Im Interview: Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz von Hamburg

„Ich wünsche mir ausdrücklich die nötige Evidenz“

Als Senatorin und Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, als Stellvertretendes Mitglied des Bundesrates für die Freie und Hansestadt Hamburg, als Mitglied des Gesundheitsausschusses und der Bund-Länder-Arbeitsgruppe setzt Cornelia Prüfer-Storcks auf die Ergebnisse der Versorgungsforschung. Sie sagt als erfahrene Gesundheitspolitikerin im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“: „Ich bin froh, dass wir uns in vielen Bereichen auf die Ergebnisse von Versorgungsforschung – gerade zu den Defiziten unseres Systems – stützen können.“ In vielen heißt, nicht in allen. Darum hat sie zum diesjährigen Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, dessen Schirmherrin sie war, gleich einen umfangreichen Wunschzettel mitgebracht.

>> Sehr geehrte Frau Senatorin, Ihr Bundesland kann man durchaus als einen der Gewinner des Innovationsfonds sehen. Laut einer Auswertung der Berliner Wissensberatungsfirma Ordinary People kommen aktuell nicht weniger als 38 Antragsteller für Innovationsfonds-Projekte aus Hamburg, zudem gibt es – Doppelnennungen sind hier möglich – 75 Projekte, an denen Konsortialpartner aus Hamburg – allen voran die TK – beteiligt sind.

Das ist einerseits der positive Abdruck der hervorragenden Versorgungsforschungslandschaft, die sich vor allem in der letzten Dekade in Hamburg entwickelt hat. Auf der anderen Seite zeigt es die Bereitschaft von Leistungserbringern und Kostenträgern in Hamburg, gemeinsam neue Wege zu gehen. Darauf können wir schon ein wenig stolz sein.

Sie haben auch den diesjährigen 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung unterstützt, dessen Präsident ebenfalls aus der Hansestadt stammt.

Als mich Professor Härter vom UKE weit im Vorfeld des Kongresses gefragt hat, ob das Bundesland Hamburg den diesjährigen DKVF fördern will, habe ich sofort zugestimmt. Das ist sicher sowohl ein Stück weit dem Lokalpatriotismus geschuldet, aber insbesondere Ausdruck meiner Wertschätzung für die Versorgungsforschung als solche. Deshalb habe ich als Gesundheitspolitikerin auch gerne die Gelegenheit wahrgenommen, in der Eröffnungsveranstaltung einen kleinen Wunschzettel bei den hier versammelten Versorgungsforschern abzugeben.

Fühlen Sie sich denn ein Stück weit von der Versorgungsforschung alleine gelassen?

In Hamburg nicht, aber auf der Bundesebene ist man doch manchmal erstaunt, dass es zu sehr relevanten Fragestellungen keine deutschen Studien gibt. In Hamburg haben wir nicht nur eine sehr vielfältige und breite Landschaft der gesundheitlichen Versorgungsforschung, sondern auch eine sehr intensive Zusammenarbeit zwischen Versorgungsforschung, den Kostenträgern, den Leistungserbringern und selbstredend ebenso der Politik, was natürlich auch der besonderen Situation unseres Stadtstaats geschuldet ist. Das gibt uns die Chance, viele Fragestellungen, die die Politik umtreibt, mit der Versorgungsforschung zu besprechen und von ihr erforschen zu lassen. Genau dafür wurde bereits 2011 das Hamburg Center for Health Economics (HCHE), ein gemeinsames Zentrum der Universität Hamburg und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, gegründet. In diesem, immerhin größten deutschen gesundheitsökonomischen Forschungszentrum, zu dem acht Lehrstühle und Institute gehören, arbeiten und forschen über 70 Forscherinnen und Forscher. Kein Wunder, dass da neben Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung auch viele des Innovationsfonds zu finden sind. Und dann gibt es ja auch noch das Hamburger Netzwerk für Versorgungsforschung, kurz HAMNET, das 2017 im Zuge der BMBF-Förderung „Strukturaufbau in der Versorgungsforschung“ entstanden ist. Auch hier wird einiges erforscht, an dem Gesundheitspolitiker wie ich ganz besonders interessiert sind.

Was zum Beispiel?

Am HCHE sind wesentliche Vorarbeiten für das Thema Personaluntergrenzen für die Pflege im Krankenhaus geleistet worden. Zudem berät Professor Schreyögg, der Leiter des HCHE, die Bundesregierung in Gesundheitsfragen im Sachverständigenrat. Ebenso ist er in der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) tätig, die auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ernannt und im Juni dieses Jahres vom Bundeskabinett bestätigt wurde.

