

IQWiG Herbstsymposium
am 24.11. und 25.11.2006 in Köln

**Kosten, Qualität und Gerechtigkeit im
Gesundheitswesen**

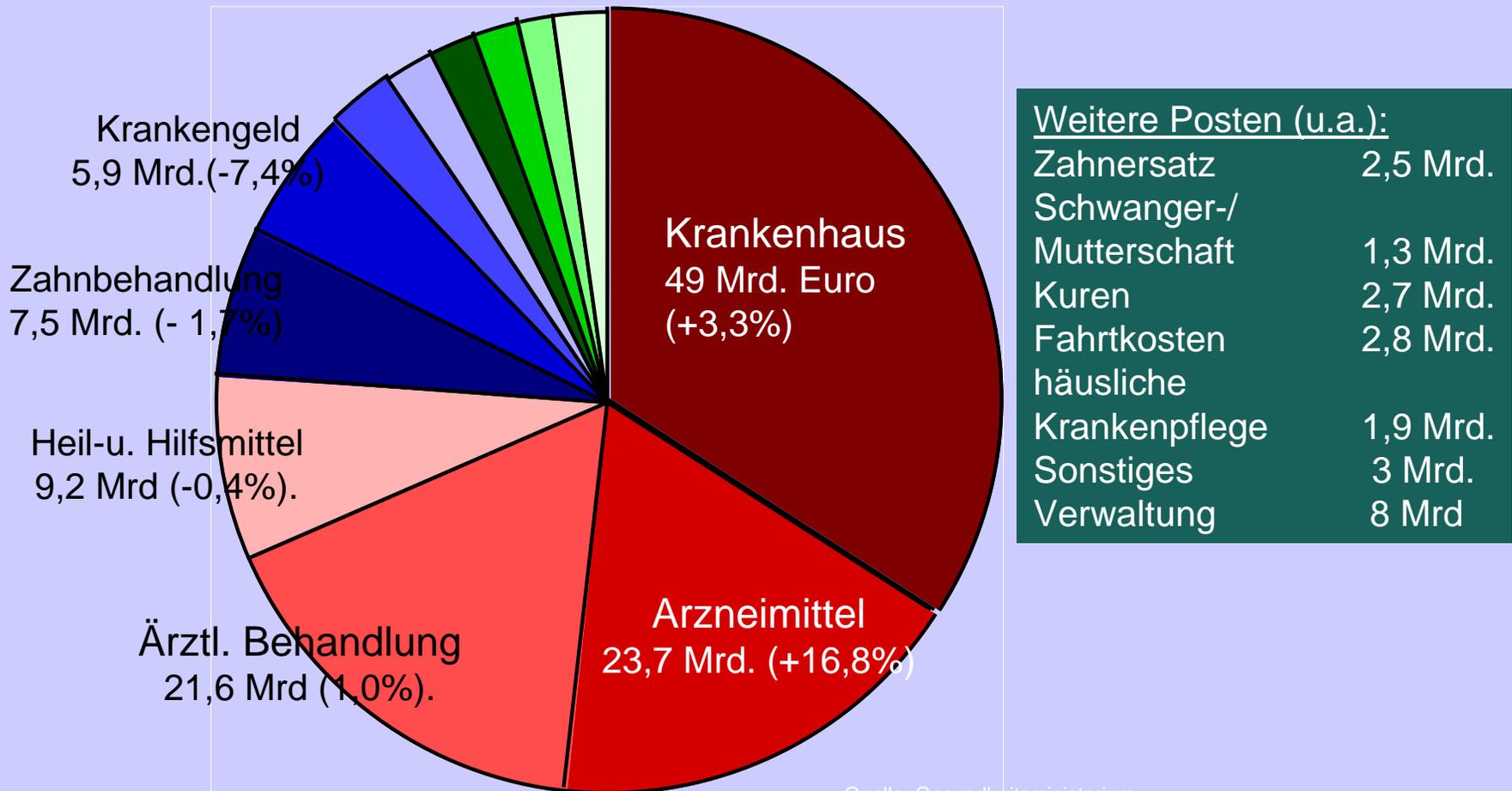
Grenzen der Wirtschaftlichkeit

Prof. Dr. Gerd Glaeske



Universität Bremen - Zentrum für Sozialpolitik - Arzneimittelversorgungsforschung

Gesundheit: So fließt das Geld in der GKV: 143,6 Mrd. Euro (+ 3,3 %) 2005



Auszüge SVR-Gutachten 2005

SVR-Gutachten 2005, Kurzfassung Ziffern 123, 124 und 126

- „Unbeschadet vorhandener Defizite, die sich auch weiterhin in Über-, Unter- und Fehlversorgung manifestieren, hat sich innerhalb der letzten Jahre die medikamentöse Versorgung in einigen Bereichen (z.B. Reduktion der Verordnung umstrittener Arzneimittel) nachweisbar gebessert.“
- „Das Verordnungsspektrum und die dafür aufgewendeten finanziellen Mittel bewegen sich im Mittel der Werte anderer europäischer Nationen. Vielfältige Versuche, die Arzneimittelausgaben zu senken, bewirkten nur vorübergehende Kostensenkungen und konnten einen stetigen Anstieg der Medikamentenausgaben nicht verhindern.“
- „Betrachtet man die Pro-Kopf-Arzneimittelausgaben (...), so bleiben diese im internationalen Vergleich sowohl bezüglich des Niveaus als auch der Ausgabenentwicklung eher unauffällig.“



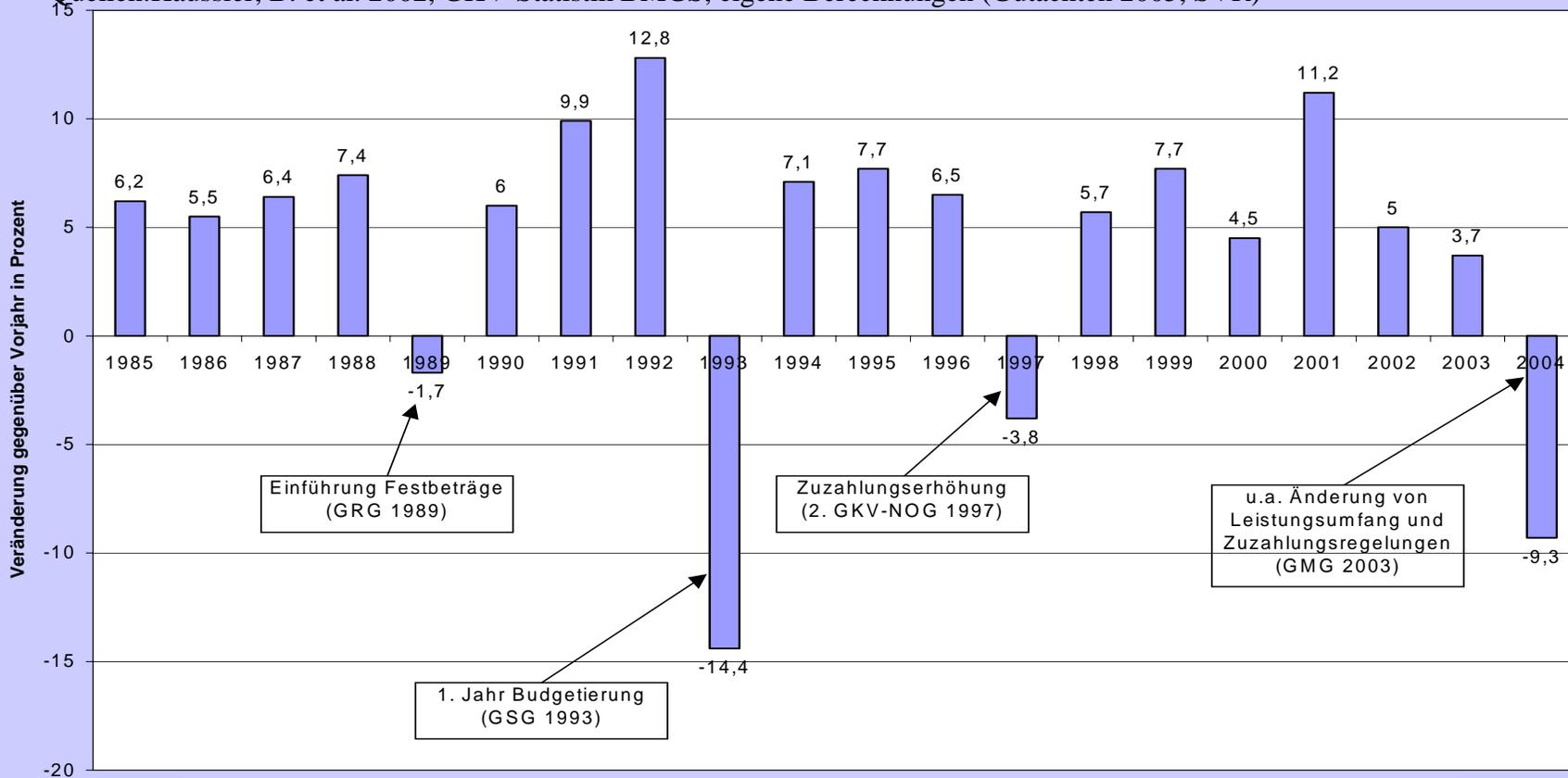
Kostendämpfung hat nichts mit Wirtschaftlichkeit zu tun

