweite Vernetzung“, appellierte Merkel. Seltene Stoffwechselerkrankungen benötigten spezielle wissenschaftliche, klinische und auch industrielle Strukturen. Sein Fazit fiel vernichtend aus: Die Seltenen Erkrankungen seien in Deutschland unterdiagnostiziert, die Patienten unterversorgt.

Wie unterschiedlich der diagnostische Erfolg in den einzelnen Ländern ausfällt, zeige die Studie der Gesellschaft SSIEM: „Adult Metabolic Group Survey“ (unrepräsentativ): Während 2013 in den Niederlanden bei 1.400 Patienten seltene Stoffwechselstörungen diagnostiziert werden konnten, waren es in Deutschland nur 570 Fälle. Grund dafür sei die Tatsache, dass in den Ländern wie den Niederlanden durch eine zentralisierte Versorgungsstruktur eine Pflicht zur Überweisung an die speziellen Zentren, also die nächste Versorgungsstufe, bestehe, wenn ein Therapieziel nicht erreicht werde. In Deutschland sei hingegen die Versorgungsstruktur dezentralisiert, die niedergelassenen Ärzte seien aber für „die Seltenen“ wenig sensibilisiert. Merkel sprach sich dafür aus, auch hierzulande eine entsprechende gesetzliche Pflicht für die Überweisung zum Spezialisten einzuführen. Bislang, so seine Kritik, zeichne sich der deutsche Gesetzgeber durch „beeindruckende strukturelle Intoleranz“ aus. Im SGBV § 116b(1) würden lediglich Kinder, und keine Erwachsenen mit Stoffwechselerkrankungen berücksichtigt. Demnach seien nach Ansicht von Merkel die Orphan Diseases „tatsächlich verwaist“. <<



Das in 2011 von Prof. Amelung und Kollegen initiierte **private Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav)** ist ein wissenschaftsorientiertes Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen. Der besondere Ansatz des inav liegt dabei in der Verbindung der Kompetenzfelder Praxis, Wissenschaft, Internationalität und Politik.

Wir setzen Projekte in den unterschiedlichsten Versorgungsfeldern und Indikationen erfolgreich um.

- + Konzeption, Umsetzung und Auswertung von Versorgungsforschungsstudien
- + Gesundheitsökonomische Evaluationen
- + Empirische Erhebungen mittels qualitativer und quantitativer Methoden
- + Marktanalysen und Gutachten zur Versorgungssituation
- + Konzeption von innovativen Versorgungsformen und Begleitung bei der Umsetzung

Zu unseren Kunden zählen u. a. Ärztenetze, Medizinische Versorgungszentren, Unternehmen aus der Industrie, Krankenkassen, Berufsverbände oder internationale Organisationen.

Seit 2013 bietet das inav auch Seminare an.

MANAGEMENT-SEMINARE

- > **Erfolgreich mit Krankenkassen verhandeln**
- > **Gesundheitsökonomische Evaluationen**
- > **Das deutsche Gesundheitswesen**

Informationen zu den Dozenten und Schulungen finden Sie unter www.inav-berlin.de

Innerhalb von 1,5 Tagen können sich Experten und Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen sowie Quereinsteiger mit fundierter Berufserfahrung zu den spezifischen Themen weiterbilden. Dazu arbeiten ausgewiesene Experten gemeinsam mit dem Team des inav praxisorientiert an konkreten Fallbeispielen und interaktiv in Kleingruppen mit Ihnen zusammen. Wir gestalten Management-Seminare gerne auch kundenindividuell und führen diese inhouse durch.

Kontakt:

inav – privates Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH
Friedrichstraße 95 · D-10117 Berlin

Telefon + 49 30 20 96 14 24
E-Mail info@inav-berlin.de
Internet www.inav-berlin.de





Prof. Dr. Volker Amelung
ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care e.V. und Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover.



Dr. Susanne Ozegowski
ist Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care e.V.

Bejubelt, belächelt, begraben, am Auferstehen?

>> Gibt man das Stichwort „Integrierte Versorgung“ bei Google ein, erhält man 470 000 Treffer – der Begriff „Regelversorgung“ führt zu 443 000 Ergebnissen. Diese Zahlenrelation spiegelt zwar gut die gesundheitspolitischen Diskussionen der letzten Jahre wieder. Sie ist jedoch weit von einem Abbild der Versorgungslandschaft entfernt. 14 Jahre nach Einführung der IV führt sie nach wie vor ein Nischendasein im deutschen Gesundheitssystem. Nur 0,7 bis 0,8 Prozent der Gesundheitsausgaben flossen in den letzten Jahren in die integrierte Versorgung. Zudem ist die Anzahl der IV-Verträge seit Jahren stagnierend. Damit bleibt ein erhebliches Potenzial für ein besseres und effizienteres Gesundheitssystem unerschlossen.

Die Herausforderung an unser Gesundheitssystem liegt nicht im Bereich der Spitzenmedizin bei hochkomplexen Eingriffen, sondern vielmehr im Umgang mit dem Massenphänomen chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Drei von vier im Gesundheitssystem ausgegebene Euro entfallen mittlerweile auf Leistungen für chronisch Erkrankte (SVR 2001). Deren Relevanz ist in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich gestiegen: Betrug beispielsweise die Diabetes-Prävalenz Ende der 80er Jahre ca. vier bis fünf Prozent in der Bevölkerung, so verdoppelte sich dieser Wert bis zum Jahr 2009 auf 9,7 Prozent (Deutsche Diabetes-Hilfe 2013). Zudem bleibt es oft nicht bei einer Erkrankung: Diabetiker haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko, ein doppelt so hohes Depressionsrisiko wie ein Nicht-Diabetiker und 40 bis 50 Prozent entwickeln ein Nierenleiden (Deutsche Diabetes-Hilfe 2012, 2013). Gerade bei den Älteren ist Multimorbidität der „Regelfall“: Drei von vier Personen über 75 Jahren leiden unter mehr als einer Krankheit (RKI 2012). Gerade durch diese altersbedingte Morbidität wird die Belastung des Gesundheitssystems in den nächsten Jahren noch deutlich steigen: Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass sich der Anteil der über 80-Jährigen an der Bevölkerung bis 2040 verdoppelt (BiB 2013).

Die Folge für die betroffenen Patienten ist ein endloser Irrweg durch das Gesundheitssystem. So suchen knapp 30 Prozent der Versicherten vier oder mehr verschiedene ambulante Ärzte innerhalb eines Jahres auf. 10 Prozent der Versicherten werden im gleichen Zeitraum bei sechs oder mehr Ärzten vorstellig (BARMER GEK 2014). Hinzu kommen Krankenhausaufenthalte, Behandlung durch Heilberufe, wie Physio- oder Ergotherapeuten, und pflegerische Betreuung. Jeder Beteiligte übt seine Profession aus – ein ganzheitliches Bild des Patienten hat jedoch kaum einer. Die Verantwortung für die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, den Abgleich der Diagnosestellung und die Koordination der therapeutischen Maßnahmen – die sowohl qualitätssteigernd als auch gleichzeitig kostensenkend wirken – liegt damit oft bei einer Person: beim hochbetagten, multimorbiden Patienten.

Nicht nur diese strukturellen Defizite erschweren die adäquate Behandlung von Patienten mit den gängigen Volkskrankheiten. Nachteilig wirkt sich auch aus, dass es kaum Anreize zur flächendeckenden und systematischen Umsetzung von Leitlinien und strukturierten Behand-

lungspfaden gibt. Die Vergütung erfolgt für jeden Versorgungsbereich anhand einer unterschiedlichen Logik. Zudem ist sie vor allem an die erbrachte Leistung (und damit das Volumen) gekoppelt statt an die Ergebnisqualität der Behandlung.

Um diesen Verkrustungen entgegenzuwirken, hat der Gesetzgeber in den letzten 15 Jahren neue Handlungsspielräume für die Akteure geschaffen: Modellvorhaben, Strukturverträge, ambulante Behandlung im Krankenhaus, ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Disease Management Programme und die Integrierte Versorgung. Dieser gesetzliche Rahmen wird von den Akteuren auch genutzt und hat an vielen Stellen zu Veränderungen und mehr Vielfalt im Gesundheitssystem geführt. So zählen die DMPs mittlerweile 6,5 Mio. eingeschriebene Patienten, die Krankenkassen haben eigene Vertragsabteilungen aufgebaut bzw. sich Einkaufsgemeinschaften angeschlossen und die Kooperationsformen im ambulanten Sektor haben erheblich zugenommen: Mehr als 10 000 Ärzte sind bereits in medizinischen Versorgungszentren tätig; 30 000 Ärzte kooperieren im Rahmen von Ärztenetzen miteinander (KBV 2013; Agentur Deutscher Arztnetze).

Mit Ausnahme der DMPs liegt ein zentrales Defizit vieler dieser Reformansätze in der meist nur geringen Versichertenabdeckung und der regionalen Begrenzung der Projekte. In den IV-Verträgen sind durchschnittlich 300 Versicherte je Vertrag eingeschrieben (SVR 2012). Insbesondere die Verträge der bundesweit geöffneten Ersatzkassen mit durchschnittlich 249 Teilnehmern je Vertrag und der SVLFG mit durchschnittlich 118 Teilnehmern werfen die Frage auf, wie sich die entste-

„Wir brauchen Investitionen in Verträge, die auf größere Patientenkollektive, einen langfristigen Zeitrahmen und ein sinnvolles Zusammenspiel aller Beteiligten auslegt sind.“

henden Transaktionskosten durch den Vertrag refinanzieren lassen. Auch eine nähere Betrachtung der inhaltlichen Gestaltung der IV-Verträge verdeutlicht, dass diese bisher sehr eng gefasst sind. Fast zwei Drittel der IV-Verträge sind auf einen Leistungsanlass

oder ein Quartal beschränkt. Es gibt somit nur wenige Verträge, die einen umfassenden populationsorientierten Versorgungsansatz haben. Gerade für chronisch Erkrankte wäre jedoch ein langfristiges Versorgungsmanagement, das auf eine ganzheitliche Koordination und Überbrückung von Schnittstellen angelegt ist, am erfolgversprechendsten.

Somit zeigt sich: Auch über zehn Jahre nach Einführung der IV-Verträge in Deutschland gibt es kaum Verträge, die großflächig mit einer relevanten Versichertenanzahl angelegt sind und eine umfassende, langfristige Veränderung des Versorgungsmanagements chronisch Kranker erzielen können.

Die Ursachen für diese Mängel sind vielfältig. Ein zentraler Aspekt, der viele „große Ideen“ schrumpfen lassen hat, sind die hohen Erwartungen an eine sehr schnelle Refinanzierung von Anfangsinvestitionen durch innovative Versorgungsmodelle. Diese Erwartungen sind insbesondere den eng gestrickten gesetzlichen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit von Verträgen sowie der mangelnden Investitionsfreude der Krankenkassen vor dem Hintergrund drohender Zusatzbeiträge geschuldet. Sie widersprechen jedoch sowohl den Erfahrungen aus anderen Industrien als auch der Organisationstheorie: Eine echte

Versorgungsinnovation verändert im ersten Schritt zwangsläufig Routinen und führt somit zwingend erst einmal zu Friktionen und Mehraufwand. Ohne die Möglichkeit, eine solche „Durststrecke“ zu durchlaufen, haben Innovationen jedoch wenig Chancen auf Umsetzung. Ein weiteres Hindernis ist die hohe Komplexität, die mit der Konstruktion eines sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes verbunden ist. Planungsmechanismen, regulatorische Vorschriften, Vergütungssysteme, berufsständische Vertretung, IT-Infrastruktur – hinsichtlich all dieser Aspekte gelten für jeden Versorgungssektor eigene Spielregeln. Damit steht man vor dem typischen, durch Pfadabhängigkeiten beschriebenen Dilemma: Mit jeder Entscheidung, die man einst getroffen hat, wurde die Trennung der Sektoren immer weiter zementiert und der Aktionsspielraum entsprechend verringert. Ein IV-Vertrag erfordert somit ein Ausbrechen aus diesen eingetretenen Pfaden. Dieses Ausbrechen ist jedoch mit hohen Transaktionskosten verbunden – und bedarf demzufolge starker Anreize für die beteiligten Akteure, gegen die gewohnte Routine aktiv zu werden. Aufgrund des mangelnden Handlungsdrucks auf die Akteure, sich durch eine stärkere Patientenorientierung zu differenzieren, sowie eines starken Preiswettbewerbs zwischen den Krankenkassen fehlt es an den entsprechenden Anreizen. Möglicherweise kann der Innovationsfonds diese Pattsituation lockern. Bei richtiger Ausgestaltung bietet er die Chance, Innovationen zu stimulieren und das Innovationsklima zu verbessern.

Wir brauchen nicht zwingend mehr IV-Verträge im Gesundheitswesen – aber wir brauchen Investitionen in Verträge, die auf größere Patientenkollektive, einen langfristigeren Zeitrahmen und ein sinnvolles Zusammenspiel der beteiligten Leistungserbringer auslegt sind. Dafür bedarf es der Anstrengung aller Akteure: Der Gesetzgeber muss einen größeren regulatorischen Spielraum schaffen, die Kassen höhere Investitionsbereitschaft zeigen und die Leistungserbringer mehr Offenheit für Versorgungsinnovationen an den Tag legen. Nicht zuletzt ist außerdem die „lautere“ Nachfrage der Patienten nach neuen Versorgungsmodellen gefordert, um den Systemwandel zu beschleunigen. Erst unter diesen Voraussetzungen wird es gelingen, die Versorgung von Volkskrankheiten flächendeckend sektorenübergreifend und patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Übrigens: Eine Suche nach „integrierter Versorgung“ in den Protokollen der Bundestagsdebatten der letzten acht Jahre führt zu 33 Treffern ... #Neuland? <<

Neue Versorgungs- und Anreizstrukturen für die ambulante Psychotherapie

Zugang zur Versorgung verbessern

Wenn es um die ambulante psychotherapeutische Versorgung geht, sind sich zumindest in diesem Punkt alle Beteiligten einig: Der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen ist höher als das Angebot. Psychische Erkrankungen stellen heute die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. Gleichzeitig müssen Patienten meist monatelang auf einen Termin für ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten warten. Auf einem Expertenforum, das der Bundesverband Managed Care in Berlin durchgeführt hat, wurde der Reformbedarf in der ambulanten Psychotherapie erneut diskutiert.

>> Will man dem Anspruch von Politik, Krankenkassen, Leistungserbringern und Patienten nach einer zeitnahen, guten und flächendeckenden Gesundheitsversorgung gerecht werden, muss man der Verkürzung der Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung hohe Priorität einräumen. Uneinigkeit herrscht allerdings bei der Frage nach dem geeigneten Weg dorthin.

Nachdem der GKV-Spitzenverband Ende 2013 ein Positionspapier zur Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie veröffentlicht hatte, folgte ein Sturm der Entrüstung vonseiten der psychotherapeutischen Vereinigungen (BPTK, DPtV, DGPT, bvvp, DGVt, VAKJP). Vor allem die scheinbare Verkürzung des ersten Therapiekontingents und die im Anschluss verordnete Pause von sechs Wochen seien aus ihrer Sicht weder ethisch vertretbar noch entsprächen sie einer leitliniengerechten Behandlung.

Gleichwohl besteht echtes Interesse der Akteure an einem konstruktiven Dialog – das zeigte nicht nur die Bereitschaft der Vertreter/innen von Bundespsychotherapeutenkammer, Deutscher Psychotherapeutenvereinigung, BARMER GEK und Politik, sich der Diskussion zu stellen, sondern auch die sehr hohe Teilnehmerzahl bei der Veranstaltung.

Als eine der größten Herausforderungen wurde der schnelle Zugang der Patienten zur Psychotherapie identifiziert. So fühlen sich viele Hausärzte – derzeit oft erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Beschwerden – mit der Aufgabe überfordert, die Patienten in geeignete Therapieangebote zu überweisen, konstatierte Dr. Christina Tophoven, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer. Sie plädierte dafür, ein Lotsensystem einzuführen, bei dem die Psychotherapeuten selbst die Lotsenfunktion übernehmen. So könnten beispielsweise psychotherapeutische Versorgungszentren mit qualifiziertem Praxispersonal offene Sprechstunden anbieten, Patienten beraten und Koordinierungsaufgaben übernehmen.

Auch Dieter Best, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, hält den Zugang der Patienten in die psychotherapeutische Versorgung für das Schlüsselement für eine Versorgungsverbesserung. Die psychodiagnostische Abklärung müsse frühzeitig stattfinden und sich stärker von der Probatorik abgrenzen, betonte er und stellte ein entsprechendes Stufenmodell vor, das ebenfalls eine offene Sprechstunde als erste Anlaufstelle vorsieht.

Zumindest an dieser Stelle gibt es Parallelen zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbands, das von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, erläutert wurde. Aus Schlenkers Sicht lägen die vorgestellten Konzepte ohnehin gar nicht so weit auseinander. Möglicherweise ließen sich Differenzen durch einheitliche Sprachregelungen ausräumen, etwa indem Sprechstunde, probatorische Sitzungen und erstes Therapiekontingent zu der von der BPTK geforderten psychotherapeutische Grundversorgung zusammengefasst werden.

Den Beitrag der Politik zur Neustrukturierung der ambulanten Psychotherapie sehen die Bundestagsabgeordneten Dirk Heidenblut, SPD, und Dietrich Monstadt, CDU, in erster Linie im Abbau von bürokratischen Hürden, etwa im Bereich der Gruppentherapie. Jedoch sei die Steuerungsfähigkeit der Politik durchaus begrenzt, da die konkrete Ausgestaltung in den Händen der Selbstverwaltung läge.

Wenngleich die Veranstaltung die Diskussion um die Weiterentwicklung der ambulanten Psychotherapie einen Schritt vorangebracht hat, bleiben wichtige Punkte klärungsbedürftig. Dazu zählen etwa die Themen Qualitätssicherung, Umstrukturierung der Vergütung, Überprüfung der Befugnisbeschränkungen, Bedarfsplanung und nicht zuletzt der Umgang mit Patienten, die unter chronischen psychischen Erkrankungen leiden. Der BMC wird diese Fragen in den nächsten Monaten im intensiven Dialog mit den Akteuren weiter bearbeiten. <<

Interview mit Dr. Norbert Mönter, Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPSG)

„Ambulante Qualität für weniger Klinikaufenthalte“

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPSG) wurde im Dezember 2003 auf Initiative vor allem niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten gegründet und arbeitet – was selten ist in Deutschland – sektorübergreifend und multiprofessionell. MVF sprach mit Dr. Norbert Mönter, dem ersten Vorsitzenden des VPSG, der heute – zehn Jahre nach seiner Gründung – 230 persönliche (niedergelassene Nervenärzte/Psychiater, Kliniker, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten u.a.) bzw. korporative Mitglieder (Kliniken, psychosoziale Träger und Fachpflagedienste) zählt. Vertragspartner der Krankenkassen für Verträge zur Integrierten Versorgung ist die Managementgesellschaft des Vereins, die PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg.

>> Es scheint in der Psychiatrie-Versorgung ein merkwürdiges Ungleichgewicht zu existieren, auf der einen Seite eine – auch am Arzneimittelverbrauch festzumachende – Überversorgung leichter psychischer Störungen, auf der anderen Seite eine Unterversorgung bei schweren psychischen Krankheiten.

Man könnte das Mangel im Überfluss nennen. Tatsächlich ist das deutsche Gesundheitssystem hinsichtlich vieler Belange sehr gut aufgestellt. Auch das Versorgungsprinzip durch niedergelassene Ärzte stellt an sich ein gutes System mit einer hohen Eigenmotivation der Akteure dar. Was jedoch fehlt, ist zum einen eine notwendigkeitsgesteuerte und inhaltlich patientenzentrierte Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, zum anderen die dafür nötige operative Vernetzung. Der Grund, warum sich der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, kurz VPSG, vor mehr als zehn Jahren konstituiert hat, war aber noch ein anderer: die fehlende Priorisierung der Schwerkranken.

Allerdings ist z.B. die Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanten Bereich nicht trivial. Welche Probleme gab es typischerweise?

Die Psychiatrie-Enquete mit Auflösung der Großkliniken und der „Anstalten“, einhergehend mit der Etablierung von Psychiatrie-Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, war ein großer Fortschritt. Doch führte sie zu einem Paradoxon. Trotz dieser richtigen Entscheidung gab und gibt es immer mehr Klinikbetten, aber es fehlten und fehlen die entsprechenden ambulanten Strukturen. Und zwar obwohl die Patienten und ihre Angehörigen eine stärkere ambulante Versorgung wünschen.

Gesundheitsreporte großer Krankenkassen zeigen, dass auch immer mehr Patienten mit leichten Erkrankungen ins Krankenhaus kommen.

Was ja kein großes Wunder ist, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten fehlen. So gehen auch leicht Kranke in die Klinik und werden dort meist gut versorgt. Wenn sie entlassen worden sind, befinden sie sich allerdings nach recht kurzer Zeit oft wieder in einer ähnlichen Situation wie zuvor. Das ist für den einzelnen Patienten nicht ziel führend und gesundheitsökonomisch absolut ungünstig.

Der VPSG bzw. deren Managementgesellschaft PIBB verfolgt den Ansatz integrierter psychiatrischer Versorgung. Sie konzentriert sich auf eine verbesserte ambulante Versorgung und eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulanten Bereich. Was haben Ihre Patienten davon?

Von psychischen Problemen betroffene Menschen brauchen in besonderer Weise Kontinuität. Wir bieten diesen Patienten darum die

Möglichkeit, in ihrem originären Lebensumfeld die Hilfe zu erhalten, die sie brauchen. Und das therapeutisch differenziert nach individuellem Bedarf und gut koordiniert, mit all den Optionen, die uns heute zur Verfügung stehen: fachärztlich-psychiatrisch, psychotherapeutisch, pflegerisch, ergo- und soziotherapeutisch etc. Wobei beispielsweise Pflege heißt, dass in der Akutsituation auch zu Hause aufsuchend behandelt wird und pflegerische Betreuungsmaßnahmen ggf. auch unter Einbeziehung der Angehörigen durchgeführt werden. Wir tun alles, damit die Patienten eben nicht gleich in die Klinik eingewiesen werden müssen. Das ist übrigens nicht nur ökonomisch sinnvoll, sondern entspricht den Bedürfnissen der meisten Patienten, die heute nur aus Mangel an adäquater ambulanter Versorgungsmöglichkeiten in die Klinik gehen. Dass es auch anders funktioniert, das zeigen wir mit unserem Modell.

Das heißt, Ihr Modell zeigt einen Weg auf, der gesundheitsökonomisch günstiger und für den Patienten besser ist.

Das trifft ist in diesem Fall tatsächlich zu. Wir haben doch aus rein fachärztlicher Verantwortung heraus überhaupt kein Interesse, Ressourcen für Patienten einzugrenzen oder gar zu beschneiden. Wir haben aber sehr wohl ein Interesse daran, die vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen bestmöglich für unsere Patienten und am effektivsten für den Patienten und das Gesundheitssystem einzusetzen.

Machen Sie sich damit nicht Feinde im stationären Bereich?

Wir führen auch mit aufgeschlossenen, weitsichtigen Klinik- und Verwaltungsleitern immer wieder meist gute Gespräche. Wir haben den Krankenkassen auch schon gemeinsame Initiativen vorgetragen, weil viele psychiatrische Chefärzte und auch deren Verwaltungsleiter erkannt haben, dass es perspektivisch wenig Sinn macht, immer mehr neue Betten aufzustellen. Alle, die in diesem Bereich tätig sind, wissen ganz genau, dass die Zukunft in einer optimierten, verbesserten ambulanten Versorgung liegt. Psychisch Kranke brauchen nur selten ein Klinikbett, aber immer brauchen sie Behandlung und Unterstützung im Lebensumfeld.

Eine derartig innovative Versorgungsform kann man anscheinend schlecht von oben verordnen.

Genau. Man braucht vor allem die Leistungserbringer: Nervenärzte/Psychiater, Kliniker, Psycho-, Sozio- und Ergotherapeuten. Aber auch zahlreiche weitere Berufsgruppen, z.B. auch Betriebswirte, Gesundheitsökonominnen und Netzmanager. Unser Verein war – so denke ich – deshalb erfolgreich, weil wir von Anfang an die tatsächlichen Akteure mitgenommen haben. Wir haben gemeinsam formuliert, was und wie

„Wir haben doch aus rein fachärztlicher Verantwortung heraus überhaupt kein Interesse, Ressourcen für Patienten einzugrenzen oder gar zu beschneiden.“

wir planen, unsere Aufgabe noch besser als bisher zu erfüllen, und auch welches Honorar wir dafür brauchen.

Mehr Honorar für bessere Ergebnisse? Also eine frühe Form von Pay-for-Performance?

Man kann es letztlich genau so formulieren. So gehen wir zwar nicht mit diffusen Erfolgsversprechungen in die Verhandlungen, doch können wir sehr gut zeigen, dass eine bessere ambulante Versorgung für die Krankenkassen auch einen guten ökonomischen Outcome hat. Es kann deutlich gezeigt werden, dass gerade schwer kranke Patienten mit einer guten ambulanten Versorgung weniger Klinikaufenthalte haben.

Das scheinen die Kassen durchaus zu schätzen. Denn der VPsG hat zahlreiche integrierte Verträge abgeschlossen – u.a. mit der DAK Gesundheit, der AOK Nordost und der BKK VBU. Wobei Sie regional auf Berlin und Brandenburg konzentriert sind.

