Im Fokus

# Die Windmacher

Wer hat nicht schon einmal bei bewegter See hinaus auf die Brandung geschaut und versucht, die Abfolge der großen Brecher vorherzusagen? Doch es gibt keine Regelmäßigkeit nach dem Motto „zwei große, drei kleine“, denn das Geschehen ist physikalisch gesehen chaotisch: Wenn die Kraft des Windes die Wellen gegen den immer größer werdenden Widerstand des Strandes presst, dann verstärken sich die Kräfte gegenseitig, die Wellen türmen sich exponentiell auf und brechen sich an Stellen, die selbst Mathematiker nicht vorhersagen können.

Wer hat sich nicht in letzter Zeit bei der Betrachtung der Aktienkurse ähnliche Fragen gestellt? Gibt es Regelmäßigkeiten, die eine Vorhersage erlauben, wie viele Brecher der Weltkonjunktur wir nach dem Platzen des Neuen Marktes im Jahr 2001 und der Bankenkrise im Jahr 2008 noch erleben müssen? Um es vorwegzunehmen: Auch dieses Geschehen ist chaotisch: Die Grundkurve verläuft seit etwa 1980 exponenziell wie sich am Beispiel des DAX leicht zeigen lässt. Die *Hypes* und *Crashes* türmen sich über dieser Basislinie gewaltig auf.

Der Unterschied zu den Brechern des Meeres besteht aber darin, dass man den Windmachern der Finanzwirtschaft Einhalt gebieten kann. Es ist erschütternd zu lesen, wie sich einige Lehmänner und deren Brüder gegenseitig bekriegen. Bushs Finanzminister Henry Paulson (Spitzname „der Hammer“) ließ aus womöglich persönlicher Feindschaft den Lehman-Boss Richard Fuld ins Nichts stürzen – und die ganze (Finanz-) Welt gleich mit. Solchen Menschen wird die Politik nun den Wind nehmen, um die Wogen zu glätten.

Die Gesundheitswirtschaft gleicht trotz allen Stöhnens über unruhige Zeiten einer vergleichsweise ruhigen See. Sie reagiert nachweislich weniger sensibel auf Wirtschaftskrisen als die Finanzwirtschaft. Wie auf der nächsten Seite dargestellt, profitiert die Medizin sogar ein bisschen davon. So schön kann Chaos sein, wenn man es denn zu nützen versteht.

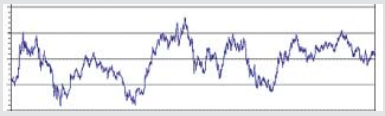
mh, gh

Buchtipp

## Narren des Zufalls

Taleb, Nassim Nicholas
Erstausgabe 2001, WILEY-VCH
ISBN: 3527500367

Der englische Originaltitel „Fooled by Randomness“ gibt die Botschaft des Philosophen Nassim N. Taleb wesentlich besser wieder als die deutsche Übersetzung. Das Idiom wird auf Menschen angewendet, die in reinem Zufallsrauschen Muster zu sehen glauben. Sie werden “vom Zufall genarrt”. Wer Taleb gelesen hat, wird Wirtschaft und vor allem erfolgreiche Manager mit anderen Augen sehen. Und wem Sprache etwas bedeutet, der sollte das englische Original lesen.



*DAX zwischen 1960 und 1980*

Anmerkung: Es mag despektierlich sein, die braven Analysten, die uns täglich im Fernsehen die Aktienkurse erklären, als Narren des Zufalls abzustempeln, aber exakt dieselben „Muster“ erhält man, wenn man zu einer beliebigen Zahl bei jedem Schritt eine Zufallszahl zwischen -1 und +1 addiert. Letztlich heißt das nichts anderes, als dass solche Kurven (Fraktale) von vielen unabhängigen Faktoren beeinflusst werden, vom Gerücht bis zum Bankencrash, und dass man sie deshalb nicht vorhersagen kann.

gh

Eine neue Generation der BSG-Messung

ROLLER 10

ROLLER 20

Blutsenkung in 20 Sekunden

Der Roller 10 und der Roller 20 bieten eine sehr gute Korrelation mit der Westergreen-Methode. Sie ermöglichen ein gleichzeitiges Abarbeiten von 10 oder 20 Proben. Durch das geringe Probenvolumen von nur 175 µl wird das Untersuchungsergebnis auch bei niedrigem Hämatokrit nicht beeinflusst. Latexkontrollen low, medium und high sind verfügbar.

Beide Geräte sind durch elektronische Kalibration einfachst zu bedienen, verfügen über einen Barcodescanner mit Onlineanbindung und bieten eine sehr gute Reproduzierbarkeit.

**ROLLER 10 & ROLELR 20 – zuverlässig und schnell, zum Wohl Ihrer Patienten!**

TEMAMED
Medizintechnische Dienstleistungs GmbH

Vertrieb und Service: TEMAMED GmbH · Robert-Bosch-Straße 6 · 67292 Kirchheimbolanden
Tel.: 0 63 52/7 05 98-0 · Fax: 0 63 52/7 05 98-10 · www.temamed.de · info@temamed.de
Copyright © 2009 TEMAMED GmbH. All rights reserved.

## Krankenhausfinanzierung

# Lichtblick mit Perspektive...

**Krankenhäuser könnten 2009 doppelt profitieren. Das Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz (KHRG) und Mittel aus dem Konjunkturpaket II schüren ernste Hoffnungen auf zusätzliche Finanzierungsmittel und ein zumindest vorübergehendes Ende des Investitionsstaus.**

Am 13.02.2009 passierte das reformierte Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG) unbeschadet den Bundesrat. Mit den Gesetzesänderungen entspannt sich die Finanzsituation der Krankenhausträger bundesweit um 3,5 Mrd. Euro. Das bedeutet immerhin einen relativen Budgetaufschlag in Höhe von 7% aller GKV-Mittel. Zusätzlich zu diesen rund 56 Mrd. Euro kommen noch die Beiträge der Beihilfen und privaten Krankenkassen, durch die Kliniken ihre laufenden Verbrauchs- und Betriebskosten decken können.

Im Wesentlichen wird das frische Kapital für dringend notwendige Investitionen in Pflege, Ausbildung und Beruf genutzt. So sollen Zusatzkosten für ärztliche Weiterbildungsmaßnahmen zukünftig im DRG-System als Zuschlag vergütet werden. Ferner sollen über 20.000 Pflegekräfte zusätzlich durch ein Förderprogramm beschäftigt werden, wenn auch die Langfristfinanzierung manche Fragen offen lässt.

Das Änderungsgesetz sieht zudem eine fünfzigprozentige Refinanzierung von tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 durch die Krankenkassen vor. Ein wichtiger Schritt, um den Gehaltsforderungen der Belegschaft auch zukünftig regelmäßig nachkommen zu können.

Bisher wurde von allen Rechungen der GKV-Patienten ein sogenannter „Sparbeitrag“ in Höhe von 0,5% zurückgehalten. Dieser fällt nun ersatzlos weg, was für den Krankenhausträger einen Mehrerlös je gesetzlich versichertem Patienten bedeutet. Parallel sieht das neue Reformgesetz eine Bindung der Krankenhauspreise an einen speziellen Orientierungswert vor, der die Kostensteigerungsrate des stationären Bereichs adäquater abbildet, als das bisher die strikte Orientierung an der Grundlohnsumme vermochte. Letztere wuchs gemessen am Budgetbedarf des Krankenhauswesens in der Tat nicht ausreichend schnell. Das statistische Bundesamt soll nun eine neue geeignete Basis prüfen.

Die verabschiedeten Neuregelungen senden also ein durchaus positives Signal, die Finanzierungslast der Krankenhäuser mittelfristig abfedern zu können - wäre da nicht die Finanzkrise. Unklar bleibt nämlich, inwieweit sie auf den Gesundheitssektor übergreifen wird. Zwar ist bekannt, dass Pharma- und Gesundheitsbranche eher resistent und antizyklisch auf gravierende Markturbulenzen reagieren, da beispielsweise Arbeitslosigkeit erfahrungsgemäß zu einer erhöhten Nachfrage von Gesundheitsleistungen führt. Trotz alledem bedroht die bundesweit sinkende Lohnsumme samt rückläufigen Beitragsleistungen an die GKV das ohnehin schon labile Gesundheitsfinanzierungssystem. Auch wird in klammen Zeiten die Zahl finanzkräftiger Privatpatienten eher rückläufig sein und mit ihr die Leistungen von Selbstzahlern.

*Mittel für Krankenhäuser aus dem zweiten Konjunkturpaket.*

### Signal zur rechten Zeit

Um dieser konjunkturellen Abwärtsentwicklung intersektoral entgegenzuwirken, legte die Bundesregierung die Konjunkturpakete I und II auf. Letzterem ist es zu verdanken, dass der seit Jahren andauernde Investitions- und Modernisierungsstau im Krankenhauswesen zum Teil aufgelöst werden könnte. Sogleich gab das Deutsche Krankenhaus Institut e.V. (DKI) die Ergebnisse einer kurzfristig anberaumten Repräsentativstudie bekannt. Demnach wird der akute Investitionsbedarf der Allgemeinkrankenhäuser über 50 Betten auf 7,38 Mrd. Euro für Bau- und Modernisierungsmaßnahmen sowie Neuanschaffungen von medizintechnischem Gerät und Informationstechnologie beziffert.

Derzeit stehen knapp 4,5 Mrd. Euro Investitionskapital, darunter 25% Pflichtanteil der Länder, zur Verfügung, wenngleich nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für infrastrukturelle Projekte. Krankenhäuser können nun aber immerhin ihre hängigen Investitionsanträge mit ordentlichen Erfolgsaussichten stellen. Ausnahmsweise hat der Investitionsstau hier eine gute Seite: Die Anträge liegen fertig in der Schublade, was gegenüber Straßen- oder Schulbau möglicherweise einen Zeitvorteil bedeutet. Nach Recherchen der Zeitschrift kma haben die Länder bis 6. März rund 1,3 Mrd. Euro an Mitteln für Projekte bekanntgegeben, wobei NRW relativ schnell nach Veröffentlichung des Konjunkturpakets einen Bedarf von 370 Mio. Euro anmeldete und sich damit an die Spitze der Bewegung setzte. Wieviel die Krankenhäuser letztlich wirklich bekommen werden, hängt nicht zuletzt von der Vergabepraxis der Kommunen ab.

### Fazit

Die Gesamtheit der geschilderten Maßnahmen zeigt, dass man durchaus Willens ist, das Investitions- und Finanzierungsdilemma mittelfristig in den Griff zu bekommen. Aktuell spielt die Konjunkturkrise dem Krankenhaussektor sogar in die Karten. Aufgrund der Milliardenspritze dürfen die Entscheidungsträger der Kliniken zumindest vorerst noch Investitionsförderung beantragen. Das ist deutlich besser als der Antrag auf Abwrackprämie, zumindest in diesem Zusammenhang.

mh, gvl

Gesundheitspolitik

# ...nicht ohne Schattenseiten

**Auch wenn Krankenhäuser kurzfristig zu den Krisengewinnern zählen mögen – für unprofitable Einrichtungen bleibt die Lage weiterhin angespannt.**

Beobachter der deutschen Krankenhauslandschaft reiben sich verwundert die Augen: Während die Bundesregierung auf der einen Seite das Füllhorn ihrer Konjunkturmaßnahmen ausschüttet, zieht sie parallel dazu mit dem Gesundheitsfonds die Daumenschrauben an und nimmt auch in Kauf, dass die Wirtschaftskrise vorhersehbar die daraus folgenden Probleme verschärft.

Langfristig steht die Rentabilität weiterhin unter erheblichem Druck. Das gilt vor allem für diejenigen Häuser, die beim endgültigen Auslaufen der DRG-Konvergenzphase mit ihrem Basisfallwert über dem Landesdurchschnitt liegen. Ursprünglich sollte die Konvergenz der Landesbasisfallwerte bis 2009 abgeschlossen sein. Das KHRG mildert die unmittelbaren Konsequenzen etwas ab, indem es die Anpassungsphase bis 2010 verlängert. Die inkrementelle Annäherung an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert wird dann bis 2014 in einem enggefassten Korridor von +2,5 bis -1,25 um einen errechneten Basisfallwert vollzogen. So zumindest sieht es der derzeitige Gesetzesplan vor! Davon unberührt bleibt die Tatsache, dass die Rentabilität defizitärer Häuser eher heute als morgen herbeigeführt werden muss, um langfristig bestehen zu können.

Dabei mit neu aufgenommener Fremdfinanzierung über den Berg zu kommen, dürfte schwer bis unmöglich werden, denn der Zugang zu frischem Kapital ist derzeit schwierig, und auch im Erfolgsfall werden die Finanzierungsbedingungen der Finanzinstitute forderungsreich sein. Falls die Gesamtwirtschaft sich nicht zeitnah erholt, ist die Bedrohung noch wesentlich umfassender, denn dann sinken die Beitragsleistungen an die GKV aufgrund sinkender Gesamtlohnsumme, und die Zahl der Privatpatienten sowie die Leistungen von Selbstzahlern nehmen voraussichtlich ab.

Hinzu kommt mit Einführung des Gesundheitsfonds eine verschärfte Ausgabendisziplin der Krankenkassen, um Zusatzbeiträge so lange wie möglich zu vermeiden. Das Bundesversicherungsamt ermittelte einen Startbeitragssatz von 15,5 statt geplanten 15,8%, der zur Jahresmitte auf 14,9% abgesenkt wird, ohne dass die entstehende Lücke durch Steuergelder gedeckt werden soll.

Als ein Mittel, Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden, werden zwischen Krankenkassen wie schon 2008 drei bis fünf Fusionen pro Monat auch im Jahr 2009 erwartet; doch damit entstehen Schritt für Schritt größere und durchsetzungsstärkere Akteure. Ihre zunehmende Verhandlungsmacht werden Krankenkassen nutzen, da sie mit dem Morbi-RSA trainiert werden, nach Deckungsbeiträgen je Indikation zu handeln und Möglichkeiten von Selektivverträgen zu nutzen.Passend zu diesem Spagat zwischen kurz- und mittelfristiger Finanzierungslage berichtete das Marktforschungsunternehmen *Wegweiser* beim Kongress am 18.2. „Gesundheitswirtschaft 2009“ in Berlin, dass knapp 1/3 der Krankenhäuser ihre wirtschaftliche Lage aktuell als schlecht bezeichnen und 37% der Krankenhäuser sowie 52% der Krankenkassen mit negativen Auswirkungen der Wirtschaftskrise rechnen.

**Fazit**

Für das wenig rentable Drittel der Krankenhäuser mit einer Baserate über dem jeweiligen Landesschnitt bleibt es auch 2009 eng – rund 700 Krankenhäuser, die zum Handeln gefordert sind.

Gunter von Leoprechting, Berlin
leo@leo-impact-consulting.de

QuickCheck Zukunft Krankenhaus

## Fit in der Krise?

Sie gehören zu den Krankenhäusern mit einer Kostenbaserate über Landesdurchschnitt?
Sie fühlen Finanzierungsprobleme, Strukturprobleme, Auslastungsprobleme, Abhängigkeiten von wenigen Zuweisern, die Renditen der einzelnen Stationen sind intransparent, Outsourcinglösungen verlaufen suboptimal?
Diese und andere typische Herausforderungen von Krankenhäusern bearbeitet die Leo-Impact Consulting, Berlin, seit vielen Jahren in ihrer täglichen Beratungspraxis in Restrukturierungsmandaten für Krankenhäuser. Aufbauend auf diesem Wissen und in Kooperation mit RÄin Vera Mai, ausgewiesener Krisenexpertin unter den Medizinrechtlern, wurde ein Quick-Check Zukunft Krankenhaus entwickelt mit vielen Detailfragen und Ersteinschätzungen zu Top-10 Managementaufgaben:

**A Internes Management**
1. Geeignete Personalstruktur und -verträge, passendes Tarifwesen;
2. Entscheidungsorientiertes Controlling;
3. Handlungsfähige Organisation;
4. Zielorientiertes Management auf allen relevanten Ebenen;

**B Umsatz**
5. Kooperation prä- und poststationär mit Zuweisern und weiteren Partnern in der Wertschöpfungskette;
6. Zielgerichtete Budgetverhandlung mit den Kostenträgern;
7. Leistungsfähigkeit der Abteilungen stationär, ambulant und sektorübergreifend;

**C Betrieb**
8. Einhalten von Benchmarks anhand von INEK-Vergleichen und von Krankenhausbenchmarks zu den wichtigsten Aufwandspositionen;
9. Strukturanalyse externer Dienstleistungen: Labor, Radiologie, Apotheke, Küche, Reinigung, Betten, Wäsche, Sterilisation, Hol- und Bringdienste;
10. Zeitgemäße Investition in Medizintechnik und Informationstechnologie;

Zu diesen 10 Punkten führt Leo-Impact Consulting in Kooperation mit Rechtsanwältin Vera Mai gemeinsam mit dem Management der Krankenhäuser einen gut vorbereiteten, intensiven 1-Tages-Workshop. In diesem werden zu den genannten 10 Kernfragen jeweils bis zu weitere 10 Einzelfragen diskutiert. Daraus werden bereits in dem ersten 1-Tages-Workshop wichtige Handlungsfelder für die Krankenhäuser abgeleitet und diese gemeinsam mit dem Krankenhausmanagement priorisiert. Die weitere Umsetzung kann das Krankenhaus selbst bestimmen.

Nehmen Sie Kontakt auf:
Leo-Impact Consulting GmbH
Gunter Freiherr von Leoprechting
Am Heidehof 33, 14163 Berlin
Tel. 030/8096 1609
Fax 030/8096 1610
leo@leo-impact-consulting.de

## Konsolidierung nach französischer Art

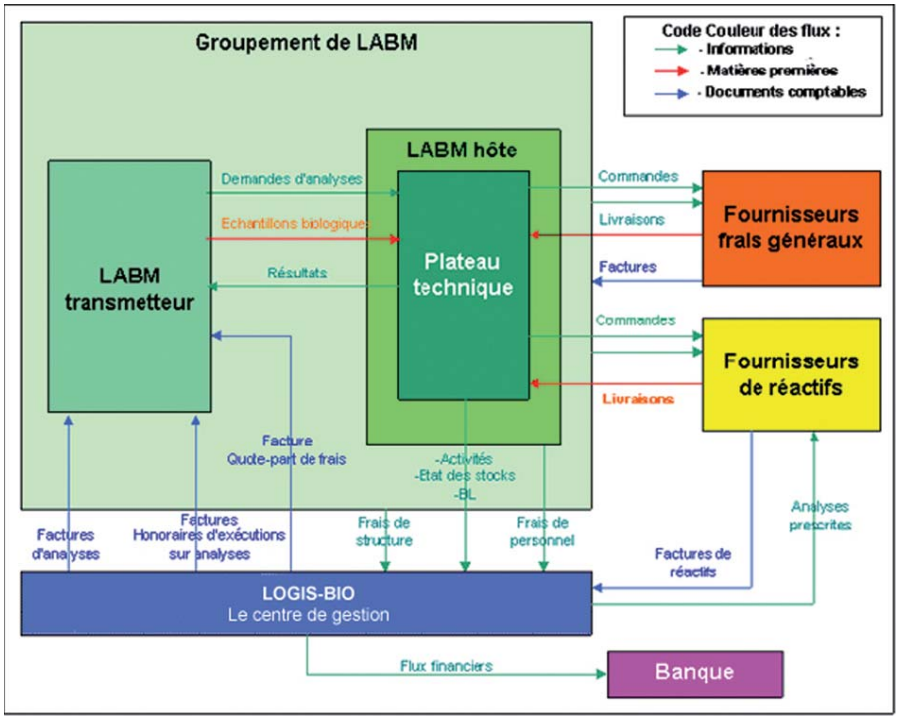
# 4000 Labore unter Kompressionsdruck

**Was in Deutschland längst Realität ist, soll nun auch in Frankreich durchgesetzt werden: Die Konsolidierung der Laborlandschaft. Doch noch gibt es heftigen Widerstand.**

Unter dem griffigen Slogan „Medizinische Analytik ist keine Dienstleistung, sondern eine Medizinische Leistung“ wurde am 12. Februar 2009 in Frankreich die Reform der medizinischen Laboratorien – Artikel 20 des so genannten LOI BACHELOT – von den Abgeordneten der Nationalversammlung gekippt oder zumindest zur weiteren Beratung zurück verwiesen. Vorausgegangen waren Unterschriftensammlungen (insgesamt mehr als 100.000) zur Wertschätzung des bisherigen Systems und dem Erhalt der Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit der Laborleiter. Hinzu kamen über 1.000 Eingaben zu diesem Gesetzentwurf. Was war passiert?

Nachdem mit Wirkung zum 1. Januar 2009 die Französische Gebührenordnung für Laborleistungen (NABM) erneut vor allem im Allgemeinlabor deutlich abgewertet wurde, folgte in der ersten Februarhälfte in der Französischen Nationalversammlung nach 33-jähriger Reformpause die Beratung des als Loi Bachelot bekannten Gesetzentwurfs für Krankenhaus, Patienten, Gesundheit und Territorien (Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Federführend war Gesundheitsministerin Roselyne Bachelot-Narquin, eine promovierte Pharmazeutin aus einer Arztfamilie mit politischer Tradition.

Ausgelöst durch Einlassungen der EU-Kommission bzgl. der Freiheit des Waren- und Dienstleistungsverkehrs möchte die französische Regierung das Streben nach Harmonisierung (EU- Krankenversicherungskarte) in einem Vereinten Europa unterstützen und die französische Labormedizin europafähig machen. Hinzu kam 2006 ein Bericht der Generalinspektion für soziale Angelegenheiten (IGAS), der sich mit der im Vergleich zu Deutschland relativ zersplitterten Laborlandschaft kritisch auseinandersetzte. Das Dossier monierte Schwächen und Verbesserungspotenziale im Bereich der analytischen Qualität, der Struktur medizinischer Laboratorien sowie der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung.




*In Deutschland sind die meisten der rund 100 niedergelassenen medizinischen Laboratorien in wenigen organisatorischen Einheiten gebündelt. In Frankreich gibt es dagegen derzeit noch rund 4.000 eigenständige Einrichtungen. Dies soll sich durch das Groupement de LABM ändern: Die Laboratorien vereinen künftig die technische Leistungserbringung auf gemeinsamen Plattformen (plateau technique). Jedes beteiligte Primär-Labor bündelt die Anforderungen und übermittelt die Ergebnisse zurück. Das Host-Labor stellt das Personal und verrechnet ein „technisches Honorar“. Die Anbieterfirmen stellen Reagenzien und Rohstoffe dem Labor-Verbund in Rechnung. Dieser verrechnet mit dem jeweiligen Primär-Labor (LABM) (Quelle:www.logis-bio.com).*

### Harmonisierung führt zum Streit

Obwohl der Titel des Gesetzes es nicht ausdrücklich erkennen lässt, beeinflussen mindestens drei Elemente die zukünftige Ausübung der Labormedizin in Frankreich in erheblichem Maße. Es sind dies

- die Abkehr von der traditionellen Qualitätssicherung, bei der Laboratorien durch Organe des Gesundheitswesens inspiziert werden; Ersatz durch eine obligate Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 (COFRAC) mit einer Übergangszeit von sechs Jahren;
- die Unterwerfung der künftigen Laborstrukturen unter die Planungshoheit regionaler Gesundheitsagenturen (ARS, agence régionale de santé) bis hin zur Zwangskonsolidierung;
- die zwangsläufige Öffnung der bisher obligat in Eigenbesitz befindlichen Laborpraxen gegenüber Fremdkapital.

Bis heute sind die „Biologistes“, die französische Laboratorien üblicherweise leiten, stolz auf ihre strengen Regeln zur persönlichen, hochwertigen Leistungserbringung. Es geht darin um die Qualifikation der Leitungsfunktion, Tätigkeitsvorbehalt und Verantwortung, die Präsenz im Labor, die personelle, räumliche und apparative Struktur der Praxis, die Mindestqualifikation für Technische Hilfskräfte sowie Besitz und Beteiligung am Laboratorium. Insbesondere ist eine ausreichende Zahl technischer Hilfskräfte bezogen auf den Gesamtumsatz des Vorjahres (durchschnittlich eine Hilfskraft je 200.000 Euro Jahresumsatz, ein Laborarzt je sechs oder weniger technische Hilfskräfte). Wichtig ist den Biologistes ferner das obligate 4-Augen-Prinzip zwischen Veranlasser und Erbringer einer labormedizinischen Leistung.

Diese Anforderungen wurden von der IGAS in Frage gestellt und sollen nun unter dem Motto der europäischen Harmonisierung durch internationale Regeln nach DIN EN ISO 15189 sowie die Möglichkeit der Fremdbeteiligung und des Mehrbesitzes abgelöst werden. Dies stellt die Freiberuflichkeit der Betreiber Medizinischer Labors in Frankreich in der Zukunft ganz klar in Frage.

Für französische Abgeordnete und wohl auch ihre Wähler sind die genannten Grundsätze von höherem Wert als die Einlassungen der EU-Kommission hinsichtlich der Observanz der EU-Richtlinien zum freien Waren- und Dienstleistungsverkehr. Das also trieb die Nationalversammlung auf die Barrikaden und stoppte das Vorhaben – zumindest vorerst.

Was aber auf jeden Fall bleiben wird, ist der Übergang zum Akkreditierungszwang (obligat bei Neugründung) und die Machtfülle der ARS (regionale Gesundheitsagenturen), die u.a. unter dem Motto des „fairen Preises für den Patienten" die Versorgung mit Laborleistungen aus öffentlichen Krankenhäusern und Privatlaboratorien steuern sollen. Mittel hierzu kann die Begrenzung der Zahl der Laboratorien in der Region sein.

Neben mehreren Hundert Laborpraxen mit breitem Analysenspektrum existieren in Frankreich derzeit etwa 4.000 Laboreinrichtungen, die sich auf das Allgemeinlabor beschränken. Diese vielen Einzelkämpfer sollen also künftig stärker untereinander und mit örtlichen Krankenhauslabors kooperieren. Ergänzt wird dies durch die Einführung transparenter Finanzkennzahlen, Regelungen der Stimmrechte in den Laboratorien, der Investitionen und der Investoren sowie des Personals.

Natürlich geht es dabei nicht zuletzt ums Geld: Die Gesundheitsministerin rechnet mit Einsparungen von 100 Mio. Euro aus möglichen Rationalisierungseffekten.

Dr. Bernhard Wiegel
Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.
Brunnwiesenstraße 5
94469 Deggendorf
dr.bernhard.wiegel@t-online.de

## Anmerkungen zum Bericht über das VDGH-Forum Innovation 2008

*TR 2008 6(4):150-151 von K. Meinel*

Der deutschen Labormedizin stehen neue negative Entwicklungen ins Haus. Mitte dieses Jahres kommen Neuerungen bei innovativen Laboruntersuchungen im ambulanten Bereich auf uns zu, die eine regelrechte Kehrtwende darstellen. Sie lassen ab 30.6.2009 ambulante GKV-Versicherte nicht mehr am medizinischen Fortschritt teilnehmen, weil - wie im letzten Trillium-Report unter dem Titel „Regulierte Innovation" schön dargestellt - eine zeitnahe Aufnahme innovativer Leistungen in den EBM durch das HTA*-Verfahren mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht geschehen wird. Dies bedeutet, dass Erfolg versprechende Innovationen im Sinne einer individualisierten Medizin scheitern werden, nur weil die zu Beginn stehende, relativ aufwändige Diagnostik nicht durchgeführt werden kann.
Den Aufwand für die (Labor-) Diagnostik isoliert zu betrachten, halte ich für zu kurz gesprungen: Es ist nicht nur vom ethischen Standpunkt her, sondern besonders bei kostenträchtigen Therapien auch ökonomisch sehr sinnvoll, sowohl die Patienten zu identifizieren, die von einer Therapie profitieren, als auch gerade diejenigen, die von einer Therapie keinen Benefit oder sogar einen Schaden haben. Die Bemühungen des VDGH um ein beschleunigtes Zulassungverfahren für neue Tests sind daher sehr zu begrüßen.

Priv.-Doz. Dr. Matthias Orth
Vinzenz von Paul Kliniken, Stuttgart
**Health Technology Assessment* (s.a. S. 18)

**Pressemitteilung**

# Lab'Partners und AMEDES schließen Joint Venture

Die Lab'Partners GmbH & Co. KG in Augsburg und die AMEDES Medizinische Dienstleistungen GmbH mit Sitz in Göttingen gaben am 13. Februar 2009 den Abschluss eines Joint Venture-Vertrages bekannt.
Nach der Zusammenführung der Geschäftsaktivitäten wird AMEDES das Management der eigenen Kliniklaboratorien an Lab'Partners übergeben und Anteile an Lab'Partners erhalten. Im Gegenzug erwarb die Familie Götz Aktien der AMEDES Holding AG. Der Aufsichtsrat der AMEDES Holding AG hat Oliver Götz, Gründer von Lab'Partners, in den vierköpfigen Vorstand berufen.

Weitere Informationen:
www.labpartners.de
www.wagnerstibbe.de

### Lab'Partners GmbH & Co. KG

Das 2002 gegründete Unternehmen mit Hauptsitz in Augsburg ist ein führender Spezialist für das Management von Kliniklaboratorien. Als eine der größten Labormanagementgesellschaften in Deutschland versorgt der Lab'Partners-Verbund nun über 100 Kliniken und fünf niedergelassene Laborzentren. Die Kernkompetenz liegt im Management von Kliniklaboratorien, wobei das Konzept ‚Insourcing statt Outsourcing' die drei Kernbereiche Laborprozesse, Optimierung der Laboranforderung unter DRG-Bedingungen und die Vernetzung niedergelassener Ärzte mit Kliniken fokussiert.

Kontakt: Oliver Götz
Morellstraße 33
86159 Augsburg
Tel. 0821 448338800

### AMEDES Holding AG

Die AMEDES Holding AG hat ihren Ursprung im renommierten Diagnostikunternehmen „wagnerstibbe" und ist eine der deutschlandweit größten Laborgruppen mit Hauptsitz in Göttingen. Unter der Führung von Dr. Dr. Helmut Wagner, Dr. Dr. Werner Stibbe und Peter Balluch ist sie als Dienstleister in der interdisziplinär-diagnostischen Versorgung niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser hauptsächlich in Deutschland tätig. Ihre ärztlichen Kernkompetenzen liegen u.a. in Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik und Humangenetik. Die AMEDES Medizinische Dienstleistungen GmbH ist eine 100%-Tochter der AMEDES Holding AG.

Kontakt: Dr. Dr. Helmut Wagner
Werner-von-Siemens-Straße 8-10
37077 Göttingen
Tel. 0551 307500

## Health Technology Assessment richtig eingeordnet

# Aller guten Dinge sind vier

**Technologien und Strukturen des Gesundheitswesens werden heute weltweit systematisch bewertet. Die dabei angewandten Verfahren variieren jedoch von Land zu Land erheblich. Die Diskrepanz liegt in der Zutatenliste eines guten Health Technology Assessements (HTA).**

Einheitsgericht oder à la carte? HTA ist eine vergleichsweise neue Methode der Zusammenfassung wissenschaftlicher Literatur zu gesundheitspolitischen Fragestellungen, speziell mit dem Zweck der Bewertung. Im Gegensatz zu systematischen Reviews und Metaanalysen wird in einem HTA-Bericht nicht nur nach der wissenschaftlichen Plausibilität gefragt, sondern auch nach der Anwendbarkeit einer bestimmten Methode im Rahmen eines Gesundheitsversorgungssystems. Eine HTA-Bewertung umfasst Aspekte der Sicherheit und Wirksamkeit, gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Erhebungen sowie epidemiologische Fragestellungen. HTA-Berichte zu medizinischen Verfahren und Technologien schließen Medikamente und Geräte (z.B. medizinische Therapien), sowie unterstützende Organisationstrukturen (z.B. elektronische Patientenkarte) unter der Berücksichtigung sozialer, rechtlicher und ethischer Effekte ein. HTA gehört damit in den Themenkreis der „Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung“ mit dem besonderen Fokus auf systematisch erarbeitete und transparent dokumentierte Entscheidungsgrundlagen.

International ist HTA durch wissenschaftliche Interessenverbände wie Health Technology international (HTAi) und dem International Network of Health Technology Assessment (INHTA) präsent. Das European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) ist mit 60 Partnern in 24 EU und nicht-EU Ländern (Australien, Canada, Israel, USA) vertreten. Trotz dieser Vernetzung besteht jedoch die Kritik, dass es bei vielen Verfahren, insbesondere bei methodischen Einzelaspekten keine international konsentierten Standards gibt.

| Konzept | Praxis-orientiert | Outcome-orientiert | Literatur-basiert |
|---|---|---|---|
| **Health Technology Assessment (HTA)** | Versorgungsforschung der Auswirkungen medizinischer Technologien im Gesundheitswesen | Bewertung medizinischer Wirksamkeit und Sicherheit; gesundheitsökonomische Einschätzung; soziale, rechliche und ethische Bewertung | +++++ |
| **Evidence-Based Medicine (EBM)** | Fragestellung, Datenbank -Recherche, kritische Bewertung, Konsequenz formulieren und evaluieren | Nutzenbewertung der Methodik und Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung auf Makro und Mikro-Ebene | ++++ |
| **Leitlinien** | Ergänzung zur medizinischen Entscheidungsfindung | Qualitativ hochwertige Information auf Basis evidenzbasierten Wissens sowie Einbeziehung von Konsensprozessen | +++++ |
| **Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)** | Beteiligung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen auf Makro-, Meso- und Mikro-Ebene | Berufszufriedenheit bei Ärzten und assoziierten Professionen; Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem bei Patienten und Betroffenen | ++ |

*© Kober 2009*

Ein Vergleich am Beispiel der Nutzerbewertung von Arzneimitteln soll die Richtung typischer HTA-Verfahren aufzeigen. Da bei der Marktzulassung von Medikamenten eine systematische Bewertung im Vergleich zu therapeutischen Alternativen nicht vorgesehen ist, haben viele Länder die Evaluation von Arzneimitteln nach der Marktzulassung zur Voraussetzung für Kostenerstattung oder Preisbildung gemacht. In den meisten europäischen Nationen sowie Kanada, Australien und Neuseeland ist der zusätzliche klinisch-therapeutische Nutzen im Vergleich zu Behandlungsalternativen das Leitkriterium bei der Bewertung eines Medikaments. Als entscheidendes Kriterium wird weiterhin eine verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität insbesondere in Australien, Neuseeland und Großbritannien festgelegt. Als weiteres Bewertungskriterium werden in allen Ländern, außer in Frankreich und der Schweiz, die Kosten in Relation zum Mehrnutzen mittels Kostennutzwertanalysen ermittelt.

Speziell in Deutschland dient HTA dazu, die Kostenübernahme von neuen Technologien in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu regeln, wohingegen es in England als wissenschaftlicher Pfeiler die nationale Gesundheitsstrategie mit Information aus unabhängigen Quellen zu untermauern hilft. In der deutschen Gesundheitspolitik spielen HTA-Prinzipien seit Mitte der 90er Jahre eine zunehmende Rolle. So wurde im Jahr 2000 die Deutsche Agentur für HTA (DAHTA) als Teil des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gegründet. Als bislang jüngste deutsche Einrichtung mit Bezug zu HTA erarbeitet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seit 2004 Gutachten zu gesundheitspolitischen Problemen und Bewertungen von evidenzbasierten Leitlinien. Schwerpunkte deutscher HTA –Verfahren zielen auf die Prävention von Fettleibigkeit, Rauchen, Gebärmutterhalskrebs, Therapietreue (compliance) sowie die Situation chronisch Kranker am Beispiel Multiple Sklerose.