Veränderungen der GKV-Arzneimittelausgaben je Mitglied gegenüber dem Vorjahr in %

Angaben für 2004: Vorläufiges Rechnungsergebnis 1.-3. Quartal 2004

bis 1991 nur alte Bundesländer, ab 1992 alte und neue Bundesländer

Quellen: Häussler, B. et al. 2002, GKV-Statistik BMGS, eigene Berechnungen (Gutachten 2005, SVR)



Wirtschaftlichkeitsaspekte nach §§ 12 und 70 SGB V

- Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen
- Andere dürfen Versicherte nicht beanspruchen, Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen („Vorständehaftung“)
- Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit: Bedarfsgerechte, gleichmäßige Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse unter Berücksichtigung der Humanität (Evidenz, Effizienz und Lebensqualität)



Wirtschaftlichkeitsaspekte nach SGB V / AMR

Wirtschaftlichkeit nicht an die „Grenze“ Sektoren gebunden, sondern Berücksichtigung des gesamten Versorgungsprozesses

Wirtschaftlichkeit auch nicht alleine durch die „Grenze“ Kosten definiert, vielmehr ist für die Wirtschaftlichkeit vor dem Preise der therapeutische Nutzen entscheidend (AMR Punkt 10)

Aber: Obligate Prüfung auf Effizienzoptimierung im Behandlungsprozess: Mit weniger Ressourcen das gleiche, mit gleichen Ressourcen ein besseres patientInnen-orientiertes outcome erreichen!



Wie sieht die Umsatz-Hitliste des Jahres 2005 aus (nur ambulant) und welche Zuwächse haben Ärztinnen und Ärzte den Herstellern durch ihre Verordnungen beschert (Auflistung ohne Blutzuckerteststreifen)?

Rang	Präparat	Umsatz 2005 Mio Euro+ / - gegenüber 2004		
1	Durogesic	251	+ 16,9	Techn. Inn.
2	Pantozol	222	+ 20,9	Kommerz. Inn.
3	Nexium	214	+ 19,0	Kommerz. Inn.
4	Plavix	180	+ 7,2	Ther. Inn.
5	Rebif	150	+ 14,0	Ther. Inn.
6	Iscover	149	+ 7,1	Ther. Inn.
7	Viani	147	+ 17,1	(Kommerz. Inn.)
8	Glivec	147	+ 26,0	Ther. Inn.
9	Symbicort	132	+ 32,9	(Kommerz. Inn.)
10	Enbrel	132	+ 2,8	Ther. Inn.
13	Omepr	117	- 0,5	Generikum
14	Sortis	113	- 69,7	Kommerz. Inn.
16	Simvahexal	107	+ 29,8	Generikum
24	Beloc	87	+ 1,0	Kommerz. Inn.
27	Codiovan	79	+ 19,1	Kommerz. Inn.
35	Lorzaar	71	+ 65,8	Kommerz. Inn.
39	Simvastatin-ratiopharm	65	+ 28,0	Generikum
Gesamtmarkt Industrieumsatz 2005		21.970,0	+ 9	
Gesamtpackungsmarkt		1,55 Mrd. Packg.	+ 3,9	
Gesamtumsatz in der GKV für Arzneimittel		23,7 Mrd	+ 16,5	

Freie Preisfestsetzung für neue Mittel nur in D

Quelle: Prof. Kanavos, LSE

Pharmaceutical pricing policies, EU G5

Country	Key measure
Germany	<ul style="list-style-type: none">• Free pricing in principle, Institute of Healthcare quality being set up• Reference pricing for off-patent drugs• Reference pricing for selected in-patent drugs
UK	<ul style="list-style-type: none">• Free pricing subject to “profit” control and 7% price cut• Price control for generics (a “reference-based” pricing)• Reimbursement subject to NICE positive guidance/CE pricing
France	<ul style="list-style-type: none">• Price negotiation• Cost-effectiveness• Price “notification” for ASMR I-II products, which can be challenged• Reference pricing
Italy	<ul style="list-style-type: none">• Price negotiation (in practice a paper-based system)• Cost effectiveness pricing• International price comparisons• Reference pricing for off-patent segment
Spain	<ul style="list-style-type: none">• Price control (paper-based approach)• Reference pricing in off-patent segment



Einsparpotenziale auf einen Blick – ohne Verringerung der Menge

1 Mrd. € entspricht 0,1 Beitragssatzpunkte

Jahr Gruppe	2003 (Mrd. €)	2004 (Mrd. €)	2005 (Mrd. €) hochger. Aus dem GEK- Report 2006
Umstrittene Arzneimittel	1,019	643	0,770
Generikafähige Wirkstoffe	1,444	1,060	0,960
Analogpräparate	2,994	1,219	1,350
Einsparpotential insgesamt	4,478	2,922	3,080
Anteil des Einsparpotentials an GKV- Arzneimittelausgaben	18,6 %	13,5 %	13,0 %

Quelle: Schwabe, U. 2005; GEK-Report 2006.

Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit im Rahmen der GKV

„Grenzverletzungen“ zur Unter-, Über- und Fehlversorgung sind unwirtschaftlich (Scriba, 2006)

Leistung / Bedarf

Nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)

Subjektiver und objektiver Bedarf

Nur subjektiver, kein objektiver Bedarf

Leistung wird fachgerecht erbracht

Bedarfsgerechte Versorgung

Bedarfsgerechte Versorgung

Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)



Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit im Rahmen der GKV

„Grenzverletzungen“ zur Unter-, Über- und Fehlversorgung sind unwirtschaftlich

Leistung / Bedarf

Nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)

Subjektiver und objektiver Bedarf

Nur subjektiver, kein objektiver Bedarf

Leistung wird nicht fachgerecht erbracht

Fehlversorgung

Fehlversorgung

Überversorgung und Fehlversorgung



Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit im Rahmen der GKV

„Grenzverletzungen“ zur Unter-, Über- und Fehlversorgung sind unwirtschaftlich

Leistung / Bedarf

Nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)

Subjektiver und objektiver Bedarf

Nur subjektiver, kein objektiver Bedarf

Leistung wird nicht erbracht

(Latente) Unterversorgung

Unterversorgung, ggf. Fehlversorgung

Bedarfsgerechte Versorgung



Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit im Rahmen der GKV

„Grenzverletzungen“ zur Unter-, Über- und Fehlversorgung sind unwirtschaftlich und bei begrenzten Mitteln unethisch

„Wirtschaftlichkeitsreserven“ nach diesen Kategorien:

Summe aus den Leistungen der medizinischen und ökonomischen Überversorgung

Aber auch: Unterversorgung und Fehlversorgung wegen unerwünschter und vermeidbarer Folgeleistungen

Alleine im Arzneimittelbereich geschätzt 3 – 3,5 Mrd. Euro (ca. 15%)



Rahmenbedingungen für Wirtschaftlichkeit im Rahmen der GKV

Wirtschaftlichkeit nicht begrenzt in einer Leistungsart oder in einem Leistungsbereich („Sektor“), sondern auch transsektoral und im Vergleich unterschiedlicher Leistungen

Beispiele:

Eine Leistungsart: The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group (ACE, Ca-Ant., Diuretika) JAMA 288:2981-2997 (2002)

Verschiedene Leistungsarten: Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C (1996) Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. Lancet 347: 292-4
IQWiG-Bericht 6.11.2006: Gewichtsreduktion durch Diät senkt den Blutdruck stärker als Abnehmen durch Medikamente

Verschiedene Leistungsbereiche und Folgekosten: Hoffmann F, Glaeske G (2006) Neugebrauch von Benzodiazepinen und das Risiko einer proximalen Femurfraktur. Z Gerontol Geriatr 39:143-148



Beispiel Eradikationstherapie

- Eradikationstherapie bei peptischem Ulkus ist in klinischen Studien erfolgreich (Lind T. et al, The MACH 2 Study, Gastroenterology 116: 248 – 253, 1999).
- Standardtherapie zur Eradikation siebentägige Einnahme eines PPIs am Morgen und am Abend (Standarddosierung 2 x 20 mg) mit 2 Antibiotika (Amoxicillin (2 x 1g), Clarithromycin (2x500 mg)) oder statt Amoxicillin Metronidazol (2x400-500 mg) – franz. / ital.
Triple-Therapie
- Schätzungen besagen, dass $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der in Frage kommenden PatientInnen in dieser Weise behandelt werden – wahrscheinliche Unterversorgung, allerdings sind Ulkusleiden abnehmend
- Eradikationstherapie allein bezüglich der Arzneimittel teurer, aber im Hinblick auf die Gesamtbehandlungskosten günstiger

Datenbasis (Gmünder ErsatzKasse GEK)

Versicherte

- Alter
- Geschlecht
- Pseudonym („ID“)

Verordnungen

- ID
- Datum
- PZN → Wirkstoff(e)
→ Dosis
→ Menge

AU-Fälle

- ID
- Datum (Beginn, Ende)
- Diagnose (ICD-10)
K25 - 28

Hospitalisierung

- ID
- Datum (Beginn, Ende)
- Diagnose (ICD-10)
K25 - 28

Versicherten-
bestand:

- 1,5 Millionen
- 2000 bis 2001

Behandlungskosten nach Bildung von typischen Behandlungsgruppen
 (keine chronischen NSAR-PatientInnen, vor allem intermittierend behandelte, keine
 Refluxösophagitis mit Dauertherapie (DeVault et al, Am J Gastroenterology 1999))

		Keine Eradikation (n=1.619)	Eradikation (n=212)
Arzneimittelkosten	MW €/Patient	86	184
Stationäre Kosten	€/Fall	3.847	5.974
Summe	MW €/Patient der Gruppe	732	268

Bertram Häussler, Ernst-Günther Hagenmeyer,
 Ariane Hör, Holger Gothe, Gerd Glaeske, 2004

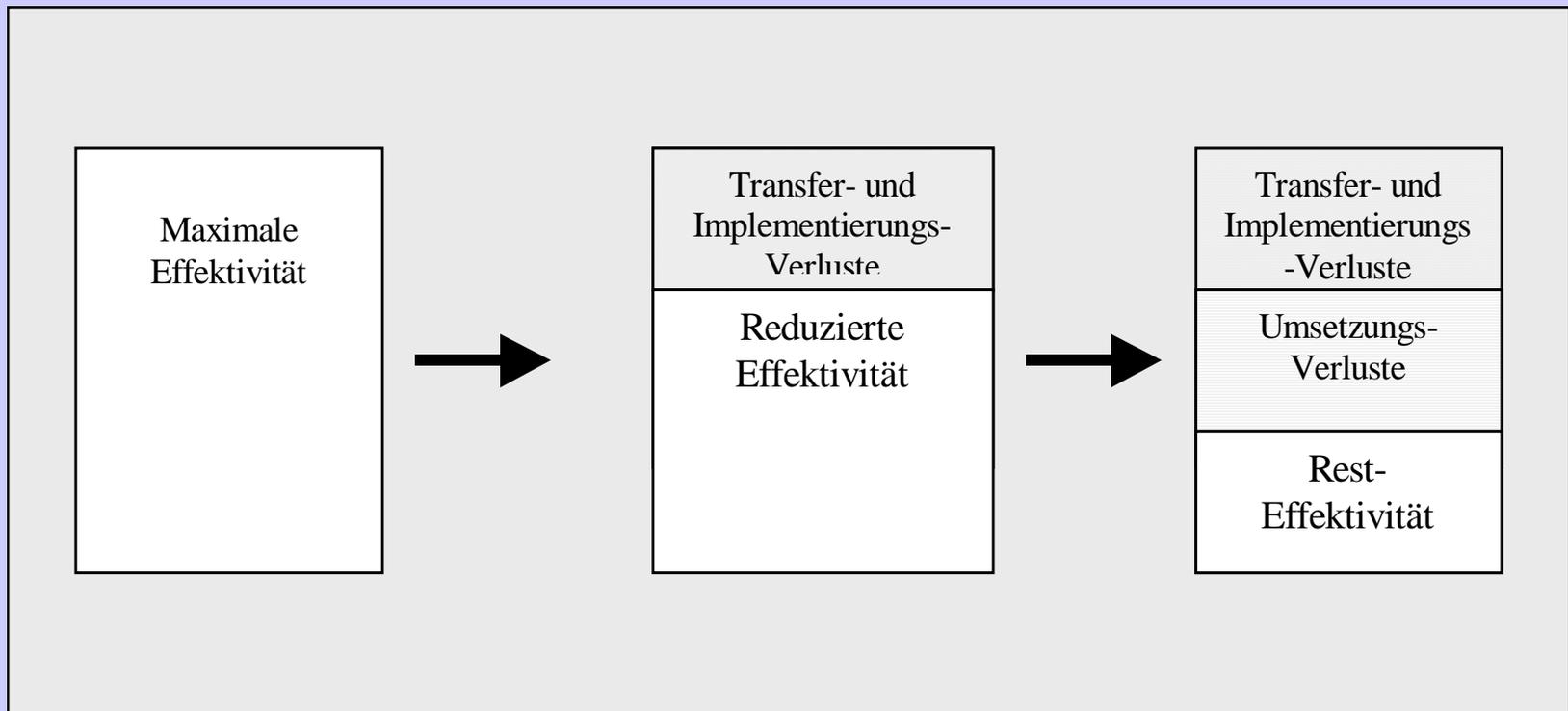
Wirtschaftlichkeit: Nicht übertragbar aus klinischen Studien

- Die Wirtschaftlichkeit von medizinischen Interventionen muss sich an den Notwendigkeit und am Bedarf messen lassen
- Die alleinige Betrachtung der Kosten spiegelt die Wirtschaftlichkeit von medizinischen, pflegerischen, diagnostischen oder präventiven Maßnahmen ungenügend aus
- Die Betrachtung und Berücksichtigung von ‚real-life‘-Ergebnissen ist wegen des erwartbaren Effektivitätsverlustes unabdingbar



Effektivitätsverluste beeinflussen die Wirtschaftlichkeit

Effektivitätsverluste medizinischer Hilfspotenziale durch Transfer, Implementierung und Umsetzung – Klinische Studie vs. ‚real life‘



Quelle: SVR 2005

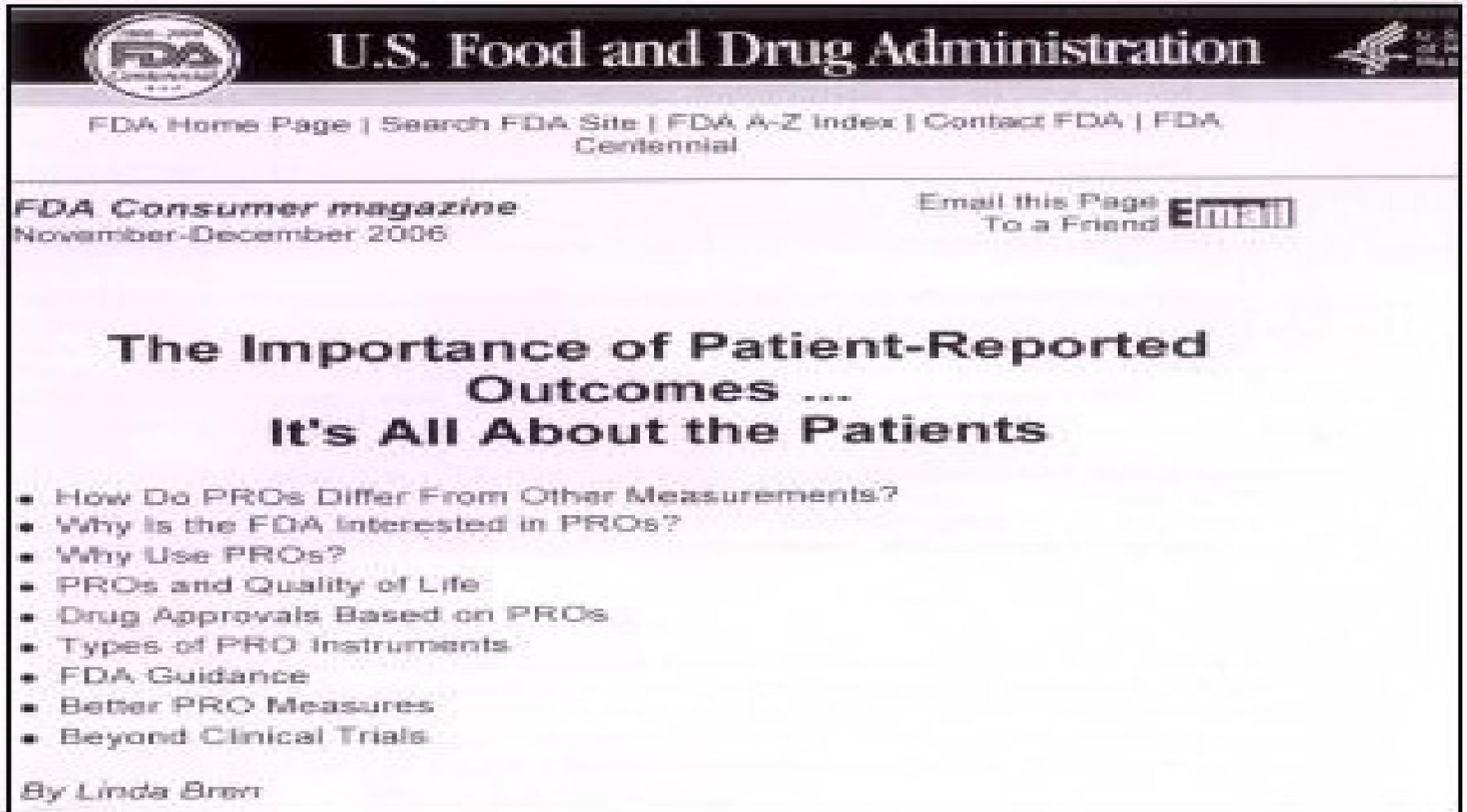


Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit

- Wirtschaftlichkeit bezieht sich auf das gesamte Behandlungsgeschehen, fragmentierte Betrachtungsweisen verstellen den Blick für wirkliche Effizienzreserven
- Die Grenzen werden derzeit auch bestimmt durch fehlende Kosten-Nutzen-Studien unter Berücksichtigung der gesamten Krankheitskosten
- Patientenorientierte Kriterien werden nur bedingt berücksichtigt (therapeutische / körperliche / psychische Belastung, Kontakthäufigkeit mit dem System, Herstellen einer „bedingten“ Gesundheit)
- Lebensqualität noch kein Kriterium für Wirtschaftlichkeit



Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit



The screenshot shows the top of the FDA website with the logo and navigation links. Below that, it features the title of a consumer magazine article and a list of topics related to PROs.

