Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Vorsitzender des „Sachverständigenrates Gesundheit“

„Vorschläge, wie man das Ganze ankurbeln kann“

Mit der Berufung von DEGAM-Präsident Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach zum neuen Vorsitzenden des „Sachverständigenrates Gesundheit“ steht erstmals ein Allgemeinmediziner an der Spitze dieses bedeutenden Politikberatungsgremiums. Mit inzwischen 16 Gutachten und Sondergutachten analysiert der interdisziplinär besetzte Rat, der aus dem 1985 erstmals berufenen „Deutschen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ hervorging, seit nunmehr 27 Jahren die Problemfelder im deutschen Gesundheitssystem. Als wegweisend gelten „Kooperation und Verantwortung“ (Gutachten 2007), „Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung“ (Sondergutachten 2009) und aktuell „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ (Sondergutachten 2012). Gerlach war bisher stellvertetender Vorsitzender des Rats und löste im September den Ökonomen Prof. Dr. Eberhard Wille (siehe Interview in MVF 05/12) ab.

>> Beim Symposium des Sachverständigenrats zur Vorstellung des aktuellen Gutachtens kam vieles zur Sprache, doch eines nicht: das Thema Pay for Performance oder vielleicht besser Pay for Outcome, wie es Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer im letzten Titelinterview forderte. Warum haben Sie dieses Themenfeld nicht angesprochen?

Es war schlicht nicht Bestandteil des Gutachtens mit dem Titel „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“.

Warum eigentlich nicht? Wettbewerb führt doch fast zwangsläufig auch zu Fragen der Honorierung.

Das ist uns natürlich sehr bewusst. Es gibt jedoch sehr unterschiedliche Anreizsysteme, und Pay for Performance ist nur eines davon. Dazu kommt, dass es zu P4P eine sehr heterogene Studienlage gibt, die wir überdies schon im vorherigen Gutachten des Jahres 2009 beleuchtet haben, so dass wir nichts wirklich Neues hätten hinzufügen können. Ebenso wurden die Aspekte der sektorenübergreifenden sowie populationsorientierten Versorgung und Honorierung im 2009er Gutachten ausführlich dargelegt und wurden daher im aktuellen Gutachten ganz bewusst nicht noch einmal wiederholt. Da wir die Reihe unserer Gutachten im unmittelbaren Zusammenhang sehen, sollen bestimmte Fakten auch nicht unnötig zweimal erläutert werden. Genau das wird oft vergessen: Die einzelnen Gutachten stehen nicht isoliert da, sondern bauen nach Möglichkeit systematisch aufeinander auf.

Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch das Gutachten „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung“, das bereits im Herbst 2010 an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) vergeben und erst im August dieses Jahres veröffentlicht wurde.

Darin wurde erneut das bestätigt, was wir bereits aus verschiedenen internationalen Reviews und Publikationen wissen: P4P ist ein sehr heterogenes und komplexes Instrument. Es ist möglich, aber keineswegs einfach, damit erwünschte Effekte zu erzielen. Wie so oft im Leben kommt es auch hier sehr darauf an, wo und wie man P4P einsetzt und vor allem in welcher Dosierung man das tut. Der Sachverständigenrat vertritt die Auffassung, dass P4P nicht die vorherrschende Vergütungsform sein kann, sondern immer nur in Kombination mit anderen Instrumenten eingesetzt werden sollte. Im 2009er Gutachten wurde daher eine Entwicklung in Richtung einer umfassenden, prospektiv gezahlten, kontaktunabhängigen und risikoadjustierten Capitation – dann kombiniert mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen – bevorzugt. Dabei ist die qualitätsorientierte Vergütung im Sinne eines Korrektivs immer nur als relativ kleiner Bestandteil einer insgesamt weitgehend pauschalierten Gesamtvergütung gedacht.

Weil hier ja auch Pay per Outcome ins Spiel kommen sollte.

International ist man sich eigentlich vor allem in einem Punkt einig: Man braucht einen sogenannten Payment-Mix. Denn es gibt nun einmal keine einzelne, allen anderen Optionen überlegene Honorierungs- und Anreizform, sondern letztlich immer nur eine der Situation angepasste Mischung aus verschiedenen Elementen. Dazu zählen je nach Versorgungsbereich in der Regel mehr oder weniger ausgeprägte pauschale Vergütungskomponenten wie eben die Capitation und als gezielte Ergänzung auch P4P-Elemente, soweit möglich, natürlich auch outcomeorientiert.

Wo sehen Sie denn eine Kombination von Pauschalhonorierung und P4P in der Versorgungsrealität verwirklicht?

Das war zwar nun nicht Bestandteil des aktuellen Gutachtens, sondern des vorherigen, aber man kann feststellen, dass zum Beispiel der Paragraf-73b-Vertrag in Baden-Württemberg derartige Elemente enthält.

„Man braucht einen sogenannten Payment-Mix. Denn es gibt nun einmal keine einzelne, allen anderen Optionen überlegene Honorierungs- und Anreizform.“

Sie sprechen die kontaktunabhängige Pauschale an.

In Kombination mit qualitätsorientierten Vergütungsbestandteilen, wie beispielsweise der Erreichung einer bestimmten Impfquote oder dem Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis bei der Versorgung von chronisch Kranken. Hier haben wir erste Kombinationen zwischen kontaktunabhängiger Pauschalierung auf der einen und gezielten Anreizen für bestimmte Leistungsbereiche auf der anderen Seite.

Auf dem SVR-Symposium wurde gesagt, dass die wichtigste Outcome-Dualität Lebensqualität und Lebensdauer ist. An dieser Dualität muss sich alles andere messen lassen, was es an Surrogatparametern alles gibt. Doch eigentlich wurde bisher noch nie definiert, was Patientenoutcomes aus Sicht des Patienten sind.

Wir benötigen neben Outcome-Indikatoren aus Steuerungsgründen durchaus auch Prozessparameter. Ein wichtiger Grund ergibt sich aus der Tatsache, dass wir seltene Outcomes - wie beispielsweise vermeidbare Sterblichkeit bei Operationen - nur sehr schlecht messen können. Das mag aus Patientensicht hartherzig klingen, wenn man sagt, dass es bei der Sterblichkeit ein Messproblem gibt, weil man bei Mortalität, bezogen



auf einzelne Einrichtungen und Eingriffe, nicht genügend Fallzahlen hat.

Was ja auch für die Güte unseres Gesundheitssystems spricht.

Schon richtig. Doch genau aus diesem Grund ist es sinnvoll, derartige patientenrelevante Outcomeparameter auf größere Populationen beziehen zu können, um nämlich auf diese Weise zu höheren bzw. ausreichenden Fallzahlen zu kommen. Dennoch haben Sie schon recht: Diese Betrachtungsweise ist bisher noch viel zu wenig ausgeprägt. Mir würde auch kein Beispiel einfallen, bei dem diese Outcome-Betrachtung in Deutschland bereits umgesetzt worden wäre.

Also doch wieder eher Surrogatparameter.