Und dennoch haben Sie zum DKVF eine eigene Wunschliste mitgebracht.

Die Gelegenheit, sich hier an die gesamte Landschaft der Versorgungsforschung in Deutschland zu wenden, konnte ich mir nicht entgehen lassen.

Mit welchen Anliegen insbesondere?

Wir wissen alle ganz genau, dass die kommenden großen Herausforderungen im Gesundheitswesen im Wesentlichen durch die alternde Gesellschaft und durch die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität gekennzeichnet sind. Doch obwohl wir das seit Jahren wissen, habe ich ganz persönlich Zweifel, ob wir auf die Herausforderungen der Zukunft mit unserer jetzigen Struktur im Gesundheitswesen wirklich angemessen reagieren können. Meine Wunschliste knüpft deshalb an das an, was wir im Moment als aktuelle politische Diskussion im Gesundheitswesen haben. Wir haben zur Zeit die Chance, einmal nicht Spargesetze formulieren zu müssen, sondern grundlegende Reformen mit ebenso grundlegenden Weichenstellungen auf den Weg zu bringen, die exakt an den Stellen ansetzen können und sollten, an denen wir im Gesundheitswesen seit vielen Jahren die größten Probleme haben. Wenn ich „grundsätzliche Entscheidungen“ sage, bedeutet das, dass man auch den Mut haben muss, an der einen oder anderen Stelle eine Entscheidung aus der Vergangenheit wieder rückgängig zu machen.

An welchen?

Wir haben in den letzten 15 Jahren immer wieder versucht, un-

ser Gesundheitswesen vor allem durch verstärkten Wettbewerb zu flexibilisieren, anpassungsfähiger und auch patientenorientierter zu gestalten. Dazu müssen vor allen Dingen die Sektorengrenzen überwunden werden, weil die strikte Trennung der Sektoren in Deutschland so ziemlich allen Anforderungen an eine zukunftsfeste Behandlung gerade chronisch kranker Menschen und damit auch einer patientenorientierten Versorgung widerspricht. Wir müssen jedoch ehrlich sein und die Bilanz ziehen, dass die Überwindung der Sektorengrenzen mit Selektivverträgen bisher kaum gelungen ist – jedenfalls nicht über gewisse Modellversuche hinaus. Wir müssen aber auch sehen, dass wir mit dem Wettbewerb, den die Politik beispielsweise durch die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhausbereich selbst in Gang gesetzt hat, auch eine Bewegung befördert hat, die zu einer extrem angespannten Personalsituation in der Pflege führt. Das haben wir – und hier kann ich durchaus für alle mir bekannten Gesundheitspolitiker sprechen – bestimmt so nicht gewollt.

Was ist denn nun zu tun?

Es gibt die erklärte Absicht der Bundesregierung, aber auch der Länder, endlich den Umbau unseres Gesundheitswesens in ein sektorenübergreifendes Versorgungssystem anzuschieben. Dafür müssen grundsätzliche Veränderungen in vielen Bereichen eingeleitet werden, zum Beispiel bei der Bedarfsplanung, bei der Honorierung, der Qualitätssicherung, der Codierung, der Sicherstellung der Dokumentation des Datenaustausches und vielem anderen mehr. Leitsatz muss dabei sein, dass alle Bereiche eine gleiche Sprache sprechen, womit ich nicht nur den ambulanten und den stationären Bereich meine, sondern auch die Pflege. Genau dafür wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die vor einigen Wochen ihre Arbeit aufgenommen hat. Auch hier bin ich als Mitglied dieser Arbeitsgruppe sehr froh, dass wir uns in vielen Bereichen auf die Ergebnisse von Versorgungsforschung – gerade zu den Defiziten unseres Systems – stützen können.

Wie sieht es denn mit der schon in der letzten Legislaturperiode in Gang gesetzten stärkeren Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen aus?

Das ist ein Langzeitprojekt, das auch in dieser Legislaturperiode und weit darüber hinaus auf die Agenda gesetzt werden muss. Kritisch muss man dazu anmerken, dass die Selbstverwaltung den politischen Willen nur sehr schleppend umsetzt, was dazu anregen könnte, das Verhältnis zwischen Staat und Selbstverwaltung einer genaueren Prüfung zu unterziehen. Aber das will ich hier und jetzt nicht vertiefen, weil das ein ganz eigenes, obendrein sehr komplexes Thema ist. Aber auch hier ist die Politik – wie übrigens auch die Selbstverwaltung – dringend auf Ergebnisse der Versorgungsforschung angewiesen.

Wo denn noch, um auf ihre Wunschliste zurückzukommen?