U.S. Food and Drug Administration

FDA Home Page | Search FDA Site | FDA A-Z Index | Contact FDA | FDA Centennial

FDA Consumer magazine
November-December 2006

Email this Page
To a Friend 

The Importance of Patient-Reported Outcomes ... It's All About the Patients

- How Do PROs Differ From Other Measurements?
- Why Is the FDA Interested in PROs?
- Why Use PROs?
- PROs and Quality of Life
- Drug Approvals Based on PROs
- Types of PRO Instruments
- FDA Guidance
- Better PRO Measures
- Beyond Clinical Trials

By Linda Bren



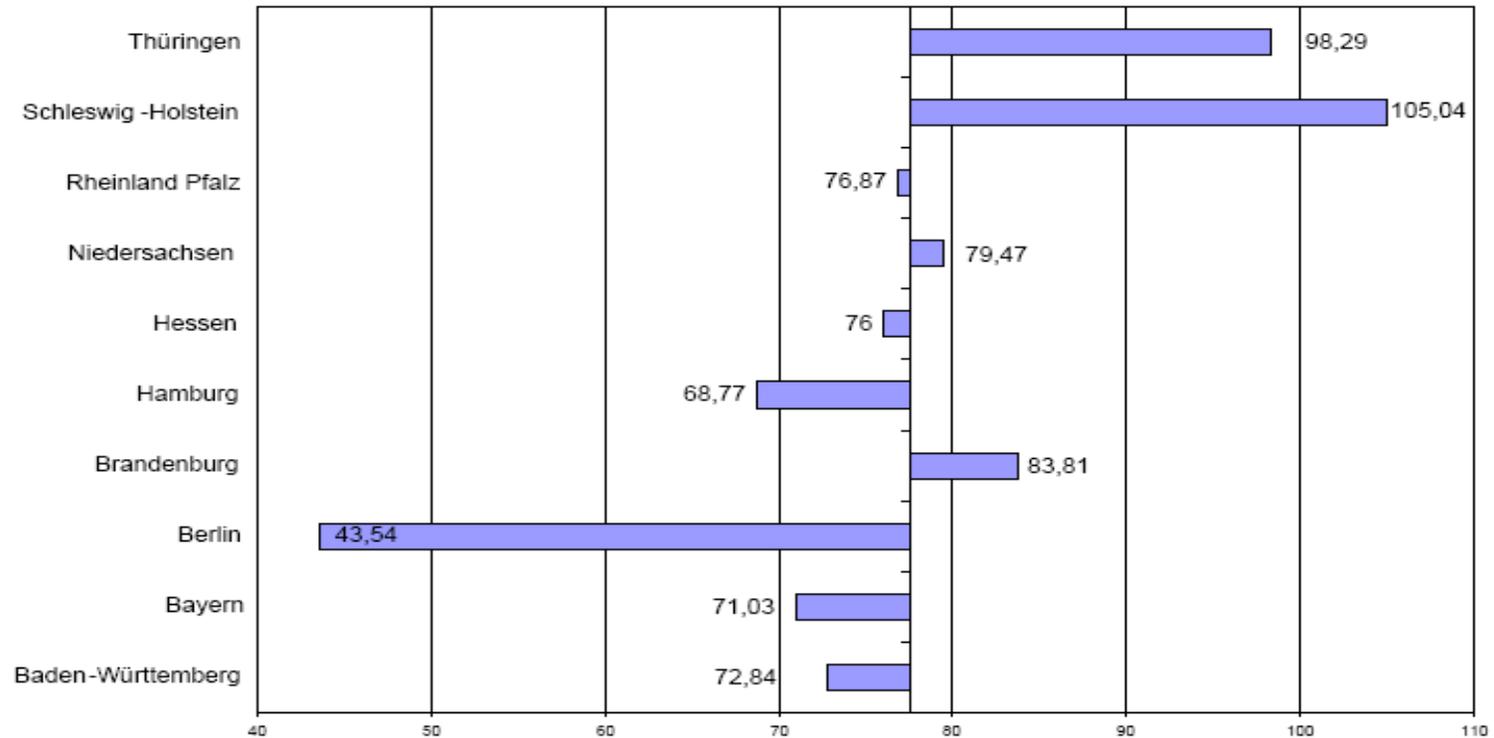
Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit

Ist es wirtschaftlich in unserem System,

- sich eine Doppelstruktur von fachärztlicher Versorgung im ambulanten und stationären Bereich zu leisten?
- bei Verhandlungslösungen um Qualität und Effizienz in der Versorgung auch bisher nicht zugelassene Anbieter einzubeziehen, z.B. Krankenhäuser?
- die ärztliche Dominanz auch dann aufrecht zu erhalten, wenn längst andere Berufsgruppen qualifiziert kooperieren könnten, v.a. im Pflegebereich?
- bisher Ausschreibungen zu behindern, z.B. bei Hilfsmitteln?