Es geht nicht anders. Man kann zum Beispiel anknüpfen bei Parametern wie „vermiedene Amputationen bei Diabetes“, „vermeidbaren Entgleisungen bei chronischen Erkrankungen“, „unerwünschten Arzneimittelwirkungen“ oder auch „unnötigen medikationsbedingten Krankenhausaufnahmen“. Bei letzteren schätzen wir zum Beispiel, dass zwischen drei und sieben Prozent aller Krankenhausaufnahmen iatrogen, durch die Medikation ausgelöst werden.

Die demnach vom Arzt erzeugt sind, wenn man gerade des Altgriechischen nicht ganz so mächtig sein sollte.

Stimmt. Das wäre neben der „ungeplanten Wiederaufnahme nach Krankenhausaufenthalten“ schon ein höchst interessantes intermediäres Outcome, das wir sehr gerne analysieren würden.

Sie haben sicher bewusst den Konjunktiv benutzt: Wer kümmert sich um solche Versorgungsforschungs-Grundlagen? Wenn man diese Frage nicht angeht, wird man auch in weiteren zehn Jahren immer noch nicht viel weiter mit der Outcomeorientierung gekommen sein.

Das ist richtig. Deshalb hat der Rat die Aufgabe vorauszudenken, Vorschläge zu machen und entsprechende Empfehlungen zu geben.

Ist ja nett, aber mehr nicht?

Wir bauen letztlich darauf, dass alle Beteiligten ihre Vertragsfreiheit nutzen und die vorhandenen und durchaus erheblichen Möglichkeiten umsetzen. Klar ist aber auch: Die Leistungspartner könnten schon jetzt wesentlich mehr tun, als im Augenblick tatsächlich gemacht wird.

Der Bundesverband Managed Care hat sicher auch darum sogenannte Leuchtturmprojekte benannt.

Es gibt durchaus einige sehr interessante, meist regionale Modellprojekte, die als Best-Practice-Modelle Vorbild für andere sein können. Doch grundsätzlich halten wir nichts davon, etwas vorschreiben zu wollen. Wir können letztlich nichts anderes tun, als sinnvolle Rahmenbedingungen und geeignete Anreizsysteme zu beschreiben, welche die Akteure dann vor Ort selbst ausgestalten müssen. Andererseits würden wir uns natürlich oft wünschen, dass mehr passiert.

Zur Zeit scheint auf Kassenseite eher das große Warten Programm zu sein.

Diese Haltung ist im Augenblick in der Tat äußerst unbefriedigend. Die Bereitschaft zur Innovation und zum Initiieren neuer Versorgungskonzepte ist heute so gering wie lange nicht. Daher haben wir ja im aktuellen Gutachten Vorschläge gemacht, wie man das Ganze wieder ankurbeln kann.

Was sind die wichtigsten Vorschläge?

Wir müssen wieder einen Anreiz schaffen wie damals bei der 1-Prozent-Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Doch sollte man aus der damaligen Situation lernen und Mitnahmeeffekte verhindern.

Beutegemeinschaften, wie sie Ihr Vorgänger, Prof. Dr. Eberhard Wille, immer so nett nannte.

Die Leistungspartner haben tatsächlich Beutegemeinschaften gebildet, um die 1-Prozent-Finanzierung und deren Honorarvolumen abzugreifen. Was aber viel schlimmer ist: Es fehlt völlig an Evaluationen! Wir wissen überhaupt nicht, was bei den so geförderten Projekten heraus gekommen ist.

Ein großer Teil dieser Selektivverträge bezog sich zum Beispiel auf die Implantation von Hüftendoprothesen.

Das war eben nicht das, was sich der Gesetzgeber vorgestellt hat. Denn hier wurden oft genau die Dinge gemacht, die ohne Anschubfinanzierung ohnehin gelaufen wären.

Während andere nur gemacht wurden, weil man an die Finanzierung kommen wollte.

Aus diesen Gründen gab es damals auch viel zu wenig echte Entwicklung. Daher haben wir jetzt einen Vorschlag gemacht, der darauf abzielt, bestimmte Voraussetzungen zu benennen, um eine derartige Förderung überhaupt bekommen zu können. Zuallererst soll ein Versorgungsprojekt sektorenübergreifend und populationsorientiert angelegt sein und - dort wo es sinnvoll ist - auch den bisher vernachlässigten Bereich der Pflege mit einbeziehen. Damit sind schon ein paar von weiteren, sehr dezidierten Auswahlkriterien für innovative Versorgungskonzepte genannt. Weiterhin wäre natürlich die verpflichtende Evaluation zu nennen.

Das ist schon eine hohe Hürde.

Das heißt ja nun nicht, dass man nicht auch andere Versorgungskonzepte initiieren kann. Aber oben genannte sollten unserer Meinung nach gezielt priorisiert werden. Wir möchten eben nicht mehr ein wahlloses Nebeneinander von sinnvollen und unsinnigen Projekten fördern, sondern primär solche, die notwendige Weiterentwicklungen - in Richtung einer sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung verfolgen.

Und wie wollen Sie Mitnahmeeffekte verhindern?

Krankenkassen, die derartige Versorgungskonzepte auf den Weg bringen, sollen für fünf Jahre zinsverbilligte oder vielleicht sogar zinslose Darlehen aus einem Kapitalfonds bekommen.

Der wie und von wem angelegt wird?

Das müsste, wenn er das will, der Gesetzgeber entscheiden. Ein probater Vorschlag wäre es, einen solchen Kapitalfonds bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau anzusiedeln. Hier könnten dann Krankenkassen, die ein neues Versorgungsmodell anbieten möchten, die nach Bereinigung zusätzlich anfallenden Kosten refinanzieren.

Vor allem die Anschubkosten. Auf ihrem Kongress verdeutlichte Prof. Dr. Spitzer, Vorsitzender der DGIV, in seinem Vortrag, wie lange sich die Amortisierungsphase hinstrecken kann.

Exakt. Er beschrieb ein kardiologisches integriertes Versorgungskonzept, das den Break Even erst nach viereinhalb Jahren erreicht hat.

Das ist aber nur der Zeitraum, den man braucht, um vom Defizit ins Positive zu kommen, von einem ausgeglichen Haushalt kann man da noch lange nicht sprechen.

Neue innovative Versorgungsmodelle tragen sich entweder sowieso, weil es von vorneherein für die Krankenkasse eindeutige Kostenvorteile gibt. Dann braucht man auch keine Anschubfinanzierung. Bei anderen, die etwa erst einmal in Vernetzung und den Aufbau eines regionalen Managements investieren müssen, dagegen schon. Immer dann, wenn die daher verpflichtende Evaluation nach einer gewissen Zeit zeigt, dass sich die Versorgung - möglichst gemessen an patientenrelevanten Outcomes - verbessert hat, sollten die hier entstehenden Zusatzkosten nach Bereinigung direkt aus dem Gesundheitsfonds refinanziert werden.

„Es muss uns doch darum gehen, wirklich relevante Innovationen zu fördern. Und das funktioniert letztlich nur dann, wenn man die Entscheidung, ob ein Versorgungsprojekt sinnvoll ist oder nicht, auf einen späteren Zeitpunkt verlegt."