Und mit weiteren Kassen stehen wir in Vertragsverhandlungen.

Wollen Sie noch andere, weiterreichende Verträge abschließen?

Es geht bei jedem IV-Vertrag zwar auch immer um die nötige „kritische Masse“; bestimmte Angebote können wir nur vorhalten (z.B. Gruppenbehandlungen), wenn ausreichend Patienten hierfür gewonnen werden können. Mit über 2.000 eingeschriebenen Patienten liegen wir als regionales Versorgungsnetz auch bundesweit schon recht weit vorne. Uns ist es aber sehr wichtig, nicht nur in der Größe, sondern vor allen Dingen in der Qualität noch weiter voranzukommen. So sind wir beispielsweise mit der Deutschen Rentenversicherung im Gespräch, um eine Verknüpfung zur psychosomatischen Rehabilitation mit einem optimierten Schnittstellenmanagement zu schaffen. Ebenso versuchen wir, die integrierte Versorgung insbesondere in der Heimversorgung zu etablieren, um eine bessere Behandlung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Heimpatienten zu ermöglichen.

Das bezieht sich dann wohl hauptsächlich auf demenzielle Erkrankungen?

Für Demenz wird ein solcher Vertrag eine ganz wichtige Rolle spielen. Wir haben von einzelnen unserer Netz-Leistungserbringer aus Brandenburg ein Konzept vorgelegt bekommen, das wir gerne weiter verfolgen möchten. Dieses Konzept zielt darauf ab, wie man die Pflegeleistungen aus dem SGB XI in die Integrierte Versorgung einbeziehen kann. Hierüber wollen wir demnächst mit den Krankenkassen reden. Wir können aber schon heute als eines von wenigen IV-Modellen in Deutschland auch Demenzpatienten in die Integrierte Versorgung aufnehmen. Es handelt sich hierbei um verhaltensauffällige Patienten. Auch solche Menschen können durch unsere psychiatrische Pflege ambulant behandelt werden.

Gibt es Pläne, mit noch mehr Kliniken zu Absprachen zu kommen?

Hier wird es in Kürze einen wichtigen Schritt geben. Wenn spezifische Gruppenbehandlungen in mehreren Kliniken (Charité CM, St.Joseph-



Foto: AOK Nordost

Krankenhaus, Vivantes-Urban-Klinikum, KEH) durchgeführt werden können, können die über unser IV-Netz finanziert werden. Die Krankenkasse stellt in der einen oder anderen Weise Mittel bereit, die es eingeschriebenen IV-Patienten ermöglicht, an sogenannten psychoedukativen Gruppen teilzunehmen. Diese Gruppen werden auch ambulant in den Praxen durchgeführt, doch ist es für Einzelpraxen erfahrungsgemäß sehr aufwändig, solche Gruppenangebote zu organisieren und durchzuführen. Manchmal scheidet es auch an den Räumlichkeiten, so dass wir froh sind, mit einigen Kliniken in Berlin zu konkreten Absprachen gekommen zu sein. In diesem oder spätestens im nächsten Quartal können dann diese Gruppen in den Kliniken starten. Darüber hinaus erwarten wir Fortschritte beim Entlassmanagement der Kliniken. Schon heute ermöglichen kooperierende Kliniken proaktiv die Weiterführung bezugstherapeutischer Betreuung durch Fachpfleger und Psychotherapeuten während stationärer Behandlungen.

Welche Schwierigkeiten hatten Sie denn, die Kostenträger zu überzeugen?

Es gibt auch auf der Kostenträgerseite beherrschende Momente und Akteure, die sich etwas Neues schlecht vorstellen können. Aber es gibt mittlerweile bei vielen Kassen sachkundige Mitarbeiter, die sich für innovative Versorgungsstrukturen stark machen und auch mit hohem Sachverstand hinsichtlich der Versorgungsnotwendigkeiten mitdiskutieren, wie es am besten geht. Diese Sachkompetenz auch hinsichtlich spezifischer psychiatrischer Versorgungsfragen hat sich nach meinem Eindruck über die Jahre sukzessive herausgebildet.

Sie sehen also auch auf der Seite der Kostenträger einen großen Fortschritt?

Es ist wie immer: einige Kassen gehen voraus und haben sich getraut, neue Wege zu gehen, andere hingegen nicht. Nach unserem Eindruck ist es aber so, dass mittlerweile fast alle Kassen in der einen oder anderen Weise eine Stärkung der ambulanten Versorgung suchen. Das sieht man schon an den Zahlen: Heute machen die Versicherten der Krankenkassen, die mit der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) Verträge abgeschlossen haben, bereits deutlich mehr als die Hälfte aller GKV-Versicherten in Berlin-Brandenburg aus. Hinzu kommen die Versicherten der Krankenkassen, die mit einem Mitglied unseres Versorgungsnetzes, der Pinel-Gesellschaft eigenständige Verträge abgeschlossen haben, so dass zusammen über drei Viertel aller Versicherten Berlins und Brandenburgs potenziell IV-Leistungen in Anspruch nehmen können.

Welche Tipps würden Sie jemanden geben, der eine Integrierte Versorgung aufbauen will?

Man muss vor allen Dingen mit seinen Innovationsvorschlägen glaubwürdig und verlässlich bleiben. Die Vertragspartner müssen sicher sein können, dass man das Verhandelte auch ernsthaft umzuset-

zen versucht. Es gibt ja bei der Umsetzung genug Schwierigkeiten, da braucht man ein partnerschaftliches Verhältnis und ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein mit den Kassen. Wir haben allerdings auch schon die Erfahrung gemacht, dass kassenseitig wenig verantwortungsbewusst respektive fair agiert wurde. Mit unseren derzeitigen Vertragspartnern besteht ein sehr gutes Arbeitsverhältnis.

Glaubwürdigkeit heißt auch: Man muss Versprechen halten.

Ja, mit offenen Karten spielen und keine Versprechungen machen, die dann nicht einzulösen sind. Umso größer ist dann die Befriedigung, wenn es wirklich klappt: So hat 2012 die DAK einen Bonus für die Psychiater eines Vertragstypus ausgezahlt, in dem es insbesondere um die bessere Versorgung der schwer Erkrankten wie z.B. Menschen mit Schizophrenie oder bipolarer Störung geht. Dieser Bonus wurde gezahlt, weil unsere eingeschriebenen IV-Patienten in diesem Jahr im Vergleich zu der krankenkasseninternen Vergleichsgruppe nur ein Drittel der Krankenhaustage in Anspruch genommen haben. Das ist ja schon mal ein vorzeigbares Ergebnis.

Ein für die VPsg ganz besonders wichtiger Punkt ist die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen, was man in der Psychiatrie Trialog nennt. Welchen Einfluss hat dieser Trialog auf den Outcome?

Hierbei geht es um einen grundsätzlichen Anspruch unseres Vereins respektive unseres Versorgungsnetzes. In einer demokratischen Gesellschaft wollen Betroffene zunehmend über ihr eigenes Schicksal, über die Behandlungsformen und die Entwicklung in der medizinischen Versorgung mitbestimmen. Shared decision making ist gerade in der Psychiatrie wichtig. Dies gilt für die persönliche Behandlungsebene wie für die allgemeine Versorgungsgestaltung. Beispielsweise haben wir in der konkreten Behandlungssituation für IV-Patienten einen IV-Pass entwickelt, in dem genau festgehalten wird, wie der jeweilige Patient in psychischen Krisen behandelt werden will. Das ist entscheidend, denn ein Patient in einer schweren psychischen Krise kann in diesem Moment nicht so autonom entscheiden, wie er es eigentlich möchte. Da soll der IV-Pass, der konkrete Vorschläge beinhaltet, helfen, indem er Vorgaben macht: angefangen bei der Medikation, über die Krankenhaus-Wahl bis hin zur Verständigung von Angehörigen. Patientenoptionen sind grundsätzlich sehr ernst zu nehmen, auch weil sie bedeutsam sind für den Krankheitsverlauf, für die Therapie und die Heilung. Mit einem aufgeklärten Patienten kann man besser zu Absprachen kommen, denen der Patient auch mit Überzeugung zustimmt. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Patient dann an die notwendigen Therapien hält, ist deutlich höher, als wenn die Behandlungen patriarchalisch verordnet werden. Das ist die persönliche Behandlungsebene. Auf der anderen, der organisatorischen Seite müssen die Verbände der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker verstärkt einbezogen werden, weil diese die Patientenbelange am besten formulieren können. Ich gehe davon aus, dass das zukünftig eine noch größere Bedeutung bekommen wird als heute. Daher wollen wir frühzeitig die Zusammenarbeit weiterentwickeln.

Ganz zentral für die von Ihnen initiierte Art der Versorgung ist der Begriff der Qualität. Wie sieht Ihr Qualitätsmanagement aus?

Unser Qualitätsmanagement ist schon in unserer Startphase mit der Charité verabredet und geplant worden; eine Psychologin der psychiatrischen Klinik der Charité (Campus Mitte), die in diesen Fragen speziell ausgebildet ist, führt unser externes Qualitätsmanagement; das interne QM wird durch unseren Netzmanager und für einzelne Leistungsbereiche als verantwortlich benannte IV-Leistungserbringer gewährleistet.

Was machen Sie da konkret?

Uns geht es derzeit noch vorrangig um die Struktur- und die Prozessqualität. Die Ergebnisqualität unserer Arbeit können wir immer nur in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen unter Zuhilfenahme entsprechender Daten prüfen und diskutieren. So analysieren wir bestimmte Strukturkomponenten, z.B. unsere Anwenderkonferenzen, die fachpsychiatrische Arbeitskreise, die zentralen Informationsveranstaltungen, wo wir die vereinbarten Behandlungspfade vorstellen und diskutieren. Wir sehen aber auch in die Dokumentationen der einzelnen Praxen und Pflegedienste und vergleichen die Leistung der Einrichtungen quantitativ und qualitativ. Alle Dokumentationen und auch die Verordnungen werden in unserem Netz elektronisch und komplett papierlos erfasst. Wir veranstalten regelmäßig Klausurwochenenden, bei denen es um alle Fragen des Behandlungsalltags in der Integrierten Versorgung geht. U.a. erfolgen immer wieder auch Fallbesprechungen, um die Möglichkeiten und Grenzen unserer Behandlung auszuloten. Das ist sozusagen ein Aspekt der narrativen, der erzählenden Medizin, die heute nur zu oft vernachlässigt wird.

Sie müssen eine sehr gute Datenbasis für Versorgungsforschung haben, aber führen keine Studien durch. Warum?

Wir haben leider keine Mittel dafür. Wir würden gerne und suchen auch nach Möglichkeiten. Sicher bieten wir mit unserer elektronischen Datenerfassung und über 2.000 eingeschriebenen Patienten beste Ausgangsbedingungen für eine qualitativ anspruchsvolle Versorgungsforschung. Gerne würden wir auch Versorgungsdaten der Regelversorgung und der Integrierten Versorgung damit in Bezug setzen.

Ihre Arbeit ist einmal durch die Charité evaluiert worden. Verlangen die Kostenträger keine laufende Evaluierung?

Ja, in der Anfangsphase bis 2010 wurden unsere entsprechend der gesetzlichen Vorgabe evaluiert; die Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité sind in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ veröffentlicht; sie belegen cum grano salis die Sinnhaftigkeit unseres Ansatzes. Die Evaluation, die wir mit der Charité gemacht haben, war etwas Neues. Denn speziell die DAK war bereit, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Heute stellen die Krankenkassen allerdings keine Mittel für die Evaluation mehr bereit. Sie haben ihre eigenen Datenbanken und können damit einiges selbst evaluieren. Diese Daten sind auch für uns wichtig, um damit in der Qualitätssteuerung weiter zu kommen. Also: eine qualifizierte neutrale Evaluation wäre ein großer Gewinn.

Was sind Ihre Pläne für die Zukunft?

Wie schon gesagt, ist uns die stärkere Einbeziehung der Kliniken und Heime ein wichtiges Anliegen. Vor allen Dingen suchen wir eine intensiviertere Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Das ist ein ausdrückliches Projekt für die nächste Zeit. Denn Hausärzte müssen stärker einbezogen werden, um infrage kommenden Patienten unser Versorgungsangebot nahebringen zu können. Die tatsächliche Einschreibung nimmt natürlich immer der Patient selbst vor. Doch die Zuweisung entsprechend erkrankter oder bedürftiger Patienten an die Psychiater-Praxen unseres Netzes soll ab April elektronisch über entsprechende Terminportale auf unserer Homepage erfolgen. Dies bringt für die Hausärzte den großen Vorteil der raschen und zielgenauen Überweisungsmöglichkeit.

Ihre Versorgung ist beschränkt auf Berlin und Brandenburg. Gibt es auch Perspektiven, die IV-Verträge regional zu erweitern?

Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes Humboldt-Klinikum



Vivantes Klinikum Am Urban



Vivantes Klinikum im Friedrichshain



Vivantes Klinikum Spandau



Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg



Vivantes Klinikum Hellersdorf



Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum



Vivantes Wenckebach-Klinikum



Vivantes Klinikum Neukölln

Es gibt Anfragen aus anderen Bundesländern, die sich an unserem Modell orientieren wollen, indem sie eine Vereinsgründung oder einen gemeinnützigen Verein als Basis nehmen, in dem alle Psychiatrie-Akteure Mitglied werden können. Auch solche, die nicht unbedingt an der kassenfinanzierten Versorgung beteiligt sind; aus diesem Mitglieder-Pool rekrutieren sich dann die aktiven Leistungserbringer des IV-Netzes.

Ihr Verein hat ein gemeinsames Grundverständnis geschaffen, wie integrierte Versorgung in der Psychiatrie funktionieren sollte.

Das war uns wichtig. Ausschlaggebend ist in der Tat, das sich unser Verein nicht primär als „Geschäftsmodell“ versteht, sondern sich als ein ideell ausgerichteter, gemeinnütziger Verein um alle Fragen der Versorgung psychisch Schwerkranker kümmert und dazu in Diskussions- und Kommunikationsprozesse mit allen möglichen Beteiligten und Randbeteiligten tritt, beispielsweise auch zum Thema Religion und Psychiatrie. Aktuell führen wir eine Veranstaltungsreihe „Psychiatrie-Info in der Moschee“ (1x monatlich) in einer großen türkisch-islamischen Gemeinde durch; wir haben viel Resonanz und den Vortragenden unseres Vereins machen dieser Austausch und diese Informationsarbeit viel Freude. Aus der identitätsstiftenden Vereinssituation heraus ergibt sich dann die logische Frage nach der bestmöglichen Form der Versorgung. Wenn sich unser Verein beispielsweise mit der Frage migrationsbedingter Probleme psychisch Kranker beschäftigt, mündet das später ein in die praktisch relevanten Fragen, wie man das in der konkreten Versorgung umsetzt.

Der andere Weg wäre zu schauen, wie eine Praxis noch mehr Geld verdienen kann. Das wird vielen IV-Verträgen vorgeworfen, die Prof. Dr. Eberhard Wille deshalb auch Beutegemeinschaften genannt hat. Doch für Sie ist das Geschäftsmodell erst die zweite Stufe, nachdem eine Art Grundverständnis für eine bessere Versorgung aufgebaut ist.

Dem kann ich zustimmen, was aber sicher nicht heißt, dass wir nicht eine angemessene Honorierung für unsere Leistungen fordern. Im Gegenteil: Allen muss klar sein, dass es Qualität nicht zum Nulltarif geben kann.

Im Gesundheitssystem gibt es viele Innovationsblockaden, die Sie seit etwas mehr als zehn Jahren erfolgreich überwunden haben, zumindest einige davon. Wo sehen Sie solche Blockaden?

Wer etwas Neues macht, muss mit Widerstand rechnen. Das ist unvermeidlich und zum Teil auch richtig. Man muss ja erst einmal zeigen, dass man es auch wirklich besser macht. Doch hier lauert eine Bürokratiefalle. Denn innovative Akteure geraten oft und schnell in die Versuchung, es den Vertragspartnern und allen anderen besonders gut

zeigen und besonders gut dokumentieren zu wollen, was sie können. Das fördert die Bürokratie und kostet wertvolle Zeit. Daher ist es besonders wichtig, sich darüber im Klaren sein, was man wirklich zu leisten in der Lage ist und was man als ausreichenden Qualitätsbeleg ansehen kann.

Und von politischer Seite?

Nicht alles ist konsequent zu Ende gedacht, was der Gesetzgeber vorgibt und manches ist widersprüchlich. So gibt es beispielsweise durch die Mehrwertsteuerpflichtigkeit der Managementkosten in der Integrierten Versorgung eine Benachteiligung der Integrierten Versorgung. Den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts entstehen diese Mehrkosten durch die Mehrwertsteuer nicht, der Integrierten Versorgung indes schon. Diese Zusatzkosten aber müssen erst einmal zusätzlich erwirtschaftet werden. Das ist ein Webfehler in der IV-Gesetzgebung. Ein anderes Problem ist die überstrenge Auflagengestaltung inklusive der Bereinigungsverpflichtung durch das Bundesversicherungsamt; im Bereinigungsverfahren werden die Leistungen der Regelversorgung (über die KV erfasst) bei IV-Patienten in einem komplizierten und bürokratischen Procedere aus der KV-Vergütung herausgerechnet („bereinigt“). Da einfachere Wege zu finden, wäre dringend nötig. Nach unserem Eindruck will niemand das Bereinigungsverfahren, weder die Krankenkassen noch die kassenärztlichen Vereinigungen und wir als Leistungserbringer natürlich auch nicht, weil es unnötige Kosten produziert, die der Versorgung dann fehlen.

Auch die Vorgabe, wonach integrierte Versorgungsverträge sich bereits innerhalb eines Jahres als wirtschaftlich erweisen müssen, ist unsinnig. Wer auch nur einen kleinen Moment darüber nachdenkt, wird erkennen, dass solche Verträge wie alle Innovationen einfach eine gewisse Zeit brauchen, um sich zu bewähren und damit sich die zum Teil hohen Investitionskosten – zum Beispiel für die IT – amortisieren. Erfreulich aber ist, dass nach den Verabredungen der großen Koalition Ärztenetze stärker gefördert werden sollen und ein Fonds für innovative Versorgungsmodelle und deren Evaluation bereitgestellt werden soll. Wir gehen davon aus, dass wir als eines der ersten Netze bundesweit eine Netz-Zertifizierung nach den anspruchsvollen Kriterien der KBV erhalten werden. Der Antrag ist gestellt und wir sind optimistisch, damit dann unserem Ziel einer verbesserten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung psychisch schwer Kranker einen weiteren Schritt nähergekommen zu sein.

Herr Dr. Mönter, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Interviewbearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Netz-Facts VPsG (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit)

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (VPsG) ist eine Initiative für eine verbesserte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen. Der Verein wurde im Dezember 2003 gegründet und fördert eine qualitätsgesicherte, interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Leistungserbringer, die an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind. Die Psychiatrie Initiative Berlin Bran-

denburg (PIBB) ist die Managementgesellschaft des VPsG.

Beteiligte Partner:

DAK, BKK VBU, AOK, PiBB*

ca. 2.000 Patienten

ca. 50 Fachärzte

11 psychiatr. Pflegedienste

20 Träger von Soziotherapie

mehrere Kliniken

8-10 Psychotherapeuten

mehrere Rehasport-Einrichtungen

eine IT-Firma

Geschäftsführer: Dr. Norbert Mönter

Netzwerkmanagement: Stephan Schikorra MPH

Team-Assistenz: Anna Gerstein M.A.

Externes Qualitätsmanagement: Dr. Karin-Maria Hoffmann (Charité)

IV-Modelle:

A: Schwer psychisch Kranke mit Behandlungsbedarf für aufsuchende Hilfen (DAK-Gesundheit, BKK-VBU)

B: Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter (Frühintervention bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen) DAK-Gesundheit)

C: Populationsbezogener Vertrag für alle Versicherten mit psych. Erkrankungen (AOK Nordost)

Teilnehmende Patienten

über 2.000 in IV-Verträgen der AOK Nordost, DAK-Gesundheit und BKK VBU

Medizinmanagement

Hrsg.: Jürgen Wasem | Susanne Staudt | David Matusiewicz

Medizinmanagement - Grundlagen und Praxis

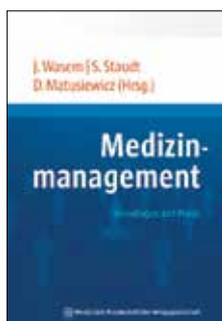
Verlag: MWV Berlin, 2013

560 Seiten

ISBN: 978-3-941468-99-3

Preis: 59,95 Euro

>> Es ist schon hochkomplex unser Gesundheitssystem. Um zu zeigen, wie komplex es denn wirklich ist, braucht es ein ganzes Buch, besser ein Lehrbuch namens „Medizinmanagement“.



Und da ein gutes Lehrbuch auch ein Add-on hat, in diesem Falle ein herausnehmbares Blatt, kommen die Käufer und Leser in den Genuss eines großformatigen Faltblatts, das die Struktur des deutschen Gesundheitswesens in ihrer ganzen Komplexität und Verwobenheit auf sechs Ebenen und in Matrixform sichtbar macht. In dem von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Susanne Staudt und Dr. David Matusiewicz – alle Universität Duisburg-Essen – als Herausgeber-Triumvirat verantworteten Autorenbuch, in dem immerhin 32 Autoren plus 12 mitarbeitende Autoren sorgsam orchestriert wurden, werden dann alle Akteure und Institutionen im Einzelnen beleuchtet und zugleich die Interdependenzen der Bereiche des Gesundheitssystems dargestellt. Da steckt jede Menge Arbeit drin, die eigentlich fortgeschrieben werden sollte, denn mit jeder Legislaturperiode ändert sich ja etwas, wie jetzt beispielsweise ein Qualitätsinstitut hinzukommen soll.

Da all das aber noch nicht ganz reicht, um ausreichend Klarheit zu schaffen, sind ergänzend jedem der immerhin 17 Kapitel noch detaillierende Ausschnitte mit Blick auf die jeweiligen Schnittstellen im System vorangestellt. Bestandteil der Kapitel sind dann neben einführenden Hinweisen zum Hintergrund, Definitionen und Beschreibungen vor allem auch Praxisbeispiele als Brücke zwischen Theorie und Praxis und Managementfragen sowie die genaue Betrachtung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems. <<

SAP und Roche kooperieren bei Personalisiertem Diabetes Management

>> Die individuelle Versorgung von Menschen mit Diabetes stand im Mittelpunkt des diesjährigen Diabetes Mediendialogs auf Schloss Hohenkammer bei München. Experten aus diabetologischer und hausärztlicher Praxis, Versorger, Patienten und IT-Spezialisten gingen gemeinsam der Frage nach, wie der Faktor der Individualität auf ein System übertragen werden kann, das in Deutschland heute rund 7 Millionen Menschen zu versorgen hat. Dabei diskutierten sie mit der Idee eines Personalisierten Diabetes Management (PDM) Ansätze & Lösungen, die sowohl eine qualitative hochwertige Breitenversorgung als auch eine erfolversprechende individuelle Therapie möglich machen. Besonders interessant war diesmal der vorgestellte Ansatz, wie eine Kasse, ein großes IT-Anbieter und ein Medizintechnikhersteller gemeinsam dafür sorgen können, dass aus „Big Data“ bessere Versorgung wird. So zeigte Michael Reh, Executive Vice President Business Information Technologie und Innovation von SAP, einen neuartigen

Ansatz eines datengetriebenen Diabetes Management. In einem gemeinsamen Projekt der SAP AG und der Roche Diagnostics Deutschland GmbH wird eine Softwarelösung für ein datenbasiertes Präventionsprogramm entwickelt. Dabei könnten Ärzte über die automatische Analyse vorhandener Routinedaten gezielt Patienten für ein Präventionsprogramm ansprechen. Das Programm umfasst ein Willkommenspaket für Patienten inklusive der Downloadfunktion einer mobilen App. Über diese würden Gesundheitsparameter des Patienten an den Arzt übermittelt, die als Grundlage für Therapiegespräche dienen. Ziel sei eine vom Arzt initiierte, ereignisorientierte Behandlung auf Basis der vom Patient erfassten Messwerte. Eine Analyse der pseudonymisierte Patientendaten erlaube es, den Erfolg des Präventionsprogrammes zu verfolgen und es kontinuierlich zu optimieren. Die App soll schon Mitte des Jahres verfügbar sein. Die Daten werden in einer Cloud gehostet, die SAP Health Data on Demand genannt wird <<

ZI lobt Wissenschaftspreis „regionale Gesundheitsversorgung“ aus

>> Um die Forschung auf dem Gebiet der regionalen Gesundheitsversorgung zu fördern, schreibt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) erneut seinen mit 5.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis „Regionale Gesundheitsforschung“ aus.

Die Versorgungsforschung hat in Deutschland in den letzten Jahren international aufgeholt und an Bedeutung gewonnen. Schließlich liefern Untersuchungen der medizinischen Versorgung – insbesondere auch die Erforschung regionaler Unterschiede – wichtige Informationen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Mit dem Wissenschaftspreis „Regionale Gesundheitsforschung“ möchte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung diesen Forschungsbereich weiter stärken. Mit dem Preis sollen Arbeiten aus allen Bereichen der Versorgungsforschung ausgezeichnet werden, die regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung thematisieren. Beispiele sind Untersuchungen zur Krankheitsprävalenz, zur Inanspruchnahme oder der Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sowie im ambulanten Bereich mit regionalem Bezug. Neben Originalarbeiten werden auch bereits anderweitig veröffentlichte Publikationen aus dem Vorjahr akzeptiert. Ergebnisse aus Diplom- oder Masterarbeiten sowie aus Dissertationen sind ebenfalls willkommen, wenn diese den Anforderungen des

Versorgungsatlas entsprechen. Auch Arbeiten in englischer Sprache sind willkommen.

