Interview mit Peter Behner, Ab Klink und Sander Visser von Booz

„Es geht weniger um Medizin als um Verhalten“

„Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens“ ist der Titel einer aktuellen Metaanalyse von Booz & Co und der BertelsmannStiftung, die die „Effekte einer gesteigerten Therapietreue“ belegen will. Bei dieser Analyse griffen die Autoren – Peter Behner, Ab Klink und Sander Visser (Booz) sowie Jan Böcken und Stefan Etgeton (BertelsmannStiftung) – auf Datenmaterial fünf ausgewählter chronischer Krankheiten zurück, versuchten aber bei diesem Review nicht nur die direkten, sondern vor allem die volkswirtschaftlichen Kosten zu erfassen. Im Interview erklären Peter Behner (Geschäftsführer im Berliner Büro von Booz & Company und Leiter der Europäischen Health Practice), Ab Klink (Senior Executive Advisor der Health Practice von Booz & Company Amsterdam, davor Minister für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport in den Niederlanden) und Sander Visser (Mitglied der Geschäftsleitung von Booz & Company Amsterdam) ihre Beweggründe, die Learnings und die nun möglichen nächsten Schritte, Adhärenz (vgl. auch MA&HP 4/13 und Pharma Relations 8/13) anzugehen.

>> Herr Behner, Herr Klink und Herr Visser, mit der Metaanalyse „Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens“ versucht Ihr Unternehmen - Booz & Co - gemeinsam mit der BertelsmannStiftung zu belegen, welche Effekte eine gesteigerte Therapietreue hätte. Nun ist das Thema der Compliance oder der Adhärenz kein neues, indes eines, das noch nie richtig auf der gesundheitspolitschen Agenda stand. Warum eigentlich nicht? Oder als Advocatus diaboli gefragt: Wer hat denn ein Interesse an Nicht-Compliance oder Nicht-Adhärenz?

Behner: Aus unserer Sicht ist die Frage, wer möglicherweise von Non-Compliance profitieren kann, nicht wesentlich, denn aktuell profitiert keiner der Beteiligten. Ein Arzt oder ein Apotheker kann keine Gebühren erheben, wenn er Zeit investiert, um Therapietreue zu unterstützen. Hierfür steht schlicht nicht genügend Zeit zur Verfügung, da wir unseren Ärzten ein enormes Arbeitspensum auferlegt haben. Ärzte haben keine Zeit für Beratungsgespräche mit dem Patienten übrig, um über sein Therapieziel und -verständnis oder seine Ängste und Alltagsnöte zu reden. Das heißt natürlich nicht, dass Ärzte allein finanziell motiviert seien – ganz im Gegenteil. Aber sie können einfach nicht einen wesentlichen Teil ihrer Zeit in Aktivitäten stecken, die nicht honoriert werden.

Klink: Es geht nicht nur um Anreize und Zeitanteile, sondern auch um Organisation. Das Design und die Struktur unseres Gesundheitssystems gehen auf eine Zeit zurück, in der die meiste medizinische Fürsorge akut war und vor allem einmalige Diagnosen und Behandlungen gebraucht wurden. Unsere Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen sind dahingehend optimiert und sie tun dies effizient und effektiv. Allerdings funktioniert solch ein Modell nicht, um heutigen Herausforderungen bezüglich Prävention und andauernder Gesundheitserhaltung zu begegnen. Bei Therapieadhärenz dreht es sich aus unserer Sicht weniger um klassische Medizin als um Verhalten. Darum sollten wir uns fragen, ob wir nicht Netzwerke von Patienten, Familienangehörigen, Freunden usw. wirksam einsetzen können, um Adhärenz zu fördern.

Bei Ihrer Metaanalyse greifen Sie auf das Datenmaterial von fünf ausgewählten chronischen Krankheiten in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden zurück, die jährlich wiederkehrend zu einem enormen volkswirtschaftlichen Schaden führen. Dieser liegt laut Ihrer Metaanalyse in Deutschland zwischen 38 und 75 Milliarden Euro, in Großbritannien zwischen 28 und 50 Milliarden Euro und in den Niederlanden zwischen 9 und 13 Milliarden Euro. Bisher standen für Nicht-Compliance in Deutschland immer um die 5 Milliarden Euro im Raum. Woher kommt dieser eklatante Gap? Nur durch den Fakt, dass in Ihrer Analyse die Produktivitätsverluste unter Einbezug von Einschränkungen durch Abwesenheit, „Präsentismus“ (Anwesenheit mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit) und Arbeitsunfähigkeit hochgerechnet werden?