Dieser Vorschlag grenzt sich schon von dem pauschalen Vorschlag ab, einfach wieder einen Innovationsfonds mit ein paar Prozent aufzulegen.

Eine solche pauschale Fondsfinanzierung wäre völlig undifferenziert und ohne jegliche Steuerungsfunktion. Es muss uns doch darum gehen, wirklich relevante Innovationen zu fördern. Und das funktioniert letztlich nur dann, wenn man die Entscheidung, ob ein Versorgungsprojekt sinnvoll ist oder nicht, auf einen späteren Zeitpunkt verlegt. Was übrigens ein ganz starkes Argument für Versorgungsforschung ist, denn nur mit deren Methodenarsenal können innovative Versorgungsmodelle sinnvoll analysiert werden.

Bräuchte dann nicht Versorgungsforschung auch so eine derartige Finanzierung?

Evaluative Versorgungsforschung für neue Versorgungsmodelle könnte man auf diesem Weg mitfinanzieren. Dennoch wäre es unabhängig davon nötig, die Versorgungsforschung als solche zu fördern. Das hat der Rat übrigens praktisch in jedem seiner Gutachten gefordert.

Mit wenig Nachhaltigkeit.

Immerhin stand die Förderung der Versorgungsforschung explizit im aktuellen Koalitionsvertrag.

Gleich zweimal. Nur ist nicht viel passiert, wenn man die aktuelle Ausschreibung des BMWF, deren Budget übrigens nicht beziffert wurde, einmal außen vor lässt.

Ich weiß auch nicht genau, wie hoch das Förderbudget ist, obwohl ich Mitglied im Gesundheitsforschungsrat des BMWF bin. Positiv ist aber, dass es beim BMBF durchaus deutlich mehr Aufgeschlossenheit für Versorgungsforschung als früher gibt und die aktuelle Förderung ist auch Ausdruck dieses Willens.

Wenn man das Gesamtbudgetvolumen des Gesundheitswesens in Deutschland betrachtet, sind das Peanuts, wie Banker aus ihrer Heimatstadt Frankfurt sagen würden. Doch kehren wir zum aktuellen Gutachten zurück, das so schön heißt „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung". Wo soll denn dieser Wettbewerb tatsächlich stattfinden?

Wir müssen zuallererst konstatieren, dass es sehr unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen für Kliniken und Praxen gibt. Im stationären Bereich haben wir eine ganz andere Investitionsfinanzierung und ganz andere Honorierungsbedingungen, Qualitätssicherungsverfahren, Bedarfsplanungen und Zulassungsbedingungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden als im ambulanten Bereich. In beiden Sektoren wird das alles jeweils komplett anders, zum Teil sogar gegensätzlich gehandhabt. Wenn man nur einmal an neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren denkt, dann haben wir im Krankenhaus die Situation, dass alles erlaubt und abrechenbar ist, was nicht ausdrücklich verboten wurde, und im ambulanten Bereich ist es genau umgekehrt. Dort kann man nur das abrechnen, was ausdrücklich erlaubt ist. Ebenso gegensätzlich sind einerseits Fallpauschalen bzw. DRG in der Klinik, andererseits der EBM in der Praxis. Oder auf der einen Seite Krankenhaus-Investitionen durch Krankenhausträger wie Länder, Kommunen oder Kreise, auf der anderen die Privatinvestition eines selbstständigen Kleinunternehmers (meist) mit Doktortitel. Oder denken Sie an die Unterschiede in der Qualitätssicherung: hier die meist extern vergleichende Qualitätssicherung in der Klinik, in der Praxis das eher interne Qualitätsmanagement sowie verschiedene Genehmigungsvorbehalte.

Unter all diesen unterschiedlichen Bedingungen kann es doch gar keinen Wettbewerb geben.

Zumindest keinen echten und fairen Wettbewerb, sondern eher so etwas wie eine ineffiziente Konkurrenz.

Kann es unter diesen konträren Bedingungen überhaupt eine sektorenübergreifende Versorgung geben?

Wir sehen hier gerade in dem neuen, allerdings noch sehr kleinen Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung eine echte Chance. Ich glaube sogar, dass die sich hier eröffnenden Möglichkeiten noch stark unterschätzt werden.

Ein Bereich, der zunächst sehr klein geschrumpft worden ist.

Ob klein oder nicht, hier wird es einheitliche Rahmenbedingungen geben. Ambulant tätige Klinikärzte und ambulant tätige niedergelassene Ärzte arbeiten hier plötzlich in einem neuen, gemeinsamen ambulanten Versorgungsbereich und dies erstmals unter den gleichen Bedingungen. Das wird das erste Mal sein, dass es einen echten Wettbewerb um die bessere Versorgung geben kann. Wir schlagen hier vor, dass man diesen Bereich sukzessive ausdehnen sollte – im nächsten Schritt konkret um ambulante Operationen, stationsersetzende Leistungen und Kurzzeitfälle.

Also weit über den bisherigen Sektor der besonders schweren Fälle hinaus, was immer das auch genau sein mag.

Der Gemeinsame Bundesausschuss muss festlegen, was er darunter subsumieren wird. Es gab ja schon vorher einen Katalog nach § 116b, der nun entsprechend angepasst werden muss.

Solange das Ganze unter 1 Prozent des Versorgungsvolumens bleibt.

Das ist fraglich. Wenn man das Gebiet - wie eben beschrieben - ausdehnen würde, wäre es deutlich mehr. Darüber hinaus schlagen wir vor, dass man diesen Bereich zukünftig ausschließlich selektivvertraglich regelt. Die durchaus berechtigte Angst, insbesondere der Kostenträger war es, einen Bereich zu schaffen, in dem quasi jeder unbegrenzte Leistungen erbringen darf, der es kann. Wie Minister Bahr auf unserem Symposium noch einmal festgestellt hat, könnte es durchaus zu Mengenausweitungen kommen. Wenn man diesen gesamten neuen Bereich - auch wenn er wachsen sollte - jedoch ausschließlich der selektivvertraglichen Regelung unterstellen würde, könnte man in diesem Bereich unter gleichen Bedingungen über Mengen, Preise und Qualität konkrete Vereinbarungen treffen. Das würde ungebremste Mengenausweitungen verhindern und zugleich echten Wettbewerb ermöglichen.

Das könnte genau das sein, vor dem die Vertreter der verfassten Ärzteschaft Angst haben wie der Teufel vor dem Weihwasser: Zunahme des Selektiven auf Kosten des Kollektiven.

Es ist klar, dass jedes Versorgungskonzept seine spezifischen Vor- und Nachteile hat. Bei der spezialfachärztlichen Versorgung ist es so, dass interessanterweise sowohl die Kliniken davor warnen, dass die niedergelassenen Fachärzte im Vorteil wären, als auch umgekehrt. Darum sagt Minister Bahr zu Recht, dass dann wohl der Interessenausgleich gelungen zu sein scheint.

Wenn die Menge an Kritik ein Gütezeichen ist ...