Ich würde mir persönlich mehr deutsche Studien zum Einfluss von Behandlungsqualität auf Lebenserwartung und Lebensqualität wünschen. Evidente Hinweise, wo wir mit bestimmten Verfahren, zum Beispiel Zweitmeinungsverfahren, die maximale positive Wirkung erzielen können, ließen uns besser Prioritäten setzen. Ein anderes Thema, das mir gerade auch in der Gesundheitsmetropole Hamburg auf den Nägeln brennt, ist eine aktuelle, zur angestrebten Enthospitalisierung in der Psychiatrie nahezu gegenläufige Entwicklung. Wir müssen feststellen, dass es zunehmend mehr Krankenhausfälle gibt,



„Wir müssen das Metathema Wettbewerb auf den Prüfstand stellen."

die eigentlich nicht auf die klassischen Diagnosen zurückzuführen sind, die eine Krankenhausbehandlung erfordern, sondern immer häufiger Depressionen Auslöser sind. Dazu würde ich mir mehr Ergebnisse der Versorgungsforschung wünschen. Dabei sollte auch die Frage verfolgt werden, welche Prävalenz psychische Erkrankungen in Deutschland wirklich haben. Und wie es zu schaffen ist, dass der Patient genau dort behandelt wird, wo es für den betroffenen Menschen am besten ist, dies unabhängig von angebots- oder vergütungsindizierten Anreizen.

Da ist jede Menge seitens der Versorgungsforschung zu tun.

Dabei bin ich noch lange nicht am Ende.

Und zwar?

Ein weiterer sehr zentraler Punkt ist, dass wir das Metathema Wettbewerb auf den Prüfstand stellen müssen. Wettbewerb kann sicher an bestimmten Stellen und in bestimmten Ausformungen sehr hilfreich für eine bessere Versorgung sein, an anderen jedoch eben nicht, wenn ich beispielsweise an die schon angesprochene Fehlentwicklung der Pflege im Krankenhaus denke. Nun wurde bereits seitens der Politik dafür gesorgt, dass die Bezahlung der Krankenhauspflege aus den Fallpauschalen ausgegliedert wird und in Zukunft wieder nach dem Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt, was

nichts anderes bedeutet, als dass jede besetzte Stelle auch bezahlt werden muss, was zudem durch Pflege-Personaluntergrenzen in den Krankenhausabteilungen determiniert wird. Hier muss ich an die Adresse der Versorgungsforschung ein wenig kritisch anmerken, dass ich als Mitglied der Expertenkommission, die diese Personaluntergrenzen für das Krankenhaus auf den Weg gebracht hat, deutsche Studien über den Zusammenhang zwischen Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus und Behandlungsergebnissen gewünscht hätte, weil eben nicht jede internationale Studie so einfach auf das deutsche Gesundheitswesen anzuwenden ist.

Weiter mit dem Wunschkonzert.

Was ist zum Beispiel mit der Frage des Zusammenhangs zwischen Versicherungsstatus und der Versorgungsqualität? Oder zwischen Vergütungssystemen von ärztlichen Leistungen und dem Leistungsgeschehen? An der Stelle wünsche ich mir mehr wissenschaftliche Unterstützung, was besonders der wissenschaftlichen Kommission, die ein modernes, einheitliches Vergütungssystem entwickeln soll, nützen würde. Wer ein System entwickeln soll, das Fehlanreize vermeidet, muss die Schwachstellen in unserem System – zu dem insbesondere die mangelnde Koordination von Gesundheitsleistungen gehört – nicht nur kennen, sondern wissenschaftlich fundiert hinterlegt haben.

„Wenn Versorgungsforscher Hilfestellung brauchen, zum Beispiel im Bereich der Nutzung von Daten, dann bin ich gerne bereit, mehr Möglichkeiten zu schaffen."

Ein weites Feld für die Versorgungsforschung.

Wir brauchen dringend gut ausgebildete Versorgungsforscherinnen und Versorgungsforscher, die sich mit relevanten Fragen beschäftigen und die anstehenden und dringend nötigen Weichenstellungen begleiten, damit wir als Politiker nicht im Spielfeld des Zufälligen bleiben.

Was ein altbekannter Vorwurf ist.

Ja, das kenne ich nur zu gut, aber die Politik geht doch nicht gerne in den Blindflug. Ich wünsche mir ganz ausdrücklich die nötige Evidenz. Sehen Sie es mir jedoch nach, dass ich als Gesundheitspolitikerin den Fokus auf Versorgung lege, weniger auf Wissenschaft: Was für Gesundheitspolitiker relevant ist, ist vielleicht nicht automatisch ein Schub für die wissenschaftliche Karriere.

