

VERSORGUNGS monitor FORSCHUNG

FACHZEITSCHRIFT ZU REALITÄT, QUALITÄT UND INNOVATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG



TITEL-INTERVIEW:

Prof. Dr. Gerd Glaeske,
Zentrum für Sozialpolitik,
Universität Bremen: „Es
gibt kein besseres Korrek-
tiv als soziale und quali-
tätsorientierte Anreize.“

REALITÄT

„Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln“ (Graf)

QUALITÄT

„Monetäre Anreize gezielt einsetzen“ (Amelung)

INNOVATION

„Verschwendung bekämpfen“ (Wehling)

FOKUS: EHEALTH
Schwerpunktthema auf 9 Seiten

EDITORIAL

Fokus eHealth/Diabetes

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

TITELINTERVIEW

„Weg mit dem Geber/Nehmer-Prinzip“

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, im MVF-Gespräch.

ZAHLEN-DATEN-FAKTEN

Diabetes: Strukturelle Unterschiede bei den Kassen

STANDARDS

Impressum 3 Rezensionen 21 News 13

E-HEALTH

Alle Beteiligten an einen Tisch bringen

Stefan Kapferer, seit wenigen Wochen neuer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, über die Zukunft der Telematik.

„Mit IT mehr Transparenz schaffen“

Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Deutschen Gesellschaft Versicherte und Patienten (DGVP), im Gespräch.

„Die Telematik ist systembildend“

Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband) und Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (DGBG) im Gespräch.

Vom Projekt in die Regelversorgung

Unter welchen Voraussetzungen telemedizinische Angebote medizinisch, wirtschaftlich und technisch sinnvoll sind und wie sie in den Leistungskatalog der Kassen aufgenommen werden können, war Thema der 14. TELEMED-Fachtagung.

WISSENSCHAFT

Joshua S. Benner, PharmD, ScD/Mark McClellan, MD, PhD

Increasing the effectiveness and efficiency of cancer drug development

New data released by the American Cancer Society in May 2009 documented that age-adjusted incidence and death rates from cancer in the United States have decreased, resulting in the avoidance of about 650,000 deaths over the past 15 years. Although progress has been made in reducing incidence and mortality rates and improving survival, cancer still accounts for more deaths than heart disease in Americans younger than 85 years of age.

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung/Norma Zippa/Dr. rer. hum. biol. Charity M. Mutegi/Dr. Thomas Zahn

Monetäre Anreize gezielt einsetzen – das Konzept qualitätsorientierter Vergütung

Wie so viele Managementinstrumente hat auch dieses Instrument seinen Ursprung in den USA, angestoßen durch die Publikation „Crossing the Quality Chasm“ des Institute of Medicine (IOM). In ihr wurden erhebliche Mängel in der Versorgungsqualität des US-Gesundheitswesens moniert. Aber auch die Kosten variierten unerklärbar je nach Region. Die gezielte Gestaltung von Vergütungssystemen wurde in der Studie als ein wesentlicher Faktor identifiziert, um Qualitätsdefizite zu beheben.

Franz-Werner Dippel MSc/Tobias Schneider/Prof. Dr. Oliver Schöffski/Dr. André Kleinfeld/Rabea Ponzel

Insulin glargin: eine kostengünstige Alternative im Vergleich zu NPH-Insulin

Neuere Erhebungen gehen davon aus, dass 2006 etwa 8,6 Prozent der deutschen Bevölkerung, also ungefähr 7 Mio. Patienten, an Diabetes mellitus vom Typ 1 oder Typ 2 erkrankt waren. Einige Schätzungen gehen sogar davon aus, dass es bei den Typ-2-Diabetikern eine fast ebenso hohe Dunkelziffer gibt. Pro Jahr wächst die Zahl der Betroffenen um 5 Prozent, mit steigender Tendenz. 2006 starben an der Zuckerkrankheit 22.308 Menschen, womit sie eine häufigere Todesursache ist als etwa die saisonale Grippe oder die Lungenentzündung.