Wie auch immer. Wir müssen die starren Grenzen zwischen Kliniken und Praxen überwinden. Man kann und sollte in diesem Bereich durchaus etwas wagen.

Der große Vorteil wäre es ja wirklich, damit endlich einmal und erstmals die Sektorengrenze zu überwinden.

Wir haben bisher im Grunde ein geteiltes Land: Mittendurch läuft eine Mauer, auf deren beiden Seiten sich - eher gegeneinander als miteinander - zwei Versorgungssysteme entwickelt haben. Dieser neue Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung schafft das erste Mal eine Situation, bei der diese Mauer nicht nur perforiert, sondern tatsächlich abgerissen wäre. Denn hier entsteht für Kliniken und Praxen ein neuer gemeinsamer Versorgungsbereich mit gemeinsamen Spielregeln. Natürlich muss man analysieren, wie sich das Ganze entwickelt und sicher wird man auch an der ein oder anderen Stelle nachjustieren müssen, indem man andere Anreize schafft, Bedingungen ändert oder Rahmenbedingungen exakter definiert. Doch alles in allem hat die spezialfachärztliche Versorgung weitaus mehr Chancen als Risiken.

Gibt es Evidenz? Oder ist das ein politisch motivierter Feldversuch?

Für Deutschland gibt es keine Evidenz, wie auch, wenn es das erste Mal ist. Wir haben aber jede Menge Evidenz dafür, dass die starren Sektorengrenzen an und für sich hochproblematisch sind, etwa weil hier regelhaft Informationsbrüche auftreten und unkoordinierte Behandlungen stattfinden.

Doch diese ambulante spezialärztliche Versorgung ist an und für sich doch ein deutscher Modellversuch.

Das würde ich nicht so sehen. Es gibt in vielen anderen Ländern durchaus Versorgungsbereiche, die nicht so stark getrennt sind wie bei uns. Selbst in Deutschland haben wir mit der Knappschaft und deren Prospernetzen ein schon lange bestehendes, zumindest ähnlich integriertes Versorgungskonzept. Denn die Knappschaft ist sowohl Versicherung als auch Träger von Knappschaftskrankenhäusern und -ärzten, sogenannten Sprengelärzten, die in einem traditionell bestehenden, integrierten Versorgungsmodell vorwiegend Bergleute versorgt haben.

Warum funktioniert es denn da und in der Breite nicht?

Weil wir in Deutschland ansonsten politisch den Payer- und Provider-Split bevorzugen.

Wie wäre es mit einer Art „Kaiser Permanente“ auf Deutsch?

Das ginge schon in eine durchaus interessante Richtung, wobei wir das im 2009er Gutachten dargestellt, aber so explizit gar nicht vorgeschlagen haben. Wir wollen zunächst einmal, dass sich die Provider zusammenschließen, wobei eine tatsächliche Überwindung des Payer-Provider-Splits hier noch nicht mit ins Spiel kommt. Aber das könnte man durchaus überlegen, wenn es auch bisher vom Rat noch nicht dezidiert vorgeschlagen wurde.

Warum haben denn die standesvertretenden Ärzte eine derartige Angst vor einem „Kaiser Permanente“-ähnlichen Versorgungssystem, in dem Versicherungs- und Leistungserbringungsmacht zusammengeführt wird zu einer - so die Hoffnung - besseren Gesundheitsversorgung?

Zunächst haben sich alle Leistungserbringer in unserem jetzigen kollektivvertraglichen, korporatistischen System sehr gut eingerichtet. Alles, was zu Änderungen führen könnte, löst Verunsicherung oder sogar die konkrete Angst aus, lieb gewordene Besitzstände zu verlieren. Diese durchaus verständlichen Ängste vor Veränderung ziehen eine geringe Bereitschaft nach sich, innovative Wege in zunächst unbekannte neue Gebiete zu beschreiten.

Was auch bei dem Thema anklang, das auf Ihrem Symposium angesprochen wurde: die Akademisierung des Pflegeberufes.

Man muss in der Diskussion unterscheiden, dass wir vor allen Dingen eine umfassende Professionalisierung der nicht-ärztlichen Berufe für notwendig halten. Wobei Professionalisierung nicht das Gleiche wie Akademisierung ist. Ersteres bedeutet in der Konsequenz beispielsweise, dass eine intensivmedizinisch tätige Krankenschwester zunehmend anspruchsvollere Aufgaben übernehmen darf und so Ärzte effektiv entlasten kann. Eine Entsprechung gibt es in der Hausarztpraxis mit dem Konzept der Versorgungsassistentin, die Hausärzte bei der Versorgung insbesondere von chronisch Kranken unterstützt und gleichzeitig entlastet. Das ist zum Beispiel im Zuge der demografischen Alterung und Zunahme von chronischer Krankheit bei gleichzeitigem Hausarztmangel eine hervorragende Strategie.

Und die Akademisierung?

Die stellt einen Teilaspekt dar, der nicht für alle gedacht ist, das ginge ja auch gar nicht. Relevant ist dies für vielleicht zehn Prozent der Pflegekräfte und anderen Gesundheitsfachberufe. Für diese ist die Akademisierung eine Chance, sich weiter zu qualifizieren. Das soll einerseits verhindern, dass insbesondere der Pflegeberuf ein Sackgassenberuf bleibt, und andererseits dazu führen, dass sich die Pflege konzeptionell weiterentwickeln kann. Doch es ist eben nicht so gedacht, wie das bei manchen Ärzten ankommt, dass künftig alle Schwestern

studieren sollen und irgendwann quasi nur noch promovierte Schwestern über die Stationen laufen, während die Hälfte der Ärzte keinen Doktortitel hat.

Anders gefragt: Wer macht die harte Arbeit am Patienten, wenn man nur noch Akademiker hat?

Das ist eine grundsätzlich durchaus berechtigte Befürchtung. Darum muss man sich immer klarmachen, dass es sich letztlich vielleicht um etwa zehn Prozent der Pflegekräfte handelt, die im Sinne der Akademisierung einen Studienabschluss machen. Anders herum heißt das aber auch, dass immer noch 90 Prozent der Pflegekräfte grundständige Pflegearbeit machen.

In der ungleichgewichtigen Diskussion offenbart sich, dass Ärzte berufsständisch gut und die Pflege eigentlich schlecht organisiert ist. Hier stehen sich keine gleich starken Partner gegenüber.

Außerdem haben wir hier das Phänomen, das wir generell im Gesundheitswesen beobachten können: Es handelt sich in erster Linie um einen Verbände- oder Funktionärsstreit. An der Basis, vor Ort gibt es diese Diskussionen gar nicht. Im Rettungsdienst, auf der Intensivstation oder im OP arbeiten Ärzte und nicht-ärztliche Assistenten, die höherwertige Aufgaben übernehmen, seit langem eng und vertrauensvoll zusammen. Auch zwischen Gemeindeschwestern und Hausärzten oder in der Diabetesversorgung gibt es gute interprofessionelle Kooperationen. Vor Ort sind die Berührungsängste viel geringer, weil die Menschen viel pragmatischer agieren als die Verbandsebene. Hier geht es vor allem um Macht, Einfluss und um berufsständische Interessen.