Regionaler Ausgabenvergleich einer Handgelenkbandage (Hilfsmittelpositionsnummer 05.07.02.0082) (Bundesdurchschnitt 77,57 Euro)



Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit

Ist es wirtschaftlich in unserem System,

- Arzneimittel zu frei kalkulierten Preisen ohne jede Verhandlung in das GKV-System zu übernehmen - zugelassen heißt verordnungsfähig?
- weiterhin zunftähnlich organisierte Anbieter zu berücksichtigen und im Rahmen von Verträgen zu schützen (Apotheken, Orthopädieschuhmachermeister usw.)?
- an unterschiedliche Voraussetzungen für Leistungen im stationären und ambulanten Bereich (Genehmigungspflicht!) festzuhalten, wodurch über den stationären Bereich immer wieder Leistungen viel zu früh in die ambulante drängen?



Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit

Ist es wirtschaftlich in unserem System,

- Ergebnisse aus den noch immer raren Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht für vertragliche Differenzierungen zu nutzen – nämlich zu honorieren oder zu sanktionieren?
- die sektorale Trennung immer wieder aufrecht zu erhalten und selbst bei den IV-Verträgen noch immer indikationsbezogene „Projekte“ zuzulassen (am 22.8.2006 entfielen von 2.347 alleine 607 auf Hüft- und Kniegelenke)?
- usw. usw. usw.

Nein, es ist nicht wirtschaftlich – die bisherigen Grenzen verhindern vielfach Effizienz in unserem System!



Die Grenzen der Wirtschaftlichkeit

Dabei gäbe es Chancen, z.B. für den Arzneimittelbereich:

- Die Arzneimitteltherapie wird mit der Stärkung der ambulanten Versorgung (z.B. IV und MVZs) immer wichtiger – Vertragslisten auf der Basis von Kosten-Nutzen!
- Die „richtigen Mittel richtig angewendet“ bieten in vielen Bereichen Effizienzgewinne („Krankenhaussubstitutionspotenzial“) – Wettbewerb um wirkliche Innovationen
- Sparen mit „richtigen“ Arzneimitteln wird möglich, für das Sparen an den „falschen“ gibt es immer noch Beispiele
- Wirtschaftlichkeit kann nur systemisch und unter Berücksichtigung der Patientenorientierung definiert werden!





Ihre Gesundheit ist uns wichtig

Die Gesundheitsreform sichert die medizinische Versorgung auf hohem Niveau:

- Jeder erhält auch künftig die notwendige medizinische Versorgung – unabhängig von Alter und Einkommen.
- Der medizinische Fortschritt kommt auch in Zukunft allen zugute.
- Niemand wird mehr ohne Versicherungsschutz sein.

Damit das so bleibt, sind Strukturreformen notwendig. Denn unser Gesundheitswesen ist teurer als nötig. Seine Strukturen sind zu starr. Und es gibt zu viel Bürokratie. Der neue Gesundheitsfonds bedeutet weniger Bürokratie und spart Kosten bei Kassen und Betrieben.

Die Gesundheitsreform sorgt für einen besseren Umgang mit Ihrem Geld:

- Kostentreibende Strukturen werden aufgebrochen.
- Es wird mehr Wettbewerb zwischen Kassen, Ärzten und Apotheken um die beste Versorgung der Patienten geben.

- Die Versicherten können wählen: die leistungsfähigste Krankenkasse, den günstigsten Tarif, die beste Versorgungsform, die geeignete Behandlung in Kliniken und bei Ärzten.
- Kostspielige Mehrfachuntersuchungen werden vermieden.

Die Gesundheitsreform stärkt Ihre Stellung als Patient:

- Arztpraxen und Krankenhäuser werden zum Nutzen der Patienten besser und effizienter zusammenarbeiten.
- Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle, Chronikerprogramme und medizinische Versorgungszentren werden ausgebaut. Das führt zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit.
- Die Kassen werden verpflichtet, wichtige Impfungen und Mutter-Vater-Kind-Kuren zu bezahlen.
- Die Krankenkassen müssen Hausarztmodelle anbieten. Kostengünstigere Tarife werden möglich.

Die Gesundheitsreform macht unser Gesundheitssystem zukunftssicher.