Wobei sicher auch einige dieser Wünsche an den Innovationsfonds adressiert sind.

Auch mit diesem Instrument hat die Politik versucht, Versorgungsforschung ein Stück weit voranzubringen. Und zwar in beiden Teilen des Innovationsfonds, weil ja auch die innovativen Versorgungsformen, die möglichst in die Regelversorgung überführt werden sollen, durch Versorgungsforschung begleitet werden müssen. Ich möchte an dieser Stelle die Arbeit der Versorgungsforschung in Deutschland würdigen, besonders da diese Wissenschaft es in den letzten zehn Jahren in einer ziemlichen Aufholjagd geschafft hat, auf ein international anerkanntes Level zu kommen. Es gibt inzwischen regionale, nationale, aber auch internationale Strukturen, in welche die deutsche Versorgungsforschung sehr gut eingebettet ist.

Ihr Petitum?

Ich möchte die Versorgungsforscher ermutigen, der Politik und auch den anderen, manchmal etwas trägen Institutionen des Gesundheitswesens nicht nur immer wieder alle Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen, sondern ihre Kritik und Lösungsansätze gewissermaßen aufzudrängen. Und wenn Versorgungsforscher Hilfestellung brauchen, zum Beispiel im Bereich der Nutzung von Daten, dann bin ich gerne bereit, mehr Möglichkeiten zu schaffen, zum Beispiel die vorhandenen Routine-Daten zu nutzen, weil dieser Schatz noch viel zu wenig für Versorgungsforschung gehoben wird. Und ich bin ebenso bereit, die Ergebnisse der Versorgungsforschung bei meiner Arbeit zu berücksichtigen, wenn es sein muss auch um frühere Entscheidungen zu revidieren, wenn bessere evidentere Ergebnisse vorliegen.

Ein tolles Angebot zur aktiven Kommunikationsaufnahme.

Politik und Versorgungsforschung müssen mehr in Kontakt kommen. Eigentlich brauchen Versorgungsforscher die Fähigkeit, zu antizipieren, womit sich die Politik in drei, vier oder noch mehr Jahren befassen wird. Dafür muss man dauerhaft im Gespräch bleiben. Es wäre ein großer Gewinn, wenn sich die gute Versorgungsforschungsstruktur, die wir jetzt haben, um Lösungen bemühen würde, die von der Politik, der Selbstverwaltung, aber auch von den Patienten am dringendsten benötigt werden.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, vielen Dank. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Storcks, C., Stegmaier, P.: „Ich wünsche mir ausdrücklich die nötige Evidenz", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/18), S. 6-8; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2102

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Nach ihrem Abitur (1975) machte sie von 1976 bis 1988 ein Volontariat, wurde Redakteurin bei der Tageszeitung „Ruhr-Nachrichten". Von 1988 – 1990 war sie Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1990 – 1995 Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1995 - 1998 Leiterin der Abteilung Frauenpolitik im Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann in Nordrhein-Westfalen, von 1998 – 1999 Stellvertreterin des Staatssekretärs im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen. 1999 – 2005 war sie dann Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Nordrhein-Westfalen und von 2007 – 2011 Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Seit dem 23. März 2011 ist sie Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.



AOK
Die Gesundheitskasse.

Sport nach Krebs - Neues Modellprojekt der AOK Nordost und der Charité-Sportmedizin

Als regionale Versorgerkasse für die Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erprobt die AOK Nordost gemeinsam mit der Charité-Sportmedizin einen neuen Ansatz in der Krebsnachsorge.

Studien zeigen, dass fast jeder Tumorpatient nach der Diagnosestellung die körperliche Aktivität reduziert. Damit wird eine negative Kettenreaktion ausgelöst: Die eingeschränkte körperliche Aktivität führt zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit, die sich wiederum negativ auf die Alltags- und Stressbewältigung der Patienten auswirkt. In einigen Fällen kann das auch zu dem sogenannten Fatigue-Syndrom (Erschöpfungs-Syndrom) führen. Eine Sporttherapie kann dieser Abwärtsspirale von Anfang an positiv entgegenwirken. Das Angebot für Tumorpatienten zur Sporttherapie ist jedoch je nach Wohnort gerade in ländlichen Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern begrenzt. Nicht alle Patienten haben Zugang zu entsprechenden Krebssportgruppen oder wollen in solchen trainieren.

In einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V testen wir, ob Krebspatienten mithilfe von Fitness-Apps und Aktivitätstrackern leichter einen Zugang zur Sporttherapie finden und ob die telemedizinisch unterstützte Sporttherapie im Vergleich zu Krebssportgruppen ähnlich positive, wenn nicht gar bessere Ergebnisse erzielt. Wir erhoffen uns im Rahmen dieses Modellprojektes auch die Patienten zu erreichen, für die Training in einer Krebssportgruppe nicht in Betracht kommt.