Einsendeschluss ist der 1. August. Bewertet werden die Arbeiten durch den wissenschaftlichen Redaktionsbeirat des Versorgungsatlasses. Die Preisverleihung findet im Rahmen des ZI-Forums im Herbst 2014 statt. <<

Neue BMBF-Förderung

>> Das BMBF hat einen Aktionsplan „Individualisierte Medizin: Ein neuer Weg in Forschung und Gesundheitsversorgung“ und ein Maßnahmenpaket inklusive Förderung erarbeitet, um die Fortschritte der medizinischen Forschung für die Versorgung der Menschen zu nutzen, sowie Wissenschaft und Wirtschaft im Gesundheitssektor auch zukünftig einen internationalen Spitzenplatz zu sichern. Antragsberechtigt sind Hochschulen und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie kleinere und mittlere Unternehmen mit F&U in Deutschland.

Für die Abwicklung der Fördermaßnahme hat das BMBF den Projektträger im DLR Gesundheitsforschung (Stichwort: „Methoden und Werkzeuge für die Individualisierte Medizin“) in Bonn beauftragt. Infos: www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Gesundheitsforschungsprogramm.pdf. <<

Ein Fazit des Endberichts des Young Lions Gesundheitsparlaments

Neu, kreativ, hochmodern und utopisch?

Es gibt täglich unzählige Versuche, das Gesundheitssystem zu verbessern oder zu reformieren. Das Problem ist immer das Gleiche: Es gibt ein historisch gewachsenes und scheinbar komplexes System, das zahlreichen unterschiedlichen Interessenlagen ausgesetzt ist und Veränderungen nur schleppend zulässt. Es gibt nur vereinzelt Vordenker, die das System mit freiem Geist und Kreativität weiter vorantreiben. Darüber hinaus wird es oft als Utopie abgetan, es gar gänzlich neu zu erfinden. Das hier vorgestellte Konzept zum Design eines neuen Gesundheitssystems kann von der Herangehensweise der Mode- bzw. Automobilindustrie abgeleitet werden.

>> Bei Modenschauen oder neudeutsch Fashion-Weeks werden neue Ideen und Entwürfe vorgestellt und Trends für die Zukunft gesetzt. Auch werden bei Automessen sogenannte Concept-Cars präsentiert, die die Ästhetik und Dynamik für die folgenden neuen Modelle und die Erwartungen der Menschen prägen. Was haben beide gemeinsam? Es werden nur allzu oft Kleidung und Blech vorgestellt, die nie den Weg auf die Straßen finden. Zu verrückt, zu gewagt, zu teuer und der Zeit voraus. Darum geht es aber auch nicht: Es geht um die Impulse und Trends, die wiederum partiell Einzug in die Realität finden.

Ziel

Ziel ist es, ein komplett neues, kreatives, hochmodernes und aus jetziger Sicht utopisches Gesundheitssystem der Zukunft, modular in einem virtuellen Prozess der jungen Generation zu erschaffen. Einfachheit ist der Endpunkt unserer Überlegungen, nicht der Anfangspunkt. Erst wenn wir das System wirklich verstanden haben, dann können wir es auch einfach beschreiben.

Akteure

Gesundheitskonsumenten: Darunter sind die Konsumenten von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsgütern zu verstehen. Im besten Fall wird Gesundheit nicht konsumiert, sondern von allen Menschen eigenverantwortlich und sorgsam gepflegt und erhalten. Die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins spielt ab Geburt bzw. Kindheit eine wichtige Rolle. Der Gesundheitskonsument wird befähigt, verlässliche Informationen über gesunde Lebensführung zu erhalten, auf seine Situation zu beziehen und eigene Konsequenzen für sein Verhalten daraus abzuleiten. Im Leben des Gesundheitskonsumenten wird er im Kindes- und Jugendalter befähigt, Souverän seiner Gesundheit zu werden. Einzelne Stationen seiner Laufbahn sind beispielsweise regulär eingeführter Schulun-

terrichtet mit Fächern wie gesundheitsbewusste Lebensführung, medizinische Grundlagen und Verständnis über das Gesundheitssystem. Die Bedürfnisse des Gesundheitskonsumenten als Souverän liegen in der Minimierung seiner Gesundheitseinschränkungen und dem Erreichen und Halten des individuell bestimmten Gesundheitsoptimums. Darüber hinaus strebt er eine Minimierung seines Ressourceneinsatzes (Zeit, Geld, Anstrengung) an, um diese in anderen Lebensbereichen einzusetzen.

Gesundheitsproduzenten: Sie stellen Gesundheitsgüter her, bieten Dienstleistungen an und verfolgen das oberste Ziel, die Bedürfnisse der Gesundheitskonsumenten zu befriedigen. Hierzu zählen die folgenden Professionen, die im Konzept noch näher definiert sind: Gesundheits-Berater, Gesundheits-Behandler, Gesundheits-Botschafter, Gesundheits-Evaluatoren, Gesundheits-Fabrikanten, Gesundheits-Praktiker, Gesundheits-Logistiker, Gesundheits-Wissenschaftler, Gesundheits-Wissensvermittler. Unternehmen, die ihre Güter und Dienstleistungen außerhalb des Gesundheitsmarktes anbieten, sind indirekt, nämlich als Arbeitgeber, für die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer zuständig. Sie können durch psychosoziale Maßnahmen oder durch gezielte betriebliche Prävention die Gesundheit ihrer Mitarbeiter fördern. Darüber hinaus sind sie für die Finanzierung des Gesundheitssystems wichtig (siehe Kapitel Finanzierung).

Gesundheitskomplexe: Gesundheitskomplexe kann man sich wie mehrstöckige Gebäude vorstellen. Hier arbeiten die Gesundheits-Behandler unterschiedlicher Fachrichtungen und bieten eine zentrale Anlaufstelle für die Gesundheitskonsumenten und andere Akteure. Dem Wohlempfinden der Gesundheitskonsumenten als auch dem der Angehörigen wird ein hoher Wert beigemessen. Hier werden alle notwendigen Dienstleistungen und Produkte zentral angeboten. Im Gesundheitskomplex beginnt die Aufnahme mit einem interdisziplinären Aufnahmeteam, das die Diagnose stellt und in Absprache mit dem Gesundheits-

konsumenten den richtigen Behandlungspfad wählt. Die Behandlungspfade werden mit einer intelligenten Software zeitlich erfasst, ebenso wie die Ergebnisqualität. Die Pfade werden in kurzen Zeitintervallen immer wieder neu evaluiert, was zu einer Modifikation der Behandlung im Gesundheitskomplex oder im Vergleich mit anderen Gesundheitskomplexen Auswirkungen auf das gesamte System haben kann.

Gesundheitsinsel: Darunter ist ein regional erschlossenes Gebiet zu verstehen, das Gesundheitsleistungen anbietet. Diese ist wie eine Kleinstadt organisiert und hat eine eigene Infrastruktur. Die Gesundheitsinsel besteht aus mehreren miteinander verbundenen Gesundheitskomplexen, die sich nach Fachrichtungen sinnvoll ergänzen. Der Zugang wird durch ein Transportsystem gesichert. Darüber hinaus ist es möglich, die Leistungen „ins Wohnzimmer“ zu transferieren. Gesundheitsinseln sind für die Gesundheitserhaltung und mittel- bzw. langfristige Therapien gedacht. In Deutschland gibt es 60, bundesweit gleichmäßig verteilte Gesundheitsinseln. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Forschung finden theoretisch und praktisch ebenfalls in den Gesundheitsinseln statt.

Gesundheitsautorität: Dies ist eine zentrale hoheitliche Organisation, die insbesondere die Regeln für das Gesundheitssystem festlegt und als Verwalter der Gesundheitspunkte dient. Der Aufbau der Gesundheitsautorität gestaltet sich wie folgt: Politisches Ressort, Ressort der Gesundheitsbank, Ressort der Gesundheitspunkte-Zentrale, Ressort der Qualität, Ressort der Systementwicklung, Ressort der Wissenschaft, Ressort der Gesundheitskonsumenten, Ressort der Gesundheitsproduzenten. Die Gesundheitsautorität wird alle zwei Jahre demokratisch gewählt und durch eine Kontrollinstanz überwacht.

Organisation

Das Gesundheitssystem ist als zukunftsorientiertes und schnell zu adaptierendes Sys-

tem zu gestalten und muss sich schnell an externe Druckpotenziale (innere und äußere Umwelt) anpassen können. Die Akteure und rechtlichen Rahmenbedingungen sind zwar zentral gesteuert bzw. geregelt, um einheitliche Standards zu haben und Ressourcen zu schonen. Innovationen und Entwicklungen entstehen jedoch dezentral und werden gefördert.

Ausbildung

Zur Ausbildung der Gesundheitsproduzenten gehört es, ein Trainee-Programm in mehreren unterschiedlichen Stationen der Gesundheitsinseln und in den Organisationen außerhalb zu absolvieren, um die Perspektive der anderen verstehen zu lernen. Die Persönlichkeitsentwicklung und die stetige Weiterbildung der Gesundheitsakteure wie auch der Gesundheitskonsumenten sind die Schlüssel zur gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsorientierung und zur stetigen Verbesserung. Die Ausbildung der Gesundheitsproduzenten erfolgt grundsätzlich in einem Hauptgebiet und einem anders angesiedelten Nebengebiet. Die Ausbildung im Nebengebiet dient dazu, Personalengpässe auszugleichen. So kann der Gesundheits-Behandler plötzlich zum Einsatz gerufen werden, um als Gesundheits-Logistiker auf der Gesundheitsinsel eine Glühbirne auszuwechseln und als Gesundheits-Praktiker mit jemanden einen Spaziergang durch die Gesundheitsinsel zu absolvieren.

Informationen

Informationen werden zentral und qualitativ gesichert auf der Website der Gesundheitsautorität gesammelt. Eine gemeinsame interaktive Wissensplattform auf der Homepage der Gesundheitsautorität dient als prägnantes Nachschlagewerk und Informationsbasis. Betreut werden die einzelnen Themenkomplexe durch namhafte Experten aus dem Gebiet, die sicherstellen, dass alle eingestellten Informationen interessenunabhängig sind und dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen.

Es gibt von wesentlichen Aufklärungsmaterialien oder Behandlungspfaden zwei Versionen: Eine für die Gesundheitsproduzenten, die auf Detailinformationen basiert sowie eine zweite interaktive Kurzfassung für die Gesundheitskonsumenten, die anschaulich die wesentlichen Informationen zusammenfasst. Das Online-Portal ist für alle Akteure die erste Anlaufstelle zur Informationsrecherche. Eine intelligente Software schneidet die we-

sentlichen Informationen auf Anfrage aus den relevanten Dokumenten (z.B. Leitlinien) heraus, stellt sie anderen vorhandenen Literaturquellen gegenüber und setzt sie zu einem neuen Dokument mit Verfallsdatum zusammen.

Finanzierung

Die Finanzierung des Systems ist pragmatisch. Jeder bekommt am Anfang seines Lebens ein Gesundheitskonto. Jeder Gesundheitskonsument bekommt neben den Startpunkten eine monatliche Punkterente, die sich Monat für Monat leicht erhöht. Die Punkte können durch gesundheitsförderliche Maßnahmen zusätzlich erhöht werden. Je mehr Punkte man hat, desto mehr Wahlmöglichkeiten hat man neben der Basis-Behandlung, die in den Gesundheitskomplexen stattfindet. Damit das klar ist: Der Zugang zum System und die Basis-Versorgung ist durch Ausgleichsmechanismen für jeden möglich. Extra-Punkte bedeuten primär Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl der Gesundheits-Behandler, bei der Zuwahl von besonderen Produkten wie Wellnessprodukten oder chemischen bzw. pflanzlichen Substanzen. Gesundheit soll auch Spaß machen. Die Gesundheitspunkte sind nicht auf andere übertragbar und nach dem Tod fließen die Punkte zurück in das System, also dem Sammelkonto des Ressorts der Gesundheitspunkte-Zentrale bei der Gesundheitsautorität, wo auch das eigene Konto verwaltet wird. Im gleichen Ressort ist ein Ausgleichspool angesiedelt. Dieser speist sich aus den überflüssigen Punkten und weiteren Zuschüssen der Gesundheitsautorität. Dieser Pool dient für die Fälle, bei denen das Punkteguthaben außerordentlich aufgebraucht wurde. Dies ist dann der Fall, wenn das angesparte Punktekonto nicht ausreicht (beispielsweise wenn bei schwereren und seltenen Erkrankungen die Behandlungskosten durch besondere Komplikationen deutlich höher liegen als im Durchschnitt oder die Erhöhung der Punkterente erst mit Zeitverzug, z.B. aufgrund von Diagnosevalidierung, angepasst werden kann). Nichtsdestotrotz gleicht der Ausgleichspool das Defizit wieder aus, wobei es sich hierbei dann nur um den geringsten verfügbaren Standard handelt, so dass ein Anreiz bleibt, um mit seinen Punkten wirtschaftlich zu handeln. Der Gesundheitskonsument zahlt beim Gesundheitsproduzenten seine Rechnung, wobei der Gesundheitskonsument mit einer einfachen Kursumrechnung die Punkte in Geldeinheiten umrechnen kann, so dass er auch eine Übersicht über seine Ausgaben hat. Für die Standardbehandlungen

gibt es einheitliche Preise. Für besonderen Service kann gesondert gezahlt werden. Alle Preise und Zusatzdienstleistungen sind auf der Website der Gesundheitsautorität ausgewiesen und geprüft.

Die Gesundheitsproduzenten erhalten von der Gesundheitsautorität Zuschüsse zu Investitionskosten und bei besonders innovativen Projekten. Die Gesundheitsunternehmen aber auch alle anderen Arbeitgeber zahlen sogenannte Gesundheitsentwicklungsabgaben an die Gesundheitsautorität. So wird das Gesundheitssystem gegenfinanziert. Die Gesundheitsentwicklungsabgaben ergeben sich als Summe der jeweiligen prozentualen Anteile der Arbeitslöhne der Mitarbeiter und werden mit einem Faktor gewichtet, der sich an dem Gewinn des Unternehmens orientiert. Erfolgreiche Unternehmen zahlen somit mehr. Es ist keine Bestrafung, sondern ein Beitrag zur gesellschaftlichen Verantwortung. Besonders gesundheitlich engagierte Arbeitgeber (bezogen auf die Förderung der Gesundheit der eigenen Mitarbeiter) können einen Teil des Betrages für eigene gesundheitsbezogene Maßnahmen im Unternehmen oder zur Förderung von gesundheitsbezogenen Projekten einbehalten.

Ausblick

Es ist sicherlich ein Entwicklungsprozess, der über Generationen andauert, bis sich ein Wertegerüst zur Gesundheit entwickelt hat. In unserer Welt gibt es von jedem Einzelnen das intrinsische Verlangen, sich mit der Gesundheit zu beschäftigen und diese zu hüten. Es gibt einen Wissensdurst, um die Hintergründe, Behandlungen und Therapieverläufe zu verstehen und daran zu forschen. Wir produzieren gesunde Nahrung und Kleidung, wir essen und trinken gesund, wir entwickeln umweltfreundliche Technologien. Wir sind im Zeitalter des „homo valetutodo“ – des gesunden Menschen mit einer gesunden Denkhaltung, einem gesunden körperlichen Befinden, und einem allgemeinen Wohlbefinden. Das mag vielleicht alles etwas grün hinter den Ohren klingen, aber wir dürfen das, wir sind auf der Zukunftswiese Gesundheit, dem Idealtyp eines Gesundheitssystems. Ableitungen für den Realtyp sind allerdings willkommen.

<<

von: David Matusiewicz*
Co-Autoren: Selma Götz, Lydia Neubert, Lisa Stührenberg, Carolin Stupp, Helmut Dahl, Dorothea Thomas.



Prof. Dr. rer. nat. Christian Franken

studierte Pharmazie in Regensburg und Bonn. Im Anschluss an seine Promotion im Bereich Pharmakologie am pharmazeutischen Institut der Universität Bonn arbeitete er in der Universitätsklinik Ulm, in Aachen und in Eschweiler und war Leiter der Krankenhausapotheke des Universitätsklinikums Düsseldorf. Heute ist er Chefarzt und Vorstand Pharmazie von DocMorris N.V. in Heerlen, Niederlande.

Medikationsprozess: Lernen von den Niederlanden

>> Sicherlich, ein Vergleich von Gesundheitssystemen hinkt immer, auch der konkrete Vergleich von Teilbereichen sehr ähnlicher Systeme – wie des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems – weist zumeist strukturelle Schwächen auf. Dennoch darf ein Blick in die Nachbarländer erlaubt und sinnvoll sein, zumal dann, wenn Prozesse im Inland ein wenig anachronistisch erscheinen und keinen wirklich relevanten Systembezug aufweisen. Ein lohnendes Beispiel ist der Medikationsprozess, welcher in den Niederlanden sicherlich um einiges effizienter und sicherer verläuft, als in Deutschland.

Wie sieht es in den Niederlanden aus? Das Papierrezept hat seit geraumer Zeit ausgedient, es ist nur noch in Ausnahmesituationen zugelassen. Die Übergangsregelung für die wenig verbliebenen Ärzte, die sich diesem neuen Verfahren noch nicht angeschlossen haben, endet zum 01.01.2015. Die Therapiehoheit liegt selbstverständlich auch hier beim Arzt, der Apotheker trägt jedoch de jure eine Mitverantwortung bei der Medikation! Was bedeutet dies in Konsequenz? Unter jeder Verordnungszeile auf einem Rezept muss die Dosierung aufgeführt werden, die dann vom Apotheker geprüft werden muss; mehr noch: der Apotheker hat Zugriff auf relevante Vitalparameter und lässt dies somit u.a. in die Dosierungsüberprüfung einfließen. Ebenfalls muss bei derzeit 23 Arzneimitteln zusätzlich die Indikation auf dem Rezept vermerkt sein; dies sind Arzneimittel, die sich durch eine geringe therapeutische Breite, unterschiedliche Dosierungsregime oder verschiedene Indikationsmöglichkeiten auszeichnen. So muss in Konsequenz zusätzlich eine Kontraindikationsprüfung durch den Apotheker durchgeführt werden. Die Liste der Arzneimittel, bei denen die Indikation zusätzlich zu vermerken ist, wird kontinuierlich erweitert. Umgekehrt hat der Arzt in der Regel ebenso in meisten Fälle einen direkten Zugriff auf die Apothekendaten. Wir reden hier allerdings hauptsächlich von Rx, OTC werden nur in Ausnahmefällen (bei indivi-

duellen Absprachen zwischen Arzt, Patient sowie Apotheker) auch für den Arzt einsehbar. Sicherlich ein Hinweis, den man aus Deutschland aufnehmen könnte. Jedoch findet der OTC Warenverkehr nur zu etwa 5% in der Apotheke statt.

Zurück zum Rezept: Der Arzt verordnet also elektronisch, er sendet das Rezept in die Apotheke, die ihm vom Patienten genannt wird. Wenn der Patient also in die Apotheke seines Vertrauens kommt, so sind dort bereits alle relevanten Prüfungen durchgeführt, Rückfragen zumeist schon mit dem Mediziner geklärt, und somit liegt kein fehlerbehafteter und ineffizienter Medienbruch wie in Deutschland vor. Der Apotheker kann sich nun direkt um den Patienten kümmern und ihm alle Informationen mit auf den Weg geben.

Alle genannten Informationen müssen de jure von Arzt und Apotheker geteilt werden, dies ist der kleinste gemeinsame Nenner. Sie können darüber hinaus noch mehr Informationen teilen, wenn sie dies für notwendig erachten. Voraussetzung ist eine elektronische Patientenakte, ohne diesen Baustein funktioniert das gesamte System nicht. Auch wenn dieser Weg in den Niederlanden bereits vor einiger Zeit eingeläutet wurde und nicht immer in vollständigem Einklang zwischen Ärzten und Apothekern vorstättenging, so gelang es zumindest eine Kompromiss zu finden, der eine hohe messbare Sicherheit und Effizienz im Medikationsprozess gewährleistet.

Die Cross Border Health Directive versucht nun, in Grundzügen Mindestanforderungen innerhalb der EU zu implementieren. Bleibt zu hoffen, dass diese Grundzüge erst der Anfang eines Wandels hin zu einem sicheren, messbaren und effizienten Medikationsprozess sind. Einige EU Staaten, wie die Niederlande, machen uns vor, wie Medizin und Pharmazie heute auch bei uns funktionieren können. Ich bin mir sicher, die Pharmazeuten sind fachlich ebenso gerüstet wie die Mediziner. <<

EBEN ERSCHIENEN ALS eBook/PDF: Telematik zur Patienten-Selbststeuerung

T. Wolf | K. Meyer-Lutterloh | P. Stegmaier

ISBN 978-3-9814519-3-1, PDF, 50 Seiten, 9.99 Euro

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF).
Ganz einfach zum Download über load.doccheck.com oder bestellen Sie direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health
Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 info@erelation.org





Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Das wissenschaftliche Programm des 13. DKVF wird von einem abwechslungsreichen Rahmenprogramm begleitet

Das Programm des DKVF steht

Das Programm des DKVF 2014, der gemeinsam mit dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) stattfindet, steht. Am 24. Juni dieses Jahres startet der Kongress mit den traditionellen Preconference-Seminaren des DNVF sowie dem Fortbildungsangebot der DGP-Fortbildungsakademie. Anlässlich des 20jährigen Jubiläums der DGP findet ab 17 Uhr eine Festveranstaltung mit der NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und unter musikalischer Begleitung der Bläck Fööss statt.

>> An den folgenden drei Kongresstagen startet das Programm um 8 Uhr mit einstündigen Industriesymposien und „Meet the Experts“ zu verschiedenen Themen.

Um 9 Uhr schließt sich täglich eine Plenarveranstaltung an, der dann jeweils Parallelsitzungen in den sieben Strängen des Kongresses folgen.

Die ersten drei Stränge sind der Palliativmedizin und Hospizthematik gewidmet. Im Strang 4 wird das gemeinsame Thema „Versorgungsforschung in der Palliativmedizin“ bearbeitet. Strang 5 widmet sich neuen wissenschaftlichen Ergebnissen in der Versorgungsforschung, Strang 6 den Methoden und Strang 7 allgemeinen Themen der Versorgungsforschung.

Das Netzwerk freut sich, Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss) für die Plenarveranstaltung Versorgungsforschung, die am 26.06. von 14:30 bis 15.30 Uhr stattfindet, gewonnen zu haben. Die Sitzung steht unter dem Motto „Versorgungsforschung – Investition in die Zukunft?“

Das umfangreiche Programm widmet sich traditionellen, aber auch sehr aktuellen und spezifischen Themenbereichen der Versorgungsforschung. So werden im Strang 5 „neue Daten“ z.B. Ergebnisse zur Über-, Unter-, Fehlversorgung, zum Zugang, der Inanspruchnahme und dem Bedarf von Versorgungsleistungen sowie der Evaluation von Arzneimitteln unter Alltagsbedingungen sowie von Versorgungskonzepten und -strukturen thematisiert. Ebenfalls in diesem Strang findet die Sitzung „Evaluation diagnostischer Verfahren unter Alltagsbedingungen“ (am Do., 26.06. von 10:45

bis 11:45) statt. Hierfür konnten als Referenten Prof. Jürgen Windeler (IQWiG) zum Thema „Bewertung diagnostischer Tests: Es geht um den Nutzen“ und Andreas Bermann (Siemens) zum Thema „Evaluation diagnostischer Methoden – Chancen und Herausforderungen aus Sicht der Industrie“ gewonnen werden.

Der Methoden-Strang des Kongresses wurde unter Mitwirkung der DNVF-Arbeitsgruppen geplant. Es finden Sitzungen zu Themen wie z.B. der Nutzenbewertung, den Grenzen und Möglichkeiten der Sekundärdaten, den qualitativen und quantitativen Methoden statt. Die Frage der Indikatoren, Methoden und Instrumente werden darüber hinaus speziell in Bezug auf Patient Reported Outcomes und der Versorgungsqualität diskutiert. Die vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussionen besonders spannende Frage der „Versorgungsqualität als Basis für Vergütung“ wird außerdem im Strang 6 aufgegriffen.

Im Strang „allgemeine Themen der Versorgungsforschung“ werden einige der sehr aktuellen Themen wie z.B. „Strukturwandel durch neue Aufgabenverteilung“ und „Infrastrukturen in/für die Versorgungsforschung“ stattfinden. Weitere Sitzungen werden in diesem Strang u.a. von der DNVF-Fachgruppe „Haut, Gefäße und Allergien“, der DNVF-Arbeitsgruppe „Nachwuchsförderung“ speziell für den Nachwuchs und von der DNVF-AG „Theorien in der Versorgungsforschung“ zum Thema „Theorien im Forschungsprozess“ angeboten.

