


market access & health policy

05
13

www.marketaccess-online.de
www.healthpolicy-online.de

Das offizielle Organ der Deutschen Fachgesellschaft für Market Access e.V. (DFGMA)



Interview mit Georg Wager,
General Manager von Eisai:
„Wir waren nicht nur über-
rascht, sondern entsetzt.“

Ausgaben stabil

Die Ergebnisse des aktuellen Arzneimittel-Atlas 2013 fasst die vfa-Hauptgeschäftsführerin in vier Worten zusammen: „Ausgaben stabil, Versorgung verbessert.“ Die Ergebnisse zeigen aber noch mehr.

Der Mythos „Zusatznutzen“

Für die einen werden Innovationen zu langsam, für die anderen zu schnell eingeführt. In zwei aktuellen Analysen treten recht unterschiedliche Auffassungen zur Versorgungsdurchdringung zu Tage.

Ergebnisoffene Diskussion

Eine der beiden Pilotstudien (Analytic Hierarchy Process) zur Einsatzmöglichkeit ökonomischer Instrumente in der Effizienzgrenzthematik wurde vom IQWiG als erstes Arbeitspapier publiziert.

Diskussionsforum

Market Access

2013



AMNOG-Update

Bestandsmarkt und Versorgungsqualität



Mehr unter www.thieme.de/marketaccess

Kommen Sie nach Berlin und diskutieren Sie mit den Meinungsführern der Gesundheitsbranche die Market-Access-Strategien: Von der frühen und späten Nutzenbewertung über Preisverhandlung und Rabattverträge bis hin zu Schrittinnovationen und Versorgungsqualität.

Mit Dr. **Wolfgang-Axel Dryden** (KVWL), **Henning Fahrenkamp** (BPI, angefragt), **Jürgen Graalman** (AOK Bundesverband), **Dr. Antje Haas** (GKV-Spitzenverband), **Josef Hecken** (G-BA), **Dr. Claus Runge** (Astra Zeneca), **Dr. Manfred Zipperer** (Schiedsstelle)

Tagungsleiter: Prof. Dr. Dr. **Reinhard P.T. Rychlik**

market access & health policy

www.marketaccess-online.de
www.healthpolicy-online.de

Das offizielle Organ der Deutschen Fachgesellschaft für Market Access e.V. (DFGMA)

05/13 3. Jahrgang

PRAXISBEIRAT

DFGMA - vertreten durch Dr. Klaus-Jürgen Preuß

HERING SCHUPPENER Healthcare - vertreten durch Dr. Horst-H. Mütter

IMS Health - vertreten durch Dr. Gisela Maag und Dr. Stefan Plantör

Quintiles - vertreten durch Dr. Birgit Friedmann

ko-optierte Mitglieder:

IPAM - vertreten durch Prof. Dr. Thomas Wilke

THEMA

Der Wirkstoff Perampanel im AMNOG-Prozess

Die Zeitlinie von Zulassung bis Marktstopp.

Ärzte sind gegen die Bürgerversicherung

Ergebnisse der Umfrage des Ärztenetzwerks coliquio zur Bundestagswahl.

„Ausgaben stabil, Versorgung verbessert“

In Berlin wurde der aktuelle Arzneimittel-Atlas 2013 präsentiert.

Der Mythos „Zusatznutzen“

Unterschiedliche Auffassungen zur Versorgungsdurchdringung von innovativen Arzneimitteln.

Neue Hoffnung beim Prostatakarzinom

Astellas Pharma launcht das neue Arzneimittel „Xtandi“.

Jenseits der Pille: „Intelligent Pharma“

AstraZeneca stellt ein Mehrwert-Service-Modell in einem eyeforpharma-Webinar vor.

INTERVIEW

„Leider gab es keine Alternative“

Interview mit Georg Wager, General Manager von Eisai.

„Basis einer ergebnisoffenen Diskussion“

Interview mit PD Dr. med. Andreas Gerber-Grote, Leiter des Ressorts Gesundheitsökonomie des IQWiG.

UNTERNEHMENSPORTRÄT

Starker Partner im Gesundheitswesen

Das Unternehmen Onyx Integratives Gesundheitsmanagement GmbH im Porträt.

News

Sonderveröffentlichung

Bitte beachten Sie die Verbandsseiten der DFGMA auf den Seiten 15 bis 18

Impressum Market Access & Health Policy

Market Access & Health Policy
Das Magazin für ein faires Miteinander im Gesundheitswesen
3. Jahrgang/ISSN 2195-2515

Chefredaktion

Peter Stegmaier
(verantwortlicher Redakteur)
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
stegmaier@marketaccess-online.de

Leitende Redakteurin

Jutta Mutschler
mutschler@marketaccess-online.de

Redaktion

Olga Gnedina
gnedina@marketaccess-online.de

Verlag

eRelation AG - Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
www.ereRelation.org
mail@ereRelation.org
Verlagsleitung
Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-7638280-0
Fax +49-(0)228-7638280-1
heiser@marketaccess-online.de

Marketing/Online

Anke Heiser
heiser@marketaccess-online.de
Kölnstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49 228 7638280-0
Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

MA&HP erscheint sechsmal jährlich.
6 Ausgaben kosten 57 Euro zzgl.
Versandkostenanteil in Höhe von

6,14 Euro pro Jahr in Deutschland
(Versandkosten Ausland: 54 Euro).
Das Abonnement verlängert sich
automatisch um ein weiteres Jahr,
wenn es nicht spätestens sechs
Wochen vor Ablauf des Bezugsjah-
res schriftlich gekündigt wird.
Jahresvorzugspreis für Studenten
gegen Vorlage einer Immatrikula-
tionsbescheinigung 60 EUR zzgl.
jew. Versandkostenanteil.
Preisänderungen vorbehalten.

Layout

eRelation AG, Bonn

5

12

31

27



Umfangreiche empirische Studien der letzten Jahre zeigen, dass mangelnde Mitwirkung der Patienten (Non-Adherence) in praktisch jeder chronischen Medikationstherapie ein bedeutendes und weitverbreitetes Versorgungsproblem darstellt. Prof. Dr. Thomas Wilke und Sabrina Müller vom Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik der Hochschule Wismar halten ein engagiertes Plädoyer für medikationsbezogene Adherence.

> S. 25 ff.

KNOW-HOW

7

Beschäftigt sich Market Access nur mit Kassen, Gesetzen und der Zulassung neuer Produkte? Nein, sagt Alexander Wilke MBA, LL.M, Leiter des Instituts für evidenzbasiertes Gesundheits- & Versorgungsmanagement I.f.G.V., der den klassischen Market-Access-Trias aus Marktzugang (z.B. Nutzenbewertung von Medizinprodukten und Medikamenten oder sogar Methoden), Marktausweitung (z.B. Analyse und Implementierung innovativer Versorgungswege) und Marktpenetration (z.B. Vertragsmanagement und Entwicklung von Erstattungsstrategien) betrachtet. > S. 21 ff.

8

9

10

14

28





Peter Stegmaier

Herausgeber und Chefredakteur von „Market Access & Health Policy“ und Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung“.

Mut zur Versorgungslücke

>> „Versorgungslücken gibt es in Schleswig-Holstein nicht - mir ist jedenfalls kein Fleck bekannt, der nicht durch Botendienste abgedeckt wird.“ Das sagt ausgerechnet ein Apotheker, dessen Standesvertretung bisher in Sachen Bedarfsplanung und Versorgungsforschung, die Zahlen und Fakten liefern könnte, wie ein Versorgungsbedarf in den Regionen tatsächlich aussehen könnte - heute und in Zukunft. Es mag - das sei dem schleswig-holsteinischen Apotheker konzediert - schon sein, dass ihm ganz persönlich kein Fleck bekannt ist, der „nicht durch Botendienste abgedeckt wird“. Alleine mit diesem Satz entlarvt sich die Argumentation der Apothekerschaft gegen den seit kurzem durch ländliche Gebiete rollenden Apothekerbuss von DocMorris, die in einem Statement der Noweda gipfelt. Die Apothekergenossenschaft erklärt, dass „rollende Apotheken“ keine Institutionen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in der ländlichen Region seien; im Gegenteil, sie würden „eher zu einem Abbau von Leistung und Service für die Bevölkerung führen“. Aha. Wenn über Ärztebusse nachgedacht wird, die in Kleinstädte rollen, um den Arzt vor Ort zu ersetzen, der - und hierzu gibt es verlässliche Zahlen der KBV und des ZI - aus Altersgründen seine Praxis geschlossen hat, dann ist das anscheinend in Ordnung. Der Bus wird ja dann wohl auch von den Ärztekammern finanziert, die es vorher nicht geschafft haben, entsprechende Anreize zu setzen, vor allem dem Landarztmangel entgegenzuwirken.

Würde der Apothekerbuss nun eine Aktion der ABDA sein und nicht ausgerechnet des Standesfeinds Nummer 1 DocMorris, fielen die Reaktionen wohl auch anders aus: Dann wäre es eine Innovation, eine Investition in die Zukunft, die - Stand heute - eben nicht nur von einem Ärzte-, sondern auch einem Apothekermangel geprägt sein wird. Die Zahlen der Apotheken sind seit 2009 rückläufig, die Zahlen aus 2012 sollten alarmieren: 501 Apothekenschließungen stehen 317 Apotheken-Eröffnungen gegenüber, was ein sattes Minus von 203 ausmacht. Die Tendenz wird sich verschärfen, solange seitens der Politik keine eindeutigen Signale gesetzt werden, die ein pharmazeutisches (und natürlich auch allgemeinärztliches) Studium und dann auch eine Niederlassung als Arzt oder Apotheker in Deutschland wieder interessanter machen. Nun kann man noch lange nicht behaupten, dass Deutschland als Ganzes in Sachen Apothekendichte unterversorgt wäre. Noch immer liegt Deutschland (2012) mit 3.900 Einwohnern je Apotheke bei der Apothekendichte im europäischen Vergleich weit über dem EU-Durchschnitt von 3.200 Einwohnern je Apotheke. Das hilft jedoch vor allem den Bürgern in größeren Städten und hier vor allem in jenen mit höherer Kaufkraft. Ist doch auch logisch: Warum sollte sich ein Kleinunternehmer - genau das ist ein Apotheker - bei freier Niederlassungswahl ausgerechnet dort ansiedeln, wo sonst niemand hin will? Wo er nach einem anspruchsvollem Pharmazie-Studium weniger verdient als anderswo? Wo immer mehr niedergelassene Ärzte als Rezeptaussteller fehlen, weil sie aus Altersgründen ihre Praxen schließen und nicht wieder besetzen konnten? Auch weil die immer weniger werdenden jungen Hausärzte sich lieber in Städten ansiedeln, wo es eben trotz Bedarfsplanung noch geht?

„Versorgungslücken gibt es in Schleswig-Holstein nicht - mir ist jedenfalls kein Fleck bekannt, der nicht durch Botendienste abgedeckt wird.“ Das sagt ein Apotheker, der damit die Bedeutung seines USP Nummer 1 - die persönliche Beratung, die Standortnähe, das persönliche Kennen seiner Kunden - absolut verkennt. Wenn Botendienste reichen, eine Apothekenversorgung zu garantieren, kann das auch jeder Versandhändler erledigen; das billiger und wahrscheinlich sogar besser, weil seine Qualitätssicherung tausendfach geprüft und seine Struktur - von Patientenakte, Nachfragen beim Arzt bis Telefon- und Mailsysteme - darauf ausgerichtet ist, eine stimmige Wertschöpfungskette zu garantieren. Mit all dem tut sich ein einzelner Apotheker nun einmal mehr als schwer, was ihm nicht anzulasten ist: Es fehlt ihm schlicht und einfach an unternehmerischer Größe, um derartige Systeme ebenso effizient wie kostendeckend aufziehen zu können. All das kann ein Versandhändler wie DocMorris, der es wieder einmal geschafft hat, mit einem relativ begrenzten Invest einen dicken Finger in eine Wunde zu legen. Diese Wunde ist nun nicht nur jene, ob und wo es Versorgungslücken heute und in Zukunft gibt und/oder geben wird, sondern jene, ob es die Apothekerschaft schafft, ihren Versorgungsauftrag nicht nur als Einzelner anzunehmen, sondern als Gesamtheit weiter zu entwickeln.

Eine ebenso wichtige Frage lautet: Wann ist eine Versorgungslücke eine Versorgungslücke? Wie lang darf der Weg zu einer Apotheke sein? 2 km, 5 km oder gar 15 km, wie Holger S. seinen Weg zur nächsten Apotheke auf apotheken-bus.de gepostet hat? Mailen Sie mir Ihre Meinung an stegmaier@healthpolicy-online.de <<

Ihr

Peter Stegmaier
Chefredakteur „Market Access & Health Policy“

Interview mit Georg Wager, General Manager von Eisai

„Leider gab es keine Alternative“

Noch im Oktober letzten Jahres war für Eisai die Pharma-Welt einigermaßen in Ordnung. Nach einer Bewertung des IQWiG („nicht belegt“) und dem Beschluß des G-BA („Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen“) konnte sich das Unternehmen mit dem GKV-Spitzenverband auf einen Erstattungsbetrag für „Halaven“ (Eribulin) einigen. Anders nun bei „Fycompa“ mit dem Wirkstoff Perampanel, einem ersten Medikament einer neuen Klasse von Antiepileptika. Aus einem im Dossier angenommenen erheblichen Zusatznutzen wurde beim IQWiG „kein Zusatznutzen“ und der G-BA schloß sich in seinem Beschluss dieser Auffassung an. Nun setzt Georg Wager, General Manager von Eisai, den Vertrieb des seit September 2012 eingeführten Medikaments vorerst aus, jedoch hofft er, dass „dieser Zustand vorübergehend ist“.

>> Herr Wager, hat es Sie denn wirklich überrascht, dass der G-BA in seinem Beschluß zum Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens von Perampanel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie „keinen Zusatznutzen“ ausgewiesen hat?

Nicht nur überrascht, sondern entsetzt. Wir sind überzeugt von Perampanel. Sowohl die Studien als auch die Ärzte, die die Erfahrungen in der Praxis gemacht haben, haben den Nutzen der Behandlung für die Patienten eindeutig bestätigt.

In ihrem Dossier bewerteten Sie das Ausmaß des Zusatznutzens für Perampanel als „erheblich“. Doch im IQWiG-Bericht wurde anscheinend einmal mehr aus methodischen Überlegungen sowie aufgrund unzureichender Studienlage heraus ein Zusatznutzen als nicht belegt erachtet. Können Sie das nachvollziehen?

Wir haben uns in unserem Nutzendossier an die in den vorab geführten wissenschaftlichen Beratungsgesprächen mit dem G-BA besprochene Vorgehensweise gehalten und nach unserer Auffassung einen Zusatznutzen nachgewiesen.

Eisai äußert in einer Pressemitteilung am 18.12.12 den Vorwurf, dass das IQWiG zwar ausführlich methodologische Aspekte der vorgelegten Analysen diskutiert, es aber versäumt hat, die patientenrelevanten Vorteile von „Fycompa“ angemessen zu interpretieren und den innovativen Charakter des neuen Medikaments in einem klinischen Umfeld mit einem hohen ungedeckten therapeutischen Bedarf verantwortungsbewusst anzuerkennen. Würden Sie diesen Vorwurf bitte näher erklären?



„Fycompa“ wurde von der EMA im Jahr 2012 zugelassen. EMA-Zulassungen basieren auf einer umfassenden Überprüfung der Wirksamkeit und Sicherheit von Daten aus großen multi-nationalen placebokontrollierten Phase-III-Studien. Dabei wird der klinische Nutzen bei der jeweiligen Indikation nachgewiesen. Die G-BA-Entscheidung basiert auf einer Bewertung des sogenannten Zusatznutzens des neuen Präparates gegenüber einer vom G-BA bestimmten sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Was haben diese multi-nationalen Studien gezeigt?

Die drei globalen Phase-III-Studien mit 1.480 Patienten zeigten, dass Perampanel als Zusatztherapie bei Patienten mit fokalen Anfällen - einschließlich der schweren Arten von komplex-fokalen und/oder sekundär generalisierten Anfällen - wirksam und verträglich ist. Die am häufigsten berichteten unerwünschten Ereignisse waren Schwindel, Schläfrigkeit, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Stürze, Reizbarkeit und Ataxie. Viele Patienten mit schwer zu behandelnder Epilepsie haben andere Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Die klinische Erfahrung mit Perampanel zeigt, dass die Häufigkeit sowohl komplex-fokaler als auch sekundär generalisierter Anfälle bei diesen schwer zu behandelnden Patienten deutlich gesenkt werden kann.

„Wir sind der Auffassung, dass wir überzeugende Belege für den Zusatznutzen von Fycompa auf Basis der im Vorfeld erfolgten Beratung durch den G-BA erbracht haben“ schreibt Eisai in dieser Pressemitteilung weiter. Würden Sie das bitte ausführen? Denn so überzeugend war die Beleglage für das IQWiG anscheinend nicht.

Eisai hat das Nutzendossier zu „Fycompa“ unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Beratungen des G-BA und der vorgeschriebenen Dosiervorlage sorgfältig erarbeitet. Wir haben darüber hinaus vor Einreichung des Dossiers von einer freiwilligen formalen Vollständigkeitsüberprüfung durch den G-BA Gebrauch gemacht und die gewünschten Änderungen vorgenommen. Eisai ist überzeugt, stichhaltige Belege für den Zusatznutzen von „Fycompa“ vorgelegt zu haben. Das von Eisai erstellte Nutzendossier enthielt die Daten unserer drei randomisiert-kontrollierten klinischen Zulassungsstudien (Studie 304, 305 und 306). Anhand einer Subpopulation von Patienten haben wir in einer methodologisch fundierten und soliden Analyse einen Vergleich mit der sogenannten zweckmäßigen Vergleichstherapie nach der Definition des G-BA, d.h. Lamotrigin, vorgenommen. Außerdem haben wir indirekte Analysen anhand veröffentlichter klinischer Daten für Lamotrigin durchgeführt, die ebenfalls den in der Vergleichsanalyse belegten Zusatznutzen von Perampnol stützen.

Nun hat sich Ihr Unternehmen entschieden, das Arzneimittel „Fycompa“ vorübergehend aus dem Vertrieb zu nehmen. Wie reagieren behandelnde Ärzte und Patienten sowie Fachgesellschaften? Und was könnte zu einer Wiederaufnahme des Vertriebs führen?

Die Entscheidung, „Fycompa“ in Deutschland vom Vertrieb auszusetzen, ist Eisai nicht leicht gefallen. Viele Ärzte haben Verständnis für unser Vorgehen geäußert, zeigen sich aber natürlich sehr besorgt um die Versorgung der Patienten. Unsere erste Sorge gilt den rund 3000 Patienten, die „Fycompa“ bereits in Deutschland erhalten. Wir werden alles tun um sicherzustellen, dass alle derzeit mit Fycompa behandelten Epilepsiepatienten das Medikament auch weiterhin erhalten können. Wir hoffen, dass dieser Zustand vorübergehend ist und werden „Fycompa“ zum frühest möglichen Zeitpunkt für eine Neubewertung einreichen. Wir hoffen inständig, dass sich eine neuerliche Bewertung stärker an der Versorgungsrealität orientiert und einen Zusatznutzen dieses ersten Vertreters einer neuen Wirkstoffklasse anerkennt.

Zu diesem Schritt erklärte der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken, dass die Aussetzung des Vertriebs nicht unerwartet gekommen sei, und der G-BA diese Entscheidung auch bedauere. Doch: Welche Optionen gab es denn überhaupt?

Leider gab es für uns keine Alternative, auch wenn uns diese Entscheidung schwer gefallen ist. Wir können es - vor allem im Sinne der Patienten - nicht akzeptieren, dass einem innovativen Medikament mit einem völlig neuen Wirkmechanismus, das seinen Zusatznutzen im klinischen Alltag und in den Zulassungsstudien nachgewiesen hat, dieser als nicht belegbar abgesprochen wird. Innovative therapeutische Optionen sind insbesondere für therapierefraktäre Patienten sehr wichtig.

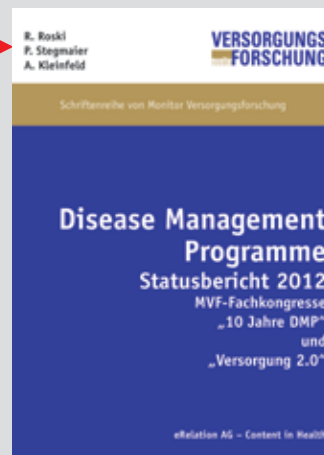
<< Auf Einsparmaßnahmen ausgerichtete Bewertungen dürfen jedenfalls nicht dazu führen, dass Patienten in Deutschland von der Behandlung mit innovativen Medikamenten ausgeschlossen werden. >>

Wichtig sei, so Hecken weiter, dass das Unternehmen nach eigenem Bekunden alles tue, um die Versorgung der etwa 3000 bereits auf das Medikament eingestellten Patienten auch weiterhin sicher zu stellen, damit diese nicht unter dem vorübergehenden Marktrückzug zu leiden haben. Das zeuge „von dem Verantwortungsbewusstsein des Unternehmens gegenüber den Patientinnen und Patienten, die nicht alle und vor allen Dingen nicht von heute auf morgen auf eine andere Therapie umgestellt werden können“. Würden Sie ein solches Verantwortungsbewusstsein nicht auch vom G-BA und IQWiG fordern, damit innovative Medikamente im deutschen Markt auch verfügbar bleiben?

Wir befinden uns mit dem Prozess der Nutzenbewertung in einem lernenden System. Das betrifft sowohl die pharmazeutischen Unternehmen als auch alle anderen Teilnehmer an diesem Prozess. Auf Einsparmaßnahmen ausgerichtete Bewertungen dürfen jedenfalls nicht dazu führen, dass Patienten in Deutschland von der Behandlung mit innovativen Medikamenten ausgeschlossen werden.

Herr Wager, vielen Dank für das Gespräch. <<

NOCH ERHÄLTlich:



Disease Management Programme - Statusbericht 2012 Wissenschaftliche und redaktionelle Beiträge der MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“

Mit Beiträgen von

L. Altenhofen | C. Bartel | C. Bensing | J. Biermann | J. Böcken | S. Burger | T. Czihal | S. Ein Waldt | M. Ewers | P. Fey | J. Fröhlich | M. Gaßner | C. Gawlik | J. Gebhardt | G. Glaeske | C. Graf | S. Guthoff-Hagen | J. Härtel | B. Häussler | B. Hagen | E. Höfer | F. Hofmann | W. Hoffmann-Eßer | D. Horenkamp-Sonntag | L. Kerkemeyer | C. Kiefer | A. Kleinfeld | K. Koch | T. Köhler | K. Köhn | T. König | J. Leinert | R. Linder | U. Moldenhauer | S. Mostardt | H.-D. Nolting | I. Oelmann | H. Rebscher | M. Redaelli | S. Roebbers | R. Roski | A. Rüther | D. Schaeffer | U. Siering | S.G. Spitzer | P. Stegmaier | D. Graf von Stillfried | S. Stock | S. Südhof | E.J. van Lente | M. Wagner | P. Willenborg | K. Wegscheider | K. Zich |

Erschienen im Verlag von „Monitor Versorgungsforschung“ und „Market Access & Health Policy“. Bestellen Sie direkt bei amazon.de oder (über den Buchhandel) direkt beim Verlag: eRelation AG - Content in Health - Kölnstraße 119 - 53111 Bonn - Tel. 0228 - 76 38 28 00 - info@erelation.org - ISBN 978-3-9814519-0-0

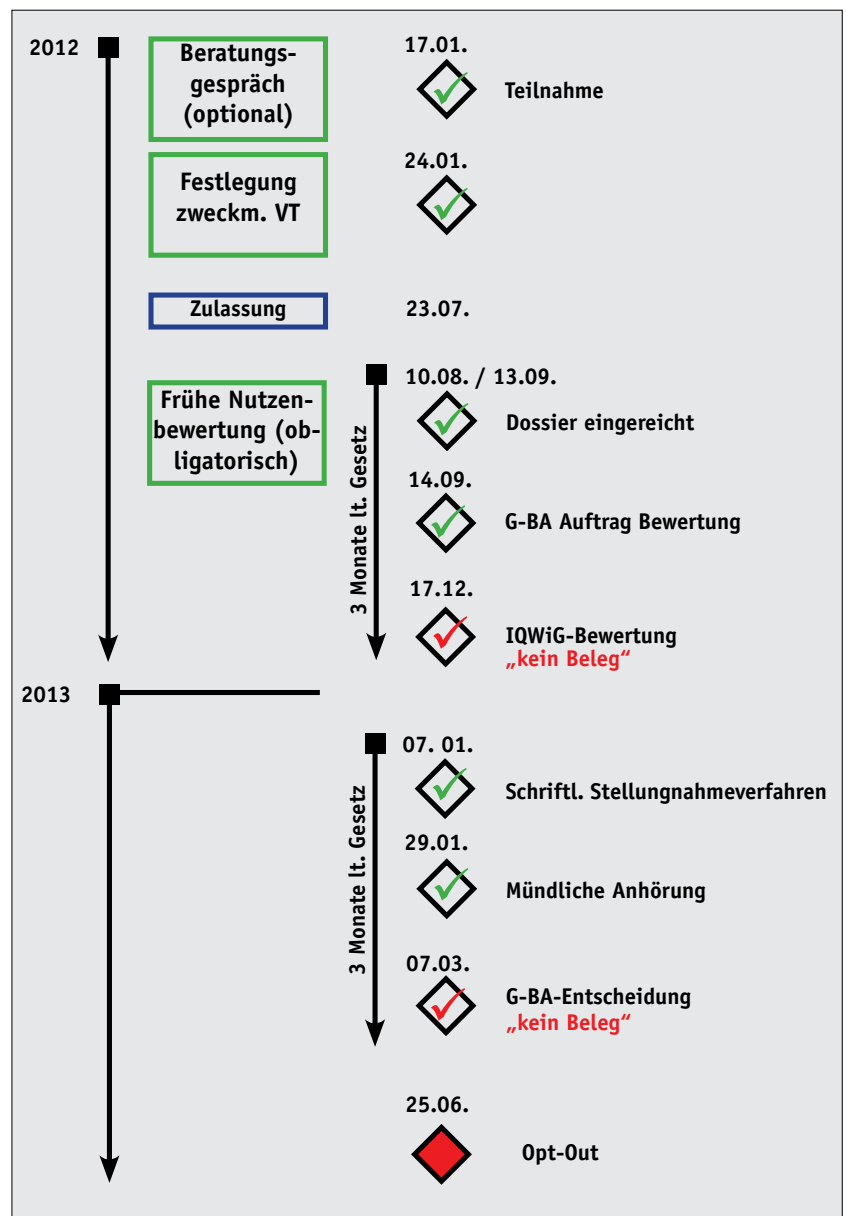
Der Wirkstoff Perampanel im AMNOG

>> Eisai hat eigentlich alles gemacht, was möglich war: Schon vor der Zulassung von „Fycompa“ (Wirkstoff: Perampanel) wurde ein Beratungstermin wahrgenommen, daraufhin eine zweckmäßige Vergleichstherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (Vorgangsnummer 2011-B-037) festgelegt, an die sich das Unternehmen denn auch zu halten meinte. Getestet wurde gegen Lamotrigin und in Fällen, in denen Lamotrigin als Monotherapie angewandt wird, gegen Topiramat als Zusatztherapie. Zudem stellt der G-BA fest: „... ein Vergleich gegen Lamotrigin als Monotherapie sei aufgrund des geplanten Anwendungsgebiets für Perampanel als Zusatztherapie nicht zielführend“. Darin hielt sich das Unternehmen und kam aufgrund dieser Daten in dem von ihm vorgelegten Dossier zu folgender Einschätzung des Ausmaßes des Zusatznutzens als Zusatztherapie bei Anfällen fokalen Ursprungs mit und ohne sekundäre Generalisierung: „erheblich“.

Die Bewertung seitens des IQWiG sieht nun ganz anders aus. Eisai schließe sich, so der Bewertungstext, zwar der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie an, „jedoch mit der Einschränkung, dass Topiramat als zweckmäßige Vergleichstherapie für die Ableitung des Zusatznutzens von Perampanel nicht betrachtet wird“. Dieses Vorgehen hätte das Unternehmen mit der Feststellung des G-BA aus dem Beratungsgespräch, „... ein Vergleich gegen Lamotrigin als Monotherapie ist aufgrund des geplanten Anwendungsgebietes für Perampanel als Zusatztherapie nicht zielführend“ vorgenommen. Da Topiramat aber nur in dem spezifischen Fall zweckmäßige Vergleichstherapie sein soll, in dem Lamotrigin als Monotherapie angewendet werde, sei ein Vergleich mit Topiramat ebenfalls nicht zielführend.

Diesem Vorgehen folgte das IQWiG in seiner Bewertung nun gar nicht, in dem es sagt: „Die Zweckmäßigkeit von Topiramat als Vergleichstherapie ist gegeben, wenn es als Zusatztherapie zu einer lamotriginhaltigen Basistherapie verabreicht wird, sofern auch Perampanel als Zusatztherapie zu einer lamotriginhaltigen Basistherapie gegeben wird.“ Die Bewertung wäre somit ohne Einschränkung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie gemäß Festlegung des G-BA erfolgt. Zudem schließe das Unternehmen in seinem Dossier keine direkt vergleichenden Studien mit Perampanel versus Lamotrigin ein. Alle zu Perampanel identifizierten randomisierten kontrollierten Studien (RCT) seien „placebokontrolliert und allein nicht ausreichend für den Nachweis eines Zusatznutzens im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie“.

Ebenso wird bemängelt, dass das Unternehmen einen direkten Vergleich mit einer Teilpopulation von Patienten, die als Teil ihrer Basistherapie Lamotrigin erhalten haben, durchführt. Dabei würden Patienten, die Perampanel zusätzlich zu einer „Lamotrigin“ enthaltenden Basistherapie einnahmen, mit Patienten verglichen, die Placebo zusätzlich zu einer Lamotrigin enthaltenden Basistherapie erhalten hätten. Die Meinung des IQWiG: „Die präsentierten Daten stellen einen Vergleich mit Placebo dar und sind nicht geeignet, die Fragestellung der Nutzenbewertung zu beantworten. Die vom pU vorgelegten Daten sind für die Bewertung des Zusatznutzens von Perampanel gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie Lamotrigin als Zusatztherapie nicht relevant.“ Aus den vorliegenden Daten ergebe sich darum „kein Beleg für einen Zusatznutzen“ und demzufolge gebe es auch keine Patientengruppen, für die sich ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen ableiten lasse.



In seinem Beschluss folgte der G-BA dieser Bewertung, das Unternehmen setzte draufhin den Vertrieb vorübergehend aus. Damit steht das Medikament der überhaupt infrage kommenden Patientengruppe, die mit 70.600 bis 106.800 Patienten (bisher wurden davon 3.000 bis 4.000 Epilepsiepatienten behandelt) angegeben wird, nicht mehr zur Verfügung. Und das Gesundheitssystem spart: Perampanel kostet nach Rabattabzügen von 750,85 bis 874,53 Euro, Lamotrigin dagegen nur 58,87 bis 115,10 und Topiramat 141,80 bis 250,36 Euro. <<

www.healthpolicy-online.de

coliquio-Umfrage zur Bundestagswahl 2013

Ärzte sind gegen die Bürgerversicherung

Wenn heute Bundestagswahl wäre, würde das Votum der Ärzteschaft anders ausfallen, als das Wahlbarometer derzeit die gesamtdeutsche Stimmung widerspiegelt: Gewinner wären eindeutig CDU/CSU, Verlierer knapp über der Fünf-Prozent-Hürde wären SPD und Linke. Das sind die Ergebnisse zweier Umfragen* des Ärzte-Netzwerks coliquio. Insgesamt wurden über 1.400 Ärzte befragt. Im Mittelpunkt der vor dem Bundestagswahlkampf höchst aktuellen Umfrage stand dabei das Thema der umstrittenen Bürgerversicherung – mit sehr eindeutigen Ergebnissen: Mehr als 80 Prozent der befragten Ärzte halten nichts von einer Bürgerversicherung, wie sie von den Parteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Linke geplant ist.

>> Für die Autoren der Studie sind die Ergebnisse teilweise überraschend. Außerdem zeigten sie deutliche Statements. Dem allgemeinen Wahlbarometer entsprechend sind CDU/CSU auch bei den Ärzten die stärksten Parteien und liegen mit 34 Prozent der Stimmen auf Platz 1. Überdurchschnittlich schlecht schneidet in der Umfrage dagegen die SPD ab. Gerade mal sieben Prozent der Ärzte trauen dieser Partei die künftige Führung Deutschlands zu. Im Vergleich zu den allgemeinen Sonntagsumfragen, bei denen die SPD immerhin noch auf Platz 2 präsent ist, schafft sie es in der Ärzteschaft nur auf Platz 5.

SPD schneidet bei den Ärzten schlecht ab

„Dieses vergleichsweise schlechte Abschneiden überrascht nicht, ist es doch vor allem die SPD, die die Bürgerversicherung einführen möchte. Für die Ärzte bedeutet dies eine grundlegende Wendung im Gesundheitssystem und sie befürchten massive wirtschaftliche Einbußen in ihrem täglichen Praxisbetrieb“, erklärt Felix Rademacher, Gründer und Geschäftsführer von coliquio.

Die Zahlen der Umfrage zur Bürgerversicherung belegen diese Aussage:

- 81 Prozent der befragten 1.425 Ärzte denken, dass die Pläne der Bürgerversicherung in die falsche Richtung gehen.
- 86 Prozent der Befragten gehen sogar von Umsatzeinbußen für den Praxisbetrieb aus, sollte die Bürgerversicherung tatsächlich eingeführt werden.

- Nur 3 Prozent sehen die Sache positiv; sie hoffen auf wirtschaftlichen Ausgleich durch die Politik, sollte es zu Einbußen kommen.

Das Thema Bürgerversicherung scheint für die Ärzteschaft insgesamt wahlbestimmend zu sein. So gelingt es der FDP als klarer Gegner der Bürgerversicherung, immerhin 25 Prozent des Ärztevotums und damit Platz 2 für sich zu gewinnen. Ein deutlicher Unterschied zur schlechten Positionierung beim gesamtdeutschen Umfragewert, bei dem die FDP bei ca. 5 Prozent liegt. Platz 3 teilen sich die in diesem Jahr erst neugegründete Partei AfD (Alternative für Deutschland) und Bündnis 90/Die Grünen mit jeweils 12 Prozent der Ärztestimmen.

Grüne kommen besser weg

„Dass die Grünen trotz ihres Dafürhaltens für die Bürgerversicherung so viel besser abschneiden als SPD und Linke, kann auch an der Energiepolitik der Grünen liegen“, meint Felix Rademacher, der die parallel zur Wahlumfrage entstandene Ärztediskussion in der Community verfolgt hat. „Hier haben sich einige Ärzte recht wohlwollend gegenüber den Grünen geäußert; vor allem deren Energiepolitik scheint Teile der Ärzteschaft anzusprechen.“

Ein Arzt für Dermatologie schreibt beispielsweise: „Prinzipiell finde ich die Energiepolitik der Grünen besser als die der anderen Parteien... Könnte ich selektiv Programmpunkte wählen, dann hätte die Grünen-Partei bei Energie und

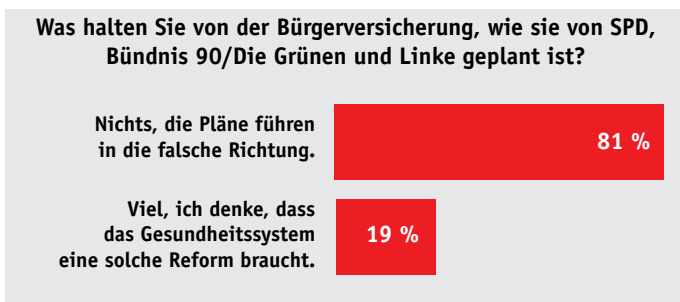


Abb.1: Unter den befragten Ärzten sprechen sich mehr als 80 Prozent gegen die Bürgerversicherung aus. Einfachauswahlfrage; n = 1.425.

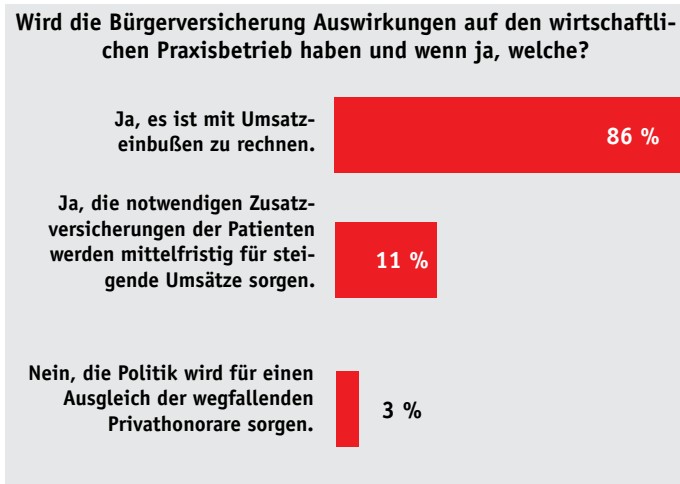


Abb. 2: Auch bei der Frage nach den Auswirkungen der Bürgerversicherung auf den wirtschaftlichen Praxisbetrieb zeigt sich ein eindeutiges Votum unter den befragten Ärzten. Einfachauswahlfrage; n = 1.219.

Umwelt meine Stimme.“

Dass neben der Bürgerversicherung auch andere Kriterien die Wahlentscheidung der Ärzte beeinflussen, bestätigt auch eine Ärztin für Innere Medizin in ihrem Statement: „Meine Sicht auf diese Wahl beschränkt sich nicht auf den Blickwinkel der ärztlichen Belange, sondern fokussiert ganz erheblich auf

gesamtgemeinschaftliche Entwicklungen; ich gehe übrigens davon aus, dass das für zahlreiche Kolleginnen auch gilt...“ <<

*Die Umfrage zur Bürgerversicherung wurde von coliquio im Auftrag des NAV-Virchow-Bundes durchgeführt und war vom 22. April bis 21. Mai 2013 in der Ärzte-Community aktiv. Die Kurzumfrage zur Bundestagswahl führte coliquio vom 2. bis 28. August 2013 durch.

Arzneimittel-Atlas 2013

„Ausgaben stabil, Versorgung verbessert“

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Fertigarzneimittel sind 2012 ungefähr auf dem Vorjahresniveau geblieben, sie lagen bei 29,2 Milliarden Euro (2011: 29,0 Milliarden Euro). Für Fertigarzneimittel gab die GKV mit rund 26,6 Milliarden Euro 0,2 Prozent weniger aus als im Vorjahr. Mit Blick auf die Gesamtausgaben der GKV liegen die Ausgaben für Arzneimittel inzwischen auf Rang 3 – hinter denen für Krankenhäuser und Ärzte. Präsentiert wurden diese Zahlen im Rahmen einer Pressekonferenz zur Vorstellung des Arzneimittel-Atlas 2013. Birgit Fischer (vfa) fasste die vorgestellten Ergebnisse des aktuellen Atlas in vier Worten zusammen: „Ausgaben stabil, Versorgung verbessert.“ Sie sparte aber auch nicht mit Kritik: „Fakt ist, dass mit Blick auf die Leitlinien zu wenige Innovationen bei den Patienten ankommen.“

>> Der Arzneimittel-Atlas wird im Auftrag der forschenden Pharma-Unternehmen bereits zum achten Mal vom IGES-Institut erstellt. Der Autor der Studie, Prof. Bertram Häussler, erklärte, dass seit Einführung der erhöhten Herstellerabgaben im Spätsommer 2010 im GKV-Arzneimittelmarkt eine massive Ausgabendämpfung zu beobachten sei. Mit Blick auf die vergangenen drei Jahre bedeute dies eine Ausgaben-Entlastung der GKV um acht Milliarden Euro. „2012 gingen die Ausgaben der Fertigarzneimittel um 64 Milliarden Euro zurück“, so Häussler. „Und das obwohl zahlreiche neue Präparate auf den Markt gekommen sind und das Verordnungsvolumen weiter wächst.“ Der Mehrverbrauch hat nach Einschätzung von Häussler unterschiedliche Ursachen: Da sei zum einen die demografische Entwicklung zu nennen. Durch die immer älter werdende Bevölkerung gebe es auch mehr Patienten. „Ein weiterer Grund für die Mehrausgaben ist die zunehmende Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich.“ Und nicht zuletzt trügen auch innovative therapeutische Möglichkeiten zu den Mehrausgaben bei. Doch Häussler stellte in dem Zusammenhang klar: „Diese Mehrausgaben durch Innovationen und der Mehrverbrauch in Höhe von 683 und 728 Millionen Euro wurden besonders durch die Einführung neuer Generika und erneute Preissenkungen mehr als aufgefangen.“

Am Ende seiner Ausführungen wagte Häussler auch eine Prognose für die Entwicklung der Arzneimit-

tel-Ausgaben 2014. „Die Erhöhung der Rabatte nach §130a durch das GKV-Änderungsgesetz betrug gegenüber 2009 circa 1,4 Milliarden Euro jährlich. Sie wird ab 2014 wegfallen und dann einmalig zu einem Anstieg der Arzneimittelausgaben in dieser Höhe führen.“ Bezogen auf das Gesamtvolumen der GKV-Ausgaben für Arzneimittel von ungefähr 30 Milliarden Euro bedeute dies somit eine Erhöhung um 4,5 Prozent. Häussler weiter: „Unter Annahme einer ähnlichen Entwicklung bei den übrigen Komponenten wie im Jahr 2012 wäre mit einem zusätzlichen Anstieg von ca. 1,5 Prozent zu rechnen.“

Ende der Sonderbelastung

Für Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des vfa, zeigen die Ergebnisse des aktuellen Atlas, dass das Arzneimittelsystem die Versorgung bei stabilen Preisen verbessere. „Patentausläufe und Individualrabatte schaffen immer wieder finanziellen Bewegungsraum in der GKV, um neue Arzneimittel und damit neue Therapieoptionen für Patienten in die Erstattung zu integrieren.“ Außerdem werde auch das AMNOG weiterhin auf die Arzneimittelpreise einwirken. Mit Blick auf die „beachtlichen Rücklagen der GKV“ kam Fischer auch auf das Thema Herstellerrabatt und Preis moratorium zu sprechen. Beide seien als „befristete Notfallmaßnahmen“ initiiert worden, um die finanzielle Funktionsfähigkeit der GKV in einer krisenhaften wirtschaftlichen Situation zu gewähr-

leisten. Diese Krise sei jedoch nicht eingetreten, was sich laut Fischer „unschwer an den seit 2009 kumulierten Rücklagen von mittlerweile fast 30 Milliarden Euro erkennen lässt“. Aus dieser Situation könne nur eine Schlussfolgerung gezogen werden: Das Auslaufen dieser befristeten Maßnahme bedeute keine zusätzliche Belastung für die GKV, „sondern die reguläre Beendigung einer Sonderbelastung der Arzneimittelhersteller, die nun endgültig vorbei ist“.

AMNOG: „Flaschenhals für Innovationen“

Die Neuentwicklung von Medikamenten käme nicht nur dem Wohl des einzelnen Patienten zugute, zeigte sich die vfa-Hauptgeschäftsführerin überzeugt. Auch die Gesellschaft profitiere in mehrfacher Hinsicht davon. „Investitionen in die Gesundheit durch neue Therapiemöglichkeiten machen sich auch durch weniger Arbeitsausfälle, Frühverrentungen und Pflegebedürftigkeit bezahlt.“ Nutznießer sei auch der Wirtschaftsstandort Deutschland durch Investitionen in Sachanlagen, Forschung, Steuern und Arbeitsplätzen. Ihre Forderung lautete deshalb: „Die industrielle Gesundheitswirtschaft muss auf ihre sektorenübergreifende Wertschöpfung hin betrachtet werden und es müssen entsprechende Anreize geschaffen werden.“ Mit Anreizen meint Fischer konkret die Einführung einer steuerlichen Forschungsförderung, wie sie in anderen Wettbewerbsländern schon etabliert sei.



Birgit Fischer, vfa

In ihren weiteren Ausführungen kam Fischer auch auf das AMNOG zu sprechen. Sie äußerte ihre Bedenken, dass Politik und Patienten zunehmend unzufrieden werden, „wenn das AMNOG wie ein ‚Flaschenhals für Innovationen‘ wirkt, durch den Neuerungen nur sehr langsam bei den Patienten ankommen“. Auch immer mehr Patientenvertreter würden die Innovationsfreundlichkeit der frühen Nutzenbewertung des G-BA hinterfragen. So bestätige der G-BA zwar häufig einen Zusatznutzen wie Prüfinstanzen in anderen Ländern. „Durch seine Entscheidungspraxis beschränkt das Gremium diesen Zusatznutzen auf einen kleineren Teil der Patienten.“

Dringenden Reformbedarf sieht sie nach wie vor bei der Rolle des GKV-Spibu, der innerhalb des Verfahrens als Regelgeber, Schiedsrichter und Spieler beteiligt sei. Fischer: „Das AMNOG braucht mehr ‚Gewaltenteilung‘, mehr Partizipation der Beteiligten und ein politisches Monitoring der Verfahren.“ <<

Unterschiedliche Auffassungen zur Versorgungsdurchdringung von innovativen Arzneimitteln

Der Mythos „Zusatznutzen“

Wie wirken sich Innovationen auf die Qualität der Versorgung aus? Wie häufig verordnen Ärzte neue Medikamente? Welchen Zusatznutzen haben neue Wirkstoffe überhaupt für die Patienten? Auf derartige Fragen geben zwei aktuelle Analysen Antworten, doch recht uneinheitliche. Ein Grund mag sein, dass der Innovationsreport 2013, den Wissenschaftler der Universität Bremen im Auftrag der TK erarbeitet haben, während der eben vorgestellte Arzneimittel-Atlas, den das IGES-Institut nun schon zum achten Mal vorgelegt hat, vom vfa bezahlt wird. Nun beiden Teams tendenziöse Aussagen vorwerfen zu wollen, wie es der Ex-Chef des IQWiG, Prof. Dr. Peter T. Sawicki im WDR („Befangen und nicht objektiv“) schon bereits vor der Veröffentlichung des Arzneimittel-Atlas tat, wäre falsch. Dennoch: Konträrer können Ansichten zum Beispiel zur Frage, wann und ob innovative Arzneimittel in die Regelversorgung gehören, nicht sein.

>> In seiner Zwischenbilanz nach zwei Jahren früher Nutzenbewertung betonte Prof. Dr. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsleitung des Berliner IGES-Instituts, dass sich bei der Beurteilung innovativer Arzneimittel G-BA und IQWiG in ihrem Urteil teilweise nicht einig seien. Als Gründe der Abweichung zwischen G-BA und IQWiG nannte Häussler vor allem die unterschiedliche Segmentierung der Zielpopulation. Während das IQWiG eher auf Anwendungsgebiet in der Zulassung repliziere, würde der G-BA eher in Hinblick auf die Versorgungsrealität entscheiden. Weitere Unterschiede gebe es bei den patientenrelevanten Endpunkte und bei Surrogatparametern. Hier bestehe das IQWiG auf der formalen Validierung von Surrogatparametern und schließe Studien aus formalen Mängeln aus, während der G-BA auch „klinische Erfahrung“ akzeptiere. Besonders eklatant ist der Unterschied in der Frage, ob ein innovatives Medikament nur einen oder keinen Zusatznutzen hat.

Während das IQWiG bei 21 betrachteten Wirkstoffen 11 Mal keinen Zusatznutzen erkennen konnte, tat das der G-BA bei nur 7. Doch auch wenn IQWiG und G-BA einen Zusatznutzen konstatieren oder zumindest einen „nicht quantifizierbaren“ anerkennen, hat das nach Häussler nur einen geringen Impact auf die Versorgungsrealität. So konnte er 2012 auf Basis der ihm zur Verfügung stehenden NVI-

Daten von Insight Health nur einen minimalen Anteil am maximal zu erwartenden Verbrauch erkennen. Sein Fazit: „Der mögliche Zusatznutzen wird nicht ausgeschöpft.“ So würden bei einem Medikament wie „Telaprevir“ und „Boceprevir“ lediglich 11 %, bei „Ticagrelor“ nur rund 9 % des möglichen Patientenkollektivs oder etwa bei „Belimumab“ magere 2 % erreicht. Seine Kritik: „Der Zugang der Patienten zur Versorgung mit neuen Arzneimitteln bleibt meist weit hinter den vom G-BA akzeptierten Patientenzahlen zurück.“

Und das sei auch gut so, hält Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen entgegen, der für die TK jüngst erstmals den „Innovationsreport 2013“ erarbeitet hat. Sein Team und er betrachten 23 Wirkstoffe, jedoch (bis auf zwei Ausnahmen „Ticagrelor“ und „Pitavastatin“) solche, die vor dem AMNOG auf den Markt gekommen sind. Diese seien, so Glaeske, innerhalb von

etwa zwei bis drei Jahren nach der Markteinführung in ärztliche Therapie-Leitlinien aufgenommen worden, was er als einen Hinweis darauf wertet, „dass nur rund die Hälfte der Mittel den Ärzten im Versorgungsalltag empfohlen wird“. Wirkliche therapeutische Innovationen seien dagegen auch dadurch charakterisierbar, dass sie die bestehenden Leitlinien ergänzen oder verändern (Anm. der Redaktion: Was nicht so einfach ist, wenn man betrachtet, wann die jeweiligen Leitlinien zur Neufassung anstehen und zudem, wie lange es dauert, bis diese von den Fachgesellschaften konsentiert werden).

Betrachte man zudem die Besonderheiten nach der jeweiligen Markteinführung neuer Arzneimittel, so falle laut Glaeske auf, „dass es im Zusammenhang mit der Anwendung in der realen Versorgung vermehrt Publikationen zu Negativmeldungen oder Sicherheitshinweisen“ gebe. Das sei auch kein Wunder, da doch

die Zulassungsstudien nur an einer „überschaubaren“ Anzahl an Patienten durchgeführt würden und dadurch seltener auftretende unerwünschte Wirkungen in diesem Umfeld nicht entdeckt werden können. Glaeske: „Dies verdeutlicht, dass Innovationen in der Realität auch neue Risiken mit sich bringen und es nicht immer von Vorteil zu sein scheint, bisher bewährte Therapien durch die Anwendung neuer Arzneimittel zu verändern.“

Nach Daten aus dem Jahr 2010 von IMS Health, so schreibt Glaeskes Team in seinem Report, würden Innovationen in Deutschland wie auch in Großbritannien sowieso weniger schnell größere Marktanteile als in Frankreich, Italien und Spanien erreichen, unabhängig davon, ob sich dieser Vergleich tatsächlich nur auf Arzneimittel mit therapeutischem Fortschritt bezögen. Ebenso hätten Analysen des Arzneimittelmarktes immer wieder gezeigt, „dass ein vorsichtiger Umgang

G-BA und IQWiG in ihrem Urteil teilweise nicht einig. Quelle: „Der GKV Arzneimittelmarkt 2012“ von Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES Institut, Vorstellung des Arzneimittel-Atlas 2013. Umfang: 21 Verfahren (Verfahren für Orphan Drugs nicht berücksichtigt).

G-BA und IQWiG teilweise nicht einig							
		Bewertung G-BA					Gesamt IQWiG
		Kein	Nicht quantif.	Gering	Beträchtlich	Erheblich	
Bewertung IQWiG	Kein	7		3	1		11
	Nicht quantif.		2				2
	Gering			2			2
	Beträchtlich			2	4		6
	Erheblich					0	0
	Gesamt G-BA		7	2	7	5	0

„Zusammenfassung der Wirkstoffbewertungen“ aus „Innovationsreport 2013“ von Roland Windt, Daniela Boesch, Gerd Glaeske. Erläuterung der Farben und Ergebnisse:

Verfügbare Therapien: rot = weitere Therapieoption, gelb = Subgruppen-Novität, grün = Solist.

(Zusatz-)Nutzen: rot = keine Verbesserung oder schlechte Nutzen/Schaden-Relation, gelb = teilweise Verbesserungen, grün = Verbesserung harter Endpunkte.

Kosten: rot = teurer als bestehende Therapien, gelb = ungefähr gleich bzw. teils/teils, grün = günstiger als bestehende Therapien.

Leitlinien-Eingang: 12 von 23. Zusatznutzen: Klar 1 von 23, 8 bedingt, 14 ohne (61%). Teurer als bestehende Therapien: 18 von 23 (78%).

Wirkstoffbewertungen						
Wirkstoff	Hersteller	Verfügb. Therapien	(Zusatz-)Nutzen	Kosten	Eingang in Leitlinien	Besonderheiten nach Markteinführung
Amifampridin	Biomarin	○○●	○○●	○○●	Ja	Kritik an hohen Kosten
Asenapin	Lundbeck	○○●	○○●	○○●	Ja	FDA: schwere allergene Reaktionen
Bazedoxifen	Pfizer	○○●	○○●	○○●	Nein	USA: wg. fehlender Daten n. nicht zugelassen
Bilastin	Berlin Chemie	○○●	○○●	○○●	Nein	
Conestat alfa	Swedish Orphan	○○●	○○●	○○●	Ja	Preis mittlerweile halbiert
Corifollitropin alfa	MSD	○○●	○○●	○○●	Nein	
Denosumab	AMGEN	○○●	○○●	○○●	Nein	Rote Hand-Briefe (2012,2013)
Dronedaron	Sanofi Aventis	○○●	○○●	○○●	Ja	Rote Hand-Briefe (2011), Pallas-Studie abgebr.
Eltrombopag	GSK	○●○	○●○	●○○	Ja	ELEVATE Studie: Portalvenenthrombosen
Febuxostat	Berlin Chemie	○○●	○●○	○○●	Ja	Rote Hand-Brief (2012)
Histamin Dihydrochlorid	Meda Pharma	●○○	○●○	○○●	Nein	
Indacaterol	Novartis	○○●	○●○	○●○	Nein	weitere Studien zu Symptomatik/LQ publ.
Mifamurtid	IDM Pharma	○●○	○●○	○○●	Ja	
Ofatumumab	GSK	○●○	○●○	○○●	Ja	
Pazopanib	GSK	○○●	○●○	●○○	Ja	mittlerweile im Kostenvergleich günstiger
Pitavastatin	Recordati	○○●	○○●	○○●	Nein	seit 2012 außer Handel
Prucaloprid	Shire	○○●	○○●	○○●	Ja	
Roflumilast	Takeda	○○●	○○●	○●○	Nein	Hinweise auf erhöhtes Krebsrisiko
Silodosin	Recordati	○○●	○○●	○○●	Nein	neue Vergleichsdaten publiziert
Tapentadol	Grünenthal	○○●	○●○	○○●	Nein	
Ticagrelor	Astra Zeneca	○●○	●○○	○○●	Ja	positive AMNOG-Nutzenbewertung
Velaglucerase alfa	Shire	○●○	○○●	●○○	Nein	
Vernakalant	MSD	○○●	○○●	○○●	Ja	

mit Innovationen in den meisten Indikationen gerechtfertigt ist.“ Wirkstoffbezogene Versorgungsanalysen zeigen laut Glaeske, dass die Verordnungszahlen nach der Markteinführung häufig in den ersten sechs bis zwölf Monaten ansteigen, worauf meistens unterschiedliche Entwicklungen folgen: Bei einigen werde ein Plateau erreicht (z.B. „Silodosin“), bei anderen komme es gegebenenfalls nach einer Plateau-Phase zu einem weiteren Anstieg (z.B. „Denosumab“) oder zum Teil noch im Beobachtungszeitraum bis Ende 2011 zum Absinken der Verordnungszahlen (z.B. „Indacaterol“, „Dronedaron“). Und im Falle des Atemwegsmedikaments „Indacaterol“ sei der drastische Rückgang Ende 2011 sicherlich der Einordnung in eine Festbetragsgruppe, gekoppelt an eine Erstattungshöchstgrenze, geschuldet gewesen. Da der Herstel-

ler den Preis nicht gesenkt hätte, was für die Versicherten auch mit Mehrkosten (z.T. über 100 Euro, je nach Präparat) verbunden war, hätte einen Hinderungsgrund für die Verordnung bedeutet.

Im Fall von Dronedaron hing nach Glaeskes Meinung der Rückgang der Verordnungen ab Mitte 2011 möglicherweise mit den Negativdaten aus der abgebrochenen PALLAS-Studie zusammen: Unter der Dronedaron-Therapie bei Patienten mit permanentem Vorhofflimmern sei es hier zu einer signifikanten Zunahme schwerwiegender Herz-Kreislauf-Komplikationen gekommen, was die Veröffentlichung eines Rote-Hand-Briefes und eine Zulassungsbeschränkung zur Folge gehabt hatte. Sein Fazit: „Selten erreichten die neuen Arzneimittel des Jahres 2010 relevante Marktanteile, abgesehen von Dronedaron, in Teilen auch Tapentadol

oder Arzneimittel für seltenere Erkrankungen mit wenigen bis keinen Therapiealternativen.“ Nach den vorliegenden Daten hätte sich keine der vorgestellten Innovationen im Untersuchungszeitraum zum Blockbuster entwickelt und – so Glaeske: „Aller Voraussicht nach wird dies auch so bleiben.“

Interessant bleibe dagegen die weitere Marktentwicklung bei „Ticagrelor“, dem ersten Arzneimittel, zu dem eine AMNOG-Nutzenbewertung veröffentlicht wurde. Die positiven Ergebnisse, zumindest bezogen auf den Zusatznutzen bei den Indikationen instabile Angina pectoris und Herzinfarkt ohne ST-Streckenhebung und die darauffolgende Ausweisung als Praxisbesonderheit (= keine Regressgefahr für verordnende Ärzte) könnten für weiteren Auftrieb gesorgt haben. Doch eben nur bei rund 9 Prozent

des möglichen Kollektivs, wie Häussler zu Protokoll gab.

Ob und wie neue Wirkstoffe dann tatsächlich in den Versorgungsalltag überführt werden, ist in Deutschland zudem recht unterschiedlich. Berücksichtigt man bei der Erstellung einer Karte der Ordnungsprävalenz nach Bundesländern nur diejenigen Arzneimittel, denen im Innovationsreport ein fehlender Zusatznutzen konstatiert wurde, ergibt sich eine recht asymmetrische Verteilung in Deutschland: In den östlichen Bundesländern konnte gegenüber den westlichen Bundesländern eine zum Teil mehr als doppelt so hohe Verordnungshäufigkeit solcher Arzneimittel festgestellt werden. So liegt beispielsweise die entsprechende Ordnungsprävalenz in der untersuchten Population in Sachsen bei 2,9, in Niedersachsen hingegen nur bei 1,3 oder in Hamburg bei 1,70 Promille. <<

Interview mit PD Dr. med. Andreas Gerber-Grote, Leiter Ressort Gesundheitsökonomie des IQWiG

„Basis einer ergebnisoffenen Diskussion“

Mit zwei Pilotaufträgen, die die Einsatzmöglichkeit von zwei ökonomischen Instrumenten erarbeiten sollen, will das IQWiG ein großes Problem in der Nutzenbewertung lösen; nämlich die Frage, wie mit mehr als einem Endpunkt und der darauf aufbauenden Berechnung einer Kennzahl für den Gesamtnutzen umgegangen werden kann. „MA&HP“ sprach mit PD Dr. med. Andreas Gerber-Grote, seit August 2009 Leiter Ressort Gesundheitsökonomie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln.

>> Es wurden zwei Verfahren der multikriteriellen Entscheidungsfindung, die bei der Abwägung von Kriterien oder Attributen aus unterschiedlichen Effizienzgrenzen helfen können, ausgesucht und in zwei Pilotstudien auf ihre Tauglichkeit hin untersucht. Das war zum einen die Conjoint Analyse (CA) in der Indikation Hepatitis C, vergeben an Prof. Mühlbacher, die am 5. Mai 2010 begonnen wurde und dem IQWiG seit 2012 vorliegt, aber die noch nicht publiziert wurde. Warum?

Ergebnisse zu beiden Projekten wurden bereits bei Vorträgen vorgestellt. Der Abschlussbericht zum Pilotprojekt Conjoint Analyse wird publiziert, sobald er mit den externen Sachverständigen abgestimmt ist.

Die zweite Pilotstudie zum Analytic Hierarchy Process (AHP) in der Indikation Major Depression, vergeben an Prof. Ijzerman, wurde am 7.6.2013 abgeschlossen und als Arbeitspapier auch publiziert. Warum hat sich das IQWiG entschieden, die beiden Arbeiten, die zwei mögliche Verfahren der multikriteriellen Entscheidungsfindung erforscht haben, zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu publizieren?

Es handelt sich um zwei getrennte Projekte, deren Berichte dann veröffentlicht werden, wenn sie abgeschlossen sind.

Warum wurden beide Instrumente in unterschiedlichen Indikationen getestet? Wäre nicht eine bessere Vergleichbarkeit gewährleistet, wenn diese identisch gewesen wären?

Ja, das ist so. Allerdings haben uns die Umstände der Auftragsvergabe veranlasst, AHP und CA in zwei verschiedenen Indikationen zu testen.

Ist damit schon eine Vorentscheidung gefallen, welches der Instrumente in künftigen Bewertungen herangezogen werden kann, um auf endpunktspezifische Therapieziele bezogene Ergebnisse zu aggregieren?

Nein. Wir sehen die beiden Publikationen als Basis für eine ergebnisoffene Diskussion.

Was sind die generellen Unterschiede zwischen Conjoint Analyse und Analytic Hierarchy Process?

In der Kürze dieses Interviews kann dies nur skizziert werden. Zum einen haben sich die beiden Methoden in unterschiedlichen Bereichen entwickelt, das AHP eher bei der innerbetrieblichen Entscheidungsfindung, die CA eher in der Marktforschung. Zum anderen unterscheiden sich die Methoden in ihren mathematischen Grundla-

gen. Außerdem differenziert man die beiden Verfahren danach, wie man den gesamten Wert und wie man Werte für die einzelnen Attribute bzw. Kriterien erhält. Am Beispiel eines Autos wären Attribute bzw. Kriterien z. B. die Höchstgeschwindigkeit, die Farbe oder der Verbrauch eines Autos. D. h., ob man die Gewichte dadurch erhält, dass die Befragten Kriterien durch paarweise Vergleiche bewerten, was AHP und damit kompositionell wäre. Befragte würden direkt bewerten, ob ihnen Farbe oder Verbrauch eines Autos wichtiger wären und um wie viel. Oder ab man den zu Befragenden „Szenarien“ aus Kombinationen von Ausprägungen der Attribute zur Auswahl vorlegt. Das wäre bei CA der Fall und gilt als dekompositionell. Die Befragten müssten sich also z. B. entscheiden zwischen einem roten Auto, Tempo 200 km/h und einem blauen Auto, Tempo 175 km/h und zwischen einem roten Auto, Tempo 130 km/h und einem blauen Auto, Tempo 140 km/h. Für CA könnte man also sagen: Es ist näher an den Entscheidungssituationen, wie sie in der realen Welt vorkommen. Die Attribute werden immer in einem Bündel bewertet. Für Interventionen im Bereich Gesundheit wären das gleichzeitig z. B. Wirkungen und Nebenwirkungen. Die Komplexität der Entscheidungsfindung

wächst aber für die Befragten bei zunehmender Anzahl der Attribute. Bei AHP ergeben sich die Gewichte, indem jeweils nur zwei Attribute paarweise verglichen werden. Die Betrachtung von jeweils zwei Kri-

terien ist für den Befragten transparenter, da es nur darum geht, welches Kriterium wichtiger und um wie viel wichtiger ist.

Beide ökonomischen Instrumente der multikriteriellen Entscheidungsfindung wurden im Kontext des Effizienzgrenzen-Konzepts erforscht, welches das IQWiG im August 2009 als „Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten“ vorgelegt hat. Welche Erkenntnisse sollen sie bringen?

Im Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung kann man zunächst für jeden Endpunkt eine Effizienzgrenze zeichnen. Wenn man Therapien über verschiedene Endpunkte in einer Kosten-Nutzen-Bewertung vergleichen möchte (z.B. Ansprechen, Nebenwirkungen, Dauer der Therapie etc.), stellt sich die Frage, wie man die Therapien mit einem Maß des Gesamtnutzens bewerten würde, wie es im §35b SGB V heißt. Ein gängiges Maß für die Bestimmung des Gesamtnutzens ist das Qualitätsadjustierte Lebensjahr (QALY). Jedoch gibt es in Deutschland Bedenken gegenüber den QALYs. Anders als in anderen Ländern ist das Ziel einer Kosten-Nutzen-Bewertung nicht die Maximierung des Gutes Gesundheit an sich. Dann braucht man auf jeden Fall ein Maß, mit dem man Interventionen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung gesundheitsökonomisch vergleichen kann. Vielmehr soll

.....
 << Anders als in anderen Ländern ist das Ziel einer Kosten-
 Nutzen-Bewertung nicht die Maximierung des Gutes
 Gesundheit an sich. >>

nach SGB V ein angemessener und zumutbarer Erstattungsbetrag für ein neues Arzneimittel ermittelt werden. Daher sind auch andere Maße des Gesamtnutzens denkbar, die einen Vergleich innerhalb einer Indikation ermöglichen. AHP und CA sind zwei methodische Ansätze, solche Maße des Gesamtnutzens zu generieren. Und ihr besonderer Vorteil ist, dass sie direkt an die ausrandomisiert kon-

<< Man kann den Erstattungsbeitrag, der sich aus unterschiedlichen Effizienzgrenzen zusammensetzen soll, auch als Aufgabe einer Konsensfindung begreifen. >>



Diskussion. Insbesondere, wenn man auch die aktuelle Debatte um Value-Based-Pricing in Großbritannien betrachtet. Value-Based-Pricing ist derzeit noch kein klar definierter Ansatz, aber im weiteren Sinne ist damit Folgendes gemeint: Wenn es in einem Indikationsgebiet eine neue Therapie gibt, dann sollte diese neue Therapie einen Preis erzielen, der ihren Zusatznutzen gegenüber den schon bestehenden Therapien abbildet. Für diesen Ansatz könnte die nun in Deutschland initiierte Debatte um eine quantitative Erhebung von Patientenpräferenzen einen wichtigen Beitrag leisten. Denn auch im Zusammenhang von Value-Based-Pricing werden Methoden der multikriteriellen Entscheidungsfindung diskutiert.

trollierten Studien hervorgegangenen Daten zu Nutzen und Schaden von Interventionen anknüpfen und keine weitere Verrechnung über ein bei der Allgemeinbevölkerung erhobenes Tarifsystem (Umrechnungssystem) für QALYs benötigen.

Um Effizienzgrenzen für verschiedene patientenrelevante Endpunkte zu einer Gesamtbewertung zusammenzufassen zu können, müssen die Einzelergebnisse gewichtet werden. Sind dazu beide Instrumente gleich gut geeignet, wo sind die Vor- und Nachteile?

Hier scheiden sich die Geister. Unterschiedliche Wissenschaftler/innen ziehen allein schon auf Basis der Methode, die sie bevorzugen, Argumente heran, warum man nur die eine oder die andere Methode einsetzen sollte. Diese Fragestellung wird also Gegenstand zukünftiger Diskussionen und weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen sein. So ist z. B. der bloße Verweis, CA wurzle in der ökonomischen Theorie, noch kein wissenschaftlicher Beleg dafür, dass sich CA besser als AHP eignet, um mehrere Effizienzgrenzen zu aggregieren. Denn man kann den Erstattungsbeitrag, der sich aus unterschiedlichen Effizienzgrenzen zusammensetzen soll, auch als Aufgabe einer Konsensfindung begreifen. Und diese ist ja gerade Basis des AHP-Ansatzes. Die Entscheidung für die eine oder andere Methode sollte sich an Kriterien orientieren. Exemplarisch werden hier einige genannt: Da wäre zunächst der Aufwand, der beim Entwickeln der Fragen und bei der Auswertung der Antworten nötig ist. Maßgeblich ist zudem, wie verlässlich die mit den Methoden erhobenen Gewichte tatsächlich die Präferenzen der Bevölkerung abbilden.

Wie viele Personen müssen befragt werden?

Derzeit liegen für beide Verfahren keine wissenschaftlich anerkannten Ansätze zur Fallzahlplanung vor, wie wir es bspw. für klinische Studien kennen.

Patientinnen und Patienten sind - so schreibt das IQWiG in einer Vorstellung des Arbeitspapiers zu AHP - „gewissermaßen die Endverbraucher von medizinischen Maßnahmen“, deshalb würden sie international in die Bewertungen von Nutzen und Kosten einbezogen, wobei dies allerdings bislang nicht systematisch, transparent und nachvollziehbar geschehe. Ist Deutschland mit den beiden Methoden AH und CA da Vorreiter?

Ja. Deutschland ist damit ein Vorreiter in der internationalen

diskutiert.

Was würden Sie Pharmaunternehmen raten, die entsprechende Arzneimitteldossiers vorbereiten: Wie und in welcher Form sollten patientenrelevante Endpunkte in die Arbeiten eingebaut werden?

Derzeit sind diese Verfahren bei der frühen Nutzenbewertung laut den Vorgaben im SGB V, der Rechtsverordnung und der Verfahrensordnung des G-BA nicht vorgesehen.

Welche grundlegenden Erkenntnisse bringt das Arbeitspapier?

Das wichtigste Ergebnis war, dass Patienten/innen und Ärzte/innen bei der Behandlung ihrer Krankheit, hier die Depression, andere Schwerpunkte setzen. Dies ist sicherlich auch in anderen Indikationen zu beobachten. Die Methode hat sich auch dafür als geeignet erwiesen, Patienten/innen Behandlungsziele gewichten zu lassen.

Wo sehen Sie die Grenzen, Herausforderungen und Probleme im Einsatz des Instruments AHP?

Man sollte AHP nicht isoliert betrachten, sondern Stärken und Schwächen beider Methoden gegenüberstellen: AHP könnte dann tendenziell zu vereinfachenden Antworten führen, wohingegen CA eine Herausforderung für die Vorstellungskraft der Befragten darstellt. Das gilt insbesondere dann, wenn sehr viele Attribute bewertet werden müssen. Welche Eigenschaft man bei der einen oder anderen Methode als Problem wahrnimmt, hängt generell davon ab, was das Ziel der Befragung ist. Denn auch darüber scheiden sich ja die wissenschaftlichen Geister.

Ein Kernproblem beider Instrumente ist die Rekrutierung der zu Befragenden, um Repräsentativität zu gewährleisten. Wie stellt sich das IQWiG diesen Vorgang vor?

Zunächst muss man klären, welche Art von Repräsentativität erreicht werden soll. Muss gewährleistet sein, dass Aussagen über alle Patienten/innen getroffen werden? Oder genügt eine Auswahl? Wenn es hier einen Konsens gibt, kann man Rekrutierungswege finden, z. B. über Selbsthilfeorganisationen. <<

Herr Gerber-Grote, Danke für das Gespräch.

Das Gespräch führte Peter Stegmaier, Chefredakteur „MA&HP“.

Astellas Pharma GmbH: Pressekonferenz zum Produktlaunch von „Xtandi“ (Enzalutamid)

Neue Hoffnung beim Prostatakarzinom

Im September bringt die Astellas Pharma GmbH den neuen Wirkstoff Enzalutamid unter dem Handelsnamen „Xtandi“ auf den deutschen Markt. Die europäische Arzneimittelagentur (EMA) hatte das Medikament im Juni zur Behandlung von Männern mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom (mCRPC), deren Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet, zugelassen. Zum Launch des neuen Medikamentes berichteten zwei medizinische Experten aus der Urologie und Onkologie über die Erkrankung des fortgeschrittenen Prostatakarzinoms sowie die aktuell zur Verfügung stehenden Therapien.

>> In seinem Vortrag „Prostatakarzinom: noch immer ein anspruchsvoller Fall“ zeigte Prof. Dr. Carsten Bokemeyer, Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, die Charakteristika, die Diagnose sowie die bisherigen Therapieoptionen beim Prostatakarzinom (PCa) und dem metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinom (mCRPC) auf. „Das Prostatakarzinom ist die häufigste Tumorerkrankung des Mannes“, erklärte Prof. Bokemeyer. Allein in Deutschland erkrankten pro Jahr ca. 63.000 Männer neu an PCa. Dabei sei das Auftreten der Krankheit aber stark altersabhängig. „Wir wissen, dass es ein Tumor ist, der vor allem ältere Männer trifft“, erläuterte Bokemeyer. Das

mittlere Erkrankungsalter liege bei ungefähr 70 Jahren. Daher spiele auch die Frage nach gut verträglichen Therapien eine große Rolle. Trotz der insgesamt guten Überlebenschancen stellt das Prostatakarzinom aufgrund seiner hohen Inzidenz die dritthäufigste krebbedingte Todesursache bei Männern in Deutschland dar.

Der Erfolg einer Therapie beim PCa, in der der Testosteronspiegel gesenkt und dadurch das Wachstum des hormonabhängigen Tumors gehemmt werden soll, reiche im Durchschnitt vier bis fünf Jahre. „Dann werden viele Patienten progredient“, führte Prof. Bokemeyer weiter aus. Man spreche dann von einem kastrationsresistenten PCa (CRPC). „Bei einem symptomatischen Progress ist die

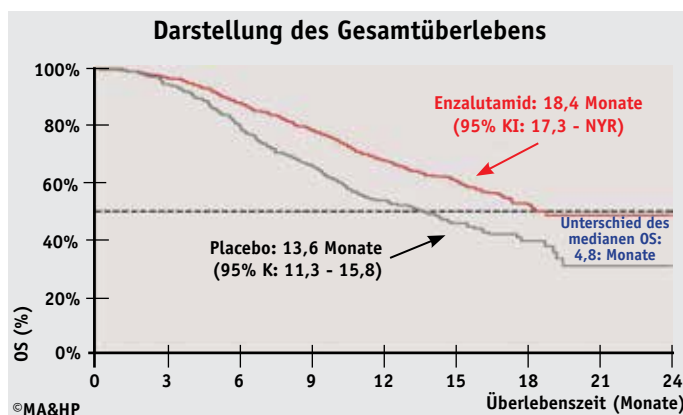


Abb.: Darstellung des Gesamtüberlebens laut der Zulassungsstudie AFFIRM: Enzalutamid versus Placebo. Bildquelle: Astellas Pharma GmbH.

Therapie der Wahl eine Chemotherapie mit Docetaxel.“ Das Problem dabei: Auch nach oder während einer Chemotherapie komme es im Mittel nach 6 bis 10 Monaten zu einer Progression. „Daher wird seit Jahren aktiv nach neuen Behandlungen gesucht“, so Bokemeyer. „Mit Enzalutamid, Abirateron und Cabazitaxel stehen dem Patienten nun seit kurzem drei neue Therapieoptionen zur Verfügung.“

Prof. Dr. Kurt Miller, Direktor der Klinik für Urologie der Charité und nationaler Leiter der Phase-III-Studie AFFIRM stellte den Wirkmechanismus von Enzalutamid sowie die Ergebnisse der Studie vor. „Enzalutamid ist ein neuer Androgenrezeptor-Signalweginhibitor, der einmal täglich oral eingenommen wird“, so Prof. Miller. Die Zulassung durch die EMA basiert auf den Ergebnissen der Phase-III-Studie (siehe Kasten links). In der Studie wurden 1.199 Patienten mit fortschreitendem mCRPC, die bereits eine

Docetaxel-basierte Chemotherapie erhalten hatten, 2:1 gegen Placebo randomisiert. „Mit einem medianen Überleben von 18,4 Monaten in der Enzalutamid-Gruppe im Vergleich zu 13,6 Monaten in der Placebo-Gruppe ist durch Enzalutamid ein Überlebensvorteil von 4,8 Monaten gegeben.“

Auch wurde nach Aussage von Prof. Miller das günstige Nebenwirkungsprofil aus den klinischen Phasen I und II bestätigt: „Bei einem Drittel der Patienten trat Fatigue in geringem Ausmaß auf, bei 6,1 Prozent kardiale Funktionsstörungen, bei einem Prozent Leberfunktionsstörungen und 0,6 Prozent hatten Anfallsleiden.“

Auch in den sekundären Endpunkten zeigte sich der Wirkstoff gegenüber Placebo überlegen. Millers Fazit lautete aufgrund der präsentierten Ergebnisse deshalb: „Enzalutamid stellt für CRPC-Patienten nach Chemotherapie eine effektive und nebenwirkungsarme Therapieoption dar.“ <<

Wichtigste Ergebnisse der AFFIRM-Studie

AFFIRM ist eine doppelblinde, placebo-kontrollierte, multi-nationale Studie. Eingeschlossen waren 1.199 Männer, die an einem progredienten kastrationsresistenten Prostatakarzinom litten und mit einer Docetaxel-basierten Chemotherapie vorbehandelt waren. Ergebnisse:

- Das Gesamtüberleben (primärer Endpunkt) betrug unter Enzalutamid 18,4 Monate versus 13,6 Monate unter Placebo (siehe Grafik). Das entspricht einem statistisch signifikant verlängerten Gesamtüberleben um im Median 4,8 Monate.
- Das Mortalitätsrisiko wurde um 37 % reduziert.
- Enzalutamid erwies sich auch in den sekundären Endpunkten signifikant überlegen:
 - das radiografisch progressionsfreie Überleben betrug 8,3 Monate unter Enzalutamid versus 2,9 Monate unter Placebo.
 - Zeit bis zum Auftreten des ersten skelettbezogenen Ereignisses: 16,7 Monate versus 13,3 Monate (Placebo).
- Mehr Patienten, die mit Enzalutamid behandelt wurden, berichteten von einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Patienten unter Placebo (42,2 % versus 14,5 %). Die Lebensqualität der Patienten verbesserte sich unter Enzalutamid in den verschiedensten Bereichen (u.a. körperliches, funktionales und emotionales Wohlbefinden) signifikant stärker als unter Placebo.

EINE TRAGENDE SÄULE DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT
INNOVATIVE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT ALS WACHSTUMSTREIBER

Der Gesundheitssektor entwickelt sich zu einem der wichtigsten Zukunftsmärkte. Globale Megatrends - die demographische Entwicklung, die steigende Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen sowie der medizinisch-technische Fortschritt - beeinflussen die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit, die Möglichkeit der Teilhabe am Erwerbsleben und das Wohlbefinden der Menschen. Einer der größten Wirtschaftszweige in Deutschland ist die Gesundheitswirtschaft. Sie ist bereits jetzt durch ihre hohe Innovationskraft und ihre Beschäftigungsintensität einer der wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungstreiber für die deutsche Volkswirtschaft.

>> Im Jahr 2010 wurde die herausragende Stellung der Gesundheitswirtschaft im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie vom Institut für Wirtschaftsforschung (WifOR), Roland Berger und Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke in Form des so genannten Gesundheitssatellitenkontos erfasst. Ziel der Untersuchung war die Quantifizierung der ökonomischen und fiskalischen Wir-

kungen und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft auf den Wirtschaftsstandort Deutschland. Durch den Zugriff auf Erhebungen und Daten des Statistischen Bundesamtes ist erstmals ein wissenschaftlich fundierter Ansatz vorhanden, der die Übertragung betriebswirtschaftlicher Daten in die Systematik der Volks-

••• weiter auf Seite 2

**TURNUSGEMÄSSE NEUWAHL DES VORSTANDES
DFGMA NEU AUFGESTELLT**

Bei der diesjährigen Mitgliederversammlung am 2. Juli wurde turnusgemäß der Vorstand neu gewählt.

>> Als 2. Vorsitzender wurde Dr. Marco Penske in den Vorstand gewählt. Er löst damit Dr. Klaus-Jürgen Preuß ab, der für den Vorstand nicht mehr kandidiert hat. Aufgrund seiner außerordentlichen Verdienste für die DFGMA wurde Preuß, der im Vorfeld der DFGMA maßgeblicher Impulsgeber und Initiator war, in der Gründung der Fachgesellschaft außerordentliche Aufbauarbeit geleistet und sich dadurch als 2. Vorsitzender besonders verdient gemacht hat, zum persönlichen Ehrenmitglied der Fachgesellschaft ernannt.

Dr. Maïke Bestehorn folgt André Jungcurt als Schriftführerin in den Vorstand.

Wieder in den DFGMA-Vorstand gewählt wurden Prof. Dr. Ralph Tunder (1. Vorsitzender) und Dr. Tobias Gantner (Schatzmeister). <<



Dr. Maïke Bestehorn

Schon während des Studiums (Mathematik und Volkswirtschaft) und der nachfolgenden Assistenzzeit an der Universität Münster beschäftigte sich Bestehorn mit Forschungsfragen der Universitätskliniken aus DFG-Forschungsprojekten. Es folgten Beratertätigkeiten für das Bundesministerium für Gesundheit beim Battelle-Institut (Personalbedarfsermittlung für psychiatrische Kliniken) und für die Pharmaindustrie (Leistungsbewertungssysteme für den Außendienst). Im Rahmen des Aufbaus und Leitung der Gesundheitsforschungsabteilungen für das EMNID Institut, TNS Healthcare und Kantar Health konnte sie langjährige und umfangreiche Erfahrungen bei der Durchführung nationaler und internationaler Projekte zu den Themen Pharma-Marketingforschung, Patientenforschung, Pricing/Reimbursement und Post Marketing Surveillance-Studien sammeln. Heute beschäftigt sie sich insbesondere mit Schnittstellenfragen zwischen Market Access und klinischer Forschung/Versorgungsforschung.



Dr. Marco Penske

Er studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Mainz mit den Schwerpunkten Gesundheitsökonomie und Statistik. Dort war er anschließend wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft von Prof. Dr. Rolf Peffekoven. Nach der Promotion über Fragen zur Finanzierung des Gesundheitswesens und dem Ausbau kapitalgedeckter Elemente war er für eine Unternehmensberatung tätig. Seit 2007 arbeitet er bei Boehringer Ingelheim im Bereich Market Access und Healthcare Affairs, den er seit 2011 leitet.

KOMMENTAR

Verehrte Leserinnen und Leser, im Zuge der Nutzenbewertung und den Preisverhandlungen kommt dem GKV-Spitzenverband eine besondere Rolle zu. Der Verband ist sogleich stimmberechtigtes Mitglied im G-BA, er ist Verhandlungspartner bei den Preisverhandlungen und tritt hierbei sogar als Nachfragemonopolist auf. Ohne Problem kann sich der Verband die verschiedenen Rollen zu Nutze machen, beispielsweise indem er Einfluss auf die Entscheidung zur Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie nimmt. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmen einen Informationsvorsprung: Während er Einblick in alle Verfahren hat, kennt das pharmazeutische Unternehmen nur sein eigenes. Ferner vertritt der GKV-Spitzenverband mit seinen Vertretern alle gesetzlich Krankenversicherten und Selbstzahler, während das pharmazeutische Unternehmen nur für sich selbst sprechen kann.

In den bisherigen Nutzenbewertungen gab es vier Fälle, in denen der Hersteller sein Medikament nach den Preisverhandlungen von Markt nahm bzw. gar nicht einführte. Der Preis bzw. die Einstufung in eine Festbetragsgruppe entsprach nicht den finanziellen Erwartungen und Planungen.

Der GKV-Spitzenverband muss natürlich die Kosten im Blick haben und jede Markteinführung kritisch hinterfragen, gleichwohl sollte er sich auch seiner gesellschaftlichen Verantwortung bewusst sein. So könnte ein transparenterer Verhandlungsrahmen bei den Preisverhandlungen für größere Sicherheit und Planbarkeit sorgen.

Es steht also noch einiges zur Klärung und Verbesserung an. Das AMNOG vor der Bundestagswahl muss nicht unbedingt das AMNOG nach der Bundestagswahl sein. Dieses Credo macht sich die DFGMA auf ihrem diesjährigen Jahressymposium am 7. November in Berlin zum Thema.

Ihr
Prof. Dr. Ralph Tunder
1. Vorsitzender der DFGMA e.V.



Prof. Dr. Ralph Tunder, 1. Vorsitzender der DFGMA e.V.

• • • Fortsetzung von Seite 1

wirtschaftlichen Gesamtrechnung ermöglicht und die Leistungsstärke sowie die Vergleichbarkeit der Branche mit anderen Industrie-sektoren ermöglicht.

Im Jahr 2009 wurden ca. 278 Mrd. Euro für Gesundheit verausgabt; das entsprach etwa 11,6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Quelle: BMG). Mit einem Anteil von rund 11 Prozent am Bruttosozialprodukt stellt die Gesundheitswirtschaft in Deutschland einen der größten Sektoren der Volkswirtschaft dar und ist gleichzeitig der größte Beschäftigungssektor im deutschen Arbeitsmarkt: Mit über 5,7 Millionen Beschäftigten arbeitet jeder siebte Beschäftigte direkt in der Gesundheitswirtschaft; mehr als jeder fünfte Arbeitsplatz in Deutschland ist ihr verbunden. Seine Bedeutung wird weiter steigen; für die nächsten Jahre werden mit durchschnittlichen Steigerungsraten von 3,3 Prozent, im Weltmaßstab sogar mit 5,9 Prozent gerechnet (Quelle BDI). Ein aktuelles Forschungsprojekt des Bundeswirtschaftsministeriums prognostiziert, dass im Jahr 2030 über 20 Prozent der Erwerbstätigen, und damit jeder Fünfte, in der Gesundheitswirtschaft arbeiten könnten - wenn die Rahmenbedingungen stim-

men. Die Wirtschaftstätigkeit der pharmazeutischen Industrie verursacht demzufolge eine beachtliche Wirkung auf Beschäftigung, Einkommen, Wertschöpfung und Zahlungen ins Steuer- und Sozialsystem.

Fünf Belege für Wachstum, Innovation und Export in der Gesundheitswirtschaft

Im Rahmen der vom Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) initiierten und vom WifOR durchgeführten Studie „Ökonomischer Fußabdruck ausgewählter Unternehmen der industriellen Gesundheitswirtschaft für den deutschen Wirtschaftsstandort“ wurde der gesamtwirtschaftliche Einfluss von sieben forschenden und produzierenden Unternehmen, namentlich Bayer Healthcare, Boehringer Ingelheim, Fresenius, Grünenthal, Merck, Roche und Sanofi-Aventis, sowie deren Unternehmensteilen analysiert. Diese sieben Wachstum-, Innovations- und Exporttreiber tragen in erheblichem Maße zu volkswirtschaftlichem Wachstum und Wohlstand bei.

- Erstens wuchs die kumulierte Bruttowertschöpfung (BWS) der sieben untersuchten Unternehmen in den Jahren 2005 bis 2010 um fast 40 Prozent. Damit ist sie dreimal so stark gestie-

gen wie die BWS der Gesamtwirtschaft (Abb. 1).

- Zweitens erweist sich die Gesundheitswirtschaft auch in Krisenjahren als eine nahezu krisensichere Säule in der deutschen Volkswirtschaft. So hielten die in der Studie eingeschlossenen Unternehmen und ihre Tochtergesellschaften selbst im Krisenjahr 2009 die BWS im Gegensatz zum Verarbeitenden Gewerbe konstant und wirkten so als Stabilitätsanker für den Wirtschaftsstandort Deutschland.
- Drittens beschränken sich die Ausstrahlungseffekte dabei nicht nur auf die eigene Branche. Die industrielle Gesundheitswirtschaft setzt vielmehr auf das Industrieland Deutschland; so investieren allein die sieben Unternehmen jährlich fast 900 Mio. Euro in neue Sachanlagen, Gebäude und Maschinen und generieren dadurch auch Wachstum und Beschäftigung in angrenzenden und fernen Wirtschaftsbereichen.
- Viertens basiert die industrielle Gesundheitswirtschaft auf Spitzentechnologie: Die FuE-Intensität (FuE-Ausgaben pro Umsatz) der sieben Innovationstreiber betrug 2009 9,1 Prozent und lag damit fast gleichauf mit der forschungsintensiven Luft- und Raumfahrt (9,7 Prozent), jedoch weit vor dem bundes-

deutschen Gesamtdurchschnitt (Abb. 2).

- Fünftens ist die Gesundheitswirtschaft eine Exportwirtschaft. Die Exportquote der untersuchten Unternehmen betrug von 2005 bis 2010 durchschnittlich 75 Prozent und lag damit im Schnitt um fast 30 Prozentpunkte höher als im Verarbeitenden Gewerbe.

Gesundheitspolitische Herausforderungen

Die steigenden Gesundheitsausgaben zu Lasten der Solidargemeinschaft werden intensiv diskutiert. Diese Betrachtungsweise berücksichtigt jedoch nur unzureichend, dass sich die Diskussion über eine gute und effiziente Gesundheitsversorgung nicht bloß im Rahmen einer Einnahmen-Ausgaben-Debatte führen lässt, sondern trotz aller kostensparenden Maßnahmen und regulatorischen Eingriffe zu wesentlich weiterführenden Effekten führt: Der Gesundheitssektor stiftet einen erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen, denn ein Gesundheitssystem mit guter medizinischer Akutversorgung und einem ausgebauten Rehabilitationswesen trägt auch wesentlich dazu bei, dass die Erwerbsfähigkeit und Produktivität der Bevölkerung erhalten bleibt. Dies sichert Wohlstand und Arbeitsplätze. <<

Entwicklung der Bruttowertschöpfung

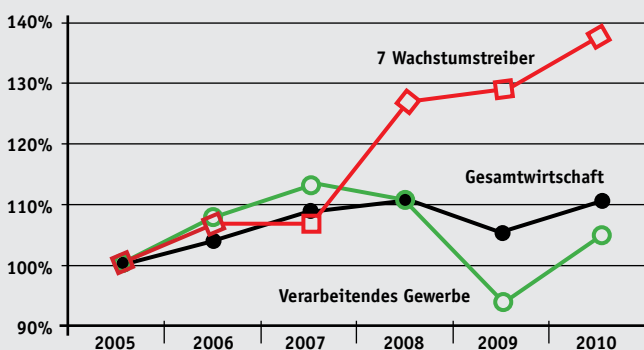
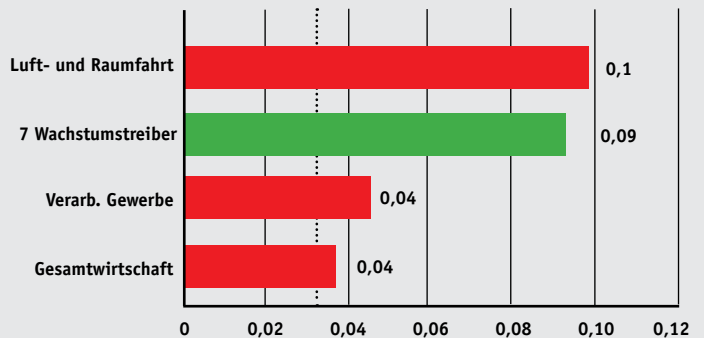


Abb. 1: Entwicklung der Bruttowertschöpfung 2005 bis 2010; Quelle: BDI, WifOR.

FuE-Intensität 2009



©MA&HP

> 2,5 % = höherwertige Technologie

> 7 % = Spitzentechnologie

Abb. 2: FuE-Intensität 2009; Quelle: BDI, WifOR.

Trotz der derzeit guten Aus-sichten für die Gesundheitswirt-schaft ist die aktuelle Entwick-lung der Rahmenbedingungen jedoch mit Sorge zu betrachten. Das GKV-Änderungsgesetz und das Arzneimittelmarktneuord-nungsgesetz (AMNOG) haben wesentliche Einschnitte für die forschenden pharmazeutischen Unternehmen gebracht. Sie be-stimmen die Geschäftserwar-tungen der Unternehmen seit dem Jahr 2010.

So sind in den Jahren 2010/2011 der Inlands-Umsatz, die Beschäftigtenzahl und die In-vestitionen der forschenden Pharma-Unternehmen spürbar ge-brems worden. Das sind Trends, die sich im Wesentlichen auch im Jahr 2013 fortsetzen werden. Die Aufwendungen der Krankenkassen für patentgeschützte Arzneimit-tel betragen beispielsweise rund 7 Milliarden Euro pro Jahr, wäh-rend die Hersteller direkt rund 11 Milliarden Euro in Deutschland investieren (nur Forschung & Entwicklung, Lohn- bzw. Einkom-menssteuer, Sachanlagen). Der Mehrwert, der Deutschland zu Gute kommt, wird überwiegend durch die hohe Exporttätigkeit erwirtschaftet. Eine Berücksichti-gung der „ökonomischen Dividen-de“ ist notwendig, um internatio-nal den Anschluss zu halten.

Die Gesundheitswirtschaft mit Pharma, Medizintechnik und Bio-technologie ist eine tragende Säule der deutschen Wirtschaft und trägt ein überaus hohes Zu-kunftspotenzial in sich. Um die-ses Potenzial zu nutzen, müssen langfristige Trends im Bereich Gesundheit erkannt, gemeinsam diskutiert und entsprechend ge-fördert werden. Die Sicherung und der Ausbau des Gesundheitsstandortes Deutschland ist ein wichtiges Anliegen. Es bedarf intensiver und gemeinsamer An-strengungen von Wirtschafts-, Gesundheits- und Forschungspolitik, um dieses Ziel zu erreichen. <<

von: [Christiane Landsberg/ André Jungcurt, Boehringer In-gelheim Pharma GmbH & Co. KG.](#)

STATUS-UPDATE AMNOG:

DIE VERSORGUNGSORIENTIERUNG STEHT AUF DEM PRÜFSTAND

Die Innovationsfreundlichkeit des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes wird zunehmend hinterfragt. Auf wirkstoffbezogener Basis bestehen zwar 62 Prozent der bewerteten Arzneimittel (ohne Pitavastatin und Azilsartan) den Prozess der frühen Nutzenbewertung mit Zusatznutzen; jedoch führt die Analyse der bewerteten Subgruppen weiterhin zu einem anderen Ergebnis: Lediglich 48 Prozent der bewerteten Subgruppen attestiert der Gemein-same Bundesausschuss (G-BA) einen Zusatznutzen, während mehr als die Hälfte gemäß G-BA-Beschluss keinen Zusatznutzen hat. Auf diese Weise wird die Anzahl der Patienten eingeschränkt, für die das Arzneimittel überhaupt in Frage kommt, während darüber hinaus bei Verordnung des Medikaments für jene Subgruppen, die keinen Zusatznutzen haben, ein Regress droht.

>> Die vom G-BA vorgenommene Subgruppenbildung führt dabei offenbar zu einem nicht unwe-sentlichen Einwirken auf das Verordnungsverhalten der Ärzte, die aus Angst vor Regressen im Zweifel auf die Verordnung innovativer Arzneimittel in In-dikationen ohne Zusatznutzen verzichten und eher auf die etablierten, vielfach generischen und preisgünstigeren Alternativen zurückgreifen.

Doch auch bei Patienten mit Zusatznutzen kommen Innova-tionen nur sehr begrenzt an. Wie der Arzneimittel-Atlas 2013

zeigt, haben etwa die mit einem beträchtlichen Zusatznutzen be-werteten Wirkstoffe Ticagrelor, Ipilimumab und Belimumab einen Ausschöpfungsgrad in ihrem Indikationsgebiet im einstelligen Prozentbereich. Lediglich Abirateronacetat sticht hier mit einer relativen Ausschöpfung von 38 Prozent wesentlich he-raus.

Ticagrelor hat dem G-BA Be-schluss zufolge einen Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen für ca. 72 Prozent der Pa-tienten (181.000 bis 221.000 Patienten absolut) im zu-

gelassenen Anwendungsgebiet. Allerdings spielt der Wirkstoff in der Versorgungsrealität offenbar eine wesentlich weniger „be-trächtliche“ Rolle. So liegt der Ausschöpfungsgrad von „Bri-lique“ bei lediglich neun Prozent bzw. ca. 20.000 behandelten Pa-tienten.

Die Darstellung der Versor-gungsrealität im Arzneimittel-Atlas 2013 lässt erneut Zweifel an der Patienten- und Versor-gungsorientierung im AMNOG aufkommen. Der Primat der Wirtschaftlichkeit scheint Evi-denzkriterien nach wie vor zu überschatten. Die Wirtschaft-lichkeit scheint gegenüber einer besseren Versorgung im Vorder-grund zu stehen. <<

Ausmaß des Zusatznutzens der 73 Subgruppen

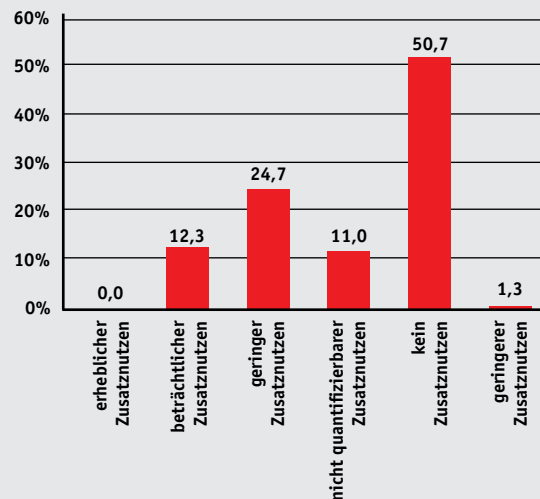


Abb. 1: Verteilung des Zusatznutzens auf Subgruppen gemäß G-BA-Beschluss; Quelle: vfa (Stand 16.08.2013); *ohne Pitavastatin und Azilsartan

NEWS UND TERMINE

AMNOG: Anhörungsverfahren und Preisverhandlungen

Schon vormerken für das näch-ste Jahr: Am 16./17. Januar 2014 findet dieses Seminar bereits zum 4. Mal an der EBS Business School (EBS Universität für Wirtschaft und Recht gemeinnützige GmbH) in Wiesbaden statt. Namhafte Referenten vermitteln kompakt an zwei Tagen die wesentlichen Erfolgsfaktoren in der Anhörung und bei den Preisverhandlungen.

Weitere Informationen unter: www.ebs-hc.mi.de

BETRACHTUNG DER WAHLPROGRAMME GESUNDHEIT IST KEIN WAHLTHEMA

Die Gesundheitspolitik wird im Wahlkampf zur Bundestagswahl 2013 eine eher untergeordnete Rolle spielen - zumindest unter der Betrachtung und im Vergleich der vorliegenden Wahlprogramme.

>> Wie Dr. Jürgen Wolf auf der DFGMA-Sommertagung in Ingelheim darstellte, werden Forderungen bezüglich einer europaweiten Arzneimittelpreisregulierung sowie einer Weiterentwicklung der Nutzenbewertung überwiegend durch die Grünen bekundet. Demgegenüber wird der Telemedizin nahezu parteiübergreifend eine zukunftsgerichtete und förderungswürdige Stellung im deutschen Gesundheitswesen zugesprochen.

Gleichwohl bedeuten die wenigen Hinweise der Wahlprogramme 2013 über weitere ordnungspolitische Eingriffe in die Arzneimittelindustrie nicht au-

tomatisch, dass Veränderungen unwahrscheinlich sind. So zeigt der Blick in die Vergangenheit, dass insbesondere der Arzneimittelbereich parteiübergreifend ein bevorzugter Posten für Einsparungen war. Retrospektiv wird auch der Koalitionsvertrag der amtierenden Regierung hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten mit innovativen Arzneimitteln anders bewertet.

Es bleibt abzuwarten, inwiefern eine schon im AMNOG avisierte verstärkte Fokussierung auf den Patientennutzen in der kommenden Legislaturperiode tatsächlich umgesetzt werden

wird, um Patienten tatsächlich Zugang zu innovativen Therapieansätzen und Versorgungskonzepten zu sichern.

Die Deutsche Fachgesellschaft für Market Access wird sich im Rahmen ihres 3. Jahres-symposiums den gesundheitspolitischen Weichenstellungen der neu gewählten Regierung zuwenden. <<

von:
**Dr. Marco Penske/
André Jungcurt**
Boehringer Ingelheim
Pharma
GmbH & Co. KG

NEWS UND TERMINE

„Market Access im Spiegel der Bundestagswahl“

So lautet das Thema des 3. Jahressymposiums am 7.11.2013 in Berlin. Kurz nach der Bundestagswahl werden mögliche neue Reformkonzepte der dann neuen Bundesregierung und ihre Auswirkungen auf das Market Access vorgestellt und wie gewohnt unter den Teilnehmern intensiv diskutiert. Weitere Informationen siehe www.dfgma.de.

Start des 3. Jahrgangs zum „Market Access Manager“

Am 22.11.2013 startet der 3. Jahrgang des Weiterbildungsstudiengangs „Market Access Management“ an der EBS Business School. Das 15-tägige Weiterbildungsprogramm wurde nicht nur durch die FIBAA als Zertifikatsstudium akkreditiert, sondern hat sich durch die praxisorientierte und anwendungsgerechte Wissensvermittlung einen Namen gemacht. Infos: www.ebs-hcmi.de

INFORMATIONEN ANFORDERN

Ich bin an weiteren Informationen über Ziele und Absichten der Deutschen Fachgesellschaft für Market Access e.V. interessiert. Bitte senden Sie mir die weiteren Informationen an neben stehende Adresse:

- Bitte senden Sie mir die Satzung der Fachgesellschaft zu.
- Mich interessiert die Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft, bitte senden Sie mir einen Aufnahmeantrag für
 - eine persönliche Einzelmitgliedschaft
 - eine Firmenmitgliedschaft
 - Ich bin an einer Fördermitgliedschaft interessiert.
- Bitte rufen Sie mich an, damit wir weitere Informationen austauschen können.



Deutsche Fachgesellschaft für
MARKET ACCESS

Name/Vorname _____

Aufgabe/Funktion _____

Firma/Organisation _____

Straße, Nr. _____

PLZ Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Datum _____ . _____ . 2013

Unterschrift _____

• • DEUTSCHE FACHGESELLSCHAFT FÜR MARKET ACCESS E. V. (DFGMA) • •
ALTE RABENSTRASSE 32 • 20148 HAMBURG • WWW.DFGMA.DE
EMAIL: INFO@DFGMA.DE • FAX 040/854 02 91-29

Der Apothekenbus von DocMorris entzweit die Geister

Gefahr oder Lösungsansatz?

Der Eine, dem vorgeworfen wird, das BMG ausspioniert zu haben, schreibt in einem selbst verlegten Buch „Wie Politik und Konzerne die Branche destabilisieren“; die Anderen, bei denen er mal beschäftigt war, halten sich ausnahmsweise zurück und sagen gar nichts zum Apothekenbus von DocMorris, der zur Zeit durch die Lande tourt, um vor der Bundestagswahl auf Versorgungslücken hinzuweisen, die - geht es nach einigen Apotheken in den besuchten Gegenden - gar nicht existieren. Vielleicht tatsächlich, oder aber: noch nicht. Denn Daten zu einem realen, möglichen oder künftigen Versorgungsmangel auf Apothekenebene liegen nicht vor, man kann einen solchen höchstens aus jenem der Ärzte ableiten.

>> „Die Menschen in diesen Regionen leiden unter einem zunehmenden Mangel an Ärzten und Apotheken. Sie brauchen dringend innovative Lösungen, wie den Apothekenbus, zur Sicherstellung ihrer Gesundheitsversorgung“, sagt Max Müller, seit kurzem Chief Strategy Officer und Member of the Board der Versandapotheke DocMorris. Einmal mehr „prescht DocMorris vor, um die bestehenden Strukturen der Arzneimittelversorgung in Deutschland zu torpedieren und zu untergraben“, echauffiert sich Olaf Behrendt, einer der stellvertretenden Vorsitzenden des Apothekerverbandes Brandenburg. Er erinnert damit an die Geschichte der vom niederländischen Heerlen aus operierenden Versandapotheke, der im Jahr 2006 der damalige saarländische Gesundheitsminister Josef Hecken (heute der unparteiische Vorsitzende des G-BA) gegen massive Widerstände der Apothekerschaft, allen voran der ABDA, erlaubt hatte, Vor-Ort-Apotheken zu eröffnen.

Dagegen hatte zwar eine in Saarbrücken ansässige Apothekerin geklagt, doch das Oberlandesgericht Saarbrücken bestätigte schnell, dass die Betriebslaubnis „nicht nichtig“ sei. „Auch wenn unsere Gegner es nicht wahrhaben wollen: Die Betriebslaubnis für die saarländische DocMorris-Apotheke ist rechtmäßig. Die Apotheker müssen sich auf den kommenden Wettbewerb einstellen,“ sagte damals DocMorris-Gründer Ralf

Däinghaus, der sein Unternehmen 2007 an den Großhändler Celesio verkauft hatte, die wiederum den Versandapothekenanteil 2012 an die schweizerische Zur Rose AG weiter veräußerte.

Däinghaus` Satz gilt bis heute. Doch damals wie heute ist die Apothekerschaft nicht gerade gut, wenn es um die Einstellung auf kommenden Wettbewerb geht. Sicher auch darum lieferte der Landesapothekerverband Brandenburg logistische Unterstützung für die Gegenaktion der Apotheker in Bad Freienwalde, einem der ersten Stationen, an denen der Apothekenbus halt machte. Bei einer anderen Station - in Maasholm - durfte der Bus gar nicht halt machen, weil es der Bürgermeister Kay-Uwe Andresen dem Unternehmen untersagt hatte, den Bus auf öffentlichen Flächen der Gemeinde zu platzieren. „Wir brauchen das hier nicht“, sagte Andresen der Schleswig-Holsteinischen Zeitung (SHZ). Der Bürgermeister fühlte sich von DocMorris nicht rechtzeitig informiert, erst vergangenen Donnerstag habe er - so die SHZ - „durch Zufall“ von dem Besuch erfahren. Die Versandapotheke sieht wie in vielen anderen Regionen Deutschlands auch in der knapp 700 Einwohner starken Gemeinde und dem Umland eine „Versorgungslücke“ mit Apotheken. Eben das bestreitet Andresen. „Die nächste Apotheke ist zehn Kilometer weit entfernt in Gelting. Die haben einen Botendienst, der versorgt alle Maasholmer kostenlos.“ Der

dortige Apotheker - der Inhaber der Geltinger Apotheke, Dr. Kai Christiansen - nimmt laut der SHZ den Besuch des Apothekenbusses nach eigener Aussage „sportlich“. Er wollte mit einer Mitarbeiterin heute ebenfalls in Maasholm einen Stand aufstellen, an dem sich Bürger den Blutdruck messen lassen können und über Angebote der Apotheke informiert werden. „Das Problem ist, dass der Internethändler vor allem rezeptfreie Artikel günstig anbieten will. Wenn wir die nicht mehr mitverkaufen, stimmt unsere Mischkalkulation nicht mehr“, sagte Christiansen der SHZ. Der Vorteil der lokalen Apotheke liege in der Schnelligkeit der Lieferung. Und: „Versorgungslücken gibt es in Schleswig-Holstein nicht - mir ist jedenfalls kein Fleck bekannt, der nicht durch Botendienste abgedeckt wird.“

Hervorragende Strukturen?

„Apothekenbusse als rollende Apotheken sind keine Institutionen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung in der ländlichen Region, im Gegenteil, sie werden eher zu einem Abbau von Leistung und Service für die Bevölkerung führen,“ sekundiert die Apothekergenossenschaft Noweda eG. Auch sie lehnt die Zulassung von „Apothekenbussen“ ausdrücklich ab und fordert die Politik auf, ein etwaiges Ansinnen aus den Partei- und Wahlprogrammen zu streichen. „Eine Zulassung würde hervorragende Versorgungsstrukturen unwider-

ruflich zerstören und damit der Bevölkerung in Stadt und Land sehr schnell Schaden zufügen“, sagt Wilfried Hollmann, Vorstandsvorsitzender der Noweda.

Wirklich hervorragende Versorgungsstrukturen? Heute vielleicht noch. Doch das wagt DocMorris-Vorstand Müller zu bezweifeln. „Ländliche und strukturschwache Räume sind durch eine zunehmende Unterversorgung mit Gesundheitsdienstleistungen gekennzeichnet“, erklärt Müller. Knapp 30 Prozent der Kreise und kreisfreien Städte hätten bereits heute zu wenige Hausärzte. Und auch die Apothekendichte auf dem Land sei gering und nehme weiter ab. Müller: „Die Wege zum nächsten Arzt oder zur nächsten Apotheke werden immer länger. Das ist insbesondere für ältere Menschen, vor allem aber für multimorbide oder chronisch Kranke, ein großes Problem, denn ihre Mobilität ist oft stark eingeschränkt.“

Doch was geschieht, wenn es - wie die KBV seit Jahren immer wieder warnt - immer weniger niedergelassene Ärzte gibt, demzufolge auch Apotheken weniger Umsatz haben werden? Was passiert, wenn die Auswirkungen der Demografie (und auch die heute niedergelassenen Apotheker werden immer älter) ernster werden und die zunehmende Landflucht zu einer weiteren Ausdünnung des öffentlichen Verkehrsnetzes führt? Genau die Thematik will das Versandunternehmen, das mittlerweile mehr als zwei Millionen Kunden beliefert hat,

mit dem Apothekenbus thematisieren. Denn die Menschen in den unterversorgten Regionen bräuchten dringend innovative Lösungen zur Sicherstellung ihrer Gesundheitsversorgung – wie eben den Apothekenbus.

Oder andere Lösungen, die DocMorris in seinem Reformpaket „Die neue Apotheke 2020“ mit konkreten Forderungen an die Politik zur Erneuerung des „Systems Apotheke“ in der Art eines politischen Manifests publiziert hat. Müller: „Ich erwarte von allen Verantwortlichen im Gesundheitssystem, von Politik, Kassen und Verbänden, ein nachhaltiges Engagement bei einer Apothekenreform in der kommenden Legislaturperiode.“ Doch nach einer schnellen Umfrage von Apotheke Adhoc –, wo sich wiederum eine Verbindung zum erwähnten Buchschreiber herstellen lässt, hat der Versandhändler nur eines im Sinn: Rezepte sammeln. 54 % der Befragten – wohl selbst überwiegend Apotheker – meinen das,

weitere 34 % halten die Aktion für einen PR-Gag. Doch immerhin glauben 11 %, dass ein solcher Bus wirklich Versorgungslücken schließen könnte.

(Noch) kein Verkauf

„Die Lösung könnte einfach sein: Wenn die Menschen nicht mehr zur Apotheke kommen können, muss der Apotheker eben zu ihnen kommen“, bringt Müller die Grundidee auf den Punkt. Ein Zwischenfazit, eilig per Smartphone gemailt: „Tour läuft gut, Feedback der Bürger sehr positiv, überrascht uns ein wenig. Gibt natürlich auch Kritik, aber überwiegend von Apos – ich glaube, wir sind auf einem guten Weg.“

„Wir helfen den Menschen bereits mit der Zusendung von Medikamenten nach Hause und unserer telefonischen pharmazeutischen Beratung. Jetzt zeigen wir mit unserem Apothekenbus, wie ein ergänzendes mobiles Versorgungssystem mit Arzneimitteln

und Apothekendienstleistungen vor Ort aussehen könnte – wenn es rechtlich zugelassen wäre.“

Wenn der Apothekenbus denn das dürfte, zu dem er unterwegs sein sollte: um Arzneimittel zu verkaufen. Ebenso wichtig seien aber auch wissenschaftlich fundierte Apothekendienstleistungen wie die Betreuung bei der Arzneimitteltherapie, die Beratung über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder die Verhinderung schädlicher Wechselwirkungen. Mit modernsten Kommunikationsmitteln könnten die Patienten und Kunden in der mobilen Apotheke im Dialog betreut werden. „Aber das wäre noch nicht alles“, argumentiert Prof. Dr. Christian Franken, der neue Chefapotheker von DocMorris und ebenfalls Vorstandsmitglied: „Bei uns geht die Betreuung weiter.“

DocMorris stünde telefonisch oder per Mail bereit, dem Patienten vor oder nach dem Busbesuch zusätzlich auch zu Hause zu helfen. Franken: „Fachkundige

Betreuung muss heute dauerhaft und nachhaltig sein.“ Innovative Versorgungskonzepte plus die bewährten Services der Versandapotheke plus Sicherheit zu Hause: Das sei ein Gesamtpaket, das die Versandapotheke als interaktive Lösung für eine Patientenbetreuung entwickelt hätte – „da bleibt keine Lücke offen“.

Doch eine solche mobile Apotheke ist nach deutschem Apothekenrecht nicht zulässig. Die rollende Apotheke sei aber programmatisch in das Wahlprogramm einer Partei eingegangen. Gemeint ist die CDU, dessen gesundheitspolitischer Sprecher, Jens Spahn, aber bereits zurückruderte. „Wir planen keine Apothekenbusse.“ Dennoch sieht die CDU die Notwendigkeit, wenn die flächendeckende Versorgung auch in sehr ländlichen Regionen noch in zehn oder 20 Jahren sichergestellt werden soll, vor Ort auch mal unkonventionelle und kreative Lösungen bemühen zu können. Welche? Nach der Wahl! <<

Seit 2009 mehr Apothekenschließungen statt -eröffnungen

Gibt es wirklich einen Versorgungsmangel bei Apotheken? Antworten darauf gibt es nicht, nur eine Möglichkeit der Annäherung: die Ableitung aus dem Versorgungsmangel bei Ärzten. Hinweise gibt beispielsweise das „Gutachten zur vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen im Jahr 2020“, erstellt im Jahr 2009 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (ZI). „Das Verfahren der Standortsuche mittels der KBV-Software ist geeignet, innerhalb der durch die Standortbewertung normativ vorgegebenen Standorte diejenigen herauszufinden, die bei jeweils bestehenden Praxisstrukturen im Hinblick auf das vermutliche Patientenpotenzial und die Wegezeit einer vordringlichen Besetzung bedürfen“, ist in diesem Gutachten zu lesen.

In Thüringen ist die von der Arztlzahl größte Arztgruppe in der vertragsärztlichen Versorgung der hausärztliche Versorgungsbereich (Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten): Das sind 46 Prozent aller Ärzte in Thüringen zum Jahresende 2006, die zum Jahresende 2006 durchschnittlich 52,5 Jahre alt waren. Daraus und aus dem zukünftigen errechneten Versorgungsbedarf folgert das Gutachten, dass bis zum Jahresende 2020 insgesamt 56 Prozent (896 Hausärzte), der Gesamtzahl benötigter Hausärzte in Thüringen 2020, Neu- bzw. Nachbesetzungsbedarf besteht. Besondere Herausforderung ist laut Gutachten zusätzlich eine vom Versorgungsbedarf unabhängige regionale Entwicklung der Arztlzahl aufgrund der Altersstruktur der Ärzte. Die durchschnittliche Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro Patient (Maß für den Behandlungsaufwand bzw. den Versorgungsbedarf) steigt von 2006 bis 2020 für den hausärztlichen Versorgungsbereich um rund 13 Prozent an. Im Vergleich der Jahre

2006 und 2020 bewirkt der steigende Versorgungsbedarf pro Patient trotz einer sinkenden Anzahl an Patienten insgesamt 73 mehr Hausärzte im Vergleich zum Jahr 2006.

Entscheidend für die Anzahl an benötigten Ärzten ist die Veränderung der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte. Mit den Ausnahmen der kreisfreien Stadt Suhl und dem Landkreis Altenburger Land ist im Jahr 2020 mit mehr Arzt-Patienten-Kontakten im hausärztlichen Versorgungsbereich im Vergleich zum Jahr 2006 aufgrund demografischer Entwicklungen zu rechnen. Je höher die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte ansteigt, desto mehr Ärzte sind im Vergleich zum Basisjahr für die medizinische Versorgung im Jahr 2020 notwendig. In Jena wird voraussichtlich der Versorgungsbedarf um über 17 Prozent, gefolgt von Weimar am stärksten ansteigen. Also mehr, nicht weniger!

Diese Erkenntnis kann durchaus von Ärzten auf Apotheker übertragen werden, die von der Altersstruktur nicht viel anders sind als Hausärzte.

Seit Ende 2003 war die Zahl der Apotheken von 21.305 fünf Jahre lang immer wieder leicht angestiegen, doch seit 2009 geht die Zahl zurück: 21.548 (-54), auf 21.441 (-107) in 2010, auf 21.238 (-203) in 2011 und 20.921 Apotheken (-317) in 2012, davon 573 in Thüringen. Diese Tendenz wird sich fortsetzen, denn seit 2008 nimmt die Zahl der Neueröffnungen pro Jahr (298 in 2009, 263 in 2010, 221 in 2011 und 184 in 2012) stetig ab, die der Schließungen (352 in 2009, 370 in 2010, 424 in 2011 und 501 in 2012) ebenso konstant zu. Dennoch lag Deutschland 2012 mit 3.900 Einwohnern je Apotheke bei der Apothekendichte im europäischen Vergleich immer noch über dem EU-Durchschnitt von 3.200 Einwohnern je Apotheke.

Warum Market Access auch für Kassen und Ärzte Sinn macht

Market Access außerhalb der Industrie?

Die beschäftigen sich mit Kassen, Gesetzen und der Zulassung neuer Produkte.“ Das ist wohl eine der häufigsten Antwort, die man erhält, wenn man danach fragt, was eigentlich Market Access macht. Falsch ist die Antwort nicht, aber ist das wirklich alles? Ganz klar nein. Der klassische Market Access Trias besteht aus, Marktzugang (z.B. Nutzenbewertung von Medizinprodukten und Medikamenten oder sogar Methoden) der Marktausweitung (z.B. Analyse und Implementierung innovativer Versorgungswege) und der Marktpenetration (z.B. Vertragsmanagement und Entwicklung von Erstattungsstrategien). Gesetzesverabschiedungen und -änderungen, Änderungen von Anforderungen, neue Vertragsmöglichkeiten, neue Richtlinien zur Zulassung, neue politische Strömungen, zulassungsrechtliche Bedingungen in den Regionen und viele Informationen mehr, bedürfen zur erfolgreichen Bewältigung einer hohen Kompetenz und Weitsicht im Bereich der Gesundheitspolitik, des Vertrags- und Medizinrechtes und der Gesundheitsökonomie des ganzen Gesundheitswesens insgesamt.

>> Um die erhaltenen Informationen in erfolgreiche Projekte umsetzen zu können, stehen dem „Market Access“ verschiedene Techniken und wissenschaftliche Methoden zur Analyse, Auswertung und Umsetzung zur Verfügung. Aber auch die besten Analysen und Projekte lassen sich nur mit den richtigen Partnern umsetzen.

Ein aktives und transparentes Stakeholdermanagement fördert: die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Behörden, Leistungserbringern sowie Kassenärztlichen Vereinigungen und sorgt für nachhaltige und tragfähige Kundenbeziehungen zur Implementierung erfolg-

reicher Projekte und Konzepte.

Market Access für Leistungserbringer

Die meisten Firmen haben dieses auch im Bereich Market Access schon lange implementiert, beispielsweise in Form von Dreieckskooperationen (Leistungserbringer/Kostenträger/Industrie). Diese Kooperationen sollten von einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre auf gleicher Augenhöhe geprägt sein, jeder Partner bringt hierbei seine spezifischen Expertisen und Kompetenzen zum Gelingen von Projekten und Konzepten mit ein. Nun eine entscheidende Frage: Sind alle diese

Tools wirklich nur sinnvoll für die Industrie?

Der Arzt, unabhängig ob in der Einzelpraxis, im MVZ oder in anderen Organisationsformen tätig, muss sowohl Betriebswirtschaftler seines „Gesundheitsunternehmens“ sein (siehe Abb. 2), genauso wie er eine Expertise in Medizin- und Vertragsrecht und Steuerexpertise sein soll. Themen wie Abrechnung, Verschreibungsanforderungen, Patientenversorgung und Fortbildung noch gar nicht mitberücksichtigt. In immer stärkerem Maße sind Ärzte von politischen oder berufspolitischen Themen direkt betroffen.

Als Stichworte sollen hier nur die neuen Regelungen zur Be-

darfsplanung, EBM-Reform, aber auch Themen wie Heilkundeübertrag, Versorgungsstrukturgesetz, die kürzlich verabschiedeten Kriterien zur Netzwerkförderung und besonders auf der Facharzzebene die Ambulant Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) genannt werden.

Dies betrifft alle Bereiche der ärztlichen Versorgung und hat somit auch direkten Einfluss auf die Patientenbetreuung, das Versorgungsmanagement, die Honorierung aber auch die medizinische Kooperationsform (Einzelpraxis, ausgelagerter Praxissitz, MVZ etc.)

Der Arzt bewegt sich mit seinem Gesundheitsunternehmen in

Market-Access-Kompetenzen

Contract Management	Stakeholdermanagement	Erstattung	Neue Versorgungsformen
<ul style="list-style-type: none"> Rechtliches Hintergrundwissen Riskmanagement Projektmanagement Richtige Kontakte Erfahrung mit Behörden Spezielles Know-How (BVA Kriterien) Medizinische und ökonomische Erfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> Kassenkontakte Gesundheitspolitik Selbstverwaltung Ministerien Berufspolitik Ärztkammern KOLs KVen 	<ul style="list-style-type: none"> Nutzenbewertung AMNOG Erprobungsregel Hilfsmittelliste Bestandmarkt Vergleichstherapie Gesundheitsökonomische Daten Versorgungsdaten EBM / GOÄ / QVZ 	<ul style="list-style-type: none"> Dreieckskooperationen Innovative Kooperationsmodelle Verträge nach § 140 SGB V Verträge nach § 73 c SGB V Kombinationen Modelltherapie ASV / Netzwerk Behandlungspfade

Abb. 1: Beispiele Market Access-Kompetenzen.

Lebenszyklus einer Arztpraxis

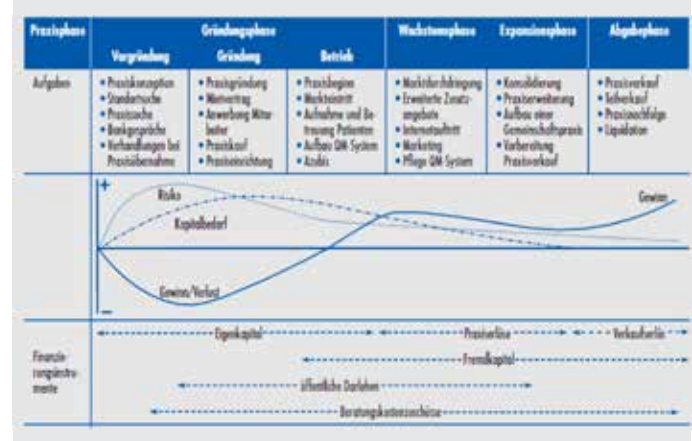


Abb. 2: Lebenszyklus einer Praxis (Quelle: Ärzteblatt).

verschiedenen Bereichen (siehe Abb. 3).

Um sein Unternehmen zu sichern und auszubauen, aber auch um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten und neue Patientenströme zu generieren, aber auch, um alle Chancen der Gesetzgebung optimal für seine Praxis nutzen zu können, muss der Arzt nach Möglichkeit alle aktuellen Entwicklungen innerhalb jedes einzelnen Marktbereiches erkennen, analysieren und umsetzen.

Aber wie ist das im täglichen Praxisalltag umsetzbar? Möchte sich der Praxisinhaber mit seiner Praxis weiterentwickeln, so ist die Strategie hierfür als erstes und am einfachsten an den Begriffen Marktzugang, Marktausweitung und Marktpenetration auszurichten.

Analysemethoden aus dem Market Access-Umfeld helfen dem Arzt, einen Überblick über seine Patientenstruktur sowie seine Kassen-, Indikations- und Populationsstruktur zu bekommen.

Wozu ist das wichtig? Erst diese Kenntnisse erlauben ein erfolgreiches Patientenmanagement, den Aufbau neuer Patientenstrukturen, die Optimierung von Patientenströmen und die Entwicklung innovativer praxis-spezifischer Versorgungskonzepte mit Kostenträgern (z.B. Pay for Performance, Pay for structure, Indikationsorientierte Verträge u.v.m.).

Mit den Methoden des strategischen Market Access könnten

ärztliche Leistungserbringer, eigene innovative Projekte/Konzepte und Verträge entwickeln und erfolgreich zeitsparend umsetzen. Viele ärztliche Zentren, ob Praxis oder Klinik, versuchen die Patientenversorgung z.B. durch neue Vertragsmöglichkeiten zu optimieren. Leider müssen sie in den ersten Kassengesprächen schnell erfahren, dass gute Ideen allein leider nicht ausreichen. Die meisten Ärzte sind mit den Argumentationsketten der Kassen nicht vertraut.

Die Kassen sind jedoch prinzipiell an neuen Versorgungsverträgen interessiert. Damit solche allerdings erfolgreich umgesetzt werden können, brauchen Kassen neben der medizinischen Mehrwert-Argumentation für eine neue Versorgungsform eine ebenso schlüssige Gesundheitsökonomische Argumentation (schon alleine wegen der BVA-Vorlagepflicht für Kassenprojekte).

Neue Konzepte sollten am besten schon in der Designphase auf kassenspezifische Bedürfnisse hin geprüft werden. Das erhöht die Chancen einer möglichen erfolgreichen Umsetzung ungemessen. Aktuelles Beispiel ist die „Ambulant Spezialfachärztliche Versorgung ASV“ (siehe Abb. 4).

Kooperationen mit der Industrie

Wie oben beschrieben, hat die Industrie neben detaillierten produktspezifischen Kenntnissen gerade in den Market Access-

Abteilungen sehr viel Erfahrung, Wissen und Kompetenzen, die den ärztlichen Leistungserbringern bei möglichen Projekten sehr hilfreich sein könnten.

Es gibt viele Beispiele und vor allem Möglichkeiten zur er-

folgreichen Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten und einer besseren Versorgung.

Vorbehalte in der Zusammenarbeit sollten durch Transparenz, vor allem durch die Zusammenarbeit in Dreieckskooperationen

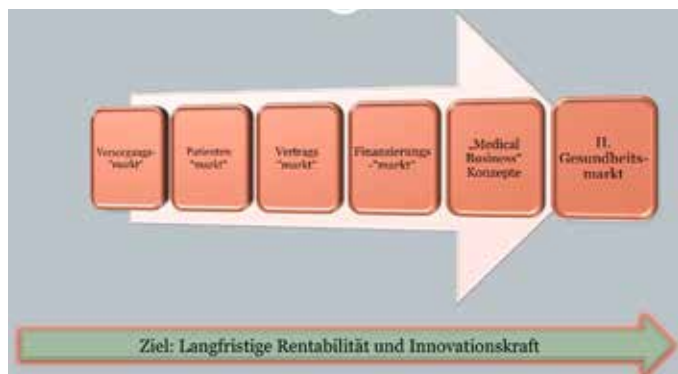


Abb. 3: Relevante Gesundheitsmärkte für Ärzte.

Fragestellungen und Market-Access-Methoden		
Wichtige ausgewählte Fragestellungen	Market Access Bereich	Methodik
Wo möchte ich in 5 Jahren stehen? (strategische Ausrichtung)	- Marktausweitung - Marktpenetration - Marktzugang (Neue Märkte)	- Strategisches Market Access
Welche Umfeld-Informationen sind für meine Praxis relevant?	- Marktausweitung	- Horizon Scanning
Wie sind die Informationen zu bewerten?	- Marktausweitung	- Informationsanalyse (Ausschluss einseitiger Infos)
Wie ist meine Patienten - inklusive Kassenstruktur?	- Marktausweitung - Marktpenetration - Marktzugang	- Kassenmapping - Patientenmapping
Welche neuen Vertragsmöglichkeiten gibt es für mich?	- Marktzugang - Marktausweitung	- Vertragsmanagement-Tool - Vertragentwicklungs-Tool
Welche Medical Business-Konzepte könnten relevant für mich sein?	- Marktpenetration	- Konzept-Check Up - Med.-recht-Screening
Wie kann ich neue Patienten gewinnen?	- Marktzugang - Marktausweitung	- Möglichkeiten-Analyse
Wie kann ich Spezialisten-Kenntnisse nutzen?	- Marktpenetration - Marktausweitung	- Kassentracking - Kassenmapping
Welche Kooperationsmöglichkeiten helfen und nützen mir?	- Marktpenetration	- Checkliste Medical Cooperations-Stakeholder Mapping
Wie kann ich ein Netzwerk aufbauen? Oder ein bestehendes optimieren?	- Marktausweitung - Marktzugang	- z.B. ASV und Behandlungspfad-Monitor - Liquiditäts- und Ertrags-Vorausberechnung
Kann ich ein Spezialisten- / Kompetenz- / oder Innovationszentrum werden?	- Marktausweitung - Marktzugang	- Liquiditäts- und Ertrags-Vorausberechnung
Wie entwickelt man neue, für die Kassen interessante Projekte?	Market Access-Projektmanagement	- Projekt Handling-Matrix - Machbarkeits- / und Risiko-Analysen
Wie entwickelt man solche Projekte? Und worauf kommt es an?	Market Access-Projektmanagement	- Projekt Handling-Matrix - Machbarkeits- / und Risiko-Analysen

Tab. 1: Ausgewählte Fragestellungen und Market Access-Methoden für die ärztliche Praxis.

abgebaut werden. Auf jeden Fall gilt auf Seiten der Industrie: Die Zusammenarbeit muss klar strukturiert und rechtlich abgesichert sein (auch aus Gründen einer möglichen Vorteilsgewährung).

Die Bestimmungen der Muster-Berufsordnung für Ärzte und die Regelungen der firmeneigenen Compliance- und Rechtsabteilungen helfen hier weiter. Sie machen die Zusammenarbeit für alle Beteiligten rechtssicher.

Market Access aus der Kostenträger-Perspektive

Aktuell gibt es 134 gesetzliche Krankenversicherer (Stand 01.01.2013; Quelle: GKV Spitzenverband) und 43 Private Krankenversicherer, die für die Versicherung der Patienten in Deutschland zuständig sind.

Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl der gesetzlichen Versicherung über einen längeren Zeitraum, so stellt man einen permanenten Abnahme- und Konzentrationsprozess fest. Versicherten-„Switching“, Kostensteigerung durch medizinische Innovation, demographische Faktoren, Klinikkosten, DMP, IV-Versorgung und regionale Versorgungsunterschiede sind nur einige Schlagwörter aus dem Krankenkassen-Alltag.

Restriktionen bestimmen den Geschäftsalltag

Krankenkassen sind in ihren Kompetenzfeldern natürlich sehr gut aufgestellt. Controlling-Experten, Vertragsexperten, Versorgungsexperten, medizinische Experten und natürlich eigene wissenschaftliche Institute sorgen für ausreichend Datenmaterial und Know-how zur Durchführung komplexer Projekte. (z.B. DMP, IV-Verträge etc.)

Ebenso wie die Industrie und die ärztlichen Leistungserbringer müssen sich auch die Kassen den jeweils aktuellen Bedingungen, die von der Gesundheitspolitik angestoßen worden sind, anpassen.

Hier heissen die Stichworte: Wettbewerbsdruck, BVA-Kriterien, Nutzenbewertung und differenzierte regionale Bedingungen.

Das Interesse an neuen innovativen Ideen, ob von den ärztlichen Leistungserbringern eingebracht, von den Kassen selber entwickelt oder von der Industrie vorgeschlagen, ist jedoch trotz der vorhandenen Restriktionen weiterhin vorhanden.

So können wir beobachten, dass Kassen eingereichte Projektkonzepte zunehmend anders betrachten. Mit diesen neuen Perspektiven müssen sich die Krankenkassen aber erst noch vertraut machen. Die Kernfragen zu Marktzugang, Marktausweitung und Marktpenetration lauten aus Kassenperspektive:

- Welche Strategien helfen, neue Patienten zu gewinnen?
 - Wie können bestehende Patienten gebunden werden?
 - Wie schafft man es, neue Leistungen zu implementieren, um neue Segmente zu öffnen?
 - Welche Patientenstruktur wird angesprochen?
 - Wo ist der Mehrwert gegenüber der Regelversorgung?
 - Welche Kosteneinsparung ist in welchem Zeitraum zu erwarten?
 - Welche zu erwartende Spinoff-Effekte sowie Patientenbindungsstärke hat das Projekt?
 - Welche Versorgungsneuheit ist zu erwarten?
 - Welcher medizinischer Benefit ist zu erwarten?
 - Wie ist der rechtliche Hintergrund?
- Und nicht zuletzt:
- Welche Chancen hat das Projekt oder das Konzept, wenn es dem BVA vorgelegt wird?

Diese Fragen lassen sich aus Kassenperspektive wieder in die Begriffe Marktzugang, Markterweiterung und Marktpenetration eingliedern und strukturieren.

Viele Krankenkassen folgen in der Entwicklung und Bewertung neuer Konzepte leider immer noch dem Ansatz der symptomorientierten Versorgung. Das ist

verständlich, da dieser Ansatz besser messbar und aus Controlingsicht besser begleitbar ist.

Aber spiegelt dieser Ansatz wirklich die Bedürfnisse der Patienten und Versorger wieder? Doch: Wäre nicht auf längere Sicht ein ganzheitlicher, indikations- und populationsumfassender Ansatz für die Kassen um vieles ökonomischer, für die Patienten attraktiver und für die Versorger befriedigender? Alleine dieser Ansatz bietet neben der Möglichkeit einer sinnvollen Patientensteuerung (z.B. durch gemeinsam entwickelte Pfade) darüber hinaus auch die Integration weiterer wichtiger versorgungsteuernder Module (z.B. Schnittstellenmanagement, Compliance, Polymedikation, etc.).

Diese Erkenntnis ist nicht neu. Dennoch sind solche Konzepte immer noch die Ausnahme (z.B. DMP). Der Grund: Es mangelt an klaren Messparametern, an klar definierten Populationen mit entsprechenden Ein- und Ausschlusskriterien, aber auch an vernünftigen Vergütungskriterien. Systeme wie Pay for Performance, Pay for Structure, Cost Sharing - um nur einige zu nennen - werden zu wenig gefördert und ausgebaut.

Dazu kommt, dass oft lange kasseninterne Screening- und Entscheidungswege sowie überbordende Dokumentationspflichten und kaum nachvollziehbare Datenmodelle als Verhandlungsgrundlage, geringes Innovationspotenzial Kassen, aber auch Ärzte demotivieren. Der Effekt: Beide verzichten dann auf die einstmals innovative Idee.

Ein möglicher Implementierungsweg?

„Wir möchten einen Vertrag für Diabetespatienten machen...“ So oder so ähnlich kommen Leistungserbringer, aber auch die Industrie oft auf die Kassen zu. Es ist nicht verwunderlich, dass die Kasse an weiteren Gesprächen nicht sonderlich interessiert ist.

Dabei ist die Kasse womöglich sehr wohl an einem Versorgungskonzept im Umfeld des Diabetes interessiert. Doch: Wo ist der Nutzen für alle Diabetespatienten und für die Kasse? Denn es gilt die Vermutung, dass der größte Teil der Diabetespatienten auch ohne Extrakonzept gut und ausreichend versorgt sein sollte.

Darum beginnt genau bei dieser Vermutung die Arbeit, die zu einem fruchtbaren Konzept führen kann. Die Schritte dazu sind:

- Darstellung der „Vertrags“-Population und -Indikation,
- Darstellung der Versorgungslücke,
- Darstellung des neuen Mehrwertes gegenüber der Regelversorgung,
- Darstellung des Behandlungspfad-Konzeptes,
- Aufzeigen der geplanten Finanzierung.

Es ist ganz natürlich, dass bei allem „Good Will“ bei jedem neuen Projekt ein erhebliches Durchführungsrisiko auf Seiten der Kassen liegt. Machbarkeits- und Risikoanalysen im Vorfeld können hier mehr Sicherheit bieten.

Eine Alternative ist die Durchführung eines kleinen lokal begrenzten Pilotprojektes mit klarer Population und geteiltem Durchführungsrisiko über einen definierten Zeitraum hinweg. Die Ergebnisse zeigen dann sehr gut auf, ob sich eine Ausdehnung des Projektes lohnt. Bevor eine Kasse ein potenziell interessantes Projekt ablehnt, sollte sie auf jeden Fall über einen lokalen „Versuchsballon“ nachdenken.

Nötig ist auf jeden Fall eine Analyse, eine Szenarienbildung und eine Bewertung von Interventionszeitpunkten (siehe Abb. 5). Diese Abbildung beschreibt das Szenario einer geplanten Intervention innerhalb eines neuen Projektes. Dargestellt ist der Verlauf einer chronischen Erkrankung mit ihren häufigsten Interventionszeitpunkten (Verschlimmerung der Krankheit und Anstieg der Versorgungskosten).

Die Prognose stellt den natürlichen Verlauf der Erkrankung dar, während das Delta die Verschiebung der Prognoselinie hin zu einem medizinisch und ökonomisch günstigeren Verlauf durch das Projekt zeigt. Ein nächster Schritt besteht darin, der Kasse aufzuzeigen, dass dieses neue Projekt gut in das bestehende Projektportfolio der Kasse passt, oder bestehende Projekte sinnvoll ergänzt (siehe Abb. 6).

Im Falle eines geplanten IV-Konzeptes ist es für die Mitarbeiter der Kassen sehr hilfreich, wenn eine erste Beschreibung der IV-Mehrwerte versus der Regelversorgung schon im Konzept mit hinterlegt ist.

Diese IV-Beschreibung erfordert medizinische Fachkompetenz, gesundheitsökonomische Kenntnisse und Grundkenntnisse der wichtigsten Präzedenzurteile.

Um den Kassenmitarbeitern die Bewertung eines Projektes, Konzeptes oder Vertragsentwurfes zu erleichtern und die Gespräche fruchtbar verlaufen zu lassen, empfiehlt sich die Anfertigung eines „Projekt-, Konzept- und Vertragsnutzendorssiers“.

Dieses Dossier soll die oben genannten Informationen sinnvoll, kurz und knapp zusammenfassen, sowie die medizinischen und ökonomischen Notwendigkeiten beleuchten. So kann jeder Ansprechpartner innerhalb der Kasse, schnell die für sein Bewertungsressort wichtigen Informationen gewinnen.

Kooperationen mit der Industrie

Mitarbeiter der Market Access-Abteilungen sind bzw. könnten unverzichtbare Kooperationspartner werden. Aktive Rollen auf gleicher Augenhöhe werden zunehmend gewünscht und genutzt.

Neue Betätigungsfelder für Market Access-Abteilungen entstehen bei fast jeder Gesetzesänderung. Viele Firmen haben

das erkannt und beginnen, solche Konzepte in bewährten Dreieckskooperationen als gleichberechtigte Partner aufzubauen.

Die Ambulant Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wird dabei als neuer Versorgungsektor mit starkem Interesse erwartet. Berufsverbände, Kliniken, Fachärzte, Netzwerke, Patienten und Kassen bereiten sich auf die Umsetzung der ASV vor.

Die Industrie sollte sich mit ihrem Knowhow hier nicht zurückhalten, sondern Support anbieten. Gerade Unternehmen, die in den jeweiligen Indikationen aktiv sind, können hier durchaus gefragten Support liefern. Auch das I.f.G.V. entwickelt übrigens bereits die ersten Designs für ASV-Versorgungspfade, bei denen es einige Möglichkeiten der gemeinsamen Kooperation mit den Playern gibt.

Fazit

Die Themen Marktzugang (z.B. neue innovative Vertragskonzepte), Marktdurchdringung (z.B. Ausbau von Medical Business Strukturen) und Marktpenetration (Entwicklung neuer Versorgungskonzepte für spezifische Patientenkohorten) sind für Leistungserbringer so wichtig wie noch nie.

Gesundheitspolitische Neuerungen (wie z.B. das Versorgungsstrukturgesetz) bieten neue Ansatzpunkte für Ärzte und Kassen. Berufspolitische Weiterentwicklungen und ständige Neuerungen im Medizinrecht erlauben Ärzten und Kassen innovative Versorgungswege und Vertragskonzepte zu entwickeln und umzusetzen.

Das Knowhow zur Umsetzung liegt in den Tools und Möglichkeiten des strategischen Market

Verschiebung und Reduktion von Interventionszeitpunkten

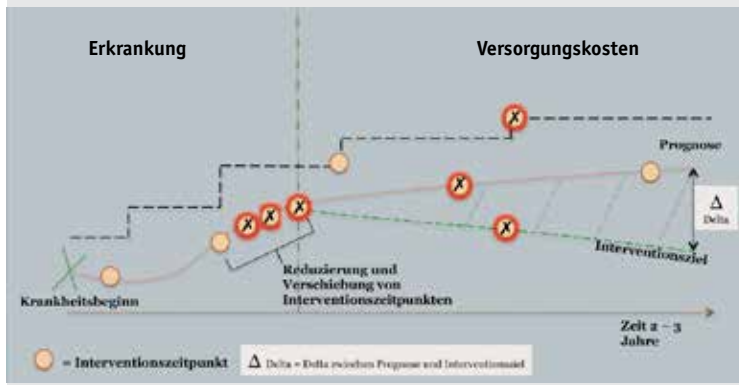


Abb. 5: Verschiebung und Reduktion von Interventionszeitpunkten.

Projektpositionierung im Kassenumfeld

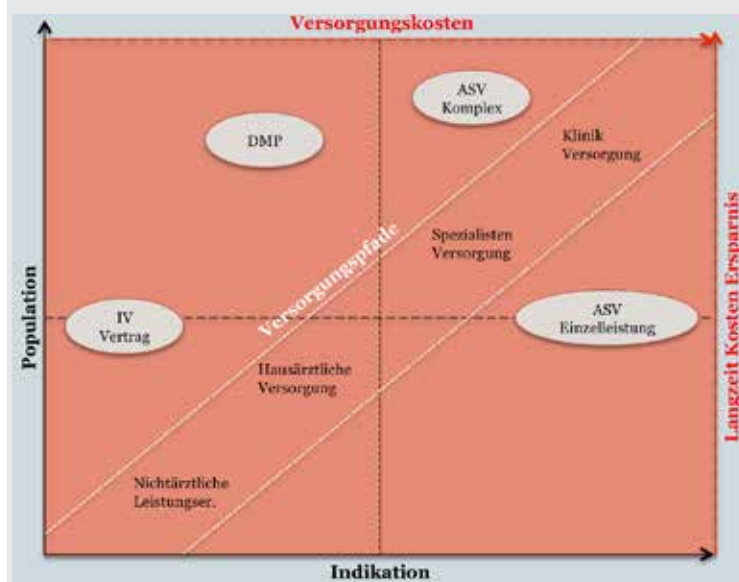


Abb. 6: Projektpositionierung im Kassenumfeld (Quelle I.f.G.V.)

Access. Innovatives Praxis- und MVZ-Management sowie strategische Market Access-Ansätze ergänzen sich zu einem Erfolgsgaranten für das eigene Unternehmen.

Auch die spezifische Market Access-Kompetenz der Industrie (produkt spezifisch / Stakeholder etc. / Support z.B. Spezialistenzentrum / Innovationszentrum) ist hoch willkommen. <<

Autor
Alexander Wilke MBA, LL.M

ist Institutsleiter des Instituts für evidenzbasiertes Gesundheits- & Versorgungsmanagement I.f.G.V. Er war bis Januar 2013 Head of Market Access & Governmental Affairs (D-A-CH) der Abbot GmbH & Co.KG (Abott Diabetes Care).

Kontakt: alexander.wilke@ifgv-net.de



Klinische und ökonomische Konsequenzen medikationsbezogener Non-Adherence: Beispiel Therapie Diabetes Typ 2

Medikationsbezogene Non-Adherence

Traditionelles und auch im Sozialgesetzbuch verankertes Ziel der Gesundheitspolitik ist es, der Bevölkerung einen unter Berücksichtigung finanzieller Restriktionen („Wirtschaftlichkeit“) bestmöglichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren. Die Annahme dieses Angebots durch Patienten und deren konstruktive Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung werden dabei oft als gegeben unterstellt. Umfangreiche empirische Studien der letzten Jahre zeigen allerdings, dass mangelnde Mitwirkung der Patienten (Non-Adherence: NA) in praktisch jeder chronischen Medikationstherapie ein bedeutendes und weitverbreitetes Versorgungsproblem darstellt [1, 2].

>> Sowohl nationale als auch internationale Studien verdeutlichen, dass zwischen 30-50 % der Patienten als NA bezeichnet werden können [3, 4]. Allerdings hängen die ausgewiesenen NA-Raten entscheidend von der verwendeten Messmethodik und den zugrundeliegenden Annahmen ab [5, 6]. Eine von den Autoren dieses Artikels durchgeführte Studie zeigt, dass beispielsweise im Bereich der Diabetes mellitus Typ 2 im Durchschnitt ca. 50-60 % der deutschen Patienten als NA bezeichnet werden können, bei entsprechender Gestaltung der „Messmethode“ diese Zahl ohne Veränderung der Grunddaten aber auf 15,7 % im Minimum oder 97,0 % im Maximum verändert werden kann [5].

Geht man jedoch von der realistischen Zahl einer NA-Rate

von ca. 50-60 % aus, wird deutlich, dass mangelnde Therapietreue von Patienten eine der drängendsten und zugleich am wenigsten adressierten Versorgungsherausforderungen darstellt. Nicht selten wird bezweifelt, ob in der Adherence-Forschung ausgewiesene NA-Raten eine klinische und letztlich auch gesundheitsökonomische Relevanz haben und somit zu empfehlen ist, Anstrengungen zu unternehmen, die Adherence der Patienten zu steigern (Abb. 1).

Dabei ist grundsätzlich – im deutschen Kontext durchaus entgegen der Meinung zahlreicher Krankenversicherer - festzustellen, dass eine Adherence-Steigerung, z. B. in Folge eines Adherence-Programms, in Bezug auf eine chronische Medikationstherapie nicht allein deshalb abzu-

lehnen ist, weil sie Kosten (z. B. der Umsetzung eines Adherence-Programms oder zusätzliche Medikationskosten durch Steigerung der Adherence) verursacht. Optimal und auch wünschenswert wäre es selbstverständlich, wenn Adherence-Programme die eigenen Programmkosten und die durch sie bewirkten zusätzlichen Medikationskosten kompensieren durch Kostensenkungen an einer anderen Stelle der Gesundheitsversorgung (z. B. Vermeidung teurer Folge Medikationen, Reduktion von Hospitalisierungen). Gesundheitsökonomische Effektivität setzt aber lediglich voraus, dass etwaige Zusatzkosten einer Adherence-Steigerung in einem akzeptablen Verhältnis zum Nutzen einer derartigen Adherence-Erhöhung (z.B. Reduktion negativer kli-

nischer Ereignisse) stehen. Der Nutzen einer Steigerung der Adherence besteht folgerichtig in erster Linie nicht in einer Kostensenkung, sondern in einer Verbesserung patientenbezogener relevanter Outcomes.