In dem Modellprojekt wird eine Teilnehmergruppe von 150 Krebspatienten, die sich in der Nachsorge befinden, im Rahmen einer Vergleichsstudie in zwei Gruppen eingeteilt. Beide Gruppen unterziehen sich zu Beginn des Projektes einer speziellen sportmedizinischen Eingangsuntersuchung bei der Charité-Sportmedizin. Auf deren Basis ergibt sich eine individualisierte Bewegungs- und Trainingsempfehlung. Die eine Gruppe setzt diese innerhalb einer traditionellen Krebssportgruppe um. Die andere erhält sechs von einem Sporttherapeuten geleitete Trainingseinheiten, die sie mithilfe eines speziellen Aktivitätstrackers eigenständig zu Hause fortführt. Dieser Tracker misst das Ausmaß und die Intensität der körperlichen Aktivität der Patienten und übermittelt die Daten zur Kontrolle und gegebenenfalls Anpassung an einen sportwissenschaftlichen Coach an der Charité. Über diese Anbindung ist auch eine persönliche Ansprechbarkeit bei Fragen zum Trainingsprozess gegeben.

Die eingeschriebenen Patienten werden nach sechs Monaten und dann noch einmal nach Ablauf eines Jahres zur Abschlussuntersuchung und Befragung eingeladen. Das Modellprojekt wird insgesamt dreieinhalb Jahre laufen. Sollten die Ergebnisse in der Teilgruppe mit der telemedizinisch unterstützten Sporttherapie genauso positiv oder gar besser als in der Krebssportgruppe sein, werden wir als Gesundheitskasse eine Einbindung dieses Konzeptes in die selektivvertragliche Versorgung prüfen.

Gesundheit in besten Händen

aok.de/nordost

INSIGHT Health mit einer Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung – Teil 3

Biologika: Steuern Selektivverträge die Verordnung?

„Biopharmaka sind elementar für die medizinische Versorgung unserer Patienten“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn unlängst dem Handelsblatt. „Wenn es günstigere Alternativen bei gleich hoher Versorgungsqualität gibt, müssen wir sie nutzen. Sonst könnten wir das hohe Niveau der Arzneimittelversorgung in Deutschland nicht halten.“ Ähnlich argumentieren auch Krankenkassen und versuchen mithilfe unterschiedlicher Instrumente den Anteil an Biosimilar-Verordnungen, wo es therapeutisch sinnvoll erscheint, zu fördern.

>> Durch eine entsprechende Änderung des Arzneimittelgesetzes soll mit Biosimilars zusehends ähnlich verfahren werden, wie mit Generika. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit ist es Ziel, dass in Apotheken zukünftig auch bei Biologika das günstigere Nachahmerpräparat abgegeben wird, sofern der Arzt dem Austausch nicht grundsätzlich widerspricht. Dabei soll der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag bekommen, die Austauschbarkeit biologischer Arzneimittel zu regeln (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2018).

Was auf nationaler Ebene noch einer klaren Gesetzgebung bedarf, wird regional schon seit geraumer Zeit umgesetzt. Hier versuchen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Gemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen als Vertragspartner die Verordnung von Biosimilars zu fördern. Dies geschieht beispielsweise, indem bereits in zahlreichen Regionen entsprechende Biosimilar-Zielquoten für die niedergelassenen Ärzte in den Arzneimittelvereinbarungen festgelegt wurden. Je nach Region gelingt die Steuerung mittels Quoten sehr unterschiedlich, in einigen aber durchaus signifikant. Neben den mittlerweile in vielen Arzneimittelvereinbarungen festgehaltenen Quoten zu etablierten Biopharmazeutika wie den Epoetinen, Infliximab und Etanercept gibt es bereits 2018 in einigen Regionen erste Zielquoten für onkologische Biosimilars der Biopharmazeutika Rituximab und Trastuzumab. Die KV Schleswig-Holstein hat bereits in 2018 eine Mindestquote für Adalimumab-Biosimilars vereinbart, die ab Marktverfügbarkeit der Nachahmerprodukte gilt. Aber auch die aktuellen Rahmenvorgaben Arzneimittel nach § 84 Abs. 6 SGB V der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes enthalten Quoten über diese neuen biosimilar verfügbaren Wirkstoffe. Neben nationalen Bestrebungen und bereits existierenden regionalen Vereinbarungen gibt es eine weitere Möglichkeit der gezielten Steuerung über Selektivverträge. Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese zwischen Krankenkassen und Leistungserbringerverbünden bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Vereinbarungen das Verordnungsverhalten zusätzlich beeinflussen? Dieser Frage soll in dem vorliegenden dritten Artikel in der Reihe zur regionalen Arzneimittelsteuerung nachgegangen werden.