Jürgen Graf

Vertragswettbewerb braucht faire Bereinigungsregeln

Während mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen bereits seit 1994 ein - mit dem Morbi-RSA zwischenzeitlich auch methodisch gut ausgereiftes - Konzept für einen wettbewerblichen Ordnungsrahmen vorliegt, ist dies für den Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite noch zu entwickeln. Im Fokus der Wahrnehmung steht aktuell die Bereinigung der ärztlichen Vergütung auf Ebene der Gesamtvertragspartner (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung - MGVP) sowie der einzelnen Ärzte (Regelleistungsvolumen - RLV).

Cosima Kötting/Dr. Uwe May

Erstattungspreis-Korridor-Modell: ein wettbewerblicher Ansatz

Die positiven Ergebnisse des Wettbewerbs sollen derzeit - stimuliert durch selektivvertragliche Rabattverträge - die Arzneimittelversorgung effizienter gestalten. In der Realität führen Rabattverträge jedoch zu ruhmlosem Preiswettbewerb und zerstören somit die Grundlagen eines funktionsfähigen Wettbewerbs. Die Etablierung eines Preis-Korridor-Systems kann die positiven Kräfte des Wettbewerbs vollständig zur Geltung bringen und somit im Ergebnis zu einer effizienten Arzneimittelversorgung führen.

Prof. Dr. Martin Wehling

Das Geld im Gesundheitswesen reicht noch lange, wenn die Verschwendung aufhört (Teil 1)

Überall ist davon zu hören, dass das deutsche Gesundheitssystem nicht mehr finanzierbar ist, es muss also gespart werden. Die Frage ist nur, ob hierzu schon eine Rationierung, also eine gezielte Unterversorgung in bestimmten Bereichen, verordnet werden muss, oder ob das System einfach zu verschwenderisch mit den Ressourcen umgeht, und die Einschränkung der Verschwendung eine drohende Rationierung verschieben helfen kann. In dieser Übersicht werden die Hintergründe der hohen Kosten des deutschen Gesundheitssystems, seine relative Ineffizienz und mögliche Einsparpotenziale aufgezeigt, und so Argumente dafür geliefert, dass wir noch weit von der Rationierung entfernt sein könnten.

Impressum

Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

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

Herausgeber

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

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Jutta Mutschler
mutschler@m-vf.de
Wolfgang Dame
dame@m-vf.de

Verlag

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

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
heiser@m-vf.de

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 urheberrechtlich 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 unzulässig.

In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IWV), Berlin
Verbreitete Auflage/Etgeton: 6.673 (IWV 3. Quartal 2009)



Nur das Alter der Versicherten alleine ist keine Erklärung höchst unterschiedlicher Diabetiker-Versorgung

Strukturelle Unterschiede bei den Kassen

Diabetes ist eine Volkskrankheit und stellt aufgrund der kostenintensiven Therapie und vor dem Hintergrund steigender Prävalenzzahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen vor große Herausforderungen. Die Ausgangssituationen der einzelnen Krankenkassen unterscheiden sich jedoch teils erheblich, wie aktuelle Zahlen von INSIGHT Health zur ambulanten medikamentösen Therapie mit Antidiabetika im Allgemeinen wie auch Insulinen im Besonderen zeigen.

>> Bei den 20- bis 79-Jährigen beträgt der Anteil der an Diabetes mellitus Typ 2-Betroffenen fast neun Prozent, so die jüngst veröffentlichten Prävalenzzahlen des vierten IDF Diabetes Atlas. Die nationale Prävalenz wird nach Berechnungen des IDF in den nächsten 20 Jahren deutlich auf über zehn Prozent ansteigen (vgl. www.diabetesatlas.org). Diabetes verursacht nicht nur teils große Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch enorme Kosten. So gilt Diabetes als die teuerste chronische Krankheit in Deutschland: Die direkten Kosten für Diagnose und Behandlung des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen werden auf jährlich 14 Milliarden Euro geschätzt (vgl. Pressemeldung ABDA: Jeder achte Apothekenkunde hat erhöhte Blutzuckerwerte, 13.11.2009), ein Großteil entfällt auf die gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Behandlung von Diabetikern stellt demnach einen signifikanten Ausgabenblock für die Kranken- resp. Sozialversicherungssysteme dar.

In der ambulanten Versorgung von Patienten mit Antidiabetika bestehen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen. Dies soll verordnungsseitig anhand der AOKen, den beiden größten Ersatzkrankenkassen BARMER (BEK) und Techniker (TK) sowie der Knappschaft verdeutlicht werden.

Die gewählte Stichprobe umfasst somit knapp 39 Millionen der rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Dabei entfallen auf die Gruppe der AOKen 24,0 Millio-

nen Versicherte, 6,8 Millionen auf die BEK, 6,3 Millionen auf die TK und 1,7 Millionen auf die Knappschaft (Quelle: dfg / INSIGHT Health). Die Knappschaft ergänzt aufgrund der besonderen Versichertenstruktur mit 59,5 Prozent Rentnern die Stichprobenauswahl. Zum Vergleich: Der durchschnittliche Rentneranteil bei den Ersatzkassen beträgt gerade einmal 24,2 Prozent, bei den AOKen liegt die Rentnerquote bei 31,9 Prozent (Quelle: BMG, 2009).

In einem ersten Schritt soll die Anzahl der im Jahre 2008 mit Antidiabetika therapierten Versicherten (ATC-Gruppe A10 Antidiabetika) einem Vergleich unterzogen werden. Dabei wird auf eine Hochrechnung auf Basis des Patienten Tracking von INSIGHT Health zurückgegriffen. Grundlage der Hochrechnung bilden rund

10 Prozent aller abgerechneten GKV-Rezepte, so dass von einer hinreichenden Repräsentativität der Stichprobe für die Hochrechnung ausgegangen werden kann. Zudem werden die im Rahmen einer Vollerhebung erfassten Antidiabetika-Verordnungen inkl. der damit verbundenen Ausgaben auf Basis der Apothekenverkaufspreise analysiert (Quelle: Nationale Verordnungs-Informationen von INSIGHT Health).

Ungleiche Verteilung der Diabetiker auf die Krankenkassen

Der Anteil der mit Antidiabetika behandelten Versicherten unterscheidet sich deutlich zwischen den Kassen: Während 16 Prozent der Knappschaft-Versicherten 2008 zumindest ein Antidiabe-

tikum verordnet bekamen, waren es lediglich drei Prozent der TK-Versicherten. Bei der AOK bekam gut jeder zehnte Versicherte ein Antidiabetikum verordnet, bei der BEK erhielten knapp sieben Prozent eine Antidiabetika-Verordnung.

Die analysierten Bruttoausgaben – ohne Berücksichtigung von Rabattverträgen, Zuzahlung-

Tab.1: Kennzahlenvergleich wesentlicher mit Diabetes assoziierter Patienten- und Verordnungsinformationen.

Quellen: Patienten Tracking und NVI (INSIGHT Health); KM6-Mitgliederstatistik (BMG); Rentneranteile BEK und TK nach Eigenangaben.

Als Diabetiker werden hier sämtliche Versicherte definiert, die 2008 mindestens eine Antidiabetika-Verordnung erhalten haben, als insulinpflichtige Diabetiker solche mit mindestens einer Insulin-Verordnung.

Versichertenstruktur	Knappschaft	AOK	BEK	TK
Anzahl Versicherte zum 01.07.2008	1.669.292	23.966.449	6.809.292	6.306.924
Rentneranteil	59,5%	31,9%	ca. 30%	ca. 16%
Antidiabetika				
Anteil der Diabetiker	16,2%	10,9%	6,7%	3,3%
Antidiabetika-Ausgaben je Versicherter in Euro	52,23	34,58	24,88	15,14
Ausgaben je Antidiabetika-Verordnung in Euro	52,23	54,26	57,69	59,88
Antidiabetika-Ausgaben je Diabetiker in Euro	322,06	318,07	374,10	458,08
Antidiabetika-Verordnungen je Diabetiker	6,1	5,9	6,5	7,7
Insuline				
Anteil der insulinpflichtigen Diabetiker	6,4%	4,3%	2,6%	1,2%
Insulin-Ausgaben je Versicherter in Euro	33,57	22,16	15,87	9,68
Ausgaben je Insulin-Verordnung in Euro	94,20	94,98	99,68	103,15
Insulin-Ausg. je insulinpflichtigem Diabetiker in Euro	520,48	512,80	616,21	776,83
Insulin-Verordnungen je insulinpflichtigem Diabetiker	5,5	5,4	6,2	7,5