Das umfassende und vielfältige Programm des Kongresses verspricht neue Erkenntnisse, und interessante Diskussionen. Das Rahmen-

Kommentar

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
das Programm des nächsten Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung (DKVF) steht. Die Programmkommission, bestehend aus Mitgliedern des DNVF-Vorstandes und Vertretern seiner Fach- und Arbeitsgruppen sowie benannten Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat Ende Februar getagt und ein aus unserer Sicht sehr attraktives Programm zusammengestellt. Erläuterungen dazu hier in den DKVF-News.



Prof. Dr. Prof. h.c.
Edmund A.M. Neugebauer

Eine ebenfalls erfreuliche Mitteilung ist, dass wir mit einem neuen Format dem DNVF-Forum Versorgungsforschung erfolgreich gestartet sind. Intensiv besprochen und diskutiert wurde das Thema „Regeln der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Versorgungsforschung – Goes and No-Goes“. Die Beiträge sind auf der Homepage des DNVF herunterladbar.

Das DNVF hat eine klare Position zum Thema Qualitätsorientierung in der Gesundheitsversorgung. Wir durften uns auf Aufforderung des BMG wie auch andere Fachgesellschaften mit einer Stellungnahme einbringen. Was wir zu sagen haben, finden Sie ebenfalls hier.

Viel Spaß bei der Lektüre

Prof. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, Vorsitzender DNVF

Link

13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin:

<http://www.dgp-dkfv2014.de/>

programm, das mit den Bläck Fööss beginnt und ein exklusives Orgelkonzert im Kölner Dom beinhaltet, verspricht darüber hinaus Abwechslung und gute Unterhaltung. <<

DNVF-Forum Versorgungsforschung erfolgreich gestartet

Industrie & Versorgungsforschung: Goes und No-Goes

Das 1. DNVF-Forum Versorgungsforschung fand zum Thema „Regeln der Zusammen zwischen Industrie und Versorgungsforschung – Goes und No-Goes“ am 21.01.2014 in den Räumen der TMF e.V. statt.

>> Mit zwei Impulsreferaten von Dr. Daniel Geiger (Partner der Rechtsanwaltskanzlei DIERKS & BOHLE), der im Auftrag der AKG (Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen) referierte, und Dr. Holger Diener, Geschäftsführer der FSA (Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie) erhielten die Teilnehmer des DNVF-Forums einen Einblick in die seitens der Industrie aufgestellten Kodizes, den Regulationen, deren Grenzen und Auswirkungen.

Im Anschluss präsentierte Prof. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die praktische Abwicklung von Industrieprojekten in seinem Institut sowie die Probleme der öffentlichen Wahrnehmung und der Durchführung von Industrieprojekten. Diesem Impulsreferat schloss sich ein Vortrag von Dr. Iris Hauth von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) an. Die DGPPN hat einen „Code of Conduct“ mit Empfehlungen zur Vermeidung von Interessenkonflikten für Vorstandsmitglieder und Referatsleitungen der DGPPN entwickelt, der aktuell überarbeitet wird. Darüber hinaus hat die DGPPN in Bezug auf ihren Kongress 2009 die freiwillige Angabe und 2010 die verpflichtende Angabe der Referenten zu ihren Industriebeziehungen eingeführt.

Im Mittelpunkt der Forderungen stehen die bekannten rechtlichen Vorgaben mit der Industrie (z.B. Pharma- und Medizinprodukteindustrie) genauso wie mit anderen Förderinstitutionen. Das sind Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, deren Bundesverbände, der Gemeinsame Bundesausschuss oder andere Interessentengruppen im Gesundheitswesen.

Außerdem wurden die aktuellen Empfehlungen der AWMF zitiert und zur Beachtung empfohlen, die sich zum Umgang mit Interessenkonflikten geäußert haben. (siehe <http://www.awmf.org/medizinversorgung/stellungnahmen/umgang-mit-interessenkonflikten.html>). Darin heißt es u.a.: „Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaf-

fen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden.“ In diesem Zusammenhang sei auch der Beitrag von Bernard Lo empfohlen, der sich unter der Überschrift „Serving Two Masters – Conflicts of Interest in Academic Medicine“ mit möglichen Interessenkonflikten beschäftigt (N Engl J Med 2010; 362:669-671).

Rund 60 Mitglieder und Referenten diskutierten nach den Impulsreferaten unter Moderation von Prof. Dr. Gerd Glaeske (Hauptgeschäftsführer des DNVF) und PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (DNVF-Vorstand). Thematisiert wurde der notwendige Ausbau, Aufbau bzw. Transfer dieser Regelungen auf a) den Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und b) die Durchführung von industriegesponserten Versorgungsforschungsprojekten. Es wurde angeregt eine entsprechende

Die 4 Prinzipien

Nach vier grundsätzlichen Prinzipien sind die Interessenskonflikte offenzulegen. Im Einzelnen bedeuten diese Begriffe:

- **Trennungsprinzip:** Entgeltliche oder unentgeltliche Zuwendungen müssen unabhängig von Entscheidungen bzw. Geschäften sein.
- **Transparenzprinzip:** Jede entgeltliche oder unentgeltliche Zuwendung muss offengelegt werden. Alle Leistungen an eine medizinische Einrichtung, an einen Arzt oder an einen anderen Mitarbeiter im Gesundheitswesen müssen dem Arbeitgeber mitgeteilt, schriftlich fixiert und genehmigt werden.
- **Äquivalenzprinzip:** Leistung und Gegenleistung müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen.
- **Dokumentationsprinzip:** Alle Leistungen müssen schriftlich festgehalten werden. In den schriftlichen Vereinbarungen wird detailliert festgelegt, welcher Art etwa die Zuwendung ist, welchen Zweck sie hat und welche Leistungen konkret erbracht werden.

Arbeitsgruppe (AG) zu gründen, die einen Handlungsleitfaden oder Code of Conduct für die Durchführung von gesponserten Projekten (z.B. Industrie, Kassen, Verbände) entwickelt. Ebenso soll auf der Ebene des Netzwerks und des von ihm initiierten Kongress die Einführung eines Code of Conduct diskutiert werden. Dass in diesem Zusammenhang die Hinweise auf persönliche Interessenkonflikte für uns alle, die wir Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung sind, bei Vorträgen und Publikationen selbstverständlich sein müssen, versteht sich von selber – die Veranstaltung hat diesen Standpunkt noch einmal bekräftigt.

Der Vorstand des DNVF hat schon zum Ende dieses 1. Forums Versorgungsforschung angekündigt, dass sich die geplante Arbeitsgruppe während des kommenden Versorgungsforschungskongresses in Düsseldorf konstituieren soll, ein Termin wird auf der kommenden Mitgliederversammlung bekannt gegeben. Prof. Glaeske wird diese erste Sitzung leiten. Schon jetzt sind Interessierte aufgefordert, Prof. Glaeske per Mail mitzuteilen, dass sie in dieser neu zu gründenden Arbeitsgruppe mitarbeiten möchten (gglaeske@zes.uni-bremen.de).

Diese Arbeitsgruppe wird die Aufgabe haben, Forschungsk Kooperationen von Versorgungsforschern mit Industrie, Kassen, Verbänden und einzelnen Einrichtungen und Institutionen im Gesundheitswesen auf eine rechtlich und ethisch gesicherte Basis zu stellen – solche Kooperationsverbände sind schließlich unerlässlich im Forschungsalltag. Das DNVF als Dachverband vieler wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Institute sieht seine Aufgabe auch darin, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten und die Mitglieder auf diese Weise zu unterstützen.

Alle Vortragsfolien stehen auf der Webseite des DNVF zum Download bereit (www.dnvf.de).

Der Vorstand des DNVF dankt den Referentinnen und Referenten sowie der TMF für die kostenlose Überlassung der Räume. <<

Für das DNVF:
Prof. Dr. Gerd Glaeske, PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Gisela Nellessen-Martens (DNVF-Geschäftsführerin)

Stärkere Qualitätsorientierung ist unabdingbar

Wir stimmen der Einschätzung zu, dass durch eine konsequente Qualitätsorientierung der Gesundheitsversorgung Verbesserungspotenziale im ambulanten und im stationären Bereich aufgedeckt und erschlossen werden können. Wir sehen ebenfalls die Notwendigkeit, entsprechende strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, die eine dauerhafte, stringente Qualitätsorientierung und Sicherung eines hohen versorgungsnahen und wissenschaftlich fundierten Qualitätsniveaus erlauben. Die Schaffung eines Qualitätsinstituts als Stiftung privaten Rechts analog zum IQWiG erscheint sinnvoll.

>> Die Erweiterung der Aufgaben des bisher beauftragten AQUA-Instituts um die Aufgabe der Schaffung von Transparenz auch im ambulanten Bereich sowie die Beurteilung von Zertifikaten ist eine sinnvolle bürgerorientierte Maßnahme. Hier sollten existierende Erfahrungen und Verfahren der Kriterienentwicklung für Zertifizierungen unbedingt genutzt werden.

Auch stimmt das DNVF der Annahme zu, dass mit der Einführung des Qualitätsinstituts, der Festlegung von Qualitätsindikatoren sowie deren transparenten Darstellung für Patienten in der Tat eine stärkere Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem in Gang gesetzt werden kann.

Dabei ist allerdings die Qualität dieses initiierten Prozesses in hohem Maße von der Validität der Qualitätsindikatoren und der Reliabilität der Erhebung selbst abhängig.

In Bezug auf die Erhebung müssen entsprechende Regelungen auf organisationaler, regionaler und nationaler Ebene geschaffen werden.

Vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages und der dort formulierten Bestrebungen, Vergütung nach Qualitätsindikatoren auszurichten (Pay for Performance), wächst die Bedeutung der Auswahl der Indikatoren und ihrer methodischen Qualität.

In der Diskussion um Art und Güte der Indikatoren darf jedoch nicht die Tatsache außer Acht gelassen werden, dass die Implementierung von Indikatoren nur nach vorheriger Klärung der zentralen Qualitätsprobleme und des Handlungsbedarfs erfolgen sollte. Hier stehen im deutschen Gesundheitswesen einerseits Fragen der Patientensicherheit, andererseits der Versorgung chronisch Kranker und Probleme der Koordination im Vordergrund.

Wir sehen einen erheblichen Bedarf, die Qualität der gesetzlichen Qualitätsberichte weiterzuentwickeln und die Festlegung der Qualitätsindikatoren im engen, wiederkehrenden Dialog mit den wissenschaftlichen und fachlichen Experten vorzunehmen.

Entsprechende Routinen sind zu nutzen und einzurichten. Vor allem sind die Qualitätsindikatoren bestehender S3-Leitlinien zu übernehmen, nur wenige darüber hinaus gehende Indikatoren sollten, wenn wirklich notwendig mit Begründung, zusätzlich abgebildet werden. In der heutigen Zeit muss bei der vielfachen Dokumentationslast behandelnder Ärzte dringend auf Datensparsamkeit geachtet werden, um ein wahrhaftiges Abbild der Versorgung zum Nutzen von Patienten und Ärzten gemeinsam zu erreichen.

Prozessqualitätsindikatoren, die i.d.R. schwieriger als Ergebnisindikatoren zu erfassen sind, müssen abgebildet werden, sie bieten den Vorteil, keiner Risikoadjustierung zu bedürfen. Ergebnisqualitätsindikatoren müssen kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse widerspiegeln. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die stringente Orientierung an den „definierten“ Qualitätskriterien zur Vernachlässigung nicht festgelegter „weicherer“ Qualitätskriterien führen könnte und sich die Versorgungsqualität insgesamt nicht für den Patienten verbessert. Im Übrigen weisen wir darauf hin, dass sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 ausführlich mit der Fragestellung der Indikatoren, der Indikatorenbildung und dem Nutzen der Anwendung in einem umfangreichen Artikel auseinandergesetzt hat (Ziffer 569-Ziffer 666). Diesen Vorschlägen möchten wir uns inhaltlich anschließen und glauben, dass mit diesen Vorschlägen eine gute Basis für die Bewertung und Bearbeitung von Qualitätsindikatoren gegeben ist.

Mit dem Bestreben, die sektorübergreifende Versorgung zu verbessern, sollten bestehende Indikatoren genutzt und eventuell neue entwickelt werden, die den gesamten Krankheitsprozess über die Sektoren hinweg abbilden und auch populationsbezogene Aspekte mit einbeziehen (sog. Area-Indikatoren). Inwieweit werden beispielsweise Patienten im Krankenhaus über weitere Versorgungsleistungen, z.B. medizinische

Rehabilitationsmaßnahmen informiert, zum selbständigen Training, gesunder Lebensführung motiviert? Auch dies könnte ein Qualitätsindikator guter Versorgungsleistung sein.

Sehr kritisch sehen wir den Ausschluss einer sekundären Datennutzung mit Bezug zu den Leistungserbringern, aber auch für definierte Patientenkollektive für wissenschaftliche Zwecke (Erläuterungen zu Absatz (7), S. 34). Um gerade neue Entwicklungen z.B. im Bereich prädiktiver Medizin prospektiv begleiten zu können, kann es notwendig sein, pseudonymisierte Patientenkollektive über einen längeren Zeitraum verfolgen zu können. Ebenso benötigt die organisationsbezogene Versorgungsforschung dringend leistungserbringerbezogene Daten, um klären zu können, was die wesentlichen Organisationsfaktoren sind, die die Qualität der Versorgung sicherstellen. Nur so kann die organisationsstrukturelle Seite der Qualitätssicherung evidenzbasiert vorangetrieben werden, denn evidenzbasierte Organisationsentwicklung in der stationären und ambulanten Versorgung wird dringend benötigt.

Abschließend ist anzumerken, dass bei der Entwicklung und Festlegung der Indikatoren und der unseres Erachtens notwendigen Einbeziehung von Fachexperten und zuständigen Fachgesellschaften z.B. für dezidierte Rückmeldeverfahren der Austausch mit international ähnlich arbeitenden Institutionen gesucht werden sollte.

Das DNVF wünscht frühzeitig, bereits in der Planungsphase des Institutes, als auch in allen weiteren Verfahrensschritten beteiligt zu werden und verweist in diesem Punkt auf die Stellungnahme der AWMF. <<

News und Fakts

Neue Mitglieder im DNVF e.V.

Das DNVF e.V. begrüßt seit Mitte März die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. als neues Mitglied im Netzwerk. Weiterhin wurden im Februar das Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock (Leitung Prof. Dr. Attila Altiner) und drei natürliche Personen aufgenommen.

Damit agieren unter dem Dach des DNVF e.V. aktuell:

- 42 Fachgesellschaften
- 16 Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände
- 10 Juristische Personen und Personenvereinigungen und
- 59 Natürliche Personen.

Neue Arbeits-/Fachgruppen im DNVF e.V.

Neben den bereits bestehenden Arbeits- und Fachgruppen im DNVF e.V. werden im Mai bzw. beim diesjährigen Versorgungsforschungskongress folgende Arbeits- und Fachgruppen neu

konstituiert werden:

- Fachgruppe „Pädiatrie“ (Dr. Esser, DGKJ) – Fr. 16.05.2014 (vormittags)
- Fachgruppe „Palliativmedizin“ (Prof. Voltz, DGP) – DKVF (Termin wird noch bekanntgegeben)
- Fachgruppe „Onkologie“ (PD Dr. Klinkhammer-Schalke, DKG) – DKVF (Termin wird noch bekanntgegeben)
- Arbeitsgruppe „Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung“ (Prof. Max Geraedts, Witten/Herdecke) – DKVF, Mi. 25.06., 18-19.30 Uhr
- Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenzforschung“ (Jun.-Prof. PD Dr. Nicole Ernstmann, Prof. Dr. Stephanie Stock) – DKVF, Fr. 27.06., Sitzung 9.7., 12-13 Uhr
- Arbeitsgruppe „Umgang mit Interessenkonflikten in der Versorgungsforschung“ (Prof. Dr. Gerd Glaeske) – (Termin wird noch bekanntgegeben).

Termine

26.-29.04.14, Wiesbaden

120. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
www.dgim2014.de

23.-26.04.14, Mannheim

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
http://ft2014.dgk.org

11.-14.05.2014, Dresden

65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
www.dgnc.de/2014

13.-16.05.14, Leipzig

49. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)
www.diabeteskongress.de

15.-16.05.14, Utrecht/Niederlande

European HSR conference
www.healthservicesresearch.eu/events

22.-24.05.14, Bad Segeberg

41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) e.V.
www.dgpr-kongress.de

28.-31.05.2014, Stuttgart

Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft e.V. (DDG)
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

08.-10.06.14, San Diego/USA

Annual Research Meeting der Academy Health (US-amerikanischer VF-Kongress)
www.academyhealth.org

24.-27.06.14, Düsseldorf

13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung und 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin
www.dgp-dkvf2014.de

Möchten Sie Mitglied werden?

- Die ordentliche Mitgliedschaft steht grundsätzlich wissenschaftlich, fachlich oder berufspolitisch auf dem Gebiet der Versorgungsforschung tätigen juristischen Personen oder Personenvereinigungen sowie natürlichen oder juristischen Personen, deren Tätigkeit für die Versorgungsforschung relevant ist, offen.
- Die Antragsformulare für Gesellschaften/Institute/Organisationen sowie für natürliche Personen stehen auf www.dnvf.de bereit.
- Die fördernde Mitgliedschaft kann von den ordentlichen Mitgliedern des Vereins beantragt werden. Außerdem können Juristische Personen und Personenvereinigungen (z.B. Unternehmen und Verbände), die den Verein unterstützen möchten, eine Fördermitgliedschaft beantragen.

Ich interessiere mich für (bitte Coupon ausschneiden und faxen):

- eine ordentliche Mitgliedschaft als juristische Person oder Personenvereinigung
- eine ordentliche Mitgliedschaft als natürliche Person
- eine fördernde Mitgliedschaft

Alle Infos zur Mitgliedschaft im DNVF, der Satzung, Beitragsordnung sowie die Antragsformulare finden Sie auf <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=mitglied-werden>

Name/Vorname _____

Aufgabe/Funktion _____

Firma/Organisation _____

Straße _____

PLZ Ort _____

E-Mail _____

Datum _____ . _____ . 2014

Unterschrift _____

DNVF-Geschäftsstelle
c/o IMVR

Eupener Str. 129 / 50933 Köln

Fax: +49 (0)221 / 478 1497111

Email: dnvf@uk-koeln.de

Regierungsdirektorin Antje Domscheit

Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung

Seit der Gesundheitsreform 2000 sind die Krankenkassen berechtigt, Selektivverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Hierbei handelt es sich um hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b SGB V, Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V sowie um integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V. Der Gesetzgeber hat sich ausweislich der Begründung zur Gesundheitsreform 2000 und dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) durch diese Neuregelungen eine Intensivierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen und eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung versprochen¹. Die Krankenkassen haben im Rahmen dieser Selektivverträge vielfältige Möglichkeiten, von den kollektivvertraglichen Regelungen abzuweichen². Insbesondere sind die Krankenkassen berechtigt, in den Selektivverträgen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Versorgungsgegenstand zu machen.

>> Die Selektivverträge sind den zuständigen Aufsichtsbehörden nach §§ 71 Abs. 4 S. 2 SGB V, 73b Abs. 9 S. 1 SGB V anzuzeigen. In der Aufsichtspraxis stellt das Bundesversicherungsamt fest, dass die Krankenkassen erhebliche gesetzgeberische Hürden überwinden müssen und sich deutlich mehr Gestaltungsspielraum wünschen, als dies der gesetzliche Rahmen derzeit zulässt. Es bestehen erhebliche Umsetzungsprobleme in der Versorgungspraxis.

Hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b SGB V

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung nach § 73b Abs. 1 SGB V anzubieten. Die Umsetzung dieser Verpflichtung ist bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Dies liegt nicht nur an der Verweigerungshaltung einzelner Krankenkassen, die vor dem Hintergrund der hiermit verbundenen zusätzlichen Leistungs- und Verwaltungsausgaben an den traditionellen Vertragsstrukturen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen festhalten wollen. Darüber hinaus bereitet es gerade kleineren Krankenkassen erhebliche Mühe, in allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Vertragsverhandlungen mit den Hausärzterverbänden zu führen. Aktuell unterstehen 79 der insgesamt 132 Krankenkassen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes. Bundesweit geöffnete Kassen sind verpflichtet, in jeder der 17 Regionen einer KV einen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag zu schließen (=1.343 Verträge). Das Bundesversicherungsamt hat in rund 1.100 Fällen Schiedspersonen eingesetzt. Fusionsbedingt ist die Zahl der Schiedsverfahren deutlich gesunken. Aktuell liegen 944 Verträge (inkl. Altverträge unter Beteiligung

Zusammenfassung

Die ersten Erfahrungen des Bundesversicherungsamtes zeigen, dass sich die zum 1.1.2012 eingeführte Pflicht der Krankenkassen zur Anzeige von Selektivverträgen bewährt hat. Es sind seither 1.789 Verträge angezeigt worden. Die Krankenkassen schließen vor allem Integrierte Versorgungsverträge (66% der angezeigten Verträge). Versorgungsschwerpunkte sind die neuen Bundesländer und hier der Bereich der ambulanten Operationsleistungen. Die Ausgaben für Integrierte Versorgung steigen von 2012 auf 2013 um 4,08 %. Das Bundesversicherungsamt hat 28 Verträge förmlich beanstandet. 5 Krankenkassen klagen gegen Beanstandungen. Beanstandungsgründe waren vor allem diskriminierende Teilnahmeregelungen, Sozialdatenschutzverletzungen, die Beteiligung von nicht zur Versorgung zugelassener Leistungserbringer und das Missverhältnis zwischen Leistungsausgaben und Vergütungsanteil für Managementgesellschaften.

Schlüsselwörter

Selektivverträge, Integrierte Versorgung, Rechtsaufsicht, Beanstandung

von KVen) vor, von denen 347 geschiedt worden sind. Zahlreiche Verträge werden aber in der Praxis (noch) nicht umgesetzt. Von einer bundesweiten Versorgung mit hausarztzentrierten Versorgungsleistungen kann daher immer noch nicht gesprochen werden.

§ 73c besondere ambulante ärztliche Versorgung

Der Gesetzgeber hat nicht näher definiert, was unter einer „besonderen“ ambulanten ärztlichen Versorgung zu verstehen ist³. In § 73c Abs. 1 S. 2 SGB V hat er bestimmt, dass Versorgungsaufträge in den Verträgen geregelt werden können, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. Die Versorgungsaufträge nach § 73c SGB V treten neben die reguläre vertragsärztliche Versorgung und müssen besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung enthalten. Die Anforderungen, die für die Zulassung als vertragsärztlicher Leistungserbringer erforderlich sind, reichen nicht. Die Selektivversorgung kann sich beispielsweise durch bestimmte Organisationsformen, Kooperationsstrukturen und EDV-Strukturen oder durch bestimmte Qualitätsstandards wie Mindestfallzahlen u.a. von der Regelversorgung absetzen⁴. Als besondere ambulante ärztliche Versorgung sind bspw. Verträge zur Behandlung von bestimmten chronischen Krankheiten (Diabetes, koronare Herzerkrankungen u.a.) denkbar, ebenso wie für die Versorgung bestimmter Krankheitsbilder in Schwerpunktpraxen (Schmerztherapie, Dialyse) sowie für Indikationen, die für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich von besonderer Relevanz sind⁵.

Das Bundesversicherungsamt toleriert derzeit auch Verträge, die einzelne Leistungen als Versorgungsauftrag regeln (ambulante Operationsleistungen u.a.). Allerdings fordert das Bundesversicherungsamt, dass sich die Versorgungsaufträge von der Regelversorgung durch eine besondere Komplexität, Eingriffsintensität oder Qualitätsanforderungen absetzen.

§ 140a SGB V Integrierte Versorgungsverträge

Der Gesetzgeber hat in § 140a SGB V Anforderungen an die Konzeption von integrierten Versorgungsverträgen formuliert, die vom Bundessozialgericht (BSG), insbesondere im Urteil vom 06. Februar 2008 (Az. B 6 KA 27/07 R), konkretisiert worden sind. Danach können Integrationsverträge über eine interdisziplinär-fachübergreifende oder über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versor-

gung geschlossen werden. Die integrierte Versorgung soll sich nach der Intention des Gesetzgebers zu einer zweiten Säule der Regelversorgung entwickeln. In der Begründung der Bundesregierung zur Änderung der Vorschriften über die integrierte Versorgung durch das GKV-WSG wird zusammenfassend von einem „Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen für eine patienten-, bedarfsgerecht und effizientere Versorgung“ gesprochen⁶.

Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung setzt nach der Rechtsprechung des BSG⁷ eine Kooperation von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete voraus. Die Kooperationen müssen die Fachgebietsgrenzen des ärztlichen Weiterbildungsrechts überschreiten. Sie müssen zudem im ambulanten Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit durch Überweisungen an Ärzte eines anderen Fachgebiets bzw. im stationären Bereich über die traditionelle Zusammenarbeit der Abteilungen der unterschiedlichen Fachgebiete innerhalb eines Krankenhauses hinausgehen. Erforderlich ist ein Konzept längerfristiger, gemeinsam aufeinander abgestimmter Behandlungen von Haus- und Fachärzten oder von Fachärzten unterschiedlicher Gebiete.

Eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung setzt voraus, dass die in der Regelversorgung voneinander getrennten Leistungsbereiche miteinander verzahnt werden. In dieser Betrachtung werden nicht nur die großen Leistungsbereiche „ambulante“ und „stationäre“ Versorgung einbezogen. Auch innerhalb dieser Hauptsektoren bestehende Leistungsgrenzen können durch ein integriertes Versorgungskonzept miteinander verzahnt werden⁸.