Integrierte Verträge

Seit geraumer Zeit sind verschiedene Krankenkassen mit Verträgen zur Integrierten Versorgung in den Indikationsgebieten Rheumatoide Arthritis (RA) sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) in zahlreichen Regionen aktiv. In beiden Indikationen spielen biopharmazeutisch hergestellte Arzneimittel (Biologika) eine bedeutende Rolle in der Therapie. Neben Originalprodukten stehen mittlerweile auch biosimilare und somit in der Regel preisgünstigere Alternativen zur Verfügung, die in der Verordnung bevorzugt werden sollen. Für den Abschluss solcher Verträge zur besseren Versorgung von Patienten mit RA und CED haben sich u.a. die BARMER, die Techniker Krankenkasse (TK) sowie der Kassendienstleister spectrumK entschlossen. Die BARMER bietet ihren Versicherten eine integrierte Versorgung in der KV-Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Hessen an. Der Rahmenvertrag von spectrumK, dem ebenfalls Kassen beitreten können, gilt stattdessen bundesweit. Die TK wiederum war Initiator eines Vertrags in den KV-Regionen Nordrhein und Bayern, der allerdings auch anderen Krankenkassen offensteht.

So haben u.a. verschiedene BKKen sowie die DAK und die KKH bereits von der Möglichkeit des Beitritts Gebrauch gemacht. Zum Ende des Jahres 2017 wurde der bisherige Rheuma-Vertrag, der ursprünglich als hausarztzentrierter Vollversorgungsvertrag konzipiert war, seitens der TK gekündigt und durch einen neuen Facharztvertrag ersetzt. Dieser ist als add-on-Selektivvertrag zur KV-Vergütung konzipiert; die Regelungen sind inhaltlich analog der Vereinbarungen der BARMER in ihrem Vertragskonstrukt. In ihrem neuen, seit dem 1.1.2018 geltenden Facharztvertrag werden den teilnehmenden Ärzten u.a. Zielquoten für die Verordnung von Biosimilars vorgegeben. So gilt für Rheumatologen eine Biosimilar-Zielquote von 60% bezogen auf Etanercept-Verordnungen und von 80% bei Infusionen von Infliximab und Rituximab. Zum Vergleich: Die KV Bayern gibt den Rheumatologen in ihrer aktuellen Arzneimittelvereinbarung eine Biosimilarquote von 10% für die gesamte Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren vor (vgl. Berufsverband der Rheumatologen e.V.). In Nord-rhein besteht in der IV-vertraglichen Vereinbarung eine ansonsten gleich definierte Zielquote allerdings in Höhe von 25%.

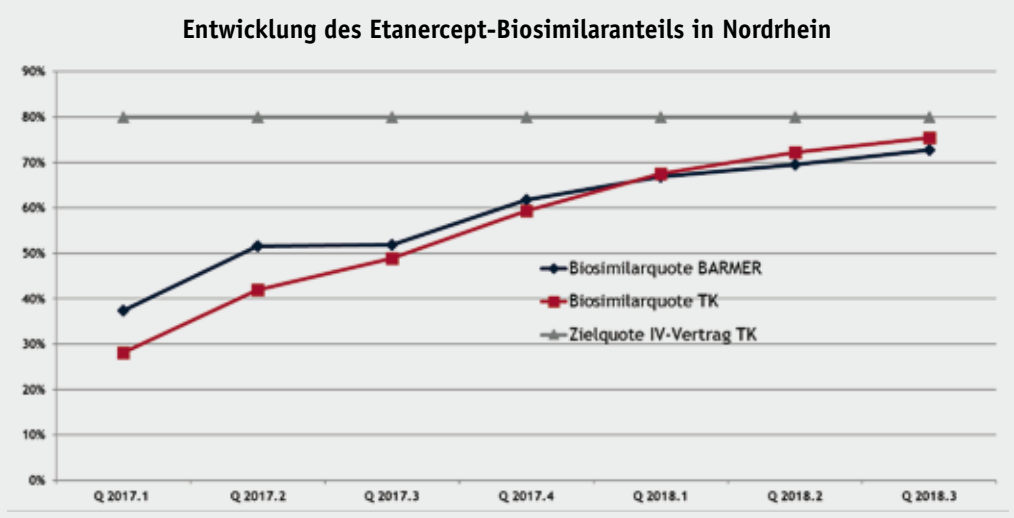


Abb. 1: Biosimilaranteil (nach DDD) für Etanercept in Nordrhein bei TK und BARMER für die Facharztgruppe Rheumatologen in den Quartalen 2017.1 bis 2018.3; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

