

Möglichkeiten einer Krankenkasse zur Leistungssteuerung

Roland Linder

10. Jahrestagung "Consumer Health Care"
22. Oktober 2010, Magnus-Haus, Berlin



Aspekte der Leistungssteuerung

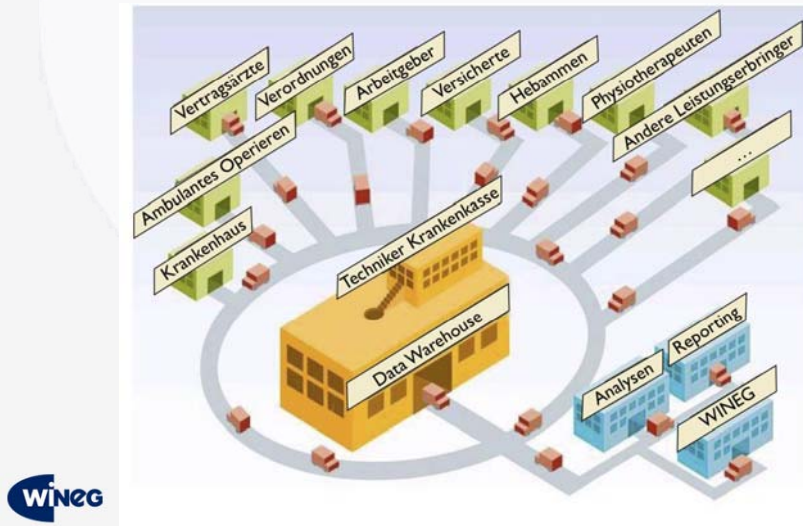
in Bezug auf die Nutzung wissenschaftlicher Ergebnisse für...

- **Vorstellung WINEG**
- Selektivverträge
- Politikbeeinflussung
- Patientenansprache



Vorstellung WINEG

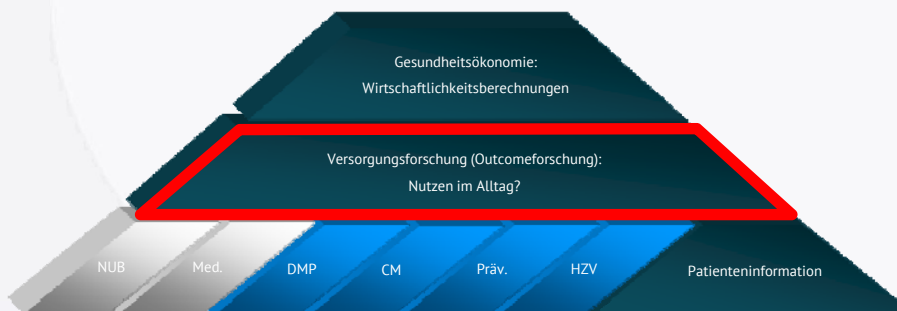
Data Warehouse



3

Vorstellung WINEG

Versorgungsforschung im Kontext



NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 Med.: Medikamente
 DMP: Disease Management Programme
 CM: Case Management
 Präv.: Prävention
 HZV: Hausarztzentrierte Versorgung



4

Vorstellung WINEG

Beispiele für Innovationsbewertung

Innovationsbewertung der permanenten interstitiellen Brachytherapie beim Prostata-Ca auf Basis von GKV-Routinedaten-Analysen

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung/5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Kosten-Nutzen-Überlegungen des WINEG zum GBA-Zweitmeinungsverfahren bei besonderen Arzneimitteln

9. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung/5. Jahrestagung Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Innovationsbewertung Vertebroplastie / Kyphoplastie bei Patienten mit Osteoporose

Kooperation mit IGES: Osteoporose in Deutschland: Prävalenz, Behandlung und Kosten



5

Standzeiten von Gelenkendoprothesen

Motivation

DER SPIEGEL 1/2009 VOM

Kein TÜV für Prothesen – noch!