Ein Wettbewerb um Versorgungsmodelle bedingt nach der Rechtsprechung, dass Leistungen der traditionellen Versorgung durch solche der integrierten Versorgung ersetzt werden⁹. Dies gilt auch für die Vergütung der integrierten Versorgung, die gemäß § 140 c Abs. 1 SGB V insgesamt über den Selektivvertrag zu regeln ist. Umfasst der integrierte Versorgungsvertrag ambulante vertragsärztliche Leistungen, ist nach der Rechtsprechung des BSG diese Leistung außerhalb der Gesamtvergütung über den integrierten Versorgungsvertrag zu vergüten. Nach der aktuellen Rechtslage ist daher eine sog. „add-on“ – Vergütung ärztlicher Leistungen neben der Abrechnung gegenüber der KV nicht zulässig¹⁰.

Neben diesen Anforderungen an das integrierte Versorgungskonzept bestehen in den Selektivverträgen zudem zulassungsrechtliche Schranken, die die Krankenkassen oft überschreiten. So sind auch in der Selektivversorgung bspw. Krankenhäuser nicht uneingeschränkt für die ambulante Versorgung zugelassen. Erhebliche Schwierigkeiten bereitet in der Aufsichtspraxis die Einbeziehung von Praxiskliniken in die stationäre Versorgung. In der Literatur ist umstritten, ob Praxiskliniken für die stationäre Versorgung eine Zulassung nach § 108 SGB V benötigen¹¹. Das Bundesversicherungsamt toleriert aktuell eine Erbringung von stationären Leistungen in einem Umfang von vier Tagen/drei Nächten. Allerdings ist der Handlungsrahmen der Krankenhäuser nach dem AOP-Vertrag zu beachten. Bei Beteiligung von Vertragsärzten gilt insoweit der EBM.

Zahlen

Seit dem 01. Januar 2012 sind beim Bundesversicherungsamt insgesamt 1.789 Vertragsanzeigen nach § 71 Abs. 4 SGB V eingegangen. Hiervon entfielen auf Verträge zur integrierten Versorgung 66% und auf Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung 34%. In 2013 wurden 51 hausarztzentrierte Versorgungsverträge nach § 73b Abs. 9 S. 1 SGB V angezeigt.

Das Bundesversicherungsamt hat insgesamt 28 Beanstandungen nach § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V ausgesprochen. Aktuell sind fünf Klagen gegen Beanstandungen des Bundesversicherungsamtes bei den Landessozialgerichten anhängig.

Außerhalb dieses förmlichen Beanstandungsverfahrens findet ein intensiver Dialog zwischen dem Bundesversicherungsamt und

Anzahl der Verträge je Kassenart	
Ersatzkassen	ca. 15%
BKKen	ca. 75 %
IKKen, KBS, SVLFG	ca. 10%

Tab. 1: Anzahl der Verträge je Kassenart.

Literatur

1 BT-Drucks. 14/1245, S. 92; 15/1525, S. 74, 129, 132; 16/3100, S. 90, 152.

2 Zum Beispiel § 73b Abs. 5 S. 3, Abs. 5 S. 4, § 73c Abs. 4 S. 2, 3, § 140b Abs. 3 S. 4, Abs. 4 S. 1, 3 SGB V.

3 Vgl. BT-Drucks. 15/1525, S. 97; 16/3100, S. 113 f.

4 Vgl. Adolph, in: jurisPraxiskommentar SGB V, 2. Aufl. 2012, § 73c Rn. 20.

5 Orłowski, in: Orłowski/ Rau/ Wasem/ Zipperer, GKV-Kommentar SGB V, Stand 11/2013, § 73c Rn. 4.

6 BT-Drucks. 16/3100, S. 152.

7 BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az. B 6 KA 5/07 R, juris Rn. 17.

8 Zu möglichen Sektoren vgl. Adolph (Fn. 4), § 73c Rn. 28.

9 BSG, Urteile vom 06.02.2008, Az. 6 KA 5/07 R, juris Rn. 21 und Az. 6 KA 27/07 R, juris Rn. 20 ff.

10 BSG, Urteil vom 06.02.2008, Az. 6 KA 27/07 R, juris Rn. 22; ebenso SG Berlin, Urteil vom 29.08.2012, Az. S 36 KR 2137/10, juris Rn. 70.

11 Zum Stand der Diskussion vgl. Gaßner/Strömer, GesR 2013, S. 276 (277 ff.); vgl. BT-Drucks. 13/3062, S. 5 f., 13 f.

12 Abrufbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>.

13 Engelmann, in: jurisPK SGB V (Rn. 4), § 71 Rn. 55.

14 Axer, in: Schnapp/ Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Aufl. 2006, § 8 Rn. 48; Beule, Rechtsfragen der integrierten Versorgung, 2003, S. 150, 162 ff; Engelhard, in: Hauck/ Noftz, SGB V, Stand 09/2011, § 140b Rn. 45; Hensel, Selektivverträge im vertragsärztlichen Leistungserbringerecht, 2010, S. 68; Orłowski, Die BKK 2000, S. 191 (193); Quaas, VSSR 2003, S. 175 (193); Windthorst, Die integrierte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2002, S. 91, 124.

15 § 140b Abs. 3 S. 4 SGB V; Baumann, in: jurisPK SGB V (Rn. 4) § 140b Rn. 64; Bäune, in: Orłowski/ Rau/ Wasem/ Zipperer (Fn. 5) § 140b Rn. 27; Beule (Fn. 14), S. 139; a.A. Windthorst (Fn. 14), S. 120, der die Norm für ein Redaktionsversehen hält.

16 Vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.02.2010, Az. B 1 KR 10/09 R.

17 EuGH, Urteil vom 11.06.2009, Rs. C-300/07 Oymanns ./ AOK Rheinland/Hamburg zu einem integrierten Versorgungsvertrag nach §§ 140a ff. SGB V zur Versorgung der gesetzlich Versicherten mit orthopädischen Schuhen, der sowohl Liefer- wie Dienstleistungsanteil hatte.

18 § 73c Abs. 2 S. 1, 5 SGB V.

19 Jahn/ Sommer, Sozialgesetzbuch für die Praxis SGB V, § 73c Rn. 18; Orłowski (Fn 5), § 73c Rn. 14.

den Krankenkassen zur Auslegung bzw. Anpassung von Verträgen statt. Aktuell sind rund 100 Verwaltungsverfahren zur Vertragsanpassung anhängig. Insbesondere Regelungen zur Teilnahme der Versicherten sind in der Aufsichtspraxis oft anpassungsbedürftig, deren Mangelhaftigkeit aber nicht durch förmliche Beanstandungen geahndet wird. Wenn wesentliche gesetzliche Voraussetzungen, wie Anforderungen an ein integriertes Versorgungskonzept oder die Einbeziehung ausschließlich zugelassener Leistungserbringer erfüllt sind, sieht das Bundesversicherungsamt von einer förmlichen Beanstandung ab und lässt den Krankenkassen Zeit, die Verträge mit ihren Vertragspartnern anzupassen. Während dieser Zeit dürfen die Versorgungskonzepte weiter in der Praxis umgesetzt werden.

Die Zahl der Beratungsgespräche und Vorprüfungen steigt, dies vor allem vor dem Hintergrund der gesetzlich sehr kurz bemessenen Beanstandungsfrist von zwei Monaten gemäß § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V.

Genauere Erkenntnisse zu den Teilnehmerzahlen liegen dem Bundesversicherungsamt jedoch nicht vor. Die Zahl der eingeschriebenen Versicherten wird bei den Ersatzkassen aber deutlich höher sein, als bei den BKK insgesamt. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung fordert das Bundesversicherungsamt kassenbezogene Angaben zur geschätzten Teilnehmerzahl und zu dem wirtschaftlichen Volumen der Verträge.

Schwerpunkt der Verträge bildet die Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor, wobei oft „nur“ stationäre Aufenthalte verkürzt werden. Vor allem bei Verträgen zur Behandlung von psychisch Kranken zielen die Verträge auf eine Vermeidung von stationären Aufenthalten ab. Die Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung bringt oft zulassungsrechtliche Probleme mit sich. Bei Operationsleistungen (Orthopädie, Phlebologie u.a.) werden oft neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt. Die meisten Verträge werden in Ballungszentren mit einer hohen Leistungserbringer- und Versichertendichte abgeschlossen. Die neuen Bundesländer werden bei Selektivvertragsschlüssen vernachlässigt.

Versorgungsschwerpunkt ist unter Berücksichtigung der Zahl der eingeschriebenen Versicherten die Versorgung mit innovativen ambulanten Operationsleistungen. Die Einschreibezahl in der integrierten Versorgung steigt stetig. Nach dem Sondergutachten des

Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2012 liegen die durchschnittlichen Teilnehmerzahlen bei rund 300 Versicherten pro Vertrag¹². Bei den BKK'en liegt die Teilnehmerzahl nach den Erkenntnissen des Bundesversicherungsamtes aber deutlich unter 100.

Ausgaben

Der Anteil der Ausgaben für integrierte Versorgung an den Gesamtausgaben der GKV beträgt zwischen 0,8 und 11 % je nach Kasse/Kassenart. Die Leistungsausgaben in der integrierten Versorgung sind von 2012 auf 2013 um 4,08 % gestiegen.

Vertragspartner

Die meisten Verträge werden unter Beteiligung von Vertragsärzten abgeschlossen. Der stationäre Bereich ist lediglich in 10 % der Verträge eingebunden. Rehabilitationskliniken sind in unter 5 % der Verträge Vertragspartner. Drei Verträge sind unter Beteiligung von Pflegeeinrichtungen angezeigt worden. Eine Verzahnung von kranken- und pflegeversicherungsrechtlichen Leistungen ist lediglich in einem Vertrag angezeigt worden. Es liegt erst ein Vertrag unter Beteiligung eines Arzneimittelherstellers vor. Verträge mit Herstellern von Medizinprodukten sind noch nicht angezeigt worden.

Anzeigepflicht gemäß § 71 Abs. 4 SGB V und Verwaltungsablauf

Die Anzeigepflicht besteht bei Vertragsabschlüssen ab dem 01. Januar 2012. Die Verträge sind vollständig und unterschrieben mit allen Angaben an das Bundesversicherungsamt zu übersenden. Sammelanzeigen durch Vertragsarbeitsgemeinschaften (VAG'en, spektrumK, GWQ plus, vdek) sind bei entsprechender Bevollmächtigung durch die einzelne Krankenkassen möglich und zur Verschlanung des Prüfaufwandes auch erwünscht. Die Anzeigepflicht besteht bei jeder Vertragsanpassung. Alt-Verträge können auch im allgemeinen Aufsichtsverfahren nach § 88 ff. SGB IV aufgegriffen werden, wenn Anhaltspunkte für die Rechtswidrigkeit bestehen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Verträge nicht nur beim Bundesversicherungsamt, sondern auch bei den für die Sozialversicherung obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorzulegen, in deren Zuständigkeitsbereich die Verträge umgesetzt werden (§ 71 Abs. 5 SGB V). Das Bundesversicherungsamt fordert die Landesaufsichten gemäß § 71 Abs. 4 S. 2 SGB V innerhalb eines Monats zur Stellungnahme auf. Ziel ist es, dass Aufsichtshandeln von Bundes- und Landesaufsichtsbehörden zur Herstellung einheitlicher Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen abzustimmen. Die Aufsichtspraxis zeigt, dass die Landesaufsichten von ihrem Recht zur Stellungnahme umfangreich Gebrauch machen. In regelmäßigen Abständen finden Arbeitsgruppensitzungen zu grundsätzlichen Fragestellungen in der Vertragsprüfung mit den Landesaufsichten und dem BMG statt. Gleichwohl beklagen die Krankenkassen eine unterschiedliche Aufsichtspraxis der Bundes- und Landesaufsichten. Da das Bundesversicherungsamt im Rahmen der Vertragsanzeigen landesunmittelbarer Krankenkassen nicht beteiligt wird, ist dieser Vortrag nicht verifizierbar. Das Bundesversicherungsamt setzt sich aber nach Kräften für ein einheitliches Aufsichtshandeln ein und hat hier in der Praxis bereits sehr gute Erfahrungen bei der Abstimmung von Aufsichtsverfahren gemacht.

Versorgungsschwerpunkt	
Leistungen	Prozentualer Anteil an den angezeigten Verträgen
Integrierte Versorgung von Herzpatienten (Krankenhaus/Rehabilitation)	26 %
Ambulante Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (Hautkrebsscreening, zusätzliche Kinder und Jugend-Untersuchungen u.a.)	23 %
Ambulante orthopädische Operationen	13 %
Ambulante Behandlung psychisch Kranker	12 %
Besondere ambulante augenärztliche Behandlung (AMD, Katarakt u.a.)	11 %
Integrierte Behandlung abhängig Erkrankter	9 %
Innovative Venenbehandlung	3 %
Besondere ambulante zahnärztliche Behandlung	3 %

Tab. 2: Versorgungsschwerpunkte.

Aufsichtsmittel und deren Rechtsfolgen

Das Bundesversicherungsamt kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten nach Vertragsvorlage gemäß § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V beanstanden. Die Beanstandung suspendiert den Vertrag, so dass er nicht umgesetzt werden darf¹³. In der Aufsichtspraxis gibt das Bundesversicherungsamt aber bei bestehenden aufsichtsrechtlichen Bedenken Gelegenheit zur Vertragsanpassung, wenn eine Perspektive für eine Heilung des Vertrages besteht. In diesem Fall ermöglicht das Bundesversicherungsamt den Krankenkassen regelmäßig, den Vertrag während der notwendigen Vertragsanpassungsphase weiter umzusetzen.

Vor einer Beanstandung stellt das Bundesversicherungsamt das Benehmen mit den zuständigen Landesaufsichten gemäß § 71 Abs. 4 S. 4 SGB V her. Das Bundesversicherungsamt informiert die Landesaufsichten über die beabsichtigte Beanstandung und bittet um Rückmeldung. Ein Einvernehmen zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Landesaufsichten ist nicht erforderlich.

Altverträge werden anlassbezogen im Rahmen der allgemeinen Rechtsaufsicht überprüft. Die Krankenkassen bekommen Zeit zur Nachverhandlung von rechtswidrigen Vertragspassagen. Wenn die Nachverhandlung scheitert, wird die Krankenkasse zur Kündigung aufgefordert. Kündigt die Krankenkasse den Vertrag nicht, kann das Bundesversicherungsamt die Kündigung mit allgemeinen Aufsichtsmitteln (Beratung, Verpflichtung gemäß § 89 SGB IV) durchsetzen. Der Vertrag darf bis zum Eintritt der Bestandskraft eines Verpflichtungsbescheides zunächst umgesetzt werden, es sei denn der Bescheid wird mit einem Sofortvollzug verbunden (Ultima-ratio).

Schwerpunkte in der Prüfung von IV-Verträgen

Das Bundesversicherungsamt prüft die Verträge im Hinblick auf die Einhaltung der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 SGB V. Insoweit bittet das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen im Rahmen der Vertragsvorlage um Angaben zum monetären Volumen des Vertrages, den geschätzten Teilnehmerzahlen und einer Gegenüberstellung der Vergütung in der Selektivversorgung im Verhältnis zur Regelversorgung. Insbesondere zu Beginn eines neuen Versorgungskonzeptes sind genaue Angaben zum Ausgabenvolumen nicht möglich. Das Bundesversicherungsamt fordert daher lediglich prognostische Einschätzungen der Krankenkassen. Gemäß § 53 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V müssen die Aufwendungen für die Selektivversorgung aus Einnahmeneinsparungen und Effizienzsteigerungen auf Dauer finanziert werden. Dies bedeutet, dass zwar ein einzelner Versorgungsvertrag teurer als die Regelversorgung sein kann. Insgesamt fordert der Gesetzgeber aber eine Versorgung, die nicht teurer sein darf, als die Regelversorgung.

Das Bundesversicherungsamt prüft ferner die allgemeine Rechtmäßigkeit der Verträge. Hierbei konzentriert sich das Bundesversicherungsamt auf die Prüfung des Zulassungsstatus der Vertragspartner, die Anforderung an das integrierte Versorgungskonzept, den Leistungsumfang entsprechend dem gesetzlichen Leistungskatalog, diskriminierungsfreie Teilnahmebedingungen, Beachtung der Patientenrechte und des Sozialdatenschutzes, das Ersetzen der Regelversorgung sowie die Einhaltung der Bereinigungsnotwendigkeit.

Abweichungsbefugnis nach § 140b Abs.4 S.1 SGB V

Integrierte Versorgungsverträge dürfen von den Vorschriften des Vierten Kapitels (KHG, KHEntgG) des SGB V sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen abweichen, wenn die Abweichung

dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verbessert wird oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Grundsätzlich gilt, dass sich der Leistungsanspruch des Versicherten aus dem Dritten Kapitel des SGB V ergibt und auch in der integrierten Versorgung zu beachten ist¹⁴. Der Leistungsrahmen in der integrierten Versorgung darf lediglich insoweit ausgeweitet werden, als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der Gemeinsame Bundesausschuss noch nicht abgelehnt hat, Gegenstand der Verträge sein dürfen¹⁵. Das Bundesversicherungsamt prüft in diesem Zusammenhang lediglich, ob es sich um eine Methode im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, die eine medizinische Vorgehensweise darstellt und der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, welches sie von anderen Verfahren unterscheidet¹⁶.

In der Aufsichtspraxis stellt das Bundesversicherungsamt immer wieder fest, dass der Leistungsrahmen in den integrierten Versorgungsverträgen über den Leistungsrahmen des gesetzlichen Leistungskatalog hinausgeht und von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses deutlich abgewichen wird. Im Ergebnis toleriert das BVA ein Abweichen, wenn eine qualitative, wirtschaftliche, ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten, wie es im Dritten Kapitel SGB V garantiert ist, nicht unterschritten wird. So hat das Bundesversicherungsamt bereits Verträge toleriert, in denen entgegen § 4 Abs. 6 und 7 der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege ein Nebeneinander von psychiatrischer Krankenpflege und Psychotherapie geregelt wird. Auch ein Überschreiten von Behandlungskontingenten lässt das Bundesversicherungsamt zu. Allerdings können diese Mehrleistungen die Wirtschaftlichkeit der Verträge gefährden und stellen Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Kassen dar. Eine gesetzliche Klarstellung, in welchem Rahmen die Selektivversorgung den gesetzlichen Leistungsrahmen ausweiten können, wäre daher wünschenswert.

Rechtliche Bedenken hat das Bundesversicherungsamt, wenn in den Selektivverträgen Krankheiten behandelt werden sollen, die nach Maßgabe der Richtlinien nicht (mehr) ambulant therapierbar sind, weil das Krankheitsbild sehr schwerwiegend ist. In diesem Fall sieht das Bundesversicherungsamt die Gefahr, dass der medizinische Standard unterschritten wird und daher die Qualität der medizinischen Versorgung in der Selektivversorgung leidet.

Ausschreibungspflicht

Anders als in § 73c Abs. 3 S. 3 SGB V ist keine Ausschreibungspflicht für integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V im Sozialgesetzbuch normiert. Streitig ist, ob diese Pflicht aus dem Europarecht folgt (§ 69 Abs. 2 SGB V i.V.m. GWB). Wenn ein Vertrag im Schwerpunkt Dienstleistungen erfasst (bspw. ärztliche Leistungen), greift die Dienstleistungskonzession mit der Folge, dass das Vergaberecht keine Anwendung findet¹⁷.

Schwerpunkte in der Prüfung der Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Versorgungsaufträge: Die Versorgungsaufträge müssen über die Regelversorgung hinaus besondere Anforderungen an die Qualität der Leistung enthalten. Es reicht nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes nicht, wenn ausschließlich Serviceleistungen (Ausdehnung Sprechzeiten, Getränke u.a.) vertraglich geregelt werden. Ein Versorgungsbereich oder ein Teil eines Versorgungsbereichs muss als Leistungskomplex aus der Regelversorgung ausgegliedert werden (Bspw.: besondere ärztliche Behandlung von Diabetespatienten, an

Brustkrebs erkrankten Frauen, Patienten mit Asthma).

Teilnahmebedingungen: Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, indem sie sich schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, für die Erfüllung der in den Verträgen umschriebenen Versorgungsaufträge nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die Bindung an diese Teilnahmeerklärung ist für die jeweilige Versorgungsform in der Satzung der Kasse zu regeln¹⁸. Dem Bundesversicherungsamt liegen aktuelle Satzungsentwürfe vor, die ein Verzeichnis der Selektivverträge als Anlage zur Satzung enthalten, aus dem der Versicherte die jeweilige Bindungsfrist, das Versorgungsangebot, die Leistungserbringer u.a. entnehmen kann. Ferner können die Krankenkassen Regelungen zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten in der Satzung treffen. Denkbar wäre insbesondere eine Regelung, wonach dem Versicherten die Kostentragung für außerhalb des Selektivvertrages in Anspruch genommene Leistungserbringer auferlegt wird. Bisher liegt dem Bundesversicherungsamt keine entsprechende Satzungsregelung zur Genehmigung vor.

Vertragspartner: Im Gegensatz zur integrierten Versorgung dürfen KVen Vertragspartner von Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sein. Nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes bedarf es aber demnach einer Einschreibung der Vertragsärzte in das Vertragskonzept¹⁹. Die selektivvertragliche Leistung wird als Sachleistung zu Gunsten der Versicherten angeboten, so dass eine Verbindlichkeit dahingehend erzielt werden muss, welche Vertragsärzte die Verträge auch gegen sich gelten lassen. In der Aufsichtspraxis hat sich gezeigt, dass Ärzte diese Bindung verneinen, wenn „lediglich“ die KV die Verträge unterzeichnet. Es besteht daher die Gefahr, dass die Ärzte selbst darüber entscheiden, ob sie die vertragsgegenständliche Leistung im Sachleistungsverfahren erbringen oder dem Patienten als IGEL-Leistung für ein deutlich höheres Entgelt anbieten.

Neben den im Katalog nach § 73c Abs. 3 SGB V genannten möglichen Vertragspartnern toleriert das Bundesversicherungsamt auch Vertragschlüsse mit Praxiskliniken entsprechend § 140 b Abs. 1 Nr. 7 SGB V. Eine dahingehende gesetzliche Klarstellung wäre wünschenswert.

Beanstandungsfälle

Folgende Rechtsverstöße sind Schwerpunkte in der Aufsichtspraxis:

- Diskriminierende Teilnahmebeschränkungen (z.B. Mindestversicherungsdauer, Selbstbehalt, Fallzahlbegrenzung, Alter, regionale Beschränkungen)
- Beteiligung nicht zugelassener Leistungserbringer
- Fehlender integrativer Ansatz bei schlicht ambulanten Leistungen in Praxiskliniken
- Sektorübergreifender Vertrag, wobei sich die „besondere“ stationäre Leistung darin erschöpft, kostenfrei fernsehen und telefonieren zu können sowie kostenfreie Mahlzeit für den Ehepartner und einmalige Konsultation des Chefarztes
- berufsrechtliche Fragestellungen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen auf Krankenschwestern (Abgrenzung ärztliche Leistungen/ Hilfeleistung § 28 Abs. 1 SGB V)
- Verträge nach § 73 c SGB V ohne Einbeziehung ärztlicher Leistungen
- Verletzung von Formvorschriften wie mangelnde Einschreibung der Versicherten bei § 73 c SGB V

- Missverhältnis zwischen Leistungsausgaben und Vergütungsanteil für Managementgesellschaften (im Einzelfall lediglich 40% der Vergütung für medizinische Versorgungsleistungen).

Ausblick

Der Koalitionsvertrag (S. 75-83) beinhaltet Absichtserklärungen der Bundesregierung zur Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Hemmnisse bei der Umsetzung „von integrierten und selektiven Versorgungsformen“ sollen beseitigt werden. Alle Selektivverträge sollen zukünftig evaluiert werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, weil derzeit zahlreiche Verträge neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beinhalten, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich untersucht wird. Allerdings sind die Einschreibezahlen bei integrierten Versorgungsverträgen und Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung aktuell oft gering, so dass Evaluationen mit einem wissenschaftlich anerkannten Aussagewert nur sehr schwer erzielbar sein werden.

Zukünftig sollen die Kassen verpflichtet werden, einen Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren zu belegen. Dies geht über die aktuellen gesetzlichen Anforderungen deutlich hinaus. Aktuell lässt das Bundesversicherungsamt Prognoseaussagen ausreichen und fordert keine kurzfristige Refinanzierung. Ferner sollen Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufgehoben und das Bereinigungsverfahren vereinfacht werden. Das Bundesversicherungsamt setzt sich darüber hinaus dafür ein, dass zukünftig „add-on“ – Vergütungsregelungen neben den kollektivvertraglichen Vergütungssystemen zugelassen werden.