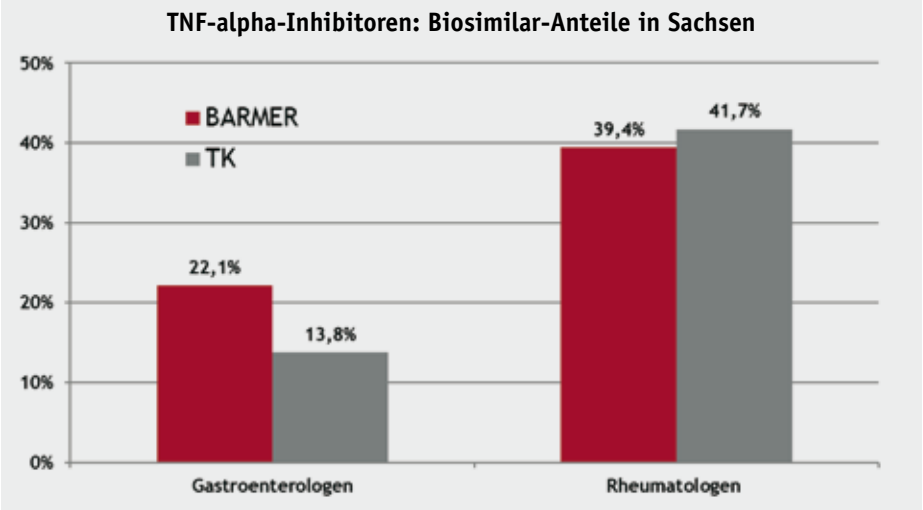


Abb. 2. Biosimilaranteil (nach DDD) für TNF-alpha-Inhibitoren in Sachsen bei BARMER und TK für die Facharztgruppen Gastroenterologen und Rheumatologen im Quartal 2018.3; Quelle: NVI-KT (INSIGHT Health).

TK-Rheuma-Vertrag in Nordrhein

Neben Bayern gilt der neue Rheuma-Vertrag der TK auch in der Region Nordrhein. Vertragspartner ist die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH, so dass sich die folgenden Daten und Analysen auf die Rheumatologen fokussieren. Betrachtet werden biosimilare Verordnungsanteile (nach definierten Tagestherapiedosen, DDD) für Etanercept, einem der drei im Rahmen des Vertrags geregelten Substanzen. Wie Abbildung 1 zeigt, gibt es im Vergleich der Quotenentwicklung für die beiden Kostenträger TK und BARMER keine nennenswerten Unterschiede. Einzig die Kurve der TK verläuft etwas steiler, womit ein bestehender Rückstand aus 2017 gegenüber der BARMER aktuell wettgemacht und diese sogar leicht überholt wurde. Der aktuelle Wert liegt mit 75,4% Biosimilaranteil für Etanercept nur noch geringfügig unter der Zielvorgabe des IV-Vertrags mit 80%. Allerdings erreicht auch die BARMER bei ihren Versicherten eine Quote von 72,8% im 3. Quartal 2018. In wieweit dieser kleine Unterschied zwischen den Kassen dem neuen IV-Vertrag zuzurechnen ist, bleibt zu diskutieren.

„Biolike", eine Initiative der BARMER

Die BARMER hat sich mit ihrer Initiative „Biolike" die „Förderung einer aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht angemessenen Verordnung biologisch hergestellter Arzneimittel" zum Ziel gesetzt (vgl. Handbuch Biosimilars, Pro Generika, 2017). Vertragspartner der Kasse sind die Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit dieser Vereinbarung die Förderung einer qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten im Bereich der Biologika und Biosimilars unterstützen sollen. Gesetzliche Grundlage der Vereinbarung ist hierbei nicht § 140a SGBV, wie bei den erstgenannten Verträgen zur Integrierten Versorgung, sondern § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V. Bereits seit 2015 läuft ein Vertragsmodul in Westfalen-Lippe zur Therapie von Patienten mit CED. Mitte 2016 kam ein weiteres Modul, nun zur Behandlung entzündlicher rheumatischer Erkrankungen hinzu. Seitdem wurden Verträge in einer Vielzahl von KV-Regionen geschlossen.