Wir haben vor Kurzem mit ihrem Vorgänger im Amt, Prof. Wille, ein Interview geführt. Wenn man das Gespräch und das jetzige mit Ihnen vergleicht, fällt auf, dass auf der einen Seite der pure Ökonom durchscheint und hier eher der Arzt, der auch wissenschaftlich tätig ist. Ist das ein geplanter Wechsel im Sachverständigenrat, der damit auch eine Ära der Ökonomie in eine - sagen wir - Zeit der Patientenorientierung überführt?

Das war nicht das Motiv des Wechsels. Es ist vielmehr gute Tradition des interdisziplinär arbeitenden Rats, dass Vorsitzender und Stellvertreter in der Regel ein Arzt und ein Ökonom sind. Oder eben umgekehrt, denn ich war ja vorher Stellvertreter. Es war darüber hinaus schon immer so, dass die Leitung des Rates ebenso wie der Rat selbst interdisziplinär besetzt waren. So haben wir derzeit zwei Ökonomen, drei Mediziner, eine Pflegewissenschaftlerin und neu einen Juristen.

Warum keinen Patientenvertreter?

Das ist eine gute Frage. Daran hat man bisher nicht gedacht. Doch vielleicht wäre ein Patientenvertreter auch schwierig in einem Gremium von sieben Professoren zu etablieren. Der Anspruch, wissenschaftlich fundierte Politikberatung machen zu wollen, ist ja schon ein recht hoher. Vor dem Hintergrund vorhandener wissenschaftlicher Expertise und einer entsprechenden Ausrichtung der Ratsarbeit hat wahrscheinlich bisher noch niemand daran gedacht, aber ich könnte mir vorstellen, dass dies in der Zukunft einmal der Fall sein könnte. Wie alles unterliegt auch die Besetzung des Rats einem Wandel und obliegt letztlich der nächsten Regierung, die den nächsten Rat berufen wird.

Das wäre ein schönes Zeichen, nachdem auch im G-BA Patientenvertreter vertreten sind, wenn sie auch kein Stimmrecht haben. Was haben Sie sich denn für die Zeit Ihres Vorsitzes vorgenommen? Wo sehen Sie die Perspektive der weiteren Arbeit des Rates?

Der Rat hat ja vom Gesetz festgelegte Aufgaben, die wir natürlich erfüllen werden. Hier geht es im Wesentlich darum, die Entwicklung im Gesundheitswesen zu begutachten, wie es der Name des Rats ja auch schon sagt. Unsere Aufgabe ist es, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Es gilt der alte Fußballerspruch, etwas abgewandelt: Nach dem Gutachten ist vor dem Gutachten?

Im Gesetz steht, dass der Rat alle zwei Jahre ein Gutachten erstellt. Demnach werden wir das nächste Gutachten voraussichtlich Mitte 2014 übergeben, so lange ist der gegenwärtige Rat auch berufen. Über den Inhalt des kommenden Gutachtens diskutieren wir gerade.

Wobei die letzten Gutachten alles Sondergutachten waren.

Richtig: Sondergutachten bedeutet, dass die Regierung, wie im Gesetz vorgesehen, den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen kann. Der Rat legt großen Wert auf seine Unabhängigkeit, wobei wir uns trotzdem immer über die Themen grundsätzlich verständigt und auch darüber diskutiert haben, was wir auch künftig tun werden.

Welche Zielrichtung hätten Sie denn gerne?

Ich habe schon Vorstellungen, möchte aber weder der Diskussion im Rat noch der Abstimmung mit dem BMG vorgreifen. Ich denke, dass wir bis Ende des Jahres die Richtung des kommenden Gutachtens festgelegt haben.

Wenn Sie auf inzwischen 16 Gutachten zurückblicken …

… bin ich an den meisten nicht beteiligt gewesen. Generell kann man feststellen, dass aus den Gutachten durchaus eine ganze Menge umgesetzt worden ist. Manches aber auch nicht. Doch wir erwarten auch gar nicht, dass die Politik alle Maßnahmen genauso umsetzt, wie wir das empfehlen. Wir können auf der Basis wissenschaftlicher Grundlagen, unserer Analysen und internationaler Vergleiche lediglich Empfehlungen aussprechen, doch die Politik muss ja konkret verantworten, was sie tut. Und vor allem, wie sie Inhalte umsetzt: Denn sie muss immer Mehrheitspositionen entwickeln, und nur diese können dann auch im Gesetz verankert werden.

Welche Rolle nimmt der Rat ein?

Der Rat hat unter anderem die Rolle, Themen zu setzen, betreibt also eine Art Agenda setting. Das funktioniert auch, wenn Sie einmal an das Thema Über-, Unter-, Fehlversorgung oder die sektorenübergreifende, populationsorientierte Versorgung denken. Das sind Themen, die der Rat in die bundesdeutsche Debatte eingebracht hat. Auch die frühe Nutzenbewertung im Arzneimittelbereich geht beispielsweise auf Vorschläge des Rates zurück.

Man muss nur tief genug graben in den Gutachten.

Und Geduld haben. Manchmal dauert es fünf Jahre, oft auch zehn Jahre. Und manchmal wird nie etwas daraus. Damit müssen und können wir leben. Aber - wie gesagt - wir erwarten als Wissenschaftler auch gar nicht, dass alles Eins zu Eins umgesetzt wird, das würde ich als Politiker wahrscheinlich auch nicht machen.

Weil Politik auch ganz anders funktioniert als Wissenschaft.

Genau. Darum mischen wir uns als Rat generell nicht in die Tagespo-

litik ein. Aus diesem Grund gibt es auch ganz bewusst keine aktuellen Statements des Rats zu bestimmten Vorgängen.

In vielen Gutachten findet sich der Passus, dass Patienten Coproduzenten ihrer Gesundheit werden müssten. Was muss der Patient lernen?

Das ist wahrlich ein Thema, das der Rat schon häufiger thematisiert hat. Im aktuellen Gutachten werden beispielsweise die Aspekte „Nutzerkompetenz" und „Health-Literacy" ausführlich dargestellt.

Die Patienten haben in diesen Konzepten eine Mitverantwortung und auch eine große Chance.