Autoren: Ulrike Demmer u

Auf der Mängelliste der Medizinprodukte immer wieder ganz oben: gebrochene Hüftprothesen. Von knapp 170.000 Implantaten, die in Deutschland jährlich eingesetzt werden, sind schätzungsweise 5.000 fehlerhaft. Hinter solchen Zahlen stecken Menschen, für die ein Materialfehler nicht nur lange und mühsame Rechtsstreitigkeiten um Schadenersatz bedeutet, sondern vor allem neue O

MEDIZIN

"Wie ein Strom:

400 000 künstliche Gelenk Materialfehlern. Die Patier bricht.

Ralf Siegel wollte an dies er sich am Kleiderschar Methode hatte er sich ange

Doch diesmal machte es Schmerz durchzog seine ri

Vor gut vier Jahren war di habe geweint vor Freude", künstliche zu ersetzen." schmerzfreies Leben führ hatte man ihm versprochei

Weit gefehlt. Der fingerdicl vergangenen Mai. Siegel 001, in einer weißen Dos Arzt, die Siegel vor zwei Wc

Dabei geht es nicht um di nicht schon vor drei Jahr Implants Teilstücke des I genommen – wegen einer erhöhten Rate von Problemfäll und Medizinprodukte. Das Unternehmen tauschte damals gegen andere Modelle aus. Dass auch die Artikelnumme Hüftgelenk, betroffen war, erfuhr Siegel nicht.

Häufige Materialfehler

Die linke, künstliche Hüftprothese. Sein Anwalt verm Zentrum für Werkstoffanaly Gerichtsachverständiger für schuld sein, will Jörg Heyne passiert öfters. Es gibt rege Brüchen kommt. Es können der Anwalt für Medizinrecht

Rund 170.000 Hüftprothese allerdings nur Schätzungen. Operationsverlauf und den

27.08.2008 13:10 Uhr

Drucken | Versenden | Kontakt

Mangelhafte Implantate

Schlottern im Gelenk

Mehr als eine Million Implantate werden jedes Jahr eingesetzt. Doch ob die Produkte halten, was sie versprechen, weiß man nicht. Denn ein Mangelregister fehlt.

Von Martin Kotynek



Knapp 400 000 Menschen erhalten jedes Jahr ein künstliches Hüftgelenk. Viele Hersteller bieten Prothesen an. (Foto: dpa)

Austausch von Hüftprothesen und ihren Komponenten 2007 in Deutschland: 21 782
Steigerungsrate gegenüber 2003 rund 100 %
Quelle: www.bqs-outcome.de

Monate nach der Implantation. Herzrhythmus. Solche Zwischenfälle sind zu

1 Patienten einquetschen, mag ebensd vergangenen vier Jahren 16 Mensche uen können, dass die Geräte, die in it also wie Medikamente vor der Zulass

und unüberschaubar: Etwa 400.000 s jangenen Jahr für Prothesen, Kompre

Das sind nur vier Milliarden Euro weniger als die gesetzlichen Krankenkassen des Bruttoinlandsproduktes macht die Summe aus.

Doch anders als Medikamente, die in einem aufwendigen Zulassungsverfahren müssen Hersteller von Medizinprodukten in der EU lediglich nachweisen, dass die Geräte funktionieren. Ein vor allem oder Dekra genügt. Ob die Produkte im Körper leisten, was sie versprechen, muss nicht belegt sein.

Standzeiten von Gelenkendothesen

Fragestellung

Wie lang sind die Standzeiten tatsächlich?

oder:

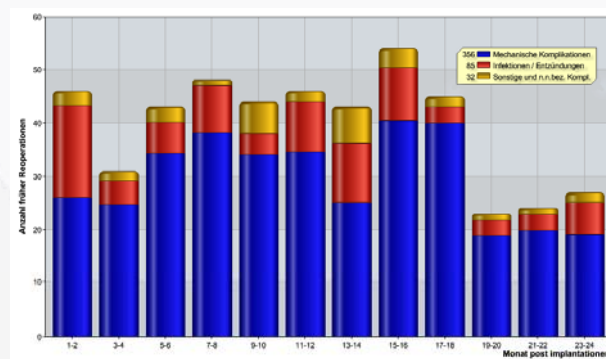
Wie viel Prozent der Kunstgelenke müssen bereits innerhalb der ersten 2 Jahre nach Implantation gewechselt oder entfernt werden (*Short-term complications*)?