Gemäß der dargestellten „Kaskade“ ist es folglich von großem Interesse, ob NA überhaupt nachweislich negative klinische Konsequenzen hat und eventuell auch Zusatzkosten verursacht.

Konsequenzen der Non-Adherence am Beispiel der DM2-Therapie

Ziel dieses Beitrags ist es deshalb, diesen Fragen am Beispiel von deutschen publizierten Daten im Rahmen der DM2-Erkrankung nachzugehen. Interna-

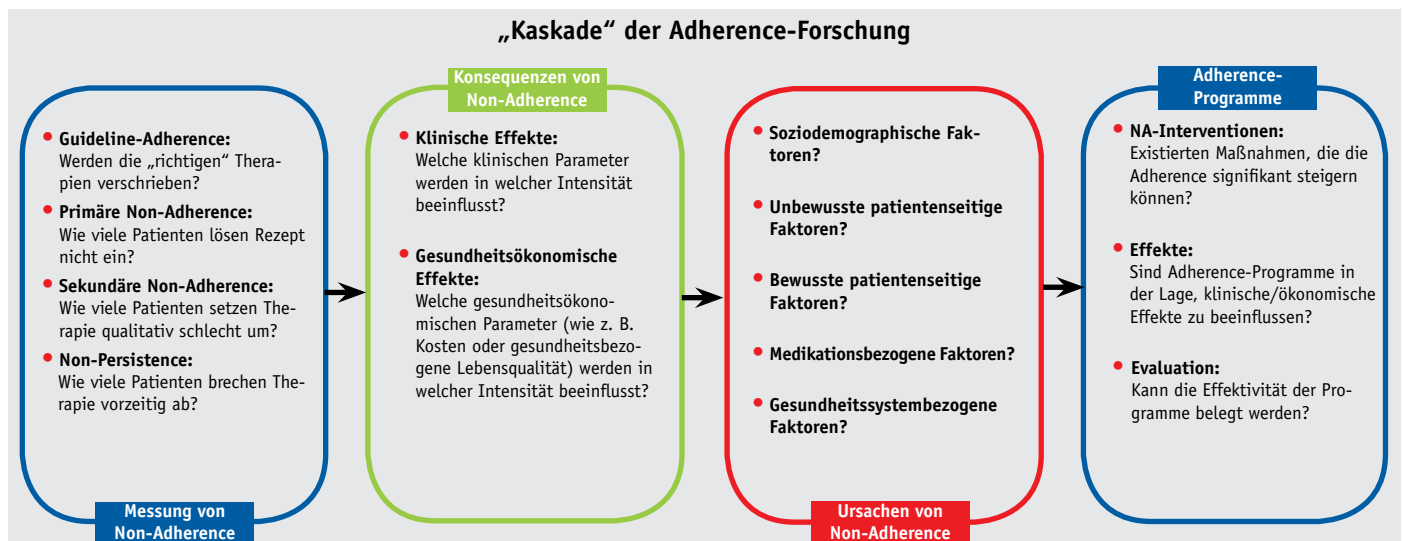


Abb. 1: „Kaskade“ der Adherence-Forschung: Von der Ermittlung des NA-Ausmaßes zur Optimierung der Adherence. Quelle: www.ipam-wismar.de

tional sind einige Publikationen verfügbar, die sich mit klinischen und auch gesundheitsökonomischen Konsequenzen von NA in der DM2-Therapie beschäftigen [7, 8]. Ein systematischer Review aus dem Jahre 2009 identifizierte insgesamt 10 Publikationen, die sich dem Thema der Kostenkonsequenzen von niedriger Adherence in der DM2-Therapie widmeten; sämtliche dieser 10 Publikationen beschäftigten sich mit dem US-amerikanischen Versorgungsumfeld [9]. Grundsätzlich konnte geschlussfolgert werden, dass NA höhere Kosten zur Folge hat. So zeigen beispielsweise Balkrishnan et al. (2003), dass eine 10%ige Steigerung der Adherence für eine antidiabetische Medikationstherapie die gesamten Behandlungskosten um 8,6 % senkt [10].

Vergleichbare Daten zum deutschen Versorgungsumfeld – sowohl hinsichtlich des Ausmaßes als auch hinsichtlich der Konsequenzen von NA in der DM2-Therapie – existierten bislang nicht. Deshalb gingen die Autoren dieses Beitrags in einer breit angelegten Studie diesen Fragen anhand eines Sekundärdatensatzes einer gesetzlichen Krankenversicherung mit mehr als 5 Millionen Versicherten nach. DM2-Patienten wurden in Bezug auf die Einnahme oraler Antidiabetika über einen Zeitraum von drei Jahren unter Berücksichtigung

von 12 unterschiedlichen, methodischen Parametern der Adherence-Messung auf Basis von administrativen Daten analysiert. Dabei wurde diejenige Methode der Adherence-Messung identifiziert, die die höchste Sensitivität in Bezug auf die klinischen Konsequenzen der NA aufwies [5].

Eine besondere Herausforderung stellt die Operationalisierung von klinischen/ökonomischen NA-Konsequenzen dar, wenn „lediglich“ Kassendaten vorliegen. In der beschriebenen Untersuchung wurden als mögliche NA-Konsequenzen diabetesbezogene Hospitalisierungen und die Kosten dieser stationären Aufenthalte betrachtet; andere „wünschenswerte“ Parameter wie HbA1c-Werte oder die Entwicklung des Gewichts der Versicherten konnten wegen fehlender verfügbarer Daten nicht einbezogen werden.

NA wurde in dieser Studie mittels einer intervallbasierten Medication Possession Ratio (MPR) berechnet. Für 113.108 betrachtete DM2-Patienten konnte eine durchschnittliche Medikamentenverfügbarkeit (MPR; orale Antidiabetika) von 67,50 % identifiziert werden, wobei 64,89 % der Patienten als NA (MPR < 80%) bezeichnet werden mussten.

Um in einem zweiten Schritt den Einfluss der NA auf klinische Ereignisse zu untersuchen, wurde eine multivariate logistische Re-

gressionsschätzung durchgeführt (abhängige, dichotome Variable: Auftreten einer diabetesbezogenen Hospitalisierung; insbesondere Ereignisse wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Fußamputationen und Erblindung innerhalb des Betrachtungszeitraumes). Neben der durchschnittlichen MPR eines Patienten wurden als weitere (kontrollierende) unabhängige Variablen das Alter, das Geschlecht, die Anzahl der Komorbiditäten (beschränkt auf Hypertonie, Asthma, COPD, Rheuma, KHK und bösartige Neubildungen), die Einnahme weiterer Medikationen, die Pflegestufe des Patienten, eine etwaige Insulinnahme sowie die Teilnahme an einem Disease Management Programm für DM2 in die Schätzung aufgenommen. Es konnte gezeigt werden, dass die diabetesbezogene Hospitalisierungs-/ Ereigniswahrscheinlichkeit signifikant durch die Adherence des Patienten erklärt wird. Es wurde

deutlich, dass eine 10%ige Steigerung der Adherence die Chance des Auftretens einer diabetesbezogenen Hospitalisierung um nahezu die Hälfte reduziert (OR: 0,579). Dies ist ein klarer Beleg für die klinische Relevanz der NA in der DM2-Therapie (Abb. 2).

„Es wird geschätzt, dass sich die Kosten einer diabetesbezogenen Hospitalisierung im Durchschnitt auf 4.165,46 Euro belaufen“¹. Eine Reduktion der Hospitalisierungen stellt somit ein erhebliches Einsparpotenzial dar, wobei jedoch darauf hinzuweisen ist, dass dieses Potenzial noch um die höheren Kosten der dann zusätzlich eingenommenen Arzneimittel und ggf. um die Kosten eines für die NA-Senkung erforderlichen Adherence-Programmes korrigiert werden muss.

Fazit

NA von DM2-Patienten und vermutlich auch von Patienten

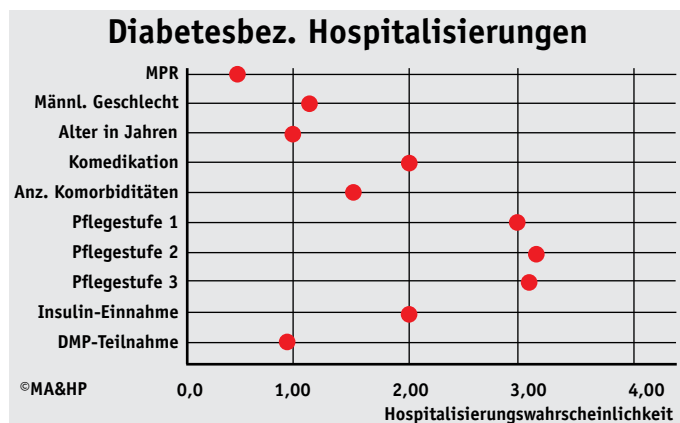


Abb. 2: Ergebnisse einer multivariaten Schätzung zur Erklärung diabetesbezogener Hospitalisierungen. Quelle: Wilke T. et al. (2013), Eur J Health Econ. [5].

Literatur

- [1] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Interventions for enhancing medication adherence. The Cochrane Database Syst. Rev. 2008;2:CD000011.
- [2] Wilke T, Müller S, Morisky DE. Toward identifying the causes and combinations of causes increasing the risks of nonadherence to medical regimens: combined results of two German self-report surveys. Value Health. 2011;14(8):1092-100.
- [3] Horne R, Weinman J, Barber N, et al. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2005.
- [4] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353(5):487-497.
- [5] Wilke T, Groth A, Mueller S, Reese D, Linder R, Ahrens S, Verheyen F. How to use pharmacy claims data to measure patient nonadherence? The example of oral diabetics in therapy of type 2 diabetes mellitus. Eur J Health Econ. 2013 Jun;14(3):551-68.
- [6] Wilke T. Medikationsbezogene Adherence und Persistence: Ein relevantes Versorgungsproblem. Market access & health policy. 2012;04/12: S. 18-22.
- [7] Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. Int J Clin Pract 2008;62(1):76-87.
- [8] Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, et al., Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality Among Patients With Diabetes Mellitus. Archives of Internal Medicine 2006;166:1836-1841.
- [9] Salas M, Hughes D, Zuluaga A, et al. Cost of Medication Nonadherence in Patients with Diabetes Mellitus: a systematic review and critical analysis of the literature. Value Health 2009;12(6):915-922.
- [10] Balkrishnan R, Rajagopalan R, Camacho FT, Huston SA, Murray FT, Anderson RT. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: a longitudinal cohort study. Clin Ther. 2003;25(11):2958-71.
- [11] Wilke T, Müller S, Groth A, Maywald U, Verheyen F. Anforderungen an ein effektives Adherence-Persistence-Programm am Beispiel von oralen Antidiabetika bei Diabetes mellitus Typ 2-Patienten. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2011;16(5):274-291.

mit anderen chronischen Erkrankungen stellt auch im deutschen Versorgungsumfeld klinisch und gesundheitsökonomisch eine relevante Herausforderung dar. Die obigen Ergebnisse zeigen, dass Adherence-Steigerungen klinische Parameter verbessern können und sogar Hospitalisierungen reduzieren. Vor diesem Hintergrund überrascht der geringe Umfang an Projekten und Studien, die Adherence-steigernde Maßnahmen evaluieren und umsetzen, auch und gerade wenn derartige Programme bei weitem nicht stets erfolgreich sind [11].

Wenn sämtliche Beteiligte ihren Versorgungsauftrag ernst nehmen, sollten weitaus mehr Anstrengungen zur Verbesserung der Adherence unternommen werden. <<

¹ Die Schätzung basiert auf einer Betrachtung der durchschnittlichen Bewertungsrelation der mit den diabetesbezogenen Hospitalisierungen korrespondierenden DRG und des durchschnittlichen Landesbasisfallwertes für 2008.

BVA bezieht Stellung zur unterschiedlichen Aufsichtspraxis bei Selektivverträgen

>> In seinem kürzlich veröffentlichten Tätigkeitsbericht des Jahres 2012 nimmt das **Bundesversicherungsamt** auch Stellung zur Kritik, die auch der neuen BK-Dachverbandsvorsitzende Franz Knieps im Titelinterview der kommenden Ausgabe von „Monitor Versorgungsforschung“ erheben wird, dass teilweise eine unterschiedliche Aufsichtspraxis des Bundesversicherungsamtes und der Landesaufsichten bei Selektivverträgen zu beobachten ist. Obwohl sich das BVA nach eigenem Bekunden auf regelmäßigen Aufsichtsbehördentagungen und Arbeitsgruppensitzungen mit den Landesaufsichten und dem Bundesministerium für Gesundheit in der rechtlichen Bewertung abstimme, sei gleichwohl festzustellen, „dass Verträge vom Bundesversicherungsamt und einzelnen Landesaufsichten unterschiedlich bewertet“ werden.

Dies führe - so das BVA - zu Wettbewerbsverfälschungen zwischen den Krankenkassen, die jedoch die Konsequenz der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland seien,

während die sich bundesweit auswirkenden Folgen des Wettbewerbs der Krankenkassen und der meisten Leistungserbringer sowie Effizienzgesichtspunkte für eine bundesweit einheitliche Kassenaufsicht sprächen.

In 2012 sind dem Bundesversicherungsamt insgesamt 516 Verträge angezeigt und 17 Beanstandungen von ihm ausgesprochen worden. Die Zahl der Vertragsanzeigen steigt laut BVA stetig, so dass in 2013 mit rund 1350 Anzeigen zu rechnen ist.

Gründe für eine Beanstandung von Verträgen seien insbesondere:

- die Einbindung von nicht zugelassenen Vertragspartnern (Privatkliniken, nicht zugelassene Ärzte u.a.),
- Teilnahmebeschränkungen wie Mindestversicherungszeiten, Altersbeschränkungen, regionale Begrenzungen des Versorgungsangebots,
- Fehlen eines integrativen Versorgungsansatzes (schlichte OP-Leistung ohne Einbindung eines weiteren Sektors),

- die Erhebung von „Selbstbehalten“ über die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen hinaus
- und der Verzicht auf Einschreibeverfahren und Mindestbindung bei Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Behandlung.

Mit vielen Verträgen zur integrierten Versorgung, insbesondere im Bereich der Praxisklinken, wird - so die Kritik des BVA - versucht, Regelungsdefizite auf der Ebene von Kollektivverträgen oder des Verordnungsgebers (z.B. §§ 115, 122 SGB V) auszugleichen. Dies gelänge jedoch oft nicht, da etwa eine Operationsleistung alleine keine integrierte Versorgung darstelle.

Bezogen auf die Wirtschaftlichkeit der Verträge würde das BVA indes nur „maßvolle Anforderungen“ stellen. Bei Vertragsschluss könnten und müssten die Krankenkassen nur Prognosezahlen liefern, was das Amt regelmäßig ausreichen lasse. Probleme bereite den Krankenkassen aber offenbar insgesamt die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung nach §§ 140d, 73c Abs. 6 SGB V. <<

Autoren

Prof. Dr. Thomas Wilke

ist Leiter des Instituts für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik der Hochschule Wismar.



Sabrina Müller

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik der Hochschule Wismar.



Kontakt:
thomas.wilke@ipam-wismar.de

Einsparungen durch Prävention und Adhärenz

>> Dr. Rolf **Porsche** präsentierte jüngst eine Studie, in der Einsparungspotenziale von mindestens zwanzig Milliarden Euro identifiziert werden. „Gelder werden verschleudert, weil die Strukturen teilweise veraltet und Schnittstellen nicht organisiert sind“, kritisiert Porsche. 70% aller chronisch erkrankten Patienten würden nicht nach bekannten Standards versorgt, die Konsequenzen würden Unsummen verschlingen. „Innovationen, die wir im Alltagsleben bereits täglich nutzen, wie z. B. moderne Kommunikations- und Informationstechnologien, werden im Gesundheitswesen nicht ausreichend genutzt. Die Folgen sind dramatisch, denn u. a. auch durch mangelnde Informationen sterben jährlich zigtausende Patienten“, so Porsche weiter.

In seiner Studie will er die größten Qualitätsverbesserungs-

Einsparungspotenziale identifiziert haben, u. a. durch die Umsetzung effizienter Präventionsprogramme und die aktive Förderung der Therapietreue. Auch der sorgfältigere Umgang mit Medikamenten, insbesondere die Beachtung der Wechselwirkungen, sowie eine modernisierte, systematische Behandlung der Chroniker, das konsequente Bereitstellen von Patienteninformationen und der gezielte Einsatz von modernen Informationstechnologien führe zu massiver Kostenreduktion. <<

Thiemes AMNOG-Update

>> Der AMNOG-Update 2013 von **Thieme** steht an. Behandelt werden Fragen des Bestandsmarkts und der Versorgungsqualität. Save the Date: 4. Diskussionsforum Market Access & Health Economics am 6.11. in Berlin. <<

Bekanntnis zur Telemedizin

>> Die 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die Ende Juni in Potsdam tagte, fasste unter anderem einen einstimmigen Beschluss zur Telemedizin: Die Länder fordern darin die stärkere Förderung der Telemedizin. Ziel müsse es sein, Telemedizin in die Regelversorgung zu überführen. Der Beschluss bestärkt auch die Auffassung der **DGTeled**, dass von den Bundesländern nachhaltige Impulse für die telemedizinische Regelversorgung ausgehen und auch zukünftig eine hohe Verantwortung bei den Bundesländern liegen wird.

Auch beim 4. Nationalen Fachkongress (07-08.11.2013 in Berlin) werden Vertreter der Landesregierungen Bayern, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Thüringen ihre landespolitische Sicht zum Thema „Flächendeckende Versorgung und vernetzte Medizin mit Telemedizin“ darlegen. <<

AstraZeneca stellt ein Mehrwert-Service-Modell in einem eyeforpharma-Webinar vor

Jenseits der Pille: „Intelligent Pharma“

Wie kann die Pharmaindustrie einen Mehrwert schaffen, der über die bloße Herstellung und den Vertrieb von Arzneimitteln hinausgeht? Diese Frage stand im Zentrum des Webinars von eyeforpharma, eines Unternehmens, das sich selbst als Austauschplattform für Healthcare-Experten begreift. Bei der interaktiven Online-Konferenz unter dem Titel „Beyond the Pill“ (BTP) präsentierten Matt Bonam, Pharmaceutical Project Director bei AstraZeneca und Mark Brincat, Director of Product Strategy & Product Management bei Exco InTouch, ein gemeinsam entwickeltes Projekt, das allen Beteiligten nützt: Patienten erhalten Unterstützung beim Disease Management, Kostenträger optimieren ihren Service und Unternehmen gewinnen Zugang zu Patientendaten, die für die Produktstrategie entscheidend sind.

>> „Wenn knapp 900 Führungskräfte aus der Healthcare-Industrie sich für ein Webinar anmelden, dann wissen Sie, dass das Thema für die ganze Branche wirklich wichtig ist.“ Mit dieser Einleitung beginnt David Laws, ehemaliger Executive Director Customer Engagement bei Merck einen Bericht zum Webinar „beyond the pill“. Gleich im Titel des Reports stellt er die provokante Frage: „Sind Mehrwert-Services bloß ein Hype oder bereits die erste Stufe im Transformationsprozess des klassischen Pharma-Geschäftsmodells?“

Zwar habe sich die Zusammensetzung der Healthcare-Experten beim Webinar nicht gerade durch Homogenität ausgezeichnet, ebenso wenig wie ihre Ansichten, schreibt Laws. Doch seien Teilnehmer in einem Punkt übereingekommen, nämlich darin, dass der Mehrwert-Ansatz in Zeiten von Kosteneinsparungen und einem Bedarf an Ergebnis-Optimierungen ein großes Potenzial berge, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Einnahmequellen von Pharmaunternehmen.

In anderen Fragen gab es jedoch keine absolute Übereinstimmung unter den Teilnehmern, wie die Befragung von Lanre Ibitoye, Vice President bei eyeforpharma, zeigte. Gleich am Anfang des Webinars fragte er das Auditorium: „Denken Sie, dass die Pharmaindustrie dazu bereit ist, Behandlungsergebnisse an die erste Stelle zu setzen?“ Die Mehrheit der Befragten - 60 Prozent - beantwortete diese Frage mit „Ja“.

Ob jedoch die Branche auch bereit sei, BTP-Services zu implementieren (also, Dienstleistungen, die über die Herstellung und den Vertrieb von Arzneimitteln hinausgehen), bejahten etwas weniger Teilnehmer, nämlich knapp die Hälfte. Ein mehrheitliches „Ja“ erhielt Ibitoye auf die Frage, ob Verbraucher die Pharmaunternehmen je als Anbieter von Healthcare-Lösungen denn als Arzneimittelhersteller betrachten könnten. 62 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass sich die Haltung der Konsumenten in diese Richtung ändern kann.

Kluge Pharmazeutika

Wie dieser Prozess angesprochen werden könnte, machte der Astra-Zeneca-Experte Matt Bonam in seinem Vortrag deutlich. Er führte zunächst den Begriff der „intelligenten Pharmazeutika“ ein („intelligent pharmaceuticals“).

Diese könnten dazu beitragen, Patienten beim Disease Management, aber auch Ärzte und Kostenträger zu unterstützen. „Das Ziel ist, den größtmöglichen Behandlungserfolg für den Patienten zu erreichen“, sagte Bonam. Das Ausmaß derzeitiger Versorgungslücken sowie finanzieller Einbußen durch fehlende Diagnose und Behandlung von Krankheiten machte er am Beispiel Diabetes deutlich: Bei vielen Diabetes-Patienten sei die Krankheit nicht diagnostiziert oder aber nicht ausreichend behandelt.

In diesen Fällen könne Diabetes jedoch zu Nierenversagen, Schlaganfällen, Amputationen und Erblindungen führen. Die Rechnung des Experten machte die medizinische und finanzielle Dimension dieser Problematik deutlich: Während 24 Millionen der US-Bürger an Diabetes erkrankt seien, sei die Krankheit nur bei 18 Millionen Patienten diagnostiziert worden und bei 6 Millionen nicht.

Von den bereits diagnostizierten Fällen würden wiederum 15 Millionen ausreichend behandelt, drei Millionen der Patienten erhielten jedoch trotz Diagnose keine ausreichende Therapie. Hinzu komme die Tatsache, dass von den 15 Millionen behandelten Patienten lediglich 6 Millionen die Krankheit unter Kontrolle hätten, bei 9 Millionen bringe die Behandlung aber nicht die gewünschten Erfolge. Summa summarum, so Bonam: „Nur 6 Millionen Patienten haben ihre Krankheit im Griff, während sie bei 18 Millionen (inklusive der nicht diagnostizierten, aber nicht ausreichend behandelten Fälle) unkontrolliert verläuft.“ Die Behandlung von Diabetes-Patienten beanspruche circa 15 Prozent des nationalen Healthcare-Budgets, rechnete der Fachmann vor. 80 Prozent dieses Budgets müssten dabei die Folgen mangelhafter Behandlung ausgleichen.

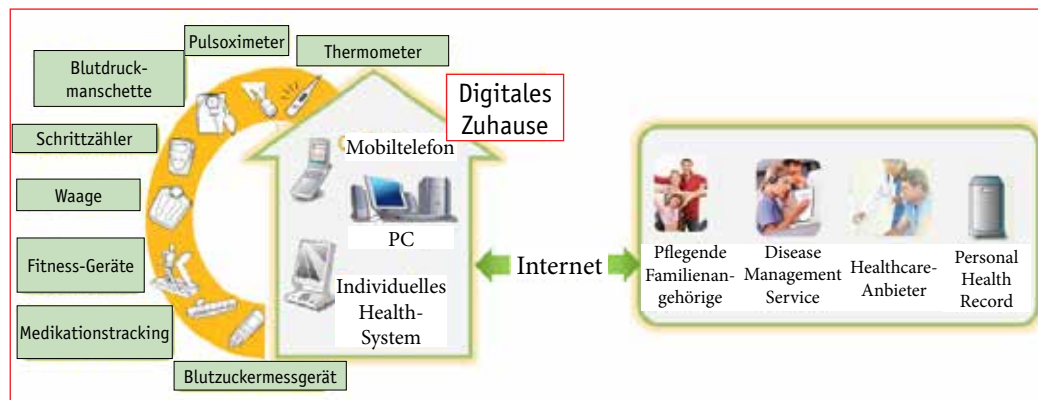


Abb. 1: „Manage chronic conditions“, für 860 Millionen chronisch Kranke, die es weltweit gibt, könnte dieses Modell von Continua Health Alliance die Lösung sein. Mitgliedsunternehmen dieser Allianz wollen dadurch chronische Kranke dabei unterstützen, gesünder zu leben und sie zum Austausch von Gesundheitsinformationen mit ihrem Pflege-Team anzuregen. Grafik: Continua Health Alliance.