Sie nehmen eine ganz wichtige Rolle ein. Wir plädieren dafür, die Kompetenzen des Patienten zu stärken, um ihn in die Lage zu versetzen, sich besser selbst zu helfen. Dafür ist es notwendig, dass er besser informiert wird, es dazu aktive Beratungsangebote gibt. Wir haben empfohlen, dass man auch in der Beratung von Patienten und ihren Angehörigen sektorenübergreifend denkt. Dass sollte nicht aufgeteilt werden nach SGB XI, SGB V, nach stationär, ambulant, Reha, dann noch nach verschiedenen Kostenträgern, Krankenkassen und Kommunen. Es macht aus Nutzersicht wenig Sinn in einem Ort 15 oder noch mehr verschiedene Beratungsstellen vorzuhalten, wir plädieren dafür, abgestimmte Angebote, möglichst aus einem Guss zu schaffen, um Patienten und ihren Angehörigen die Orientierung zu erleichtern. Wobei bei Patienten natürlich ganz unterschiedliche Voraussetzungen vorherrschen. Es gibt junge gebildete, chronisch kranke, die in webbasierten Foren unterwegs und in Selbsthilfegruppen organisiert sind, andererseits ältere multimorbide Patienten, die vielleicht auf dem Land leben und einen Migrationshintergrund haben. Auch deshalb haben wir unter anderem einen Index sozialer Deprivation vorgeschlagen. Man weiß aus diversen Untersuchungen, dass der soziale Status einen ganz gravierenden Einfluss darauf hat, wie viel jemand raucht, trinkt, wie sich jemand ernährt, Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nimmt, was letztlich darauf Einfluss hat, wie gesund und lange man lebt.

„Man muss Geduld haben. Manchmal dauert es fünf Jahre, oft auch zehn Jahre. Und manchmal wird nie etwas daraus."

So leben die oberen 20 Prozent einer Bevölkerung je nach Geschlecht sechs bis acht Jahre länger als die unteren 20 Prozent.

Das ist ein wichtiges Problem, das in früheren Ratsgutachten schon häufiger thematisiert wurde, was aber in der praktischen Gesundheitspolitik und auch in der Gestaltung gesundheitlicher Versorgung noch gar nicht so richtig angekommen ist.

Es wundert, dass da nicht eine Partei eine Art gesundheitspolitische Neiddiskussion in Gang setzt.

Stimmt. Fakt ist jedenfalls, dass soziale Ungleichheit enormen Einfluss auf die Lebensqualität und Lebensdauer hat. Hier sind wir mit konventionellen Strategien und solchen, die nur auf das Gesundheitssystem selbst ausgerichtet sind, nicht gut aufgestellt. Auch wenn man qualitätsorientierte Aspekte oder qualitätsorientierte Vergütung einführen möchte, muss man diesen Aspekt berücksichtigen. Man braucht auf jeden Fall so etwas wie eine Risikoadjustierung.

Klassisch nach Alter, Geschlecht und Fallschwere gemacht.

Klassisch schon. Doch letztlich müsste eben die soziale Deprivation miteinbezogen werden. Für die Planung, Steuerung und die Setzung gezielter Anreize brauchen wir diese Informationen.

Wobei das Ganze nah am politischen Tabu ist.

In Deutschland ist das sicher problematisch. Doch wären diese Informationen sehr wertvoll für die Beurteilung von gesundheitlicher Versorgung und die Steuerung von auch lebensweltlichen Interventionen sowie für die Bedarfsplanung und selbst für die Bewertung von Outcomes. Wir müssen uns fragen, ob wir es uns leisten können, einen solch wichtigen Index noch länger außen vor zu lassen.

Sie haben das Thema auf Ihrem Symposium angesprochen, als Sie die höchst unterschiedliche regionale Verteilung von Amputationen erwähnt haben. Letztlich ist die Frage ungeklärt, warum das so ist.

Wir wissen es in der Tat nicht. Es kann verschiedenste Gründe dafür geben. Es kann sein, dass in diesen Regionen nur anders codiert wird, und die Diagnosen anders verschlüsselt werden. Es kann aber auch sein, dass es eine andere Anbieterstruktur gibt, denn es gibt durchaus Hinweise auf angebotsinduzierte Überversorgung sowie Unter- undFehlversorgung auf diesem Gebiet. Es kann auch ein Ausdruck sozialer Deprivation sein, die unterschiedliche Ausprägungen in ostdeutschen Flächenländern und in eher wohlhabenden Stadtstaaten hat. All das wissen wir aber nicht genau, das wäre ein Feld für Versorgungsforschung.

Wer müsste das erforschen? Wer hätte die Aufgabe?

Die Forschungsförderung wäre am ehesten eine gemeinsame Aufgabe von BMG und BMWF. Doch eigentlich müssten auch Krankenkassen ein originäres Interesse haben, hier Licht ins Dunkel zu bringen. Jeder, der etwa Programme zur Versorgung der Bevölkerung plant und dafür die Verantwortung trägt, muss ein Interesse daran haben, solche Zusammenhänge zu verstehen.

Die Kassen werden sagen: Dafür haben wir kein Budget, wir dürfen eigentlich sowieso keine Versorgungsforschung finanzieren.

Da wären wir bei einem Vorschlag des Rats, einen festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben (z.B. 0,1%) der Krankenkassen für Versorgungsforschung vorzusehen. Das wäre immer noch sehr wenig, aber mal ein Anfang. Wir haben eine solche Lösung schon wiederholt vorgeschlagen, doch immer wenn man zu diesem Thema kommt, ziehen sich die Kostenträger zurück und sagen, dass das nicht ihre Aufgabe wäre.

Dahinter steht die Frage, welche Art Unternehmen Kassen sind oder nicht sind.

Sie sind je nach betrachtetem Bereich, also gegenüber Leistungserbringern (Leistungsmarkt) bzw. im Wettbewerb um Versicherte (Versicherungsmarkt) beides. Sie wollen auf der einen Seite als wirtschaftlich tätige Unternehmen agieren und sich so verhalten. Denken Sie an die Ausschreibung von Rabattverträgen, die unter Geheimhaltung abgeschlossen werden, oder an Kassenfusionen. Das sind ganz klare, wettbewerbliche und unternehmerische Aktivitäten. Auf der anderen Seite müssen Kassen im Interesse der Sicherstellung gesundheitlicher Versorgung bestimmte Dinge tun und dabei miteinander kooperieren. Wenn sie aber zum Beispiel in bestimmten Regionen marktbeherrschende Stellungen erreichen, muss man sich überlegen, ob das ohne Limit so weiter gehen soll.

Herr Prof. Gerlach, vielen Dank für das Gespräch. <<

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

INSIGHT Health zu Antiepileptika in der GKV:

Arzneimittel im Kampf gegen den Krampf

Antiepileptika sind die wesentliche Behandlungsoption bei nahezu jeder Epilepsie. Ihre Wirkweise ist dabei prophylaktisch. Mit der Einnahme von Antiepileptika soll das Auftreten epileptischer Anfälle vermieden werden. Die Ursachen der Erkrankungen bleiben davon unberührt. Diese können durch die Arzneimittel nicht angegangen werden. Dennoch kann eine Epilepsie im Verlauf einer längeren anfallfreien Zeit ausheilen und die Medikation daraufhin abgesetzt werden. Zwei Drittel aller Epilepsiepatienten unterliegen jedoch einer lebenslangen pharmakologischen Therapie. Neben der prophylaktischen Anwendung im Falle der Epilepsie werden Antiepileptika noch bei anderen Erkrankungen eingesetzt, z. B. beim neuropathischen Schmerz.

>> Epilepsie gehört in Deutschland zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Sie betrifft ca. 0,6 bis 0,8 Prozent der Bevölkerung, dies sind 500.000 bis 650.000 Menschen in Deutschland (vgl. Päfflin 2011). Weltweit leiden nach Angaben der WHO rund 50 Millionen Menschen an Epilepsie.

