inside VERSORGUNGS FORSCHUNG

made in Bremen



Das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), heute Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM)

Wo Daten für Taten zuhause sind

Nach dem Institut für Community Medicine (MVF 01/16) und der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg (MVF 02/16) wird in dieser Ausgabe das SOCIUM vorgestellt, das aufgrund seiner Historie und seiner multiprofessionellen Ausrichtung als auch der mit ihm eng verbundenen Person von Prof. Dr. Gerd Glaeske durchaus als einer der wichtigsten Institutionen der Versorgungsforschung in Deutschland verstanden werden kann.



Prof. Dr. Gerd Glaeske ist seit 1999 Professor für Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Leiter der Forschungseinheit Arzneimittelberatung und Arzneimittelinformation und war seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). Seit 2015 ist er Professor und Abteilungsleiter für „Gesundheit, Pflege und Alterssicherung“ am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik SOCIUM der Universität Bremen. Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, Promotion, Prüfung in den Fächern Pharmazeutische Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie, Weiterbildung für Arzneimittelinformation

>> Versorgungsforschung mit Routinedaten ist in Deutschland mit einem Namen und zwei bundesdeutschen Kreisstädten, einer großen und einer kleineren, engstens verbunden: mit Gerd Glaeske und den Städten Lindau und Mettmann. Anfang der 1980er-Jahre war der Begriff Versorgungsforschung noch gar nicht gesetzt, geschweige denn etabliert, vor allen Dingen gab es keine Daten, mit denen man an so etwas modernes wie Versorgungssteuerung nur hätte denken können. Eine Ausnahme war eine damals bedeutende Krankenkasse, die AOK Lindau, zu der alle jene pilgerten, die erkennen und verstehen wollten, wie sich die Versorgungsverläufe und -prozesse innerhalb einer Kasse darstellten und auch, was Krankenkassendaten überhaupt sind und vor allem: was man mit ihnen anfangen kann.

Die AOK des Kreises Mettmann allerdings war eine der ersten, wenn nicht die allererste Kasse, die – den Bereich Transparenz ernst nahm und ein Datensystem aufgebaut hatte, indem alle Leistungen ihrer Versicherten dokumentiert waren, um ausgehend von Arzneimittel-Verordnungen ein Beratungskonzept aufbauen zu können. Einen ähnlichen Ansatz verfolgte aber auch die GEK, die damals durch die Personen der beiden damaligen Geschäftsführer freundschaftlich miteinander verbunden waren und sich inhaltlich austauschten, wie man solche datengestützten Systeme aufbauen kann.

„Es ist ein Glücksfall, dass sich die GEK und Gerd Glaeske gefunden haben“, schrieb Dieter Hebel, ab 1977 bei der Gmünder ErsatzKasse GEK als stellvertretender Geschäftsführer, ab 1981 als Geschäftsführer und von 1996 bis 2007 als Vorstandsvorsitzender. Das steht so wortwörtlich im Buch „Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung“, das im August 2015 durch

die BarmerGEK aufgelegt worden ist, und mit dem ein Stück weit das Lebenswerk des streitbaren und alles andere als publikumsscheuen Sozialforschers geehrt wurde.

Glaeske brachte nach seinem Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg sowie von 1981 bis 1988 als wissenschaftlicher Mitarbeiter, später Leiter der Abteilung für Arzneimittelepidemiologie im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) vor allem aus seiner Tätigkeit bei der AOK Mettmann schon Ende der 80er Jahre erste Erfahrungen in Datenanalyse und -management mit zu seinem zweiten Kassenjob bei der GEK. Dort wurde weiter gearbeitet, geforscht und im Jahr 2001 der erste Arzneimittelreport publiziert, damals noch ein recht schmales Bändchen mit 160 Seiten, in dem die Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999-2000 dargestellt wurden. „Mit der Barmer begann so etwas wie eine systematisierte Versorgungsforschung mit einem gewissen Impact", erinnert sich Glaeske. Der Grund: Es wurde nicht nur analysiert, sondern auch eine mediale Öffentlichkeit hergestellt, um deutlich zu machen, dass die damals noch unbekannte Versorgungsforschung genutzt werden kann, nicht nur um einen Erkenntnisgewinn zu erlangen, sondern um Fehlentwicklungen begegnen zu können. Glaeske: „Versorgungsforschung hat etwas mit Qualität aufgrund von Transparenz zu tun, wobei Transparenz nicht Selbstzweck sein darf, sondern als Basis für Qualitätsentwicklung verstanden werden muss." Schon damals war klar, dass das Ziel Versorgungssteuerung heißt, denn – so Glaeske – „wenn Transparenz nicht steuert, ist Transparenz unsinnig". Oder wie es Hebel im bereits genannten Buch ausdrückte: „Daten für Taten."