Behner: Die meisten Studien zum Thema Non-Compliance betrachten die Auswirkungen auf die Krankheitskosten durch mangelnde Adhärenz. Sie schätzen typischerweise Kosten, die mit Krankenhauseinweisungen oder Arztbesuchen zusammenhängen bei Patienten, die non-compliant sind. Unser Ansatz war ein anderer: Wir haben uns die Kosten durch Non-Compliance, die mit dem Produktivitätsausfall zusammenhängen angeschaut. Wissenschaftliche Arbeiten in diesem Bereich betrachteten bislang Auswirkungen der krankheitsbedingten Abwesenheit bei einer Indikation oder Effekte spezifischer Interventionen wie Gruppencoaching auf die Adhärenz. In unserer Arbeit haben wir die Puzzleteile zusammengefügt, um ein ganzheitliches Bild zu erhalten. Wir betrachteten Präsentismus, Absentismus und Arbeitsunfähigkeit. Das ist im Übrigen eine ziemlich restriktive Definition – die teilweise gebremste Karriereentwicklung der Mitarbeiter oder die Auswirkungen auf deren fürsorgende Familien sind zum Beispiel darin noch gar nicht enthalten.

Visser: Der Grund, warum wir Arbeitsproduktivität betrachteten, war das besagte Fehlen von Anreizen bei medizinischen Fachkräften und zum Teil auch bei Krankenkassen. Wir haben in unserer Studie gezeigt: Arbeitgeber (und das Finanzamt) würden am meisten von verbesserter Therapietreue profitieren, neben dem einzelnen Patienten. Diese einfache Schlussfolgerung zeigt uns, wer zu adressieren ist, wenn es um die Entwicklung von Adhärenzprogrammen geht.

Sie haben Ihre Analyse im deutschen, aber auch im englischen Sprachraum präsentiert. Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht? Wie reagieren die Stakeholder, allen voran die Payer und Politiker?

Behner: Die meisten Stakeholder begrüßen die Idee sehr, Produktivitätsgewinne durch Investitionen in Adhärenzprogramme zu erzielen. Wenn Sie jedoch in die Praxis schauen, gibt es Unterschiede. Wichtige Unterschiede im kulturellen Kontext, dem regulativen Rahmen und in sozialen Systemen. Damit meinen wir nicht die Unterschiede zwischen Englisch und Deutsch sprechenden Ländern, die Diskussion in Deutschland und den Niederlanden läuft ebenfalls verschieden.

Klink: In den Niederlanden sehen wir, dass Arbeitgeber und -verbände sowie Gewerkschaften interessiert sind. Zum Beispiel arbeiten wir mit Physiotherapeuten und Apothekern in den Niederlanden zusammen, um Produkte für Arbeitgeber zu entwickeln. Auch der führende Versicherer - Achmea - ist interessiert daran, solche Elemente in seine Gruppengesundheitsprogramme einzubauen.

Visser: In Deutschland herrscht eine starke „Nichteinmischungskultur“. Das sieht man auch bei der Diskussion um die Gesundheitskarte, bei der die Ärzteschaft ihre professionelle Unabhängigkeit als Schlüsselargument nutzt. Konsequenterweise gibt es auch Ressentiments gegen



v. li. n. re.: Peter Behner, Ab Klink und Sander Visser von Booz.

einflussnehmende Arbeitgeber, da einige Leute denken, die Arbeitgeber könnten ihre Grenzen überschreiten. Wir glauben fest daran, dass eine Lösung immer an den kulturellen Hintergrund angepasst sein muss. Die Privatsphäre von Arbeitnehmern ist etwas, das garantiert sein müsste, um Erfolg zu haben. Wir glauben an die freiwillige Teilnahme bei Adhärenzprogrammen, nicht an verpflichtende Kontrollmaßnahmen.

Visser: In den USA beispielsweise gibt es zumeist mehr Freiheiten bei Daten; der IT-Datenaustausch passiert zwischen Ärzten, Pharmafirmen und Krankenkassen. Das eröffnet Möglichkeiten für datengetriebene Programme, die in Deutschland nur schwer umzusetzen sind.

In Ihrer Analyse sehen Sie Ansätze zur Verbesserung der Therapietreue in ihrer Umsetzung als aufwändig an, dennoch seien nicht wenige davon punktuell und auf das spezifische Einzelsetting bezogen erfolgreich. So schreiben Sie in Ihrer Empfehlung: „Würden diese großflächiger und stringenter umgesetzt, könnten sie enorme Nutzenpotenziale freisetzen". Welche Vorzeige-Projekte meinen Sie denn?

Behner: Hierbei sind insbesondere die qualitativ sehr hochwertigen Patient-Service-Center im Biotech und Orphan-Drug-Bereich zu nennen (Multiple Sklerose und Rheumatoide Arthritis). Diese Zentren erzielen eine signifikante Verringerung der Therapieabbrecher, sie sind aber auch sehr teuer (ca. 350 bis 500 Euro pro Patient in den ersten sechs Monaten).

Eine wichtige Kernfrage, die Sie in Ihrer Analyse stellen, ist die, ob es eine Rolle für Gewerkschaften/Tarifpartner in der Aushandlung solcher Programme und Vereinbarungen gibt? Wie stehen denn Gewerkschaften und Arbeitgeber zu diesem Thema?

Klink: In den Niederlanden haben Gewerkschaften steigendes Interesse daran. Für sie gibt es eine Reihe von Gründen. Erstens eröffnet es neue Win-Win-Möglichkeiten zusammen mit den Arbeitgebern und darum ist es gut, solche Themen während Verhandlungen auf dem Tisch zu haben. Zweitens suchen Sie nach Jahren der moderaten Lohnentwicklung der zukünftig wohl weiter unter Druck stehenden Löhne nach Alternativen, um ihren Mitgliedern Vorteile zu schaffen. Drittens wird mit zunehmendem Rentenalter das Thema der Einsetzbarkeit immer wichtiger.