„Kann ein digitales Zuhause die Lösung sein?“, fragte der AstraZeneca-Experte in die virtuelle Runde und zeigte am Modell der Continuous Health Alliance (s. Abb. 1), einem Non-Profit-Zusammenschluss von Healthcare- und Technologie-Unternehmen, was er darunter versteht. Bei der Kooperation haben sich unter dem Namen Health Alliance rund 200 Mitgliedsunternehmen zum Ziel gesetzt, ein IT-System von interoperablen Gesundheitslösungen zu etablieren, das die Patienten mit medizinischen Fachkräften verbindet und Gesundheitsdaten überträgt.

Die für ein „digitales Zuhause“ notwendige Technologie sei bereits vorhanden, hielt Bonam fest. Doch scheiterten viele Versuche, die IT in die gängige Praxis zu integrieren am Widerstand der Ärzte. Obwohl viele Projekte in der Pilotphase erfolgreich verliefen, sei die IT danach immer wieder auf die „aktive und passive Resistenz“ von Medizinern gestoßen. „Es wäre allerdings falsch, dieses Problem der Technophobie der Ärzte zuzuschreiben“, warnte Bonam. Denn immerhin hätten Mediziner innerhalb der letzten zehn Jahre stets fortschrittliche Technologien erschlossen und diese auch in die Diagnose und Behandlung von Patienten eingebunden.

„Was wir nun brauchen, ist eine neue Herangehensweise, um Mediziner zu Vorreitern von ‚Digital Healthcare‘ zu machen, anstatt sie zu bitten, die Technologie ‚zu erdulden‘“, forderte der Pharmaceutical Project Director. Dabei gehe es nicht so sehr um die Frage, was die Technologie grundsätzlich leisten kann, sondern vielmehr darum, wie sie in der Praxis angewendet wird. Eben an diesem Punkt, also in der Anwendungspraxis, sollen Kliniker und Healthcare Professionals von Pharmaunternehmen unterstützt werden, so die Überzeugung von Matt Bonam. Vor allem bei der Verbesserung der Behandlung und einer langfristigen Kontrolle sowie

Überwachung von chronischen Erkrankungen könnte das „digitale Zuhause“ einen wichtigen Beitrag leisten.

Wie dieser Beitrag konkret ausgestaltet werden kann, zeigte Mark Brincat von Exco InTouch anhand einer Case Study im zweiten Teil des Webinars. Gemeinsam mit AstraZeneca entwickelte Exco InTouch ein „Real Time Disease Management Tool“ für chronisch kranke Patienten (s. Abb. 2).

Drei Optionen für BTP

Weitere Beispiele und Überlegungen zur BTP-Strategie fasste David Laws in seinem Webinar-Bericht zusammen. Bei der Frage, welcher der nächste Schritt in der Entwicklung von BTP-Strategien realistischerweise von Unternehmen gegangen werden kann, nennt Laws drei Optionen.

Als erste Möglichkeit sieht er die Verknüpfung der Medikamente mit einem zusätzlichen Nutzen wie etwa Services, Lösungen und

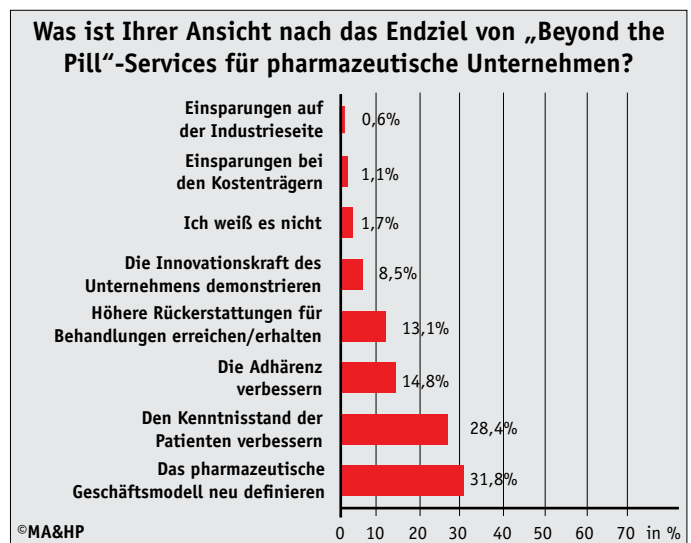


Abb. 2: Frage nach dem Endziel von „Beyond the Pill“-Services für pharmazeutische Unternehmen. Quelle: Umfrage unter 291 Pharmaexperten, eyeforpharma.

Ressourcen, die die Verbraucher nützlich finden, weil sie ihnen helfen, das Behandlungsergebnis zu optimieren und der Pharma gleichzeitig dazu verhelfen, die Absatzzahlen zu erhöhen. Solche Produkte bezeichnet Laws als „pro-

duct plus services“. Typischerweise zählten auch Adhärenz-Programme zu dieser Kategorie, aber auch Patienten-Unterstützungsprogramme und Informationen zur Krankheit. Bei dieser Art der Dienstleistung beobachtet der Autor einen ver-

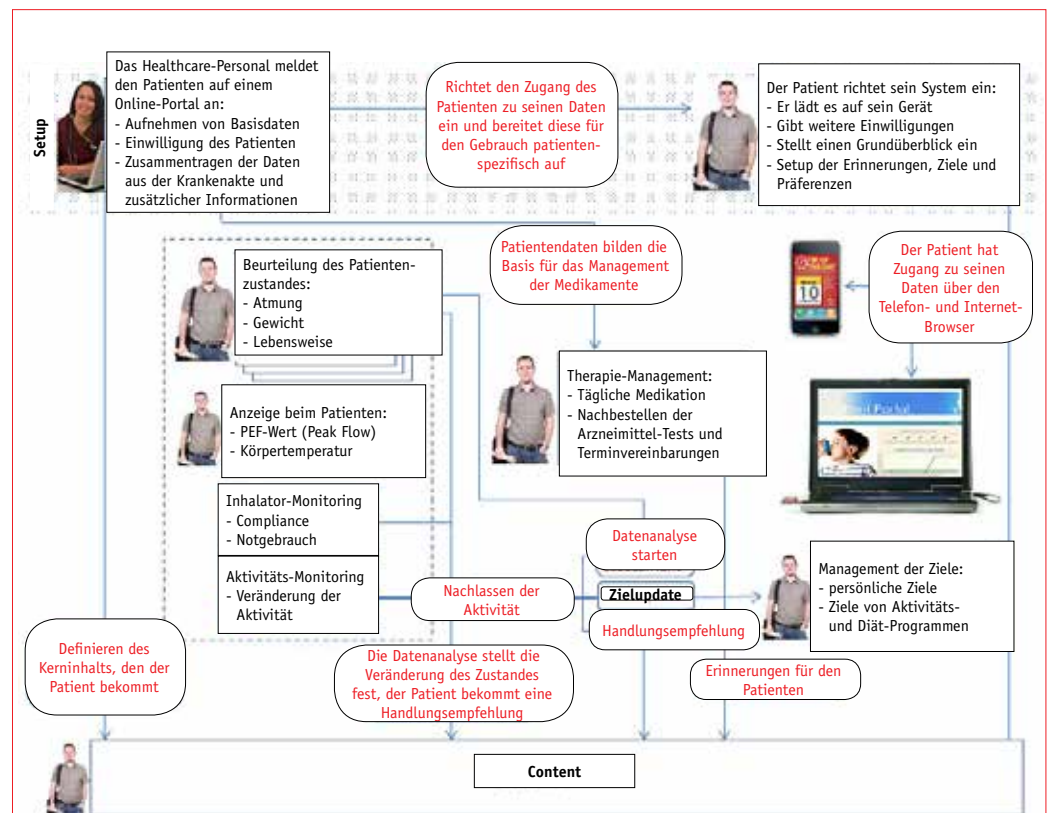


Abb. 3: Integrierte Lösung für Asthma-Patienten, entwickelt von AstraZeneca und Exco InTouch. Grafik: Exco InTouch.

stärkten Gebrauch von neuen Technologien und alternativen Kommunikationskanälen.

Als zweite Option können laut Laws

beziehungsweise weitere oben genannten Services verkauft, anstatt kostenfrei angeboten werden. In diesem Fall würden aber diese Services immer noch mit Produkten verknüpft.

Eine andere - aus seiner Sicht „spannendere“ - Möglichkeit bestehe darin, die Services von den Produkten abzukoppeln und entsprechende Lösungen zu verkaufen, die das Behandlungsergebnis des Patienten verbessern und Gesundheitskosten reduzieren. In diesem Fall handele es sich um eine „Umgestaltung der Spielregeln“.

Die dritte Option bestehe schließlich darin, das Geschäftsmodell von grundauf zu verändern. Dies gehe mit einem tief-

greifenden Wandel einher, glaubt Laws. Dabei bezieht sich der Autor auf den Mitgründer von 3GDoctor (einer Online-Plattform für Patienten, die Ärzte nach Rat fragen können) David Doherty, der „Beyond the Pill“ ebenfalls mit einem „disruptiven Wandel“ in Verbindung brachte. „Ich denke, er hat absolut Recht damit“, ist Laws überzeugt.

Seiner Meinung nach erfordert der BTP-Ansatz ganz neue Fähigkeiten, eine neue Denkweise sowie neue Lösungen, die vom medizinischen Geschäftsmodell völlig abgekoppelt sind. Für ihn ist es auch nachvollziehbar, dass bislang kaum Unternehmen solche „dramatischen“ Schritte wagen, einen Sprung weg vom Kerngeschäft hin zu etwas Neuem und Riskanten. „Umso wichtiger ist es, entsprechendes Potenzial zu entwickeln“, so Laws.

Eine weitere wichtige Frage erläutert der Berichtautor ebenfalls, nämlich, ob die potenziellen Zahler auch tatsächlich dazu bereit sind, für BTP-Services zu bezahlen. „Aufgrund des Mangels am Vertrauen gestaltet sich der Verkauf an potenzielle Kostenträger als schwierig, wenn nicht sogar als unmöglich, es sei denn, es gelingt der Pharmaindustrie zu zeigen, dass ihre Services nicht in einem zwangsläufigen Zusammenhang mit ihren Produkten stehen“, resümiert der Experte. Wenn ein Unternehmen also seine BTP-Lösung verkauft und das wiederum auch den Produktabsatz steigert, sei es zwar ein doppelter Gewinn für die Industrie, jedoch weniger attraktiv für die Kostenträger, glaubt Laws. „Heute beobachten wir, dass die Payer der Kooperation mit Pharma bei der Entwicklung von Lösungen und Services durchaus aufgeschlossen sind“, berichtet der Fachmann. Doch seien sie nur dann bereit die Kosten zu übernehmen, wenn

die Dienstleistungen vom Arzneimittelverkauf abgekoppelt sind.

Als nächste Schritte empfehlen die Webinar-Experten den Unternehmen, eine klare und präzise Strategie zu entwickeln, die vom ganzen Unternehmen getragen wird. Es reiche nicht aus, wenn ein CEO der Firma verkündet, dass sein Unternehmen eine BTP-Strategie verfolgen will. Viel mehr müsse die Strategie von der ganzen Senior-Ebene getragen, unterstützt und kommuniziert werden. Dafür seien neue Ressourcen nötig sowie entsprechende Belohnungsmodelle für die Mitarbeiter. Unter Umständen müssten sogar ganz neue Abteilungen, wenn nicht sogar Rechtseinheiten geschaffen werden, um die Trennung vom Kerngeschäft der Arzneimittelherstellung zu gewährleisten, so die Empfehlung. Bei der Gründung eines zusätzlichen separaten Unternehmens könne das Kerngeschäft im gewohnten Umfeld bleiben, die BTP-Services aber in einem neuen angesiedelt werden. „Die richtige Balance zwischen Alt und Neu zu schaffen – darin besteht die entscheidende Herausforderung der Zukunft“, schlussfolgern die Experten.

Das Webinar war das zweite seiner Art und ist eingebettet in die „Beyond the Pill“-Veranstaltungsreihe von eyeforpharma. Als Nächstes veranstaltet das Unternehmen in diesem Rahmen die Konferenz „Value Added Services 2013“ am 01./02.10. in London. Das Programm beinhaltet u.a. eine neue BTP-Case-Study von Celgene. Darüber hinaus werden Ärzte erklären, wie eine ganzheitliche Patientenversorgung die Markenreputation verbessern kann.

Weitere Informationen:
www.eyeforpharma.com/value-beyond-the-pill <<

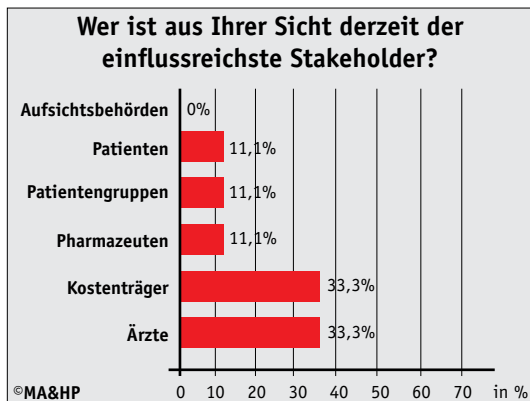
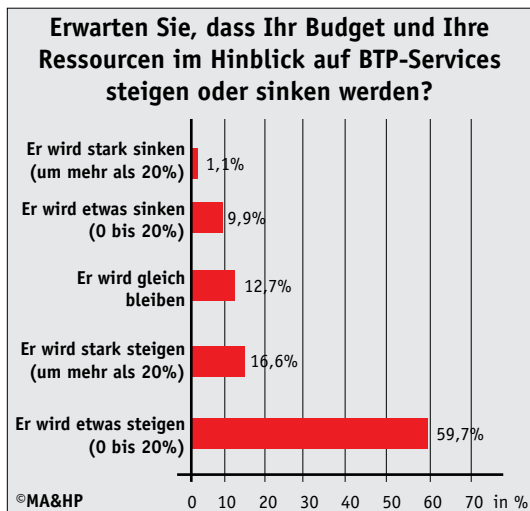
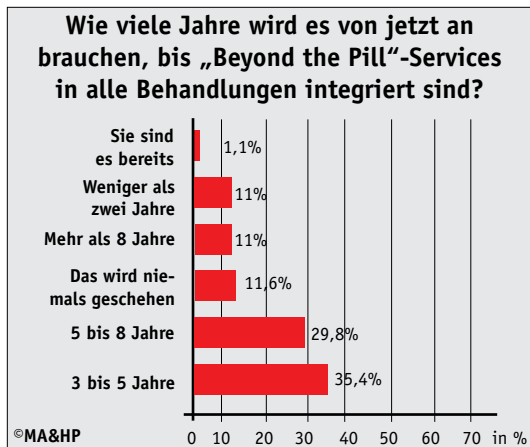


Abb. 4: Die Infografiken basieren auf den Zahlen der Umfrage von eyeforpharma, die im Vorfeld des Webinars unter 291 Pharmaexperten durchgeführt wurde.

VERSORGUNGSFORSCHUNG TRIFFT VERSORGUNGSMANAGEMENT TRIFFT POLITIK

www.monitor-versorgungsforschung.de/abonnement abo@m-vf.de Fax: 0228-7638280-1

MonitorVersorgungsforschung-einMediumdereRelationAG-ContentinHealth-Kölustraße119-53111Bonn-Tel.0228-76382800-mail@m-vf.de

Beratung und integrative Lösungen für Player im Healthcemarkt

Starker Partner im Gesundheitswesen

Die stetigen Veränderungen im Healthcemarkt stellen alle Player vor zahlreiche Herausforderungen. Für diese komplexen Aufgaben bietet die Onyx GmbH integrierte und interdisziplinäre Lösungen. Das Onyx-Team sieht sich dabei als verlässlichen und kompetenten Partner, der seine Kunden zielgerichtet und den jeweiligen individuellen Bedürfnissen entsprechend durch den „unübersichtlichen Dschungel“ Gesundheitsmarkt führt. Das Leitmotiv: „Wir möchten das Gesundheitswesen durch Vernetzung effizienter gestalten.“ Wichtigste Grundpfeiler bei der Arbeit sind Transparenz und Kommunikation.

>> „Die Veränderungen im Gesundheitsmarkt bieten allen Teilnehmern neue Möglichkeiten, aber auch Risiken“, erläutert Andreas Meinhold, Gründer und Geschäftsführer der Onyx GmbH. „Wir sind überzeugt davon, dass die vielfältigen Herausforderungen nur mit integrativen und interdisziplinären Lösungen erfolgreich bewältigt werden können.“ Diese Überzeugung umschreibt gleichzeitig die Unternehmensphilosophie und das Leitmotiv, dem sich die Gesellschafter und Mitarbeiter von Onyx verschrieben haben. Tomas Nadler, ebenfalls Mitgestalter der Beratungsgesellschaft, ist sich sicher, dass im Gesundheitswesen ausreichend Potenzial steckt. Um dieses Potenzial effektiv zu nutzen, müssten die verschiedenen Player des Marktes miteinander kommunizieren und besser zusammenarbeiten, so Nadler. Effizienz in dem Bereich kann seiner Auffassung nach nur durch Vernetzung von Partnern und Verzahnung von Maßnahmen erreicht werden. „Unser Anspruch ist es, zwischen den verschiedenen Akteuren zu ‚vermitteln‘ und sie zusammenzubringen“, sagt Andreas Meinhold.

Das Leistungsspektrum basiert auf vier Grundpfeilern: Market Access, Markenführung, Medical Economy sowie Medical Education. Im Serviceangebot spiegelt sich die ökonomische, sozialwissenschaftliche und medizinische Sachkom-

petenz der Mitarbeiter wider. Tomas Nadler betont in dem Zusammenhang, dass die einzelnen Pfeiler jedoch nicht als unüberwindliche Monolithen zu betrachten sind. Ganz im Gegenteil: „Die Bereiche greifen ineinander über.“ Und Andreas Meinhold führt weiter aus: „Wir denken und handeln vernetzt, um gemeinsam mit unseren Kunden die bestmöglichen Lösungen zu erreichen.“

Zum Bereich Market Access gehören neben Beratung zur frühen Nutzenbewertung und dem Managen des Preisfindungsprozesses auch die Durchführung von Advisory Boards. Marktanalysen, Marketingplanung sowie Produktmanagement bilden den Bereich Markenführung. Um die fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Bereichen zu verdeutlichen, führt Tomas Nadler das Beispiel an, „dass der klassische Marketeer heutzutage nicht ohne Market Access agieren kann - es muss Hand in Hand gehen“. Und diesem Hand-in-Hand-Prinzip folge auch die Denk- und Arbeitsweise von Onyx.

Medical Economy umfasst Beratung rund um die Gründung und Organisation von Ärztenetzen. „Dabei kommt uns die Erfahrung beim Management des erfolgreichen Ärztenetzwerks ‚HaffNet‘ entgegen“, so Meinhold. Nicht zuletzt bietet Onyx auch Außendienst-Schulungen und Ärzte-Fortbildungen an.

„Wir sehen uns als Partner für unsere Kunden“, beschreibt Tomas Nadler das Selbstverständnis des Onyx-Teams. „Die Beratungsleistungen und Lösungen, die wir bieten, sind individuell auf die Bedürfnisse und Fragestellungen der Kunden zugeschnitten.“

Die Stärke des Beratungsunternehmens liegt in der Erfahrung und dem Know-how der Mitarbeiter begründet. „Wir kennen die verschiedenen Player, sprechen deren Sprache und denken uns in deren Bedürfnisse hinein“, so Meinhold. Deshalb könne Onyx als Übersetzer und Vermittler zwischen den Gruppen agieren. Oft gehe es erst einmal darum, Berührungspunkte zwischen den Playern abzubauen und Verständnis füreinander aufzubauen. „Natürlich sind die Akteure von unterschiedlichen Interessen geleitet, aber letztendlich verfolgen alle das gleiche Ziel: nämlich eine bessere Versorgung für die Patienten zu erreichen“, konstatiert Nadler.

Das große Netzwerk aus Entscheidern und Meinungsbildern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, auf das Onyx jederzeit zurückgreifen kann, stellt eine weitere Besonderheit dar.

Ein wichtiger Aspekt, der alle Dienstleistungen kennzeichnet, ist Transparenz. „Das gehört für uns zu einer echten Partnerschaft auf Augenhöhe dazu“, erklären Meinhold und Nadler unisono. <<

<< In unserer Arbeit integrieren wir ökonomische, sozialwissenschaftliche und ärztliche Sachkompetenz, die durch die verschiedenen Expertise-Hintergründe unserer Mitarbeiter widergespiegelt wird. Wir sind überzeugt davon, dass sich die gewaltigen Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht, nur interdisziplinär & integriert bewältigen lassen. >>



Andreas Meinhold und Tomas Nadler von der Onyx GmbH.

Onyx GmbH


Seit 2004 ist die Onyx GmbH im deutschen Gesundheitsmarkt tätig. Das Leistungsportfolio beruht auf den vier Grundpfeilern Market Access, Markenführung, Medical Economy sowie Medical Education. Das Spektrum der Tätigkeiten reicht von der AMNOG-Beratung über Marktanalysen hin zu Versorgungsmodellen für alle Player im Gesundheitswesen sowie Außendienst-Schulungen und Ärzefortbildungen. Im Bereich Medical Economy bietet Onyx Unterstützung und Beratung beim Aufbau ökonomischer Strukturen von Ärztenetzen. Beratung im Bereich Versorgungs- und Vertragsmanagement runden das Portfolio ab.

Darüber hinaus kann Onyx auf ein großes Netzwerk von Entscheidern aus den unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens zurückgreifen. Dazu gehören u.a. Vertreter aus der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der bundesstaatlichen Selbstverwaltung, Apothekerverbände, Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sowie medizinische Meinungsbildner.

Andreas Meinhold studierte Sozial- und Wirtschaftswissenschaften an der Universität Magdeburg zum Master im Bereich Gesundheitsökonomie und war nationaler Leiter für Gesundheitsmanagement in einem internationalen pharmazeutischen Konzern. Er verfügt über jahrzehntelange Erfahrung in den Bereichen des Gesundheitsmanagements und der Gesundheitspolitik.

Tomas Nadler studierte Business Management in Berlin, New York und England. Es folgte ein Zusatzstudium im Bereich der Gesundheitsversorgung. Nach verschiedenen Tätigkeiten im niedergelassenen sowie stationären Sektor arbeitete er zuletzt in der Position des Produktmanagers bei einem internationalen Pharmakonzern.

Onyx
Integratives Gesundheitsmanagement GmbH
Pattenser Str. 1-5
D-17373 Ueckermünde
T: 039771 - 54 974
F: 039771 - 54 975
E: info@onyx-health.com
I: www.onyx-health.com



Nutzen Sie jetzt die Vorteile, auf IMS Informationen auch mobil zugreifen zu können

IMS verfügt über einzigartige Informationsressourcen, bewährte analytische Methoden und ein fundiertes Technologie-Know-how und kann seinen Kunden somit behilflich sein, Nutzen aus den zunehmend komplexeren Datenquellen zu ziehen und dadurch wirtschaftliche Vorteile zu erzielen.

Mithilfe der neuen App *IMS Mobile Insights* können wir unsere Erfahrung und Marktcompetenz nun auch direkt über Smartphones und Tablet PCs an Ihr Management weitergeben.

Informationen werden in Form von visuell attraktiven Grafiken präsentiert, um wesentliche Aspekte zu erkennen, Analysen hervorzuheben und Handlungsbedarf zu betonen.

Kontaktieren Sie uns, wenn Sie Interesse an einer Demonstration haben, oder sehen Sie sich das Video auf unserer Webseite an.



IMS Mobile Insights

Insight and understanding on the move

Für Außendienstmitarbeiter, Verkaufsmangement, Brandmanager und Geschäftsleitung.



info@de.imshealth.com



+49 (0)69 6604-0



www.imshealth.com/mobileinsights