All das muss man im Hinterkopf haben, um zu verstehen, was Glaeske als Person mit nach Bremen brachte, um dort seit Ende 1999 als neu berufener Professor für Arzneimittelversorgungsforschung im ZeS zu lehren und seit 2007 bis Januar 2015 als Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung zu fungieren.

Das sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) – das seit kurzem SOCIUM heißt, in dem seit Februar 2015 das ZeS und das Institut für empirische und angewandte Soziologie (EMPAS) als fachbereichsübergreifende Forschungseinrichtung der Universität Bremen vereint sind – zeichnet sich seit jeher durch eine ganz bestimmte Form des Zugangs zur Versorgungsforschung aus. Vor allem deshalb, weil die Arbeit im ZeS von vornherein mit einem damals noch recht unbekannten Schlagwort versehen war, das heute zwar in Mode, aber immer noch nicht so recht im Fokus steht: die Patientenorientierung.

„Dahinter steht weit mehr als ein Schlagwort, sondern eine soziale Verpflichtung und Verantwortung, der sich alle Mitarbeiter und Studenten verschrieben haben", sagt Glaeske. Es ging nicht nur um Daten und deren Interpretation, sondern immer um Patientenorientierung, was damals mit dem Stichwort Gegenöffentlichkeit gekennzeichnet wurde. Gegenöffentlichkeit deshalb, weil im Gesundheitssystem ganz bestimmte Strukturen, Institutionen und ökonomisch interessierte Gruppen mit ihren Meinungen dominieren und damit die Verfahren, Therapien und Behandlungsabläufe determinieren, während es dem ZeS immer darum ging, mit der Gegenöffentlichkeit die Patientenseite zu beleuchten und damit zu stärken. Glaeske: „Den Begriff haben aber nicht wir erfunden, sondern er ist ein altes Stichwort von Habermas, der die Gegenöffentlichkeit zur Strategie erhoben hat."

Für das ZeS war es jedoch auch eine Art Strategie, nämlich der Ansatz, sozialpolitisch für eine patientenorientierte Verantwortung zu kämpfen. So versteht Glaeske, so versteht das SOCIUM noch heute Versorgungsforschung: „Versorgungsforschung hat eine korrigierende und immer auch eine aufdeckende Funktion." Versorgungsforschung als aufdeckende Forschung muss nach Glaeskes Ansicht deutlich machen, wo es Entwicklungen von Unter-, Über- oder Fehlversorgung gibt, das dann publizieren und öffentlich dazu stehen. „Das ist das, was mich immer umgetrieben hat."

Und das ohne Rücksicht auf die sogenannten Stakeholder oder auf Berührungspunkte zu Medizin oder Klinik. Das gelang in Bremen vielleicht auch besser als anderswo, weil es dort keine medizinische Fakultät gab, mit der das ZeS/SOCIUM konkurrieren musste. Die Public Health-Ausrichtung des SOCIUM konnte sich so erfolgreich entwickeln. Hier werden unter anderem Gesundheitswissenschaften gelehrt sowie Bachelor- und Masterstudiengänge im gesundheitswissenschaftlichen Bereich angeboten. Und: Es war das erste Institut, das in Deutschland einen Masterstudiengang mit Themen aus der Versorgungsforschung etabliert hat. „Von Bremen aus sind sicher viele Einflüsse auf die Versorgungsforschung gerade für unser Gesundheitssystem ausgegangen", erklärt Glaeske, auch und weil Bremen die Verbindung von sozialem Verständnis von Gesundheitssystem und von Versorgungsforschung auszeichnet. <<



Annika Becker,
Studentin

>> Warum studieren Sie am SOCIUM an der Universität Bremen?