gen u.ä. – betragen 1,2 Milliarden Euro. Dabei ist jedoch keinesfalls eine ausgewogene Verteilung der Ausgaben zwischen den Kassen festzustellen. So entfallen zwar auf einen Versicherten der TK im Durchschnitt mit rund 15 Euro die relativ geringsten Arzneimittel-Ausgaben für Antidiabetika, bei einer Betrachtung der Kosten je behandeltem Versicherten kehrt sich dieses Bild jedoch um: Die Bruttoausgaben je behandeltem TK-Versichertem liegen mit 458 Euro ca. 140 Euro über denen eines AOK-Versicherten (vgl. Abbildung 1). Dies ist sowohl den höheren Ausgaben je Verordnung geschuldet (60 Euro vs. 54 Euro) als auch den höheren Verordnungszahlen (7,7 vs. 5,9 Verordnungen p.a.). Dies deutet darauf hin, dass bei der TK zwar weniger Versicherte an Diabetes leiden, die Betroffenen jedoch deutlich höhere Kosten in der ambulanten medikamentösen Therapie verursachen.

Analysiert man die Untergruppe der Insuline (ATC-Gruppe A10C nach EphMRA), umfasst die Stichprobe rund 1,4 Millionen Versicherte und 7,9 Millionen Verordnungen mit Bruttoausgaben von rund 756 Millionen Euro. Hierbei findet man ein fast analoges Muster zu den Antidiabetika insgesamt, d.h. erhöhte Prävalenzziffern auf Seiten der Knappschaft und der AOK, geringere bei den Ersatzkassen. Rund 39 Prozent der mit Antidiabetika therapierten Versicherten haben 2008 zumindest einmal ein Insulin verordnet bekommen.

Es zeigt sich wiederum, dass die Morbidität der TK-Versicherten zwar geringer ist - nur ein Prozent wird mit Insulinen therapiert -, die Insulinverordnungen jedoch im Durchschnitt teurer sind (TK: 103 Euro vs. AOK: 95

Euro) und auch häufiger (TK: 7,5 vs. AOK: 5,4 Verordnungen p.a.) erfolgen. Die durchschnittlichen Bruttoausgaben p. a. für Insuline bezogen auf die mit Insulinen behandelten Versicherten betragen bei der TK über 776 Euro und damit 264 Euro mehr als bei der AOK. Die Knappschaft besitzt den höchsten Anteil der mit Insulinen therapierten Versicherten: 6,4 Prozent der Versicherten haben 2008 zumindest einmal ein Insulin im Rahmen der ambulanten Therapie verordnet bekommen.

Beeinflussen soziodemografische Merkmale die Versorgung?

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) wie auch die Knappschaft haben mit ihrem im Durchschnitt älteren Versichertenkollektiv einen erhöhten Anteil an

Diabetikern. Andere Krankenkassen wie die untersuchten Ersatzkassen BEK und TK haben eine andere Versichertenstruktur und im Verhältnis weniger Diabetes-Patienten unter ihren Versicherten. Gleichwohl sind die Aufwendungen je Betroffenen bei einer ambulanten Behandlung bei AOK und Knappschaft vergleichsweise gering, wie ein Blick auf die erhöhten Zahlen der TK verrät.

Ein Erklärungsansatz für die erhöhten Aufwendungen der TK für ihre Diabetes-Patienten könnte darin gesehen werden, dass der durchschnittliche TK-Patient zwar in der Regel „gesünder“ und damit kostenneutral ist; falls er jedoch erkrankt, hat er – evtl. durch einen im Durchschnitt höheren Bildungsstand - höhere Ansprüche an seine Therapie bzw. eine höhere Therapie-Compliance und verursacht dadurch vergleichsweise höhere Aufwendungen. Weitere

Versorgungsforschungsanalysen könnten sich mit dieser Hypothese auseinandersetzen.

Krankenkassen unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Diabetes-Programme

Eine Betrachtung des Anteils der Rentner an den Versicherten je Kasse liefert ein erstes Gespür für die teils relevanten soziodemografischen und morbiditätsbedingten Faktoren. Denn neben dem Lebensalter (hier erfasst über den Anteil der Rentner) stehen zahlreiche weitere Größen im Zusammenhang mit Diabetes. Neben erblichen Aspekten und dem diskutierten Bildungsstand spielen Gewicht (Body Mass Index, BMI) und Lebensstil (z. B. Ernährung und sportliche Aktivität) eine Rolle. Die letztgenannten Faktoren sind zumindest teilweise beeinflussbar und damit Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen.

Die Krankenkassen wählen in diesem Zusammenhang unterschiedliche Zugangswege zu ihren Diabetes-Patienten: Denn neben entsprechend großflächigen Angeboten wie strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease Management Programme, DMP) verfolgt die BEK in ihrer Initiative beispielsweise einen Patientenzugang über mehr als 3.000 Schwerpunkt-apotheken. Die TK hingegen ist neben dem DMP-Angebot „TK-Plus“ mit einem Online-Angebot wie dem „TK-Diabetescoach“ engagiert. Im Übrigen führt die TK derzeit in Kooperation mit dem Deutschen Diabetes-Zentrum eine wissenschaftliche Studie zur Diabetes-Prävention durch. <<

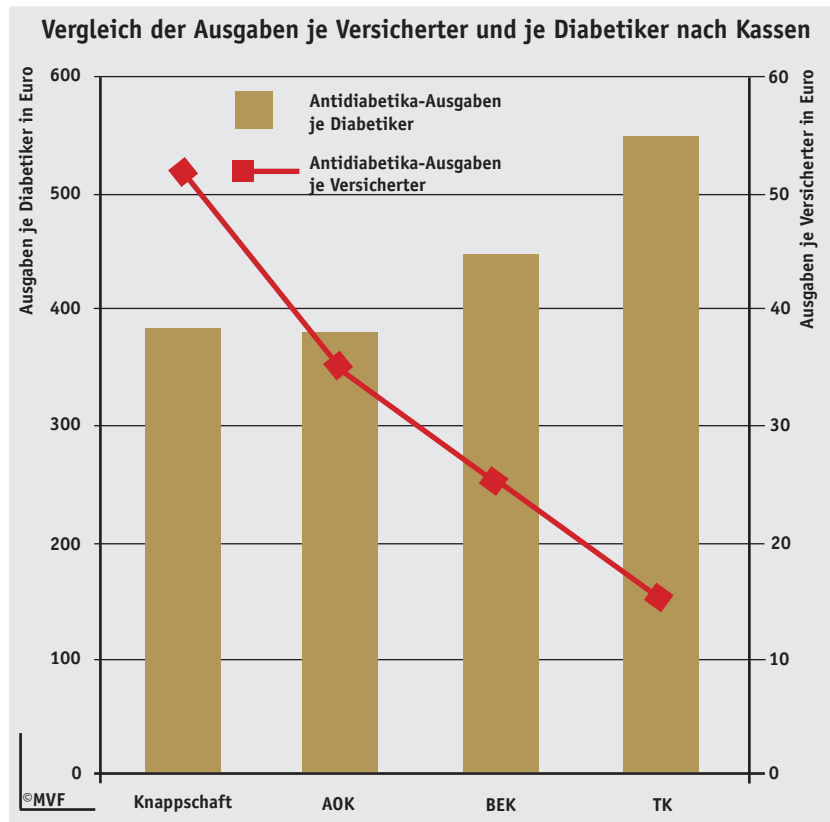


Abb. 1: Vergleich der Ausgaben je Versicherter und je Diabetiker nach Kassen. Quellen: Patienten Tracking und NVI (INSIGHT Health); KM6-Mitgliederstatistik (BMG). Als Diabetiker werden hier sämtliche Versicherte definiert, die 2008 mindestens eine Antidiabetika-Verordnung erhalten haben.

von: Christian Bensing / Dr. André Kleinfeld*

* Business Development Manager von INSIGHT Health