Das aus dem Griechischen abstammende Wort Epilepsie bedeutet so viel wie: „ergriffen werden" oder „von etwas befallen werden". Epilepsien sind eine Gruppe unterschiedlicher Erkrankungen. Ihnen ist gemeinsam, dass von Zeit zu Zeit epileptische Anfälle auftreten - und dies meist ohne erkennbaren Anlass.

Ein epileptischer Anfall ist auf eine zeitweilige Störung des elektrisch-chemischen Gleichgewichts im Gehirn zurückzuführen. Während eines epileptischen Anfalls ist das elektrische und chemische Gleichgewicht von Milliarden von Neuronen im Gehirn gestört. Dies geschieht durch plötzliche Entladung in einzelnen Gehirnregionen. Bei epileptischen Anfällen unterscheidet man zwischen fokalen und generalisierten Anfällen: Fokale Anfälle gehen von einem Krankheitsherd aus. Bei ihnen ist nur eine Hirnregion in einer Gehirnhälfte betroffen. Bei generalisierten Anfällen wird hingegen das gesamte Gehirn angesprochen. Ferner lassen sich diverse Anfallsarten differenzieren (vgl. Brandt 2009).

Epileptische Anfälle und Epilepsien treten nicht in jedem Alter mit gleicher Häufigkeit auf. Obwohl diese Tatsache des altersabhängigen Auftretens seit langem bekannt ist, weiß man über die Ursachen der Altersgebundenheit wenig. Hierzu existieren verschiedene Hypothesen. Auch ist eine Eigenart der Erkrankung, dass sich die Anfallsarten im Laufe des Lebens verändern können. (vgl. Borusiak 2008).

Antiepileptika - unterschiedliche Wirkweisen

Antiepileptika oder auch Antikonvulsiva (ATC-EphMRA: N03) sind die Therapieoption der ersten Wahl bei Epilepsie. Es handelt sich dabei um eine chemisch heterogene Gruppe. Im Hinblick auf die Wirkweise kann unterschieden werden, ob das Blockieren der epileptischen Impulse oder die Verhinderung der Ausbreitung von epileptischen Impulsen anvisiert wird. Zur pharmakologischen Therapie stehen mehr als 20 verschiedene Medikamente zur Verfügung, welche in drei Gruppen aufgeteilt werden. In der ersten Gruppe befinden sich die häufig eingesetzten Antikonvulsiva wie Pregabalin, Gabapentin oder Carbamazepin. In Gruppe 2 befinden sich Wirkstoffe, die eher zur Akuttherapie geeignet sind, z. B. Benzodiazepine wie Lorazepam. In der dritten Gruppe befinden sich die selten und eher in spezifischen Indikationen oder als Add-on-Therapie eingesetzten Antikonvulsiva wie Sultiam, Primidon oder Rufinamid (vgl. AWMF-Leitlinie „Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter", 2008).

Die Auswahl der Therapie erfolgt unter der Berücksichtigung der Art der Epilepsie und des vorliegenden Syndroms, des Nebenwirkungsprofils und Gefährdungspotenzials, der Kosten sowie der diagnostischen Beurteilung des Arztes. Einerseits muss also entschieden werden, welche Art von epileptischen Anfällen vorliegt, und andererseits spielen Verträglichkeit, Sicherheit, Preis und spezifische Patientenbedürfnisse eine wichtige Rolle (vgl. Rating 2008).

350 Mio. DDD Antiepileptika

Nach dem aktuellen gleitenden Jahreswert MAT 09/2012 wurden gut 350 Mio. Tagestherapiedosen (DDD) Antiepileptika innerhalb der GKV verordnet. 2011 waren es noch 3 Prozent weniger. Insgesamt ist ein kontinuierlicher Anstieg der Verbräuche - gemessen in verordneten DDD - zu verzeichnen (vgl. Abb. 1).
Grundlage für diese Analyse bildet die Versorgungsdatenbank regioMA von INSIGHT Health. Diese beinhaltet u. a. eine umfassende DDD-Klassifikation und verknüpft diese mit einer Quasi-Vollerhebung der ambulanten GKV-Verordnungsinformationen. INSIGHT Health bestimmt monatlich pro PZN die Faktoren zur Ermittlung der Tagestherapiedosen aufgrund der DDD-Definition (WHO/WIdO) in Abstimmung mit dem IGES-Institut.

Abbildung 2 gibt eine Übersicht zu den gemessen in definierten Tagestherapiedosen wesentlichen Antiepileptika. Zu erkennen ist, dass auf die drei verordnungsstärksten Wirkstoffe Pregabalin (18%), Carbamazepin (15%) und Levetiracetam (13%) zusammen knapp die Hälfte aller verordneten Tagestherapiedosen entfällt.

Auf der Seite der Verordnungen und Umsätze (bewertet zu Listenpreisen) ist aktuell eine gegenläufige Entwicklung zu erkennen:

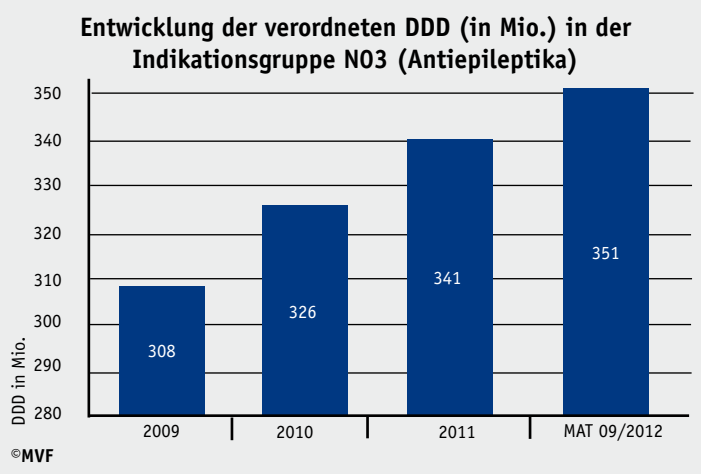


Abb. 1: Entwicklung der verordneten DDD (in Mio.) in der Indikationsgruppe N03 (Antiepileptika) 2009 bis MAT 09/2012. Quelle: regioMA, INSIGHT Health.

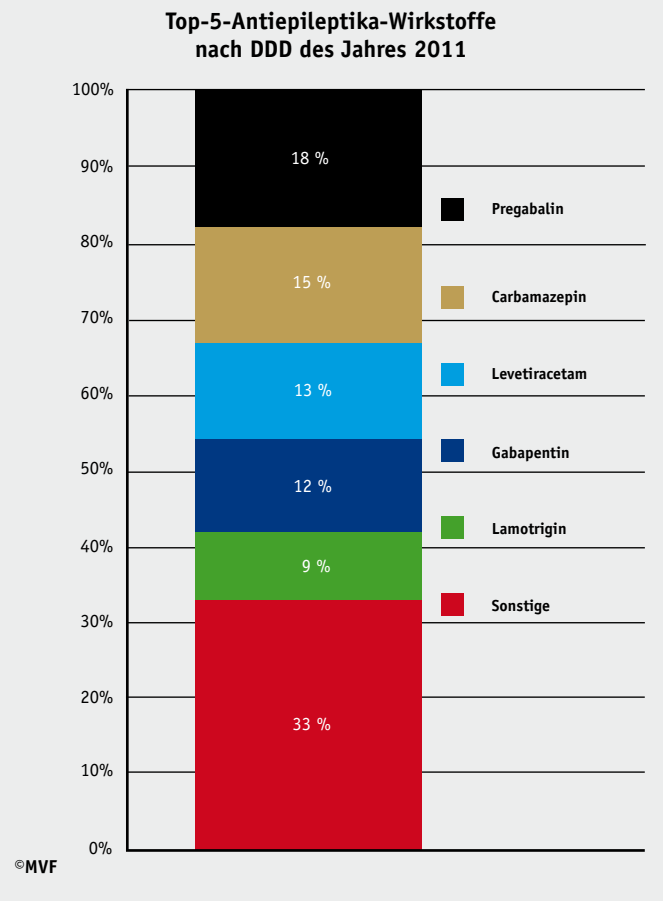


Abb. 2: Anteile der Top-5-Antiepileptika an den verordneten DDD in der Indikationsgruppe N03 (Antiepileptika) 2011. Quelle: regioMA, INSIGHT Health.

Während 2011 rund 9,5 Millionen Packungen mit einem Ausgabevolumen von 869 Millionen Euro (bewertet zu Apothekenverkaufspreisen) abgegeben wurden, findet man aktuell eine Ausdehnung der Menge bei gleichzeitig sinkenden Umsätzen (MAT 09/2012: 9,7 Mio. Packungen zu 848 Mio. Euro).

Dies ist in erster Linie auf den auslaufenden Patentschutz von Levetiracetam zurückzuführen. Dieser unter dem Handelsnamen Keppra bekannte Wirkstoff steht aktuell für mehr als ein Siebtel aller verordneten Tagestherapiedosen an Antikonvulsiva.

Wichtig ist festzuhalten, dass nicht jeder der mit Antiepileptika behandelten Patienten an einer Epilepsie leidet. Der Grund dafür ist, dass Antiepileptika nicht nur bei Epilepsie zum Einsatz kommen, sondern z. B. auch beim vergleichsweise häufig verbreiteten neuropathischen Schmerz (vgl. DARWIN, INSIGHT Health). Die Wirkstoffe Gabapentin und Pregabalin werden beispielsweise neben der Behandlung von Epilepsie auch zur symptomatischen Behandlung von neuropathischen Schmerzen oder Neuralgien eingesetzt (vgl. Arzneimittel-Atlas 2012, S. 293).

Teilindikation Neuropathischer Schmerz

Chronische neuropathische Schmerzen sind eine häufige Erkrankung. Die Prävalenz dieser Erkrankung beträgt bis zu 5 Prozent der Gesamtbevölkerung. Neuropathische Schmerzen sind zum Beispiel die schmerzhafte diabetische Polyneuropathie und die postzosterische Neuralgie.

Diese Schmerzen entstehen nach einer Schädigung somatosensorischer Nervenstrukturen im zentralen oder peripheren Nervensystem. Sie äußern sich u.a. durch eine so genannte Allodynie, eine mechanische Überempfindlichkeit. Die Diagnose neuropathischer Schmerzen stützt sich auf den objektiven Nachweis einer Läsion im Nervensystem und die typischen somatosensorischen Symptome.

Die allgemeinen Therapieprinzipien beruhen auf der individuellen Einstellung der Medikamente auf den einzelnen Patienten. Hierbei ist eine langfristige Therapiekontrolle unverzichtbar, da die Wirkungen der einzelnen Substanzen sowie die Toleranzentwicklung erfasst werden müssen. Als Therapieoptionen stehen neben den häufig eingesetzten Antikonvulsiva Pregabalin, Gabapentin oder Carbamazepin auch Antidepressiva, klassische Schmerztherapeutika wie Tramadol, topische Therapien wie Lidocain und Cannabinoide zur Verfügung (vgl. Dtsch. Ärzteblatt 2006; 103(41): A 2720-30).

Behandlungsprävalenz: 2 Mio. GKV-Versicherte

In Deutschland wurden laut einer aktuellen Studie von INSIGHT Health 2011 knapp. 2 Mio. GKV-Patienten mit Antiepileptika (ATC EphMRA: N03) behandelt. Dies entspricht 2,9 Prozent der GKV-Versicherten.

Insbesondere ältere Menschen erhalten im Alter um die 70 Jahre vermehrt Antiepileptika verordnet. Die Behandlungsprävalenz steigt dabei merklich ab einem Alter von 40 Jahren an. Das Durchschnittsalter beläuft sich auf 61 Jahre. Der Frauenanteil beträgt 57 Prozent. 3,1 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Frauen erhielten 2011 Antikonvulsiva und 2,6 Prozent der gesetzlich krankenversicherten Männer.

Diese Informationen entstammen dem Analysetool Navi4Data von INSIGHT Health. Patientenzahlen eines anonymisierten repräsentativen GKV-Versichertenpanels von bis zu 65 Prozent der GKV-Verordnungen (Quelle: Patienten Tracking, INSIGHT Health) wurden hierbei mit Hilfe einer Quasivollerhebung der abgerechneten GKV-Rezepte (Quelle: NVI, INSIGHT Health) für das Jahr 2011 hochgerechnet.

Aktuelle Diskussion zu Austauschverboten

In der aktuellen Debatte sind Antiepileptika im Kontext von Rabattverträgen nach § 130a(8) SGB V und auch der beschlossenen Möglichkeit der Austauschverbote in der Diskussion. Hierbei ist unstrittig, dass Generika wesentlich zur Realisierung von Einsparpotenzialen innerhalb der GKV beitragen. Jedoch sollten vor einem (generischen) Wechsel der Medikation aufgrund von Aspekten der Bioverfügbarkeit und des damit verbundenen Rückfallrisikos vor allem bei anfallsfreien Patienten sorgfältige Risikoabwägungen und eine angemessene Aufklärung der Patienten erfolgen. Die Neu- und Dauereinstellung auf ein bestimmtes Generikum ist demgegenüber medizinisch unproblematisch.

In diesem Zusammenhang wird es auch interessant sein zu beobachten, ob der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Wirkstoff Pregabalin - einen der umsatzstärksten Wirkstoffe aus dem Bestandsmarkt, der noch Unterlagenschutz genießt – zur frühen Nutzenbewertung aufruft. Es ist auch denkbar, dass zunächst weniger umsatzstarke Wirkstoffe aus anderen Indikationen aufgerufen werden, bei denen ein Therapiewechsel tendenziell mit weniger Komplikationen verbunden ist. <<

von:
Christian Bensing /
Dr. André Kleinfeld

* INSIGHT Health, Versorgungsanalysen & Market Access, vf@insight.health.de.