Seit 2011 studiere ich an der Universität Bremen. Nach meinem Bachelorabschluss in Public Health 2014 begann ich im ersten Durchgang den neu konzipierten Masterstudiengang Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management. Im Fokus des Studiums steht das forschende Lernen: Unsere Forschungsgruppe z.B. entwickelte ein evidenzbasiertes Tabakentwöhnungsprogramm für die AOK Bremen/Bremerhaven.

Was zeichnet in Ihren Augen das SOCIUM aus?

Das ZeS/SOCIUM hat eine lange Geschichte in der Sozialpolitik. Es gehört zu den wichtigsten Institutionen, die in den Sozialwissenschaften etabliert sind, die Gesundheitswissenschaften mit Public Health sind ein Teilbereich davon. Es gibt eine fächerübergreifende Forschung, zudem sind viele wichtige Professoren und interessante Dozenten im SOCIUM.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Derzeit schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema Antibabypille bei Prof. Glaeske. Ich führe eine Fragebogenerhebung in gynäkologischen Praxen in Bremen und Nie-

dersachsen durch, um den Wissensstand von Mädchen und jungen Frauen hinsichtlich Wirkungen und unerwünschten Wirkungen der verschiedenen Pillengenerationen zu erforschen.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich persönlich möchte z. B. mit der Untersuchung des Wissenstands von Mädchen und jungen Frauen dazu beitragen, dass Informationen, die lebenswichtig für Patient*innen sind, diese auch wirklich erreichen. <<



André S. Morawetz, Apotheker
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

>> Warum studieren Sie am SOCIUM an der Universität Bremen?

Das SOCIUM ist in seiner Form deutschlandweit einmalig: Forschungsarbeiten werden ausschließlich evidenzbasiert erstellt, die Stellungnahmen und Publikationen werden komplett unabhängig von der starken Pharmalobby veröffentlicht.

Was zeichnet in Ihren Augen das SOCIUM aus?

Die enge Verzahnung zwischen SOCIUM und Krankenkassen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der Gesundheitspolitik erlaubt einen Übertrag von der Theorie in die Praxis: Eigene Forschungsergebnisse können somit auch einen praktischen Nutzen bewirken.

Mit welchen Thematiken und Fragestellungen sind Sie derzeit beschäftigt?

Mein Forschungsgebiet sind die Auswirkungen chronischer Viruserkrankungen auf das Gesundheitssystem.

Was möchten Sie ganz persönlich mit Versorgungsforschung erreichen?

Ich hoffe durch meine Arbeit am SOCIUM die evidenzbasierte Medizin ein Stück weit voranzutreiben und noch stärker in der Gesellschaft zu etablieren. Diese trägt meiner Meinung nach zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung bei. <<

„Lebenslange Krankheitskosten als Basis für ein value-based pricing“

>> Der kürzlich vorgelegte Innovationsreport 2016, wieder erstellt mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse (TK), erscheint seit dem Jahr 2013 nun zum vierten Mal. In ihm werden diesmal schwerpunktmäßig 23 Arzneimittel, die im Jahr 2013 neu in den deutschen Markt eingeführt wurden, betrachtet und bewertet – zum einen im Hinblick auf ihren therapeutischen Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin, zum anderen auf der Basis von Routinedaten der Techniker Krankenkasse bezüglich ihrer Marktentwicklung und Versorgungsrealität in den Jahren 2013 und 2014.