Behner: In Deutschland sind die Gewerkschaften wahrscheinlich weniger offen als in den Niederlanden, bei dem gegebenen kulturellen Hintergrund, den wir vorhin erörtert haben. Aber auch hier: Das ist eine Chance.

In der Analyse werden vier Strategien vorgeschlagen, die geeignet seien, bestehende Barrieren abzubauen und die Etablierung von Praktiken zur verbesserten Therapietreue sicherzustellen: Die Schaffung und der Einsatz von Anreizen für Ärzte, Pflegepersonal und Patienten, den Aspekt der Therapietreue in den Behandlungsplänen fest zu integrieren, wobei der Fokus auf Qualität statt auf Quantität zu legen ist. Dann die Erkundung und Etablierung neuer Geschäfts- und Servicemodelle im Gesundheitswesen, die besser geeignet sind, Therapietreue unter Einbezug aller Beteiligten zu etablieren. Und schließlich die Neuausrichtung der Versorgungsforschung, um Effekte durch Therapietreue wissenschafts- und evidenzbasiert zu messen, von Best Practices zu profitieren und Anreiz-Modelle zu optimieren sowie den Ausbau der aktiven Beteiligung und Rolle von Arbeitgebern, Kostenträgern und Krankenversicherungen im Kontext der Therapietreue, wobei Gesundheitssicherung und Produktivitätszuwachs aufeinander auszurichten sind. Wie könnte denn ein Masterplan aussehen, der diese vier Punkte aufgreift?

Behner: Wir werden die einzelnen Stakeholder zusammenbringen müssen, im Rahmen einer großen Adhärenz-Allianz, um das Thema auf die Agenda zu setzen. Der Nutzen von Therapieadhärenz ist weitläufig unbestritten und einem solchen Auftrag können sich darum alle anschließen.

Visser: Wenn es um die Frage geht, wie man das genau bewerkstelligt, gibt es viele denkbare Wege. Unsere Studie zeigt, dass Arbeitgeber den größten direkten Nutzen durch Adhärenzverbesserungen haben. Von ihnen kann erwartet werden, Initiativen zu diesem Thema zu treiben. Entweder durch den direkten Bezug entsprechender Services oder durch die Nachfrage von bestimmten Services bei Krankenkassen. Konzepte zur Nutzenbeteiligung von Leistungserbringern und pharmazeutischen Unternehmen könnten solche Programmansätze darüber hinaus befruchten.

Klink: Wir befürworten auch sehr stark, dass medizinische Fachkräfte in der Zeit, in der sie Therapietreue fördern, entlohnt werden. Z.B. wurden 2011 in den Niederlanden neue Leistungsdefinitionen für Apotheker eingeführt, die es erlauben, Services zu beziehen wie Arzneimittelreviews und Therapieadhärenz.

Behner: Wir sollten auch über eine Regulierung der Forschung nachdenken. Die Regierung sollte Studien beauftragen, die nach dem Marktzugang die Adhärenz bei bestimmten Medikationen bewerten und ebenso die Services, die Adhärenz fördern helfen sollen. Das ist nicht einfach nur eine weitere Hürde für Pharmafirmen, sondern ein neuer Weg Mehrwert zu schaffen, durch Produktentwicklung, die Patienten hilft, therapietreu zu sein. Die Ergebnisse solcher Studien müssen Konsequenzen haben. Sie können in einen Preisnachlass oder -aufschlag übersetzt werden oder die Erstattung selbst könnte an Resultate der Studien geknüpft werden.

Ihre Analyse bringt sicher eine wichtige Zusammenschau von Erkenntnissen, doch aufgrund der Studienart eben nur diejenigen, die schon durch andere Experimental-Studien bekannt waren. Wäre es nicht an der Zeit, über eine RCT-Studie mit dem höchst möglichen Evidenzgrad zu zeigen, ob und welche Effekte eine gesteigerte Therapietreue wirklich hätte? Und dazu möglichst gleich auch, welche Instrumente die besten Effekte zeigen? Was wäre zu tun?

Behner: Wir würden mehr Forschung im Bereich der Therapieadhärenz deutlich begrüßen, insbesondere mit hochqualitativen RCT Studien. Allgemein glauben wir, dass es ein großes ungenutztes Potenzial im Bereich der Versorgungsforschung gibt.

Klink: Allerdings sind wir auch der Meinung, dass wir uns solchen Dingen im Zuge eines Learning-by-Doing Prozesses annähern sollten. Wir erwarten nur wenige allgemeingültige Antworten. Die Frage ist, welche Therapieadhärenzinterventionen wem helfen und bei welcher Krankheit? Das ist ein Trial- and Error-Verfahren und die Literatur sowie die Praxis geben bereits genügend Ansatzpunkte um loszulegen.

Die Herren Behner, Klink und Visser, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.