7

Standzeiten von Gelenkendothesen

Standzeiten innerhalb der ersten 2 Jahre nach Primärimplantation einer Kniegelenkendothese



Es überwiegen die mechanischen Komplikationen.

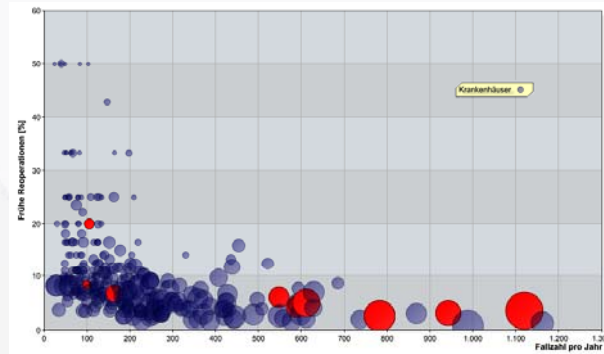
Der Verlauf unterscheidet sich deutlich gegenüber frühen Reoperationen des Hüftgelenks, welche nach den ersten zwei Monaten stark rückläufig sind.



8

Standzeiten von Gelenkendoprothesen

Komplikationsraten nach Primärimplantation einer Kniegelenkendoprothese



Streudiagramm: Jeder Kreis steht für ein Krankenhaus. Seine Fläche korreliert mit der Zahl an KEP-Implantationen von TK-Versicherten. Auf der Abszisse abgetragen sind die jährlichen Fallzahlen laut BQS. Rot dargestellt sind Krankenhäuser, mit denen die TK IV-Verträge zur endoprothetischen Versorgung abgeschlossen hat.

9

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Motivation

- **EUR 1,1 Milliarden** für DM-Programme in 2009
- "Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (**Evaluation**)"

(SGB V § 137f Abs. 2 Nr. 6)

"Grundlage der Evaluation bilden die für den Evaluationszeitraum relevanten versichertenbezogenen Dokumentationen nach § 28f, **alle Leistungsdaten sowie Abrechnungsdaten** der teilnehmenden Leistungserbringer für die im Evaluationszeitraum eingeschriebenen Versicherten."

"Die Möglichkeiten des Vergleiches zu einer **Kontrollgruppe** nicht eingeschriebener Versicherter oder nicht teilnehmender Leistungserbringer sind zu prüfen."

(Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV Anlage 1 zu § § 28b bis 28g: Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2)



10

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Fragestellung

**Können Routinedaten helfen, Programmeffekte
hinsichtlich medizinischem Outcome und Kosten
zu identifizieren**



Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

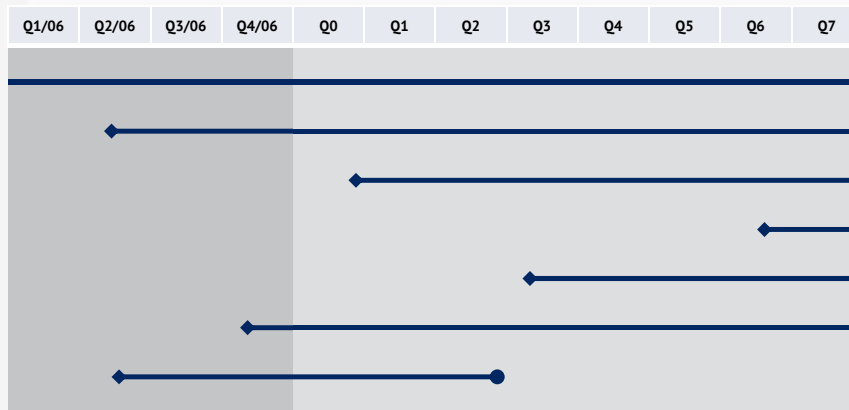
Bisherige Evaluationen

- Bericht des **Bundesversicherungsamtes** zur vergleichenden Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 2.
- Miksch A, Laux G, Ose D, et al.: Is there a **survival benefit** within a German primary care-based disease management program? Am J Manag Care. 2010; 16: 49-54.
- Schäfer I, Küver C and Gedrose B, et al.: The disease management program for type 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care - **a follow-up survey of patient's experiences**. BMC health services research 2010; 10: 55.
- Prof. Dr. med. H. Berthold (**Charité**):
<http://www.faz.net/s/Rub7F74ED2FDF2B439794CC2D664921E7FF/Doc~E7EDF5B60C426439AA65CCFC2BE643687~ATpl~Ecommon~Scontent.html>. Sommer 2010.

NEU: Evaluation des WINEG

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Versichertenstichprobe (84.410 Teilnehmer, 144.910 Nicht-Teilnehmer)



◆ Zeitpunkt einer (möglichen) DMP-Einschreibung

13

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Selektionseffekte und Programmeffekte

<< Bei der Bewertung der vorliegenden Ergebnisse sind grundsätzlich drei mögliche Effekte zu beachten:

- ein **Selektionseffekt bei Versicherten**, d.h. dass sich "gesündere", "gesundheitsbewusstere" oder insgesamt "aktivere" Versicherte häufiger für ein DMP entscheiden bzw. dass diese Versicherten auch häufiger von ihren behandelnden Ärzten als geeignet für ein DMP eingestuft werden: dabei ist auch eine sozialpolitische Selektion nicht auszuschließen,
- ein **Selektionseffekt bei den behandelnden Ärzten**, d.h. dass bessere Ergebnisse im Rahmen der DMPs im Vergleich zu "Nicht-DMP" den Unterschied in der Versorgung zwischen den bislang aktiv teilnehmenden Ärzten und den eher "DMP-kritischen" abbilden ("early adopters-Phänomen"),
- ein **"echter" Programmeffekt**, der sich im Verlauf seit der Programmeinführung im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung zeigt. >>

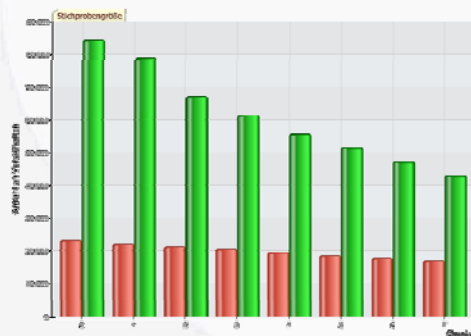
Ulrich W, Marschall U und Graf C: Versorgungsmerkmale des Diabetes mellitus in Disease-Management-Programmen. Ein Vergleich von in die DMP eingeschriebenen und nichteingeschriebenen Versicherten mit Diabetes. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 2007; 16(6): 407-41.



14

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Stichprobengrößen



Matching Parameter

- Alter
- Geschlecht
- Pflegestufe
- Sozioökonom. Parameter
- Pharmakosten
- Krankenhauskosten
- DDD (Defined Daily Dosis)
- Relevante Komorbiditäten

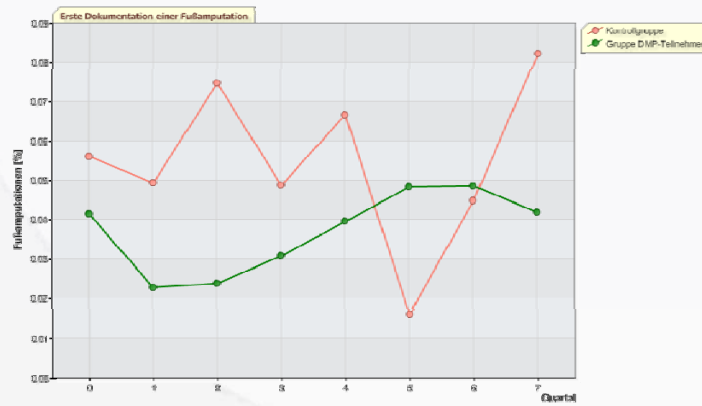
Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Propensity Score Interval Matching: Effekt

Parameter	Grp. D	Grp. N	p (D vs. N)	Grp. NM	p (D vs. NM)
Herzinfarkt	0.99 %	1.08 %	0.0466	1.00 %	0.9462
Schlaganfall	1.70 %	1.52 %	0.0001	1.70 %	0.9729
Periph. art. Verschlusskrankheit	6.75 %	4.45 %	< 0.0001	6.66 %	0.6211
Erblindung	0.51 %	0.48 %	0.3283	0.49 %	0.6720
Terminale Niereninsuffizienz	0.34 %	0.45 %	< 0.0001	0.33 %	0.9426
Polyneuropathie	6.80 %	1.95 %	0.0000	6.86 %	0.7386
Fußamputation	0.19 %	0.10 %	< 0.0001	0.18 %	0.5902
Pflegestufe 1	1.70 %	2.17 %	< 0.0001	1.70 %	0.9322
Pflegestufe 2	0.84 %	1.48 %	< 0.0001	0.82 %	0.7116
Pflegestufe 3	0.11 %	0.46 %	< 0.0001	0.16 %	0.0619

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich der Inzidenz von Fußamputationen



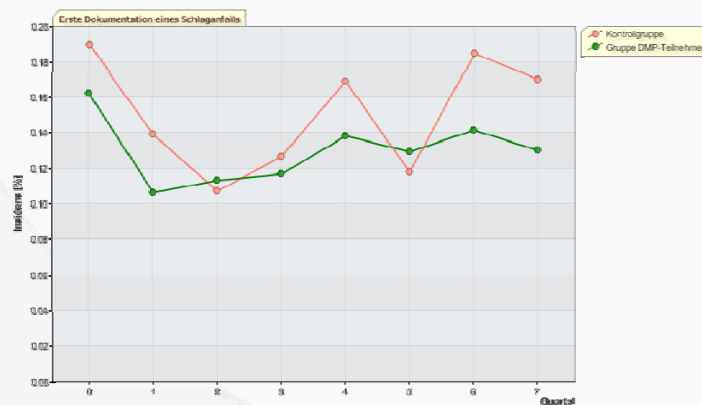
Das Beispiel zeigt, dass DMP-Teilnehmer in den meisten Quartalen nach Einschreibung bessere Ergebnisse zeigen als die Kontrollgruppe.



17

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich der Inzidenz von Schlaganfällen



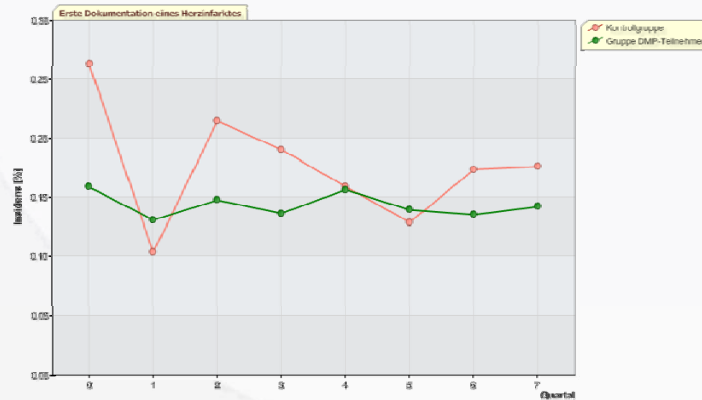
Die Ergebnisse fallen für die DMP-Teilnehmer geringfügig besser aus.



18

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich der Inzidenz von Herzinfarkten



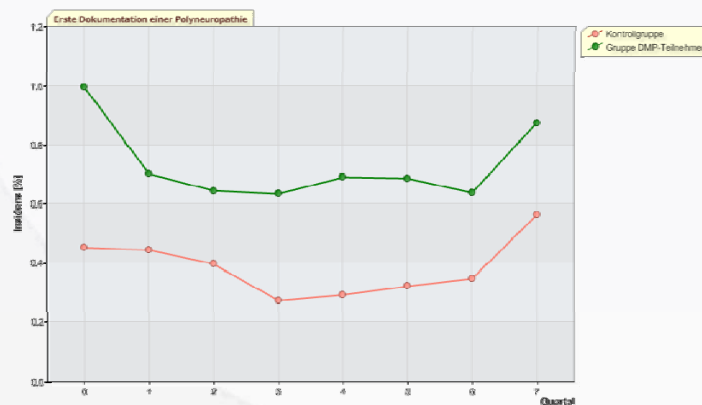
Auch hier fallen die Ergebnisse für die DMP-Teilnehmer geringfügig besser aus.



19

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich der Inzidenz von Polyneuropathie



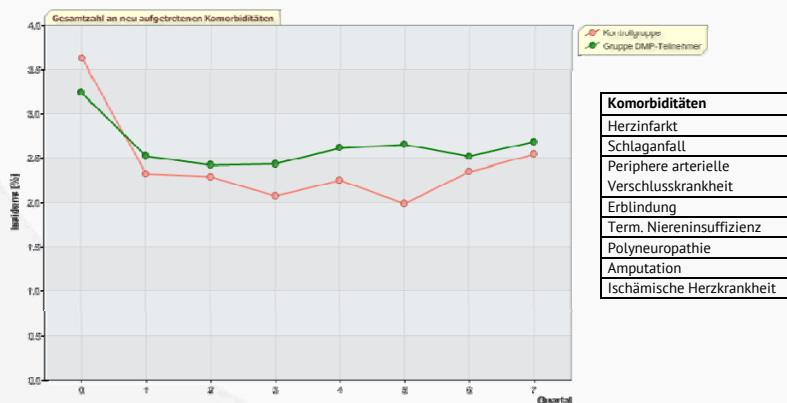
Die Ergebnisse sind besser für die Kontrollgruppe. Zumindest teilweise lässt sich das durch Unterschiede im Dokumentationsverhalten erklären.



20

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich von summierten Inzidenzen relevanter Komorbiditäten



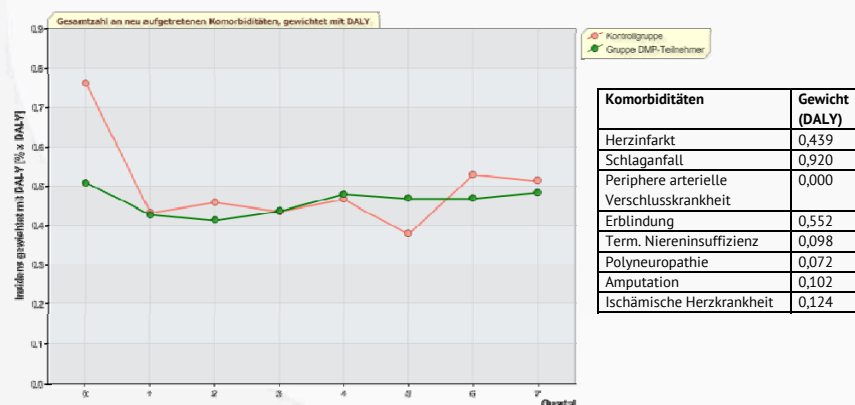
Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigen die DMP-Teilnehmer in nahezu allen Quartalen des Beobachtungszeitraums schlechtere Ergebnisse.

Ursächlich dafür ist u.a. die vergleichsweise hohe Inzidenz der Polyneuropathie, bei der die Kontrollgruppe bessere Ergebnisse zeigt (unvollständige Dokumentation?).

21

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich von DALY-gewichteten Inzidenzen relevanter Komorbiditäten



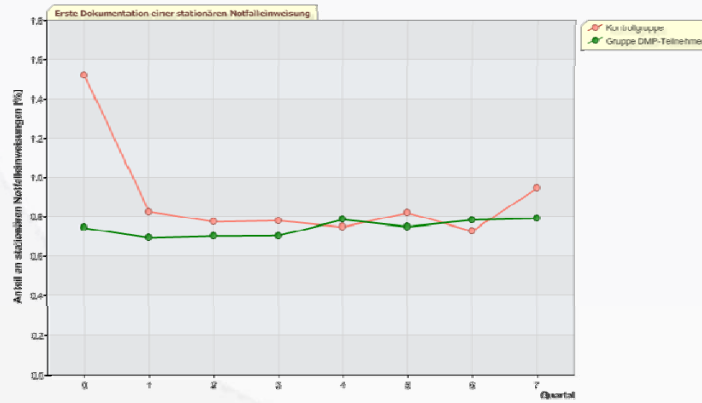
Werden die Inzidenzen mit DALYs (Disability-adjusted life years) gewichtet, sind die Ergebnisse vergleichbar.

Das DMP zeigt hinsichtlich der Inzidenz relevanter Komorbiditäten weder Vor- noch Nachteile gegenüber der Regelversorgung.

22

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich der stationären Notfallweisungen



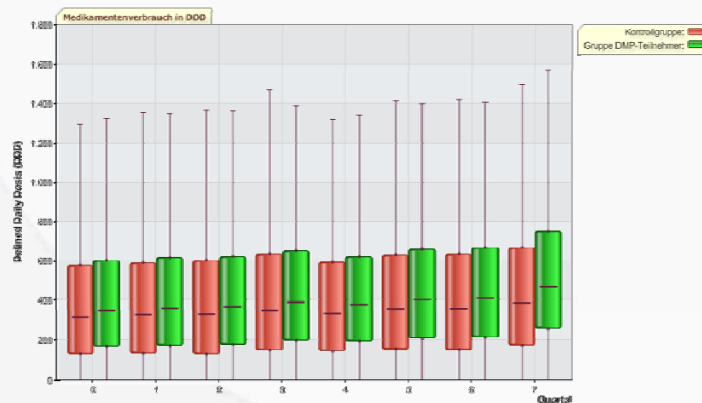
Die Ergebnisse für die DMP-Teilnehmer sind geringfügig besser, insgesamt denen der Kontrollgruppe jedoch sehr ähnlich.



23

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Vergleich des Medikamentenverbrauchs in DDD (Defined Daily Dose)



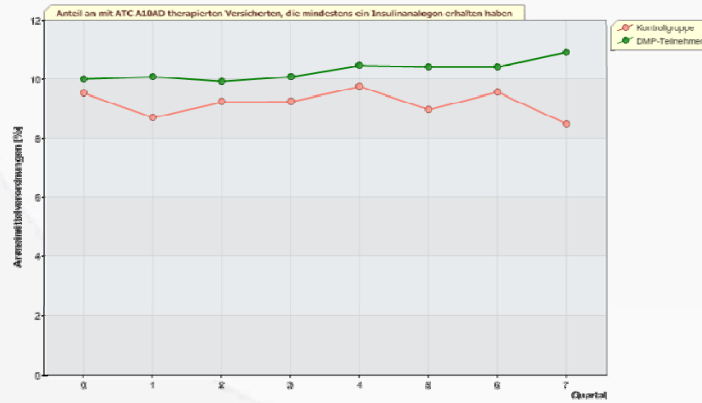
Der Medikamentenverbrauch gemessen in DDD liegt für die DMP-Teilnehmer in allen Quartalen oberhalb des Verbrauchs der Kontrollgruppe.



24

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Anteil der Insulinanaloge

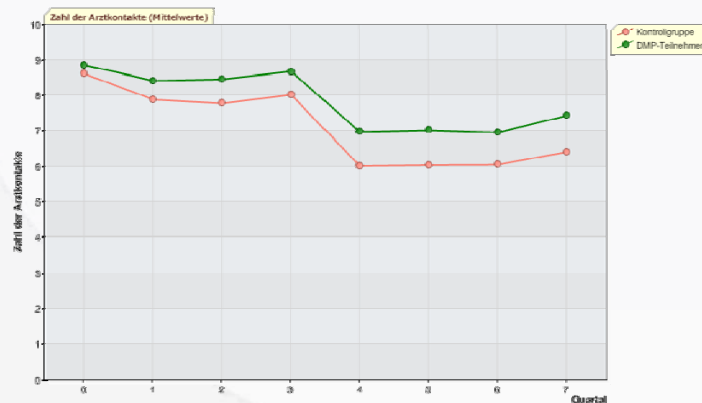


Das DMP führt in Verbindung mit der RSAV nicht dazu, dass weniger Insulinanaloge verordnet werden.

25

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Zahl der Arztkontakte

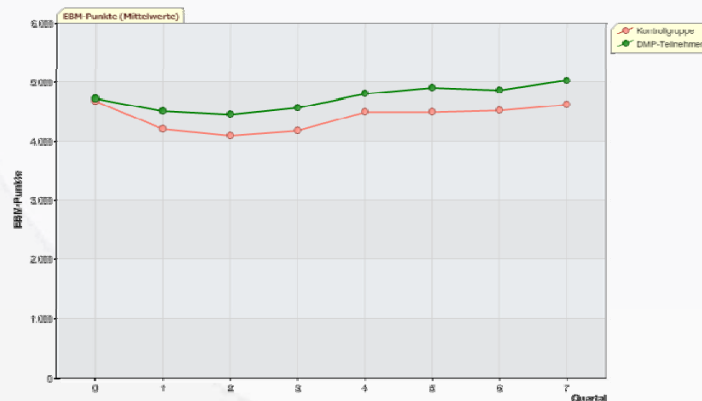


In allen Quartalen hatten die DMP-Teilnehmer mehr Arztkontakte.

26

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (EBM-Ziffern)



Auch die ärztlichen Leistungen - gemessen in EBM-Punkten - werden von den DMP-Teilnehmern stärker in Anspruch genommen.



27

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Diskussion

- Insgesamt **uneinheitliches Bild der Programmeffekte**, alles in allem konnte ein Nutzen des DMP DM Typ 2 nicht bestätigt werden (geringe Effektdauer?)
- Sinnvoll erscheint die **Beibehaltung einzelner Elemente**:
 - Ansprache der DMP-Teilnehmer durch ihre Krankenkasse (Reminding)
 - Individualisierung der DMP mit verhaltensmodifizierenden Elementen für ausgewählte Patienten
 - Unterstützungsangebote zur Förderung der Behandlerkompetenz v.a. in der Gesprächsführung
- Die Studienlage muss weiter verbessert werden: Idealerweise durch prospektive randomisierte Studien, **behelfsweise** durch **methodisch anspruchsvolle Routinedatenanalysen**.



28

Evaluation des DMP „Diabetes mellitus Typ 2“

Forderungen an die Politik

- Studienlage verbessern
- Gegebenenfalls DMPs in ihrer momentan in Deutschland praktizierten (dokumentationslastigen) Form einstellen



TK-Europabefragung 2009

Deutsche Patienten auf dem Weg nach Europa (gemeinsam mit UE)

- Zunehmend bildet sich ein europäischer Gesundheitsmarkt heraus. Gleichzeitig ist eine zunehmende Patientenmobilität in Gesundheitsfragen zu verzeichnen. Zur Analyse der Leistungsanspruchnahme im Ausland und zur Identifizierung von Patientenbedürfnissen ist die systematische Befragung der TK-Versicherten sinnvoll.
- Geplante Leistungen werden überwiegend von den über 60-Jährigen mit geringeren Einkommen wahrgenommen. Dabei werden Urlaub und Behandlung gerne kombiniert. Zudem werden Ersparnisse bei selbst zu tragenden Kosten und bei Eigenbeteiligungen angestrebt.
- Die nächste Europabefragung wird Qualitäts- und Serviceaspekte bei geplanten Leistungen in den Mittelpunkt stellen. Zudem wird die Validität der Befragung fokussiert und mittels multivariater Verfahren weitere Erkenntnisse generiert.

Fazit

- Ausgehend von Primär- und Sekundärdatenanalysen zeigen sich Ansätze zu einer wissenschaftlich fundierten Leistungssteuerung.
- Krankenkassen sollten den vorhandenen Spielraum nutzen, leistungssteuernde Elemente umzusetzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



R. Linder | www.wineg.de | dr.roland.linder@wineg.de