Nahezu die Hälfte der neuen Wirkstoffe, die im Innovationsreport 2016 bewertet wurden, entfällt auf den onkologischen Indikationsbereich. Bei den Ausgaben für die neuen Arzneimittel folgen viele dieser neuen Onkologika eng auf den Spitzenreiter Teriflunomid, einen Wirkstoff zur Behandlung der Multiplen Sklerose. „Die Kostenexplosion in der Pharmakotherapie durch neu angebotene hochpreisige Arzneimittel, vor allem im Bereich der Onkologie und der Immunologie, könnte bald die Ressourcen unseres solidarisch finanzierten Gesundheitssystems übersteigen und erfordert dringend eine Weiterentwicklung der Kriterien für die Preisgestaltung und -festsetzung neuer Wirkstoffe“, erklärte Prof. Dr. Gerd Glaeske bei der Vorstellung des Reports in Berlin. Zwar werden inwischen werden 77 Prozent des Verordnungsvolumens in der GKV durch kostengünstige Generika abgedeckt, doch wachse fast kompensatorisch zu diesem noch immer leicht steigenden Generikamarkt der Anteil der hochpreisigen Arzneimittel, die vor allem aus dem Bereich der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel stammen. Und hunderte weitere befinden sich in der Pipeline der klinischen Forschung.

„Die Umsatzsteigerungen sind vor allem durch entsprechend auffällig hohe Preise von neu eingeführten Produkten möglich“, erklärt Glaeske, was trotz AMNOG weiterhin hervorragend funktioniere. Er moniert, dass lukrative und ähnliche Wirkstoffe zu hohen Preisen angeboten würden, während notwendige und wirkliche therapeutische Innovationen gegenüber vor allem ökonomisch orientierten Forschungs - und Angebotsstrategien oftmals in den Hintergrund gerieten. Sein Rat: „Die Förderung von Biosimilarquoten wäre eine denkbare Strategie gegen die hohen Preise, die pharmazeutische Unternehmer nach wie vor im deutschen Pharmamarkt erreichen – zumeist zu Lasten der GKV.“ Indes lasse sich mit der rein therapeutischen Nutzenbewertung des AMNOG die Frage nach der Wirtschaftlichkeit keineswegs ausreichend beantworten. Dies sei – so Glaeske – erst mit einer gesundheitsökonomischen Evaluation möglich, die nicht nur die absoluten Arzneimittelpreise vergleichend betrachtet, sondern auch die gesamten Ressourcenverbräuche der Therapiealternativen und die Summe der lebenslangen Krankheitskosten berücksichtigt. Zudem sollten sich das AMNOG und die damit verbundene Preisbewertung stärker als bisher auf die Patientenorientierung ausrichten. Glaeske: „Dass in diesem Zusammenhang auch der gesellschaftliche Blick, die direkten und indirekten Kosten sowie die lebenslangen Krankheitskosten einbezogen werden müssen, versteht sich von selbst.“

So wären beispeilsweise bei der Preisbewertung von Hepatitis C-Präparaten neben den Behandlungskosten auch die vermiedenen Lebertransplantationskosten, die Ausgaben für die Frühberentung oder die bisherigen häufigen Therapieversuche zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang hat übrigens auch das IQWiG bereits im Jahr 2014 Budget-Analysen gefordert und darauf verwiesen, dass in vielen Ländern die Verwendung von Hochpreisarzneimitteln auf vorher autorisierte Einrichtungen limitiert ist und auch, dass die reale „Versorgungswelt“ die durchgeführten gesundheitsökonomischen Evaluationen beeinflusst. „Es wird daher höchste Zeit, auch in Deutschland die lebenslangen Krankheitskosten zu ermitteln und in die Evaluation einzubeziehen und damit die Basis für ein value-based pricing zu legen“, fordert Glaeske. Dazu sollten Daten aus pragmatischen Studien die in Zulassungsstudien gefundene Wirksamkeit (efficacy) um Daten zum patientenorientierten Nutzen (efficacy) unter realen Versorgungsbedingungen unter Berücksichtigung von patient-reported outcomes (PRO)/effectiveness) ergänzen und damit die AMNOG-Bewertungen zugunsten der Patienten, aber auch der verordnenden Ärzte verlässlicher machen. <<