Das Bundesversicherungsamt unterstützt auch die Absicht der Bundesregierung, eine verpflichtende Überführung von geeigneten Versorgungsformen in die Regelversorgung zu regeln. Hiermit würden erfolgreiche Einzelprojekte von Kassen, die nur Versicherten einer Kasse zu Gute kommen, zukünftig allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus hatte sich die Bundesregierung auf die Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen bei Hausarztverträgen geeinigt. Mit dem 14. SGB V Änderungsgesetz, welches am 20.02.2014 vom Bundestag beschlossen worden ist, ist dieses Ziel bereits umgesetzt worden. Das Gesetz wird in Kürze in Kraft treten. Die strenge Gegenüberstellung der Fallwerte der Regel- und Selektivversorgung in § 73b Abs. 5 a SGB V wird gestrichen und die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche IGEL Leistungen anzubieten. Gleichwohl gilt auch für hausarztzentrierte Versorgung nach wie vor der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V und der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz nach § 12 Abs. 1 SGB V, so dass bei zukünftigen Vertragsvorlagen gleichwohl jeder Anstieg der Vergütung zu prüfen ist. Ferner müssen Strukturierte Behandlungsprogramme nun Bestandteil der HZV-Verträge werden. <<

Innovations in Health Care Supply: Experiences Made in the Field of Inte- grated Health Care

Since 01/01/2012, public health insurance providers are obliged to notify their selective contracts to the supervisory authorities. According to the experiences of the Bundesversicherungsamt, the introduction of this new legislative obligation has proven of value. So far 1,789 contracts were submitted. The public health insurers mostly conclude contracts on integrated health care (66% of the notified contracts). Principally, they concentrate on the New Federal States and focus on day surgery. In 2013, the expenditures for integrated health care increased to 4.08% compared to 2012. The Bundesversicherungsamt formally objected to 28 contracts. 5 public health insurers have taken legal action against them. The objections were mainly based on discriminatory conditions for the insured's participation, breaches of social data protection, involving unauthorized care providers, and the inadequate apportioning of expenses for health care and management company services.

Keywords

Selective Contracts, Integrated Health Care, Supervisory Authority, Formal Objections

Autorenerklärung

Regierungsdirektorin Antje Domscheit ist Referatsleiterin im Bundesversicherungsamt. Interessenkonflikte liegen nicht vor.

Regierungsdirektorin Antje Domscheit

ist Juristin und seit 2001 im Bundesversicherungsamt tätig. Sie leitet das Referat „Vertragsangelegenheiten der Kranken- und Pflegekassen“ und ist hier vor allem für die Prüfung der Integrierten Versorgungsverträge nach § 140a SGB V, Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie für die Umsetzung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung zuständig. In Ihren Aufgabenbereich fällt ferner die Überwachung der Einhaltung der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 SGB V durch die Vertragspartner der vertragsärztlichen- und vertragszahnärztlichen Versorgung. Kontakt: Antje.Domscheit@bva.de



Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Gesundheitsökonomische Analysen zur Abgrenzung von Innovation und Fortschritt

Der Koalitionsvertrag 2013 erwähnt im Abschnitt „Gesundheit und Pflege“ (abgesehen vom neuen Innovationsfonds) nicht ein einziges Mal die Worte Innovation und Fortschritt, aber dafür wird diesem Aspekt im wirtschaftspolitischen Teil des Vertrages sehr breit Rechnung getragen. Kernpunkt ist dabei das Ziel, mindestens 3 % des Bruttoinlandproduktes zukünftig in Forschung und Entwicklung zu investieren. Um dies zu erreichen, wird im Vertrag sehr prominent auch das Gesundheitswesen erwähnt, für das die Bundesregierung beispielsweise plant, innovative Produkte und Prozesse im Bereich der individualisierte Medizin sowie in der Geschlechter- und Altersmedizin zu fördern. Allerdings stellt sich die Frage, welche Effekte solche Forschungsinitiativen auf die tatsächliche Versorgung im Gesundheitssystem haben, ob also die Translation in den Versorgungskontext gelingt und angemessene Verfahren und Beurteilungsmethoden zur Verfügung stehen, um darüber zu entscheiden, welche Innovationen tatsächlich einen medizinischen oder gesellschaftlichen Fortschritt darstellen und daher überhaupt den Weg in die allgemeine Versorgungspraxis finden sollten. Dies ist Gegenstand der Versorgungsforschung, bei der es aus gesundheitsökonomischer Sicht immer um die Abwägung zwischen dem festgestellten Nutzen einer Maßnahme und dem zu ihrem Einsatz erforderlichen Ressourceneinsatz geht. Die Nutzung dieser Erkenntnisse ist je nach Leistungssektor im Gesundheitswesen höchst unterschiedlich, was auf Nachholbedarf hindeutet, der im vorliegenden Beitrag thematisiert werden soll. Ausgangspunkt soll zunächst eine kurze Abgrenzung von Innovation und Fortschritt sein, um dann zu diskutieren, welchen Beitrag Kosten- und Nutzenanalysen bei dieser Unterscheidung leisten können.

>> Hartwig Bauer, der Grandseigneur der deutschen Chirurgie, hat den Unterschied zwischen Innovation und Fortschritt einmal so charakterisiert, dass man erst dann von Fortschritt sprechen könne, wenn die Innovation besser sei als das Alte (Bauer 2010). Demnach gibt es offenbar eine ganze Reihe von Innovationen, die kein Fortschritt sind, weil sie zwar technologisch eine Neuerung darstellen, aber keinen Nutzen gegenüber den bestehenden Behandlungsoptionen nachweisen können. In der ökonomischen Theorie spielt die Abgrenzung zwischen Innovation und Fortschritt erstaunlicherweise allerdings keine große Rolle. Das ist vor allem deshalb überraschend, weil sowohl der technische Fortschritt als auch die Innovation feste Bestandteile der ökonomischen Theorie darstellen, beispielsweise in der volkswirtschaftlichen Wachstumstheorie, die die wirtschaftliche Entwicklung zu wesentlichen Teilen durch Bevölkerungswachstum und technischen Fortschritt erklärt. Der Begriff der Innovation wird vielfach in der ordnungspoli-

Zusammenfassung

Transparenz über Nutzen und Kosten trägt dazu bei, Innovationen, die nach objektiven Maßstäben einen Fortschritt bedeuten, zu identifizieren und so die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sparsam und zweckmäßig einzusetzen. Eine Hauptherausforderung stellt dabei die Ungewissheit über die langfristigen Wirkungen einer Innovation dar, wie sich am Beispiel neuartiger Impfungen zeigen lässt. Deren Evaluation ist mit der Frühbewertung bei Markteinführung keineswegs abgeschlossen, sondern sollte mit Daten aus der Versorgungsforschung regelmäßig aktualisiert werden. Dies gilt insbesondere auch für Prozessinnovationen wie die besonderen Versorgungsformen, über die nur wenige und größtenteils methodisch ungeeignete Evaluationen vorliegen. Auch für den Bereich der Medizinprodukte mit hohem Risikopotential wären bei innovativen Produkten vor dem Marktzugang Kosten-Nutzen-Bewertungen sinnvoll, um Schaden von den Patienten, aber auch überflüssige finanzielle Belastungen der Kostenträger zu vermeiden. Allerdings sind entsprechende Informationen nicht kostenlos. Sowohl die Nutzenüberprüfung bei Marktzugang als auch die notwendigen Versorgungsstudie im Zeitablauf der Marktdurchdringung der Innovation sind zeit- und kostenaufwändig. Zudem muss die verwendete Methodik immer wieder auf wissenschaftliche Aktualität überprüft werden.

Schlüsselwörter

Innovation, Fortschritt, Kosten-Nutzen-Analyse, Impfungen, Integrierte Versorgung

tischen Literatur und der Wettbewerbstheorie verwendet, wo der Innovator im Zuge der schöpferischen Zerstörung des Vorhandenen (seien es Produkte, Anbieterstrukturen der Produktionsprozesse) den Motor der wirtschaftlichen Entwicklung darstellt. Schumpeter unterscheidet dazu in seinem bahnbrechenden Werk „Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie“ von 1942 zwischen dem schöpferischen Unternehmer, der etwas Neues schafft, und dem Arbitrageunternehmer, der durch Ausnutzung von kleinen Preisunterschieden mit zur Überwindung von Handels- und Wettbewerbsintransparenzen beiträgt, aber nichts zur Innovation in einer Volkswirtschaft beiträgt (Schumpeter 2005).

Fortschritt und Innovation in der ökonomischen Theorie

Eine Unterscheidung zwischen Innovation und technischem Fortschritt trifft die ökonomischen Theorie wohl deshalb nicht, weil sich das im neoklassischen Modell am Markt ohne Zutun von außen (also ohne formale Evaluation oder gar gesundheitsökonomische Analyse) vollzieht. In dieser Theoriewelt entscheidet sich der Erfolg einer Innovation am Markt durch die Präferenzen, den Kenntnisstand und nicht zuletzt die Zahlungsbereitschaft der Nachfrager, was für viele Konsum- und Investitionsgüter außerhalb des Gesundheitswesens sicher durchaus zutrifft: Die Nachfrager sind demnach die Instanz, die darüber entscheidet, ob eine Innovation als Fortschritt anzusehen ist.

Im Gesundheitswesen gilt eine Reihe von Voraussetzungen nicht, die grundlegend sind, damit der Markt allein diesen Selektionsprozess unter den Innovationen vollziehen kann (Schulenburg/Greiner 2013). Beispielsweise ist der Kenntnisstand der Nachfrager durch mangelnde Fachkenntnisse eingeschränkt und die Kaufentscheidung wird bei vollständiger Krankenversicherung nicht durch die Zahlungsbereitschaft der Patienten bestimmt. Aufgrund dieser Besonderheiten bedarf es im Gesundheitswesen in vielen Teilbereichen der nicht-

wettbewerblichen Regulation für die Preisfindung von Produkten und Dienstleistungen und auch für die Entscheidung, welche Produkte überhaupt Aufnahme in den kollektiv finanzierten Leistungskatalog finden sollen. Gerade die besondere Art der Finanzierung, die stark von gesetzlichen und privaten Versicherungen geprägt ist, macht eine formale Entscheidung darüber nötig, welche Innovation als Fortschritt angesehen werden kann und daher durch die Absicherungssysteme abgerechnet werden sollen. Die individuelle Konsumentenscheidung auf anderen Märkten wird hier durch eine kollektive, mithin möglichst rational zu erfolgende Entscheidung ersetzt.

Gleichwohl sind neben diesen Besonderheiten auf dem Markt für Gesundheitsleistungen ergänzend auch Marktunvollkommenheiten anzutreffen, wie sie ebenso auf weniger regulierten Märkten (z.B. im Bereich der Konsumgüter) anzutreffen sind. Dazu gehören vor allem Informationsasymmetrien zwischen Anbietern und Nachfragern, denen innovative Konkurrenzprodukte z.B. nicht bekannt sind oder als nicht gleichwertig erscheinen. Zudem sind entwickelte Märkte sehr häufig durch Marktungleichgewichte geprägt, bei denen die etablierten Anbieter es neuen Wettbewerbern durch ihre starke Marktstellung mit vorhandenen Liefer- und Abnehmerbeziehungen schwer machen, auch mit besseren Produkten Fuß zu fassen. Es kann zu regulatorischen Verzerrungen kommen, weil jede Innovation mangels Erfahrung immer auch Unsicherheit über das Schadenpotential und den langfristigen Nutzen mit sich bringt, so dass Aufsichtsgremien eher vorsichtig agieren und z.B. zusätzliche Nachweise fordern, die den Marktzugang massiv verzögern können. Schließlich werden insbesondere große Durchbruchinnovationen, die antreten, tradierte Produkte oder Verfahren abzulösen, auf so genannte Pfadabhängigkeiten stoßen, die grundlegende Änderungen von Teilsystemen innerhalb übergeordneter Systeme kaum mehr möglich machen. Ein Beispiel dafür ist die Anordnung der Computertastatur, bei der die Buchstaben immer noch fast so verteilt sind wie zu Zeiten der Schreibmaschine, aber Neuerungen trotzdem keine Chance haben, sich durchzusetzen, da die Nutzer an diese Anordnung gewöhnt sind. Im Gesundheitswesen ist beispielsweise die Finanzierungsform in hohem Maße pfadabhängig, denn es ist weder trivial, die Ansprüche an ein schon vorhandenes Umlagesystem wieder abzuschaffen, noch könnte ein kapitalgedecktes System wegen der ebenfalls langfristigen Auszahlungsansprüche kurzfristig in ein Umlageverfahren überführt werden.

Nutzenbewertung bei kollektiver Finanzierung

Dass auch außerhalb des Gesundheitswesens Innovationen nicht immer nur nach rationalen Kriterien beurteilt werden, zeigt die aktuelle Phase der Einführung von Elektrofahrzeugen. Wenn man diesen neuen und ohne Zweifel innovativen Markt bzw. seine neuen Produkte kritisch bewertet, würde man vielleicht objektiv zu dem Schluss kommen, dass für den individuellen Nachfrager angesichts der relativ geringen Reichweite der Fahrzeuge und des (infolge schnellen technischen Wandels) absehbar niedrigen Wiederverkaufswertes ein Kauf schon zum heutigen Zeitpunkt nicht unbedingt angeraten erscheint. Und trotzdem ist es nicht auszuschließen, dass die neuen Elektrofahrzeuge am Markt ein Erfolg werden, denn neben den rationalen Kriterien spielen immer auch weniger fassbare, weichere Faktoren eine nicht zu unterschätzende Rolle, z.B. der Wunsch, Teil einer Gruppe von Trendsettern zu sein oder sein besonderes Umweltbewusstsein auf diese Weise demonstrieren zu können. Bei einer privaten Finanzierung des Kaufs bleibt es jedem Nachfrager selbst überlassen, wie er die Kriterien bei einer Kaufentscheidung gewichtet.

Bei kollektiver Finanzierung sollten aber andere Maßstäbe gelten, weshalb hier die Ansprüche an Rationalität und Nachvollziehbarkeit der Kaufentscheidungen von wesentlicher Bedeutung sind. Deshalb sind klare Regeln nötig, um aus der Menge der Innovationen im Gesundheitswesen diejenigen herauszufinden, die ihren Preis wert sind. Dazu muss sowohl der kollektive Bedarf der Versicherten als auch der Nutzen der Alternativen zur Deckung dieses Bedarfes objektiviert werden. Im Gesundheitswesen besteht eine ganze Reihe von speziellen Anforderungen, die für die Beurteilung von Bedeutung sind. So müssen Produktinnovationen (wie z.B. neue Medikamente) in der Regel schon sehr früh beurteilt werden, was zum Entscheidungszeitpunkt (z.B. direkt nach Zulassung) zu einem hohen Maß an Unsicherheit führt. Hier setzt Versorgungsforschung an, mit der die langfristigen Effekte einer Innovation im klinischen Alltag abgeschätzt werden können.

Auch bei Prozessinnovationen wie z.B. Integrierten Versorgungsformen (IV) oder Disease-Management-Programmen (DMP) ist die Unsicherheit über das langfristige Ergebnis ein entscheidendes Hindernis für eine rasche Durchdringung des bisherigen Versorgungssystems. Daneben ist gerade bei Prozessinnovationen nicht selten der Widerstand bestehender Institutionen groß. Ein gutes Beispiel dafür ist die Telemedizin, von der man sich ursprünglich erhofft hatte, dass diese Konzepte zu schnelleren und nachhaltigeren Veränderungen führen würden (Hackl 2010). Für die Verzögerungen mag es auch technische Gründe geben, die Hauptprobleme sind aber offenbar eher die Unsicherheit, ob mit der Innovation wirklich in jedem Falle auch ein Fortschritt im Sinne eines Nutzenzuwachses der Patienten verbunden ist, und dass die bestehenden Institutionen wenig Interesse an den mit der Telemedizin beabsichtigten Veränderungen haben. Ökonomisch könnte man sagen, dass die Kosten und Nutzen nicht immer kongruent verteilt sind. Warum sollte ein Sektor oder eine bestimmte Anbietergruppe sich für eine Systemveränderung einsetzen, deren Nutzen aber anderen zu Gute kommt? Wenn es beispielsweise durch Telemedizin möglich wird, auf einen Teil ambulanter oder stationärer Kontrolluntersuchungen zu verzichten, muss das nicht im Interesse der bisherigen Erbringer dieser Leistungen liegen. Insofern kann man schlussfolgern, dass die sektorale Trennung im Gesundheitswesen ein beträchtliches Innovationshemmnis sein kann, welches nur durch Transparenz darüber überwunden werden kann, welche Kosten und welche Nutzen an welcher Stelle im Behandlungsprozess anfallen bzw. wegfallen. Erst wenn diese Informationen vorliegen, können irrationale Verlustängste abgebaut und ggf. Kompensationen verhandelt werden. Die Beurteilung von Innovationen sollte daher neben den medizinischen Effekten immer auch die gesundheitsökonomischen Wirkungen umfassen.

Innovationen gelten im Gesundheitswesen häufig als Kostentreiber, da die Forschungs- und Entwicklungskosten in relativ kurzer Zeit der Patentschutzzeit wieder eingespielt werden müssen und Alternativen mit niedrigerer Wirksamkeit für die Behandlung oft als nicht mehr adäquat eingeschätzt werden. So entstehen zeitweilige Monopole, die als Schutz und Forschungsanreiz des Innovators so gewollt sind, aber gleichzeitig potentiell auch zu hohen Finanzierungslasten führen können. Andererseits zeigt ein Blick auf den Arzneimittelmarkt, dass diese Entwicklung nicht zwangsläufig ist, sondern entscheidend von einer angemessenen Preisfindung sowie der Steuerung zu Patientengruppen, die den höchsten Zusatznutzen für den Einsatz eines Medikamentes aufweisen, abhängt. Der Arzneimittelverordnungsreport des AOK-Bundesverbandes splittet dazu die Komponenten des Ausgabenanstieges im Arzneimittelbereich danach auf,

welche Ausgabenanstieg auf die Mengenentwicklung, auf die Preisentwicklung und auf die Struktur der Inanspruchnahme zurückzuführen ist (Schwabe / Paffrath 2013). In der letztgenannten Komponente sind sowohl innovative Medikamente enthalten (der so genannte Intermedikationseffekt) als auch Verschiebungen innerhalb der Medikamente (Intramedikationseffekt), z.B. zu anderen Packungsgrößen oder Darreichungsformen. Interessanterweise übertraf seit 2007 (bis auf das Jahr 2010) der Intramedikationseffekt den Intermedikationseffekt, d.h. der durch neue, innovative Medikamente verursachte Ausgabenanstieg war kleiner der durch den Umstieg auf andere schon vorhandene Arzneimittel. Die tatsächliche Ausgabenwirkung von Innovationen sollte also a priori nicht überschätzt werden, sondern dazu bedarf es eingehender Analysen des Marktgeschehens.

Kosten-Nutzen-Analysen zur Innovationsbewertung

Aus den bisherigen Ausführung sollte deutlich geworden sein, dass für die Bewertung, ob Innovationen einen Zusatznutzen aufweisen und somit als Fortschritt anzusehen sind, auch gesundheitsökonomische Analysen notwendig sind. Sie schaffen Transparenz über die Kosten- wie über die Nutzenwirkung von neuen Maßnahmen, geben wichtige Informationen über die Bedeutung und die möglichen Auswirkungen von Unsicherheit über Nutzen sowie möglichen Schaden und können schließlich auch bei der Preisfindung wichtige Zusatzinformationen für die Regulatoren oder Verhandler bieten. Es ist daher unverständlich, warum dieses Instrument in Deutschland (im Gegensatz zu anderen Ländern der Welt) kaum im Gesundheitswesen genutzt wird. Gerade bei der Arzneimittelbewertung werden auf diese Weise wichtige Potentiale verschenkt. Im AMNOG-Prozess ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung im Wesentlichen nur noch dann vorgesehen, wenn ganz am Ende der Verhandlungen der pharmazeutische Hersteller oder der Spitzenverband der Krankenkassen den Schiedspruch über den Preis nicht akzeptiert. Dazu ist es bislang noch nie gekommen, weil vermutlich beide Verhandlungsseiten von einer solchen nachgelagerten ökonomischen Beurteilung des Produktes wenig erwarten. Stattdessen wäre die Nutzung von Kosten-Effektivitätsinformationen als ein weiteres Kriterium neben dem festgestellten Ausmaß des Zusatznutzens, den Jahrestherapiekosten im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie und den Abgabepreisen in anderen europäischen Ländern eine sinnvolle Ergänzung im Prozess der Innovationsbewertung und Preisfindung.

Eine Ausnahme von dieser deutschen Besonderheit der Nichtbeachtung von Informationen zur Kosten-Effektivität bei der Beurteilung von Innovationen stellt das Verfahren des Robert-Koch-Institutes (RKI) bei der Beurteilung neuer Impfstoffe zur Vorbereitung der Entscheidung der Ständigen Impfkommission (StiKo) dar (Wichmann/ Ultch 2013). Dieses Gremium lässt zur Entscheidungsfindung auch die Präsentation von gesundheitsökonomischen Studien zu, das RKI hat in den letzten Jahren sogar eigene Modellierungen zur Abschätzung der Kosteneffektivität einzelner Impfstoffe durchgeführt. Wie bei anderen Wirtschaftlichkeitsanalysen auch werden dazu die zusätzlichen Kosten einer Maßnahme (im Vergleich zu einer Vergleichstherapie bzw. hier Nicht-Impfen) berechnet und als Quotient dem zu erwartenden Nutzen gegenübergestellt (z.B. zusätzliche Kosten bezogen auf vermiedene Todes- oder Infektionsfälle) (Schulenburg/ Greiner 2013). Auf diese Weise wird die absolute Höhe der Zusatzkosten relativiert: So können zunächst niedrig erscheinende Zusatzkosten noch zu hoch sein, wenn sie kaum mit einem Zuwachs an Nutzen verbunden sind. Und hoch erscheinende Zusatzkosten können

hohe Zusatznutzen gegenüberstehen, so dass bezogen z.B. auf einen vermiedenen Krankheitsfall die Kosten eher moderat erscheinen. Das so errechnete Kosten-Nutzen-Verhältnis führt nicht in einem Automatismus zu einer bestimmten Entscheidung, sondern wird nach ausführlicher Diskussion mit anderen Kriterien gewichtet, z.B. der Schwere der Erkrankung oder der Sicherheit und Qualität der vorliegenden Studieninformationen.

Impfungen sind relativ spezielle Güter, da die Impfung auch einen Schutz für andere bedeuten kann (so genannter Herdenschutz), es sich zudem um eine präventive Maßnahme handelt, die in der Regel am gesunden Menschen ausgeführt wird und häufig von der Intervention (Impfung) bis zur Wirkung (Vermeidung der Infektion oder auch Spätfolgen der Infektion) lange Zeiträume vergehen. Diese Besonderheiten machen Impfungen gesundheitsökonomisch zu einem hochinteressanten Forschungsgebiet. Zum Zeitpunkt der Entscheidung über eine Impfpflicht sind fast immer nur Schätzungen über die langfristige Wirksamkeit möglich, so dass auch hier der Versorgungsforschung die wichtige Rolle zukommt, die Datengrundlagen der Entscheidung immer wieder dem neusten Kenntnisstand anzupassen. Die Evaluation selber läuft über verschiedene Stufen ab, beginnend mit einem demografischen Modell, auf das ein Transmissionsmodell aufbaut, um die Virusübertragung anhand einer nach Alter und Geschlecht differenzierten Kontaktmatrix der deutschen Bevölkerung (oder eines enger abgegrenzten Teils davon) abzubilden. Diese Modellierung der Virusverbreitung ist dann Grundlage eines epidemiologischen Modells zur Berechnung der Krankheitslast, bei dem der Krankheitsverlauf symptomatischer Fälle sowie mögliche Komplikationen der Intervention und notwendiger Behandlungen abgebildet werden. Im ökonomischen Modell werden die so ermittelten Nutzen um direkte und indirekte (d.h. volkswirtschaftliche) Kosten ergänzt und zu Kosten-Effektivitätsquotienten zusammengeführt.

Aus dem epidemiologischen Modell, in das die best-verfügbaren Informationen aller vorhandenen Studien eingeflossen sind, kann dann aus unterschiedlicher Perspektive (insbesondere der Krankenkassen und der Gesellschaft) beispielsweise abgeleitet werden, wie viele Infektionen vermieden wurden, welcher Zuwachs an Lebensqualität zu erwarten ist und wie viele Infektionen, Folgewirkungen und Todesfälle durch eine Impfung vermieden werden können. Es ist auch möglich, dazu verschiedene Szenarien zu berechnen, um die Auswirkung der Unsicherheit z.B. zur Dauer der Impfschutzwirkung abzubilden. Dies sind nicht nur wichtige Informationen für das RKI und die

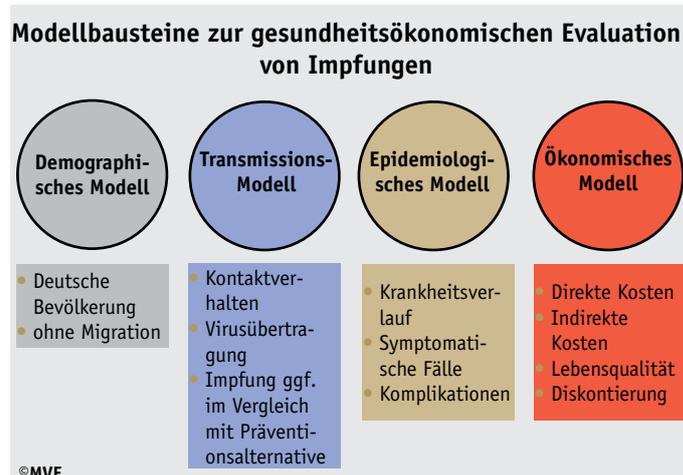


Abb. 1: Modellbausteine zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Impfungen.

StiKo, sondern diese können beispielsweise auch in Gesprächen mit Krankenkassen eingesetzt werden, wenn es um die Entscheidung über Impfungen als Satzungsleistungen geht. So wird auf wissenschaftlich nachvollziehbare Weise die Translation gerade solcher Innovationen unterstützt, die nach den Berechnungen einen Fortschritt darstellen, sowohl medizinisch wie auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Abgrenzung von Innovation und Fortschritt ist in allen Wirtschaftssektoren nötig und entscheidet sich in der Regel durch die Akzeptanz am Markt. Dies ist im Gesundheitswesen eher in Ausnahmefällen anzutreffen, bei denen die Patienten mit eigenen Mitteln eine informierte Entscheidung treffen können. Die Regel ist jedoch, dass Entscheidungen über die Bereitstellung und dem Preis von Innovationen vorwiegend auf der Systemebene, also für alle Krankenkassen gemeinsam getroffen werden und daher rational und wissenschaftlich nachvollziehbar sein sollten.

Transparenz über Nutzen und Kosten trägt dazu bei, Innovationen, die nach objektiven Maßstäben auch einen Fortschritt bedeuten, also einen Zusatznutzen aufweisen, zu identifizieren und so die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen sparsam und zweckmäßig einzusetzen. Umgekehrt schützen gesundheitsökonomische Evaluationen das Gesundheitswesen vor Neuerungen, die keinen solchen Fortschritt bedeuten und deshalb Ressourcen potentiell verschwenden. Eine Herausforderung stellt dabei die Ungewissheit über die langfristigen Wirkungen einer Innovation dar, die aber durch Szenarien und probabilistische Sensitivitätsanalysen ebenfalls in ihrer Wirkung sichtbar gemacht werden können. Zudem ist eine Evaluation nicht schon bei Markteinführung abgeschlossen, sondern sollte mit Daten aus der Versorgungsforschung regelmäßig aktualisiert werden. Dies gilt insbesondere für Prozessinnovationen wie der Integrierten Versorgung oder andere besonderen Versorgungsformen, über die nur wenige und größtenteils methodisch ungeeignete Evaluationen vorliegen. Ähnliches gilt für neue telemedizinische Verfahren, die häufig aus einer Kombination von Produkt- und Prozessinnovation bestehen, wenn mit neuen Informationstechnologien Sektorgrenzen überwunden und die Autonomie der Patienten gestärkt werden sollen.

Auch für den Bereich der Medizinprodukte mit hohem Risikopotential wie Herzschrittmacher und Stents wäre bei innovativen Produkten vor dem Marktzugang Kosten-Nutzen-Bewertungen sinnvoll, um Schaden von den Patienten, aber auch überflüssige finanzielle Belastungen der Kostenträger zu vermeiden. Allerdings sind entsprechende Informationen nicht kostenlos. Sowohl die Nutzenüberprüfung bei Marktzugang als auch die notwendigen Versorgungsstudien

Autorenerklärung

Prof. Greiner erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

ist Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld. Er gehört den wissenschaftlichen Beiräten der Techniker Krankenkasse, der DAK sowie des Instituts für Gesundheitsconsulting der AOK Niedersachsen an. Seit Januar 2010 ist er stellvertretender Aufsichtsratsvorsitzender des Medizinischen Zentrums für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH. Seit Mitte 2010 ist er zudem Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesgesundheitsministerium. Er ist Vorsitzender des Landesschiedsamtes Niedersachsen für die vertragszahnärztliche Versorgung. Kontakt: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de



Health economic analysis to differentiate between innovation and progress

Transparency on benefits and cost helps to identify innovations that mean real progress in accordance with objective standards, and so helps to use scarce health care resources more economically and appropriately. A major challenge here is the uncertainty about the long-term effects of an innovation, as can be shown by the example of new vaccinations. Their evaluation is by no means finished after the early assessment at market access, but should be updated regularly with data from Health Services Research. This is true in particular also for process innovations, such as new forms of integrated care; there exist only a few and mostly methodologically inadequate evaluations for assessing these. Cost-benefit analysis would be also useful for medical devices with high risk potential to prevent patients from harm and to avoid unnecessary financial burdens on health insurances. However, this information is not free. Both, the early benefit assessment and the necessary data collection and evaluation during market penetration are time-consuming and costly. In addition the methodology used must be updated from time to time in accordance with developing scientific standards.

Keywords

Innovation, progress, cost-benefit analysis, vaccinations, Integrated Care

im Zeitablauf der Marktdurchdringung der Innovation sind zeit- und kostenaufwändig. Zudem muss die verwendete Methodik immer wieder auf wissenschaftliche Aktualität überprüft werden. Entsprechende Investitionen in besser informierte Entscheidungen über Innovationen vermeiden aber folgenschwere Fehlentscheidungen, die Folgekosten verursachen und zu einem Mangel an personellen, finanziellen und sachlichen Ressourcen im Gesundheitswesen an anderen Stellen führen können. <<

Literatur

- Bauer, H. (2010): Medizinische Innovationen gleich Fortschritt?, In: Schumpelick, V. und Vogel, B. (Hrsg.): Innovationen in Medizin und Gesundheitswesen, Freiburg: Konrad-Adenauer-Stiftung, S. 61-78
- Hackl, D. (2010): Neue Technologien im Gesundheitswesen: Rahmenbedingungen und Akteure, Schriftenreihe der HHL - Leipzig Graduate School of Management Schulenburg, J.M. und Greiner W. (2013): Gesundheitsökonomik Tübingen: Mohr Siebeck
- Schumpeter, J. A. (2005): Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie, 8. Auflage, Stuttgart: Universitäts-Taschenbuchverlag
- Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.) (2013): Arzneiverordnungs-Report 2013: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. München: Springer
- Wichmann, O., Ultsch, B. (2013): Effektivität, Populationseffekte und Gesundheitsökonomie der Impfungen gegen Masern und Röteln. In: Bundesgesundheitsblatt, Vol. 56, Nr. 9, S. 1260-1269

Dr. Roland Leuschner

Was behindert Versorgungsinnovationen? Wie können Kassen und andere Akteure innovativer sein?

Versorgungsinnovationen zielen darauf ab, die Gesundheitsversorgung besser und/oder wirtschaftlicher zu machen. Wichtige Ansatzpunkte und Bestandteile (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) sind insbesondere: eine Prozessoptimierung mit Blick auf die gesamte Behandlungskette, das Entwickeln von Anreizmechanismen für Prävention, Honorierungsmodelle mit dem Fokus auf Ergebnisqualität und nicht auf Menge und Anzahl von Leistungen, eine aktive Patientenbeteiligung.

>> Wenn Krankenkassen planen, über selektivvertragliche Rechtsgrundlagen wie die integrierte Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V Versorgungsinnovationen umzusetzen, sind oft hohe Entwicklungs- bzw. Investitionskosten eine kaum zu überwindende Hürde. Während die Kosten sofort anfallen, kann mit Erträgen erst mittel- oder sogar langfristig gerechnet werden. Das gilt vor allem dann, wenn präventive Elemente Bestandteil der Innovationskonzepte sind. Dies stellt die Krankenkassen vor große Probleme, da sie aufgrund der Morbi-RSA Systematik ihre finanzielle Situation nicht längerfristig genau abschätzen können, sondern im Gegenteil erst jeweils rückwirkend für jedes Jahr präzise wissen, wo sie finanziell stehen. Auch können Versicherte in dem langen Zeitraum bis zum Erreichen des Return on Invest (ROI) einer Versorgungsinnovation die Krankenkasse verlassen haben.

Six Forces That Can Drive Innovation – Or Kill It

Regina E. Herzlinger (Herzlinger 2006) beschreibt für das amerikanische Gesundheitssystem sechs Kräfte, die Innovationen treiben oder auch verhindern können: Six Forces That Can Drive Innovation – Or Kill It

Players: The friends and foes lurking in the health care system that can destroy or bolster an innovation's chance of success

Funding: The processes for generating revenue and acquiring capital, both of which differ from those in most other industries

Policy: The regulations that pervade the industry, because incompetent or fraudulent suppliers can do irreversible human damage

Technology: The foundation for advances in treatment and for innovations that can make health care delivery more efficient and convenient

Customers: The increasingly engaged consumers of health care, for whom the passive term „patient“ seems outdated

Accountability: The demand from vigilant consumers and cost-pressured payers that innovative health care products be not only safe and effective but also cost-effective relative to competing products

Diese Kräfte sind sicher nicht nur im amerikanischen Gesundheitssystem, sondern auch in denen anderer Industrienationen die relevanten Triebkräfte bzw. Hemmnisse für Innovationen. Auf die meisten dieser Kräfte wird daher auch in diesem Aufsatz explizit oder zumindest implizit Bezug genommen.

Zusammenfassung

Hindernisse für Versorgungsinnovationen finden sich in ganz unterschiedlichen Bereichen. Dazu gehören fehlende Anreize für Kassen, in Versorgungsinnovationen zu investieren, Fehlanreize bei den Leistungserbringern, durch die eher die Leistungsmenge als die Outcome-Qualität honoriert wird, sowie Defizite in der Forschungs- und Entwicklungskultur. Eine wichtige Rolle in diesem Kontext spielt die Politik, die über die Gesetzgebung die Rahmenbedingungen vorgibt. Die von der Großen Koalition in Aussicht gestellten Änderungen, insbesondere im selektivvertraglichen Bereich gehen in die richtige Richtung. Jedoch werden nicht alle Hürden für Versorgungsinnovationen beseitigt.

Schlüsselwörter

Versorgungsinnovationen, Selektivverträge, Versorgungsforschung, Outcome, Qualität, Investitionskosten

Zusätzliche Investitionen können so für die Kassen zu ernststen Problemen im Wettbewerb um Zusatzbeiträge bzw. Beitragssätze führen.

Die zum Ende des Jahres 2008 abgeschaffte Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung war grundsätzlich ein probates Mittel, um dem Finanzierungsproblem der Kassen für Ausgaben in diesem Bereich zu begegnen. Um Innovationen zu befördern ist es daher wichtig, erneut eine Finanzierungshilfe für Ausgaben der Kassen im Bereich Forschung und Entwicklung (F&E) anzubieten, z.B. über die Bereitstellung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds. Die Politik hat dies offensichtlich im Blick, denn sie hat die Einrichtung eines Innovationsfonds von 300 Mio. Euro angekündigt, wobei 225 Mio. Euro davon der Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen und die übrigen 75 Mio. Euro der Versorgungsforschung zugute kommen sollen. Die Vergabe der Mittel soll über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesteuert werden – und genau hier liegt das Problem. Es ist nur schwer vorstellbar, dass ein derart korporatistisch ausgerichtetes Verfahren für die Verwendung dieser Mittel zu einer Förderung innovativer, sektorenübergreifend ausgerichteter Ansätze im selektivvertraglichen Bereich führen wird.

Wenn man konzediert, dass hohe Vorinvestitionen bei Versorgungsinnovationen notwendig sind und hierfür auch Mittel aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellt werden sollen, dann passt außerdem die derzeitige Regelung des § 53 Abs. 9 SGB V nicht, nach der Selektivverträge (welche als Wahltarife nach § 53 Abs. 3 angeboten werden) insgesamt nicht teurer als die Regelleistungen sein dürfen. Eine entsprechende Änderung des § 53 wäre daher folgerichtig und müsste im Sinne einer Förderung von Innovationen ebenfalls erfolgen.

Fehlanreize für Leistungserbringer

Die Vergütung der Leistungserbringer ist eher mengen- als nutzen- und qualitätsorientiert ausgerichtet. Sektorales Denken und sektorale Vergütung verhindern adäquate Anreizsysteme. Jeder Sektor hat nur seine eigene Wirtschaftlichkeit im Blick, so dass die sektorenbezogene Umsatz- und Erlösmaximierung jeweils Ziel der Bemühungen ist und nicht der gesundheitliche Outcome des Patienten und die Gesamtwirtschaftlichkeit. Das derzeitige Vergütungssystem berücksichtigt längerfristige Effekte und Minderinanspruchnahmen in anderen Sektoren nicht oder nur unzureichend und führt zu kurzfristiger Planung auf Leistungserbringerseite. So kommen auch Bain & Company (Hültenschmidt 2011) zu der Einschätzung, dass: „(...) neue Vergütungssysteme ein zentraler Hebel für kosten- und qualitätsorientierte Veränderungen sind.“

Bessere, sektorenübergreifende Outcome-Qualität könnte durch Einführung von ergebnisabhängigen Vergütungsmodellen honoriert werden. Entsprechende „Pay for Performance“-Vergütungsmodelle werden im selektivvertraglichen Bereich teilweise schon erprobt und umgesetzt. Viele Detailprobleme verhindern dabei bisher den großen Durchbruch. Da diese Modelle in der Regel vorsehen, dass eine bessere bzw. zusätzliche Vergütung für überdurchschnittliche Qualität durch Vergütungsabschläge bei schlechter Qualität gegenfinanziert wird, gestalten sich die Verhandlungen mit den Leistungserbringern über die Vergütungsabschläge teilweise schwierig. Eine solche Vergütungssystematik erfordert außerdem eine gut funktionierende und von allen Vertragspartnern akzeptierte Qualitätsmessung und Sicherung. Trotz aller Detailschwierigkeiten sind ergebnisabhängige Vergütungsmodelle aber ohne Zweifel richtig und zukunftsweisend.

Als grundsätzliche Voraussetzung für eine bessere sektorenübergreifende Outcome-Qualität und eine darauf ausgerichtete Vergütungsstrategie bedarf es einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (SQS). Diese wird durch die sektorale Abschottung bisher fast vollständig verhindert. Eine wirkliche Umsetzung der SQS ist ohne grundlegende, im SGB V zu verankernde strukturelle Änderungen wie etwa die Vereinheitlichung von Kodierregeln bzw. Dokumentationsstandards für alle Sektoren vermutlich nicht möglich. Die Politik hat zwar das Thema QS auf die politische Agenda dieser Legislaturperiode gesetzt, es ist jedoch nicht erkennbar, dass derart grundlegende Reformen angegangen werden sollen.

Förderung einer Forschungs- und Entwicklungskultur

Versorgungsforschung benötigt Geld, daneben aber auch Plattformen für den Austausch zwischen Wissenschaft, Kostenträgern und Leistungserbringern.

Eine entsprechende (Versorgungs)Forschungs- und Entwicklungskultur ist Grundlage für die Weiterentwicklung von neuen Versorgungsformen und für die Entwicklung von Innovationen. Kassen können Versorgungsforschung aufgrund der schon beschriebenen finanziellen Restriktionen jedoch nur begrenzt fördern. Es gibt für Kassen (wie auch für Leistungserbringer) bislang kaum Anreize, einen Etat für Forschung zur Verfügung zu stellen.

Die von der Politik in Aussicht gestellte Bereitstellung von jährlich 75 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds für die Versorgungsforschung ist grundsätzlich ein geeigneter Weg, um Finanzierungsengpässe in diesem Bereich zu beseitigen, wobei die Bedenken hinsichtlich des angedachten Verfahrens zur Verwendung und Verteilung der Fondsmittel bereits geäußert wurden.

Grundsätzlich sind auch gemeinsame Förder- und Finanzierungsprojekte von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderen Organisationen ein gutes Mittel, um die Finanzierungsgrundlage der Versorgungsforschung zu verbessern. Beispielhaft sei hier der Förderschwerpunkt Versorgungsnahe Forschung, Patientenorientierung und Chronische Krankheiten genannt. Von den Förderern – GKV, Private Krankenversicherung (PKV), Deutsche Rentenversicherung Bund und Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) – wurden insgesamt gut 20 Mio. Euro für diesen Förderschwerpunkt zur Verfügung gestellt. Die Finanzierungsbeteiligung des BMBF von mehr als 50% der Gesamtsumme war, neben dem intrinsischen Wert dieser Förderkooperation, ein starkes Argument und starker Anreiz für die finanzielle Beteiligung der übrigen Förderer.

Eine wichtige Erkenntnis aus dem genannten Förderschwerpunkt

ist, dass neben der Bereitstellung von entsprechenden Mitteln für die Versorgungsforschung vor allem auch das Schaffen von Anlaufstellen und Plattformen für den Austausch zwischen Wissenschaft und Kostenträgern eine große Bedeutung hat. Gerade der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis ist oft eine große Hürde und wird dadurch erschwert, dass die Wissenschaft nach eigener Aussage vielfach unzureichend über Strukturen, Prozesse und Ansprechpartner auf Seiten der Kostenträger informiert ist.

Im Rahmen der Förderung einer Forschungs- und Entwicklungskultur sollte auch eine Förderung von Investitionen für Versorgungsinnovationen ins Auge gefasst werden. Das Problem beschreibt die Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH (Hildebrandt et al 2008) zutreffend in folgendem Satz: „Entwickelt und investiert wird da, wo mit hinreichender Sicherheit nachhaltig mit unternehmerischem Engagement Geld verdient werden kann.“ Diese Sicherheit fehlt. Gründe dafür sind u.a. die hohen Vorabinvestitionen, die für komplexe Neuentwicklungen von Prozessen und durchgängigen IT-Lösungen notwendig sind. Der Aufwand vergrößert sich noch durch die Notwendigkeit doppelter Abrechnungswege bei einem Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen. Hinsichtlich der Refinanzierung für private Investoren besteht zudem teilweise Unsicherheit über die langfristige Stabilität der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.

Vor großen Problemen stehen auch Start-up-Unternehmen, die sich im Bereich Versorgungsinnovationen engagieren wollen, da es in Deutschland nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten gibt, sich zu finanzieren. Folgende Zahlen verdeutlichen dies sehr anschaulich: Im Jahre 2012 betrug das Fundraising über Venture Capital Finanzierung hierzulande 204 Mio. Euro über alle Branchen, wobei reine Health Care Service Innovationen dabei gar nicht auftauchen. In den USA wurden im gleichen Jahr 20,6 Milliarden Dollar Venture Capital Gelder in Start-ups investiert (Diemer 2013). Allein der Markt Digital Health erlebt dort derzeit einen regelrechten Boom.

Um Investitionen im Bereich Versorgungsinnovationen und auch das Engagement von Start-ups in diesem Sektor zu fördern könnte ein Kapitalfonds eingerichtet werden. Denkbar ist zum einen eine wirtschaftspolitische Förderung z.B. über die Kreditanstalt für Wiederaufbau oder zum anderen eine gesundheitspolitische Förderung über den Gesundheitsfonds (Hildebrandt et al 2008).

Kommende Änderungen in Bezug auf Selektivverträge

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass „Krankenkassen mehr Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“.

Die Regelungen im Einzelnen:

- Eine Angleichung der „rechtlichen Rahmenbedingungen und Beseitigung bestehender Hemmnisse bei der Umsetzung von integrierten und selektiven Versorgungsformen“
- Gleichartige Regelung der Evaluation
- Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach vier Jahren
- Aufhebung der Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung
- Vereinfachung des Bereinigungsverfahrens
- Überführung von geeigneten Versorgungsformen in die Regelversorgung
- Aufhebung der Vergütungsbeschränkungen bei Hausarztverträgen
- Strukturierte Behandlungsprogramme müssen Bestandteil der HZV-

Verträge werden, soweit sie die Hausärzte betreffen.

- Zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung soll ein Innovationsfonds in Höhe von 300 Mio. Euro (hälftig über den Gesundheitsfonds und hälftig über die Krankenkassen finanziert) eingerichtet werden.

Fazit

Die Regelungen gehen insgesamt in die richtige Richtung. Einige der bestehenden Probleme und Hürden auf dem Weg zu mehr Versorgungsinnovationen werden jedoch nicht bzw. nicht konsequent genug angegangen. So ist der in Aussicht gestellte Innovationsfonds grundsätzlich eine gute Idee und ein geeignetes Mittel, um den Finanzierungsproblemen bei innovativen, sektorenübergreifenden Versorgungsprojekten zu begegnen und die Finanzierungsgrundlagen der Versorgungsforschung zu verbessern. Die Vergabe dieser Mittel über den G-BA und von diesem festzulegende Kriterien zu organisieren, birgt jedoch die Gefahr, dass die Fondsgelder im kollektivvertraglichen Bereich versenkt werden und den Kassen nicht für innovative, selektivvertragliche Projekte und eigene Versorgungsforschungsideen zur Verfügung stehen.

Bestehende Regelungen im SGB V, nach denen Selektivverträge nicht teurer als die Regelleistungen sein dürfen (§ 53 Abs. 9 SGB V), stellen ebenfalls eine große Hürde für innovative, selektivvertragliche Vorhaben dar, deren Beseitigung die Politik bisher nicht vorsieht. Ähnliches gilt für Auflagen bezüglich der Wirtschaftlichkeit von Krankenkassen (insbesondere § 197 b SGB V), die die Möglichkeiten der Umsetzung von Selektivverträgen stark beschränken und beispielsweise die Einbindung von Managementgesellschaften für die Umsetzung solcher Verträge fast ausschließen.

Das Thema Qualitätssicherung wird von der Politik offensichtlich als dringlich und wichtig erkannt, aber dem Entwurf des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV FQWG) ist nicht zu entnehmen, dass die für eine SQS notwendigen, grundlegenden strukturellen Änderungen in Angriff genommen werden sollen. Ohne SQS ist jedoch eine bessere, sektorenübergreifende Outcome-Qualität kaum erreichbar.

Auch eine Förderung von Investitionen in Versorgungsinnovationen durch beispielsweise die Einrichtung eines Fonds ist von der Politik bisher nicht vorgesehen.

Um alle erkennbaren Hürden für Versorgungsinnovationen zu beseitigen, wären weitere, über die von der Politik angekündigten und teilweise bereits initiierten Änderungen hinausgehende Reformen notwendig. Einige dieser zusätzlichen Änderungen haben sehr grundlegenden Charakter. Andere beziehen sich eher auf Detailregelungen, mit denen sichergestellt werden könnte, dass sich das Innovationspotential der selektivvertraglichen Möglichkeiten und die Wirkung des Innovationsfonds voll entfalten können. <<

Hindrances for Innovations in the German Health Care System

Hindrances for innovations in the health care system can be found at different levels. They include missing incentives for health insurance companies to invest in innovations; problematic incentives for care providers who raise the amount of treatment rather than the outcome quality and shortfalls in the research and development culture. In this context legislation has an important role defining the frame conditions. The modifications announced by the governing coalition, particularly those concerning the selective contracting area, point to the right direction. But not every obstacle will be eliminated.

Keywords

hindrances for innovations, outcome, quality, health insurance companies

Literatur

- Diemer, S. (2013): Deutschland vs. USA – Keine Top-US-Investments in Deutschland. In: <http://www.gruenderszene.de/allgemein/us-investments-deutschland> (abgerufen am 20.02.2014)
- Herzlinger, R. E. (2006): Why Innovation in Health Care Is So Hard In: Harvard Business Review Mai 2006, 58–66
- Hildebrandt, H./Bischoff-Everding, C./Stüve, M./Kolzau, T./Saade, P./Weyler, E.-J./Cortekar, J. (2008): White Paper: Anreize für Forschung und Entwicklung für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen 3.Juni 2008
- Hültenschmidt, N./Eliades, G./Singh, K./Danke, I. (2011): Die Architektur des Gesundheitsmarkts 2020 und die Folgen für Ärzte, Versicherer, Distributoren und Industrie In: Bain & Company (HRSG) (2011).

Autorenerklärung

Dr. Roland Leuschner ist stellvertretender Abteilungsleiter Versorgungsmanagement des BKK DV und vertritt als solcher die Interessen der BKKen.

Dr. Roland Leuschner

hat Molekularbiologie studiert und in der Gehirnforschung gearbeitet. Danach war er Projektleiter bei der Techniker Krankenkasse. Beim BKK Bundesverband hat er u.a. als Projektleiter die DMP-Umsetzung und die Neuausrichtung der Vertragsstrategie geleitet. Nach einer Zwischenstation als Projektleiter Versorgungsmanagement bei spectrumK hat Herr Dr. Leuschner zuletzt beim BKK BV die Fachkoordination geleitet, bevor er zum Dachverband wechselte. Dort ist er stellvertretender Abteilungsleiter Versorgungsmanagement, zuständig für Versorgungsforschung, Methodenbewertung sowie Selektivverträge. Kontakt: Roland.Leuschner@bkk-dv.de



Dr. André Kleinfeld
Christian Luley

Durchsetzung innovativer Wirkstoffe nach der frühen Nutzenbewertung

Wir befinden uns im 4. AMNOG-Jahr. Nach 38 Monaten liegen 68 Nutzenbewertungen vor. Deren Ergebnisse wurden und werden weiterhin viel diskutiert. Auch das Thema Preisverhandlungen und die u.a. daraus resultierenden Einsparpotenziale stehen regelmäßig im Fokus des Interesses. Aber wie steht es um die Auswirkungen der AMNOG-Prozesse auf die Versorgung im Alltag? Wie haben sich neue Wirkstoffe in Abhängigkeit von ihrer Nutzenbewertung im Markt durchgesetzt? Dieser Beitrag will hierzu – aus Sicht eines Datendienstleisters – erste (vorsichtige) Schlaglichter setzen.

>> Am 1. Januar 2011 ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) in Kraft getreten, mit dem die frühe Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe nach § 35a SGB V eingeführt wurde. Der pharmazeutische Unternehmer muss mit der Zulassung ein Dossier einreichen, das dann die Grundlage für die Bewertung des Zusatznutzens bildet (zu dem gesamten AMNOG-Prozess vgl. etwa G-BA 2014a). Bis 20.02.2014 haben 68 Präparate das Verfahren der frühen Nutzenbewertung vollständig durchlaufen, wovon 13 Wirkstoffen ein beträchtlicher, 21 Wirkstoffen ein geringer und 6 Wirkstoffen ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen bescheinigt wurde (vgl. G-BA 2014b).