Die BARMER geht mit ihrer Initiative einen eigenständigen Weg, abseits vertraglicher Regelungen zur integrierten Versorgung. Wo es bei letzteren in der Regel um die Verbesserung der Patientenversorgung auch durch einen koordinierten Weg des Patienten durch das Versorgersystem insbesondere bei komplexen Erkrankungen geht und Regelungen zur Arzneimittelsteuerung allenfalls ergänzend enthalten sind, steht diese bei „Biolike" im Mittelpunkt der Vereinbarungen. Dem Vertrag beigetretene Ärzte sollen sich entsprechend der aktuellen Leitlinien an einer wirtschaftlichen Verordnung orientieren. Hierbei liegt der Fokus bei einer notwendigen Verordnung von Biologika auf dem Einsatz von Biosimilars bzw. Rabattvertrags-Biologika. Die Ärzte erhalten Strukturpauschalen bei einer Neueinstellung auf ein Biosimilar bzw. Umstellung von einem Original auf ein Biosimilar, die den erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwand abdecken sollen (vgl. u.a. Vertrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED), KV Sachsen).

„Biolike" am Beispiel Sachsen

Ein Blick auf die Entwicklung der Biosimilarquote in der Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren bei Gastroenterologen (vgl. Abbildung 2), die naturgemäß bei der Vereinbarung zur CED im Fokus stehen, zeigt einen deutlich höheren Biosimilaranteil der Verordnungen bei BARMER-Versicherten gegenüber dem Anteil bei TK-Versicherten. Dieser Unterschied bestand allerdings bereits vor Inkrafttreten der Initiative im April 2018. Demgegenüber ist die Biosimilarquote der TK-Versicherten bei Rheumatologen in der Gruppe der TNF-alpha-Inhibitoren etwas höher als die vergleichbare Quote bei BARMER-Versicherten. Das Rheuma-Modul der „Biolike"-Initiative der BARMER ist allerdings bisher nicht Gegenstand der vertraglichen Übereinkunft in Sachsen. Ähnlich unterschiedliche Effekte zwischen Rheumatologen und Gastroenterologen lassen sich auch in Hessen erkennen. Hier gelten seit August 2018 sowohl das Rheuma- als auch das CED-Modul. Eine ursächliche Verantwortung der unterschiedlichen Effekte in den bestehenden bzw. nicht bestehenden Vereinbarungen zur „Biolike"-Initiative zu suchen, scheint deshalb noch etwas verfrüht.

Zitationshinweis

Luley, C., Pieloth, K.: „Biologika: Steuern Selektivverträge die Verordnung?", in: „Monitor Versorgungsforschung" (06/18), 10-11.; doi: 10.24945/MVF.06.18.1866-0533.2103

Fazit

Die Frage, ob Selektivverträge ein probates Mittel sind, das Verordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte bei Biologika zu beeinflussen, stand am Anfang dieses Artikels. Eindeutig lässt sich diese nach den bisherigen Erkenntnissen jedoch nicht beantworten. Unbestritten bleibt, dass die Krankenkassen über ein Instrument verfügen, ein vereinbarungskonformes Verordnungsverhalten mit einer entsprechenden Vergütung gezielt anzureizen. Die BARMER geht mit ihrer „Biolike"-Initiative durch dezidierte Angaben zur Biologika-Verordnung hierbei ganz gezielt vor, auch wenn die Effekte im vorliegenden Beitrag schwer messbar sind. Ein differenziert anderes Verordnungsverhalten der Ärzte in den betrachteten Regionen ist gegenüber dem Wettbewerber TK nicht eindeutig auszumachen. Generell stellt sich die Frage, ob Ärzte kassendifferenziert verordnen. Zumal zusätzlich auch die Regelungen der Arzneimittelvereinbarung der entsprechenden KVen zu berücksichtigen sind. Zumindest muss die kontrahierende Kasse in Kauf nehmen, dass die im Rahmen der vertraglichen Übereinkunft gezahlten zusätzlichen Vergütungspauschalen das Verordnungsverhalten insgesamt beeinflussen und andere Kassen praktisch als Freerider von diesen Bemühungen mitprofitieren. Dieser Effekt ist umso nachhaltiger zu erwarten, je dominanter die Krankenkasse über ihren Marktanteil in der entsprechenden Region ist. Möglicherweise kann eine selektivvertragliche Unterstützung zu den Steuerungsbemühungen der KV über das Instrument der Arzneimittelvereinbarung eine interessante Ergänzung sein, um Effekte noch zu verstärken. Eine Abstimmung der Instrumente ist allerdings unabdingbar, um eine Fehlallokation der Mittel, sprich ein Verpuffen der monetären Anreize zu vermeiden. <<

Autoren:
Christian Luley, Kathrin Pieloth*

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern