

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



TITEL-INTERVIEW:
Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi): „Versorgungsforschung aus der Region für die Region.“

„Unterscheidung von Qualität und Nutzen“ (Porzsolt)

„Methodische Probleme der OECD-Gesundheitsdaten“ (Finkenstädt)

„Patientenrelevante Endpunkte“ (Lippke)

**FOKUS:
Region**

Editorial

Transparenz der Versorgung 4

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Titelinterview

„Versorgungsforschung aus der Region für die Region“ 6

Titelinterview mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi

Redaktion

„Dramatische Änderung im Gesundheitssystem“ 14

Pressekonferenz der Initiative „Wege aus dem Schmerz“

„Health care professionals need to be leaders“ 16

Interview mit Dr. David C. Goodman, Professor am Dartmouth Institute

Platz 1 für Hildesheimer PWS-Behandlungskonzept 17

Der Gewinner des achse-central-Preises 2015

Prädiktionsmodelle für Entscheidungsunterstützung 20

Dipl.-Ing. Olaf Lodbrog, Managing Director EMEA LA von Elsevier Health Analytics

Allergie-Versorgung auf neuen vertraglichen Wegen 24

Zahlen, Daten und Fakten zur Evidenz und Wirtschaftlichkeit der Allergieverorgung

Von der Innovation in den Versorgungsalltag 30

Erfahrungen aus dem Modellvorhaben der AOK Bayern zur Kapselendoskopie

INNOFONDS

Bitte beachten Sie die Sonderseiten (27-29) zum Innovationsfonds, auf denen MVF regelmäßig über den Entwicklungsstatus informieren wird.

Zahlen - Daten - Fakten

Biosimilars – ein Marktsegment in Bewegung 12

Standards

Impressum 2 News 33

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 35-38

Save the Date

6. MVF-Fachkongress: 08. März 2016 in Berlin

Innovationsfonds: Mittelverteilung - Ziele - Nutzen - Evaluation

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

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

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

Redaktion

Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

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

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

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

Marketing:

Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

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

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

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

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

Urheber- und Verlagsrecht

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

Zusendung von Beiträ-
gen und Informationen
an den Verlag liegt das
jederzeit widerrufliche
Einverständnis, die zu-
gesandten 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: 6.585
(IWW 2. Quartal 2015)

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. Franz Porzsolt / Dr. Stephan Paschke /
Prof. Dr. Heinz Naegler / Prof. Dr. Hans-Peter Bruch

39

Die Finanzierung eines gesundheitlichen Mehrwerts setzt die Unterscheidung von Qualität und Nutzen voraus

Die zunehmende Verknappung von Ressourcen in den Gesundheitssystemen erfordert nicht nur die kritische Analyse neu hinzukommender, sondern auch die Rechtfertigung bestehender Ausgaben. Zur Sicherung der Qualität und des Nutzens werden Ressourcen aufgewandt, die nicht als Selbstzweck akzeptiert werden sollten. Zum einen sind diese Ausgaben in einer „klinisch-ökonomischen“ Analyse mit dem „Mehrwert“ zu vergleichen, der für die Patienten und das System entsteht.

Dipl.-Soz.wiss. Verena Finkenstädt /
Dr. rer. pol. Frank Niehaus

44

Länderrankings auf Basis der OECD-Gesundheitsdaten – Eine Analyse der methodischen Probleme

In der öffentlichen Berichterstattung dient die OECD-Gesundheitsstatistik häufig zur Einordnung des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich. Eine Rangfolgebildung anhand der OECD-Daten ist jedoch mit einer Reihe methodischer Probleme behaftet. Diese resultieren zum Teil aus unvollständigen Daten sowie aus deren mangelnder Vergleichbarkeit. Vor allem aber berücksichtigen die OECD-Daten in der Regel nicht den Einfluss des unterschiedlichen Bevölkerungsalters in den einzelnen Ländern, obwohl eine Vielzahl medizinischer Eingriffe eindeutig altersabhängig ist.

Prof. Dr. habil. Sonia Lippke /
Lena Siebels / Juliane Paech

51

Patientenrelevante Endpunkte bei der Evaluation von Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Senioreneinrichtungen: Befunde aus zwei Befragungsstudien

Die Versorgung von älteren Menschen stellt in Zeiten des demographischen Wandels eine zentrale Herausforderung dar. Senioreneinrichtungen und Gesundheitsverhalten können einen wichtigen Baustein im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung bilden. Um anhand von patientenrelevanten Endpunkten die Potenziale von Senioreneinrichtungen und von Gesundheitsverhalten zu evaluieren, wurden zwei Studien durchgeführt (querschnittlich und über einen Zeitraum von 6 Monaten).

Julia Kobayashi, M. Sc. / Dr. rer. pol. Mirjam Thanner /
Prof. Dr. rer. pol. Klaus Nagels

56

Importförderung von Arzneimitteln: Eine Untersuchung zu Auswirkungen auf diverse Akteure im Gesundheitswesen

Mit einer Reihe von Regulierungsmaßnahmen sollen steigende Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt werden, z. B. durch die Importförderung nach § 129 SGB V. Um einschätzen zu können, welche positiven und negativen Effekte unterschiedliche Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen der Importförderung aktuell zuschreiben, wurden neun Experteninterviews geführt und qualitativ ausgewertet.



Herausgeber-Beirat

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

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



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



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
DAK Gesundheit, Hamburg



Prof. Dr. Matthias Schrappe
Köln



IFOM, Private Universität
Witten/Herdecke

Prof. Dr. Stephanie Stock
Universität zu Köln



Bitte entnehmen Sie die Kontaktdaten der Beiräte dem MVF-Portal. Die Redaktion leitet Anfragen gerne an die Beiräte weiter.

Praxisbeirat

vertreten durch



Nordost

Harald Moehlmann



Dr. Jens Härtel



Gerhard Stein



Dr. MarcoPenske



Prof Dr. Christian
Franken



Frank Lucaßen



Prof. Dr. Bertram
Häussler



Roland Lederer



Stephan Spring



Dr. Hans-Joachim
Helming



Dr. Thomas M.
Zimmermann



Prof. Dr. Stephan
Burger



Dr. Andreas Kress



Dr. Thomas
Trümper



Ralph Lägel



Helmut
Hildebrandt



Prof. Dr. Dr. Alfred
Holzgreve



Prof. Dr.
W. Dieter Paar





**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

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

Transparenz der Versorgung

MVF-Titelinterview mit Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

> S. 6 ff.

„Die regionalisierte Versorgungsforschung wird von dem Leitbild beflügelt, dass man anhand der regionalen Unterschiede realisierbare Möglichkeiten für eine bessere medizinische Versorgung innerhalb des eigenen Systems erkennen kann.“ „Das KV-System möchte hier ganz bewusst zur Transparenz der medizinischen Versorgung beitragen. Wir wollen hier mit gutem Beispiel voran gehen.“ So Dr. von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, im Titelinterview dieser Ausgabe. Mit dem Konzept der virtuellen Versorgungsgemeinschaften entwickelt das Zentralinstitut dabei auch methodisch neue Wege. Hochinteressant und sehr lesenswert.

Zur Erforschung regionaler Unterschiede haben wir auch ein Gespräch mit **Prof. David Goodman** geführt, der seit 20 Jahren den Dartmouth Atlas of Health Care herausgibt. Mit **Olaf Lodbrok**, Elsevier Health Analytics, haben wir über die Entwicklung von Entscheidungsunterstützungssystemen gesprochen, die Ärzte in wenigen Jahren bei der individuellen Behandlung von Patienten unterstützen sollen.

> S. 16 ff.

> S. 19 ff.

Save the Date. 8. März 2016 – MVF-Fachkongress: Innovationsfonds – Jahr 1

Der Innovationsfonds bietet von 2016 bis 2019 große Chancen für Strukturveränderungen und Prozessinnovationen im Gesundheitssystem und für prospektive und begleitende Versorgungsforschung. Damit wird er auch zur weiteren Etablierung des Fachgebiets Versorgungsforschung erheblich beitragen. Wie werden diese 300 Mio. Euro ausgegeben? Wie gut werden die Chancen genutzt? Sehr viel kann falsch gemacht werden. Dazu auch der Beitrag von Prof. Neugebauer, Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung, auf unseren Sonderseiten zum Innovationsfonds.

> S. 27 ff.

Im Frühjahr 2016 läuft die 1. Runde. Den dann bekannten Stand zu Zielen, Mittelverteilung, Nutzen und Evaluation des Innovationsfonds präsentiert der 6. MVF-Fachkongress am 8. März 2016. Merken Sie sich das Datum bitte schon vor.

Wissenschaftliche Beiträge

Porzolt u.a. durchleuchten die Konstrukte Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) und Nutzen von Gesundheitsleistungen für das Individuum, die Krankheitsgruppe und die Gesellschaft.

> S. 39 ff.

Finkenstädt und Niehaus analysieren die methodischen Probleme bei der Einordnung des deutschen Gesundheitssystems in internationale Rangfolgen entsprechend der OECD-Gesundheitsstatistik, die sich aus unvollständigen Daten und Unvergleichbarkeiten aufgrund des Einflusses unterschiedlicher Altersstrukturen ergeben. Vorsicht also bei den in den Medien so beliebten System-Vergleichen.

> S. 44 ff.

Lipke u.a. präsentieren zwei Befragungen zum Einfluss des kalendarischen Alters und des gefühlten körperlichen sowie geistigen Alters auf die Nutzung von Senioreneinrichtungen und allgemein auf das Gesundheitsverhalten älterer Menschen.

> S. 51 ff.

Kobayashi u.a. präsentieren die Ergebnisse von Experteninterviews zu positiven und negativen Effekten der Importförderung von rezeptpflichtigen Arzneimitteln nach § 129 SGB V für verschiedene Anspruchsgruppen des Gesundheitswesens und diskutieren die Akzeptanz dieses Steuerungsinstruments.

> S. 56 ff.

Ich wünsche Ihnen interessante Lektüre und viele Informationen, die Sie für Ihre Arbeit nutzen können. Und dazu natürlich einen herrlichen Sommer.

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 Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zi

„Versorgungsforschung aus der Region für die Region“

Das KV-System möchte, erklärt Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) in Berlin, „ganz bewusst zur Transparenz der medizinischen Versorgung“ beitragen und mit gutem Beispiel vorangehen. Ein Beispiel dafür ist die Initiative des deutschen „Versorgungsatlas“, der nach der Idee des „Dartmouth Atlas of Health Care“ sukzessive eine solide Basis für regionale Versorgungsforschung und für die ambulante Versorgung schaffen soll.

>> Vor mehr als 40 Jahren haben Wennberg und Gittelsohn ihren vielbeachteten Artikel „Small Area Variations“ geschrieben, fast 20 Jahre später wurde in den USA der „Dartmouth Atlas of Health Care“ ins Leben gerufen. 2011, gut 15 Jahre später, folgte dann der „Versorgungsatlas“ des Zentralinstituts (Zi). Welcher Zusammenhang besteht da?

Unsere Initiative für einen deutschen Versorgungsatlas geht zurück auf das Jahr 2007. In dem Jahr wurde das Zi neu ausgerichtet. Es gab noch keine bundesweite Datengrundlage für die ambulante Versorgung und auch keine Transparenz über regionale Versorgungsunterschiede. Das Zi sollte zunächst eine solche Datengrundlage schaffen und auf dieser Basis eine Versorgungsforschung für und über die ambulante Versorgung entwickeln. Ein Versorgungsatlas war von Anfang an Teil des Konzepts. Im Jahr 2010 konnten wir uns erstmals mit systematischen räumlichen Mustern in der Risikostruktur der Versicherten und ihrer Versorgung befassen. Auf dieser Basis konnte der „Versorgungsatlas“ konzipiert werden. Dabei ging es von Anfang an darum, den Vertragspartnern in den Regionen Anhaltspunkte für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen. Hierfür haben wir viele Anregungen aus dem Ausland, insbesondere aber aus dem „Dartmouth Atlas“ und der englischen Right-Care-Initiative geprüft, um die jetzige Form des „Versorgungsatlas“ zu finden.

Worin unterscheidet sich der „Versorgungsatlas“ des Zi von seinen Vorbildern?

Der „Versorgungsatlas“ ist ausdrücklich nicht als Publikationsorgan des Zi konzipiert, sondern als Internetportal, das allen Versorgungsforschern offensteht, die ihre Erkenntnisse den Entscheidungsträgern in den Regionen auch in Form von Ergebnisdaten zur Verfügung stellen wollen. Wir sind davon ausgegangen, dass mit einem öffentlich zugänglichen Internetportal und der Aufbereitung der Ergebnisse in Form interaktiver Landkarten ein größerer Wirkungskreis erreicht werden kann als allein durch wissenschaftliche Fachpublikationen, und dass Versorgungsforscher neben den Impactpunkten aus wissenschaftlichen Publikationen auch Impactpunkte bei der Anwendung ihrer Erkenntnisse in der konkreten Versorgung sammeln wollen. Außerdem soll diese Konzeption dazu beitragen, schrittweise Datenlücken zu schließen, die in Deutschland für Versorgungsforscher bestehen.

Sind Sie neidisch auf die Datenfülle, die z.B. ihren US-Kollegen dank Medicare zur Verfügung steht?

Auch die Amerikaner beklagen erhebliche Datenlücken, denn Medicare versichert nur Menschen, die älter als 65 Jahre sind. Die beste Lösung haben meiner Kenntnis nach die Australier geschaffen. Mit dem Population Health Research Network steht der Wissenschaft dort eine Zusammenführung aller Abrechnungsdaten aus

unterschiedlichen Quellen bis hin zu klinischen Daten für die gesamte australische Bevölkerung zur Verfügung. In Deutschland gibt es zwar alle Abrechnungsdaten aller GKV-Versicherten, nur nicht komplett an einem Ort, mit Regions- und Leistungsbezug. Jede in Deutschland veröffentlichte Studie enthält daher Erkenntnislücken. Da wir nicht erwartet haben, dass sich dies kurzfristig ändert, können die Ergebnisse aller im „Versorgungsatlas“ veröffentlichten Studien als weiterverarbeitbare Datensätze heruntergeladen werden. Das KV-System möchte hier ganz bewusst zur Transparenz der medizinischen Versorgung beitragen. Wir wollen hier mit gutem Beispiel voran gehen. Bis der Versorgungsforschung auf gesetzlicher Grundlage Zugang zu vollständigen Abrechnungsdaten nach australischem Vorbild eingeräumt wird, bedarf es auch solcher kleinen Schritte.

Mal abgesehen vom Thema Datenverfügbarkeit – Was können wir von den Machern der Versorgungsatlanten im Ausland lernen?

Ein ständiger Austausch hilft allen! Die Analysemethoden und die Erfahrungen mit der Kommunikation bzw. Implementierung der Erkenntnisse entwickeln sich dauernd weiter. Manchmal hilft es auch zu sehen, dass in allen Ländern vergleichbare Schwierigkeiten bestehen. Lernen können wir dabei auch aus Rückschlägen unserer Kollegen in anderen Ländern. Der internationale Austausch hat sowohl eine inhaltliche wie auch eine motivationale Katalysatorfunktion für die deutsche Versorgungsforschung. Darum haben wir ja im Juni 2015 die „Wennberg International Collaborative Policy Conference“ in Berlin veranstaltet. Das Ergebnis war ein außerordentlich fruchtbarer Austausch und das gute Gefühl, dass wir uns mit unseren Arbeiten in Deutschland international nicht verstecken müssen.

Können Sie das an einem Beispiel veranschaulichen?

Denken wir einmal an den neuen Forschungsansatz der virtuellen Versorgungsgemeinschaften. So bezeichnen wir die Arztnetze, die spontan und ohne zwingende Kooperationsabsicht der Praxen einfach dadurch entstehen, dass bestimmte Patienten diese Praxen in Anspruch genommen haben. Die Versorgungsergebnisse für die unterschiedlichen Patientenpopulationen können für verschiedene Fragen der Versorgungsforschung verglichen werden. Diesen Ansatz haben wir – angeregt durch Vorarbeiten der Dartmouth-Gruppe – auf Deutschland übertragen. Mittlerweile wird das methodische Vorgehen in Deutschland an drei oder vier Stellen individuell weiterentwickelt. Die Diskussion dieser Ergebnisse bei der internationalen Konferenz in Berlin hat nun ihrerseits Impulse bei unseren internationalen Kollegen gesetzt. Zu diesem Thema gab es die intensivste Diskussion, weil damit die Erkenntnisse der Forschung am wirksamsten in die Praxis eingebracht werden können.

Welche Idee steckt hinter den sogenannten „virtuellen Versorgungsgemeinschaften“ oder „virtuellen Arztnetzen“?

Die regionalisierte Versorgungsforschung wird von dem Leitbild beflügelt, dass man anhand der regionalen Unterschiede realisierbare Möglichkeiten für eine bessere medizinische Versorgung innerhalb des eigenen Systems erkennen kann. Dazu kann das Konzept virtueller Versorgungsgemeinschaften erheblich beitragen. Um das zu erklären, muss ich etwas technisch werden: Werden die regionalen Unterschiede analysiert, so wird damit implizit oder explizit die Frage gestellt, warum die Versorgung in der einen Region besser bzw. anders ist als in der anderen, obwohl die Rahmenbedingungen zunächst weitgehend einheitlich erscheinen.

Auf der räumlichen Ebene von Landkreisen fällt es aber oft schwer, konkrete Erklärungen zu finden. In den vergangenen Jahren wurde daher geschlussfolgert, dass der Wohnort schicksalhafte Bedeutung für das Leben eines Patienten habe: Je nachdem, wo man wohnt, hat man eben das Glück oder Pech, gut oder schlecht versorgt zu werden. Damit werden die Methoden der Versorgungsforschung aber nicht ausgeschöpft. Wenn wir regionale Versorgungsunterschiede etwa allein anhand der Mittelwerte einer Indikatorsausprägung, z.B. der Anzahl der chirurgischen Eingriffe je Einwohner, je Landkreis diskutieren, können wir weder sagen, ob dieser Wert repräsentativ für die konkreten Erfahrungen von Patienten und Ärzten in der Region ist, noch wer eigentlich in der Lage ist, an einer unerwünschten Situation etwas zu verändern. Wir sind daher zum nächsten Schritt übergegangen und untersuchen, wie unterschiedlich Patientengruppen jeweils innerhalb der Region, also z.B. innerhalb der Landkreise behandelt werden. Dazu dient die Betrachtung der virtuellen Versorgungsgemeinschaften.

Wie kann die Methode jetzt praktisch genutzt werden?

Die Methode besteht aus drei Elementen: Wir fassen alle Leistungen zusammen, die die Patienten von unterschiedlichen Ärzten – und ggf. von Krankenhäusern – erhalten haben. Alle an der Versorgung einer konkreten Gruppe von Patienten (wir sagen Patientenpopulation) beteiligten Ärzte bilden eine virtuelle Versorgungsgemeinschaft. In deren Zentrum stellen wir diejenige Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich, die den größten Anteil hausärztlicher Leistungen für diese Patienten erbracht hat. Diese drei Elemente sind wichtig. Weil Patienten in Deutschland freie Arztwahl haben, können wir die Versorgungsqualität für eine Patientenpopulation nur abbilden, wenn wir alle Leistungen zusammentragen, die ggf. bei diversen Praxen in Anspruch genommen worden sind. Die Versorgung der unterschiedlichen Patientenpopulationen können wir unter Gesichtspunkten der Inanspruchnahme bzw. der Behandlungsstile vergleichen. Dabei zeigen sich sehr unterschiedliche Versorgungssituationen. Es lässt sich erkennen, welche Populationen besonders von einer Verbesserung der Versorgung profitieren würden und welche Praxisinhaber hierfür ihr Verhalten eventuell überprüfen



müssten, wenn es sich um behandlungsstilbezogene Ursachen der Versorgungsunterschiede handeln sollte. Werden die Patientenpopulationen jeweils nach ihrem Wohnort z.B. dem jeweiligen Landkreis zugeordnet, zeigt dieser Ansatz vereinfacht gesagt, wen man genau ansprechen muss, um den Durchschnittswert einer Region zu verbessern. Ebenso wird ersichtlich, wer bereits dazu beiträgt, dass eine Region bei bestimmten Indikatoren sehr gut abschneidet.

Haben Sie auf diese Weise bereits konkrete Ansätze zur Qualitätsbeurteilung der Versorgung herausgefunden?

Ja und Nein. Ja, weil wir beispielsweise die Regionen identifiziert haben, die sich durch eine hervorragende Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auszeichnen. Eine geringe Anzahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte ist ein wesentlicher Qualitätsparameter für die ambulante Versorgung. Das „Nein“ erfordert noch einmal einen Blick auf die verfügbaren Datengrundlagen. Auf Bundesebene haben wir nur vollständig pseudonymisierte Daten. Das heißt, wir können auf der Bundesebene etwas über die statistischen Muster sagen, aber nichts darüber, welche konkreten Personen oder Praxen dahinterstehen. Das schließt aus, mithilfe dieser Daten von der Bundesebene aus einen Veränderungsprozess in einer konkreten Region einzuleiten.

Das gilt aber nicht für die Länderebene.

Exakt. Ein Beispiel: Mitte Juni 2015 hat die KV Hamburg ihren ersten Versorgungsforschungstag durchgeführt. Es handelt sich um eine Initiative zur Förderung der Versorgungsforschung mit Bedeutung für die Versorgungspraxis in Hamburg. Dabei wurde diskutiert, wie ein für Hamburg besonders relevantes Problem angegangen werden kann. Bei sehr niedriger Einweisungsrate existiert in Hamburg eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme der Notfallambulanzen. Hieraus resultieren überdurchschnittlich viele Krankenhausaufnahmen in den sogenannten ambulant-sensitiven Indikationsbereichen, für die stationäre Behandlungen grundsätzlich als vermeidbar gelten. Nun gibt es aus internationalen Studien – etwa aus Kanada – Hinweise, dass solche vermeidbaren Krankenhausinanspruchnahme nicht gleichmäßig über funktionale Patientenpopulationen verteilt

sind. Dies eröffnet Möglichkeiten, den Ursachen der nicht erwünschten Krankenhausinanspruchnahme auf den Grund zu gehen. Erhalten die behandelnden Ärzte die Informationen über die tatsächlichen Versorgungsabläufe ihrer Patienten, können diese aktiv an der Ursachenanalyse und an Maßnahmen zur Verringerung unerwünschter Krankenhausbehandlungen beteiligt werden. Dabei ist zu prüfen, ob und wie ggf. aus Best-Practice-Beispielen gelernt werden kann. Nicht nur die KV Hamburg ist bereit, solche innovativen Wege zu gehen. Wir diskutieren mit allen KVen, wie sie die Ergebnisse der Versorgungsforschung für den „Praxisbetrieb“ nutzen können. Mit solchen Projekten werden wir sehr viel mehr darüber lernen können, ob und wie dieser methodische Ansatz tatsächlich Versorgung gestalten kann.

Bei allem Optimismus schwingen da Zweifel mit? Welche konkreten Vorbehalte bestehen aus Ihrer Sicht?

Die Versorgungsforschung basiert bislang fast ausschließlich auf den Routinedaten, d.h. den Daten der Leistungsabrechnung. Die Routinedaten sind in Deutschland weder an einem Ort noch in ausreichender Qualität zusammengeführt. Das Zi kann zwar die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung auswerten, die Daten zur stationären Inanspruchnahme liegen aber bei den einzelnen Krankenkassen. Das Statistische Bundesamt gibt sie nur in aggregierter Form heraus. Auf Ebene pseudonymisierter Daten existiert zwar inzwischen beim DIMDI eine Kopie der Daten des Morbi-RSA. Darin können aber z.B. keine ärztlichen Leistungen differenziert werden. Das sind für die Versorgungsforschung große Einschränkungen, die uns als Forschern sofort vorgehalten werden, wenn wir mit unseren Studien auf die Praxis treffen.

„Anhand der Routinedaten sind wir auf viele Fragen gestoßen, die einer weiteren analytischen Bearbeitung bedürfen.“

Nennen Sie uns ein Beispiel?

Wenn wir der Frage nachgehen, inwiefern eine leitliniengerechte ambulante Diagnostik und Arzneimitteltherapie tatsächlich geeignet ist, die vermeidbaren Krankenhauseinweisungen für Patienten mit Herzinsuffizienz zu reduzieren, können wir derzeit die ambulante und die stationäre Behandlung nicht auf Ebene einzelner Patientenseudonyme zusammenführen. Anhand aggregierter Daten können wir aber das Rätsel nicht lösen, warum bei der Behandlung der Herzinsuffizienzpatienten ausgerechnet in Regionen der neuen Bundesländer, in denen bei den Ärzten eine hohe Leitlinienakzeptanz festzustellen ist, überdurchschnittlich häufige Krankenhausaufenthalte auftreten.

Zur Situation der Herzinsuffizienzpatienten in Deutschland hat das ZI eine sehr ausführliche Studie erstellt und auf dem „Versorgungsatlas“ veröffentlicht. Welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus?

Anhand der Routinedaten sind wir auf viele Fragen gestoßen, die einer weiteren analytischen Bearbeitung bedürfen. Unter anderem ist es nach wie vor ungeklärt, warum Frauen offenbar systematisch anders behandelt werden als Männer.

Eine Benachteiligung der Frauen?

Das ist nicht so klar, wie es auf den ersten Blick erscheint. Bei genauer Betrachtung gibt es verschiedene und durchaus plausible Gründe für geschlechtsspezifische Behandlungsmuster. Zum Beispiel

haben Frauen häufiger eine diastolische Herzinsuffizienz als Männer. Bei Frauen treten auch häufiger Arzneimittelunverträglichkeiten auf. In den Leitlinien finden wir dazu keine Referenzwerte, an denen wir mit Routinedaten die Angemessenheit von Behandlungsunterschieden überprüfen könnten. Am Rande bemerkt, besteht dieses Problem nicht nur bei Herzinsuffizienz: Neue geschlechtsspezifische Erkenntnisse zu Arzneimittelunverträglichkeiten werden bisher kaum systematisch rezipiert.

Nun wissen wir also, was wir nicht wissen. Wie soll es jetzt weiter gehen?

Noch fehlt die Erkenntnis, in welchem Umfang die genannten Gründe regionale Unterschiede in den geschlechtsspezifischen Therapiemustern erklären können. Bemerkenswert sind diese regionalen Unterschiede aber schon, denn sie weisen auf einen hohen Gestaltungsspielraum hin. Obwohl die Leitlinien-Empfehlungen in allen Regionen Deutschlands für Männer häufiger umgesetzt werden als für Frauen, gibt es Regionen in Deutschland, wo der Anteil leitliniengerecht therapierter Frauen höher ist als in anderen Regionen der Anteil leitliniengerecht therapierter Männer. Es gibt also keinen Goldstandard. Die Antwort auf die Frage, in welchem Umfang die Versorgung verändert werden kann, muss daher in den Regionen entwickelt werden. Einige KVen haben die Ergebnisse aktiv aufgegriffen und in den Mitgliederzeitschriften adressiert. Zunächst bestand die Befürchtung, dass der Hinweis auf geschlechtsspezifische Versorgungsunterschiede einen öffentlichen Aufschrei und entsprechend defensive Reaktionen bei den niedergelassenen Ärzten nach sich ziehen würde. Beides ist erfreulicherweise nicht eingetreten, so dass diese Art der Kommunikation zur Förderung der ärztlichen Diskussion vor Ort weiterentwickelt werden kann. Wir würden uns freuen, wenn unsere Themen von dort den Weg in Qualitätszirkel und andere konkrete Instrumente des Qualitätsmanagements finden.

Welche Bedeutung haben Unterschiede in der Sozialstruktur der Patienten?

Soziale Ursachen der beobachteten Versorgungsunterschiede lassen sich derzeit nicht gut analysieren. Im „Versorgungsatlas“ haben wir zwar einen Sozialstrukturindex für die Kreisebene veröffentlicht. Es handelt sich dabei aber um ein relativ grobes räumliches Aggregationsniveau. Der Grund ist, dass entsprechende Daten bislang nicht kleinräumiger vorliegen. In den Abrechnungsdaten finden sich auch keine Sozialstrukturmerkmale. Entsprechende Daten müssten erst durch aufwendiges Data-Linkage z.B. aus Primärerhebungen oder anderen Sekundärdatenquellen generiert werden.

Haben Sie damit bereits Erfahrungen?

Wir sammeln erste Erfahrungen als Partner der Nationalen Kohorte. An anderer Stelle, nämlich bei der Zusammenführung von Daten an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sind wir schon aktiv. Da die Routinedaten der Krankenhäuser keine Daten zur Arzneimittelverordnung während der stationären Behandlung enthalten, kommt man um ein Data-Linkage nicht herum, wenn man wissen will, was in der Arzneimittelversorgung passiert, wenn Patienten stationär aufgenommen und entlassen werden. Grundsätzlich wissen wir seit langem, dass es erhebliche Brüche zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gibt. Konkrete

Kommunikation - Koordination - Kooperation

Mein AOK-Gesundheitsnetz[®]

Eine Kooperation der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse mit regionalen Arztnetzen zur Optimierung der ambulanten Versorgung in den Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Gesundheit in besten Händen

mein-aok-gesundheitsnetz.de

Verbesserungsvorschläge lassen sich jedoch nur entwickeln, wenn versorgungs- oder qualitätsrelevante Diskontinuitäten für eine größere Anzahl von Patienten nachvollzogen werden können.

Das wäre doch ein Argument für die elektronische Gesundheitskarte.

Entscheidend ist, dass die Daten jeweils zweifelsfrei einem Patientenpseudonym zugeordnet werden können. Dies ist mittlerweile durch die lebenslange Versichertennummer gegeben. Auf dieser Basis könnte die Aussagefähigkeit von Routinedaten dadurch bestimmte klinische Informationen erhöht werden. Hierfür werden wir einen geschützten Rahmen benötigen. Dies könnte etwa in Forschungspraxennetzen erfolgen. Damit könnten wir beispielsweise der Frage nachgehen, aus welchen Gründen bestimmte Patienten eine leitlinienkonforme diagnostische Maßnahme oder Verordnung nicht erhalten haben.

Sind Routinedaten also nicht verlässlich, weil sie primär zur Abrechnung gesammelt werden?

Das glaube ich nicht. Um dem Vorwurf auf den Grund zu gehen, fördert das Zi ein Projekt der Uni Greifswald, in welchem die Routinedaten mit Primärdaten aus einer epidemiologischen Studie – der sogenannten SHIP-Studie – für konkrete Personen verglichen werden. Die Daten der SHIP-Studie basieren auf einer Primärdiagnostik der Patienten. Natürlich ist auch dieser Datensatz wiederum mit einem gewissen Bias behaftet, weil dafür jeder Proband unabhängig von einer Symptomatik mit einem Ganzkörper-MRT untersucht wird. Dabei ergeben sich auch Befunde, die im Behandlungsalltag nie Praxisrelevanz erreicht hätten. Somit gibt es keinen Goldstandard.

Sie erwarten also erhebliche Widersprüche?

Aus der Summe vieler Untersuchungen zu dieser Frage habe ich den Eindruck, dass die Abrechnungsdaten in der Masse besser sind als ihr Ruf. Dazu ein aktuelles Beispiel aus dem Bereich der Demenzversorgung: Bei der Analyse haben wir stark abweichende Behandlungsmuster zwischen
 Praxen gefunden, die viele und Praxen, die „Der Ansatz, dass die Krankenhäuser den Part der
 weniger Demenzpatienten behandeln. Als Ärzte übernehmen könnten, führt in die Irre.“

 wir die Befunde dann mit Ärzten vor Ort besprochen haben, stellte sich heraus, dass es für die Abweichungen nicht nur gute fachliche, sondern auch aus dem Alltag abgeleitete Erklärungen gab, die das, was wir in den Daten bezüglich der Diagnostik als auch der Verordnungsmuster gesehen haben, sehr plausibel erscheinen ließ. Routinedaten sind daher sehr wohl geeignet, uns an die relevanten Fragestellungen heranzuführen.

Lassen Sie uns auf aktuelle gesundheitspolitische Implikationen regionaler Unterschiede kommen. Nehmen wir die Bedarfsplanung. Hier ringt die Gesundheitspolitik um eine sinnvolle Balance zwischen einheitlichen Vorgaben und der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Kann das Zi hierzu Empfehlungen vorlegen?

Wir konnten mit unseren Analysen zeigen, dass die Aufspaltung der Bedarfsplanung in eine Planung für Vertragsärzte und eine Planung für Krankenhäuser aus inhaltlichen Gründen nicht sinnvoll ist. Die Gründe für diese Gliederung ergeben sich aus politischen Entscheidungen über Finanzierung und Zuständigkeit für die jeweiligen Versorgungsbereiche. Deshalb beziehen die jeweiligen Regelwerke auch nur Daten aus dem jeweils eigenen Sektor ein. Erst der regionale Vergleich auf Basis sektorenübergreifender Daten offenbart die

Substitutionswirkung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung. Entscheidungen ohne Berücksichtigung des jeweils anderen Versorgungsbereichs können daher an sich gewollte Entwicklungen vor allem in der ambulanten Versorgung behindern.

Sie stellen damit die seit vielen, vielen Jahren diskutierte Überversorgung der Städte in Frage?

Vergleicht man einfach die Zahl der Ärzte pro Einwohner in Großstädten mit der Arztdichte in ländlichen Regionen, erscheint die ländliche Region unterversorgt, die städtische Region hingegen überversorgt. Wenn wir aber nun die stationäre Versorgung mit dazu nehmen, sehen wir, dass in den Städten durch die intensivere ambulante Versorgung weniger Krankenhausaufnahmen stattfinden als in ländlichen Regionen.

Wer also fordert, man müsse die ambulante Versorgung in den Städten abbauen ...

... stellt den im SGB V verankerten Grundsatz des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung auf den Kopf. Wir fordern daher, dass die Bedarfsplanung für Vertragsärzte auch das ambulante Potenzial der Krankenhauleistungen berücksichtigen muss.

Wie soll das praktisch gehen?

Zi und Barmer GEK haben das kürzlich gemeinsam durch das Beratungsunternehmen Agenon untersuchen lassen. Das Gutachten liegt vor. Die Budgets der Krankenhäuser – die prospektive Mengenvereinbarungen zur Steuerung der Leistungsentwicklung enthalten sollen – richten sich aber nach dem Vorjahreswert und der Leistungsstruktur des Krankenhauses. Die Bedarfsplanung wiederum orientiert sich eher an vorhandenen Strukturen als am langfristig rückläufigen stationären Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Das ambulante Potenzial und die Möglichkeiten der vertragsärztlichen Versorgung vor Ort bleiben unberücksichtigt. Im Gegensatz dazu gehen die Gutachter von der Hypothese aus, dass zur Beurteilung der Angemessenheit der Versorgung immer populationsbezogen vorzugehen ist. Hierbei hilft der regionale Vergleich, plausible Referenzwerte für die Versorgung der Wohnbevölkerung einer Region und den erreichbaren ambulanten Versorgungsanteil festzulegen. Hieraus können Zielwerte für die Leistungsmengen der Krankenhäuser und spiegelbildlich für die Vertragsärzte der Region entwickelt werden. Nach diesem Muster beschreibt das Gutachten am Beispiel ausgewählter Regionen, wie der Grundsatz ambulant vor stationär sowohl in den Vergütungsverhandlungen als auch in der Bedarfsplanung zu implementieren wäre.

Glauben Sie mit Blick auf die Stakeholder wirklich daran, dass das je funktionieren wird?

In der geplanten Krankenhausreform spielt diese Überlegung derzeit keine Rolle. Es gibt aber Zielformulierungen, die man durchaus in dem Sinne verstehen könnte, wenn denn die Gesundheitspolitik das wollte. Zudem ist der G-BA aufgefordert, die Bedarfsplanung für die niedergelassenen Ärzte noch einmal unter die Lupe zu nehmen. Zumindest von dieser Seite dürfte die Diskussion um eine sektorenübergreifende Perspektive noch einmal angestoßen werden. Diese könnte dann auch für die Krankenhausreform eine Rolle spielen.

Eine gemeinsame Planung wäre doch schon deshalb sinnvoll, weil

in ländlichen Regionen schon in naher Zukunft die Ärzte immer weniger werden und die Krankenhäuser die Aufgaben zum Teil mit übernehmen sollen.

Das ist im Grundsatz richtig. Der Ansatz, dass die Krankenhäuser den Part der Ärzte übernehmen könnten, führt aber in die Irre.

Und auch dazu hat ja das Zi ein Gutachten veröffentlicht.

Das stimmt. In den ländlichen Krankenhäusern existiert doch in der Regel nur eine allgemein-internistische und allgemein-chirurgische ärztliche Versorgung. Das, was in der fachärztlichen Versorgung Grundversorgung darstellt, gehört im Krankenhaus eigentlich zur hoch spezialisierten Versorgung, etwa die Augenklinik. Viele nötige Fachrichtungen sind in den ländlichen Krankenhäusern überhaupt nicht vertreten und wenn, dann durch Belegärzte. Das bedeutet, die Krankenhäuser in ländlichen Regionen benötigten niedergelassene Ärzte, um die stationäre Versorgung zu sichern. Wie die Krankenhäuser auf einmal bisher nicht vorhandene Funktionen übernehmen könnten, ist mir schleierhaft. Etwas anderes wäre die räumliche Konzentration von Facharztsitzen in unmittelbarer Nähe von stationären Einrichtungen. Das wird sich aber nicht allein durch Planung erreichen lassen. Es erfordert die richtigen Anreize.

Welche wären das konkret?

Dazu muss man sich mit der Frage befassen, warum in der jeweiligen Region die Versorgungsstruktur schwach ausgeprägt ist. Ein Grund dafür ist meist ein allgemeines Infrastrukturproblem, das auch durch mehr Bedarfsplanung nicht gelöst werden wird. Für den Ausgleich fehlender Infrastruktur kann man nicht die Ärzte verantwortlich machen. Mit gezielten Fördermaßnahmen lassen sich Ärzte aber ansprechen. Es handelt sich um ein breites Spektrum an Möglichkeiten, das ggf. individuell differenziert werden muss. Eine Tätigkeit auf Zeit in KV-eigenen Einrichtungen kann den Weg bereiten. Es geht nicht allein um Geld, sondern vielmehr darum, Risiken der Entscheidung zu mindern und Zeit zum Kennenlernen zu geben. Nicht selten finden Ärzte dann die Herausforderungen auf dem Land spannend.

Welche Rolle spielen die Lebenspartner dabei?

Oft sind beide Partner von Inflexibilitäten bisheriger Bedarfsplanungsvorgaben betroffen. In dünn besiedelten Regionen können die Versorgungsgrade allein durch den Wechsel von ein bis zwei Ärzten schnell zwischen Über- und Unterversorgung ausschlagen. Deshalb sollte man sich fragen, wie viele Praxen perspektivisch aufrechterhalten werden müssen, um die nötige Versorgung zu ermöglichen – auch müsste es möglich sein, dass sich Versorgungsgebiete überlappen dürfen. Zur Weiterentwicklung der Versorgung ist daher auch eine flexible Anwendung der Bedarfsplanungsrichtlinie notwendig.

Wie könnte sich nach die Versorgungsforschung den Fragen der regionalen Unterschiede in Deutschland noch intensiver widmen?



Dr. Dominik Graf von Stillfried

ist seit 2008 Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Davor war er (2006-2008) Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung und von 1998-2006 Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von 1996-1998 war er Sachgebietsleiter Managed Care bei der BARMER Ersatzkasse, von 1995-1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter des VdAK, Abteilung Gesundheitswissenschaften und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung. 1996 hat er an den Universitäten Bayreuth und Tübingen promoviert.

Aus unserer Sicht könnte ein stärkerer lokaler Bezug frischen Wind bringen. Versorgungsforschung sozusagen aus der Region für die Region. Wir werben deshalb dafür, dass Kassenärztliche Vereinigungen Förderprogramme etablieren, in denen sie ihre Fragestellungen aus der Praxis platzieren können. An den Universitäten müssen die Forscher nach Fachveröffentlichungen mit hohem Impactfaktor streben. Da wird nach Themen gesucht, die weltweit Beachtung finden. Wer Impact aber nicht nur in Fachzeitschriften, sondern für die Versorgung haben möchte, muss den Fokus verändern. Regionale Versorgungsforschungstage könnten hierfür Impulse setzen. Einige KVen sind schon dabei, die Idee aufzugreifen. Wir brauchen einfach eine bessere Vernetzung der Versorgungsforschung mit den Akteuren vor Ort und eine Verstetigung der Forschung für die jeweilige Region. Das ist wichtig, weil ein dauernder Feedback- und Diskussionsprozess notwendig ist, um die Versorgung in einer Region nachhaltig zu verbessern. Eine enge Vernetzung zwischen Forschung und Praxis wäre ein absolutes Prä für Deutschland. Durch unsere dezentralen Strukturen haben wir dafür hierzulande relativ gute Voraussetzungen und könnten damit in der Versorgungsforschung weltweit Beachtung finden.

Herr von Stillfried, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

INSIGHT Health zu Epo, Infliximab, Insulin glargin & Co.

Biosimilars – ein Marktsegment in Bewegung

Die erste Markteinführung eines Biosimilars in Deutschland liegt bereits über neun Jahre zurück. Dennoch sorgt dieses Marktsegment zurzeit wieder für rege Diskussionen. Dies ist zum einen den anstehenden Patentabläufen biopharmazeutischer Blockbuster und dem potenziellen Markteintritt von Biosimilars geschuldet. Zum anderen wird angesichts der hohen Arzneimittelausgaben weiterhin ein großes Augenmerk auf Biopharmazeutika und mögliche Einsparpotenziale gerichtet. Und nicht zuletzt handelt es sich bei der Frage der Substituierbarkeit um ein Dauerthema.

>> „Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel haben die Therapie von schwerwiegenden Erkrankungen revolutioniert: Durch sie wurde es möglich, zielgerichtet in die Pathophysiologie des Krankheitsgeschehens einzugreifen, was die Lebensdauer und -qualität vieler Patienten enorm verbessert hat“ (Zylka-Menhorn/Korzilius 2014). So stehen Biopharmazeutika seit einigen Jahren im Therapiefokus von Indikationen wie Rheuma, Krebs und Multiple Sklerose. Dies zeigt sich nicht nur in den angepassten Therapieleitlinien, sondern spiegelt sich auch in den Arzneimittelausgaben wider.

Biologika – nicht mehr wegzudenken aus der modernen Arzneimitteltherapie

Unter den 100 umsatzstärksten Wirkstoffen im ambulanten deutschen GKV-Arzneimittelmarkt finden sich 31 Biopharmazeutika. Auf den drei Spitzenplätzen stehen mit Adalimumab („Humira“), Interferon beta-1a („Rebif“/„Avonex“) und Etanercept („Enbrel“) sogar ausschließlich Biopharmazeutika (Quelle: NVI-Plus, INSIGHT Health; Basis: ApU – Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer, rollierender 12-Monats-Wert, MAT Mai 2015). Nicht zuletzt die hiermit verbundenen Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich haben zu einem verstärkten Interesse an der Einführung von Nachahmerpräparaten geführt.

Biosimilars – ähnlich oder ganz anders als Generika?

Als Biosimilars bezeichnet man die Nachahmerprodukte zu gentechnisch (im Gegensatz zu chemisch) hergestellten Originalpräparaten. Da Biologika mit Hilfe von lebenden Zellen hergestellt werden, können deren Nachahmerpräparate niemals identisch, wohl aber ähnlich/similär sein. Der von den Originalherstellern geheim gehaltene Produktionsprozess bedingt die molekulare Variationsbreite der Nachahmer. Damit erklärt sich das häufig im Bereich der Biopharmazeutika geäußerte Statement: „das Produkt ist der Prozess“ und nicht wie bei den chemischen oder pflanzlichen Arzneimitteln: „das Produkt ist

das Molekül“ (vgl. Dingermann/Zündorf). Somit müssen die Zweitanbieter einen im Vergleich zum klassischen Generikabereich deutlich kostenintensiveren F&E-Prozess durchlaufen.

In dem Marktsegment der Biopharmazeutika sind zurzeit 179 Arzneimittel mit 137 Wirkstoffen zugelassen (vgl. vfa, Stand: 30.06.2015). Bei einer Betrachtung der verordnungsrelevanten Wirkstoffe sind 55 Prozent nicht (mehr) patentgeschützt (Quelle: NVI, INSIGHT Health, Stand: Mai 2015). Dennoch gibt es auf dem deutschen Markt derzeit nur zu fünf Wirkstoffen Biosimilars.

Biosimilars in Deutschland

2006 kam das erste Biosimilar auf den deutschen Markt: „Omnitrope“ mit dem Wirkstoff Somatropin. Ihm folgten die ersten biosimilaren Produkte zu Epoetin alfa (2007) und Filgrastim (2008). Das nächste Nachahmerprodukt zu einem biopharmazeutischen Wirkstoff wurde mit Follitropin alfa erst 2014 eingeführt. Für Infliximab gibt es seit Februar dieses Jahres Nachahmerprodukte und damit erstmalig Biosimilars zu einem monoklonalen Antikörper. Ihre besondere Struktur macht diese Moleküle in der Therapie immunvermittelter Erkrankungen mittlerweile

unersetzbar, sorgt aber gleichzeitig für einen aufwendigen Produktionsprozess, dem auch die Biosimilars unterliegen. Angesichts einiger auslaufender Patente von Biopharmazeutika ist in den nächsten Monaten mit weiteren Einführungen dieser besonderen Nachahmerkategorie zu rechnen.

Bei Insulin glargin steht die Markteinführung von Biosimilars nach verschiedenen Quellen in den nächsten Monaten bevor. Das Produkt von Lilly und Boehringer Ingelheim mit dem Markennamen „Abasria“ hat im September 2014 seine Zulassung erhalten. Da das Patent von Sanofi zum 06.05.2015 abgelaufen ist (Quelle: SHARK, INSIGHT Health), hat Sanofi selbst schon mit einer neuen U-300-Formulierung reagiert (bisher U-100-Formulierung: „Lantus“). Diese soll zu einer langsameren Wirkstoff-Freisetzung und dadurch verlängerten Wirkdauer führen. Unter dem Namen „Toujeo“ ist das Produkt seit Mai 2015 im Markt.

Zudem stehen weitere erfolgversprechende Kandidaten vor der Tür. So befinden sich bereits Biosimilars zu den Blockbustern Adalimumab („Humira“), Bevacizumab („Avastin“), Etanercept („Enbrel“), Pegfilgrastim („Neulasta“), Rituximab („MabThera“/„Rituxan“) und Trastuzumab

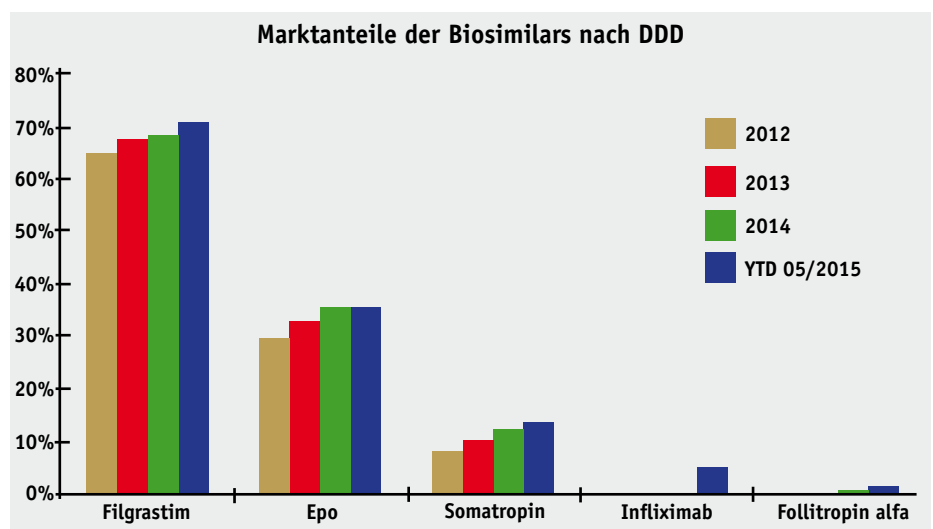


Abb. 1: Marktanteile der Biosimilars nach DDD. Quelle: regioMA (INSIGHT Health), Anteile von Biosimilars am Marktsegment erythropoetinreicher Präparate (Epoetin alfa, Darbepoetin alfa, PEG-Epoetin beta, Epoetin beta, Epoetin zeta, Epoetin theta) sowie an den Wirkstoffen Filgrastim, Follitropin alfa, Infliximab und Somatropin, jeweils bezogen auf die DDD (definierten Tagestherapiedosen) der abgerechneten GKV-Verordnungen.

(„Herceptin“) in späten Entwicklungsphasen.

Neue Player tauchen auf

Der erwartete Boom lockt weitere Unternehmen in dieses Marktsegment. Neben den drei großen Konzernen des Generikamarktes (Novartis mit Hexal, Teva mit Ratiopharm und AbZ Pharma sowie Stada mit cell pharm) ist vor allem Hospira – zukünftig unter dem Dach von Pfizer – mit aktuell drei biopharmazeutischen Nachahmerpräparaten sehr aktiv. Außerdem vertreiben Medice und Finox sowie seit dem Frühjahr 2015 auch Mundipharma Biosimilars. Auch Boehringer Ingelheim ist schon seit Jahren in der Produktion von Biosimilars aktiv. Wie bereits erwähnt, wird der Hersteller in den nächsten Monaten gemeinsam mit Lilly ein Nachahmerprodukt zu Insulin glargin auf den Markt bringen. Es wird davon ausgegangen, dass zukünftig auch „Branchenfremde“ – wie Fuji Film, Samsung und GE Healthcare – sowie Unternehmen aus Osteuropa, Indien und China in den Markt eintreten (vgl. Zylka-Menhorn/Korzilius 2014).

Die große Frage bleibt aber weiterhin, ob die Erwartungen auch erfüllt werden. Bislang ist der Versorgungsanteil der Biosimilars in Deutschland noch eher gering. Die Biosimilarquoten reichen noch längst nicht an die Generikaquoten heran. Dies liegt zum einen daran, dass die Abschläge auf die Originalpräparate nicht so hoch sind wie im klassischen Generikasegment, hier wird von lediglich 10 bis 30 Prozent ausgegangen (vgl. etwa Balzter 2013).

Zum anderen fehlt häufig die Substitutionsmöglichkeit seitens des Apothekers, sodass Rabattverträge hier weniger Einfluss ausüben. Hinzu kommt, dass auch viele Ärzte hinsichtlich der Umstellung ihrer Patienten auf Biosimilars verunsichert sind.

Als einen Grund für die Verunsicherung nennt das Paul-Ehrlich-Institut die öffentliche Diskussion über den Austausch von Originalpräparat und Biosimilar, die oftmals auf schlecht fundierten

Argumenten und auf Befürchtungen beruht und nicht hinreichend mit wissenschaftlichen Daten belegt ist. Hinsichtlich der pharmazeutischen Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit hält das Paul-Ehrlich-Institut in seinem Positionspapier zur Interchangeability von Biosimilars vom 20.04.2015 fest: „Nach derzeitigem Diskussionsstand [...] können Biosimilars grundsätzlich nach erwiesener Äquivalenz und erfolgter Zulassung so eingesetzt werden wie Originatorprodukte auch. Dies beinhaltet implizit daher sowohl Patienten, die vorher noch keine Therapie mit Biologika erhalten, als auch solche Patienten, die vorher das Originatormolekül bekommen haben.“

Marktanteile der Biosimilars steigen

Ungeachtet zahlreicher Hürden ist in allen biopharmazeutischen Marktsegmenten mit Nachahmern ein steigender Marktanteil der Biosimilars zu beobachten. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung auf Basis der definierten Tagestherapiedosen (Defined Daily Doses – DDD) für die fünf Wirkstoffe mit Nachahmerpräparaten.

Die variierenden Marktanteile der Biosimilars haben verschiedene Ursachen. So sind bei Somatropin mehrere Altoriginale und nur ein Biosimilar im Markt, während es bei Filgrastim genau umgekehrt ist. Auch die Rabattverträge verteilen sich unterschiedlich auf die einzelnen Produktbereiche. Interessanterweise liegen hier die Rabattquoten – mit Ausnahme der Epoetine – bei den Altoriginalen höher als bei den Biosimilars. Bei Epoetin stellt sich zudem die Frage der Marktsegmentdefinition. In Abb. 1 wurden neben Epoetin alfa (und dem rein biosimilaren Epoetin zeta) auch die anderen erythropoetin-haltigen Präparate einbezogen. Ein reiner Vergleich innerhalb der Wirkstoffbezeichnungen Epoetin alfa und zeta führt hingegen zu einer aktuellen Biosimilarquote von 81,2 Prozent. Bei Follitropin alfa und Infliximab ist zu bedenken, dass die Nachahmerprodukte erst seit Mai 2014

bzw. Februar 2015 im Markt sind. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass aktuell fast drei von vier Verordnungen der Infliximab-Originalpräparate rabattiert sind (Quelle: NVI-KT, INSIGHT Health).

Regionale Differenzen

Beachtenswert sind die teilweise immensen Unterschiede der Biosimilar-Quoten zwischen den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese sind nicht zuletzt auf die unterschiedlichen Arzneimittelvereinbarungen in den einzelnen KVen zurückzuführen (vgl. Pieloth/Kleinfeld in: „Monitor Versorgungsforschung“, 4/2014).

Bei Somatropin variieren die Biosimilarquoten im aktuellen MAT (Juni 2014-Mai 2015) zwischen 7,5 Prozent (in Brandenburg) und 27,0 Prozent (in Bremen), bei Epo zwischen 15,1 Prozent (in Baden-Württemberg) und 50,0 Prozent (in Schleswig-Holstein) und bei Filgrastim zwischen 53,3 Prozent (in Hessen) und 91,7 Prozent (in Sachsen). Da in den letzten zwölf Monaten innerhalb der GKV weniger als 700.000 DDD Follitropin alfa verordnet wurden, sind die Quoten hierbei im regionalen Vergleich kaum interpretierbar. Infliximab ist erst seit Februar dieses Jahres biosimilar. Somit schwankt die regionale Quote noch erheblich und lag im Mai 2015 zwischen 0,7 Prozent und 23,1 Prozent.

Fazit

Biologika sind weiterhin im Aufwind. So hat sich die Anzahl der zugelassenen Biopharmazeutika von 155 im Jahr 2005 um 46 Prozent auf 226 im Jahr 2014 erhöht. Die Anzahl der in der Entwicklung befindlichen Biopharmazeutika ist im gleichen Zeitraum sogar um 136 Prozent auf 604 gestiegen. Und knapp ein Drittel der 47 Neuzulassungen im Jahr 2014 hat einen gentechnischen Ursprung (vgl. hierzu und zu weiteren Daten und Fakten den 10. Biotech-Report von BCG und vfa bio: Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2005 – 2015 – 2025).

Von dieser Erfolgsstory biopharmazeutischer Wirkstoffe müsste nach Ansicht vieler Experten auch der Biosimilar-Markt profitieren. Dennoch erschwert die anhaltend kontroverse Diskussion um Qualität, Wirksamkeit, Sicherheit und Substituierbarkeit von Biologika und ihren Nachahmerpräparaten den Markterfolg für die Biosimilar-Hersteller. Hier ist noch viel Überzeugungsarbeit zu leisten, die mit weiteren klinischen und Versorgungsforschungsstudien besser gelingen kann. <<

Autoren/Kontakt:
Dr. André Kleinfeld,
Kathrin Pieloth*

Infobox Biosimilars

In Europa sind derzeit elf Biosimilars (mit insgesamt 19 Markennamen) zugelassen, von denen sich aktuell neun (mit insgesamt 15 Markennamen) auf dem deutschen Markt befinden. Biosimilars aus einer Produktionsstätte sind untereinander identisch und damit auch substituierbar (Quelle: vfa bio).

- **Epoetin alfa** (für die Behandlung von Anämien) aus einer Produktionsstätte mit drei Markennamen: „Abseamed“, Epoetin alfa „Hexal“ und „Binocrit“ sowie Epoetin zeta aus einer Produktionsstätte mit zwei Markennamen: „Retacrit“ und „Silapo“
- **Filgrastim** (gegen Neutropenien) aus vier Produktionsstätten mit jeweils ein bis drei Markennamen: (1) „Filgrastim Hexal“ und „Zarzio“, (2) „Biograstim“, „Ratiogastrim“ und „Tevagrastim“, (3) „Nivestim“, (4) „Grastofil“ und „Accofil“ („Zarzio“, „Tevagrastim“ und „Accofil“ nicht auf dem deutschen Markt)
- **Follitropin alfa** (zur Fruchtbarkeitsbehandlung) aus zwei Produktionsstätten: Bemfola® und Ovaleap® (Letzteres nicht auf dem deutschen Markt)
- **Infliximab** (zur Therapie zahlreicher entzündlicher Autoimmunerkrankungen wie RA, Morbus Crohn und Psoriasis-Arthritis) aus einer Produktionsstätte: „Inflectra“ und „Remsima“
- **Insulin glargin** (für die Behandlung von Diabetes mellitus): „Abasria“ (im Juli 2015 noch nicht auf dem deutschen Markt)
- **Somatropin** (zur Therapie des Minderwuchses): „Omnitrope“

Pressekonferenz der Initiative „Wege aus dem Schmerz“

„Dramatische Änderung im Gesundheitssystem“

Versorgungsstärkungsgesetz, Morbi-RSA, veränderte Approbationsordnung – es gibt durchaus einige Fortschritte im Gesundheitssystem. Doch viele gehen an den 23 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen vorbei. Zu dieser Bilanz kommt die Initiative „Wege aus dem Schmerz“, die sich seit fünf Jahren gegen Unter- und Fehlversorgung bei chronischen Schmerzen einsetzt. Die Initiative hatte damals in ihrer sogenannten Freiheitserklärung wichtige Schritte für eine Verbesserung der Versorgungslage definiert. In Berlin präsentieren die Partner nun ein gemischtes Bild, ergänzt durch die Forderung nach einem radikalen Umbau des Gesundheitssystems.

>> Obwohl chronischer Schmerz in den vergangenen fünf Jahren in den Medien und in der Politik durchaus Aufmerksamkeit erfuhr, hat sich die Versorgungslage der Betroffenen kaum verändert, ist sich die Initiative „Wege aus dem Schmerz“ sicher. Trotz der 2013 erfolgten Aufnahme des Krankheitsbildes Schmerz in den Morbi-RSA ist die Anzahl der Schmerztherapeuten in Deutschland gleichbleibend niedrig, die vereinzelt Projekte Integrierter Versorgung sind zwar positiv – entfalten jedoch in der Fläche keine Wirkung und die geänderte ärztliche Ausbildung bringt bei weitem nicht das, was erwartet worden war. Zwar wurde der Themenkreis Schmerz in das medizinische Studium integriert, doch hat sich die Vision, dass es in Deutschland zumindest ab dem Jahr 2020 (wenn die ersten Studenten des veränderten Curriculums der Versorgung zur Verfügung stehen) Ärzte gibt, die wirklich in der Lage sind, Schmerzpatienten zu behandeln, nicht erfüllt – eher im Gegenteil. Es gebe erste Untersuchungen von der Charité, welche Auswirkungen die Änderung des Studiums auf das Wissen der Studenten bezüglich chronischer Schmerzen hätten, erklärte PD Dr. Michael A. Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga. Sein Fazit: „Das sind wir hart auf der Realität aufgeschlagen.“ Diese bereits auf dem Deutschen Schmerzkongress in Hamburg vorgestellte Studie habe gezeigt, dass das Wissen der Studenten, die durch das geänderte Studium gegangen seien, noch schlechter sei als das Wissen jener Studenten, die früher normal studiert hätten. Hier sei, so Überall, „ein akademisches Modell“ gebaut worden, das an der Bedarfssituation der Menschen, auf die diese Ärzte später treffen, völlig vorbeigehen würde.

„Schmerzkrankungen werden durch Allgemeinärzte immer noch viel zu schlecht erkannt. Patienten brauchen nach wie vor Hilfestellung, um ihren Schmerz Ärzten, Angehörigen, Freunden, Arbeitgebern und Kollegen vermitteln zu können“, verdeutlichte die Patientin Marianne Simon auf der Pressekonferenz der Schmerz-Initiative als Fazit ihrer individuellen Situation. Sie leidet seit ihrer Kindheit an chronischen Schmerzen – und hat als Leiterin einer Selbsthilfegruppe in Weinheim einen großen Überblick über die wahre Tragödie der Schmerzpatienten, die von



Pressekonferenz der Initiative „Wege aus dem Schmerz“ (v.li.): Dr. Andreas Ludäscher (Geschäftsführer Pfizer Pharma GmbH), Dr. Gerhard Müller-Schwefe (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin) und PD Dr. Michael A. Überall (Präsident der Deutschen Schmerzliga).

Arzt zu Arzt irren, auf der Suche nach einem Therapeuten, der sie nicht nur als Ansammlung von zu diagnostizierenden Fehlern versteht.

Daran wird sich jedoch auch nichts ändern, wenn nicht eine generelle Revolution im Versorgungssystem stattfindet, ist sich Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin und niedergelassener Schmerztherapeut, sicher. „Wir brauchen eine dramatische Änderung im Gesundheitssystem“, postulierte Müller-Schwefe. Eines der Hauptprobleme sei, dass das derzeitige Gesundheitssystem in Fachgebiete unterteilt sei, die „annodazumal entstanden“ seien. Zudem müsste man wahrnehmen, dass das Gesundheitssystem „im Moment von fachgebietsgetriebenen Partikularinteressen“ gesteuert werde. Die Krux: Während sich das deutsche Gesundheits- und Medizinsystem nach den klassischen Facharztgrenzen gliedert, würden Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden, gar nirgends reinpassen. „Das sind eben keine orthopädischen Patienten, aber auch keine anästhetologischen, keine neurologischen, keine chirurgischen und auch keine psychiatrischen Patienten“, erklärt Müller-Schwefe, „die haben von allem etwas.“

Andererseits, und das weiß Müller-Schwefe sehr gut, der seit Jahren sein Wissen an jüngere Ärzte weitergibt, gebe es eben nicht „die Ärzte“. Neben des Wissens, das zum großen Teil vom gewählten Fachgebiet abhängt, sei wichtig, welche Einstellung der Arzt als solcher und zu seinen Schmerzpatienten hat. Seine Forderung, die in einen vernetzten Ansatz mündet: „Wir können es uns nicht mehr leisten, die Versorgung nicht mehr patientenzentriert zu machen. Wir brauchen eine patientenzentrierte

Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert.“

Die Notwendigkeit, Schmerzpatienten mit ihrer Krankheit wahrzunehmen und mit ihren Bedürfnissen zu versorgen, erfordere es, über Fachgebietsgrenzen hinauszugehen und die Versorgung neu zu definieren. Und auch das Arztbild als solches. Schmerzpatienten bräuchten nach Müller-Schwefe einen Arzt, der neurologische Kenntnisse hat, um neurologische Untersuchungen durchführen zu können. Sie bräuchten aber auch einen Arzt, der funktionell orthopädische Kenntnisse hat und feststellen kann, ob beispielsweise eine Fehlstellung des Beckens oder eine andere Funktionsstörung vorliegt und die Therapien kennt, die daraus resultieren. Sie bräuchten zudem einen Arzt, der psychologische und psychiatrische Kenntnisse haben muss, um differenzieren und feststellen zu können, ob die Krankheit primär Ausdruck einer psychiatrischen Krankheit, einer Depression ist oder Folge des Schmerzes mit einer psychischen Komponente ist. Sie benötigten zudem einen Arzt, der weiß, wie man verhaltenstherapeutisch arbeitet, um den Schmerz zu modifizieren. Und zuletzt auch noch einen Arzt, der anästhetische Kenntnisse und Techniken kennt.

„Schmerzpatienten brauchen Ärzte mit einem breiten Wissen, das in keinem Fachgebiet alleine angesiedelt ist“, fordert Müller-Schwefe. So wie die Anästhesie mit ihren komplexen Kenntnissen aus der Chirurgie entstanden sei, brauche es auch für die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen ein neues Querschnittsfach. „Das könne man auch herstellen: „Das ist nichts, was man in fünf Jahren Weiterbildungszeit nicht schaffen kann.“ <<



Patienten gut versorgen

Sie wollen neue Wege gehen? Mit unseren integrierten Vertriebs- und Versorgungslösungen für Pharmaindustrie und Krankenkassen sind Sie stets nah am Patienten. Profitieren Sie von unserer Unterstützung bei Markteinführungen, Versorgungsmanagement, Patient-Relationship-Management, Supply Chain Management und Marketing & Sales Support.

www.arvato-healthcare.de

Kontakt: info@arvato-healthcare.de

arvato
BERTELSMANN

Dr. David C. Goodman, Professor am Dartmouth Institute und Initiator der Wennberg International Collaborative

„Health care professionals need to be leaders“

1973, more than 40 years ago, Wennberg and Gittelsohn wrote their Science article on „small area variations“. Since 1994, for more than 20 years, he publishes the Dartmouth Atlas of Health Care, which documents glaring variations in how medical resources are distributed and used in the United States. The project uses Medicare data to provide comprehensive information and analysis about national, regional and local markets, as well as individual hospitals and their affiliated physicians. These reports and the health services research, on which they are based, helps policy-makers, the media, many supply researchers, consultants and others to assess the efficiency and effectiveness of the American health care system much more accurately. Publicly available medical claims data was the basis for American health care reforms, especially for „Obamacare“, the Affordable Care Act.

>> The Atlas and the reports are accompanied by your elaborate website with lots of interactive tools to help visitors and health care researchers to perform their own comparisons and analyses for specific regions. These opportunities are widely used. You are also presenting findings in a user-friendly form, so that they have as great an impact as possible not only in professional circles but also in the general public and health politics. Isn't it a scandal that there are great differences in medical care? Should not every doctor and every hospital provide top standard? Ought not all health insurance companies and every health care provider to be ashamed of these differences? Wouldn't it even be better if the variations were not reported, so that the trust towards doctors and the health system is not at risk?

We expect some differences in medical care. After all, populations differ in their needs and wants by regions and providers. But variation that isn't explained by population differences indicates differences in the way that health care is delivered and can help identify serious problems with health care that we can identify and improve. Measuring health care is as important as measuring health. Information about variation in the performance of health care systems should be routinely measured and freely available. Trust is based upon a foundation of honesty, and we, as health care professionals, need to be leaders in self-evaluation, public disclosure, and efforts to improving quality and efficiency.

You see the regional differences as a positive thing? Why?

Variation by itself is not always a problem. If a region has higher disease burdens, the population should receive more care to meet those needs. This is termed warranted variation. Unwarranted (or unwanted) variation is not explained by differences in population needs or wants.

Low variation is not always desirable if it indicates uniform low care quality. Uniform high quality, is of course, highly desirable.

Who in the health system is responsible for documenting and analyzing the regional differences in health care? Which actor of the health system is under obligation? Who should pay for the research?

The responsibility for monitoring health care is shared broadly. Health care professionals and hospitals have a responsibility to ensure that they are providing high quality care at the lowest reasonable cost. Health care researchers have a responsibility to investigate the causes and consequences of variation. Public agencies that are responsible for national or regional health care have a responsibility to monitor care and ensure transparency to the public. Problems in measuring variation occur when health system actors claim ownership of data about the public usually under the guise of "protecting" patient confidentiality. Responsible use of health care utilization data without the loss of confidentiality has been demonstrated in many countries – such as U.K., Canada and U.S. Typically the resistance to make the necessary data available is because of concern that the information will be embarrassing to health care, insurers, and public agencies. We should worry less about whether health care systems are embarrassed and focus more on the proven value of health care data in improving care.

What were the difficulties when you started your research project of the Dartmouth Atlas of Health Care in 1994? What progress have you witnessed since then?

The faculty team in 1994 was John Wennberg, Elliott Fisher, myself, Jonathan Skinner, and Therese Stukel. Initially there were significant

David C. Goodman ist Professor für Kinderheilkunde und Gesundheitspolitik; Initiator des Center for Health Policy Research; und Co-Principal Investigator des Dartmouth Atlas of Health Care. Forschungsinteressen von Dr. Goodman liegen bei der unterschiedlichen Versorgung mit Personal und deren Beziehung zu gesundheitlichen Folgen. Dr. Goodman führte auch zahlreiche Studien über Unterschiede in der Wirksamkeit und Effizienz der Gesundheitsversorgung durch, einschließlich der Neugeborenenheilkunde, Kinderheilkunde und Asthma-Behandlung, und die medizinische Versorgung von Medicare-Empfängern. Er ist Mitglied des Editorial Board der Zeitschrift „Health Services Research“ und des Institute of Medicine Committee über die Zukunft der Krankenpflege. Dr. Goodman studierte Medizin am Upstate Medical Center der State University of New York und machte seinen Master-Abschluss in Medical Care Epidemiology des Dartmouth College. Er leistete seine Residency in Pädiatrie an der Johns Hopkins Hospital in Baltimore ab, und praktizierte dann als Landarzt des National Health Service Corps. Nach seinem Beitritt zur Dartmouth Fakultät im Jahr 1988 studierte er Allergologie und klinische Immunologie. Vor kurzem hat er sein Amt als Leiter der Abteilung für Allergologie und Klinische Immunologie abgegeben.

David C. Goodman is Professor of Pediatrics and of Health Policy; Initiator of the Center for Health Policy Research; and Co-Principal Investigator, Dartmouth Atlas of Health Care. Dr. Goodman's primary research interest is in variation of health workforce supply and its relation to health outcomes. Dr. Goodman has also led numerous studies on variation in the effectiveness and efficiency of health care, including neonatology, pediatrics hospital and asthma care, and medical care in Medicare beneficiaries. Dr. Goodman is a member of the editorial board of the journal Health Services Research and of the Institute of Medicine Committee on the Future of Nursing. Dr. Goodman received his medical degree from the State University of New York Upstate Medical Center and his Masters degree in medical care epidemiology from Dartmouth College. He served his residency in pediatrics at The Johns Hopkins Hospital in Baltimore, and then practiced as a rural National Health Services Corps physician. After joining the Dartmouth faculty in 1988, he undertook allergy and clinical immunology training. He recently stepped down as Chief of the Section of Allergy and Clinical Immunology, a position he held for a number of years.

technical difficulties in processing hundreds of millions of claims to create the over 6 thousand hospital services areas, and to develop the new metrics that we presented. There were questions as to the content that should be included and the format. Although we received a generous grant from the Robert Wood Johnson Foundation, sustaining the project was a financial challenge and remains so to this day. We were fortunate that the initial Atlases were co-published with the American Hospital Association. This helped to diffuse some of the resistance from the hospital industry. Since then we have built a faculty team that spans that medical specialties and social sciences. Our analytic and publishing methods have become much more efficient. Still, as a project independent of the government and any health



care industry group, the challenge in financing the work continue. We do not charge for our reports or for use of our extensive database (www.Dartmouthatlas.org). Contributions are always welcomed!

How did you experience resistance on the part of health care practitioners and others? Do you see progress here? How is the cooperation today?

There is much greater acceptance and curiosity of our findings today than 20 or 30 years ago. The importance of reducing unwarranted variation is accepted by most health care actors in the U.S. But that doesn't mean that providers, insurers, and responsible public agencies don't resist transparency if it might reflect poorly on them.

How do you measure the success of the Dartmouth Atlas? Where do you see your greatest successes?

The success of John Wennberg, his colleagues, and the Dartmouth Atlas can be measured by the strength of the quality improvement movement in the U.S., the acceptance in the U.S. and abroad in shared decision making, the fields of outcomes and comparative effectiveness research, and the many provisions of the Affordable Care Act that seek to address unwarranted variation. <<

Prof. Goodman, thank you very much for this interview.

Hinweis

David C. Goodman hielt eine Key Note auf der vom Dartmouth Institut und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) veranstalteten Fachkonferenz „Untersuchung regionaler Unterschiede im Gesundheitswesen – Ein Schlüssel zum Verständnis und der Verbesserung unserer Gesundheitssysteme“, Berlin, Juni 2015. Sein Vortragstitel lautete: „Ist Geographie in der Gesundheitsversorgung Schicksal?“ Infos: www.wic-policy-conference.de. Kontakt: david.goodman@dartmouth.edu. Wir danken Dr. Dominik von Stillfried für die Unterstützung bei der Realisation dieses Interviews.

Der Gewinner des achse-central-Preis 2015

Platz 1 für Hildesheimer PWS-Behandlungskonzept

Das Pädiatrische Zentrum am St. Bernward Krankenhaus Hildesheim mit seinem Behandlungskonzept für Menschen mit Prader-Willi-Syndrom (PWS) ist der diesjährige Gewinner des achse-central-Preises. Der von ACHSE und der Central Krankenversicherung AG ausgeschriebene Preis fördert Projekte, die die Lebensqualität von Menschen mit seltenen Erkrankungen verbessern. Das Pädiatrische Zentrum hat sich zum Ziel gesetzt, die Symptome dieser chronischen seltenen Erkrankung zu mindern. Das hier praktizierte ganzheitliche Versorgungskonzept hat Vorbildfunktion.

>> Nur eines von 15.000 Kindern wird mit Prader-Willi-Syndrom, einer genetischen Erkrankung, geboren. Seit 1992 gibt es einen genetischen Test, mit dem die Diagnose frühzeitig gestellt werden kann. Zugrunde liegt ein Defekt auf dem paternalen Chromosom 15, der zu Veränderungen im Zwischenhirn führt. Dort werden u.a. die Nahrungsaufnahme gesteuert, aber auch die Körpertemperatur und der Blutdruck, die Atmung, das Sexual- und Gefühlsverhalten sowie das Wachstum reguliert. Von PWS Betroffene sind kleinwüchsig, haben eine verminderte Muskelmasse und Muskelspannung sowie einen erhöhten Körperfettanteil. Im Neugeborenenalter kommt es aufgrund der Muskelschwäche zu erheblichen Fütterungsproblemen und Entwicklungsstörungen. Später kann die gestörte

Sättigungswahrnehmung zu lebensbedrohlichem Übergewicht führen. PWS-Patienten neigen zu Verhaltensausrüchen bei Überforderung. Ihre kognitive Entwicklung und ihre Körperwahrnehmung sind eingeschränkt. Die Bandbreite der Symptome ist jedoch unterschiedlich und kann in ihrer Ausprägung bei den einzelnen Betroffenen variieren.

Frühzeitige Behandlung kann Symptome enorm mindern

Die Erkrankung ist nicht heilbar, jedoch lassen sich die Symptome und ihre Auswirkungen beeinflussen. Genau hier setzt das Pädiatrische Zentrum am St. Bernward Krankenhaus Hildesheim seit 1998 mit seinem Konzept zur Behandlung Betroffener des Pra-

der-Willi-Syndroms an. In einem umfassenden Case-Management werden altersabhängig die Bereiche Ernährung und Entwicklungsförderung, Wachstums- und Hormonbehandlung, sozialmedizinische Betreuung und familiäre Begleitung erfasst und individuelle Lebens- sowie Arbeitskonzepte entwickelt. Entwickelt wird dies von einem multiprofessionellen Team unter der Leitung von Oberärztin Dr. Constanze Lämmer. Gemeinsam verfügt dieses Team über die notwendige Expertise u.a. in den Bereichen Pädiatrische Endokrinologie, Psychologie, Ernährungsmedizin, Entwicklungsneurologie, Physiotherapie, Schlafmedizin und Sozialmedizin, um den Betroffenen Kontinuität in der Betreuung auch im Erwachsenenalter zu gewährleisten.

„Wir behandeln die Kinder mit Wachstums-

hormonen, fördern durch gezielte Therapie ihre Entwicklung und überwachen die Organfunktionen. Außerdem helfen wir, Essrituale und Ernährungsweisen zu etablieren, bevor sich mit etwa vier Jahren der unbändige Drang nach Essen entwickelt“, so Dr. Constanze Lämmer. Es handelt sich um ein umfassendes Versorgungskonzept, das mit überschaubarem Aufwand eine große Wirkung erzielt – nämlich durch Verhaltenstraining die lebensbedrohliche Adipositas verhindert. „Mittlerweile weisen rund 75 Prozent aller Kinder- und Jugendlichen, die wir behandeln, keine Adipositas auf. Das ist ein großer Erfolg.“

Das Zentrum ist bundesweit einzigartig. Pro Jahr werden hier rund 300 Kinder und Jugendliche aus ganz Deutschland und Europa zusammen mit ihren Familien individuell behandelt. Psychosoziale Betreuung und Sport wie auch Ernährungspläne sind inbegriffen. „Individuelle Lösungen sind für die Kindesentwicklung extrem wichtig. Seit fast 18 Jahren begleiten wir Kinder und Jugendliche, oft vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter. Unser Konzept ist über die Jahre mit unseren Patienten gewachsen.“, erklärt Dr. Constanze Lämmer. Sie ergänzt: „Vor allem wollen wir ein Stück Normalität schaffen. Wir wollen Notwendigkeiten im Alltag etablieren und positives Verhalten stärken. Die individuelle Behandlung hilft uns, die Familie zu verstehen und ihnen die Hilfe anzubieten, die sie braucht. Dazu gehört es auch, Eltern nach der Diagnose aufzufangen, ihnen Wissen und eine Perspektive zu vermitteln, aber auch einen Optimismus, dass sich die Entwicklung ihres Kindes mithilfe der richtigen Behandlung verbessern wird. Noch ist PWS nicht heilbar, doch die Prognosen für ein Leben mit mehr Qualität sind gut.“ Umso mehr freuen sich die Ärztin und ihr Team über den achse-central-Preis: „Er ist eine wertvolle Anerkennung unseres ganzheitlichen Versorgungskonzeptes.“

Die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen aktiv fördern

In Deutschland leben etwa 4 Millionen Menschen mit einer chronischen seltenen Erkrankung. Als „selten“ gilt, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen darunter leiden. Die Zahl der seltenen Erkrankungen wird auf über 6.000 geschätzt. All diesen Erkrankungen ist gemein, dass sie zu wenig Aufmerksamkeit erhalten – in der Medizin, in der Wissenschaft, in der Pharma-Forschung, in der Gesundheitspolitik und in der Öffentlichkeit. Defizite in der Wissensgenerierung und Informationsverbreitung, bei der Diagnose-



Verleihung achse-central-Preis 2015 in Hildesheim, v.l.n.r. Olaf Klok (Geschäftsführer St. Bernward Krankenhaus), Prof. Dr. med. Georg von Knobelsdorff (Ärztlicher Leiter), Dr. Constanze Lämmer (Leiterin Pädiatrisches Zentrum), Dr. med. Christine Mundlos (ACHSE e.V.), Annette Edmonds (für Central Krankenversicherung). Foto: ACHSE.

findung und Therapieentwicklung sowie ihrer Anwendung sind die Folge. Die Auswirkungen sind weitreichend: Nichtwissen bei der Ärzteschaft verlängert den Diagnoseweg. Fehlende Anreize für die Forschung verhindern den Erkenntnisgewinn und bremsen die Entwicklung von Therapien. Strukturelle sowie finanzielle Hürden erschweren den Zugang zu einer angemessenen medizinischen Betreuung.

Der achse-central-Preis

„Menschen, die mit seltenen Erkrankungen leben, sind besonders auf die Zusammenarbeit von hochkompetenten Ärzten verschiedener Disziplinen mit Therapeuten nicht-ärztlicher Berufsgruppen angewiesen. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit darf weder an den Sektorengrenzen ambulant/stationär noch an Berührungängsten scheitern“, betont

Die Preisträger

In den vergangenen Jahren wurden ausgezeichnet: der „Qualitätsgesicherte dynamische Expertenrat für Betroffene von Cystischer Fibrose“ von der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt, „Mein Befundordner, ein Seminar für 14- bis 21-jährige Jugendliche mit anorektalen Fehlbildungen“ von SoMA e.V., der Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen, München, die „Sprechstunde für erbliche Netzhautdegenerationen“, der Universitäts-Augenklinik Tübingen, das Projekt „Weiß sehen“, der Kinder-Augen-Krebs-Stiftung Bonn sowie das „Cystinose Zentrum“ am Klinikum Traunstein.

Der achse-central-Preis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Dr. Andreas Reimann von ACHSE e.V. (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen). „Um die Lebensqualität dieser Patienten zu befördern, müssen Fortschritte in der Versorgung erreicht werden. Hier setzt der achse-central-Preis an“, begründet der Vorstandsvorsitzende die erste Ausschreibung des Versorgungspreises im Jahr 2011.

ACHSE als Netzwerk von 120 Patientenorganisationen und die Central Krankenversicherung setzen sich seit fünf Jahren gemeinsam dafür ein, Verbesserungen bei der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen anzuregen. Der achse-central-Preis stellt die Versorgung von Menschen mit einer chronischen seltenen Erkrankung in den Mittelpunkt und würdigt innovative, patientenorientierte Projekte und Konzepte, die sich bereits in der Praxis bewährt haben. „Das trifft in herausragender Weise auf das Pädiatrische Zentrum am St. Bernward Krankenhaus Hildesheim mit seinem Konzept zur Versorgung von Patienten mit Prader-Willi-Syndrom (PWS) zu“, würdigt PD Dr. Arpad von Moers, Chefarzt der Kinderklinik der DRK Kliniken Westend in Berlin und Jury-Vorsitzender den diesjährigen Gewinner. Die Jury mit Vertretern aus den Bereichen Gesundheitsmanagement, Versorgungsforschung, Allgemeinmedizin und Wissenschaftsjournalismus hatte das Zentrum aus 16 Bewerbern ausgewählt: „Das Hildesheimer Behandlungskonzept für Menschen mit PWS zeichnet sich durch eine ganzheitliche Versorgung aus – vom Säugling bis zum Erwachsenen werden Kinder und auch Jugendliche mit PWS unter Einbindung ihrer Familie behandelt.“ <<

von: Dr. med. Christine Mundlos, M.Sc.*
und Bianca Paslak**

* ist ACHSE-Lotsin an der Charité. ** ist Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der ACHSE e.V.

wir helfen Menschen

Ernährung

Infusionen

Arzneimittel

Medizinprodukte

Dipl.-Ing. Olaf Lodbrok, Managing Director EMEA LA von Elsevier Health Analytics

Prädiktionsmodelle für Entscheidungsunterstützung

Bislang ist der Elsevier Urban & Fischer Verlag vor allem als einer der führenden medizinischen Fachverlage bekannt, nur wenige wissen, dass die RELX Group, ehemals Reed Elsevier, so renommierte Fachzeitschriften wie „The Lancet“ oder „Cell“ verlegt. Und noch weniger, dass seit November 2011 der europäische Zweig des Geschäftsbereich Health Analytics (in den USA bereits seit 1992 etabliert) zuerst in Berlin, danach auch in anderen europäischen Ländern etabliert hat. Den Geschäftsbereich verantwortet Olaf Lodbrok als Managing Director EMEA LA (Europe, Middle East, Africa und Latin America). Davor war er 14 Jahre in verschiedenen Leitungsfunktionen im deutschen Gesundheitsmarkt tätig. Lodbrok ist Ingenieur der Elektrotechnik und Informatik und hat nach seinem Studium an der RWTH Aachen an der renommierten Duke University in den USA einen MBA erworben.

>> Die RELX Group, ehemals Reed Elsevier, ist einer der größten wissenschaftlichen Informationsanbieter der Welt, zum Beispiel bringt Elsevier „The Lancet“ heraus, eine der ältesten und angesehensten Fachzeitschriften in der Medizin. Bei Elsevier Health Analytics beschäftigen Sie sich hingegen mit Big Data.

Dass unsere Unternehmensmutter viele angesehene Medizin- und Public-Health-Zeitschriften verlegt, ist einerseits unsere Chance, andererseits aber auch unser Problem.

Wo liegt denn das Problem?

Das Problem liegt in der unterschiedlichen Sicht und der unterschiedlichen Nutzungsart. Die Zeitschriften und Onlinedatenbanken von Elsevier sind klassische Pull-Systeme: Die Ärzte lesen unsere Bücher, abonnieren unsere Zeitschriften, suchen nach Schlagworten, schreiben und recherchieren. Das funktioniert nach dem Pull-Prinzip und ist etabliertes und ja auch erfolgreiches Verlagsgeschäft. Wir erwarten jedoch, dass es in wenigen Jahren viel mehr Entscheidungsunterstützungssysteme gibt, die Ärzte bei der individuellen Behandlung der Patienten unterstützen werden.

Diese Systeme werden dann nach dem Push-Prinzip arbeiten?

Eben. Bei der Anwendung derartiger Entscheidungsunterstützungssysteme müssen patientenindividuelle Daten mit vorberechneten Risiko- und Behandlungsprofilen verglichen werden. Damit das später im Einzelfall funktionieren kann, muss man also vorab das gesamte medizinische Regelwerk mit sehr großen, anonymisierten Datenmengen prüfen – eben durch Big-Data-Analysen. Denn die Komplexität, die die Ärzte schon heute behandeln müssen, ist enorm. Dazu kommen in den nächsten Jahren personalisierte Diagnostik, Gen-Tests und jede Menge andere diagnostische Verfahren.

Also die stratifizierte Medizin.

Darum wird die Diagnostik immer komplexer, die Komorbiditäten werden immer mehr und die möglichen Interaktionen immer höher. Kein Wunder, dass auch die Leitlinien immer anspruchsvoller werden. Darum gehen wir davon aus, dass Entscheidungsunterstützungssysteme allein schon aufgrund der steigenden Komplexität gefragt sein werden.

Gibt es solche Entscheidungsunterstützungssysteme für richtige Versorgung schon?

Wir sind noch nicht da, wo wir hinwollen. Aber wir arbeiten daran.

Sind das Entscheidungsunterstützungssysteme nur für Ärzte? Oder

auch für Krankenkassen und andere Akteure?

Im Prinzip für alle Akteure aller Versorgungssysteme, ob das die GKV in Deutschland, das National Health System in UK oder das staatliche Gesundheitssystem in Dänemark, Schweden oder Jordanien ist.

Mit welchen Big-Data-Werkzeugen arbeiten Sie jenseits der klassischen Versorgungsforschung?

Wir setzen Methoden ein, die in anderen Branchen schon bekannt und implementiert sind. Dabei profitieren wir stark von einer hohen analytischen Expertise für große Datenmengen, die wir schon heute vorhalten. Neu hinzu kommt z.B. Text Mining, mit dem man aus Studien und Fachveröffentlichungen neue Erkenntnisse herausarbeiten kann. Ergänzend werden dann die so gewonnenen neuen Erkenntnisse mit GKV-Routinedaten verknüpft.

Kein Entweder-Oder? Entweder klinische Studien oder GKV-Routinedaten?

Warum auch? Die Daten können sich sehr gut ergänzen. Denn die heutigen klinischen Studien spitzen auf die Untersuchung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zu, haben aber ein extrem selektiertes Patientengut, das man braucht, um statistisch sauber arbeiten zu können. Das nützt uns wenig in der Versorgungsrealität, die wir aber sehr gut über GKV-Routinedaten abbilden können, die die breite Masse der realen Versorgung widerspiegeln. Darum ist gerade die Kombination so wertvoll.

Das ist das Argument für Versorgungsforschung. Doch lassen Sie uns einmal herausarbeiten, wo heute unsere größten Probleme liegen.

Das ist die hohe Komplexität. Unser größtes Problem besteht darin, dass ein Analytiker und ein Mediziner rund sechs Wochen brauchen, um ein einzelnes Prädiktionsmodell zu erarbeiten. Wie gesagt: ein einzelnes! Und obendrein eines, das man nicht skalieren kann. Nun gibt es aber in der Medizin schätzungsweise 2.000 Entscheidungspunkte. Wenn man für jeden dieser Punkte einen zwölfwöchigen Aufwand ansetzt, der von vorne beginnen muss, wenn sich die Daten und/oder die Behandlung ändern, wird man nie zum Ziel kommen.

Hier soll dann Automatisierung helfen?

Ja. Darum sind wir zurzeit dabei, solche Prozesse zu automatisieren. Unser Anspruch ist es, damit eine Vielzahl von Prädiktionsmodellen für die spätere Entscheidungsunterstützung bei der Behandlung vorbereiten zu können.

Hätten Sie vielleicht ein Beispiel?

Nehmen wir den Klassiker Diabetes, bei dem es darauf ankommt, zu prognostizieren, wann eine diabetische Entgleisung stattfinden wird oder eine Insulinabhängigkeit eintritt. Kennt man diese Punkte vorher, wird es möglich sein, rechtzeitig zu intervenieren und möglicherweise können damit Folgeschäden und auch unnötige Ausgaben verhindert werden. Ein anderes Beispiel, an dem wir sehr intensiv arbeiten, ist eine verbesserte Arzneimittel-Interaktionsprognose. Die heutigen Prognosen arbeiten auf der Basis von standardisierten Regelwerken, die beschreiben, wann und wie Arzneimittel A mit Arzneimittel B interagiert. Heute wird bei nahezu jedem zweiten Patienten über 65 gewarnt, weil wegen der Multimorbidität verschiedene Medikamente verschrieben werden. Dabei muss es nicht zwangsläufig zu Interaktionen kommen.

Wie sieht denn die nächste Generation der Arzneimittel-Interaktionsprognose aus, an der Sie arbeiten?

Die wird individualisierte Daten, z.B. Labordaten, mit GKV-Routinedaten verknüpfen, um Abhängigkeiten individuell zu erkennen. Damit kann man die generelle Warnung ersetzen, so dass eben nicht mehr jeder Zweite als auffällig angezeigt wird. Dann weiß der Arzt z.B., dass ein Patient, bei dem eine Interaktionsprognose ausgelöst worden ist, mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent in den nächsten sechs Wochen ins Krankenhaus kommen wird, falls nicht vorher interveniert wird.

Erstellen Sie zu solchen Versorgungsmanagement-Konzepten begleitende Studien, um die Evidenz nachzuweisen?

Versorgungsforschung auf Basis von Primärdaten wäre sicherlich der Königsweg. Das wird aber schon aus Kostengründen nicht möglich sein. Darum sind wir darauf angewiesen, die nötige Evidenz über risikoadjustierte Vergleichsgruppen herzustellen. Wenn diese Entscheidungsunterstützung erst einmal am Point-of-Care – am besten direkt in den Arzteinformationssystemen – implementiert ist, wird sie Leben retten und Kosten sparen. Daran arbeiten wir und nehmen auch einigen Aufwand in Kauf.

Als Unternehmen entwickeln Sie also Innovationen und investieren beträchtliche Mittel in diese Entwicklungen in der Erwartung, die daraus entstehenden Produkte verkaufen zu können. Ob das dann gelingt, ist Ihr Investitionsrisiko.

Als Tochter eines Medienkonzerns und Think Tank haben wir erkannt, welchen Wert Content in Zeiten von Big Data haben kann. Damit liegen wir voll im Trend.

Dazu veranstalten Sie seit einigen Jahren Diskussionsforen zum Thema „Versorgungsforschung mit Routinedaten“, bei denen innovative Versorgungsansätze in der GKV erörtert werden. Was hat Sie bei ihrem diesjährigen Forum am meisten erstaunt?

Total beeindruckt war ich, wie weit Dänemark bereits mit der elektronischen Medikationsakte ist, auf die alle behandelnden Ärzte mit Zustimmung der Patienten zugreifen können. Das war schon sensatio-

nell, was Birgitte Drewes, die Abteilungsleiterin für Standardisierung und IT Architektur der National eHealth Authority aus Dänemark, berichtet hat. Ebenso erstaunlich war, dass rund 90 Prozent des bei unserem Forum anwesenden Fachpublikums mittels TED-Befragung dafür gestimmt haben, flächendeckend eine gemeinsame sektorübergreifende elektronische Patientenakte zu unterstützen.

Was natürlich nicht repräsentativ war.

Selbstverständlich – darauf hat Prof. Dr. Jürgen Windeler, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), auch zu Recht hingewiesen. Natürlich können solche Befragungen nicht repräsentativ sein, aber sie zeigen eine Tendenz. Dazu kommt, dass laut einer weiteren TED-Befragung unter den Teilnehmern rund 80 Prozent bereit wären, ihre eigenen Gesundheitsdaten nutzen zu lassen.

Die generelle Bereitschaft ist also da, jetzt muss man es „nur“ noch flächendeckend einführen.

Das war eine Experten-Befragung, ich bin mir nicht sicher, ob die öffentliche Meinung schon so weit ist. Es kommt eben darauf an, ob es gelingt, der breiten Öffentlichkeit den Nutzen zu vermitteln.

Wobei es in der Öffentlichkeit zahlreiche und manchmal auch irrationale Befürchtungen gibt.

Das ist so. Darum gefällt mir der sehr pragmatische Datenschutz in Dänemark gut. Frau Drewes berichtet von nur zehn Missbrauchsfällen bei 4,5 Millionen Patienten pro Jahr. Wenn man dagegen hält, dass es alleine in Deutschland rund 20.000 Arzneimitteltote auf 80 Millionen Bevölkerung gibt ...

... dann sollte man doch einmal über den Nutzen und die Gefahr von übersteigertem Datenschutz nachdenken.

Man muss es eben schaffen, dass der Öffentlichkeit, also den Bürgern und Patienten, der Nutzen solcher Daten richtig deutlich wird. Klar ist aber

auch, dass wir in Deutschland einen höheren Datenschutz wollen als den, den sich Dänemark leistet. Denn niemand bei uns möchte seine Daten im Netz sehen. Darum werden Patientendaten anonymisiert. Bei Elsevier Health Analytics ist alles strikt zertifiziert und auch bei der Nutzung anonymer Routinedaten unterwerfen wir uns einem sehr hohen Datenschutz.

Wobei Frau Hedwig François-Kettner vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. ganz deutlich sagte, dass das Thema Datenschutz Kranke gar nicht so sehr interessiere, denn die seien an einer guten sektorübergreifenden reibungslosen Versorgung interessiert. Datenschutz sei eher ein Thema der jüngeren Generation, die noch nicht Patienten seien.

Das ist eine interessante Feststellung. Doch wüsste ich nicht, ob es dazu Evidenz gibt.

Versprechen Sie sich etwas vom E-Health-Gesetz?



Copyright: Elsevier/
M. Ebner

Es ist ein richtiger Ansatz. Wir sind damit sicherlich auf dem richtigen Weg und man sieht, dass die Politik die Zeichen der Zeit erkannt hat. Das mag nur ein erster Schritt sein, aber ein wichtiger.

Der langjährige Innovationsstau im Gesundheitssystem scheint jedenfalls zurzeit aufgelöst zu werden.

Man muss jetzt die Chancen nutzen. Wir brauchen in Deutschland eine zentrale Patientenakte, wie es sie in Dänemark und vielen anderen Ländern auch längst gibt.

Wie kann man denn mit Fehlern und Unvollkommenheiten der dokumentierten Patienten- und Abrechnungsdaten umgehen?

Diese Daten sind die besten, die wir haben. Wir haben nun einmal keine anderen. Darum müssen wir mit diesen arbeiten und versuchen, die systemimmanenten Biases zu erkennen. Dazu braucht man Erfahrung und eine sehr genaue Kenntnis der Abrechnungssysteme sowie der Gründe, warum und wie diese Daten erhoben werden, warum und wie codiert wird und welche Abrechnungsanreize bestehen. Wir sind in Deutschland in der unglaublich glücklichen Situation, dass wir eine große GKV mit einer durchgängigen Abrechnungssystematik haben. Im amerikanischen System beispielsweise gibt es unterschiedliche Versicherer mit unterschiedlichen Abrechnungs- und Vergütungsmodellen, womit es einen totalen Bias-Wildwuchs gibt.

„Diese Daten sind die besten, die wir haben. Wir haben nun einmal keine anderen. Darum müssen wir mit diesen arbeiten und versuchen, die systemimmanenten Biases zu erkennen.“

Demnach ist die Datenbereinigung kein Hexeneinmaleins?

Überhaupt nicht, denn es handelt sich in Prinzip nur um systemische Korrekturen, für die man einfach ein gerüttelt Maß an Expertise unterschiedlichster Fachrichtungen benötigt. Dies erreichen wir bei Elsevier Health Analytics durch die enge Zusammenarbeit von Analytikern, Medizinern, Statistikern, Informatikern und Gesundheitsökonomern. Aber Hexenwerk ist das keines.

Bei Big Data denkt man meist zuerst an Daten, die zusätzlich erfasst werden, z.B. über Apps. Sind Sie darauf vorbereitet, solche zusätzlichen Daten zu den Abrechnungsdaten dazu zu spielen? Oder ist das Zukunftsmusik?

Objektiv haben wir heute damit ein Problem. Der Grund ist schlicht und einfach, dass wir heute auf Basis anonymisierter Daten arbeiten. Das heißt im Umkehrschluss, dass wir zwar Individualdaten als zweite Datenquelle betrachten und daraus analoge Schlüsse ziehen, jedoch diese Daten nicht zuordnen können. Das gibt einfach der Datenschutz nicht her.

Wäre es für Sie ein großer Fortschritt, wenn diese Daten pseudonymisiert wären?

Nein, wir brauchen kein Pseudonym, weil wir den Patienten und Versicherten nicht direkt ansprechen wollen. Für unsere Lösungen sind anonymisierte Forschungsdatenbanken ideal. Für die Anwendung im konkreten Einzelfall sind der Patient und der behandelnde Arzt die Personen, welche wissen müssen, dass bestimmte diagnose- oder therapierelevante Informationen für sie relevant sind.

Nehmen wir einmal an, dieses Problem würde auf wunderbare Weise gelöst. Würden Sie sich von diesen Zusatzdaten denn viel versprechen?

Aber natürlich. Wir haben heute über die GKV-Routinedaten überhaupt keinen Zugriff auf Laborwerte, auf klinische Parameter wie Blutdruck, Temperatur, Body-Mass-Index, Raucherstatus usw. Ich erwarte

jedoch, dass in den nächsten Jahren viele Patienten Anbietern ihres Vertrauens ihre Daten anvertrauen werden. Das geschieht heute schon in Amerika bei Portalen für seltene Erkrankungen wie „Patients like me“.

Derzeit haben die Patienten in Deutschland ihre Krankheitsdaten selbst meistens gar nicht. Sie sind nicht „Herren“ ihrer Daten.

Derzeit noch nicht. Damit kommen wir auf das E-Health-Gesetz zurück, das meines Erachtens genau an dieser Stelle noch dringend ergänzt werden sollte. Denn der Patient hat Anspruch auf seine Daten – und das möglichst in einem elektronischen Standardformat. Das wäre eine Maßnahme, die der Patientensouveränität dient und dem Patienten hilft, seine Gesundheit besser zu managen.

Ein Beispiel für Patienten-Empowerment.

Exakt. In dem Moment, in dem der Patient seine Daten selbst besitzt, werden die ersten Patienten ihre Daten auch Anbietern ihres Vertrauens übergeben.

Insbesondere dann, wenn für sie ein Nutzen erkennbar ist. Dr. Griffin Weber von der Harvard Medical School hat in seinem Vortrag bei Ihrem Diskussionsforum eine große Vision gezeigt, in der wirklich alle Daten mit allen verknüpft werden. Er sagte, das sei ein Traum. Vielleicht ist es auch ein Albtraum. Wie schätzen Sie das ein?

Wir verfolgen doch ein sehr spezifisches Ziel mit dem eindeutigen Fokus, die Patientenversorgung zu verbessern. Dazu braucht man aber gar nicht mal alle verfügbaren Daten, sondern nur die wichtigsten.

Wichtig wäre, dass man auf Basis dieser Daten sektorübergreifend arbeiten kann.

Allein das wäre eine enorme Verbesserung des Systems. Bei all dem unglaublichen medizinischen Fortschritt, den wir in den letzten Jahrzehnten erreicht haben und auf den wir auch stolz sein können, bleibt die Produktivität im Gesundheitssystem hinter den Erwartungen zurück. In unserem Gesundheitssystem hat Qualität zu Recht die oberste Priorität. Doch dieser Fokus alleine reicht nicht aus in einer Zeit, in der eine ungeheure demografische Welle auf uns zurollt. Hier muss ein zweiter Fokus auf der Produktivität des Systems liegen. Produktivität heißt z.B., dass ein Arzt nicht Tage oder gar wochenlang auf einen Entlassbericht warten muss, bis eine Krankengeschichte vorliegt und, und, und. Schon in diesen wenigen Punkten liegen große Produktivitätsreserven verborgen. Die Gesellschaft kann sich die Auswirkungen der demografischen Welle mit all ihren Konsequenzen im Gesundheitswesen anders gar nicht leisten.

Bisher drängte sich oft der Eindruck auf, dass Ärzte und die medizinische Behandlungskultur entscheidende Faktoren waren, die diesen Produktivitätsfortschritt verhinderten, weil sie darin Gefahren für die Qualität sahen.

Auch das unterliegt einem Kulturwandel. Es besteht bei allen Ärzten der starke Wille, eine möglichst hohe Qualität zu liefern. Auch hier werden unsere Entscheidungssysteme besonders den Ärzten helfen können, die Patientensicherheit zu verbessern. <<

Das Gespräch führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Kompetenter Partner Ihrer KV.
Mit dem Know-how aus 1,2 Mio.
Gesundheitskontakten pro Jahr.



DMP-Reminder, DMP-Flyer und DMP-Telefon?

Sehr gut! Können wir auch. Doch was, wenn seelische oder körperliche Herausforderungen bei Ihren anderen Kunden dringende Gesundheitsfragen aufwerfen?

Dann fehlen Ihrem Serviceangebot noch drei essentielle Bausteine:

1 Situative und präventive Beratung für Versicherte jeden Alters

12h



2 Beschwerdespezifisches Intensiv-Coaching für einzelne Mitglieder

1:1



3 Individuelles Fall-Management für mehrfach Erkrankte ab 55 Jahren

1:1



MedicalContact unterstützt das Versorgungsmanagement Ihrer Krankenkasse durch systematisches Gesundheits-Coaching. Wie? Berichten wir Ihnen gern persönlich.
Ines Oelmann, Tel.: 0201 4398 1940 & Marion Rohwedel, Tel.: 0201 4398 3281

Zahlen, Daten und Fakten zur Evidenz und Wirtschaftlichkeit der Allergieverorgung

Allergie-Versorgung auf neuen vertraglichen Wegen

Seit Jahren wird über die zunehmende Prävalenz von Allergien und ihren Folgen (Asthma, Rhinokonjunktivitis, atopische Erkrankungen) berichtet. „Weltweite Studie belegt erneut eine Zunahme von Allergien bei Kindern“: So titelte die „Ärzte-Zeitung“ z.B. am 28.8.06 zur Zunahme von Allergien weltweit und in Deutschland. Nach den in diesem Artikel abgehandelten Studien stieg in Deutschland z.B. der Anteil von Kindern mit Asthma-Symptomen allein bei den Sechs- bis Siebenjährigen in 5 Jahren von 9,6% auf 12,8%; bei den älteren Kindern stieg die Allergierate noch deutlicher, auf 17,5% der Kinder mit Asthmasymptomen, an.¹

>> Die Lebenszeitprävalenz für allergische Erkrankungen liegt in Deutschland insgesamt bei 30%². Gemäß der KIGG's-Studie des Robert-Koch-Institutes (RKI) aus dem Jahre 2007 waren 40,8% der 3-17jährigen gegen mindestens ein getestetes Allergen sensibilisiert³.

Hierbei wird aus Studiendaten deutlich, dass bei bis zu 85% aller Asthmaerkrankungen auch nasale Symptome der allergischen Rhinitis (AR) vorliegen, vermutlich durch den auf die AR folgenden „Etagenwechsel“⁴.

Auch die BARMER GEK veröffentlichte im Mai 2015 Routinedaten über das Vorkommen von Allergien in NRW. Demnach haben 2,1 Mio. der Versicherten in dem größten Bundesland Deutschlands Allergien – hiervon leiden rund 138.000 an einer Pollen- oder Gräser-Allergie⁵.

Alarmierend erscheint hierbei, dass nur 5% der Asthmatiker und 7% der Heuschnupfen-Patienten in Deutschland kausal, mittels Hyposensibilisierung, therapiert werden. Vergleiche zu diesem alarmierenden Sachverhalt liefert die Versorgungsstudie von Prof. Wasem aus dem Jahre 2013⁶. Und dies, obwohl sich das Risiko eines sog. Etagenwechsels durch die rechtzeitige Einleitung ursächlicher Therapien deutlich verringern ließe (Number needed to treat = 4)⁷.

Informationen zu Arzneimittelverordnungen

Die mit den neuen Leitlinien entstandene Übersicht zu Präparaten zur spezifischen Immuntherapie (SIT) gibt einen hervorragenden Überblick über die Anzahl der Studien und über das jeweilige Zulassungsjahr. Die tabellarisch dargestellte Beurteilung basiert auf modifizierten WAO-Kriterien (s. Tab. 1).

Auswahl von Kassendaten

In einer bundesweiten Auswertung von GKV-Routinedaten für die Jahre 2007 bis 2010, die pro Jahr mehr als 9 Millionen Patienten einschloss, wurden Diagnose- und Abrechnungs-codes, z.B. für die spezifische Immuntherapie, analysiert. Die extrahierte

Präparate zur spez. Immuntherapie (D, 10-2014)		Anzahl der Gräserstudien (davon Kinderstudien)		Anzahl Frühblüher-/Birke-Studien (davon Kinderstudien)		Anzahl Milbenstudien (davon Kinderstudien)	
Präparat	Allergopharma	PEI - Zulassung erfolgt	PEI - Zulassung erfolgt	PEI - Zulassung erfolgt	PEI - Zulassung erfolgt	PEI - Zulassung erfolgt	PEI - Zulassung erfolgt
Allergoide SCIT Allergene							
Acaroid®	Allergopharma					0	
Allergovit®	Allergopharma	1	1992	0	1992		
Clustoid®	ROXALL	1		0		0	
Depigoid®	Leti/Novartis	1		1		2	2004
Depiquick®	Leti/Novartis	1		0			
Pollinex quattro®	Bencard	2		1			
Purethal®	HAL Allergie	0	1993	1	1989	0	
Roxid®	ROXALL	0		0		0	
TA t.o.p.	Bencard	0	1976	0	1995		
Nicht modifizierte SCIT Allergene							
ALK-depot SQ®	ALK-Abelló	4 (1)	1990	2	1990	0	1990
ALK 7®	ALK-Abelló	0	1994	1	1997		
AVANZ®	ALK-Abelló	0		0		0	
Novo-Helisen® depot	Allergopharma	0	1991	0	1991	0	1992
Tyro Milbe	Bencard					0	
Allergoide SLIT Allergene							
LAIS®	Lofarma	1		0		0	
Nicht modifizierte SLIT Allergene							
Grazax®	ALK-Abelló	6 (2)	2006				
Infectoslit® Gräser (AllerSlit® Gräser)	Infectopharm (Allergopharma)	2 (1)					
Oralair®	Stallergenes	4 (1)	2008				
Oralvac® Compact	Bencard			0		0	
SLITone ^{PLUS} ®	ALK-Abelló	0		0		0	
SLITone ^{ULTRA} ®	ALK-Abelló	0		0		0	
Staloral®	Stallergenes			2	2005		
Sublivac® FIX	HAL Allergie	0		0		0	
Sulgen®	ROXALL	0		0		0	

Tab. 1: Übersicht zu Präparaten zur SIT (Quelle DGAKI - <http://www.dgaki.de/leitlinien/s2k-leitlinie-sit/sit-produkte-studien-zulassung/>). Aus der Übersichtstabelle ist gut erkennbar, dass nicht alle sich auf dem Markt befindlichen subkutanen und sublingualen SIT-Produkte auch einen Wirksamkeitsnachweis aufweisen können.

Studienkohorte bestand aus 725.000 Patienten mit allergischer Rhinitis (AR) und 260.000 Patienten mit Allergischem Asthma (AA). Aus den vorliegenden Daten wurde das Diagnose- und Therapieverhalten allergologisch tätiger Ärzte anhand der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung analysiert.

Die Analyse zeigte, dass in den Jahren zwischen 2007 und 2010 die absolute Patientenzahl, die allergologische Leistungen in Anspruch nahmen, sowohl bei AR als auch Asthma, um 13% zurückgegangen ist. Dabei sank gleichzeitig sowohl die Zahl der Praxen, die allergologische Leistungen abrechneten (AR: -31%/Asthma:-27%), als auch die Zahl der Praxen die die SIT abrechneten (AR: -13%/Asthma: -6%). Dies erscheint insbesondere unter Betrachtung der angesprochenen steigenden Prävalenz von allergischen Erkrankungen als bedenklich. Dabei lag der Anteil der AR- und Asthma-Patienten die eine SIT erhielten bei 7% bzw. 5% (siehe Abb. 1). Als Schlussfolgerung aus der durchgeführten Studie werden mittel- und langfristig zusätzliche Kosten erwartet, die durch die Progredienz der Erkrankungen entstehen, z. B. die durch Zunahme von AA.

Dieser Trend geht deutlich entgegen die Empfehlungen, die durch die Fachgesellschaften mittels der neuen S2k-Leitlinie zur SIT herausgegeben wurden, und weist somit unmissverständlich auf einen notwendigen Handlungsbedarf hin.

S2k-Leitlinie zur SIT: Zugelassene Präparate präferieren

In der nun gültigen Leitlinie sind wesent-

liche versorgungsspezifische Neuerungen im Vergleich zu der 2009 publizierten Leitlinie zu finden. Als zentraler Gesichtspunkt wird die Durchführung der Therapie (SCIT und auch SLIT) nur mit Präparaten empfohlen, für die ein Studien-Nachweis der klinischen Wirksamkeit vorliegt.

Kernaussagen und Empfehlungen der AIT-S2k-Leitlinie

- Produktspezifische Bewertung der Evidenz unabhängig von Applikationsform
 - ➔ Präparate mit Zulassung und Wirksamkeitsnachweis bevorzugt einsetzen
- Sekundärpräventive Aspekte sind wichtige Gründe Therapiebeginn früh zu wählen
 - ➔ Präparate mit entsprechendem Nachweis sind bevorzugt einzusetzen
- Therapieadhärenz der AIT-Patienten ist unabhängig von der Applikationsform
- AIT ist langfristig deutlich kosteneffektiver im Vergleich zur symptomatischen Therapie bei Allergischer Rhinitis (AR) und Allergischem Asthma (AA)
- Die SLIT hat ein besseres Risikoprofil als die SCIT

In diesem Zusammenhang dürfen auch die von Wasem dargestellten sekundärpräventiven Effekte bei der Asthmaversorgung nicht übersehen werden. Der Bedarf an Asthma-Prävention bei Allergikern wird deutlich belegt.

Unwirtschaftlichkeit der symptomatischen Behandlung im Vergleich zur evidenzbasierten SIT

Auch in der neuen Leitlinie wird bestätigt, dass die SIT im Vergleich zu Symptomatika langfristig deutlich kosteneffektiver ist. Zudem wird in der aktuellen Leitlinie ebenfalls

auf die enorme Bedeutung von Allergien sowohl für jeden einzelnen Patienten sowie auch für die gesamte Volkswirtschaft hingewiesen. So verursachen die Allergische Rhinitis und deren Folgeerkrankungen, wie Asthma bronchiale enorme Kosten für Gesundheitssystem und Volkswirtschaft. Hier fallen nicht nur die hohen direkten Kosten ins Gewicht, sondern gerade auch die indirekten Kosten sind enorm belastend, da z.B. jede zehnte Krankenschreibung in Deutschland einem allergischen Krankheitsbild zugeordnet wird. Die SIT wird dabei als Therapie mit kurativem und präventivem Ansatz gesehen, die die Verhinderung eines Etagenwechsels (zum allergischen Asthma bronchiale) und von Neusensibilisierungen ermöglicht und durch die sich daher erhebliche Folgekosten vermeiden lassen.

Hierbei sollten besonders auch Studienergebnisse berücksichtigt werden, die belegen dass die (indirekten) Kosten maßgeblich mit der Schwere der Erkrankung und der Entwicklung eines Asthmas zunehmen (siehe Abb. 3)⁸.

Hier können somit, durch den präventiven Effekt der SIT, Einfluss auf den Erkrankungsschweregrad und die Asthmaentwicklung als Hauptkostentreiber genommen werden und damit massive Folgekosten vermieden werden.

Adhärenz/Compliance entscheidend verbessern

Die Therapie-Adhärenz der SIT-Patienten ist – unabhängig von der Applikationsform – niedriger als von ärztlicher Seite vermutet.

Die Therapietreue nimmt im zeitlichen Verlauf, der sich über zumindest drei Jahre erstreckenden Therapie, deutlich ab. Dem muss

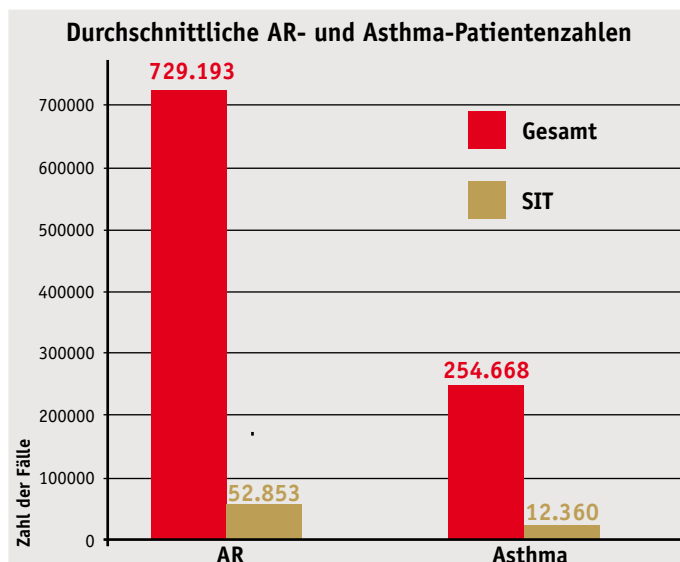


Abb. 1: Durchschnittliche AR- und Asthma-Patientenzahlen (2007-2010) – insgesamt und mit SIT (Eigene Darstellung nach Biermann et al. 2013).

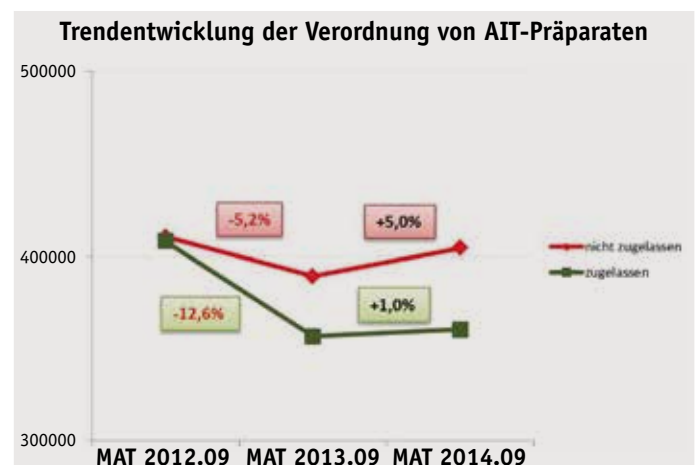


Abb. 2: Trendentwicklung der Verordnung von AIT-Präparaten nach Zulassungsstatus durch das PEI. Quelle: INSIGHT Health, V01A-Markt OdV national 09.2014, excl. Insektengiftpräparate & Tabletten. Status Zulassung <http://www.pei.de/urzneimittel/allergene/therapie-allergene/therapie-allergene-node.html>.

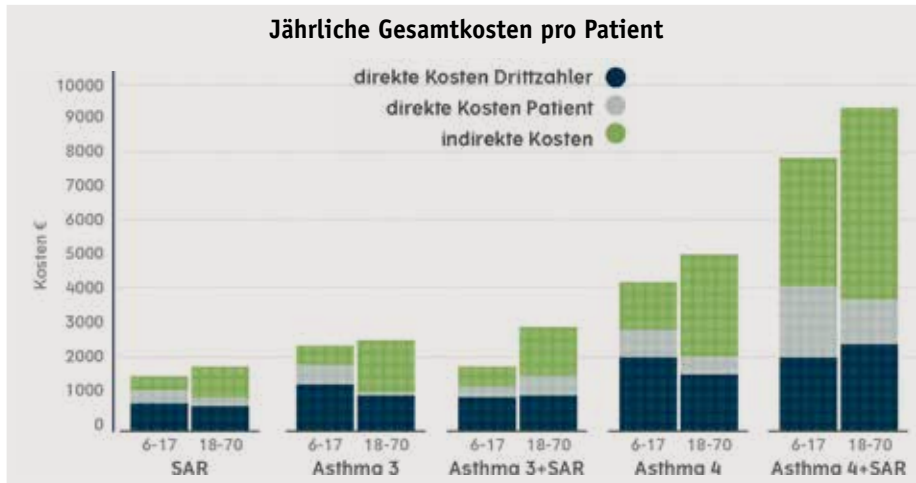


Abb. 3: Jährliche Gesamtkosten pro Patient mit atopischem Asthma und saisonaler Allergischer Rhinitis (SAR) in Deutschland (Eigene Darstellung nach Schramm et al. 2003). Legende: Asthma 3 = moderates Asthma, Asthma 4 = schweres Asthma, SAR = saisonal Allergische Rhinitis.

im Interesse der Patienten entgegengewirkt werden. Insbesondere, da die Adhärenz für den Therapieerfolg von ausschlaggebender Bedeutung ist. Das gilt auch im Hinblick auf die Investition in die Therapiekosten, die bei frühzeitigen Abbrüchen ohne oder nur mit mäßigen therapeutischen Effekten bleiben.

Chancen des Mobile-Health-Marktes

Unzweifelhaft können über mobile Health Smartphones, Apps oder Aktivitätssensoren Compliance-fördernde Werkzeuge für SIT entwickelt werden. Interessante Tests haben hierbei zu hohen Erwartungen geführt. Dabei werden – auch im Hinblick auf zahlreich teilnehmende Kinder – die Patienten-Informationen als persönlich interaktiver Event gestaltet sein. Ein gutes Verhältnis zu dem behandelnden Arzt ist zu diesem Zweck zwingend erforderlich.

Bonusprogramme und/oder Verträge

Bonusprogramme und/oder Verträge können Belohnungen von therapietreuen Patienten vorsehen. Auch ein erfolgreiches Therapiemanagement der betreibenden Ärzte

könnte über vertragliche Regelungen eine entsprechende zusätzliche Vergütung zur Folge haben.

Geeignete Vertragsform für die Allergie-Versorgung feststellen

Gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer können über verschiedene vertragliche Kooperationen innovative Versorgungsformen regeln. Für eine moderne Form der Allergieversorgung bietet es sich an, die Chancen des modifizierten § 140 a SGB V zu nutzen:

Integrierte Asthmaversorgung entwickeln

Diese Versorgungsform fördert in einem besonderen Maße die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ermöglicht es auch auf die denkbare Bildung von Allergie-Zentren vertraglich flexibel zu reagieren. Die Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird – nicht allein im Hinblick auf den dringend zu beachtenden Laborsektor – dringend empfohlen. Es ist mitzuführen, dass die Zahl der Ärzte, die Allergien adäquat behandeln, in Deutschland abnimmt. Daher stellt sich bei steigenden Prävalenzzahlen die Frage: Lohnt

es sich nicht, Allergiekranke zu behandeln?

Integrierte Versorgung ermöglicht auch eine Einbindung eines Arzneimittel-Herstellers. Das ist im Hinblick auf die Zielsetzung, zugelassene und evidenzbasierte Präparate zu präferieren, sicherlich zu beachten. Die Verbesserung von Adhärenz und Compliance ist für einige Arzneimittel-Hersteller unzweifelhaft von besonderer Bedeutung. Im Rahmen eines ‚Pay for Performance‘-Ansatzes könnten Boni-Regelungen für Patienten und Vergütung von Therapie-Management –Erfolgen an therapieführende Vertragsärzte erwogen werden. Solche „Erfolgsprämien“ könnten zu Beginn des 3. Therapiejahres und nach Ende der Therapie erwogen werden.

Auch die Entwicklung, Erprobung und der Einsatz von auf die speziellen Erfordernisse der Allergieversorgung ausgerichteten Mobile-Health-Werkzeugen passt nicht nur in die Zeit, sondern auch in ein solch modernes Vertragskonstrukt.

Versorgungsforschung

Besonders wichtig ist eine verbesserte Aufklärung der Patienten (bei Kindern, auch ihrer Eltern). Die Patienteninformationsblätter (s. Leitlinien) sind dazu ein wichtiges auszubauendes Instrumentarium. Außerdem sollte der stetigen Bagatellisierung von Allergien dringend entgegengewirkt werden. Eltern und Pädagogen können ein beredtes Zeugnis über die Probleme ablegen, die bei einem Asthmaanfall in häuslicher oder schulischer Umgebung eintreten können.

Die seit geraumer Zeit diskutierte Langzeitstudie zu den tatsächlichen Verläufen von Allergien bei Patienten mit und ohne SIT könnte realisiert werden – insbesondere unter Compliance-Aspekten. Dies erfordert eine Begleitung durch versorgungsforschende Studien einschließlich entsprechender Evaluierung.

In diesem Rahmen könnte gleichzeitig eine andere sozio-ökonomische Frage eruiert werden: Wie viel kosten Allergien wirklich? Bislang konnte diese Fragestellung noch nicht ganzheitlich in Versorgungsstudien nachgewiesen werden. Neben den direkten Kosten sind, wie vorangehend bereits angesprochen, gerade die indirekten und intangiblen Kosten von besonderer volkswirtschaftlicher Bedeutung. Aus diesem Grund sollte im Vertragskonstrukt eine versorgungsforschende Begleitung von vornherein vertraglich fixiert werden. <<

von:

Klaus H. Richter (Gut.Gesundheit.Consulting)
Dr. med. Thomas Winkler (ALK-Abello)*

*Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zu dem Manuskript beigetragen.

Literatur

- 1) Ärzte-Zeitung 28.08.2006:(<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/allergien/article/416082/weltweitestudie-belegt-erneut-zunahme-allergien-kindern.html>)
 - 2) DEGS1-Studie.Robert-Koch-Intitut 2013 (M. Haftenberger, Prävalenz von Sensibilisierungen gegen Inhalations- und Nahrungsmittelallergene Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Bundesgesundheitsbl 2013 • 56:687–697.)
 - 3) KIGGS Studie 2007 (Schlaud et al (RKI), Allergische Erkrankungen – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 50: S.701–710)
 - 4) ARIA (Bousquet et al., Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 Update, Allergy 2008; 63 (Suppl. 86): pp. 8–160)
 - 5) Barmer GEK NRW Pressemitteilung 2015: <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Nordrhein-Westfalen/Aktuelle-Pressemitteilungen-NRW/150512-Allergien-in-NRW/150512-Allergien-in-NRW.html>
 - 6) Wasem-Studie (Biermann et al., Allergic disorders of the respiratory tract – findings from a large patient sample in the German statutory health insurance system, Allergo journal 2013; 22 (6) pp.366–73).
 - 7) Jacobson L, Dreborg S, Ferduosi HA et al. PAT study, Allergy 1998, 53(suppl): 168
 - 8) Schramm, B., Ehlken, B., Smala, A., Quednau, K., Berger, K., Nowak, D., Cost of illness of atopic asthma and seasonal allergic rhinitis in Germany: 1-yr retrospective study, European Respiratory Journal, 2003; 21: 116-122.
- S2k-Leitlinie Spezifische Immuntherapie. Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. Allergo J Int 2014;23:282–319
Leynaert et al., J Allergy Clin Immunol 2004;113:86-93

INNOFONDS

Fakten Status Diskurs

Innovationsfonds:

Zum Innovationsfonds müssen wir eine intensive Diskussion führen!

Über nichts wird derzeit so viel geredet und geschrieben, wie über den Innovationsfonds. Die Eckdaten sind seit dem Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD vom 27.11.2013 „Deutschlands Zukunft gestalten“ (Seiten 77/78) bekannt. Nach nur kurz anhaltender Freude fing sofort die Diskussion und Interpretation der Bedingungen und der Zahlen an. Die Sprecher der beiden Parteien MdB Jens Spahn (CDU) und MdB Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) sahen sich daher schnell aufgefordert, ein Papier zu veröffentlichen, wie sie sich die Mittelverteilung vorstellen und was der Innovationsfonds eigentlich leisten soll. Weiteren Spekulationen sollte damit Einhalt geboten werden. Das ist nicht wirklich gelungen – zu viel steht auf dem Spiel, zu viel kann man falsch machen!

>> Der Innovationsfonds wurde in der Folge als Teil des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (§§92a und 92b) auf den Weg gebracht. Anhörungen und Stellungnahmen von fast allen Stakeholdern und Interessensverbänden zum Referentenentwurf vom 21.10.2014, zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 08.12.2014 sowie eine intensive Diskussion im Gesundheitsausschuss am 20.03.2015 folgten. Der Deutsche Bundestag hat nun gegen Kritik aus der Opposition am 11.06.2015 das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)) verabschiedet, welches zum 01.08.2015 wirksam werden soll. Die Einrichtung des Innovationsfonds ist dabei für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems das herausragende Merkmal des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes.

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.) mit derzeit 44 wissenschaftlichen Gesellschaften, 19 wissenschaftlichen Instituten & Forschungsverbänden, 15 juristischen Personen und Personenvereinigungen sowie mehr als 80 natürlichen Personen hat sich von Beginn an in die Diskussion um die Überlegungen zum Gesetzesentwurf eingebracht und im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens mehrere Stellungnahmen verfasst. In einer ersten grundlegenden Stellungnahme vom 17.09.2014 haben wir deutlich gemacht, dass sich der Innovationsfonds positiv auf die Qualität, den Nutzen und die Wirksamkeit der Gesundheitsversorgung und der Versorgungsforschung in Deutschland auswirken muss.

Die Versorgungsforschung geht von folgenden Annahmen aus, die sie begründen:

- 1. Die Gesundheits- und Krankenversorgung ist optimierbar** – die Versorgungsforschung trägt durch die Schaffung von Transparenz über Versorgungssituationen, über die Klärung von Zusammenhängen (Kontextforschung), über die Entwicklung von innovativen Konzepten sowie durch evaluative Begleitforschung und Wirksamkeitsstudien (unter Alltagsbedingungen) dazu bei, dieses Optimierungspotenzial zu entfalten.
- 2. Das Gesundheitssystem ist ein „lernendes“ System.** Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Basis, diesen Lernprozess systematisch zu begleiten und mitzugestalten. Bestehende Technologien, Verfahren, Konzepte sollen über die Versorgungsforschung weiterentwickelt und implementiert werden.
- 3. Das Gesundheitswesen ist ein komplexes System.** Eine Gesundheitsleistung wird im Gesundheitssystem, z.B. Arzt behandelt Patienten erbracht. Dies erfolgt in einem Kontext, z.B. im Krankenhaus oder der Facharztpraxis vor dem Hintergrund bestehender Rahmenbedingungen wie bspw. dem Vergütungs- und Abrechnungssystem. Die Erbringung und die Wirksamkeit der Gesundheitsleistung werden durch Kontextfaktoren (auf Mikro-, Meso- und Makroebene) beeinflusst. Die Kontextforschung erforscht die Zusammenhänge. Um das Gesundheitswesen zur Optimierung des Patientennutzens weiter zu entwickeln, bedarf es der Kontextforschung, sowohl bei der Entwicklung neuer Konzepte und Rahmenbedingungen als auch für die Entwicklung neuer Methoden.

Kommentar

Liebe Leserinnen und Leser, der Innovationsfonds stellt von 2016 bis 2019 aus den Mitteln der Kassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich 225 Millionen Euro für innovative, möglichst sektorenübergreifende Versorgungsprojekte und jährlich 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung zur Verfügung.

Das bietet große Chancen für Strukturveränderungen und Prozessinnovationen im Gesundheitssystem und für die prospektive und begleitende Versorgungsforschung. Der Innovationsfonds kann damit auch zur Etablierung des Fachgebietes Versorgungsforschung erheblich beitragen. Wie gut werden diese Chancen genutzt? Sehr viel kann falsch gemacht werden.

„Wie gibt man 300 Millionen Euro aus?“, fragten Prof. Häussler und Dr. Albrecht vom IGES Institut in der letzten Ausgabe. In dieser Ausgabe formuliert Prof. Neugebauer den Standpunkt des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung und fordert eine intensive Diskussion.

Bitte beteiligen Sie sich, schicken Sie uns Ihre Kommentare, Stellungnahmen und Ideen zu Zielen, Themen/Projekten und Mittelvergabe. Die Versorgungsforschung soll diese große Chance bestmöglich nutzen.

Ihr
Prof. Dr. Reinhold Roski



MVF-Herausgeber
Prof. Dr.
Reinhold Roski

Hinsichtlich des Nutzens unterscheidet die Versorgungsforschung zwischen dem akademischen Nutzen und dem praktischen/gesellschaftlichen Nutzen. Der **akademische Nutzen** hängt von der Qualität der Studie, der Angemessenheit der Methode den Rücklaufquoten und Validität der Ergebnisse ab. Dies sind die zentralen Kriterien der Reviewer für die Annahme eines Artikels in einer Impact-Zeitschrift.

Der **praktische/gesellschaftliche Nutzen** der Versorgungsforschung (societal impact) ist ebenfalls von der Qualität der Studien abhängig, aber in hohem Maße auch davon, wie intensiv die Ergebnisse der Versorgungsforschung in der politischen, versorgungspraktischen und wissenschaftlichen Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen, diskutiert und interpretiert werden, um abschließend in Entscheidungen

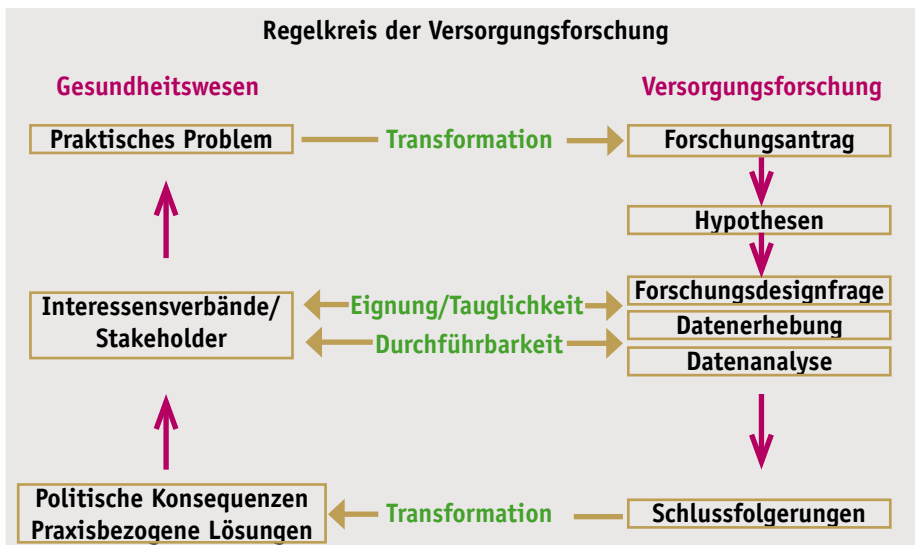


Abb. 1: Regelkreis der Versorgungsforschung in Anlehnung an Bensing JM et al.: Doing the right thing and doing it right (...), Int. J. Technol assess Health Care, 2003:19:604-612.

auf politischer oder versorgungspraktischer Ebene zu münden. Die frühe Zusammenarbeit bei der Entwicklung von Projekten für den Innovationsfonds und ein konstruktiver Dialog von Vertretern aus der Gesundheitsversorgung (Leistungserbringer, Kassen etc.) und von Versorgungsforschern ist eine ganz entscheidende Voraussetzung für den Erfolg des Innovationsfonds. Der in Abbildung 1 dargestellte Regelkreis soll dies noch einmal verdeutlichen.

Aus dem Selbstverständnis der Versorgungsforschung haben wir bereits in unserer Stellungnahme vom 17.09.2014 (1) zahlreiche Ableitungen für den Innovationsfonds und die Verfahrensordnung formuliert.

Der Innovationsfonds ist ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema, der in unterschiedlichen Foren aufgegriffen und diskutiert wird. Zentrale Fragestellungen sind dabei immer:

- Wie werden die finanziellen Mittel des Innovationsfonds über die Jahre 2016 bis 2019 ausgeschüttet?
- Wie erfolgt die Verteilung und Vergabe der Mittel des Innovationsfonds?
- Welche Themen werden für die Mittelvergabe berücksichtigt?
- Wie werden Projekte für die Übertragbarkeit in die Regelversorgung ausgewählt (Evaluation)?

Wie werden die finanziellen Mittel des Innovationsfonds über die Jahre 2016 bis 2019 ausgeschüttet?

Häusler und Albrecht (2) beschreiben anhand zweier Simulationsmöglichkeiten die Übertragbarkeit unverbraucher Mittel eines Haushaltsjahres für die Durchführung inno-

vativer Projekte der Gesundheitsversorgung. Eine Folge der Übertragbarkeit wäre die „Entzerrung des Fördergeschehens“ (2), so dass ggf. die Administrationskosten des Innovationsausschusses gesenkt und mehr Projekte gefördert werden könnten. Es ist davon auszugehen, dass genügend Projektideen vorliegen bzw. eingereicht werden. Jedoch ist das Vergabeverfahren bislang unklar, da laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Projektförderung im Ermessen des Innovationsausschusses erfolgt (3).

Wie erfolgt die Verteilung und Vergabe der Mittel des Innovationsfonds?

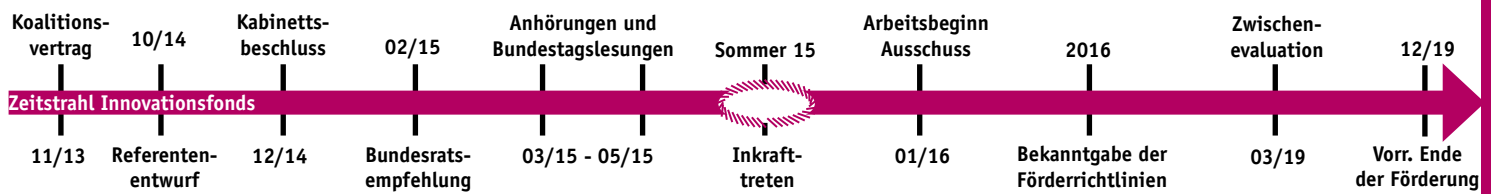
Durch den Innovationsfonds sollen innovative Projektideen gefördert werden, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Auswahl relevanter Projektideen erfolgt in anderen Förderprogrammen, wie der DFG, anhand eines strukturierten und transparenten Vorgehens. Für den Innovationsfonds ist dies bislang nicht vorgesehen. Das IGES Institut empfiehlt ein 3-stufiges Vorgehen, welches die Qualitätssteigerung der Versorgung durch das Projekt, die Umsetzungschancen in die Regelversorgung und die Anzahl betroffener Patienten umfasst (4). Dabei werden bspw. Patienten mit seltenen Erkrankungen nicht berücksichtigt. Darüber hinaus ist die Qualitätssteigerung der Gesundheitsversorgung nach Implementierung in der Routineversorgung kaum abschätzbar. Ein Hauptkritikpunkt seitens des Netzwerks in den weiteren Stellungnahmen zu den jeweiligen Gesetzesentwürfen war es immer, dass die **Wissenschaft** bei der Verteilung der Mittel des Innovationsfonds von den Entscheidungen ausgeschlossen ist. Auch andere Wissenschaftsinstitutionen wie

z.B. die Deutsche Forschungsgemeinschaft, einzelne wissenschaftliche Fachgesellschaften, aber auch die AWMF haben dies in ihren Stellungnahmen vehement angemahnt. Ohne einen starken wissenschaftlichen Einfluss durch Versorgungsforscher aus den verschiedenen Disziplinen besteht definitiv die Gefahr, dass nicht zielführende Vorgehensweisen im Bereich der Methodik und Evaluation zu nicht validen Aussagen führen, die u.a. falsche strukturelle Richtungsentscheidungen im Gesundheitswesen zur Folge haben können. Nach Schmacke beinhaltet der Innovationsfonds Potentiale für eine neue Kultur einer wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Angebote (5).

Welche Themen werden für die Mittelvergabe berücksichtigt?

Bislang ist auch die Frage, welche Projekte förderungswürdig sind nur unzureichend beantwortet. Wenn ich von A (derzeitiger Standort) nach B (meinem Ziel) möchte, muss ich das Ziel in mein Navigationssystem eingeben. **Ohne klar definierte Ziele komme ich nach Irgendwo im Nirgendwo.** Der Innovationsausschuss muss daher unter Berücksichtigung aller Interessengruppen auf der Basis vorliegender wissenschaftlich nachvollziehbarer Versorgungsdaten Themen und Prioritäten setzen. Wir brauchen konsenterte Gesundheits- und Versorgungsziele. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz werden vor allem die Bereiche Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung und Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten genannt. Es wird allerdings darauf verwiesen, dass „die Festlegung der konkreten Förderschwerpunkte durch den einzurichtenden Innovationsausschuss“ erfolgt (3).

In aktuellen Publikationen zum Innovationsfonds (4, 6) werden neben dem im Gesetz erwähnten, noch die regionalen Versorgungsunterschiede, der zielgerichtete Transfer von Evidenz in Routineversorgung sowie die Identifikation und Analyse von patientenrelevanten Behandlungsendpunkten für den Nachweis der Wirksamkeit von therapeutischen Verfahren genannt. Eine gerechte und nachhaltige Mittelvergabe setzt aber die Einbeziehung aller Interessengruppen und Transparenz (s.o.) voraus. Der Innovationsausschuss selbst ist kein interessengruppenübergreifendes Gremium. Die Beauftragung einzelner Organisationen oder Experten mit der Erstellung von Entscheidungs- und Beurteilungskriterien ge-



nügt dem Anspruch natürlich ebenfalls nicht.

Wie werden Projekte für die Übertragbarkeit in die Regelversorgung ausgewählt (Evaluation)?

Wie mit den Projektergebnissen umgegangen wird, ist bislang noch unklar. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass eine Krankenkasse im Rahmen der Antragsstellung zu beteiligen ist. Dies impliziert allerdings noch nicht die Übertragbarkeit in die Regelversorgung oder die Fortführung in einem selektivvertraglichen Rahmen (1).

Vielmehr gilt es bereits mit der Implementierung des Innovationsausschusses, ein geeignetes Verfahren zu entwerfen und mit allen Beteiligten (auch Patienten) zu konsentieren. Dabei ist der transparente Umgang des Begutachtungsprozesses, der eingesetzten Methoden der Projektdurchführung sowie der Projektergebnisse erforderlich. Eine weitere Forderung des Netzwerks ist deshalb seit langem die zwingend notwendige **Transparenz** über die geförderten Vorhaben und deren Ergebnisse herzustellen. In Bezug auf den Innovationsfonds hieße das u.a., dass die Ergebnisse durch ein verpflichtendes Studienregister z.B. die schon existierende Datenbank Versorgungsforschung Deutschland (<http://versorgungsforschung-deutschland.de/>), sowie die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Ergebnisse geschaffen werden muss.

Evidenz- und konsensbasierte Umsetzungsmöglichkeiten für den Innovationsausschuss

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) sah es als erforderlich, anhand eines wissenschaftlichen und transparenten Vorgehens dem Innovationsausschuss geeignete Begutachtungs-, Förder-, und Evaluati-

onskriterien für Projektanträge und Projekte aus dem Innovationsfonds zu empfehlen. Die Mittelvergabe sollte möglichst effektiv, effizient, gerecht, transparent und nachhaltig sein.

Vor diesem Hintergrund initiierte und koordinierte das DNVF eine **wissenschaftliche Konsens-Studie** unter Beteiligung aller relevanten Interessenvertreter d.h. von Patientenvertretern, Kostenträgern, Leistungserbringern, der Gesundheitspolitik und der Wissenschaft. Anhand eines iterativen, web-basierten Delphi-Verfahrens in drei Befragungsrunden wurde ein systematisches, mehrstufiges Bewertungsverfahren durchgeführt, um so auf transparente Weise Empfehlungen für Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds zu priorisieren. Die Ergebnisse sollen dem Innovationsausschuss als Hilfestellung und Orientierung für die Mittelvergabe dienen.

Es konnten thematische und methodische Anforderungen, Kriterien hinsichtlich der Eignung der Antragsteller, des Evaluationskonzeptes und des Begutachtungsprozesses über alle Interessenvertreter konsentiert werden. Die Ergebnisse wurden auf dem **3. DNVF Forum Versorgungsforschung am 18.5.2015 in Berlin** vorgestellt und begleitet durch Impulsvorträge mit den Mitgliedern des DNVF, dem Vorsitzenden des G-BA (Prof. J. Hecken) und Gästen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung lebhaft diskutiert. Das Programm und die Folien der Vorträge sind abrufbar unter <http://www.netzwerkversorgungsforschung.de/index.php?page=3-dnvf-forum-vf>

Die Publikation der Ergebnisse ist in Vorbereitung und erscheint in Kürze im Gesundheitswesen sowie eine Kurzfassung im politischen Teil des Deutschen Ärzteblattes unter

dem Titel: Wohin mit den Fördermitteln?

Der Vorstand des DNVF und die Autoren der Studie (Prof. Dr. Jochen Schmitt, Dresden; Dr. Thomas Petzold, Dresden; Dr. Gisela Nellesen-Martens GF DNVF, Köln; Prof. Dr. Holger Pfaff, Vorstand DNVF, Köln) hoffen, mit den vorliegenden Ergebnissen einen Beitrag für einen möglichst wirksamen Einsatz der Finanzmittel des Innovationsfonds zu leisten. Dabei ist es uns wichtig zu betonen, dass selbst durch wissenschaftlich strenge Kriterien, das Begutachtungsverfahren nicht notwendigerweise verlängert wird.

Wichtig für die schnelle Umsetzung ist sicher die hochrangige Besetzung des **Expertenbeirates**. Vom Vorsitzenden des Innovationsausschusses sind nicht mehr als zehn vom BMG berufene Mitglieder angedacht. Er soll den Innovationsausschuss beraten, muss schnell arbeitsfähig sein und aus DNVF Sicht eine entsprechende strukturelle (unabhängige) Anbindung erhalten. Das DNVF ist der Auffassung, dass die Geschäftsstelle des Expertenbeirates den Prozess der Begutachtung organisieren und dem Innovationsausschuss einen Bewilligungsvorschlag machen sollte. Kurze Beurteilungszeiten (unter 4 Wochen) sind sicher wünschenswert, aber aus Sicht des DNVF nicht ohne weitere Fachgutachter zu gewährleisten.

Die erste Förderbekanntmachung für den Innovationsfonds soll nach Auskunft des Vorsitzenden des Innovationsausschusses noch diesen Herbst erfolgen. Das DNVF geht optimistisch in die Sommerpause und hofft jetzt, dass bei der Verfahrensordnung die o.g. entscheidenden Aspekte ihre notwendige Berücksichtigung finden. Wir haben dann auf dem Deutschen Versorgungsforschungskongress vom 7. bis 9. Oktober die Gelegenheit zur weiteren vertieften Diskussion (www.dkvf2015.de). <<

Literatur

1. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung: Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 08.12.2014: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG). In: Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, (ed.). http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/Stellungnahmen/DNVF_Stellungnahme_GKV-VSG-Gesetzentwurf_150320.pdf 2015.
2. Häussler B, Albrecht M: Wie gibt man 300 Mio. Euro aus? Überlegungen zur Gestaltung einer wertvollen nationalen Initiative. Monitor Versorgungsforschung 2015; 8: I-III.
3. Bundesministerium für Gesundheit: Versorgungsstärkungsgesetz im Bundestag <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz/gkv-vsg.html> (last accessed on 01.06.2015 2015).
4. IGES Institut: Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. Welche Projekte und Förderverfahren helfen, Innovationsdefizite zu überwinden? Berlin: Verband der Ersatzkassen 2015.
5. Schmacke N: Forschung und Entwicklung: eine unverhoffte Chance für die GKV. Gesundheits- und Sozialpolitik (GuS) 2014; 68: 16-9.
6. Klemperer D, Bauer U, Francke R, et al.: Positionspapier zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsforschung und zu Themen für künftige Ausschreibungen von Forschungsvorhaben. Public Health Forum 2015: in press.

Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A. M. Neugebauer

ist Seniorprofessor für Versorgungsforschung an der Universität Witten/Herdecke sowie Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF e.V.). Er hatte bis Februar 2015 den Lehrstuhl für Chirurgische Forschung an der Universität Witten/Herdecke und war fast neun Jahre Forschungsdekan der Fakultät für Gesundheit.

Kontakt: edmund.neugebauer@uni-wh.de



Erfahrungen aus dem Modellvorhaben der AOK Bayern zur Kapselendoskopie

Von der Innovation in den Versorgungsalltag

Der Boom der Medizintechnik führt in Deutschland wie auch international zu einer erheblichen Zunahme an Innovationen in der Gesundheitsversorgung. 2012 wurden alleine in Europa 10.000 Patente im Bereich der Medizintechnik angemeldet (von Bandemer, Merkel & Nimako-Doffour, 2013). Allerdings finden diese Innovationen in Deutschland nicht immer den direkten Weg in die Patientenversorgung. Für die Vorbereitung einer Übernahme in die Regelversorgung bieten kassenspezifische Versorgungsprojekte im Rahmen besonderer Versorgungsverträge eine alternative Lösung, da neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in räumlich und zeitlich begrenzten Projekten angewendet und für die anschließende Regelversorgung adaptiert werden können. Anhand des Modellverfahrens zum Einsatz der Kapselendoskopie des Kolons in der Darmkrebsfrüherkennung, das von August 2013 bis Oktober 2015 mit der AOK Bayern, den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Hochfranken und Dorfen sowie der Managementgesellschaft Libertamed durchgeführt wird, werden in diesem Beitrag Erfolgsfaktoren für eine gelungene Implementierung derartiger Projekte aufgezeigt.

>> Bevor zugelassene Medizinprodukte in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden, muss beurteilt werden, ob diese Methoden oder Leistungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nimmt dabei die Rolle des Gatekeepers ein und gewährleistet einerseits die Patientensicherheit sowie andererseits die Kosteneffizienz des Gesundheitssystems.

Für neue medizintechnische Methoden wurde seitens des G-BA häufig keine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung gewährt, da keine ausreichenden Studiendaten vorlagen. Mit der Anpassung des § 137e SGB V und der Einführung der Erprobungsregelung für Medizinprodukte können MedizinproduktHersteller nun beim G-BA einen Antrag auf Erprobung stellen, um diese notwendigen Daten zu generieren. Während der Erprobungsphase werden die Kosten für die neue Methode übernommen und das Verfahren evaluiert. Auch können Verfahren zur Methodenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nun während der laufenden Beurteilung angehalten werden, wenn neue Studiendaten erscheinen oder ein Erprobungsverfahren initiiert wird. Selbst wenn ausreichend Daten vorliegen, muss man aber von einer langen Verfahrensdauer ausgehen; durchschnittlich ist laut G-BA mit 29 Monaten zu rechnen – ohne Unterbrechung aufgrund eines Erprobungsverfahrens. Im internationalen Vergleich wird deutlich, dass dies eine sehr lange Zeitspanne ist.

Basu and Hassenplug (2012) haben am Beispiel der Medizinprodukte Klasse III (z.B. Implantate) gezeigt, dass die Bewertung in Deutschland ca. 72 Monate in An-

spruch nimmt. Selbst die Kapselendoskopie des Dünndarms, die als Medizinprodukt der Klasse IIa mit lediglich mittlerem Risiko bewertet ist und mit Antragstellung bereits als Standard der Diagnostik galt, benötigte 44 Monate, um den GBA zu passieren und weitere 41 Monate, um durch den Bewertungsausschuss in einer EBM-Position abgebildet zu werden. In den USA hingegen dauert eine Methodenbewertung im Durchschnitt nur 21 Monate. Bei Innovationen ist der Faktor Zeit allerdings ein entscheidendes Kriterium.

Bei guter Datenlage für eine neue Methode besteht als schnellere und flexible Alternative zur langwierigen Methodenbewertung des G-BA die Möglichkeit, im Rahmen von Sonderverträgen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einzuführen. Dies ist in Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V oder im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 und 64 SGB V möglich. Voraussetzung ist, dass die betrachtete neue Methode noch nicht durch den G-BA im Rahmen einer Methodenbewertung negativ beurteilt wurde. Zukünftig könnte auch der Innovationsfonds einen geeigneten Rahmen und finanzielle Mittel zur Erprobung von neuen Methoden zur Verfügung stellen, wobei hier der Schwerpunkt auf Prozess-, nicht auf Produktinnovationen liegen soll.

Da Innovationen vor der breiten Einführung oftmals nur in optimierten klinischen Umgebungen mit ausgesuchtem Patientenkollektiv wissenschaftlich getestet und evaluiert werden, zeigt sich häufig eine erschwerte Übertragung in den Praxisalltag. So muss in der breiten Anwendung neben dem Produkt bzw. der Methode der gesamte Versorgungsprozess mit betrachtet werden. Dafür bieten vor allem Modellprojekte mit einem vorgeschriebenen intensiven Monitoring eine hervorragende Möglichkeit. Die erhobenen Daten können für die Versorgungsforschung genutzt

werden. Eine solche Datenerhebung ist nicht vorgesehen, wenn Innovationen direkt durch den G-BA in die Regelversorgung übergehen.

Aber auch die unterschiedlichen Formen der Sonderverträge haben ihre Herausforderungen. So muss die beteiligte Krankenkasse einen relevanten Marktanteil für die jeweilige Patientenzielgruppe aufweisen, damit ausreichend Versicherte für eine Teilnahme am Vertrag in Frage kommen. Des Weiteren ist mit einem beachtlichen organisatorischen Aufwand für die Entwicklung und Umsetzung solcher Projekte auch auf Seiten der Leistungserbringer zu rechnen.

Die Implementierung eines Selektivvertrags soll im Folgenden anhand des Modellvorhabens zum Einsatz der Kapselendoskopie des Kolons in der Darmkrebsfrüherkennung erläutert werden. Seit Jahren ist die Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge relativ niedrig. Seit Einführung der Vorsorge liegt die kumulierte Teilnehmerate bei 20,8% (Männer) bzw. 23,0% (Frauen) (Altenhofen & Kretschmann, 2013). Gründe sind zum einen ein generelles Desinteresse an Vorsorgeuntersuchungen, als auch Skepsis und Scham gegenüber der Darmspiegelung mit dem Endoskop. Eine alternative Methode – die Kapseluntersuchung des Kolons – ist in Deutschland noch nicht Kassenleistung. Bei vergleichbarer diagnostischer Wertigkeit werden die Wünsche von Patienten nach einer risikoarmen, schmerzfreien und nicht intimen Untersuchung besser adressiert, da es sich um eine nicht-rektale, nur minimal invasive Untersuchung handelt. Bei der Kapseluntersuchung wird eine kleine Videokapsel geschluckt, im Modellprojekt die PillCam COLON 2, die ca. 400.000 Bilder vom Darm aufnimmt, welche anschließend am Computer als Video ausgewertet werden. So können Befunde entdeckt werden, welche gegebenenfalls am selben Tag mit der Koloskopie entfernt werden können. Um die Darm-



OB MANN ODER FRAU MACHT BEI UNS KEINEN UNTERSCHIED.

Angelika | 34 | Rechtsabteilung

Der Anteil der Frauen unter den Mitarbeitern Sanofis ist hoch: Er beträgt 50% innerhalb der Sanofi-Gruppe und 45% innerhalb des Managements. Das Unternehmen sieht sich in der Pflicht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Lebenssituationen zu unterstützen, und das gilt insbesondere, wenn es um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Aus diesem Grund gehören flexible Arbeitszeiten und ausreichende Kinderbetreuungsangebote bei Sanofi zum Unternehmensalltag.



Weitere Infos zur Unternehmenskultur
bei Sanofi finden Sie auf www.sanofi.de

krebsvorsorge zu verbessern, hat sich die AOK Bayern 2013 dafür entschieden neben der traditionellen Darmspiegelung diese innovative Methode ihren Versicherten in Form eines Modellvorhabens anzubieten und die Effektivität und Anwendbarkeit der Kapseluntersuchung im Praxisalltag zu evaluieren.

Erfolgsfaktoren für die Implementierung der Dickdarmkapsel im Rahmen eines Selektivvertrags

Die Einführung von Innovationen ist in den seltensten Fällen ohne Hürden und Herausforderungen zu meistern, sei es bei der Verbesserung des Produkts, des organisatorischen Ablaufs oder der Akzeptanz des Patienten. Hierfür ist ein hohes Engagement der beteiligten Leistungserbringer erforderlich, denn jede Veränderung und neue Herangehensweise muss an das regionale und organisatorische Gefüge angepasst werden. Vor allem bei Innovationen ergibt sich die Schwierigkeit, dass Methoden aus der klinischen Forschung in den realen Versorgungsalltag integriert werden müssen. Für eine gelungene Umsetzung müssen daher bestimmte Schritte befolgt werden, wie z.B. fortlaufende Schulungen über das neue Verfahren, Analysen der bestehenden Organisationsstrukturen und Verhaltensmuster, sowie ein begleitendes Monitoring, um neue Vorgehensweisen zu finden bzw. zu verfestigen (siehe Selbmann and Kopp, 2005).

Für die Leistungserbringer als auch die Krankenkasse stellt diese Vorgehensweise jedoch eine enorme organisatorische und zeitliche Herausforderung dar, da dies parallel zum jeweiligen Tagesgeschäft umgesetzt werden muss. Daher erschien es sinnvoll eine Managementgesellschaft in das Modellvorhaben einzubeziehen. Externe Managementgesellschaften sind auf die Unterstützung der Vertragspartner spezialisiert und können Aufgaben des Projektmanagements wie Besuche vor Ort, Erstellung der Unterlagen / Verträge, Ermittlung des Status quo, Erstellung von Projektplänen und Monitoring der Behandlungsmethoden übernehmen. In etwaigen

Konflikten kann die Managementgesellschaft zudem als Vermittler auftreten.

Für dieses Projekt wurde die Libertamed GmbH vom MVZ Hochfranken beauftragt, das Modellvorhaben zur Kapselendoskopie in der Darmkrebsfrüherkennung der AOK Bayern zu organisieren. Auswahlkriterien waren vorhandenes Fachwissen, personelle und zeitliche Ressourcen als auch ein externer kritischer Blick.

Erste Managementaufgaben vor Beginn des Modellvorhabens waren z.B. die Koordination von Leistungserbringern, Krankenkasse und Hersteller und die Definition der jeweiligen Aufgaben. Die Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringer und der AOK Bayern wurde intensiv unterstützt. In der ersten Phase der Implementierung wurden die Arbeitsabläufe und organisatorischen Gegebenheiten der MVZ analysiert. Im gemeinsamen Austausch wurde ein Behandlungspfad für die Kapselendoskopie sowie Informationsmaterialien für Ärzte und Patienten erstellt.

Zudem übernahm die Managementgesellschaft die Aufgaben des fortlaufenden Monitorings. Eine standardisierte und elektronische Dokumentation ermöglicht es, die Behandlungsabläufe und Untersuchungsergebnisse der MVZ zu analysieren und gegebenenfalls in Absprache mit allen Projektbeteiligten zeitnah gegenzusteuern. Die Dokumentationsbögen für alle Kapselendoskopie-Untersuchungen wurden mit der Firma pde med GmbH entwickelt. Auf Basis der erhobenen Daten können Analysen und regelmäßige Berichte erstellt werden, die in Projekttreffen mit allen Beteiligten diskutiert werden. Verbesserungspotenziale im Versorgungsablauf werden so zeitnah entdeckt und können entsprechend in den beteiligten Zentren umgesetzt werden. Die Daten werden ebenfalls für die (gesetzlich vorgeschriebene) Evaluation des Projekts und somit für die Versorgungsforschung verwertet.

Herausforderungen der Implementierung im Praxisalltag

Im Fall des Modellvorhabens zur Kapsel-

endoskopie mussten besonders anfängliche Hürden überwunden werden. Zum einen war eine latente Skepsis seitens anderer Krankenkassen und einem Großteil der betroffenen Fachärzteschaft gegenüber der neuen Methode zu verspüren, die allein auf die Koloskopie als Goldstandard in der Darmkrebsprävention vertrauten. Zum anderen stellte die Einführung dieser neuen Methode auch für die AOK Bayern eine interne Herausforderung dar, bezüglich der Überzeugungsarbeit als auch der verwaltungstechnischen Hürden, wie Satzungsänderungen und Genehmigungen durch die Aufsichtsbehörden. Darüber hinaus mussten die organisatorischen Rahmenbedingungen der teilnehmenden MVZ analysiert und für das Projekt umstrukturiert werden. So wurde unter anderem die umfassende Aufklärung und Betreuung der Patienten in den Behandlungsalltag integriert. Der erhebliche zeitliche Mehraufwand der MVZ erhöhte jedoch gleichzeitig die Patientenzufriedenheit noch einmal deutlich.

Das Angebot einer Tandemprozedur, eine erforderliche Koloskopie wird dem Patienten direkt nach der Kapselendoskopie im Falle von auffälligen Befunden angeboten, stellte eine organisatorische und fachärztliche Herausforderung dar. Hierfür wurde vorab ein standardisierter Behandlungspfad erstellt, welcher die Vorbereitung der Untersuchung, die Steuerung der Untersuchungsdauer sowie das Vorgehen bei einer möglichen Tandemprozedur beschreibt. Dies erlaubt zudem eine Vergleichbarkeit der durchgeführten Untersuchungen sowie eine Skalierung auf weitere Zentren, wie das MVZ Dorfen, das erst zu einem späteren Zeitpunkt ins Modellprojekt eingestiegen ist.

Neben dem Behandlungspfad wurden im Team Qualitätsindikatoren gemeinsam festgelegt, die auch für die externe Evaluation des Modellvorhabens herangezogen werden. Diese beziehen sich auf personelle Ressourcen (Facharztstatus, Mindestfallzahl, Schulungen), materielle Anforderungen (CE-Kennzeichnung, technische Mindestvoraussetzungen), medizinische Standards (Einhaltung von Leitlinien, Vollständigkeit der Untersuchung), patientenorientierte Prozesse (Einverständniserklärung, Fragebogen, Aufklärung) sowie eine elektronische Dokumentation zur Erfassung der Behandlungsdaten. In diesem Rahmen wurden vorab Schulungen zur Kapselendoskopie für Ärzte und das Assistenzpersonal von Experten durchgeführt, da die Auswertung der Kapselvideos Erfahrung erfordert. Während des laufenden Modellvorhabens findet zudem ein kontinuierlicher Er-

Literatur

- Altenhofen, L., & Kretschmann, J. (2013). Schätzungen zur Teilnahme an der Darmkrebsfrüherkennung. Retrieved 12.06.2015, from Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland http://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/DK_Teilnahme_Deutschland_2013.pdf
- Basu, S., & Hassenplug, J. C. (2012). Patient Access to Medical Devices – A Comparison of U.S. and European Review Processes. *New England Journal of Medicine*, 367(6), 485-488.
- Selbmann, H.-K., & Kopp, I. B. (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie*, 2, 33-38.
- von Bandemer, S., Merkel, S., & Nimako-Doffour, A. (2013). Innovationen in der Gesundheitswirtschaft: Blockaden bei der Umsetzung? *Institut Arbeit und Technik: Geschäftsbericht 2012/2013* (pp. 22-28). Gelsenkirchen.

fahrungsaustausch zwischen den Ärzten der MVZ in Hof und Dorfen statt, um u.a. schwierige Videos gemeinsam auszuwerten.

Trotz guter Vorbereitung wurden während der anfänglichen Implementierungsphase immer wieder Anpassungen notwendig: die Darmvorbereitung wurde nach den ersten Analysen angepasst, da die Untersuchungsdauer mehrmals zu lang war. Unter anderem wurde die Boostergabe, die die Dauer der Kapseluntersuchung beschleunigt, stetig verbessert, um eine optimale Passagezeit bei einer geringen Belastung für den Patienten zu ermöglichen. Insbesondere durch das MVZ Hochfranken konnte ein Prozess zur Umsetzung der Tandemmethode definiert und optimiert werden, der den Anforderungen des Praxisalltags gerecht wird. Die Effektivität der veränderten Maßnahmen konnte durch die regelmäßigen Zwischenauswertungen überprüft und in den quartalsweise stattfindenden Projektmeetings mit den Ärzten, der Krankenkasse, dem Kapselhersteller und der Managementgesellschaft erörtert werden.

Fazit

Besondere Versorgungsformen wie Selektivverträge oder Modellvorhaben bieten neben dem Erprobungsverfahren des G-BA eine alternative Möglichkeit, um Produktinnovationen in den Versorgungsalltag zu implementieren. Allerdings müssen hierbei hohe bürokratische Hürden genommen werden. Ein intensiv begleitetes Monitoring ist notwendig, um das Verfahren an die gegebenen Praxisumstände anzupassen und die gewonnenen Erfahrungen bei einer zukünftigen regionalen bzw. flächendeckenden Ausweitung als Benchmark zu nutzen. <<

von:

Marwan Khoury, Christian Zillinger, Pavel Pekarek, Jochen Türck, Laura Bredow, Anna Sollacher, Sonja Froschauer, Axel Munte*

Weitere Informationen zum Modellvorhaben der Kapseluntersuchung finden Sie unter:
www.darmkapsel.de

Mitralklappen im Visier

>> Das AQUA-Institut entwickelt für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Qualitätssicherungsverfahren bei Eingriffen an der Mitralklappe. Der Auftrag hierzu wurde in der G-BA-Sitzung im Januar beschlossen. Im Fokus der Qualitätssicherung (QS) stehen erwachsene Patienten mit einer erworbenen Mitralklappenerkrankung. Bei der Entwicklung sollen die offen-chirurgischen, die minimal-invasiven und die interventionellen Leistungen berücksichtigt werden.

Bis zum Jahr 2003 bestand hierzu bereits eine Dokumentationspflicht im Rahmen der

gesetzlichen QS. Die damalige Aussetzung wurde damit begründet, dass eine flächendeckend stabile Versorgungssituation bestand. Vor dem Hintergrund neuer und interventioneller Behandlungsverfahren hat sich die Situation in den letzten Jahren erheblich verändert, wobei insbesondere ein Anstieg der Leistungszahlen bei interventionellen Verfahren zu verzeichnen ist.

Im Rahmen des Auftrags sollen die Möglichkeiten abgeklärt werden, inwieweit die Qualität über die Sozialdaten bei den Krankenkassen abgebildet werden kann. <<

England: 20-prozentige Steuer auf stark zuckerhaltige Getränke gefordert

>> Die britische Ärztesgesellschaft British Medical Association (BMA) fordert staatliche Maßnahmen im Kampf gegen Übergewicht und damit einhergehende Krankheiten. Um Kinder und Jugendliche vor ungesunder Ernährungsweise zu schützen, plädiert die BMA in ihrem aktuellen Gesundheitsbericht unter anderem für eine zwanzigprozentige Steuer auf stark zuckerhaltige Getränke. Gleichzeitig sollten gesunde Produkte wie Obst und Gemüse vergünstigt werden. Zudem sei ein Verbot von Lebensmittelwerbung notwendig, die sich an Kinder richtet.

Ungesunde Ernährung verursacht in Großbritannien jährlich 70.000 vorzeitige Todesfälle und belastet das Gesundheitssystem jedes Jahr mit Kosten von sechs Milliarden Pfund, heißt es in dem kürzlich veröffentlichten BMA-Bericht. Die Kosten für die Folgen von Übergewicht übersteigen damit im Vereinigten Königreich die Ausgaben für die Bekämpfung von Alkoholmissbrauch, Rauchen oder körperlicher Inaktivität.

Das Übergewicht betreffe insbesondere Kinder und Jugendliche, wie Prof. Sheila the Baroness Hollins im Vorwort zum BMA-Bericht unterstreicht. Um gegenzusteuern, empfehlen die Autoren ein Bündel an Maßnahmen. Besonders wirkungsvoll sei eine Steuer auf stark zuckerhaltige Getränke, die mindestens zwanzig Prozent des Verkaufspreises betragen sollte. „Wir schätzen, dass eine solche Steuer in Großbritannien 180.000 Menschen vor Übergewicht bewahren würde“, schreibt Hollins. „Die Erfahrungen anderer Ländern mit Steuern auf ungesunde Lebensmittel und Getränke belegen positive gesundheitliche Effekte.“

Darüber hinaus raten die Autoren zu einem Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder und Jugendliche richtet. Eine

transparente und verständliche Lebensmittelkennzeichnung sei ebenfalls erforderlich – entweder über eine Ampel-System oder eindeutige Beschreibungen wie „niedrig“, „mittel“ und „hoch“.

Zur Umsetzung der Maßnahmen sprechen sich die Autoren für ein stufenweises Vorgehen aus: Bis 2017 – so die Empfehlung – solle systematisch der Salzgehalt in Produkten reduziert, bis 2020 schließlich landesweit Ziele zur Reduktion von Kalorien, Fett und Zucker erreicht werden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), die sich seit längerem für diese Maßnahmen einsetzt, begrüßt die Forderungen der Ärzteorganisation BMA nachdrücklich. „Wir sehen darin eine weitere gewichtige Stimme derer, die sich für eine längst überfällige Verhältnisprävention stark machen“, erklärt Dr. Dietrich Garlichs, Geschäftsführer der DDG, dessen Gesellschaft sich seit längerem für genau diese Maßnahmen einsetzt. „In der internationalen Diskussion ist es unstrittig, dass eine Reduzierung des zu hohen Konsums von Zucker, aber auch von Fett und Salz dringend erforderlich ist, um den Tsunami chronischer Erkrankungen zu stoppen“, erklärt Garlichs weiter, der zugleich Sprecher der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) ist. Dieser Zusammenschluss von 17 medizinischen Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen hatte entsprechende Forderungen in einem Strategiepapier vor kurzem ebenfalls gefordert. Nach Ansicht der DANK-Experten spielt zudem frühe Prävention in Kindergarten und Schule eine zentrale Rolle. „Wichtig wären jeden Tag eine Stunde Sport, verbindliche Qualitätsstandards beim Schulesse und kostenlose Wasserspender, um den Konsum zuckerhaltiger Softdrinks zu verringern“, so Garlichs. <<

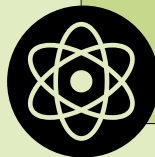


Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

14. Kongress | 07. - 09.10.2015 | Urania - Berlin

Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?

Wissenschaft / Forschung



Versorgungspraxis



Gesundheitspolitik



Plenarsitzungen:

- Systeminnovationen - Die Patientenversorgung der Zukunft gestalten
- Blickwinkel Systeminnovation – die gesetzliche Qualitätssicherung
- Bedarfsgerechtigkeit und Bedarfsplanung - aber wie?
- Podiumsdiskussion zum Innovationsfonds

**vollständiges Programm
auf www.dkvf2015.de**



Jetzt anmelden, bis 31.08.2015
Frühbuecherkonditionen nutzen.



Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Kommentar



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieser Newsletter steht ganz im Zeichen des 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, der vom 7. bis 9. Oktober 2015 in Berlin in der Urania stattfindet. Das Programm ist bis auf wenige Lücken fertiggestellt. Durch die Unterstützung der 44-köpfigen Programmkommission ist ein aus unserer Sicht sehr attraktives Kongressprogramm entstanden. Siehe dazu auch nebenstehende Erläuterungen und Kongress-homepage <http://dkvf2015.de/>

Zwei wissenschaftliche Sitzungen werden sich dem Thema „eHealth und Tele-/Internetmedizin“ widmen. Am Ende des Kongresses findet zusätzlich ein Bürgerdialog Gesundheit statt, bei denen Gesundheits-Apps im Fokus stehen. Melden Sie sich frühzeitig an! (Frühbücher mit deutlich reduzierten Registrierungsgebühren bis 30.08.2015).

Natürlich wird der Innovationsfonds einen breiten Raum auf dem Kongress einnehmen und ich freue mich Ihnen mitteilen zu können, dass es gelungen ist die Ergebnisse der Delphi Studie zur Priorisierung und Konsentierung von Begutachtungs-, Förder- und Evaluationskriterien für Projekte aus dem Innovationsfonds in einer Langform in „Das Gesundheitswesen“ (Gesundheitswesen 2015; 77: 1–10, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1555898>) und einer Kurzform im Deutschen Ärzteblatt (Ausgabe 08/2015) zu veröffentlichen.

Auf dem diesjährigen Kongress wird es erstmals einen Marktplatz als offene Plattform zwischen Anbietern, Dienstleistern, Forschern und Forschungsförderer geben. Für den Kongress haben sich bereits zahlreiche Mitgliedsinstitute/-organisationen, Förderwie auch korrespondierende Mitglieder gemeldet, die das Angebot des Marktplatzes annehmen. Es dürfen noch mehr werden.

Transparenz schafft Vertrauen. Das DNVF hat daher die Schirmherrschaft für die Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland www.versorgungsforschung-deutschland.de übernommen.

Und last but not least veranstalten wir am Mittwoch, den 16.09.2015, von 16-18 Uhr in Berlin einen DNVF-Info-Tag.

Ihr Edmund A. M. Neugebauer
- Vorsitzender des DNVF e.V.

14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, vom 07.-09.10.2015

Systeminnovationen für eine bessere Gesundheit!?

Im Namen des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. möchte ich Sie schon heute ganz herzlich zum Kongress nach Berlin einladen. Bitte schauen Sie sich das vorläufige Kongressprogramm unter <http://dkvf2015.de/> an. Ich kann mir keine spannendere Zeit als jetzt für die Versorgungsforschung vorstellen. Eine Vielzahl neuer Gesetze für unser Gesundheitswesen sind von der Bundesregierung als Systeminnovationen auf den Weg gebracht worden. Diese werden das Gesundheitssystem mit der Hoffnung auf eine bessere Versorgung stark beeinflussen (deshalb das ?! im Kongressmotto) Wie, das wollen wir persönlich vom **Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, in der Eröffnungsplenarsitzung** am Mittwoch den 7.10.2015 erfahren und mit ihm diskutieren.

>> Unter Mitarbeit einer 44-köpfigen Programmkommission aus allen Versorgungsforschungsbereichen ist es uns gelungen, die aktuellen Brennpunkte der Gesundheitspolitik und -förderung ebenso abzubilden, wie die auf Langfristigkeit angelegten Themen zur Qualität der Versorgung und zur Patientenzentrierung unseres Gesundheitssystems. An freien Beiträgen wurden neben den Plenar- und parallelen Symposien 275 Abstracts eingereicht. Wir haben uns über die große Resonanz sehr gefreut. Die begutachteten Beiträge mit aktuellen Forschungsergebnissen wurden, wenn angezeigt, bei den Themen der wissenschaftlichen Symposien als Kurzvorträge oder in den insgesamt 12 geführten Postersitzungen berücksichtigt.

Was erwartet Sie in den 5 Parallelsitzungen neben den insgesamt 4 Plenarsitzungen, den Lunchsitzungen der Förderer, den Präsentationen auf dem Marktplatz und den Postersitzungen? Hier einige der Themen:

In den **Plenarsitzungen am Donnerstag** werden wir uns am Vormittag dem Rückblick, den Perspektive und Chancen der gesetzlichen Qualitätssicherung für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens widmen und auch die Frage versuchen zu beantworten, welche Anforderungen aus wissenschaftlicher Sicht an die gesetzliche QS gestellt werden müssen und wie Patientenbefragungen eingebunden werden sollten. Am Nachmittag geht es um die Bedarfsplanung – ein schwieriges Thema. Gegenstand der Sitzung ist eine kurze Be-

standsaufnahme möglicher Reformansätze sowie eine Podiumsdiskussion über die Relevanz für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sowie der Versorgungssteuerung. Die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ steht hierbei im Vordergrund. Das Podium ist hochrangig besetzt und mit Herrn Prof. Gerlach ist auch die Perspektive des SVR im Gesundheitswesen vertreten.

Für die **Plenarsitzung am Freitag** ist eine Podiumsdiskussion zum Innovationsfond vorgesehen. Natürlich geht es in Fortsetzung unseres 3. Forums Versorgungsforschung um die ersten prioritären Themen, die gefördert werden sollen, um die Zusammenarbeit der neuen Strukturen – Innovationsausschuss, Geschäftsstelle, Expertenbeirat – und die Frage, wie Transparenz und Nachhaltigkeit des Innovationsfonds gesichert werden können. Wir planen dies mit Mitgliedern des Innovationsausschusses zu diskutieren, der bis dahin gegründet sein sollte.

Die insgesamt **45 Symposiumsthemen** in 5 Strängen sind grob in die Kategorien Systeminnovationen, Bedarfsforschung, Berufsgruppen, Methoden in der Versorgungsforschung, Patientenzentrierung und freie Themen eingeteilt und im Programm jeweils farbig markiert. Hier eine kleine Auswahl:

Systeminnovationen: Strukturen und Konzepte

- Ambulantisierung der Versorgung – Darstellung und Abgrenzung des ambulanten Po-

Termine

02.-05.09.15, München:

111. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e. V.

>> <http://www.dgkj2015.de/>

06.-09.09.15, Krefeld

60. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)

>> <http://www.gmds.de/tagungen/2015/index.php>

16.-19.09.15, Münster

31. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

>> <http://dgg-jahreskongress.de/>

16.09.2015, Berlin

DNVF-Info-Tag 2015 „Nutzen der Versorgungsforschung für die Politik, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft“

>> <http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?page=dnvf-info-tag-2015>

17.-19.09.15, Bozen, Südtirol

49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Leitthema: Bedeutung der Allgemeinmedizin: für Patient, Familie und Gesellschaft

>> <http://www.degam2015.de/>

23.-25.09.15, Regensburg

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin & Prävention (DGSMP) und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS)

>> <http://www.regensburg2015.de/>

23.-26.09.15, Düsseldorf

88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

>> <http://www.dgnkongress.org/>

26.-29.09.15, Freiburg

44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)

>> <http://www.dga-gefaessmedizin.de/veranstaltungen/dga-jahrestagung-2015.html>

29.09.15, Berlin

Patientenorientierte Versorgungsforschung / Medizinkongress der BARMER GEK und der Uni Bremen

>> http://www.zes.uni-bremen.de/abteilungen/gesundheitssoekonomie-gesundheitspolitik-und-versorgungsforschung/gazesse/2014_02/10-medizinkongress/?print=1

30.09.-02.10.15, Potsdam

10. Jahrestagung der Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi)

>> <http://www.dgepi2015.de/>

tenzials mit Routinedaten

- Neue Versorgungskonzepte zur Unterstützung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements
- Nutzen telefonbasierter Ansätze zur Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Systeminnovationen in der Versorgung psychisch Kranker
- Bedarfsforschung: -Planung, -Gerechtigkeit, -Konzepte
- Überdiagnostik und -therapie in der Versorgung
- Soziale Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Brauchen wir medizinische Geografie, um die medizinische Versorgung in Deutschland zu verbessern?
- Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Berufsgruppen

- Forschungs- und Innovationspotenziale in den Gesundheitsfachberufen
- Behandlungsführung in der Medizin: Vom Arzt zur multiprofessionellen Gruppe
- Versorgungsforschung - Ein Thema für die Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaft

Methoden in der Versorgungsforschung

- Wie lassen sich vorhandene Datenkörper für die Versorgungsforschung nutzen?
- Methodenmemorandum zur Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung
- Schwer krank!? Differenzierung des Schweregrads von Krankheiten durch Routinedaten
- Bundesweiter Aufbau klinischer Krebsre-

gister in Deutschland: Daten auch für die Versorgungsforschung?

- Qualitätsmessung durch Core Outcome Sets. Anforderungen und Umsetzungsmöglichkeiten
- Neue Trends in der gesundheitsökonomischen Forschung

Patientenzentrierung

- Fokus Qualität – Der Patient als Koproduzent seiner Gesundheit
- Hört auf den Patienten! – Partizipative Versorgungsforschung
- Nutzung von Gesundheitsleistungen aus der Sicht der Bevölkerung
- Die Förderung von Gesundheitskompetenz

Freie Themen

In der Nachwuchssitzung am Mittwochnachmittag planen wir eine Bestandsaufnahme zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses in der Versorgungsforschung und wir wollen in einer übergreifenden mit dem KKS-Netzwerk organisierten Sitzung das Thema „Versorgungsforschung und klinische Forschung: Synergien und Alleinstellungsmerkmale“ diskutieren.

Wie Sie aus dieser kleinen Auswahl von Themen ersehen mögen, ist der DKVF die Plattform für den Dialog zwischen Versorgungsforschung, Versorgungspraxis und Politik und adressiert gleichermaßen an Forscher, Entscheider und Umsetzer im Bereich der Gesundheitsversorgung.

Diesen zentralen Kongress sollten Sie keinesfalls versäumen. Ich freue mich Sie Anfang Oktober in Berlin begrüßen zu dürfen. <<

Ihr Edmund A. M. Neugebauer
- Kongresspräsident DKVF 2015

DNVF-Info-Tag 2015

Mittwoch, den 16.09.2015, von 16-18 Uhr in Berlin: Nutzen der Versorgungsforschung für die Politik, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft

16.00 – 16.10 Uhr	Begrüßung durch den DNVF-Vorstand <i>Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer</i>
16.10 – 16.40 Uhr	Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. <i>Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer</i>
16.40 – 17.00 Uhr	Nutzen der Versorgungsforschung für Politik, Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft <i>PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke</i>
17.00 – 17.20 Uhr	Warum Mitglied im DNVF werden? Anreize für eine (Förder-)Mitgliedschaft <i>Dr. Johannes Knollmeyer (Sanofi-Aventis Deutschland GmbH)</i> <i>Ulrike Knirsch (Roche Pharma AG)</i>
17.20 – 18.00 Uhr	Fragen und Diskussion mit den Referenten und dem DNVF-Vorstand

Ort: dbb forum berlin, Friedrichstraße 169/170, 10117 Berlin. Teilnahme: kostenfrei.

Aus organisatorischen Gründen wird um Anmeldung gebeten: www.dnvf.de

14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung

Datenanbieter, Versorgungsforscher und neue Studiengänge präsentieren sich auf dem Marktplatz

Vor dem Hintergrund des verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes und dem dort geschaffenen Innovationsfonds wächst das Interesse Anbieter und Kooperationspartner im Feld der Versorgungsforschung kennenzulernen und mehr über vorhandene Datenquellen, sowie deren Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten zu erfahren. Vor diesem Hintergrund wurde für den 14. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung das Konzept des Marktplatzes entwickelt. Der Marktplatz bietet Ausstellungsflächen, die durch ein Vortragsforum ergänzt werden.

>> Neben einigen Wissenschaftlichen Instituten, Verbänden und Universitäten (z.B. AQUA-Institut, ZVFK Köln, chrc Hamburg, WINHO), die sich oder die von ihnen neu entwickelten Studiengänge auf dem Marktplatz präsentieren, werden Datenanbieter, d.h. Institutionen die Daten für die Versorgungsforschung zur Verfügung stellen können, in Berlin sein.

Die Kongressteilnehmer als potentielle Datenverwerter können vor Ort alle Fragen zum Datenbestand und den Nutzungsmög-

lichkeiten klären, z.B. beim DIMDI, dem Institut für Community Medicine (DFG-Projekt MOSAIC), der Insight Health GmbH, dem InVO – Institut für Versorgungsforschung in der Onkologie GbR und der Geschäftsstelle der Nationalen Kohorte. (Weitere Anfragen für den Marktplatz laufen, z.B. IMS Health GmbH, Infratest, Robert-Koch-Institut, statistisches Bundesamt und ZI – Zentralinstitut für kasernenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland).

Im Rahmen des Vortragsforums „Datenan-

bieter“ werden sich die Institutionen und Organisationen unter Moderation von Herrn Prof. Dr. Falk Hoffman (Oldenburg) zusätzlich präsentieren. Das DNVF möchte den Marktplatz als offene Plattform zwischen Anbietern, Dienstleistern, Forschern und Forschungsförderer ausbauen und freut sich, dass zahlreiche Mitgliedsinstitute/-organisationen, Förder- wie auch korrespondierende Mitglieder (z.B. auch Janssen-Cilag, die Techniker Krankenkasse und die TMF e.V.) das Angebot des Marktplatzes annehmen. <<

eHealth und Gesundheits-Apps Thema des Kongressprogramms und des Bürgerdialogs Gesundheit

Die Entwicklung im Bereich der Telemedizin/eHealth schreitet immer schneller voran und wird durch das eHealth-Gesetz eine weitere Dynamik erfahren. Zeit, die Rahmenbedingungen, Entwicklungen und die Evaluation der Anwendung von elektronischen Medien im Gesundheits- und Versorgungsbereich ins Blickfeld des Versorgungsforschungskongress zu rücken. Am dritten Kongresstag (Freitag, den 09.10.15) werden sich zwei wissenschaftliche Sitzungen dem Thema „eHealth und Tele-/Internetmedizin“ widmen und es findet ein Bürgerdialog Gesundheit statt, bei denen Gesundheits-Apps im Fokus stehen.

>> In der Sitzung „eHealth-Konzepte in der regionalen Versorgung“ werden Telemedizinkonzepte der Intensivmedizin (Marx, Aachen), Telemedizinische innovative Versorgungstrategie in einem Universitätsklinikum (Juhra, Münster), Telemedizin in der regionalen Versorgung (van den Berg, Greifswald) sowie Fragen der IT Infrastruktur für eHealth und Telemedizin (Böger, Cottbus) und die Frage der Übernahme in die Regelversorgung (Schenkel, Berlin) diskutiert. Der von Herrn Prof. Hoffmann (Greifswald) und Herrn Dr. Schenkel (Berlin) moderierten Sitzung folgt am Nachmittag eine zweite Sitzung zum Thema „Internetmedizin und Versorgungsforschung“.

Nach einer Einführung werden in der von Herrn Dr. Müschenich (Berlin) moderierten Sitzung folgende Themen beleuchtet: Patienten im Internet, globaler Forschungsstand und Status Quo in Deutschland (Schachinger, Ber-

lin), eHealth in der Diabetologie (Krey, Potsdam), Entwicklungen von der Apple Watch bis zum Fitness-Armband (Belusa, Berlin).

Am Freitagnachmittag steht der Dialog mit den Bürgerinnen und Bürger zum Thema „Gesundheits-Apps – Chancen, Risiken und offene Fragen“ im Mittelpunkt. In Zusammenarbeit mit dem Verbraucherzentrale Bundes-

verband (VZBV) e.V. wurde das Programm für die Veranstaltung geplant, bei der sowohl die Sicht der Bürgerinnen und Bürger, als auch der Ärzteschaft, der Krankenkassen und der Gesundheitsbranche dargestellt wird. Der Bürgerdialog Gesundheit wird von 15.30-18.00 Uhr in der Urania Berlin stattfinden. Die Teilnahme ist kostenfrei. <<

Preconference-Seminare (PCS) am 07.10.2015, von 9-13 Uhr in der Urania Berlin

PCS 1: Qualitative Versorgungsforschung - eine Einladung zum Entdecken ihrer Grundgedanken und Potenziale

PCS 2: Einsatz und Betrieb von Registern

PCS 3: Peer Support Workshop „Projektmanagement und Fallstricke in Versorgungsforschungsstudien“

PCS 4: Was ist und was kann Versorgungsforschung? – Eine Einführung in die Versorgungsforschung für Akteure im Bereich der Gesundheitspolitik

Mehr Informationen zu den Seminarinhalten sowie die Online-Anmeldung finden Sie auf der Kongresshomepage: www.dkvf2015.de

Projektdatenbank Versorgungsforschung Deutschland jetzt unter der Schirmherrschaft des DNVF

Deutschland braucht ein Studienregister für Versorgungsforschungsstudien. Die Projektdatenbank (www.versorgungsforschung-deutschland.de) ist ein kostenfreies, öffentlich zugängliches Online-Register für deutschlandweite wissenschaftliche Projekte zur Gesundheits- und Krankenversorgung. Das Register trägt zur Transparenz über laufende und abgeschlossene Projekte sowie deren Forschungsergebnisse bei.

>> Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF) als Plattform für die Versorgungsforschung in Deutschland setzt sich für Transparenz, Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgungsforschung ein. Vor diesem Hintergrund hat das DNVF 2015 die Schirmherrschaft mit dem Ziel übernommen, deren Ausbau und Weiterentwicklung aktiv zu unterstützen. Die Entwicklung der Datenbank geht auf die Zusammenarbeit zwischen der TK (WINEG) und dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissen-

chaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln IMVR zurück.

Nutzen Sie das Portal:

- um die breite Öffentlichkeit über Ihre Forschungsprojekte von Projektbeginn an zu informieren.
- zur Recherche nach laufenden und abgeschlossenen Projekten zu Forschungsthemen und Evaluationen von Modellprojekten, die Sie interessieren.
- um Ansprechpartner zu Forschungsthemen bzw. Kooperationspartner für Ihre Projektideen zu finden.



- um sich mit anderen Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforschern über Studiendesigns und Methoden auszutauschen.

Die Projektdatenbank ist die einzige bundesweite Datenbank, die alle Bereiche der Versorgungsforschung im Blick hat. Mehr als 500 Projekte universitärer und nicht-universitärer Einrichtungen wurden bereits in der Datenbank registriert. Die Datenbank kann sich in der Zukunft als wichtiges strategisches Instrument zur Stärkung und Förderung der Versorgungsforschung in Deutschland natürlich auch für die Projekte des Innovationsfonds entwickeln. <<

Nachgefragt: Die Gründe für die Fördermitgliedschaft der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH im DNVF e.V.

Sanofi fördert das Netzwerk und engagiert sich, weil die Versorgungsforschung als eine aufstrebende Säule das klassische Forschungsportfolio aus Grundlagenforschung und klinischer Forschung sinnvoll ergänzt. Im Netzwerk stehen wir im Dialog mit Experten aus vielen Fachrichtungen. Die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität ist einzigartig. Zudem erhalten unsere Mitarbeiter hochwertige Weiterbildungsangebote. Die Forumsveranstaltungen behandeln relevante Themen und ermöglichen den multidisziplinären Austausch. Versorgungsforschung wird künftig weiter gestärkt durch die Förderung durch das BMBF und auch der Innovationsfonds wird weitere Dynamik verleihen. Das sind gute Gründe für eine Fördermitgliedschaft im Netzwerk.



Dr. Johannes Knollmeyer,
Direktor Gesundheitspolitik Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Aktuelle Zahlen, Aktivitäten und Termine

>> **Neue Mitglieder:** Anfang Juni wurden die Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), in die Sektion 1 „Fachgesellschaften“; das Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität zu Lübeck, in die Sektion 2 „Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbände“; die COVIDIEN Deutschland GmbH als neues Fördermitglied sowie ein neues persönliches Mitglieder aufgenommen.

>> **Wilfried-Lorenz-Versorgungsforschungspreis 2015:** Auf Anregung der DNVF-Arbeitsgruppe Nachwuchsförderung haben der Vorstand und die 17. Mitgliederversammlung im November 2014 die Auslobung eines Preises für Versorgungsforschung beschlossen, der in Gedenken an das verstorbene Ehrenmitglied, Herrn Prof. Dr. Wilfried Lorenz, dessen Namen trägt. Der Preis dient der Weiterentwicklung der Versorgungsforschung in Deutschland und der Förderung des wissenschaftlichen

Nachwuchses und wurde Anfang des Jahres erstmalig ausgelobt. Eine neun-köpfige Jury unter der Leitung von Frau PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Stellv. Vorsitzende des DNVF) hat in einem mehrstufigen Gutachterverfahren unter den 16 eingereichten Bewerbungen die/den Preisträger/innen ausgewählt. Der/die Preisträger/In(nen) werden den mit 2.500 Euro dotierten Preis bei der Eröffnungsveranstaltung des 14. DKVF am 07.10.2015 persönlich entgegen nehmen.

>> **DNVF-Spring-School 2016:** Der Termin für die DNVF-Spring-School im kommenden Jahr steht fest. Sie findet am 05.-07.04.2016 im Gustav Stresemann Institut in Bonn statt. Weitere Informationen stehen online ab September/Oktobre auf www.dnvf.de bereit.

>> **DFG-Fachkollegienwahl 2015:** Das DNVF e.V. hat 2014 bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ein Vorschlags-

recht für das Fach 205-02 „Public Health, medizinische Versorgungsforschung, Sozialmedizin“ erworben und für die Fachkollegienwahl 2015 Herrn Prof. Holger Pfaff als ehemaligen Vorsitzenden des Netzwerks vorgeschlagen. In der vom Senat verabschiedeten Liste der Kandidierenden wurde Herr Prof. Holger Pfaff aufgenommen. Die Liste wurde Ende Juni von der DFG veröffentlicht. Weitere Informationen zur Fachkollegienwahl 2015, die entsprechend dem vierjährigen Wahlturnus Ende des Jahres (vom 26.10-23.11.2015) stattfindet, sind auf www.dfg.de einsehbar. <<

DNVF
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
(DNVF) e.V. - Geschäftsstelle c/o IMVR
Eupener Str. 129 - 50933 Köln
Tel. 0221-478-97115
Fax 0221-478-1497111

Prof. Dr. Franz Porzsolt
 Dr. Stephan Paschke
 Prof. Dr. Heinz Naegler
 Prof. Dr. Hans-Peter Bruch

Die Finanzierung eines gesundheitlichen Mehrwerts setzt die Unterscheidung von Qualität und Nutzen voraus

Qualität und Nutzen sind auch im Gesundheitssystem häufig verwendete Begriffe, mit welchen wir betonen, dass nennenswerte Ressourcen aufgewandt werden, um eine optimale „Versorgungsqualität“ zu gewährleisten und „Nutzen“ für die Betroffenen zu stiften. Beispiele sind der Anteil ärztlicher Arbeitskraft (ca. 20%), der für Qualitätssicherung gebunden wird und die Ausgaben, die im Rahmen der Zulassung von Arzneimitteln für die Erstellung von Nutzen-Dossiers entstehen (ca. 1 Million Euro/Dossier). Qualität und Nutzen werden demnach als unterschiedliche Dimensionen eines gesundheitlichen Mehrwerts verwendet, wobei Qualität eine notwendige Voraussetzung sein könnte, um Nutzen zu stiften, aber Nutzen nicht notwendigerweise eine Voraussetzung für Qualität ist. Die zunehmende Verknappung von Ressourcen in den Gesundheitssystemen erfordert nicht nur die kritische Analyse neu hinzukommender, sondern auch die Rechtfertigung bestehender Ausgaben. Die nicht unerheblichen Ausgaben für die Sicherung der Qualität und des Nutzens von Gesundheitsleistungen können nicht mehr als Selbstzweck akzeptiert werden¹. Sie sind zum einen einer „klinisch-ökonomischen“ Analyse zu unterziehen, durch welche der Aufwand und die erzielten Erträge für Patienten und die Gesellschaft miteinander verglichen werden. Zudem eröffnet die differenzierte Analyse von Qualität und Nutzen neue Überlegungen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Um diese Analyse durchführen zu können, ist zunächst zu beschreiben, was unter „Qualität“ und „Nutzen“ im Gesundheitssystem verstanden wird.

>> Während der Nutzen, den ein Individuum empfindet, nicht auch von einem anderen Individuum oder aus Sicht der Gesellschaft gleichermaßen empfunden werden muss, wird gute und schlechte Qualität von Experten weitgehend einheitlich unterschieden.

Experten können unterschiedliche Qualitäten auch ohne direkten Vergleich verschiedener Waren oder Dienstleistungen unterscheiden während Laien diese Unterscheidung häufig nur gelingt, wenn sie die Qualität verschiedener Waren oder Dienstleistungen direkt miteinander vergleichen können.

Die Bewertung des individuellen Nutzens folgt anderen Regeln. Nicht nur Experten, auch Laien können einen hohen oder geringen

Zusammenfassung

Die zunehmende Verknappung von Ressourcen in den Gesundheitssystemen erfordert nicht nur die kritische Analyse neu hinzukommender, sondern auch die Rechtfertigung bestehender Ausgaben. Zur Sicherung der Qualität und des Nutzens werden Ressourcen aufgewandt, die nicht als Selbstzweck akzeptiert werden sollten. Zum einen sind diese Ausgaben in einer „klinisch-ökonomischen“ Analyse mit dem „Mehrwert“ zu vergleichen, der für die Patienten und das System entsteht. Weiterhin öffnet diese differenzierte Darstellung neue Perspektiven zur Kopplung des vertretbaren Aufwands mit dem erzielten gesundheitlichen Mehrwert. Die hier beschriebenen Überlegungen zu Qualität und Nutzen im Gesundheitssystem sind als Einstieg in eine Analyse zu verstehen. Nach Formulierung einer Hypothese werden die Definitionen von Qualität und Nutzen und deren Konstrukte vorgestellt. Die Konstrukte differenzieren zwischen den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität und unterscheiden den individuellen, den gruppenspezifischen und den gesellschaftlichen Nutzen von Gesundheitsleistungen. Als mögliche Konsequenzen lassen sich verschiedene Formen des Nutzens von Gesundheitsleistungen und ein Wechsel von einer leistungsbezogenen zu einer anreizbezogenen Vergütung ableiten. Dazu sind die Versorgungsergebnisse und der erzielte Mehrwert für das Individuum, die Krankheitsgruppe und die Gesellschaft jeweils anhand geeigneter Indikatoren mit spezifischen Methoden zu erfassen und zu adaptieren. Mit diesem Modell wird über die leistungsbezogenen Anreize eine Kopplung des vertretbaren Aufwandes an den gesundheitlichen Mehrwert der Leistungsempfänger erreicht, die von allen Akteuren des Systems in definierten Intervallen angepasst werden kann.

Schlüsselwörter

Qualität, Nutzen, Nutzenbewertung, Mehrwert, Gesundheitsleistungen

individuellen Nutzen, den eine Ware oder Dienstleistung stiftet, alleine anhand ihrer eigenen Erwartungen unterscheiden. Ein direkter Vergleich unterschiedlicher Waren oder Dienstleistungen ist für die Bewertung des individuellen Nutzens nicht erforderlich. Die Bewertung des individuellen Nutzens beruht auf den individuell geprägten Erwartungen, die auf individuellen Erfahrungen oder auf zugänglichen Informationen beruhen.

Qualität und Nutzen sind relative Werte

Beide Konstrukte, Qualität und Nutzen, lassen sich als relative Werte verstehen, weil jeweils das Verhältnis zwischen einem beobachteten und einem erwarteten Ergebnis gebildet wird. Beide Konstrukte werden umso höher eingestuft, je größer das Verhältnis zwischen dem beobachteten und dem erwarteten Ergebnis ist. Im Falle der Qualität wird das beobachtete Ergebnis mit den Erwartungen des Gremiums verglichen, welches die Qualitätskriterien definiert hat. Im Falle des Nutzens wird das beobachtete Ergebnis mit den individuellen Erwartungen jenes Akteurs verglichen, aus dessen Perspektive der Nutzen beurteilt wird²⁻⁴.

Generell kann angenommen werden, dass sich die Erwartungen eines Akteurs jeweils auf das vordringliche Problem beziehen, das aus dessen Sicht bevorzugt zu lösen ist. Ein Patient wird die Einschränkung seiner eigenen Gesundheit als vordringliches Problem definieren. Kaum ein Akteur im Gesundheitssystem wird dem widersprechen, aber dennoch Überlegungen anstellen, die sein spezifisches, professionelles

Definitionen von Qualität und Nutzen

Da die Definition keines der beiden Konstrukte, „Qualität“ und „Nutzen“, einheitlich verwandt wird, beschreiben wir die in unserem Aufsatz verwendete allgemeinen Definitionen.

- Als „**Qualität**“ verstehen wir, in welchem Maße eine Ware oder Dienstleistung den bestehenden Anforderungen entspricht. Die Anforderungen werden von einem Gremium definiert, das dazu beauftragt ist. Der Gültigkeitsbereich der Definition wird von der gesellschaftlichen Bedeutung des Auftraggebers abhängen.
- Als „**Nutzen**“ bezeichnen wir die Fähigkeit einer Ware oder einer Dienstleistung, ein bestehendes Bedürfnis befriedigen zu können. Im Umkehrschluss eignet sich der von einer Gesellschaft akzeptierte Nutzen zur Identifizierung bestehender Bedürfnisse.

Problem, z.B. die ausgeglichene Bilanz seines Unternehmens, lösen. Der Patient möchte die größtmögliche „gefühlte Sicherheit“ für die Lösung seines Gesundheitsproblems gewährleistet wissen. Mögliche Einschränkungen seiner Lebensqualität (intangibile Kosten) werden dabei nicht unbedeutend sein, während die monetären Kosten der Diagnostik und Therapie für den Patienten unbedeutend sind, wenn diese von seiner Versicherung getragen werden. Aus der Sicht anderer Akteure werden die Kosten oder z. B. die Anwendbarkeit einer neuen Technologie einen hohen Stellenwert einnehmen.

Wenn der Nutzen einer Ware oder Dienstleistung nicht bezweifelt wird, wird deren Qualität kaum in Frage zu stellen sein. Andererseits kann aber bei nachgewiesener Qualität noch kein Nutzen postuliert werden. Dieser Hinweis auf die Asymmetrie zwischen Qualität und Nutzen ist kompatibel mit dem höheren Informationsgehalt des Nutzens.

Qualität und Nutzen stellen demnach eigenständige Dimensionen eines Mehrwerts dar, wobei Qualität einer weitgehend objektivierbaren Dimension entspricht, während der Nutzen ein subjektives Konstrukt darstellt. Qualität kann weitgehend einheitlich definiert und von Experten weitgehend einheitlich bewertet werden. Nutzen dagegen entspricht einer Wahrnehmung. Allerdings ist zu beachten, dass relative Werte durch eine Änderung der Erwartungen, d.h. alleine durch Information beeinflusst werden können.

Die beschriebenen Überlegungen können nur der Beginn einer umfassenden Diskussion sein, weil sie auf einer Auswahl persönlich präferierter Aspekte beruhen. Jede nicht zitierte wissenschaftliche Meinung verzerrt die angebotenen Überlegungen, während jede zitierte Meinung den Eindruck der Objektivität erweckt. Um diesen unzutreffenden Eindruck zu vermeiden und an die Unvollständigkeit unserer Überlegungen zu erinnern, haben wir uns bei diesem Kommentar auf ein Minimum an Zitaten beschränkt.

Zusammenfassend kann abgeleitet werden, dass die Kriterien zur Bewertung der Qualität eine geringere Varianz aufweisen als die Kriterien zur Bewertung des Nutzens. Individuelle Aspekte sind bei der Diskussion unterschiedlicher Formen von Nutzen bedeutender als bei der Diskussion von Qualität. Die Bewertungen beider Dimensionen, Qualität und Nutzen, lassen sich aber durch Information beeinflussen.

Die Bedeutung von Information und Erwartungen

Erwartungen werden durch Informationen geprägt. Ein Betroffener, der keine Information über erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten hat, wird diese weder erwarten, noch konkret nachfragen. Andererseits wird aber jeder Betroffene erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten erwarten und nachfragen, wenn auch nur der Hauch einer hoffnungsvollen Information für ihn zugänglich ist. Ob die nachgefragte Behandlungsmöglichkeit letztlich Nutzen stiftet, ist von weiteren Faktoren abhängig.

Da die Menge und die Qualität der frei verfügbaren Information nahezu nicht kontrollierbar ist, wird jede Information erwünschte und unerwünschte Effekte induzieren. Information, die einigen zum Vorteil gereicht bzw. von einem Akteur als Vorteil empfunden wird, kann anderen schaden bzw. von diesen als Nachteil empfunden werden.

Zahlreiche Beispiele aus der Werbung bestätigen, dass Erwartungen, Präferenzen und Bedürfnisse durch Information beeinflusst werden können. Diese Beeinflussbarkeit von Qualität und Nutzen durch Information ist zu berücksichtigen⁵. Wenn Qualität und Nutzen als Grundlagen für weitere Entscheidungen verwendet werden, bestehen Anreize, den Nachweis von Qualität und Nutzen in eine erwünschte Richtung zu beeinflussen. Ergebnisse, die

Zielgruppen			
	Individuelle Patienten	Krankheitsspezifische Gruppe	Gesellschaft
Nutzen	Individueller Nutzen	Gruppenspezifischer Nutzen	Gesellschaftlicher Nutzen
Dimension des Nachweises	Effektivität (spezifisch/unspezifisch)	Krankheitsspezifische Effektivität	Effizienz
Nachweismethode	Orientiert am Versorgungsstandard	Kohorten-Studie	Kosten-Nutzen-Analyse
Entscheidungsrelevanz	Entscheidung zur individuellen Versorgung	Entscheidung zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen	Entscheidung zur Finanzierbarkeit

Tab. 1: Bewertung des Nutzens von Gesundheitsleistungen in verschiedenen Zielgruppen des Gesundheitssystems: Erzielbarer Nutzen, Dimensionen des Nachweises, erforderliche Nachweismethoden und Entscheidungsrelevanz des Nachweises.

auf Meinungen oder anderen schwer verifizierbaren Aussagen beruhen, sind wegen der leichten Beeinflussbarkeit für Entscheidungen nur sehr bedingt brauchbar. Um die Parameter zu benennen, die sich für die Bewertung von Qualität und Nutzen eignen, sind die Konstrukte der beiden Dimensionen zu diskutieren.

Die Konstrukte von Qualität und Nutzen

Die Ebenen der Qualität

Die Vielfalt der Eigenschaften und Themen, die unter dem Schirm der Qualität subsumiert werden, ist nahezu unbegrenzt. Diese Vielfalt trifft auch auf die Gesundheitsversorgung zu. Beispiele für Qualitätskriterien sind dort die Patientenzufriedenheit, das Organisationsmanagement und die Patientensicherheit. Diese Kriterien können den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugeordnet werden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss angewandt und eingefordert werden.⁶

Unter diesen drei Ebenen wird die Messung der Ergebnisqualität übereinstimmend als schwierig eingestuft und deutlich seltener durchgeführt als Messungen der Struktur- und Prozessqualität. Wenn über die Allokation von Ressourcen zur Finanzierung einer Ware oder Dienstleistung im Gesundheitssystem zu entscheiden ist, sind Daten zu Ergebnisqualität hilfreicher als Beschreibungen der beiden anderen Qualitätsebenen. Durch die Überlegungen zur Unterscheidung von Qualität und Nutzen in der Gesundheitsversorgung haben sich Aspekte ergeben, die in dieser Form bisher nicht diskutiert wurden.

Da die Bestätigung des Nutzens Informationen voraussetzt, die mit der Ergebnisqualität beschrieben werden, kann die Ergebnisqualität als bedeutende Schnittstelle von Qualität und Nutzen verstanden werden. Zudem sollen Hinweise auf die Beeinflussbarkeit von Qualitäts- und Nutzen-Ergebnissen gegeben werden.

Die Zielgruppen des Nutzens

Da der Nutzen, der durch eine Ware oder Dienstleistung entstehen kann, aus der Perspektive eines Individuums anders zu bewerten sein wird als aus der Perspektive einer krankheitsspezifischen Zielgruppe oder aus der gesamtgesellschaftlichen Perspektive, schlagen wir vor, den Nutzen von Gesundheitsleistung aus den Perspektiven unterschied-

licher Zielgruppen zu beschreiben. Analog zur Unterscheidung verschiedener Arten von Qualität (Struktur, Prozess, Ergebnis) können verschiedene Arten des Nutzens anhand der Zielgruppen dargestellt werden.

Diese Unterscheidung nach Zielgruppen lässt sich begründen, weil bei unterschiedlichen Zielgruppen verschiedene Dimensionen des Nutzens erzielbar sind, dazu unterschiedliche Nachweismethoden erforderlich sind, und aus dem Nutzen verschiedener Zielgruppen unterschiedliche Entscheidungen abgeleitet werden können (Tab. 1).

Wenn individuelle Patienten versorgt werden, besteht aus der Perspektive vieler Akteure das Interesse, den individuellen Nutzen für den betroffenen Patienten zu erzielen. Zum Nachweis dieses individuellen Nutzens reichen die im Versorgungsalltag üblichen Methoden aus. In vielen Fällen wird dazu die Bestätigung des Patienten über die eingetretene Lösung seines Gesundheitsproblems ausreichen. Weniger gelten sollte die Bewertung dessen, der die Leistung erbracht hat, weil „nicht der Koch, sondern der Gast die Qualität des Steaks beurteilen sollte“.

Die Frage des optimal gewählten Endpunkts ist für eine Patientengruppe ähnlich zu entscheiden, wie bei individuellen Patienten. Sie ist wegen der problematischen Objektivierbarkeit häufig Anlass von Diskussionen¹. Aus dem Nachweis des Nutzens für einen individuellen Patienten können für die Versorgung anderer Patienten allerdings keine Konsequenzen abgeleitet werden. Zum Nachweis des gruppenspezifischen Nutzens sind Studien durchzuführen, um zu zeigen, bei welchem Teil der Probanden der angestrebte Endpunkt nur durch spezifische Intervention erreicht wird.

Auch methodische Aspekte sind häufig Gegenstand der Diskussion. Die Wahl der geeigneten Methoden und Endpunkte ist nicht unproblematisch, weil aus dem Nachweis eines gruppenspezifischen Nutzens Konsequenzen für die Versorgung anderer Patienten ableitbar sein sollten.

So ist unklar, ob eine Studie zum Nachweis des Nutzen einer Versorgung unter Alltagsbedingungen randomisiert sein muss, weil die Randomisation zwar das Risiko eines selection bias (interne Validität) reduziert, aber andere Risiken erhöht. So werden potentielle Studienteilnehmer mit stark ausgeprägter Präferenz seltener als andere an einer randomisierten Studie teilnehmen. Dadurch wird das Risiko eines sampling bias erhöht. Studienteilnehmer mit schwach ausgeprägter Präferenz werden durch die Randomisation zwar kaum an der Teilnahme der Studie gehindert, sie werden aber in einer nicht verblindeten Studie ein erwünschtes Studienergebnis häufiger erzielen, wenn sie die präferierte Therapie erhalten (Placebo-Effekt). Der Effekt tritt in jeder nicht-verblindeten, randomisierten Studie auf, in der die Präferenzen der Studienteilnehmer für die unterschiedlichen Therapien ungleich verteilt sind². Dieser unerwünschte Effekt wird durch die Randomisation nicht reduziert, sondern verstärkt. Der nicht triviale Unterschied zwischen randomisierten und nicht-randomisierten Studien wurde un-

1: Am Beispiel des Mammographie-Screenings lässt sich zeigen, dass geeignete Endpunkte zum Nachweis des Screening-Nutzens die Verhinderung messbarer Spätstadien eines Mammakarzinoms sind. Die Brustkrebsmortalität ist ein weniger gut geeigneter Endpunkt, weil der Tod – im Gegensatz zum Spätstadium – bei jedem Patienten eintritt und zudem die Ursache (nicht nur der Eintritt) des Todes nur sicher bestätigt werden kann, wenn Indikatoren vorliegen, die eine Differenzierung verschiedener möglicher Todesursachen zulassen.

2: Wenn in einer zweiarmligen Studie 70% der Teilnehmer die neue Therapie und 30% die bisher übliche Therapie bevorzugen, werden diese Präferenzen in beiden Studienarmen als Folge der Randomisation jeweils im Verhältnis 70:30 verteilt sein. In einem der Studienarme werden aber 70% der Patienten, im anderen Studienarm nur 30% der Patienten die präferierte Therapie erhalten. Wenn die Zuteilung der erwarteten (präferierten) Therapie in einer nicht-verblindeten Studie bestätigt ist, wird ein Placebo-Effekt induziert.

ter dem Slogan aus der Architektur „Porzolt et al. Form Follows Function“ publiziert.

Durch das Konzept der zielgruppen-orientierten Nutzenbewertung (Tab. 1) kann deutlich gemacht werden, dass die gesundheitsrelevanten Fragestellungen für unterschiedliche Gruppen der Gesellschaft verschieden sind. Die Methoden zur Beantwortung dieser Fragestellungen und die Konsequenzen, die sich daraus ableiten lassen, sind für individuelle Patienten, Patientengruppen und für die Gesellschaft unterschiedlich.

Auf der Ebene des Individuums ist lediglich zu klären, dass bei drohenden oder bestehenden Gesundheitsproblemen tatsächlich Hilfe in irgendeiner Form geleistet werden kann. Auf der Ebene der Patientengruppen ist die Frage der Wirksamkeit einer spezifischen Leistung zu klären. Auf der gesellschaftlichen Ebene ist die Finanzierbarkeit zu klären. Man könnte daraus ableiten, dass die Beurteilungen aus allen drei Ebenen sinnvoll sind, um den Mehrwert von Gesundheitsleistungen zu beurteilen.

Mögliche Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung

Die Problematik der Nutzenbewertung in unterschiedlichen Zielgruppen

Da es einer fairen Bewertung widerspricht, den Nutzen einer Gesundheitsleistung vom Leistungserbringer selbst beurteilen zu lassen, sollten sich auch im Gesundheitssystem die Akteure generell unterscheiden, die eine Gesundheitsleistung erbringen oder den Nutzen dieser Leistung bewerten. In vielen Fällen akuter Erkrankungen können die Betroffenen das Gesundheitsproblem konkret benennen. Diese Betroffenen werden in vielen Fällen auch beurteilen können, ob das Gesundheitsproblem gelöst werden konnte und deshalb in der Lage sein, eine Nutzenbewertung vorzunehmen.

Die Sicherung der Versorgungsqualität ist gesetzlich verankert und in den Budgets integriert. Demgegenüber gibt es bisher aber kaum vergleichbare Programme zur Sicherung des Nutzens von Gesundheitsleistungen. Kritische Analysen beider Bereiche könnten zu dem Ergebnis kommen, dass in den bestehenden Organisationen zur Qualitätssicherung eine Erweiterung der bestehenden Aufgaben zur Sicherung des Nutzens von Gesundheitsleistungen angedacht werden sollte. Durch diese Erweiterung könnte der Wert der Ausgaben zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung gesteigert werden.

Durch die Gegenüberstellung von Qualität und Nutzen konnten Überlegungen formuliert werden, die zur Optimierung der Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Die Bedeutendste dieser Überlegungen bezieht sich auf die notwendige Abwägung unter welchen Bedingungen verfügbare Ressourcen nicht nur zur Sicherung der Qualität, sondern letztlich zum Nachweis des Nutzens verwendet werden sollten. Diese Überlegungen sind wertlos, wenn sie letztlich nicht dazu beitragen, den Mehrwert zu steigern, den wir bisher für unsere Gesundheitsausgaben erzielen.

Der Gesetzgeber spezifiziert im SGB V vier Kriterien (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig), die erfüllt sein sollen, um die Ausgaben für Gesundheit zu rechtfertigen. Es wird gefordert, dass

- die Verhältnismäßigkeit zwischen Aufwand und Ertrag oder zwischen monetären Ausgaben und gesundheitlichem Mehrwert gewahrt ist (wirtschaftlich)
- eine Unterversorgung vermieden wird, d.h. realistisch erreichbare Versorgungsergebnisse mit angemessenen Methoden angestrebt werden (ausreichend)

- eine Überversorgung vermieden wird, d.h. keine unrealistischen Versorgungsergebnisse angestrebt oder unangemessene Methoden angewandt werden (notwendig)
- die Versorgung den Zweck der Gesundheitsversorgung erfüllt, d.h. das bestehende Gesundheitsproblem löst und damit Nutzen stiftet (zweckmäßig).

Damit sind die Rahmenbedingungen für beide Werte, Qualität und Nutzen definiert. Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, geeignete Akteure und Methoden zu finden, durch welche nachgewiesen werden kann, dass die gesetzlichen Forderungen erfüllt wurden. Die verfügbaren Modelle sind dazu bedingt geeignet, weil sie immer Annahmen beinhalten, die sich von der Realität teilweise erheblich unterscheiden. Beispiele hierfür sind die Quality Adjusted Life Years (QALYs) die in Großbritannien noch zur Nutzenbewertung verwendet werden oder die Effizienzgrenzen, die von deutschen Behörden favorisiert wurden oder die aktuell diskutierten Methoden zur Präferenzmessung, wie der Analytical Hierarchy Process, oder die Conjoint und Discrete Choice Analysen. Jedes dieser Modelle beruht auf einer unterschiedlich großen Zahl von Annahmen, die alle erfüllt sein sollten, um das Modell anwenden zu können. Die Realität ist den Modell-Bedingungen immer ähnlich, stimmt aber nie mit ihnen überein. Dieser Exkurs soll lediglich daran erinnern, dass Modelle hilfreich sind die Realität als Modell, aber eben nicht als Realität abzubilden.

Die Diskussion hat aber auch gezeigt, dass die Konstrukte von Qualität und Nutzen durch externe Einflüsse, z.B. durch Information, einfach zu beeinflussen sind. Nicht alle dieser Einflüsse können kontrolliert werden; ihre Effekte können aber bei der Bewertung von Qualität und Nutzen berücksichtigt werden.

Wenn die hier unterbreiteten Vorschläge, die Wahl der Qualitäts- oder Nutzen-Bewertung am angestrebten Zweck zu unterscheiden und die Nutzenbewertung an den Zielgruppen zu orientieren als umsetzbar erachtet werden, können damit die Risiken einer Fehlbewertung von Gesundheitsleistungen auf die Schultern mehrerer Akteure des Gesundheitssystems verteilt werden. Diese Lösung wird nicht weniger gerecht sein als bisherige Lösungen, aber den Konsens zur Bewertung von Gesundheitsleistungen erleichtern.

Gezielte Kopplung von Gesundheit und Vergütung

Die Überlegungen zu den Schnittstellen von Qualität und Nutzen haben zu nicht erwarteten Ergebnissen geführt. Es ist unbestritten, dass ärztliche und kaufmännische Expertisen für die erfolgreiche Führung eines Gesundheitsbetriebs unentbehrlich sind. Ebenso ist unbestritten, dass zunehmend kaufmännische Fähigkeiten über den Erfolg einer Praxis oder Klinik entscheiden, weil die Indikation zur Erbringung einer diagnostischen bzw. einer therapeutischen Leistung häufiger an der vereinbarten Vergütung als am versprochenen Erkenntnisgewinn bzw. Behandlungserfolg orientiert wird.

Unerwartet war, dass aus der Analyse von Qualität und Nutzen ein Modell zur Kopplung von gesundheitlichem und monetärem Nutzen der Gesundheitsversorgung entwickelt werden könnte.

Der monetäre Gegenwert einer Leistung sollte nicht – wie bisher zu häufig – an einem Versprechen⁷, sondern an der Einlösung des Versprechens orientiert werden⁸. **Die Einlösung eines Gesundheitsversprechens könnte bewusst als Anreiz verstanden werden, um den steuernden Effekt unseres Vergütungssystems sinnvoll zu nutzen.** Dazu ist aber die Einlösung des Versprechens zu verifizieren. Je höher die monetäre Bewertung eines medizinischen Erfolges ange-

setzt wird, umso häufiger werden die dazu notwendigen Leistungen erbracht werden, sofern die empfundenen Rahmenbedingungen die Erbringung zulassen. Dieser Trend ist unumkehrbar, zum einen weil die Möglichkeiten, Gewinne durch Gesundheitsleistungen zu erzielen, eher ab- als zunehmen und weil eine wirtschaftliche Vereinbarung erheblich mehr Sicherheit bietet als ein wissenschaftlich unsicher begründetes Versprechen. Mit anderen Worten, die Entwicklung der Gesundheitssysteme befindet sich auf einem interessanten Weg, weil sich die Wertvorstellungen verschiedener Bereiche möglicherweise sinnvoll und zielgerichtet verbinden lassen.

Der Lösung des Problems könnte man durch einen Wechsel von einer leistungsbezogenen Vergütung zu einer anreizbezogenen Vergütung näherkommen. In einem anreizgesteuerten System werden die als notwendig erachteten Leistungen deutlich besser vergütet als Leistungen, die als entbehrlich eingestuft werden (Abb. 1).

Das System ist als lernendes System zu konzipieren, indem fortlaufend analysiert wird, welche der erbrachten Leistungen die Effektivität und den Mehrwert der Gesundheitsversorgung steigern. Wenn identische Versorgungsergebnisse mit und ohne Erbringung einer bestimmten Leistung erzielt werden, sollte die anreizgesteuerte Vergütung für diese Leistung sinken. Analog dazu steigt die anreizbezogene Vergütung, wenn die Versorgungsergebnisse durch die Erbringung einer bestimmten Leistung verbessert werden.

Dieses System setzt eine flächendeckend einsetzbare Dokumentation der Versorgungsergebnisse voraus. Diese Dokumentation kann problemlos gewährleistet werden, weil nahezu alle notwendigen Daten für die Leistungsvergütung bereits jetzt erfasst werden.

Um die Steuerung des Systems fair zu gestalten, sind die Versorgungsziele am Nutzen für die Betroffenen zu orientieren und von einer Kommission in regelmäßigen z.B. in jährlichen Abständen unter Einbeziehung von Betroffenen zu bestätigen oder zu modifizieren.

Der Einfluss ärztlicher bzw. kaufmännischer Entscheidungen auf die Qualität bzw. den Nutzen im Gesundheitssystem ist ohne eine Diskussion über die Inhalte von Qualität und Nutzen nicht darstellbar. Paul Teirstein hat im „New England Journal“ vom 8. Januar 2015 gezeigt, dass die Zertifizierung von Ärzten zwar deren Qualität mit Zahlen beschreiben kann, aber für die Patienten weitgehend nutzlos ist. Deshalb ist es sinnvoll, die Diskussion über Qualität und Nutzen anzustoßen. <<

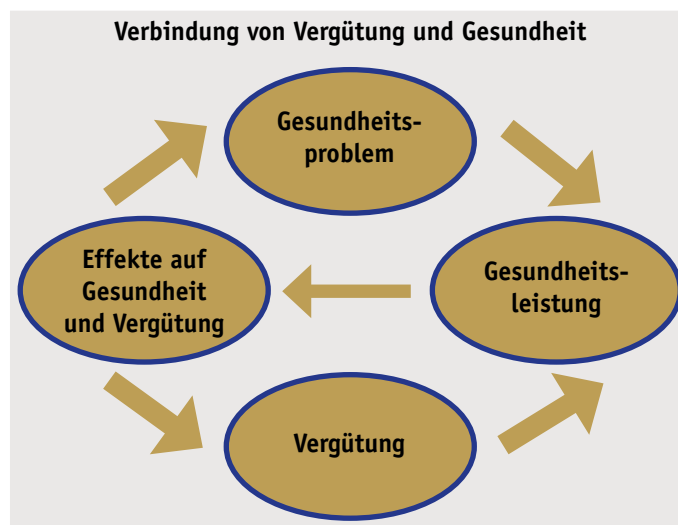


Abb. 1: Verbindung von Vergütung und Gesundheit. Ein Gesundheitsproblem indiziert eine Gesundheitsleistung. Wenn diese Gesundheitsleistung nützlich ist, wird sie das bestehende Gesundheitsproblem lindern. Der Effekt auf das Gesundheitsproblem beeinflusst die Leistungsvergütung. Die Leistungsvergütung wirkt als Anreiz auf die Häufigkeit der erbrachten Leistung.

Literatur

- Schrapp M. Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 10969 Nini1808Berlin, 2014. ISBN: 978-3-95466-140-4
- DIN ISO 10004:2015-01: Qualitätsmanagement - Kundenzufriedenheit - Leitfaden zur Überwachung und Messung (ISO 10004:2012); Text Deutsch, Englisch und Französisch
- Hecken J. Pay for performance funktioniert nicht. HYPERLINK „<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62613/Hecken-Pay-for-Performance-funktioniert-nicht.%20Letzter%20Download%205.5.2015>“ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62613/Hecken-Pay-for-Performance-funktioniert-nicht>. Letzter Download 5.5.2015
- Drei Jahre frühe Nutzenbewertung: Erfahrungen – Standortbestimmung – Weiterentwicklung. AMNOG-Fachtagung des G-BA am 30. April 2014 in Berlin. HYPERLINK „<https://www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/veranstaltungen-amnog/fachtagung-2014.%20Letzter%20Download%205.5.2015>“ <https://www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/veranstaltungen-amnog/fachtagung-2014>. Letzter Download 5.5.2015
- Porzolt F. Gesund ist, wer wählen darf. Eigenverantwortung im Gesundheitssystem: Der Zusammenhang von Gesund- und Wahlfreiheit. Beiträge zur Stiftung Privatmedizin 2015;1:1-11. <http://www.ice-ev.de/deutsch/veroeffentlichungen/publikationen/>
- Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83:691-729. Reprint from The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-203.
- Laugesen MJ. HYPERLINK „<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367477>“ The resource-based relative value scale and physician reimbursement policy. Chest. 2014;146:1413-1419.
- Nagelhout GE, Willemsen MC, van den Putte B, de Vries H, Willems RA, Segaar D. HYPERLINK „<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842854>“ Effectiveness of a national reimbursement policy and accompanying media attention on use of cessation treatment and on smoking cessation: a real-world study in the Netherlands. Tob Control. 2014 May 18. pii: tobaccocontrol-2013-051430.

Erklärung zu Interessenskonflikten

Alle Autoren dieses Beitrags sind Mitglieder des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. Bei keinem der Autoren bestehen Interessenkonflikte im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals der ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors).

The Payment for Additional Health Benefit Presumes the Differentiation of Quality and Benefit

The increasing shortage of resources in the healthcare system requires not only a critical analysis of all new expenditures, but also justification of existing ones. To ensure the quality and benefit of healthcare services and products, the necessary resources should not be accepted as ends in themselves. Expenditures should first be compared with the additional benefit accrued for the patients and the healthcare system in a clinical-economic analysis. Furthermore, this differential analysis opens up new perspectives for linking acceptable costs (in the broadest sense of the word) with the desired added health benefit. The deliberations concerning quality and benefit in the healthcare system described here provide an introduction to such an analysis. After formulating a hypothesis, the definitions of quality and benefit and their theoretical constructs will be introduced. The constructs differentiate among the levels of quality of the structure, the process, and the result of healthcare services and distinguish among the individual, the group-specific, and the public benefit derived from these services.

Different forms of benefit of healthcare services and a transition from a service-oriented to an incentive-oriented reimbursement system are possible consequences. The outcomes of healthcare services and the desired additional benefit to the individual, the group affected by the specific condition, and society at large are to be determined and adapted with specific methods using appropriate indicators. This model makes it possible to link the acceptable public cost to the additional health benefit for the affected individual by means of performance-related incentives, which can be adjusted at predefined intervals by all stakeholders in the healthcare system.

Keywords

Quality, benefit, assessment of benefit, added value, health services

Prof. Dr. Franz Porzolt

hat als Hämato-Onkologe 1993 begonnen, das Arbeitsgebiet der „Klinischen Ökonomik“ (Kosten & Konsequenzen von Gesundheitsleistungen aus Sicht des Patienten) zu entwickeln. Gründung des Institute of Clinical Economics (ICE) e.V. im Jahr 2013. Alle Autoren dieses Beitrags sind Mitglieder dieses Instituts.

Kontakt: sekretariat@ice-ev.de



Dr. Stephan Paschke

hat seine Ausbildung in Ulm, San Antonio, Texas und Cambridge/England erhalten. Er beschäftigt sich neben seiner klinischen Tätigkeit als Oberarzt in der Allgemein- und Viszeralchirurgie mit zellbiologischen und klinisch-ökonomischen Fragestellungen.

Kontakt: sekretariat@ice-ev.de



Prof. Dr. Heinz Naegler

war mehrere Jahrzehnte im Krankenhausmanagement tätig – zuletzt als Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Seit 2001 Honorarprofessor an der Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin. In deren Auftrag entwickelte und implementierte er im Jahr 2001 den MBA-Studiengang Health Care Management.

Kontakt: sekretariat@ice-ev.de



Prof. Dr. Hans-Peter Bruch

nahm 1990 den Ruf an die Medizinische Fakultät der Universität zu Lübeck an und wurde dort Direktor der Klinik für Chirurgie, eine Funktion, die er bis 2012 ausübte, um anschließend seine Kompetenz in den Dienst des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) zu stellen, dessen Präsidentenamt er bis 2015 ausübte. Seit 1999 ist er Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

Kontakt: sekretariat@ice-ev.de



Dipl.-Soz.wiss. Verena Finkenstädt
Dr. rer. pol. Frank Niehaus

Länderrankings auf Basis der OECD-Gesundheitsdaten – Eine Analyse der methodischen Probleme

Die Gesundheitsstatistik der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wird häufig zur Einordnung des Versorgungsgeschehens in Deutschland herangezogen. Demnach liegen die deutschen Fallzahlen bei bestimmten Eingriffen international im Spitzenfeld. Diese Länderrankings werden in der Fach- und Tagespresse immer wieder aufgegriffen. Ein vielzitiertes Beispiel ist die Hüftersatz-Operation, die laut OECD-Statistik nur in der Schweiz häufiger durchgeführt wird als in Deutschland (Abb. 1). Eine ebenfalls oft diskutierte Frage ist die nach der Höhe der Gesundheitsausgaben. Hier gilt das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich als teuer, wie das OECD-Länderranking der Gesundheitsausgaben pro Kopf zeigt, in dem Deutschland auf Platz 6 rangiert (Abb. 2). Eine Rangfolgebildung anhand der OECD-Daten als Benchmark ist jedoch mit einer Reihe methodischer Probleme behaftet. Diese Probleme resultieren zum einen aus unvollständigen Daten bei den Meldungen an die OECD sowie aus deren mangelnder Vergleichbarkeit. Zum anderen berücksichtigen die OECD-Daten in der Regel nicht den Einfluss der unterschiedlichen Altersstruktur in den einzelnen Ländern, obwohl die Inanspruchnahme von Leistungen und die Höhe der Gesundheitsausgaben altersabhängig sind.

>> Die Anzahl chirurgischer Eingriffe im Ländervergleich wurde von der OECD im Jahr 2013 im Rahmen einer Studie beleuchtet (McPherson et al. 2013). McPherson et al. führen eine direkte Altersstandardisierung durch – allerdings lediglich für ausgewählte Eingriffe und Länder. So werden nur fünf Eingriffe (Kaiserschnitt, Gebärmutterentfernung, Prostataentfernung, Hüftoperation und Blinddarmentfernung) und 17 Länder auf der Datenbasis des Jahres 2008 analysiert. Unter den ausgewählten Eingriffen befinden sich mit der Prostataentfernung und der Hüftoperation schließlich bloß zwei Eingriffe, die ihren Behandlungsschwerpunkt im Alter haben. Bei den übrigen Eingriffen liegt der Schwerpunkt in jüngeren Jahren und eine Altersadjustierung hat folglich einen geringen Effekt. Problematisch erscheint weiterhin die vorgenommene Normierung auf die Weltbevölkerung, die mit ihrem Schwerpunkt bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht für einen Vergleich relativ alter Gesellschaften – insbesondere in Europa – geeignet ist. Die Autoren ziehen aus ihren Ergebnissen den Schluss, dass eine Altersstandardisierung der OECD-Daten die Rangfolge der Länder in einem Ranking kaum beeinflussen würde.

Diese Aussage wurde in einer weiteren OECD-Publikation von Kumar und Schönstein aufgegriffen (Kumar/Schönstein 2013). Deren Studie erlangte mediale Aufmerksamkeit, da hier die deutschen Krankenhaus-Fallzahlen in eine internationale Perspektive gesetzt wurden. In den

Zusammenfassung

In der öffentlichen Berichterstattung dient die OECD-Gesundheitsstatistik häufig zur Einordnung des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich. Eine Rangfolgebildung anhand der OECD-Daten ist jedoch mit einer Reihe methodischer Probleme behaftet. Diese resultieren zum Teil aus unvollständigen Daten sowie aus deren mangelnder Vergleichbarkeit. Vor allem aber berücksichtigen die OECD-Daten in der Regel nicht den Einfluss des unterschiedlichen Bevölkerungsalters in den einzelnen Ländern, obwohl eine Vielzahl medizinischer Eingriffe eindeutig altersabhängig ist. Für 15 chirurgische Eingriffe und für die Gesundheitsausgaben wird daher anhand einer indirekten Altersstandardisierung eine neue Einordnung Deutschlands im internationalen Vergleich vorgenommen. Dieses Vorgehen führt zu einer signifikanten Veränderung der Platzierung Deutschlands im Länderranking. Infolgedessen muss der Einfluss der Altersstruktur bei der Interpretation der OECD-Gesundheitsdaten berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter

Altersstandardisierung, Länderranking, OECD-Gesundheitsstatistik, Fallzahlen, Gesundheitsausgaben

Medien und der gesundheitspolitischen Diskussion war vielfach zu hören, Deutschland sei „Operationsweltmeister“ und belege international einen Spitzenplatz bei der Anzahl bestimmter Eingriffe, wie z.B. Hüft- oder Knieersatz-Operationen.

Die vorliegende Untersuchung greift die Altersabhängigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf und hinterfragt die Aussage von McPherson et al. Die Analyse zeigt, welche Rangposition Deutschland sowohl bei den medizinischen Eingriffen als auch bei den Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich einnimmt, wenn seine relativ alte Bevölkerung angemessen berücksichtigt wird. Darüber hinaus werden methodische Probleme in Bezug auf die OECD-Gesundheitsstatistik beleuchtet, die sich ebenfalls auf die Vergleichbarkeit der Daten auswirken.

Grenzen der Vergleichbarkeit

Die OECD macht den Mitgliedsstaaten umfangreiche Vorgaben, um eine einheitliche Datenmeldung und somit eine Vergleichbarkeit zu erzielen. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme und der nationalen Besonderheiten ist eine vollständige Einheitlichkeit nicht zu erreichen. Abweichungen von den OECD-Vorgaben wirken sich direkt auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und somit auch auf die Aussagekraft von Länderrankings aus. Unter anderem lassen sich folgende Probleme bei der Datenmeldung zu den Fallzahl- und Gesundheitsausgabenstatistiken identifizieren:

- Nicht in allen Ländern sind Daten für alle Eingriffe verfügbar. Bei internationalen Vergleichen der chirurgischen Eingriffe sind je Eingriff somit immer unterschiedlich viele Länder enthalten. Hat ein Land keine aktuellen Zahlen geliefert, werden die Daten des letzten verfügbaren Jahres herangezogen.
- Die Datenmeldung basiert nicht immer auf administrativen Routinedaten, sondern auch auf Ergebnissen von (teilweise veralteten) weniger verlässlichen Umfragen.
- Zudem finden sich unvollständige Meldungen bei Eingriffen, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden. Manche Länder melden nur stationär, da ambulant keine Daten vorliegen. In vielen Ländern wird z. B. die Operation des Leistenbruchs standardmäßig ambulant durchgeführt.
- In Dänemark, Deutschland und Estland sind auch ambulant in einem Krankenhaus durchgeführte Operationen in den Fallzahlen enthalten, obwohl nur die stationären Krankenhausfälle an die OECD gemeldet werden sollen.

Hüftersatz-Operation - Fälle pro 100.000 Einwohner in den OECD-Ländern im Jahr 2012

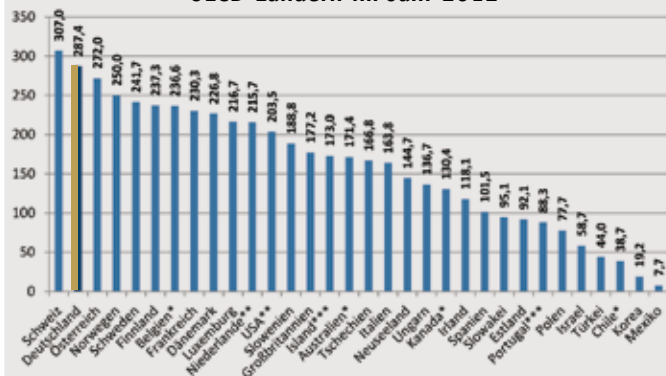


Abb. 1: Hüftersatz-Operation – Fälle pro 100.000 Einwohner in den OECD-Ländern im Jahr 2012. Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2014. Legende: * = OECD-Daten aus dem Jahr 2011, ** = OECD-Daten aus dem Jahr 2010, *** = OECD-Daten aus dem Jahr 2009.

- In einigen Ländern fließen in die Datenmeldungen Eingriffe nicht ein, die in privaten Krankenhäusern erbracht wurden. Somit liegt hier eine Unterschätzung der tatsächlichen Fallzahlen vor.
- Bei der Gegenüberstellung von Gesundheitsausgaben kommen Währungsprobleme hinzu. Die Maßgröße Gesundheitsausgaben am BIP vergleicht zudem auch die Bruttoinlandsprodukte miteinander.

Darüber hinaus suggeriert der häufig verwendete Vergleich der deutschen Ausgaben mit dem OECD-Durchschnitt, dass der OECD-Schnitt der „richtige“ Wert sei. Hierbei ist aber zu beachten, dass jedes OECD-Land mit dem gleichen Gewicht in den Durchschnittswert eingeht. Der Durchschnitt wird damit auch von sehr kleinen Ländern wie z.B. Island bestimmt. Ein Isländer hat so ein ca. 1.000-fach höheres Gewicht im OECD-Durchschnitt als ein US-Bürger. Zudem muss berücksichtigt werden, dass zur OECD auch Staaten wie Mexiko oder Chile gehören, die gerade im Gesundheitsbereich noch spürbar vom westeuropäischen Standard entfernt sind.

Altersstandardisierung der OECD-Daten – Methodisches Vorgehen

Für folgende 15 Eingriffe wird eine indirekte Altersstandardisierung durchgeführt:

- Einsatz einer Hüftprothese
- Einsatz einer Knieprothese
- Entfernung des Blinddarms
- Entfernung der Gaumenmandeln
- Entfernung der Gallenblase
- Operation des Leistenbruchs
- Perkutane transluminale Koronarangioplastie
- Koronarbypass
- Transurethrale Entfernung der Prostata
- Offene Entfernung der Prostata
- Entfernung der Gebärmutter
- Brusterhaltende Chirurgie
- Vollständige Mastektomie
- Nierentransplantation
- Stammzelltransplantation

Die OECD-Angaben zu den Gesundheitsausgaben pro Kopf werden ebenfalls altersadjustiert.

Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf im Jahr 2012

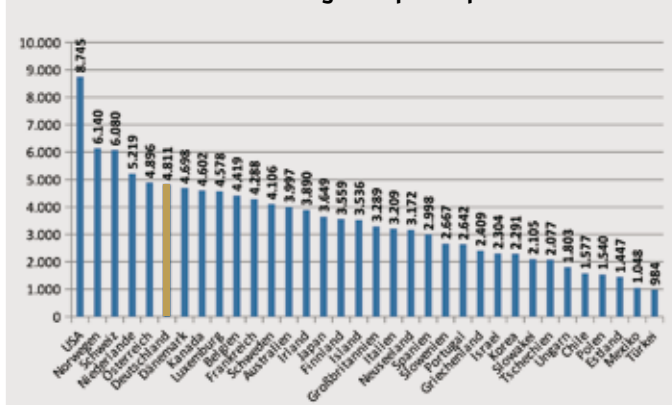


Abb. 2: Gesamte Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt in US-Dollar) im Jahr 2012. Quelle: OECD-Gesundheitsstatistik 2014.

Berechnung altersspezifischer Fallzahlen

Grundlage für die Altersstandardisierung sind die deutschen Fallzahlen je Eingriff nach Alter und Geschlecht. Diese werden der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) des Statistischen Bundesamtes für das Berichtsjahr 2012 entnommen (Statistisches Bundesamt 2013). Die Auswahl der Eingriffe wird entsprechend der OECD-Vorgaben getroffen (OECD 2014). Um aus den Werten Profile zu konstruieren, müssen die Fallzahlen ins Verhältnis zur Bevölkerung im entsprechenden Alter und Geschlecht gesetzt werden. Als geeignete Größe bietet sich die GKV- und PKV-Versichertenzahl (inklusive der Bahn- und Postbeamten und ihrer Angehörigen) als diejenige Personengruppe an, die das Gesundheitssystem in Anspruch nimmt.

Die Anzahl der privat Krankenversicherten wird der Statistik zur privaten Pflegepflichtversicherung entnommen und die der GKV-Versicherten wird aus den Daten des Risikostrukturausgleich (RSA) berechnet, die das Bundesversicherungsamt (BVA) zur Verfügung stellt. Basis sind die RSA-Datenmeldungen der einzelnen Krankenkassen (Bundesversicherungsamt 2013). Die ausgewiesenen Versichertentage je Einzelalter werden durch 365 geteilt.

Aus der Division der altersspezifischen Fallzahl gemäß DRG-Statistik durch die Anzahl der Versicherten je Altersklasse wird die altersspezifische Fallzahlrate FZ_i ermittelt. Die FZ_i drückt aus, wie viele Fälle je 100.000 Versicherte in der Altersgruppe i in Deutschland auftreten:

$$FZ_i = \frac{\text{Anzahl der Fälle} = \text{Altersgruppe } i}{\text{Anzahl der Versicherten} = \text{Altersgruppe } i} * 100.000$$

So ergibt sich je Eingriff ein Profil, das die altersabhängige Häufigkeit zeigt, mit denen der Eingriff je 100.000 Versicherte durchgeführt wird. Abbildung 3 zeigt dies am Beispiel der Hüftersatz-Operation.

Berechnung altersspezifischer Gesundheitsausgaben

Die deutschen altersspezifischen Ausgabenprofile sind nicht direkt verfügbar, sondern werden aus den Angaben zu GKV- und PKV-Versicherten berechnet. Einbezogen sind somit im ersten Schritt nur die Ausgaben im GKV- und PKV-System.

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben der GKV-Versicherten je Lebensalter werden den RSA-Daten des Jahres 2012 entnommen. Die Altersausgabenprofile basierten auf den versichertenbezogenen Daten aller GKV-Versicherten und enthalten die Leistungsausgaben pro Ver-

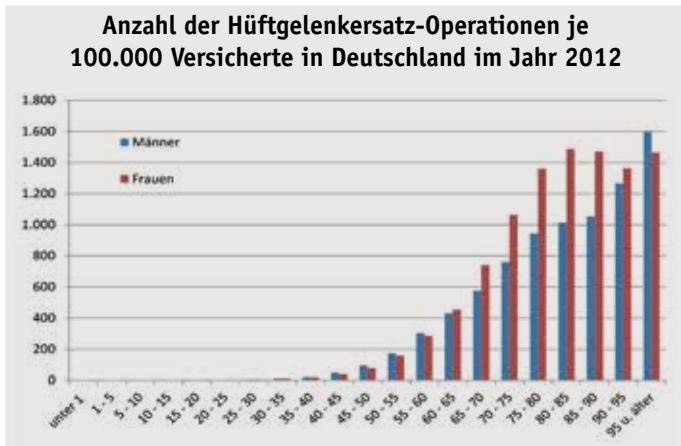


Abb. 3: Anzahl der Hüftgelenkersatz-Operationen je 100.000 Versicherte in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012. Quelle: DRG-Statistik 2012; Statistiken zu den Versichertenzahlen in PKV und GKV; eigene Berechnung. Anmerkung: Die Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Erstimplantate und Prothesenwechsel. Prothesenentfernungen sind nicht enthalten.

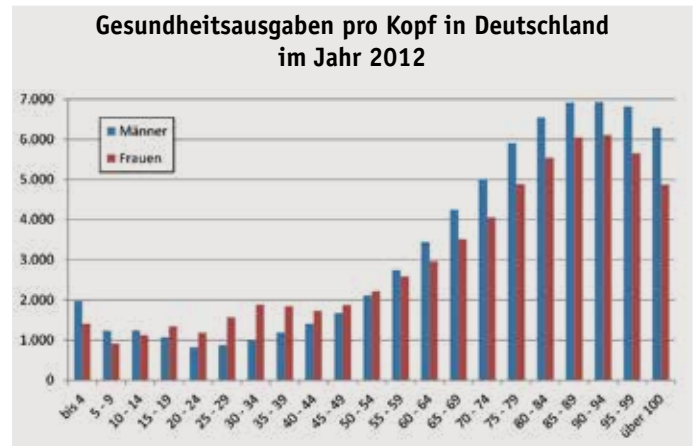


Abb. 4: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2012. Quelle: RSA-Daten; PKV-Kopfschadensstatistik; eigene Berechnung.

sichertentag, differenziert nach Geschlecht, Alter und Hauptleistungsbereich (Bundesversicherungsamt 2013). Diese Pro-Tag-Werte werden auf ein Jahr hochgerechnet, so dass durchschnittliche Ausgaben je GKV-Versicherter für jedes Einzelalter zur Verfügung stehen.

Die Informationen zu den PKV-Versicherten werden aus den Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes des Jahres 2012 errechnet. In der Kopfschadenstatistik werden die von einem Versicherten in einem Jahr durchschnittlich zur Erstattung eingereichten Rechnungen ausge-

wiesen. Hier sind auch Leistungen, die die Beihilfe erstattet, ebenso wie die erfassten Selbstbehalte enthalten.

Die Werte der GKV- und PKV-Versicherten je Einzelalter und Versicherungszugehörigkeit werden mit der jeweils dahinterstehenden Anzahl an Versicherten gewichtet und zu einem durchschnittlichen Wert für die einzelnen Altersgruppen zusammengefasst. Daraus ergibt sich ein Durchschnittsprofil für Deutschland (Abb. 4).

Die entsprechende Formel für die durchschnittlichen Ausgaben pro Kopf (ApK) der 5- bis 10-Jährigen ist folgend als Beispiel dargestellt:

$$ApK_{5- bis 10-Jährige} = \frac{\sum_{i=5}^{10} \text{Ausgaben pro Kopf}_i^{PKV} + \sum_{i=5}^{10} \text{Ausgaben pro Kopf}_i^{GKV}}{\sum_{i=5}^{10} \text{Versicherte}_i^{PKV} + \sum_{i=5}^{10} \text{Versicherte}_i^{GKV}}$$

Der sich aus diesem Profil ergebende deutsche Wert durchschnittlicher Gesundheitsausgaben pro Kopf entspricht nicht dem Wert in der OECD-Statistik. In den OECD-Angaben sind auch die vom Patienten selbst und vom Staat getragene Gesundheitsausgaben enthalten. Um dies zu berücksichtigen, werden die berechneten Werte mit einem Faktor hochgerechnet, so dass sich aus den Profilen durch Multiplikation mit der Bevölkerung Deutschlands der von der OECD veröffentlichte Wert ergibt. Dieses Verfahren unterstellt, dass die in den OECD-Daten enthaltenen weiteren Ausgabenarten sich prozentual gleichmäßig über die Altersklassen verteilen.

Ermittlung der für die OECD-Länder erwarteten Werte bei Anwendung deutscher Profile

Für die indirekte Altersstandardisierung werden die nach Altersklassen und Geschlecht differenzierten Bevölkerungszahlen der einzelnen OECD-Staaten aus der 2012er Revision der World Population Prospects der Vereinten Nationen verwendet (United Nations 2013). Aus der Multiplikation der deutschen Fallzahlraten pro Kopf jeder Altersgruppe i mit der jeweiligen Bevölkerungszahl in der Altersgruppe des zu vergleichenden Landes n_i^{Land} ergeben sich je Land in der Addition über alle Altersgruppen und in Bezug zu 100.000 Einwohnern (100.000 Einwohner/Gesamtpersonenzahl N^{Land}) erwartete Fallzahlen.

$$\text{erwartete Fallzahl}_{Land} = \frac{100.000}{N^{Land}} \sum_{\text{Altersgruppe } i} n_i^{Land} * FZR_i$$

Analog hierzu werden die erwarteten Gesundheitsausgaben pro Kopf berechnet, indem für jede Altersgruppe i die deutschen Gesundheitsausgaben pro Kopf ApK_i mit der Personenzahl in derselben Altersgrup-

Hüftersatz-Operationen – Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2012 laut OECD-Daten und bei Anwendung der deutschen Profile im Vergleich

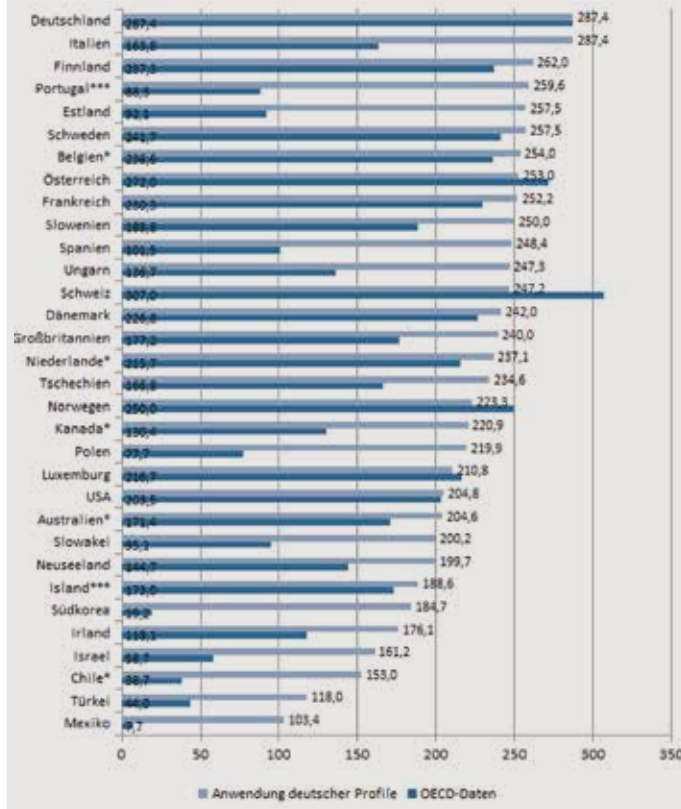


Abb. 5: Hüftersatz-Operation – Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2012 laut OECD-Daten und bei Anwendung der deutschen Profile im Vergleich. Quelle: Eigene Berechnung. Anmerkung: * = OECD-Daten aus dem Jahr 2011, ** = OECD-Daten aus dem Jahr 2010, *** = OECD-Daten aus dem Jahr 2009.

Hüftersatz-Operation: Gegenüberstellung der Rangfolge der OECD-Länder vor und nach Altersstandardisierung

Altes Ranking ohne Altersstandardisierung			Neues Ranking mit Altersstandardisierung		
Rg	Land	Delta ¹	Rg	Land	Delta ¹
1	Schweiz	6,8%	1	Schweiz	24,2%
2	Deutschland	0,0%	2	Norwegen	12,0%
3	Österreich	-5,4%	3	Österreich	7,5%
4	Norwegen	-13,0%	4	Luxemburg	2,8%
5	Schweden	-15,9%	5	Deutschland	0,0%
6	Finnland	-17,4%	6	USA**	-0,6%
7	Belgien*	-17,7%	7	Schweden	-6,1%
8	Frankreich	-19,9%	8	Dänemark	-6,3%
9	Dänemark	-21,1%	9	Belgien*	-6,8%
10	Luxemburg	-24,6%	10	Island***	-8,3%
11	Niederlande**	-24,9%	11	Frankreich	-8,7%
12	USA**	-29,2%	12	Niederlande**	-9,0%
13	Slowenien	-34,3%	13	Finnland	-9,4%
14	Großbritannien	-38,3%	14	Australien*	-16,2%
15	Island***	-39,8%	15	Slowenien	-24,5%
16	Australien*	-40,4%	16	Großbritannien	-26,2%
17	Tschechien	-42,0%	17	Neuseeland	-27,5%
18	Italien	-43,0%	18	Tschechien	-28,9%
19	Neuseeland	-49,7%	19	Irland	-32,9%
20	Ungarn	-52,4%	20	Kanada*	-41,0%
21	Kanada*	-54,6%	21	Italien	-43,0%
22	Irland	-58,9%	22	Ungarn	-44,7%
23	Spanien	-64,7%	23	Slowakei	-52,5%
24	Slowakei	-66,9%	24	Spanien	-59,1%
25	Estland	-68,0%	25	Türkei	-62,7%
26	Portugal***	-69,3%	26	Israel	-63,6%
27	Polen	-73,0%	27	Estland	-64,2%
28	Israel	-79,6%	28	Polen	-64,7%
29	Türkei	-84,7%	29	Portugal***	-66,0%
30	Chile*	-86,5%	30	Chile*	-74,7%
31	Korea	-93,3%	31	Korea	-89,6%
32	Mexiko	-97,3%	32	Mexiko	-92,6%

Tab. 1: Hüftersatz-Operation: Gegenüberstellung der Rangfolge der OECD-Länder vor und nach Altersstandardisierung. Legende: * = OECD-Daten aus dem Jahr 2011, ** = OECD-Daten aus dem Jahr 2010, *** = OECD-Daten aus dem Jahr 2009, 1 = Abweichung von deutscher Fallzahl.

pe n^{Land} im jeweiligen OECD-Land multipliziert (gewichtet) wird. Die Produkte werden addiert und durch die Gesamtpersonenzahl N^{Land} geteilt und mit 100.000 multipliziert.

$$erwartete\ Gesundheitsausgaben_{Land} = \frac{100.000}{N_{Land}} \sum_{Altersgruppe} n_i^{Land} * ApK_i$$

Auf diese Weise kann für jedes OECD-Land ermittelt werden, welche Fallzahlen und Gesundheitsausgaben zu erwarten wären, hätte das betreffende Land mit seiner gegebenen Alters- und Geschlechtsstruktur die deutschen Profile. Diese Werte sind dann anstelle der tatsächlichen deutschen OECD- mit den OECD-Werten der einzelnen Länder zu vergleichen.

Bildung eines Länderrankings nach Altersstandardisierung

Die berechneten erwarteten Werte (Anwendung deutscher Profile)

Gegenüberstellung der Rangfolge der OECD-Länder vor und nach Altersstandardisierung der Gesundheitsausgaben

Altes Ranking ohne Altersstandardisierung			Neues Ranking mit Altersstandardisierung		
Rg	Land	Delta ¹	Rg	Land	Delta ¹
1	USA	81,8%	1	USA	106,9%
2	Norwegen	27,6%	2	Norwegen	40,2%
3	Schweiz	26,4%	3	Schweiz	33,7%
4	Niederlande	8,5%	4	Niederlande	16,8%
5	Österreich	1,8%	5	Österreich	7,1%
6	Deutschland	0,0%	6	Luxemburg	6,8%
7	Dänemark	-2,4%	7	Kanada	5,6%
8	Kanada	-4,3%	8	Dänemark	4,1%
9	Luxemburg	-4,8%	9	Deutschland	0,0%
10	Belgien	-8,2%	10	Irland	-3,6%
11	Frankreich	-10,9%	11	Belgien	-3,8%
12	Schweden	-14,7%	12	Australien	-5,7%
13	Australien	-16,9%	13	Frankreich	-6,0%
14	Irland	-19,1%	14	Schweden	-11,3%
15	Japan	-24,2%	15	Island	-14,2%
16	Finnland	-26,0%	16	Finnland	-23,2%
17	Island	-26,5%	17	Neuseeland	-24,5%
18	Großbritannien	-31,6%	18	Großbritannien	-26,8%
19	Italien	-33,3%	19	Japan	-27,9%
20	Neuseeland	-34,0%	20	Italien	-33,6%
21	Spanien	-37,7%	21	Spanien	-34,1%
22	Slowenien	-44,6%	22	Israel	-41,0%
23	Portugal	-45,0%	23	Slowenien	-41,2%
24	Griechenland	-49,9%	24	Portugal	-42,7%
25	Israel	-52,1%	25	Südkorea	-43,4%
26	Südkorea	-52,4%	26	Griechenland	-48,8%
27	Slowakei	-56,3%	27	Slowakei	-49,4%
28	Tschechien	-56,8%	28	Tschechien	-53,3%
29	Ungarn	-62,5%	29	Chile	-58,6%
30	Chile	-67,2%	30	Ungarn	-59,9%
31	Polen	-68,0%	31	Polen	-64,2%
32	Estland	-69,9%	32	Estland	-68,0%
33	Mexiko	-78,2%	33	Mexiko	-69,5%
34	Türkei	-79,6%	34	Türkei	-72,2%

Tab. 2: Gegenüberstellung der Rangfolge der OECD-Länder vor und nach Altersstandardisierung der Gesundheitsausgaben.

werden zu den tatsächlich in den einzelnen Ländern aufgetretenen Werten (OECD-Daten) ins Verhältnis gesetzt. Daraus ergibt sich das standardisierte Fallzahlenverhältnis (SFV)¹

$$SFV_{Land} = \frac{beobachtete\ Fallrate_{Land}}{erwartete\ Fallrate_{Land}}$$

bzw. das standardisierte Gesundheitsausgabenverhältnis (SGV)¹

$$SGV_{Land} = \frac{beobachtete\ Ausgaben\ pro\ Kopf_{Land}}{erwartete\ Ausgaben\ pro\ Kopf_{Land}}$$

1. In der Epidemiologie wird dieses Verfahren bei der Altersstandardisierung von Mortalität, Inzidenz oder Prävalenz angewendet. Das häufig verwendete standardisierte Mortalitätsverhältnis (Standardized Mortality Ratio; SMR) oder das standardisierte Inzidenzverhältnis (Standardized incidence ratio; SIR) entsprechen dem hier berechneten standardisierten Verhältnis der Fallzahlen oder Gesundheitsausgaben pro Kopf.

		Anzahl der Operationen je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012																				
		<1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	>95
Hüft-OP	M	0,0	0,0	0,1	0,1	1,8	3,2	5,9	11,4	21,1	49,6	95,6	174,0	303,1	431,1	575,4	759,4	943,0	1014,4	1053,2	1265,5	1595,9
	W	0,0	0,1	0,0	0,3	1,8	2,8	5,9	9,7	19,8	40,9	77,8	158,2	285,9	454,8	739,6	1064,9	1360,7	1487,8	1473,0	1363,8	1463,5
Bypass-OP	M	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	1,0	3,7	14,1	36,0	78,3	157,4	237,4	343,0	462,6	487,1	367,8	122,7	21,7	3,2
	W	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,9	2,9	6,2	11,3	23,5	45,2	77,2	122,4	158,1	112,7	32,6	4,1	1,2
Leistenbruch-OP	M	1730,6	202,1	53,9	20,0	62,1	124,9	143,1	166,2	229,2	300,9	357,5	431,4	535,1	664,6	801,9	928,8	960,9	995,8	899,8	705,2	656,0
	W	378,1	29,0	15,7	5,3	14,8	20,4	22,3	24,0	33,3	37,5	41,6	36,6	41,6	52,0	73,6	103,0	113,7	125,8	124,7	99,8	74,6
Brusterhaltende-OP	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	W	0,0	0,0	0,0	2,2	36,2	48,4	44,6	71,1	120,3	207,7	280,6	395,6	361,9	438,1	501,5	346,8	298,8	193,3	108,9	55,8	35,9
Transur. Prostataentf.	M	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,6	1,0	2,2	7,1	18,6	56,3	148,7	317,1	563,0	798,6	955,4	1027,8	844,7	582,3	361,0
	W	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Offene Prostataentf.	M	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6	1,5	13,5	46,2	125,4	247,3	388,4	379,1	167,0	75,2	37,2	22,8	5,4
	W	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mastektomie	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	W	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	2,0	6,8	17,1	32,6	54,2	76,1	83,8	75,5	95,7	123,0	135,8	167,5	183,0	174,2	119,3	84,2
Knie-OP	M	0,0	0,0	0,2	0,4	1,3	1,5	1,4	1,7	5,1	17,5	44,8	112,3	233,8	363,9	477,3	608,0	632,5	515,4	248,3	90,6	37,7
	W	0,0	0,1	0,4	0,5	0,6	1,0	0,9	1,9	6,3	24,0	61,2	158,7	326,6	522,7	729,3	947,2	1067,2	747,7	302,3	87,3	18,6
Gallenblasen-OP	M	2,4	1,0	1,3	4,2	19,1	36,2	57,8	86,7	120,4	160,0	184,2	214,6	259,1	322,3	393,0	498,2	545,3	549,7	451,3	342,4	200,7
	W	1,2	0,8	1,3	14,3	90,4	171,0	226,5	261,9	299,1	316,8	317,2	363,5	399,3	441,2	464,2	473,6	466,6	433,3	346,6	232,2	157,0
Stammzellen-OP	M	4,1	6,4	4,7	3,1	5,2	5,7	5,1	6,7	8,5	7,7	11,4	17,8	24,0	27,9	28,3	14,8	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	W	4,6	4,6	3,0	1,9	2,5	2,7	2,4	2,1	3,3	4,6	7,3	9,6	14,6	17,7	16,7	6,7	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0
Koronarangioplastie	M	0,8	0,0	0,2	0,1	0,1	1,1	4,1	17,4	59,3	163,5	326,6	568,1	865,4	1095,3	1416,4	1755,9	1952,5	2040,2	1486,0	754,2	259,3
	W	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	1,6	4,1	12,5	31,3	63,2	111,2	185,9	287,0	441,0	636,0	831,5	891,8	644,4	286,2	82,6
Gebärmutterentf.	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	W	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	3,8	23,7	105,8	340,2	803,7	947,8	596,7	347,0	344,0	351,4	379,7	319,6	228,8	133,8	59,3	27,9
Nierentranspl.	M	0,3	0,9	0,8	0,8	1,5	1,8	2,7	2,9	4,1	5,0	4,7	6,4	7,0	7,4	12,0	6,9	2,1	0,6	0,2	0,0	0,0
	W	0,6	0,5	0,7	0,5	0,9	1,0	1,9	2,0	2,1	3,4	3,2	4,2	4,0	4,1	5,7	2,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0
Mandel-OP	M	4,5	757,5	471,2	159,3	241,9	240,0	176,7	155,0	122,6	85,7	54,1	44,4	38,5	35,0	31,3	20,9	17,2	10,0	5,8	4,5	0,0
	W	2,1	528,2	432,5	265,9	607,6	421,4	250,1	179,3	120,0	65,3	39,0	33,4	30,6	26,0	20,2	12,5	9,3	5,6	2,8	1,5	1,0
Blinddarm-OP	M	53,5	30,8	166,0	392,4	366,7	277,2	196,7	174,5	147,5	128,0	116,1	110,4	115,1	115,5	129,1	135,7	137,3	128,1	98,3	82,6	75,9
	W	40,6	27,0	137,7	407,8	670,1	444,6	265,2	190,6	160,1	136,3	128,5	116,7	115,7	103,0	104,8	105,2	104,3	97,1	86,5	58,6	60,3

Tab. 3: Anzahl der Operationen je 100.000 Einwohner in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012. Quelle: DRG-Statistik 2012; Statistiken zu den Versicherungszahlen in PKV und GKV; eigene Berechnung.

Liegen SFV bzw. SGV über 1, so sind die Fallzahlen/Gesundheitsausgaben im jeweils betrachteten OECD-Land höher als in Deutschland, liegt der Ratio unter 1, sind die Fallzahlen/Gesundheitsausgaben niedriger als in Deutschland. Kein Unterschied bestünde bei einem SFV bzw. SGV von 1. Diese Ergebnisse lassen sich auch als prozentuale Abweichung von den deutschen Werten darstellen.

Aus dem OECD-Ranking der unbereinigten Fallzahlen bzw. Gesundheitsausgaben kann abgelesen werden, um wie viel Prozent die Werte der anderen Länder von den deutschen abweichen. Die Höhe der Fallzahl oder der Gesundheitsausgaben wird also jeweils in Relation zum deutschen Wert ausgedrückt.

Diesem unbereinigten Ranking wird ein durch die indirekte Standardisierung bereinigtes Ranking gegenübergestellt. Die Länder werden hier nach dem standardisierten Fallzahlratenverhältnis (SFV) bzw. dem standardisierten Gesundheitsausgabenverhältnis (SGV) geordnet. So wird für jedes Land sichtbar gemacht, welche prozentuale Abweichung es zu den mit deutschen Profilen erwarteten Werten aufweist. Dieses

neue Ranking zeigt nun die um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigte Position Deutschlands im Ländervergleich an.

Ergebnisse

Abbildung 5 zeigt am Beispiel der Hüftersatz-Operation die Gegenüberstellung der hypothetischen Fallzahlen je 100.000 Einwohner (die sich aus der indirekten Altersstandardisierung anhand der in Abbildung 4 dargestellten deutschen Alters- und Geschlechtsprofile ergeben) und der rohen OECD-Daten.

Die Abbildung 5 ist wie folgt zu interpretieren: Der dunkle Balken („OECD-Daten“) gibt die unbereinigten Fallzahlen pro 100.000 Einwohner an. Der helle Balken („Anwendung deutscher Profile“) unterstellt, dass die deutschen Fallzahlen bei Hüft-OPs je Alter und Geschlecht jeweils in den übrigen Ländern gelten. Beispielsweise werden in Norwegen laut OECD-Statistik 250 Hüft-OPs pro 100.000 Einwohner durchgeführt und somit weniger als in Deutschland. Der alters- und

Ergebnis der indirekten Altersstandardisierung für 15 chirurgische Eingriffe			
	Rangposition Deutschland laut OECD-Daten	Rangposition nach Altersstandardisierung	Veränderung im OECD-Ranking
Koronarbypass	3	10	+7
Operation des Leistenbruchs	6	12	+6
Brusterhaltende Chirurgie	4	9	+5
Transurethrale Prostataentfernung	4	8	+4
Offene Prostataentfernung	8	12	+4
Entfernung der Gallenblase	3	6	+3
Einsatz einer Hüftprothese	2	5	+3
Einsatz einer Knieprothese	5	8	+3
Mastektomie	14	17	+3
Koronarangioplastie	1	2	+1
Entfernung der Gebärmutter	1	2	+1
Stammzelltransplantation	3	4	+1
Nierentransplantation	19	19	0
Entfernung der Gaumenmandeln	7	6	-1
Entfernung des Blinddarms	6	3	-3

Tab. 4: Ergebnis der indirekten Altersstandardisierung für 15 chirurgische Eingriffe.

geschlechtsstandardisierte Vergleichswert beläuft sich auf nur 223 pro 100.000 Einwohner. Dies ist der eigentlich richtige Wert für einen Vergleich mit der norwegischen Fallzahl laut OECD. Das standardisierte Fallzahlverhältnis (250/223) beträgt 1,12. Das heißt, Norwegen führt das 1,12-fache an Hüft-OPs durch (und somit 12 % mehr), als bei Anwendung deutscher Profile zu erwarten wäre. Tabelle 1 zeigt am Beispiel der Hüftersatz-Operation das neue Länderranking, in dem das Fallzahlverhältnis aus Vereinfachungsgründen in Prozentwerten dargestellt ist. Zum Vergleich ist auf der linken Seite das alte Ranking mit unbereinigten OECD-Zahlen dargestellt.

Durch die indirekte Altersstandardisierung wandert Deutschland von Rang 2 auf Platz 5 nach hinten. Die Schweiz bleibt weiter auf Platz 1. Ihr Abstand zu Deutschland vergrößert sich aber. In den OECD-Daten liegt die Schweizer Fallzahl 6,8 % vor der deutschen. Die Berücksichtigung der relativ jungen Schweizer Bevölkerung macht deutlich, dass in der Schweiz – mit 24,2 % mehr Eingriffe im Verhältnis zu Deutschland – altersbereinigt der Abstand noch deutlicher ausfällt, als die OECD-Daten suggerieren. Die Altersadjustierung führt zudem dazu, dass Deutschland von Österreich, Norwegen und Luxemburg überholt wird. In Norwegen werden altersbereinigt 12 % mehr Hüft-Operationen durchgeführt als in Deutschland – und nicht 13 % weniger wie in den Rohdaten. Tabelle 3 zeigt für jeden Eingriff die berechnete Altersabhängigkeit anhand der deutschen Profile.

Werden alle Eingriffe nach Größe der Rangverschiebung in Folge der indirekten Altersstandardisierung sortiert, ergibt sich das in Tabelle 4 dargestellte Bild.²

Die indirekte Altersstandardisierung ändert bei jedem betrachteten Eingriff – bis auf die Nierentransplantation – die Rangfolge der Länder. Deutschland rutscht bei allen Eingriffen, die ihren Schwerpunkt im Alter haben, im Länderranking nach hinten. Bei den Eingriffen, die vorwiegend in der Jugend durchgeführt werden (Entfernung der Gaumenmandeln und Blinddarmoperation), ist es dagegen umgekehrt und Deutschland liegt altersadjustiert im Ranking weiter vorne, als es die rohen OECD-Daten vermuten lassen.

Auch für die Gesundheitsausgaben wird ein standardisiertes Verhältnis der OECD-Gesundheitsausgaben (SVG) im Vergleich zum mit deutschen Profilen berechneten Vergleichswert berechnet. Wie bei den Fallzahlen lässt sich hieraus ein neues Länderranking bilden, in dem das Gesundheitsausgabenverhältnis aus Vereinfachungsgründen in Prozentwerten dargestellt ist (Tabelle 2). Auf der linken Seite ist das alte Ranking mit unbereinigten OECD-Zahlen dargestellt.

Durch die indirekte Altersstandardisierung verändert Deutschland seinen Platz im Länderranking von 6 auf 9. Die USA, Norwegen, die Schweiz, die Niederlande und Österreich liegen weiterhin auf den vorderen 5 Plätzen, wobei sich jedoch ihr prozentualer Abstand zu Deutschland deutlich vergrößert. In den USA sind die altersstandardisierten Ausgaben um rund 107 % höher als in Deutschland, in Norwegen rund 40 % und in der Schweiz um 34 % höher. Für Deutschland ergibt sich der Wert 0 %, da die deutschen Profile als Referenz dienen und der sich ergebende Wert auf den OECD-Wert normiert ist. Zudem wird Deutschland von Luxemburg, Dänemark und Kanada überholt, die im OECD-Ranking hinter Deutschland liegen. Bei Anwendung der deutschen Profile sind somit die Gesundheitsausgaben von 8 Ländern höher als die deutschen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass neben den beschriebenen methodischen Problemen die Berücksichtigung der Altersstruktur in den Ländern – anders als von McPherson et al. und Kumar/Schönstein dargestellt – sehr wohl einen Einfluss auf Länderrankings im Gesundheitsbereich hat. Auch wenn sich durch Altersstandardisierung nicht alle Probleme eines Ländervergleichs lösen lassen, ist eine Standardisierung bei der Interpretation der unterschiedlichen Fallzahlen und Gesundheitsausgaben zwischen Ländern unabdingbar. <<

2. Die Details der Berechnungen für jeden Eingriff finden sich in Finkenstädt/Niehaus (2015).

Literatur

Bundesversicherungsamt (2013): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen (Stand: 04.12.2013), online unter: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/info-dateien-und-auswertungen.html> (abgerufen am 04.12.2014).

Finkenstädt, V./Niehaus F. (2015): Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich - Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Kumar, A./Schönstein, M. (2013): Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 64. Paris: OECD Publishing.

McPherson, K./Gon, G./Scott, M. (2013): International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures, OECD Health Working Papers, No. 61. Paris: OECD Publishing.

OECD (2014): OECD Health Statistics 2014: Definitions, Sources and Methods: Surgical procedures (shortlist).

Statistisches Bundesamt (2013): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) - Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern bis zum kodierbaren Endpunkt 2011, Wiesbaden.

United Nations (2013): World Population Prospects: The 2012 Revision. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Country rankings based on OECD Health Data - An analysis of the methodological problems

The OECD Health Statistics is used frequently in public reporting to classify the German health care system in the international context. However, country rankings using OECD Data is subject to a number of methodological problems. These partly result from incomplete data as well as from lacking data comparability. Foremost, OECD Data usually do not take into account the influence of different population age in the member states - although a variety of medical interventions is clearly age-dependent. Therefore, a new country ranking is drawn up for 15 surgical interventions and for health expenditure using indirect age standardization. This approach changes the placement of Germany in the country ranking significantly. According to these findings, the influence of the age structure must be considered when interpreting OECD Health Data.

Keywords

age standardization, ranking countries, OECD Health Statistics, case numbers, health care spending

Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Dipl.-Soz.wiss. Verena Finkenstädt

ist Projektleiterin im Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP). Im Anschluss an ihr Studium der Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik war sie zunächst als Referentin beim Verband der Ersatzkassen (vdek) tätig, bevor sie im Jahr 2009 zum WIP wechselte. Einer ihrer Forschungsschwerpunkte ist der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen.

Kontakt: Verena.Finkenstaedt@wip-pkv.de



Dr. rer. pol. Frank Niehaus

ist Geschäftsführer des Versorgungswerks der Ärztekammer Bremen. Nach dem Studium der Wirtschaftswissenschaften promovierte er an der Universität Hannover und war bis April 2015 Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP). Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Finanzierung des Gesundheitswesens mit Fragen zur Nachhaltigkeit und zu Folgen des demografischen Wandels.



Prof. Dr. habil. Sonia Lippke
Lena Siebels
Juliane Paech

Patientenrelevante Endpunkte bei der Evaluation von Erkrankungen, Gesundheitsverhalten und Senioreneinrichtungen: Befunde aus zwei Befragungsstudien

In Zeiten des demografischen Wandels und insbesondere bei einem zunehmenden Anteil älterer Menschen und chronisch-degenerativer Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und orthopädischen Einschränkungen, nimmt die Bedeutung der Versorgung dieser zu. Ein wichtiger Baustein der Versorgungskette sind Präventionsleistungen (Pfaff/Schrappé 2011: 19). Patientenrelevante Endpunkte sind zentrale Eckpunkte bei Patientenpräferenzen: Patientenorientierung ist neben Ergebnisorientierung und Multidisziplinarität/-professionalität eine Grundannahme der Versorgungsforschung. Aus der Arbeit mit Patienten ist bekannt, dass sich die Ergebnisqualität auch in Gewinnen bei der Versorgung der Patienten ablesen lässt. Maße wie Gesundheits- und Lebensqualität sind Indikatoren solcher patientenrelevanter Endpunkte oder Gewinne. Dabei ist es wichtig zu verstehen, „welche Interessen der Patient hat und wie er aktiv in Entscheidungen einzubeziehen ist“ (Neugebauer 2011: 42). Im Folgenden wird deswegen auf den aktuellen Stand der Forschung zu Patientenpräferenzen und patientenrelevanten Endpunkten eingegangen, damit anschließend das Konzept auf den Bereich der Präventionsleistungen übertragen werden kann.

>> Zunehmend werden patientenrelevante Endpunkte in der Forschung und Praxis berücksichtigt und beispielsweise mit anderen Ergebnisparametern verglichen (z.B. Ciani et al. 2013: f457). Die Bedeutung von Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit ist bekannt und wird immer stärker berücksichtigt. Gleichzeitig gibt es immer noch viele offene Fragen, beispielsweise „Sollten auch gesunde Bürger/Versicherte einbezogen werden?“ (Scheibler 2011: 46). Insbesondere wenn Prävention im Vordergrund steht, dann ist diese Frage positiv zu beantworten.

Weitere offene Fragen betreffen die Auswahl und adäquate Nutzung von patientenrelevanten Endpunkten (a) bei älteren Menschen und (b) in der Prävention. Ältere Menschen werden bei der Messung von Lebensqualität (und insbesondere bei der Verwendung des Quality-Adjusted-Life-Year-Konzeptes, kurz QALY) benachteiligt (Scheibler 2011: 47). In der Prävention kommen andere Aspekte der patientenrelevanten Endpunkte dazu, die möglicherweise für zahl-

Zusammenfassung

Die Versorgung von älteren Menschen stellt in Zeiten des demografischen Wandels eine zentrale Herausforderung dar. Senioreneinrichtungen und Gesundheitsverhalten können einen wichtigen Baustein im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung bilden. Um anhand von patientenrelevanten Endpunkten die Potentiale von Senioreneinrichtungen und von Gesundheitsverhalten zu evaluieren, wurden zwei Studien durchgeführt (querschnittlich und über einen Zeitraum von 6 Monaten). Neben dem kalendarischen Alter wurde nach dem gefühlten körperlichen und geistigen Alter gefragt. Es zeigt sich, dass diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung besuchten, kalendarisch älter waren (M=76 Jahre) als diejenigen, die Senioreneinrichtungen nicht regelmäßig nutzten (M=63 Jahre). Die Nicht-Nutzer fühlten sich 13 Jahre jünger als sie kalendarisch waren, die unregelmäßigen Nutzer 18 Jahre und die regelmäßigen Nutzer 23 Jahre. Körperlich aktive Orthopädie-, HKK- und Atemwegspatienten fühlten sich deutlich jünger als inaktive Patienten. Die Befunde weisen auf die Potenziale von Seniorenbegegnungstätten und von Gesundheitsverhalten hin: Seniorenbegegnungstätten sind insbesondere bedeutsam für die geistige Gesundheitsförderung und Bewegung für die körperliche Gesunderhaltung. Deutlich wird auch die Bedeutung von patientenrelevanten Endpunkten für die Versorgungsforschung: Subjektives Alter kann als Endpunkt auf Nutzen hinweisen, die in Zeiten des demografischen Wandels wichtig sind.

Schlüsselwörter

Gesundheitsleistungen, Seniorenbegegnungstätten, Gesundheitsverhaltensänderung, körperliche Aktivität, demographischer Wandel, gefühltes Alter, subjektives Alter, Prävention

reiche Menschen von Bedeutung sind: Insbesondere Ältere wollen jung und fit bleiben, sie haben Angst, im Alter nicht mehr ohne fremde Hilfe leben zu können oder der Familie zur Last zu fallen (Goldammer 2014: 17-18). Entsprechend ist es wichtig, dass sie Möglichkeiten finden, fit und gesund zu bleiben, um den Wunsch nach Selbstständigkeit möglichst lange in die Tat umzusetzen. Solch eine Möglichkeit bieten in der Versorgungslandschaft Seniorenbegegnungstätten und Gesundheitsverhalten wie körperliche Aktivität. Inwiefern diese Menschen helfen, sich jung zu halten, also subjektiv jung zu bleiben, soll in zwei Studien untersucht werden. Dazu wird im Folgenden das Konzept des subjektiven Alters beschrieben.

Subjektives Alter

In der Literatur wird zwischen kalendarischem und subjektivem Alter unterschieden (Stettensen/Mayer 1997: 233-261; Stephan et al. 2012: 875-880; Mock/Eibach 2001: 979-986). Als kalendarisches Alter wird das Alter bezeichnet, das sich durch das Geburtsdatum ermitteln lässt, also den Blick auf den Kalender. Wird ein Mensch jedoch gefragt, wie alt er sich fühlt, dann kann damit das gefühlte Alter ermittelt werden. Eine wichtige weitere Facette kann durch die Berücksichtigung von beiden Maßen berechnet werden (s. Methodenteil).

Die Bedeutung des subjektiven Alters haben bereits vorherige Studien aufgezeigt. Beispielsweise haben Spuling et al. (2013: 5-15) Befunde aus Analysen mit 3.038 Teilnehmenden des Deutschen Alterssurveys zwischen 40 und 85 Jahren berichtet. Sie konnten den oftmals gefundenen Zusammenhang zwischen subjektivem Alter und verschiedenen Gesundheitsdimensionen replizieren. Neu waren die Befunde, dass das subjektive Alter längsschnittlich körperliche, mentale und subjektive Gesundheit bedingt. Umgekehrt war nur die subjektive Gesundheit bedeutsam für das subjektive Alter, nicht jedoch körperliche und mentale Gesundheit. Die Autoren schlussfolgerten, dass das subjektive Alter eine zentrale Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte ist.

Aus der Patientenversorgung hat sich das subjektive Alter ebenfalls als bedeutsam erwiesen: Patienten, die sich jünger fühlen als sie kalendarisch waren, berichten eine bessere Gesundheit und zei-

gen höhere Überlebensraten (z.B. Gellert et al. 2012: 208-218). Auch zeigte sich, dass diejenigen, die sich jünger fühlten, mehr positive Kognitionen und Verhaltensweisen hatten, wie z.B. positives Denken und die Einbindung in das soziale Netzwerk der Familie (Lim et al. 2013: 249-254). Es scheint also sinnvoll, das subjektive Alter als potenziell patientenrelevantes Outcome zu evaluieren, was entsprechend in der vorliegenden Studie realisiert wurde. Konkret ist die Frage, ob das subjektive Alter mit dem Vorliegen von Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, orthopädischen Indikationen und Atemwegserkrankungen zusammenhängt.

Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Aktivität hat nachweislich positive Effekte auf die körperliche und geistige Gesundheit (WHO, 2014). So hat sich gezeigt, dass Menschen, die regelmäßig körperlich aktiv sind, sich auch körperlich jünger fühlen. Das subjektive Alter kann beeinflussen, ob sich jemand vornimmt und zutraut, körperlich aktiv zu werden. Eine Frage, die bisher noch nicht untersucht wurde, ist, ob sich Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer Erkrankung und der Ausübung von Aktivität im Vergleich mit dem subjektiven Alter zeigen.

Senioreneinrichtungen

Seniorenbegegnungsstätten können in der Versorgungskette als Selbsthilfeszusammenschluss verstanden werden: Sie fördern die Eigenverantwortung, die Selbsthilfe und die aktive Mitarbeit (Borgetto 2011: 53). Sie sind Pflege- und Altenheimen sowie ambulanten pflegerischen Versorgungsleistungen vorgeschaltet oder arbeiten mit diesen zusammen. Seniorenbegegnungsstätten kommen wichtige Aufgaben bei der Aktivierung und der zielgruppenspezifischen Angebotsgestaltung zu. So schreiben Rothgang und Unger (2011: 191) „Im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen sind insbesondere Prävention und Gesundheitsförderung als Instrumente zur Einflussnahme auf die Versorgungsbedarfe hervorzuheben. Dabei ist das Augenmerk viel stärker als gegenwärtig auf die Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung bei Älteren [...] zu legen.“ Genau aus diesem Grund sind die Senioreneinrichtungen, die bisher kaum wissenschaftliche Aufmerksamkeit bekommen haben, zentral wichtig und sollen in der vorliegenden Studie hinsichtlich ihrer Bedeutung für den patientenrelevanten Endpunkt „subjektives Alter“ untersucht werden.

Studie 1 mit potenziellen, gelegentlichen und regelmäßigen Nutzern von Senioreneinrichtungen

Methode

Die Teilnehmer dieser Studie waren Personen, die im Juli und August 2013 in Seniorenbegegnungsstätten und an öffentlichen Orten (z.B. Bürgerhäuser, Einkaufszentren und S-Bahnhöfen) rekrutiert wurden. Eine Forschungsassistentin sprach Personen an diesen Orten an und lud sie zur Teilnahme an einer kurzen Befragung ein. Die Befragung bestand aus einem vierseitigen Fragebogen zu verschiedenen Aspekten von Senioreneinrichtungen, individuellen Lebensstilfaktoren, Altersbildern und soziodemografischen Variablen. Die Befragung war querschnittlich und erfolgte vollkommen anonym.

Insgesamt nahmen N = 105 Personen an der Befragung teil. 70 der Personen waren weiblich (66,7%) und 31 männlich (29,5%), die

übrigen gaben ihr Geschlecht nicht an. Befragt nach der Nutzung von Senioreneinrichtungen, berichteten 35 Personen (33,3%), dass sie diese nicht besuchen würden. 18 Personen (17,1%) gaben an, unregelmäßig eine Einrichtung zu nutzen. 49 Personen (46,7%) berichteten eine regelmäßige Nutzung. 3 Personen (2,9%) beantworteten diese Frage nicht.

Das kalendarische Alter wurde mit der Frage „Wie alt sind Sie derzeit?“ erhoben. Als Antwortoption wurde „_____Jahre“ angeboten und erwartet, dass das kalendarische Alter in Zahlen eingetragen würde. Anschließend folgten die Fragen zum gefühlten kognitiven und körperlichen Alter. Diese beiden gefühlten Altersvariablen wurden mit den Fragen „Wie alt fühlen Sie sich geistig?“ und „Wie alt fühlen Sie sich körperlich?“ erhoben. Es wurde die gleiche Antwortoption vorgesehen wie beim kalendarischen Alter. Das subjektive Alter wurde aus den zuvor gemessenen Altersvariablen berechnet: Das kalendarische Alter wurde vom wahrgenommenen geistigen bzw. körperlichen Alter subtrahiert.

Alle Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 22) durchgeführt. Es wurden Frequenzanalysen, Varianzanalysen (ANOVA) und Post-hoc-Paarvergleiche (Bonferroni) berechnet.

Ergebnisse

Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, kalendarisch 63 Jahre alt zu sein (s. Tab. 1, oberer Teil). Diejenigen, die eine Einrichtung unregelmäßig nutzten, berichteten im Durchschnitt, kalendarisch 68 Jahre alt zu sein. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung besuchten, waren im Durchschnitt kalendarisch 76 Jahre alt.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren insgesamt betrachtet statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied hauptsächlich auf zwei Gruppenunterschieden: diejenigen, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, waren kalendarisch signifikant älter als Personen, die die Senioreneinrichtung nicht oder nur unregelmäßig nutzten. Unregelmäßige Nutzer und Nie-Nutzer waren nicht signifikant unterschiedlich kalendarisch alt.

Alle befragten Personen berichteten ein gefühltes kognitives Alter von durchschnittlich 51 Jahren. Die Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tab. 1) waren nicht statistisch bedeutsam: Auch wenn diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung nutzten, sich kognitiv etwas älter fühlten als diejenigen, die eine Einrichtung nicht oder unregelmäßig nutzten, war dieser Unterschied nicht signifikant (s. Tab. 1).

Die Befunde zu gefühltem körperlichen Alter fielen anders aus: Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, sich körperlich 53 Jahre alt zu fühlen (s. Tab. 1). Diejenigen, die eine Einrichtung unregelmäßig besuchten, berichteten im Durchschnitt, sich körperlich 56 Jahre alt zu fühlen. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 66 Jahre alt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren insgesamt betrachtet statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied wiederum hauptsächlich auf zwei Gruppenunterschieden: Diejenigen, die sich regelmäßig in einer Einrichtung engagierten, fühlten sich körperlich signifikant älter als die Personen, die eine Senioreneinrichtung nicht oder nur unregelmäßig nutzten. Unregelmäßige Nutzer und Nie-Nutzer fühlten sich nicht signifikant unterschiedlich körperlich alt.

Die befragten Personen, die nicht regelmäßig Senioreneinrichtungen nutzten, gaben im Durchschnitt an, sich kognitiv 14 Jahre jünger zu fühlen, als sie es kalendarisch waren (s. Tab. 1). Diejeni-

Nutzung von Senioreneinrichtungen				ANOVA	Paarvergleiche
Alter (in Jahren)	Keine Nutzung N=34	Unregelmäßige Nutzung N≤13	Regelmäßige Nutzung N≤37		
Kalendarisches Alter	63,20 (7,37)	67,77 (11,18)	76,30 (8,98)	F (95, 2) = 22,43**	Keine < regelmäßige** Unregelmäßig < regelmäßig**
Gefühltes kognitives Alter	49,00 (10,48)	48,29 (12,05)	54,00 (13,24)	F (83, 2) = 2,01	
Gefühltes körperliches Alter	52,82 (10,15)	56,23 (10,67)	66,05 (16,01)	F (85, 2) = 9,65**	Keine < regelmäßige** Unregelmäßig < regelmäßig#
Subjektives kognitives Alter (Differenz Gefühltes kognitives Alter - Kalendarisches Alter)	-13,91 (10,19)	-18,07 (8,96)	-22,51 (13,00)	F (82, 2) = 5,10**	Keine < regelmäßige**
Subjektives körperliches Alter (Differenz Gefühltes körperliches Alter - Kalendarisches Alter)	-10,09 (9,17)	-9,62 (7,63)	-10,70 (13,38)	F (84, 2) = 0,06	

Tab. 1: Berichtetes kalendarisches, gefühltes kognitives und körperliches Alter sowie kognitives und körperliches Sich-jünger-Fühlen – Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) sowie Ergebnisse der ANOVA und der Paarvergleiche. Legende: **p≤.01; *p≤.05; #p≤.1

gen, die eine Einrichtung unregelmäßig besuchten, berichteten im Durchschnitt, sich kognitiv 18 Jahre jünger zu fühlen. Befragte, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich im Durchschnitt kognitiv 23 Jahre jünger. Die Unterschiede waren statistisch bedeutsam, jedoch beruhte dieser Unterschied wie auch vorher auf einem Gruppenunterschied: Diejenigen, die regelmäßig eine Einrichtung nutzten, fühlten sich kognitiv signifikant jünger als Personen, die Senioreneinrichtungen nicht nutzten.

Alle befragten Personen berichteten, sich körperlich 10 Jahre jünger zu fühlen, als sie es kalendarisch waren (s. Tab. 1 ; Abb. 1, gestrichelte Linie): Diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung besuchten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 11 Jahre jünger, als sie es kalendarisch waren; diejenigen, die sich nicht oder nur unregelmäßig in einer Einrichtung engagierten, fühlten sich im Durchschnitt körperlich 10 Jahre jünger. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch bedeutsam (s. Tab. 1).

Der Großteil der Befragten gab an, regelmäßig körperlich aktiv zu sein (81 Personen). Diejenigen, die regelmäßig körperlich aktiv und die, die inaktiv waren, waren im Durchschnitt gleich alt (Aktive

70,9; Inaktive 70,2 Jahre). Bei der Betrachtung von gefühltem und subjektivem Alter zeigten sich lediglich deskriptive Unterschiede, die jedoch nicht signifikant waren: Körperlich aktive Studienteilnehmer fühlten sich kognitiv 19 Jahre und körperlich 11 Jahre jünger als sie es nach Kalender waren, inaktive nur 16 Jahre (kognitiv) bzw. 11 Jahre (körperlich; alle $F < 1$; $p > .4$).

Studie 2 mit Internetnutzern

Methode

Die Methode und die T1-Daten mit anderen Effekten sind in Lippke, Ziegelmann, Velicer und Schwarzer (2009) nachzulesen. Die befragten Personen wurden nach einem halben

Jahr zu einer Nachbefragung per Email eingeladen. Von 2.207 Personen zu T1 reagierten $n=794$ auf die Einladungsemail (36% des Initialsamples). Die Mehrzahl der Befragten waren weiblich ($n=527$; 66,4%), 194 männlich (24,4%), die übrigen machten keine Angaben zu ihrem Geschlecht. Die Befragten waren zu T1 $M=38,2$ Jahre ($SD=12,4$) alt (kalendarisches Alter).

Die Messung der Variablen (kalendarisches und gefühltes Alter) sowie die Berechnung des subjektiven Alters erfolgte wie in Studie 1. Zu T2 wurde zusätzlich erfragt, ob eine orthopädische (OE), Herz-Kreislauf- (HKK) oder Atemwegserkrankung (AE) vorlag und die Befragten konnten antworten mit „hatte ich nie“, „habe ich jetzt nicht mehr“ oder „habe ich jetzt“. Diejenigen, die diese Frage nicht beantworteten oder antworteten „weiß ich nicht“, wurde von den jeweiligen Analysen ausgeschlossen (delete listwise). Es wurden die Alters-Mittelwerte der drei Gruppen „hatte-ich-nie“ (nie; $nOE=335$; $nHKK=403$; $nAE=359$), „habe-ich-jetzt-nicht-mehr“ (nicht-mehr; $nOE=53$; $nHKK=11$; $nAE=38$) oder „habe-ich-jetzt“ (jetzt; $nOE=45$; $nHKK=10$; $nAE=28$) verglichen mittels multifaktorieller Varianzanalysen (MANOVA) und mit Post-hoc-Paarvergleichen (Bonferroni).

Literatur

- Borgetto, B. (2011): Selbsthilfefzusammenschlüsse. In Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 53-57
- Caudroit, J./Stephan, Y./Chalabaev, A./Le Scannff, C. (2012): Subjective age and social-cognitive determinants of physical activity in active older adults., In: Journal Of Aging And Physical Activity, 20(4): 484-496.
- Ciani, O./Buyse, M./Garside, R./Pavey, T./Stein, K./Sterne, J. A. C./Taylor, R. S. (2013): Comparison of treatment effect sizes associated with surrogate and final patient relevant outcomes in randomised controlled trials: meta-epidemiological study. In: BMJ 2013, 346: f457.
- Gellert, P./Ziegelmann, J.P./Lippke, S./Schwarzer, R. (2012): Future time perspective and health behaviors: Temporal framing of self-regulatory processes in physical activity and dietary behaviors. In: Annals of Behavioral Medicine 2012, 43, 2: 208-218.
- Goldammer, D. (2014): Angst vor dem Älter-Werden. In: Goldammer, D. (Hrsg.) (2014): 17-18
- Lim, M. Y./Stephens, E. K./Novotny, P./Price, K./Salayi, M./Roeker, L./Peethambaram, P./Jatoiemail, A. (2013): Self-perceptions of age among 292 chemotherapy-treated cancer patients: Exploring associations with symptoms and survival . In: Journal of Geriatric Oncology 2013, 4, 3: 249-254.
- Mock, S. E./Eibach, R. P. (2011): Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: Evidence from a 10-year longitudinal study. In Psychology And Aging 2011, 26, 4: 979-986
- Neugebauer, E. A. M. (2011): Patienten – Einführung. In: Pfaff, H. /Neugebauer, E. A. M./ Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011):42-43
- Pfaff, H./Schrappe, M. (2011): Einführung in die Versorgungsforschung – Gegenstand. In: Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 14-23
- Rothgang, H./Unger, R. (2011) Demographischer Wandel. In Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 188-193
- Scheibler, F. (2011): Patientenpräferenzen. In: Pfaff, H./Neugebauer, E. A. M./Glaeske, G./Schrappe, M. (Hrsg.) (2011): 44-48
- Settersten, R. A./Mayer, K. U. (1997): The measurement of age, age structuring, and the life course. In: Annual Review of Sociology 1997, 23: 233-261
- Spuling, S.M./Miche, M./Wurm, S./Wahl, H.-W. (2013): Exploring the Causal Interplay of Subjective Age and Health Dimensions in the Second Half of Life: A Cross-Lagged Panel Analysis. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2013, 21, 1: 5-15
- Stephan, Y./Chalabaev, A./Kotter-Grünh, D./Jaconelli, A. (2013): „Feeling younger, being stronger“: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. In: The Journals Of Gerontology. Series B, Psychological Sciences And Social Sciences, 68, 1: 1-7. doi:10.1093/geronb/gbs037
- Stephan, Y./Demulier, V./Terracciano, A. (2012): Personality, self-rated health, and subjective age in a life-span sample: The moderating role of chronological age. In: Psychology And Aging 2012, 27, 4: 875-880
- World Health Organization (WHO). (2014): Fact sheet on physical activity (Fact sheet N°385). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

Subjektives geistiges Alter der Befragten, die eine Senioreneinrichtung nicht, unregelmäßig oder regelmäßig nutzen

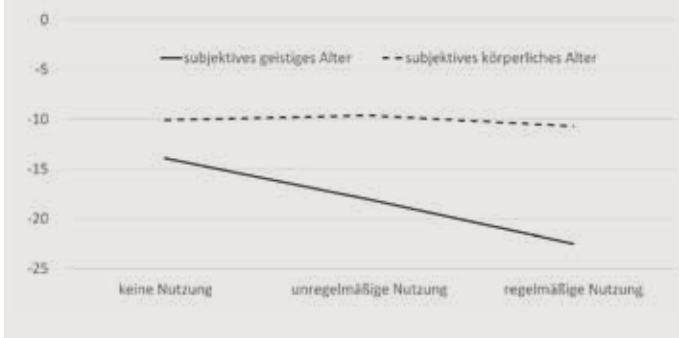


Abb. 1: Subjektives kognitives Alter der Befragten, die eine Senioreneinrichtung nicht, unregelmäßig oder regelmäßig nutzen.

Ergebnisse

Unterschiede hinsichtlich des kalendarischen Alters zeigten sich für OE und HKK („nie-Gruppe“ < „nicht-mehr-Gruppe“ < „jetzt-Gruppe“), nicht jedoch hinsichtlich AE. Lebensstil war bei keiner Erkrankung signifikant assoziiert mit dem kalendarischen Alter. Lediglich die Interaktion aus Lebensstil und Erkrankung war bedeutsam bei HKK: Hier waren diejenigen, die eine aktuell vorliegende HKK berichteten und körperlich aktiv waren, älter als diejenigen, die eine HKK berichteten und inaktiv waren. Um für diese Unterschiede im kalendarischen Alter zu kontrollieren, wurde das subjektive Alter als patientenrelevanter Endpunkt gewählt. Es zeigten sich die folgenden Mittelwertmuster (s. Abb. 2, Panel a-f).

Im Durchschnitt fühlen sich die körperlich Aktiven körperlich jünger als diejenigen, die inaktiv sind. Nur bei HKK ist der Faktor Lebensstil auch für subjektives kognitives Alter signifikant geworden (Tab. 2 ; Abb. 2). Die Interaktionen aus Lebensstil und Erkrankung machen deutlich, dass körperliche Aktivität vor allem dabei hilft, dass sich die Patienten (Personen, die angeben „derzeit“ eine Erkrankung zu haben) körperlich jünger fühlen als inaktive Patienten.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die Erkrankungen eher mit subjektivem körperlichen Alter zusammenhängen als mit subjektivem kognitiven Alter.

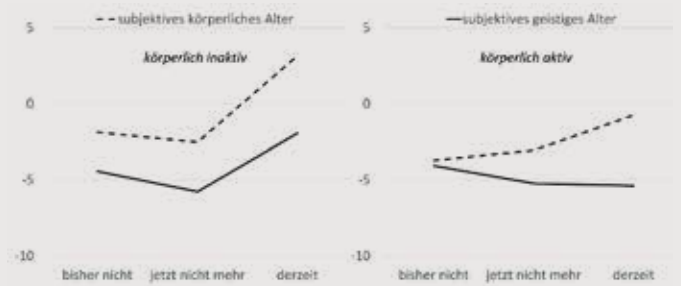
Diskussion

Bei der Versorgung von älteren Menschen v.a. im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung können zum einen Seniorenbegegnungsstätten und zum anderen Gesundheitsverhalten eine bedeutende Rolle übernehmen (vgl. Borgetto 2011: 53-57). Dies ist deutlich geworden bei der Evaluation des patientenrelevanten

2-Faktorielle-MANOVAs zu Lebensstil und Erkrankung				
Quelle der Varianz	df	Orthopädische Indikation	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Atemwegserkrankungen
Gruppenvergleiche				
Lebensstil	1	0,70 8,92**	12,32** 19,90**	0,82 14,72**
Erkrankung	2	0,93 12,36**	0,65 5,05**	2,02 2,36
Interaktion Lebensstil X Erkrankung	2	1,358 1,382	6,95** 6,56**	1,12 3,80*

Tab. 2: Ergebnisse aus den 2-Faktoriellen-MANOVAs zu Lebensstil und Erkrankung sowie deren Interaktion jeweils für Orthopädische Indikation, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Anmerkungen: Erstgenannte Werte betreffen subjektives kognitives Alter; die zweitgenannten subjektives körperliches Alter; ** p < .01; p < .05.

Subjektives geistiges Alter und körperliches Alter der Befragten, die bisher nicht, nicht mehr oder derzeit eine orthopädische Indikation haben, differenziert nach körperlich inaktiven (li.) und körperlich aktiven Personen (re.)



Subjektives geistiges Alter und körperliches Alter der Befragten, die bisher nicht, nicht mehr oder derzeit eine Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben, differenziert nach körperlich inaktiven (li.) und körperlich aktiven Personen (re.)



Subjektives geistiges Alter und körperliches Alter der Befragten, die bisher nicht, nicht mehr oder derzeit eine Atemwegserkrankungen haben, differenziert nach körperlich inaktiven (li.) und körperlich aktiven Personen (re.)



Abb. 2: Subjektives kognitives Alter (links) und körperliches Alter (rechts) der Befragten, die nie, nicht mehr oder derzeit eine Erkrankung haben: Orthopädische Indikation (Panel a-b), HKK (Panel c-d) und Atemwegserkrankung (Panel e-f).

Outcomes „subjektives Alter“. Während die Betrachtung des kalendarischen Alters deutlich machte, dass Seniorenbegegnungsstätten tatsächlich eher (kalendarisch) ältere Menschen ansprechen, zeigten sich erstaunliche Befunde beim subjektiven Alter: Wird nach kognitivem und körperlichem Alter differenziert, so erweisen sich die Senioreneinrichtungen als zentral bei der Förderung der subjektiven geistigen Fitness.

Im Gegensatz zum subjektiven körperlichen Alter, bei dem sich die Unterschiede zwischen den Nutzergruppen ähnlich zeigten wie im kalendarischen Alter, ließen sich keine Unterschiede im kognitiven Alter beobachten: Auch wenn diejenigen, die regelmäßig eine Senioreneinrichtung nutzten, im Durchschnitt kalendarisch älter waren und sich auch körperlich älter fühlten als diejenigen, die keine Senioreneinrichtung aufsuchten, fühlten sie sich geistig nicht älter als die Vergleichsgruppen.

Bei der Evaluation von Krankheiten zeigte sich, dass sich die körperlich Aktiven deutlich jünger fühlen. Dies bietet viele Potentiale für präventive und rehabilitative Maßnahmen: Während das kalendarische Alter nicht verändert werden kann, ließe sich am subjektiven Alter gezielt ansetzen, um Menschen zu unterstützen, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Maßnahmen könnten Patienten unterstützen, sich in der Lage zu fühlen, aktiv zu werden oder auch Aktivitäten zu vermitteln, die als passend wahrgenommen werden und die körperlich und geistig fit machen.

Die Befunde zeigen damit Potenziale von Seniorenbegegnungsstätten für die geistige Gesundheitsförderung von insbesondere älteren Mitbürgern (Borgetto 2011: 53-57). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen aber darüber hinaus auch die Bedeutung von patientenrelevanten Endpunkten wie subjektives körperliches und geistiges Alter deutlich (vgl. Spuling et al. 2013: 5-15). Wenn es darum geht, die Patientenorientierung zu verbessern und Konzepte wie Lebensqualität zu erweitern, dann bieten sich Maße wie „gefühltes Alter“ an. In der Zukunft bieten diese Parameter viele Chancen für die Versorgungsforschung.

Die Frage, die an dieser Stelle offen bleiben muss, betrifft die Motivation von all denjenigen, die (noch) nicht regelmäßig eine Seniorenbegegnungsstätte besuchen bzw. sich nicht regelmäßig körperlich bewegen: Sie sollten vom möglichen Nutzen eines regelmäßigen Besuches bzw. von regelmäßiger körperlicher Bewegung überzeugt werden. Nur wie können sie dazu motiviert werden? Oder sollten die Angebote so optimiert werden, dass sich auch diejenigen, die kalendarisch (noch) jünger sind bzw. keine Krankheiten haben, sich dort bzw. von den Angeboten angesprochen fühlen? Dies sind Fragen, die es in zukünftigen Studien zu klären gilt. <<

Patient relevant outcomes in evaluating diseases, health behavior and senior community centers: Results from two questionnaire studies

The health care of older people is of central importance in times of demographic change. Senior community centers and health behavior may be an imperative part of prevention and health promotion. With the aim to evaluate the potentials of senior community centers and of health behavior with patient relevant outcomes, two studies were conducted (cross-sectional and longitudinal over a time span of 6 months). The study participants were asked regarding their calendar age, as well as regarding their perceived physical and mental age. Results indicated that individuals who visited a senior community center regularly were older at the mean level ($M=76$ years) than individuals who did not use senior community centers at all ($M=63$ years). The non-users perceived themselves as being cognitively 13 years younger, the infrequent users 18 years and the regular users 23 years younger than they were in regard to their chronological age. Physically active orthopedic, cardiovascular and pulmonary patients perceived themselves younger than inactive patients. The findings direct towards the potentials of senior community centers and health behavior: Senior community centers transpired as especially important for mental health, and physical activity for physical health. The importance of patient relevant outcomes in health care research also becomes apparent: Subjective age can serve as an outcome which indicates advantages especially crucial in times of demographic change.

Keywords

Health care performance, elderly homes, demographic change, perceived age, subjective age, mental health promotion, physical health, prevention

Autorenerklärung

Die Autorinnen haben keine Interessenkonflikte.

Danksagung

Hubert Resch und Heike Lemmermann danken wir für die Unterstützung bei der Datenerhebung in Studie 1. Britta Molter danken wir für die editoriale Bearbeitung einer früheren Version des Manuskripts.

Prof. Dr. habil. Sonia Lippke

ist Professorin für Gesundheitspsychologie, Jacobs Center on Lifelong Learning and Institutional Development (JCLL) & Bremen International Graduate School of Social Sciences (BIGSSS), Jacobs University Bremen. Sie studierte in Göttingen und Berlin (FU), promovierte und habilitierte an der FU, arbeitete als Post-Doctoral Fellow an der University of Alberta, Kanada, und Associate Professor an der Maastricht University, Niederlanden. Kontakt: s.lippke@jacobs-university.de



Lena Siebels

absolviert ein studienbegleitendes Praktikum an der Jacobs University Bremen im Bereich Gesundheitspsychologie. Sie hat einen Bachelor von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und studiert derzeit ebenfalls in Oldenburg im Masterstudiengang. Kontakt: lana.siebels@uni-oldenburg.de



Juliane Paech

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Jacobs University Bremen in der Abteilung für Gesundheitspsychologie. Sie studierte in Potsdam, Berlin (FU) und Greifswald. Derzeit promoviert sie an der Jacobs University Bremen und arbeitet in einem EU-Projekt zur Verbesserung der Health Literacy von älteren Menschen (irohla.eu). Kontakt: j.paech@jacobs-university.de



Julia Kobayashi, M. Sc.
Dr. rer. pol. Mirjam Thanner
Prof. Dr. Dr. rer. pol. Klaus Nagels

Importförderung von Arzneimitteln: Eine Untersuchung zu Auswirkungen auf diverse Akteure im Gesundheitswesen

Mit einer Reihe von Regulierungsmaßnahmen wurde seitens der Politik versucht, steigende Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrenzen [1]. Neben der Aut-idem-Regelung, den Festbeträgen, Preismoratorien und Zwangsrabatten zählt dazu auch die Importförderung nach § 129 SGB V. Dabei werden im europäischen Ausland günstiger auf dem Markt angebotene Medikamente gewerbsmäßig von Importeuren aufgekauft und über Apotheken im Inland an die Patienten abgegeben. Zusätzlich existiert eine Importquote, welche den prozentualen Anteil vom Apotheker abzugebender Importarzneimittel am Arzneimittelumsatz festlegt [2]. Begrifflich lassen sich parallelimportierte von reimportierten Arzneimitteln unterscheiden. Der überwiegende Anteil der auf dem deutschen Markt befindlichen Importware gehört zu den Parallelimporten. Dies sind Arzneimittel, die im Ausland von multinationalen Pharmakonzernen produziert und sowohl vom Hersteller als auch vom Importeur nach Deutschland eingeführt werden [3]. Reimporte sind dagegen Arzneimittel, die in Deutschland produziert und in andere Länder exportiert wurden. Dort kaufen Reimporteure sie zu einem günstigeren Preis ein und bringen sie wieder zurück nach Deutschland [4]. Da neue gesundheitspolitische Instrumente mit dem Ziel der Ausgabenbegrenzung vorhandene meist nicht ersetzen, sondern erweitern, führt diese Add-on-Regulierung im GKV-Markt zu einem immer komplexer werdenden Regulierungswerk mit unklaren Wirkungsbeziehungen [5-6]. Bedeutsam aus der Sicht der Versorgungsforschung erscheint zudem, dass auch nicht intendierte negative Effekte die Akzeptanz von Regulierungsinstrumenten in der Praxis einschränken können. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die von den Akteuren wahrgenommenen Auswirkungen der Importförderung qualitativ zu erfassen.

>> Um einschätzen zu können, welche positiven und negativen Effekte unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen dem Steuerungsinstrument Importförderung zuschreiben, wurden semistandardisierte Interviews mit neun Experten in jeweils leitenden Funktionen der Bereiche Krankenversicherung (n=3), forschende Pharmaindustrie (n=3), Apotheke (n=2) und Arzneimittelimport (n=1) geführt. Das Erreichen von Repräsentativität war gemäß den Kriterien der qualitativen Forschung

Zusammenfassung

Mit einer Reihe von Regulierungsmaßnahmen sollen steigende Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt werden, z. B. durch die Importförderung nach § 129 SGB V. Um einschätzen zu können, welche positiven und negativen Effekte unterschiedliche Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen der Importförderung aktuell zuschreiben, wurden neun Experteninterviews geführt und qualitativ ausgewertet. Neben möglichen Einspareffekten nannten die Interviewpartner auch zahlreiche negative Auswirkungen, welche die Akzeptanz des Steuerungsinstrumenten in der Praxis mindern können. Unabhängig von der Frage nach der nötigen Regulierungstiefe im Arzneimittelmarkt sollte verstärkt auf die Konsistenz und Nachhaltigkeit ökonomischer Anreize für verschiedene Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen geachtet werden, zumal wenn deren Finanzierungs- und Steuerungspotenzial ausgeschöpft werden soll.

Schlüsselwörter

Arzneimittelversorgung, Importförderung, gesetzliche Krankenversicherung, GKV

kein Ziel bei der Auswahl der Gesprächspartner [7]. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis einer Literaturrecherche erstellt. Folgende Fragestellungen flossen in die Interviews ein:

- Welchen Beitrag können Arzneimittelimporte zur Kostensenkung im Bereich der Arzneimittelausgaben der GKV leisten?
- Welche negativen Effekte werden der Importförderung auf unterschiedliche Akteure (z.B. Patienten, forschende Pharmaindustrie, Apotheken, Kostenträger) im Gesundheitswesen zugeschrieben?

Nach Zustimmung der Interviewpartner wurden die tonbandgestützten Aufzeichnungen der durchschnittlich 25-minütigen Gespräche wörtlich transkribiert (n=6). Lag keine Zustimmung vor, so wurde während und nach dem Gespräch ein Gedächtnisprotokoll angefertigt (n=3). Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse [7-8].

Ergebnisse

Beitrag der Arzneimittelimporte zur Kostensenkung

Einspareffekte für die Kostenträger beschrieben insbesondere der Arzneimittelimporteur und die Vertreter der Krankenkassen. Kostensenkungen resultierten zum einen direkt aus den günstigeren Apothekenabgabepreisen der Importe, zum anderen auf indirekten Effekten, da durch die Existenz der Arzneimittelimporte auch die Preise der Originalpräparate unter Druck gerieten.

„[An den Importen ist], würde ich sagen, erst mal das Positive, weil wir natürlich dadurch einfach Geld sparen. Geld sparen heißt immer, das kann man für andere gesundheitliche Leistungen ausgeben. (Experte Krankenversicherung)“

„2Ja, für Krankenversicherungen ist das ganz einfach. Krankenversicherungen sparen durch Importe Geld. [Dies ergibt sich aus] direkten Einsparungen durch Preisunterschiede und eine schwer zu berechnende Größe dadurch, dass Importe als Wettbewerbsinstrument zu günstigeren Preisen im Originalmarkt führen. (Experte Arzneimittelimport)“

In der Wahrnehmung der befragten Experten aus der forschenden Pharmaindustrie und der Apotheke zeigten sich dagegen keine eindeutigen Kostensenkungseffekte: Je nach Perspektive könnten durch Arzneimittelimporte auch Mehrkosten entstehen. Teilweise wurde der Beitrag der Arzneimittelimporteure zur Wertschöpfung im Gesundheitswesen sogar gänzlich in Frage gestellt und von der Importförderung

begünstigte Arzneimittel als überflüssig bezeichnet.

„Also, ich sehe keine Vorteile von Parallelimporten, außer, dass ein paar Leute auf dem Papier wahnsinnig Geld gespart haben – was aber eine reine Verschiebung im Markt ist, dass jemand anderes die Kosten trägt, um diese Einsparungen zu zahlen. Also in dem Fall wir. (Experte Apotheke)“

„Muss [der Kunde] aber auf seine Medikamente warten [weil wir den Parallelimport nicht vorrätig haben], hat er also Sekundärkosten, wenn er mit dem Bus noch einmal reinfahren muss, was das ganze wieder unwirtschaftlich macht.“ (Experte Apotheke)

„Es macht keinen Sinn, einen Import, der 10% billiger ist oder vielleicht sogar 20%, dem Patienten mitzugeben und der geht dann nach Hause und wirft es weg, in dem Sinn, dass er kein Vertrauen hat.“ (Experte Apotheke)

„[Negative Auswirkungen auf Kostenträger?] Im Wesentlichen Image und die Wahrnehmung durch die Versicherten.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)“

„Das hat sicherlich auch ein bisschen mit Image zu tun. Die Packung des [Imports] wirkt durch dieses Überleben etwas minderwertiger und könnte auch als solches beim Patienten ankommen.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Und die einzigen, die eigentlich nichts Richtiges leisten, außer, dass sie Laster kaufen und noch einen Laster kaufen, sind die Parallelimporteur.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Bei den Arzneimittelimporten ist es in diesem Fall so, dass ich da eine Gruppe agieren sehe, von denen ich nicht so richtig erkennen kann, dass sie einen Gewinn für das Gesundheitswesen darstellen. Also, wenn wir mal betrachten, dass es im Gesundheitswesen eben um den Patienten herum den Apotheker, den Arzt, die Klinik und das arzneimittelherstellende Unternehmen gibt, dann sage ich mal, verdienen die im Gesundheitswesen, weil sie einen klar erkennbaren Beitrag leisten. [Mit den Arzneimittelimporteuren habe ich] ein bisschen das Problem, dass wir Menschen verdienen lassen, die am Ende ja für denjenigen, der als Patient dort steht, keinerlei Beitrag leisten.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„[Importe sind eine] nicht notwendige Produktgruppe.“ (Experte Apotheke)

Die Interviewpartner machten darauf aufmerksam, dass die Steuerungswirkungen gesundheitspolitischer Anreize im Hinblick auf Arzneimittelimporte derzeit nicht konsistent seien. Um die Importquote zu erfüllen, bestehe für den Apotheker ein Anreiz, möglichst hochpreisige Importe abzugeben. Gerade in diesem Segment könne aber der Patient nicht von geringeren Zuzahlungen profitieren, da der Maximalbetrag von 10 Euro ohnehin überschritten werde.

„Wir sehen das ja auch ganz klar, dass die Apotheker das [die Importquote erfüllen] am liebsten mit hochpreisigen Arzneimitteln tun, weil sie damit eben am ehesten ihre Parallelimportquote füllen. Da geben

sie sich nicht mit (...) irgendwelchen billigen Arzneimitteln ab, sondern die schauen da nach den hochpreisigen. Dann haben sie das [die Importquote] vom Umsatzvolumen deutlich schneller erreicht.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Also nehmen wir mal an, ein typisches Beispiel, es werden vor allem Sachen parallel- oder reimportiert, die sowieso im über-100 Euro-Bereich liegen. (...) Ob ich dann 10 Euro [Zuzahlung] zahle oder 10 Euro [Zuzahlung] zahle, ist egal! Für den schmalen Bereich dazwischen, wo ich 5 bis 10 Euro [Zuzahlung] zahle – das Original 90 Euro kostet und der Reimport 78 Euro – (...) dann zahlt der Kunde 7,80 Euro statt 9 Euro.“ (Experte Apotheke)

„Ein Argument für den Patienten ist (...) die geringere Zuzahlung. (...) Ich meine, es ist nicht viel, für manchen Patienten aber auch ein Argument, um dann einen Import zu bevorzugen.“ (Experte Krankenversicherung)

Negative Effekte der Importförderung auf unterschiedliche Akteure im Gesundheitswesen

Aus Sicht der meist global aufgestellten forschenden Pharmaindustrie sind weniger die in der Literatur genannten Umsatzeinbußen als vielmehr eine erschwerte Bedarfsplanung und Kontrollverluste über das eigene Markenprodukt zu beklagen. Beispielweise könnten Fehler des Importeurs Auswirkungen auf den Originalhersteller haben, was eine Verletzung des Prinzips der Einheit von Handlung und Haftung darstellt und damit als unfair wahrgenommen wird.

„Es gibt gewisse Unsicherheiten im Supply Chain Management. (...) Vor allem, wenn dann Parallelimporte schwanken. Sie müssen ja immer schauen, dass sie die richtige Menge auf Lager haben, nicht zu viel und nicht zu wenig. Das hat auch zu tun mit Über- und Unterlieferung und dann mit der Versorgungssicherheit im eigenen Land.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Der Originalhersteller, also wir in dem Fall, wir verlieren damit die Kontrolle über unser eigenes Arzneimittel, was damit genau im Markt passiert.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Wo ich mich sehr darüber ärgere? Wenn der Parallelimporteur einen Fehler macht: das Produkt beispielsweise fehlerhaft ist, verunreinigt wird oder einen Fehler hat, dann sagen die Gesundheitsbehörden, muss ICH trotzdem mein Produkt vom Markt nehmen. Und das ist, glaube ich, eine Absurdität! (...) Wenn also eine Insulin-Ampulle plötzlich – ich sage mal – eine Trübung aufweist, weil sie beispielsweise nicht korrekt transportiert wurde und das Bundesinstitut für Arzneimittel sagt, das Produkt muss zurückgerufen werden. Dann sagen sie das nicht zum Parallelimporteur, sondern sie sagend das zu MIR.“ (Experte forschende Pharmaindustrie)

„Eigentlich ist es [die Importförderung] kein Wettbewerbsinstrument, da es unfair ist.“ (Experte Pharmaindustrie)

Mangelnde Verfügbarkeit importierter Arzneimittel wurde als mög-

Literatur

1. Zweifel P, Breyer F, and Kifmann M, Health Economics. 2009, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
2. Ullrich D, Import-Arzneimittel – gut für Gesundheit und Geldbeutel. Ein Beitrag für bezahlbare Innovationen. Jahrbuch Healthcare Marketing, 2010: p. 45-48.
3. Geller J, Arzneimittel-Importe in Europa, in Pharmabetriebslehre, Schöffski O, Fricke FU, and Guminski W, Editors. 2008, Springer Verlag: Berlin und Heidelberg. p. 497-505.
4. Zentrallaboratorium Deutscher Apotheker. Arzneimittelsicherheit: Bedenken bei Parallel- und Importware? Pharmazeutische Zeitung online, Ausgabe 40/2011, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=39580> (Zugriff am 30.10.2013).
5. Fricke FU, Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung, in Pharmabetriebslehre, Schöffski O, Fricke FU, and Guminski W, Editors. 2008, Springer Verlag: Berlin und Heidelberg. p. 47-72.
6. Cassel D and Wille E, Für mehr Markt und Wettbewerb in der GKV-Arzneimittelversorgung. Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft (GGW), 2007. 7(1): p. 23-30.
7. Froschauer U und Lueger M, Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. 2003, Wien: WUV-Universitätsverlag.
8. Mays N and Pope C, Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ, 2000. 320(1): p. 50-52.

liches Risiko für die Arzneimittelversorgung identifiziert. Ebenso seien negative Auswirkungen auf die Compliance des Patienten bei der Abgabe importierter Arzneimittel zu befürchten. Dies stelle jedoch keine genuine Problematik importierter Arzneimittel dar, sondern gelte z. B. auch für Generika, die im Rahmen von Rabattverträgen abgegeben werden müssten.

„[Importe gehören zu einer Produktgruppe, die] zudem noch mit extremen Lieferproblemen behaftet ist. Also, das ist russisches Roulette, ob ich was bekomme oder nicht!“ (Experte Apotheke)

„Und die Apotheke muss ja auch den Import beschaffen. Also das ist ja auch ein zusätzliches Problem. Die sind nicht immer so verfügbar, wie man sie gerne verfügbar hätte.“ (Experte Krankenversicherung)

„Der Arzt schreibt einen bestimmten Reimporteur auf, dann ist der nicht lieferbar, dann muss die Apotheke verschiedene probieren, dann kann es ein bisschen zu einer Verzögerung kommen, dass der Patient vielleicht einen Tag auf sein Arzneimittel warten muss, weil ein Reimport verordnet ist.“ (Experte Krankenversicherung)

„Manche Patienten sind in der Tat verunsichert, manche lehnen das sogar ab. Und es ist sozusagen häufig sehr aufwändig, den Patienten davon zu überzeugen, dass er jetzt nicht ein Arzneimittel zweiter Wahl bekommt. Das ist manchmal ein bisschen schwierig, denn wir dürfen ja nicht vergessen, Arzneimittelsicherheit beinhaltet letztlich auch eine psychosoziale Komponente.“ (Experte Apotheke)

„Wenn dann innen zusammengeklebte, überklebte, nachverblisterte, mit wegstehender Blisterfolie etwas seltsam anmutende und am besten auch noch in Stücke zerschnittene Blister drin sind, dann wird es wieder schwer, weil das ist einfach nicht das gewohnte Bild von einem sicher gehandhabten Arzneimittel, das man haben will.“ (Experte Apotheke)

„Wenn [die Patienten] jetzt kein richtiges Vertrauen haben, weil es eben etwas anderes ist, wird dieses Arzneimittel mit Sicherheit nicht so wirken. Also es gehört eine Menge Überzeugungsarbeit dazu. Das ist nicht nur ein Problem, das mit Importen verknüpft ist, sondern generell.“ (Experte Apotheke)

Nicht nur von den befragten Apothekern wurde der im Zusammenhang mit Importarzneimitteln entstehende bürokratische Mehraufwand kritisch beurteilt. Als problembehaftet wurde auch die erhöhte Kapitalbindung im Warenlager der Apotheke gesehen.

„Erklärungsaufwand: Warum sieht die Packung jetzt so aus? Warum hab ich nicht mehr das andere? Warum heißt das anders? Und das ganze drum herum – das ist natürlich auch mit Aufwand verbunden. Die [Apotheken] haben da einfach sehr viel Bürokratie, die da noch dahinter ist.“ (Experte Krankenversicherung)

„Mir bläht es das Warenlager auf, ... weil ich für ein Originalpräparat sowieso schon 15 Generika da haben muss für die verschiedenen Kassen und die verschiedenen Rabattverträge. Und dann müsste ich noch Reimporte da haben! Deswegen muss ich dann irgendwann vom Gesetzgeber mehr Geld verlangen, weil ich einfach durch dieses aufgeblähte System mit Reimporten mehr Arbeit habe.“ (Experte Apotheke)

Schlussfolgerungen

Gesundheitspolitisches Ziel der Importförderung ist eine Begrenzung der Arzneimittelausgaben im rezeptpflichtigen Bereich. Die Ergebnisse der Interviews legen nahe, dass die wahrgenommenen Auswirkungen dieses Steuerungsinstrumentes vielschichtig sind. Die befragten Experten attestierten der Importförderung je nach Perspektive

Ergebnisse der Interviews	
Die Importförderung birgt ...	
Kostensenkungspotenziale für die GKV	<ul style="list-style-type: none"> • Günstigere Preise der importierten Arzneimittel (direkte Wirkung) • Preissenkung der Originalpräparate durch verstärkten Wettbewerbsdruck (indirekte Wirkung)
Kostensteigerungspotenziale für die GKV	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Compliance-Verschlechterung seitens des Patienten • Durch Übertragung des Billigimages von Arzneimitteln der Importförderung auf die jeweilige Krankenkasse
Kostenverschiebungen von der GKV zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens	<ul style="list-style-type: none"> • Zu den Apotheken durch größere Kapitalbindung im Warenlager und erhöhten Beratungsaufwand • Zu den Patienten durch Folgekosten, wenn die Apotheke entsprechende Arzneimittel nicht vorrätig hält • Zu den Originalherstellern wegen Kontrollverlusten über den eigenen Markennamen und schlechterer Bedarfsplanung

Tab. 1: Ergebnisse der Interviews in der Zusammenfassung (eigene Darstellung).

teilweise Einspareffekte. Daneben wurden zahlreiche negative Auswirkungen genannt, die zu Akzeptanzproblemen in der Praxis führen können – insbesondere, wenn keine entsprechende Kompensation für den entstehenden Mehraufwand in Aussicht gestellt wird. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse der Interviews in der Zusammenfassung.

Unabhängig von der Frage nach der nötigen Regulierungstiefe im Arzneimittelmarkt sollte verstärkt auf die Konsistenz der Zielrichtung ökonomischer Anreize für verschiedene Akteure im Gesundheitswesen geachtet werden, um deren Finanzierungs- und Steuerungspotential auszuschöpfen.

Arzneimittelimporte waren bisher das einzige Wettbewerbsinstrument bezüglich patentgeschützter Arzneimittel. Mit der frühen Nutzenbewertung und sich anschließenden Rabattverhandlungen ist dieses Alleinstellungsmerkmal verloren gegangen. Inwieweit sich dies auf die Relevanz von Arzneimittelimporten in unserem Gesundheitssystem auswirkt, bleibt abzuwarten. <<

Substitution by imported pharmaceuticals as cost containment measure: An assessment of consequences for different stakeholders in the German healthcare system

Prescription medication in the German public health system is subject to various regulations aiming at general cost containment. The regulation on mandatory substitution by imported pharmaceuticals according to German law (§ 129 SGB V) represents a specific measure in this context. In order to assess the perceived positive and negative factors different stakeholders commented on this substitution measure, nine experts were interviewed and their responses qualitatively evaluated. Although possible cost savings were considered as feasible, the interviewees stated numerous countervailing negative effects that might lower the adoption and the question of the usefulness of the regulation. In conclusion, the results suggest that more detailed and empirical research on the consistency, sustainability and long-term effects of economic incentives for different stakeholders is needed to assess political decision making quality and impact.

Keywords

Pharmaceutical distribution, mandatory substitution by imported pharmaceuticals, statutory sickness funds

Autorenerklärung

Die Autoren sind Mitarbeiter der Universität Bayreuth. Frau Kobayashi hat im Rahmen ihrer Masterarbeit unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse und Publikation erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Universität Bayreuth.

Julia Kobayashi, M. Sc.

ist freie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Sie studierte Gesundheitsökonomie und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Bayreuth und Triest und ist derzeit als Gesundheitsökonomin im Krankenhaus tätig.



Dr. rer. pol. Mirjam Thanner

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Sie studierte Gesundheitsökonomie, Volkswirtschaftslehre und Pharmazie an den Universitäten Bayreuth, Zürich und Regensburg. Nach Tätigkeiten als Apothekerin in der Offizin und als Gastwissenschaftlerin bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf, arbeitet sie derzeit als Gesundheitsökonomin im Krankenhaus. Kontakt: mirjam.thanner@uni-bayreuth.de



Prof. Dr. Dr. rer. pol. Klaus Nagels

leitet seit 2010 kommissarisch das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Nach Promotion an der ETH Zürich und mehrjähriger Tätigkeit in F&E Managementfunktionen in der pharmazeutischen Industrie, widmet sich der approbierte Apotheker und habilitierte Gesundheitsökonom seit Jahren betriebswirtschaftlichen und ökonomischen Fragen. Kontakt: klaus.nagels@uni-bayreuth.de



| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

IGES

Real Life Evidence Seit 35 Jahren

www.iges.de

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