Auf die Perspektive kommt es an ...

Bei Betrachtung und Interpretation dieser Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass hierbei stets nur der jeweils höchste Zusatznutzen bei einem Patientenkollektiv herangezogen wurde. Somit liegt eine eher positive Sicht auf die Wirkstoffbewertungen vor. Betrachtet man dagegen den Zusatznutzen der einzelnen, gesondert bewerteten Patientengruppen der einzelnen Wirkstoffe im Verhältnis zum Patientenkollektiv aller Wirkstoffe, dann ergibt sich ein komplett anderes Bild. Statt 19,1 Prozent findet man bei dieser Betrachtungsweise nur noch 1,3 Prozent Bewertungen mit beträchtlichem Zusatznutzen. Während 41,2 Prozent der bewerteten Wirkstoffe kein Zusatznutzen attestiert wurde, gilt dies für 78,9 Prozent der gesondert bewerteten Patientengruppen (vgl. Abb. 1; hinsichtlich der Patientenzahl wurde die in den G-BA-Beschlüssen angegebene Zielpopulation herangezogen).

Ein Blick auf die linken Säulen der Abbildung 1 zeigt: Die Bewertungsergebnisse sind nicht so negativ, wie anfangs von einigen befürchtet wurde. Ein Blick nach rechts lehrt aber auch, dass die Ergebnisse nicht so gut sind, wie teilweise noch immer behauptet wird. Letztlich sind aber nicht Prozentdarstellungen für die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen von Interesse, sondern die Bewertung des eigenen Produktes.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertungen und der anschließenden Preisverhandlungen nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) werden noch immer viel diskutiert. Die Auswirkungen der AMNOG-Prozesse auf die Versorgung im Alltag sind dagegen nur selten Thema. Eine Analyse der abgerechneten Arzneimittelrezepte im ambulanten GKV-Markt zeigt, dass neben der Nutzenbewertung andere Faktoren (noch immer) eine wichtige Rolle spielen. Darauf weisen z. B. die großen regionalen Versorgungsdifferenzen hin. Diese lassen darauf schließen, dass u.a. die Informationspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin deutlichen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte ausüben kann.

Schlüsselwörter

AMNOG, Nutzenbewertung, regionale Variationen, Versorgungsrealität

Versorgung mit neuen Wirkstoffen im Alltag

Während häufig die Einsparpotenziale im Fokus der Diskussion stehen und vielleicht noch die Opt-out-Fälle diskutiert werden, geraten die folgenden Fragestellungen aus dem Blick:

- Welche Auswirkungen haben die Nutzenbewertungen auf den Versorgungsalltag?
- Wie entscheidend sind Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens?
- Welche Rolle spielt die Informationspolitik der Kassenärztlichen Vereinigungen?
- Welche Zusammenhänge zwischen Nutzenbewertung und ambulanter Versorgung mit neuen Arzneimitteln sind überhaupt erkennbar?

Diesen Fragestellungen sollte sich die Versorgungsforschung zukünftig stärker widmen. In diesem Beitrag werden einige Analyseergebnisse aufgezeigt, die hierzu einen ersten Eindruck geben, wenngleich sie noch keine finalen Schlussfolgerungen zulassen.

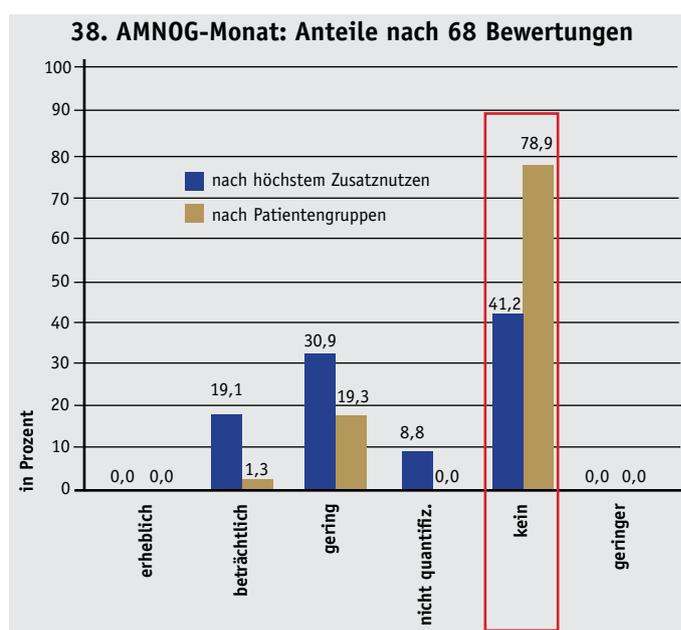


Abb. 1: Anteile der Ausmaßkategorien an den Zusatznutzenbewertungen. Quelle: www.g-ba.de, Stand: 20.02.2014; links wird für jeden Wirkstoff der jeweils höchste Zusatznutzen (blaue Säulen) bei einem Patientenkollektiv herangezogen, rechts der Zusatznutzen der Patientengruppen (goldene Säulen) im Verhältnis zum Patientenkollektiv aller Wirkstoffe.

Kein Zusatznutzen heißt nicht kein Marktanteil

Bislang haben 26 Wirkstoffe keinen Beleg für einen Zusatznutzen erhalten (einer davon bereits dreimal). Dabei wurde viel über jene vier Produkte berichtet, für die die Hersteller Opt-out gewählt und sie damit aus dem deutschen Markt genommen haben: Rasilamlo® (Alisikiren + Amlodipin), Trajenta® (Linagliptin), Xiapex® (Mikrobielle Collagenase aus Clostridium histolyticum) und Trobalt® (Retigabin). Die Marktentwicklungen der anderen Wirkstoffe ohne (bislang belegten) Zusatznutzen verliefen allerdings sehr unterschiedlich.

Der Verlauf abgerechneter GKV-Rezepte ist bei den unterschiedlichen Wirkstoffen nur schwer vergleichbar. Neben der Schwierigkeit valider indikationsübergreifender Vergleiche stellt sich u.a. noch die Problematik der unterschiedlichen Potenziale an Patienten und der unterschiedlichen Reichweiten der verordneten Packungen. Um

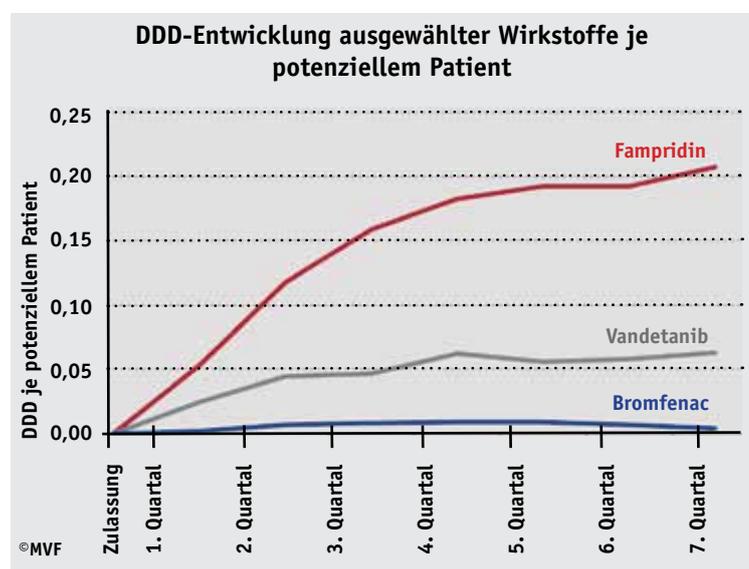


Abb. 2: DDD-Entwicklung ausgewählter Wirkstoffe je potenziellem Patient. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), DDD (definierte Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte je potenziellem Patient (Zielpopulation lt. G-BA-Beschluss) und Tag je rollierendem Quartal ab Zulassung (für eine erste Trendaussage).

eine erste Trendaussage generieren zu können, haben wir daher für ausgewählte Wirkstoffe die Entwicklung der definierten Tagestherapiedosen (DDD) je potenziellem Patient innerhalb der ersten sieben Quartale nach Zulassung verglichen. Dabei ist zu bedenken, dass die DDD-Definitionen nicht immer mit den Dosierungsempfehlungen der Ärzte übereinstimmen. Hinsichtlich des jeweiligen Patientenpotenzials sind wir von der im entsprechenden G-BA-Beschluss angegebenen Zielpopulation ausgegangen. So erhält man eine erste Vorstellung davon, in welchem Ausmaß potenzielle Patienten den Wirkstoff verordnet bekommen.

Wir haben auf Basis der regioMA-Datenbank von INSIGHT Health exemplarisch drei Wirkstoffe analysiert: Bromfenac (in der Indikation postoperative Entzündung am Auge nach Kataraktoperationen) konnte sich nach dieser Kalkulation bislang kaum im Markt etablieren. Dagegen ist bei Vandetanib (Schilddrüsenneoplasien) eine Steigerung zu beobachten, die durch die erneute Bewertung am 05.09.2013 (erste Nutzenbewertung am 06.09.2012) mit einem Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen vermutlich weiter fortgesetzt werden kann. Fampridin (Multiple Sklerose) hat nach dieser Berechnung theoretisch sogar bereits jeder Fünfte der ca. 46.500 potenziellen Patienten verordnet bekommen. Diese positive Entwicklung wird unterstützt durch

eine Stellungnahme der AkdÄ, die zwar nicht die Bewertungsergebnisse kritisiert, wohl aber die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie (vgl. AkdÄ 2012). Ggf. haben auch die entsprechend niedrigeren Nettopreise nach Abzug der Nutzenbewertungsrabatte (61,1 Prozent unterhalb der vorherigen Nettopreise) dazu beigetragen, dass Ärzte statt der gleichwertig eingeschätzten Krankengymnastik (der zweckmäßigen Vergleichstherapie) Fampridin verordneten (vgl. Abb. 2; zu weiteren Beispielen vgl. Pieloth/Kleinfeld 2013).

An dieser Stelle sollte auch nochmals betont werden, dass „kein Zusatznutzen“ zunächst nichts Negatives bedeutet: Der zugelassene(!) Wirkstoff hat einen vergleichbaren Nutzen wie bereits im Markt befindliche Therapieansätze. Mit der Preisverhandlung wird zudem sichergestellt, dass die Kosten ebenfalls vergleichbar sind. Dies gilt zumindest bei jenen Wirkstoffen, die eine einheitliche Bewertung für alle Patientengruppen erhalten haben (bei unterschiedlichen Bewertungen für die einzelnen Patientengruppen gilt dies aufgrund der verhandelten Mischpreise nicht oder nur bedingt).

Beträchtlicher Zusatznutzen bei weniger beträchtlichem Marktanteil

Ticagrelor (Brilique®) war das erste Arzneimittel, das durch den Nutzenbewertungsprozess gelaufen ist. Für die größte Patientengruppe (ca. 73 Prozent) wurde dem Thrombozytenaggregationshemmer zur Therapie der Koronaren Herzkrankheit ein Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen bescheinigt. Für zwei Patientengruppen ergab sich ein Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen, für drei weitere Patientengruppen kein Beleg für einen Zusatznutzen (vgl. auch Pieloth/Kleinfeld 2013). Eine Betrachtung der Marktanteile (nach abgerechneten Tagestherapiedosen) von Ticagrelor gegenüber dem Marktsegment aus Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor zeigt einen verstärkten Anstieg im 4. Quartal 2011, das sich in den Folgequartalen fortsetzt. Mit Beginn des 2. Quartals 2013 flacht der Anstieg ab (vgl. Abb. 3).

Ticagrelor: regionale Unterschiede mit Faktor 4,8

Die Marktdurchdringung von Ticagrelor innerhalb der GKV ist – wie die Zahlen von INSIGHT Health zeigen – regional sehr unterschiedlich.

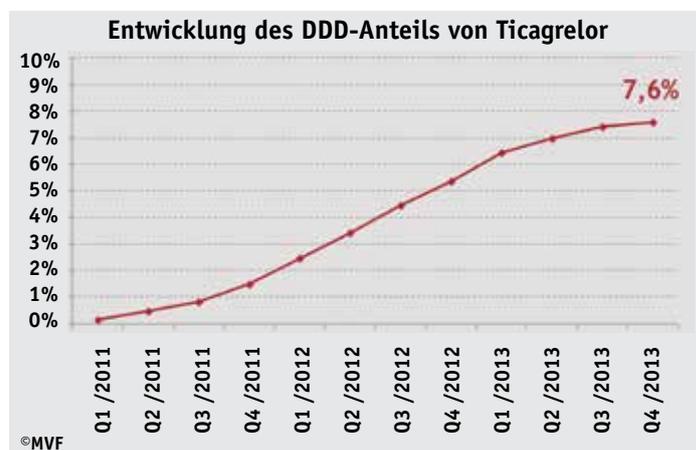


Abb. 3: Entwicklung des DDD-Anteils von Ticagrelor. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach DDD (definierte Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte, Marktsegment: Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor.

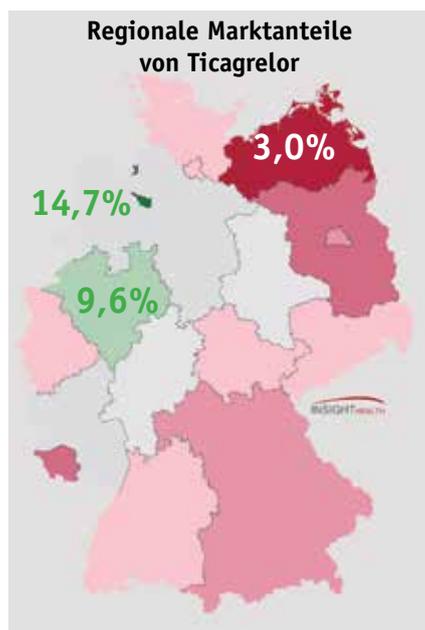


Abb. 4: Entwicklung des DDD-Anteils von Ticagrelor. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach DDD (definierten Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte, 4. Quartal 2013, Marktsegment: Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor.

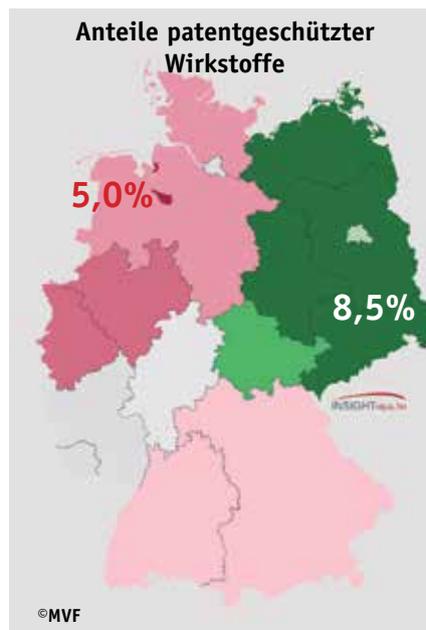


Abb. 5: Anteile patentgeschützter Wirkstoffe am gesamten Arzneimittelmarkt. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach DDD (definierten Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte, 4. Quartal 2013, patentgeschützte Arzneimittel vs. gesamter Arzneimittelmarkt.

Der Marktanteil in der KV-Region Bremen liegt mit 14,7 Prozent fast doppelt so hoch wie der bundesweite Durchschnitt von 7,6 Prozent. Aber auch bei einer Betrachtung der Flächenstaaten zeigen sich große Differenzen. So kommt Ticagrelor in Westfalen-Lippe auf 9,6 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen gerade einmal auf 3,0 Prozent der gesamten ambulant verordneten Tagestherapiedosen innerhalb des definierten Marktsegmentes (vgl. Abb. 4).

Diese Zahlen sind insofern besonders interessant, als der Anteil patentgeschützter Arzneimittel in den neuen Bundesländern mit 7,8 bis 8,5 Prozent regelmäßig deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt (vgl. etwa Bensing/Kleinfeld 2010). Bremen und Westfalen-Lippe liegen in dieser Betrachtung mit 5,0 bzw. 5,5 Prozent am unteren Ende der Skala (vgl. Abb. 5).

Apixaban: geringer Zusatznutzen, steigende Marktanteile

Apixaban (Eliquis®) erhielt im Gegensatz zu Ticagrelor nur einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen bei der Thromboseprophylaxe von Patienten mit Hüftgelenkersatzoperation und für das zum 01.01.2013 neu zugelassene Anwendungsgebiet Schlaganfallprophylaxe. Bei Patienten mit Kniegelenkersatzoperation konnte ein Zusatznutzen nicht belegt werden. Zumindest mit dem neuen Anwendungsgebiet sind steigende Marktanteile (hier bezogen auf die zweckmäßigen Vergleichstherapien aller Anwendungsgebiete) zu verzeichnen (vgl. Abb. 6; vgl. auch Pieloth/Kleinfeld 2013).

Apixaban: regionale Unterschiede mit Faktor 3

Auch bei Apixaban zeigen sich auf regionaler Ebene nicht unerhebliche Unterschiede (vgl. Abb. 7). Die höchsten Marktanteile (nach DDD) mit 5,0 bzw. 4,3 Prozent verzeichnet Apixaban in Hamburg, Hessen und Bremen, die niedrigsten mit 1,7 Prozent in Nordrhein. Eine Analyse der veröffentlichten KV-Informationen zu den Xabanen führte zu interessanten Ergebnissen. Diese deuten darauf hin, dass die Aussagen der KV-Informationen ggf. das Verordnungsverhalten der Ärzte beeinflusst haben.

Die KV Nordrhein hat in ihrem Magazin „KVNO aktuell“ (Nr. 11+12/2012) einen Beitrag zu neuen oralen Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern veröffentlicht. Der Artikel sieht tendenziell keinen Vorteil von Apixaban und anderen Xabanen für gut auf Phenprocoumon und Warfarin eingestellte Patienten. Dabei wird auf fehlende Langzeiterfahrungen, eine verminderte Compliance und die Möglichkeit einer sicheren Antagonisierung bei den Cumarinen verwiesen (Wille 2012). Die KV Nordrhein ist die KV mit dem niedrigsten Marktanteil von Apixaban.

Die KV Hessen hat in ihrem Informationsdienst „KVH aktuell“ (Heft 1 – April 2011) dagegen einen Gastbeitrag abgedruckt, der in den neuen direkten Faktor-Xa-Inhibitoren eine nachhaltige Veränderung der Prophylaxe von thromboembolischen Erkrankungen und Schlaganfällen bei Vorhofflimmern sieht. Dabei werden vor allem die patientenfreundlichen Vorteile der neuen zumeist oral verfügbaren Therapeutika hervorgehoben (Bausch 2011). Die KV Hessen ist (nach Hamburg) die KV mit dem zweithöchsten Marktanteil von Apixaban.

Literatur

- AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) (2012): Stellungnahme zu Fampridin, Nr. 129, A12-06, Version 1.0, 26.04.2012, www.akdae.de/Stellungnahmen/AMNOG/A-Z/Fampridin/Fampridin.pdf.
- Bausch, J. (2011): Paradigmenwechsel in der Thrombose- und Schlaganfall-Prophylaxe, in: KVH aktuell, Nr. 1/2011, S. 9-11.
- Bensing, C./Kleinfeld, A. (2010): Regionale Arzneimittelausgaben: Die Schere geht weiter auseinander, in: Monitor Versorgungsforschung, 3. Jg., Nr. 6/2010, S. 14-15.
- Deutscher Ethikrat (2011): Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zu Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen - Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Deutscher Bundestag, Drucksache17/4621 vom 19.01.2011.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2014a): Die Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V, <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/nutzenbewertung35a/>, Abrufdatum: 20.02.2014.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2014b): (Frühe) Nutzenbewertung nach § 35a SGB V, <http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>, Abrufdatum: 20.02.2014.
- Pfaff, H. et al. (2011): Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme, in: Dtsch Med Wochenschr, 136. Jg., 2011.
- Pieloth, K./Kleinfeld, A. (2013): AMNOG, Zusatznutzen, regionale Marktdurchdringung, in: Monitor Versorgungsforschung, 6. Jg., Nr. 6/2013, S. 12-13.
- Wille, H. (2012): Neue orale Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern, in: KVNO aktuell; Nr. 11+12/2012, S. 25-27.

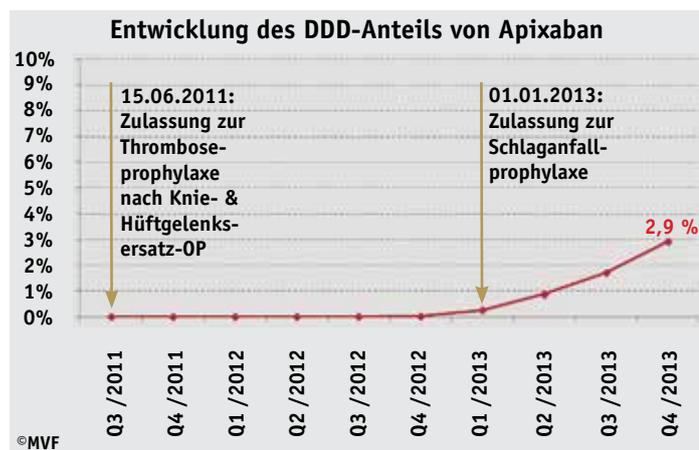


Abb. 6: Entwicklung des DDD-Anteils von Apixaban. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach DDD (definierte Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte, 4. Quartal 2013, Marktsegment: Apixaban, Enoxaparin, Phenprocoumon und Warfarin.

Fazit und Ausblick

Fakt ist, dass bislang kein eindeutiger wirkstoffübergreifender Zusammenhang zwischen Nutzenbewertung und Versorgung im ambulanten Alltag erkennbar ist. Somit spielen wohl andere Parameter ggf. eine noch wichtigere Rolle. Auf Basis der von INSIGHT Health durchgeführten Analysen zu Ticagrelor und Apixaban zeigen sich z.B. deutliche regionale Differenzen. Diese weisen darauf hin, dass zwischen der KV-Informationspolitik und dem Ordnungsverhalten der Ärzte ein (wenn auch nicht monokausaler) Zusammenhang besteht.

Um herauszufinden, welche Aspekte die Versorgung unter Alltagsbedingungen am meisten beeinflussen, sollten Versorgungsforschungsstudien in Auftrag gegeben werden. Die größte Chance, dies in breitem Umfang realisieren zu können, wäre mit einer vom Gesetzgeber verpflichtend eingeführten späten Nutzenbewertung (auf Basis von Versorgungsforschungsstudien) gegeben. Aber das scheint – trotz Forderungen z.B. seitens des DNVF und des Deutschen Ethikrates (vgl. DNVF 2011, Deutscher Ethikrat 2011) – noch Zukunftsmusik zu sein. <<

Market penetration of innovative active pharmaceutical ingredients after the benefit assessment

The results of the early benefit assessments and the subsequent price negotiations according to the Act on the Reform of the Market for Medicinal Products (AMNOG) led to much discussion. The effects of the AMNOG processes on the pharmaceutical supply in everyday life, however, rarely raised as central topics. An analysis of prescription data in the outpatient SHI market shows that besides the benefit assessment other factors (still) play an important role. The large regional differences are indicative of this. In consequence: the information policy of the Associations of Statutory Health Insurance Physicians still can exert considerable influence on the prescribing behavior of physicians.

Keywords

AMNOG, benefit assessment, regional variations, medical care in reality

Regionale Marktanteile von Apixaban

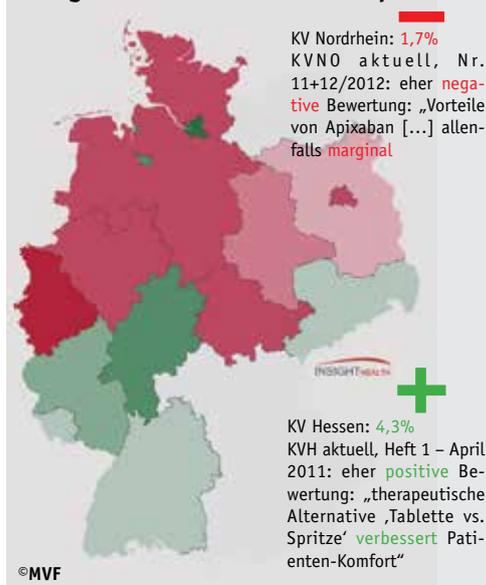


Abb. 7: Regionale Marktanteile von Apixaban. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Marktanteile nach DDD (definierten Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Rezepte 4. Quartal 2013, Marktsegment: Apixaban, Enoxaparin, Phenprocoumon und Warfarin.

Dr. André Kleinfeld

ist Leiter Versorgungsanalysen & Market Access bei INSIGHT Health. Er hat BWL, Wirtschaftspädagogik und Gesundheitsökonomie studiert und beschäftigt sich bei INSIGHT Health vorwiegend mit den Themen Versorgungsforschung, Rabattverträge, Gesundheitspolitik und regionaler Market Access.
Kontakt: AKleinfeld@insight-health.de



Christian Luley

ist Leiter des Berliner Büros von INSIGHT Health. Er hat VWL studiert und ist bei INSIGHT Health u.a. für den fachlichen Austausch mit den Organen der Selbstverwaltung zuständig. Zudem beschäftigt er sich mit den Themengebieten Gesundheitspolitik, Versorgungsanalysen und Market Access.
Kontakt: CLuley@insight-health.de



wir helfen Menschen

Ernährung

Infusionen

Arzneimittel

Medizinprodukte