**Fazit:** Die derzeitige Literatur konstatiert dem HTA-Prinzip einen konzeptionellen Entwicklungsbedarf, was wiederum darauf hindeutet, dass die HTA-Definition mit der empirischen Wirklichkeit nicht viel zu tun hat. Gemeinsam haben HTA-Programme aber wohl eines: Die potenzielle Gefahr, zusammen mit der EBM, aus gesundheitspolitischen Gründen global in das berühmte Wollmilchschaf zu mutieren. Bon Appétit !

tk

Pharmakoökonomie zum Nachrechnen

# Eigentlich ganz einfach

**Direkte, indirekte und intangible Kosten: Die Pharmakoökonomie ist kompliziert und doch eigentlich so wichtig. Am Beispiel der Epilepsie haben wir nachgerechnet, was bei der Entscheidung für ein bestimmtes Medikament zu beachten ist.**

Die Epilepsie zählt zu den häufigsten chronischen neurologischen Erkrankungen. Daher verbraucht sie relativ viel von den Ressourcen des deutschen Gesundheitswesens. Es darf aber keinesfalls am falschen Ende gespart werden, sodass sich Anfälle und Nebenwirkungen häufen und der Gesundheitszustand eines Epileptikers verschlechtert. Ziel einer ökonomischen Evaluation ist es daher nicht, die reinen „Kosten“ zu bestimmen. Vielmehr wird mit rationalen Methoden untersucht, welche Effekte (beispielsweise Verbesserung der Lebensqualität, Reduktion der Anfallshäufigkeit etc.) erreicht werden, wenn eine bestimmte Ressourceneinheit (z.B. Kosten, Personal etc.) eingesetzt wird. Ziel ist eine hochwertige Versorgung zu einem günstigen Preis.

## Unterschiedliche Vorgehensweisen

Pharmakoökonomische Studien können auf verschiedene Arten durchgeführt werden. Allen gemeinsam ist eine breit gefächerte Bestimmung der Kosten einer Arzneimitteltherapie in Geldeinheiten. Unterschieden werden direkte, indirekte und intangible Kosten.

Direkte Kosten sind die Kosten der eigentlichen Arzneimitteltherapie, die auf den Preis des Medikamentes oder etwaiger Applikationshilfsmittel, der Arbeitszeit des medizinischen Personals oder des Drug-Monitorings zurückzuführen sind. Da der Arzneimitteltherapie bei der Behandlung der Epilepsien die höchste Bedeutung zukommt, sind die mit der Therapie verbundenen direkten Kosten aus pharmakoökonomischer Sicht wesentlich. Auswahlkriterien eines Antikonvulsivums sind Epilepsie-Art, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und patientenabhängige Faktoren. Die Gesamtkosten für Therapieverfahren betragen zurzeit in Deutschland insgesamt 374,7 Mio. Euro und stellen somit 1,8% der Gesamtausgaben dar.

Unter indirekten Kosten versteht man die Kosten für den Verbrauch von Ressourcen wie Produktivitätsverlusten am Arbeitsplatz, beispielsweise durch verminderte Arbeitsfähigkeit, Krankheitstage oder Erwerbsunfähigkeit. Eine europäische Studie schätzt die durch Epilepsie verursachten indirekten Kosten auf insgesamt 8.554 Mio. Euro ein. Dies sind etwas mehr als die Hälfte der berechneten Gesamtkosten in Höhe von 15.546 Mio. Euro.

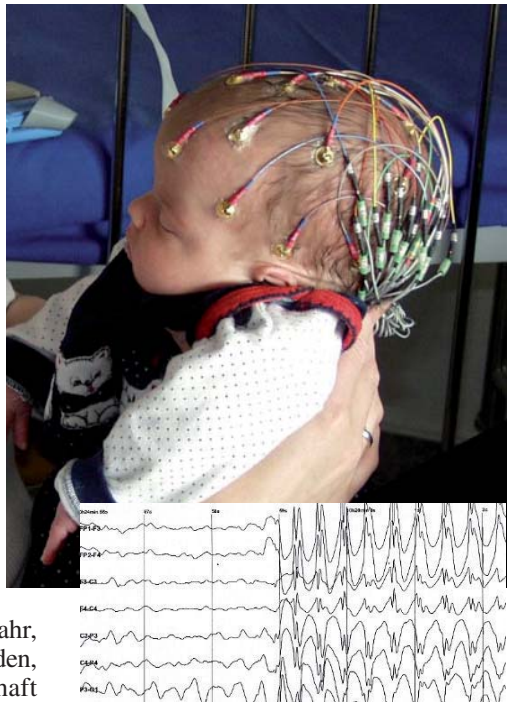
In einer Studie einer deutschen Universitätsklinik an 101 Patienten, die an verschiedenen Epilepsieformen erkrankt waren, wurden die Kosten über einen dreimonatigen Zeitraum ermittelt. Die Untersuchung bezog sich auf berufsbedingte indirekte Kosten. Sie lagen bei 1.610 Euro pro Quartal. Etwa 8% der Patienten mussten aufgrund der Epilepsie vorzeitig in den Ruhestand treten. Bei 10% der Patienten kam es zu Ausfallszeiten. Es besteht die Gefahr, dass indirekte Kosten überschätzt werden, wenn sie innerhalb einer Gesellschaft ohne Vollbeschäftigung erhoben werden. Zudem ist es mitunter nicht einfach, zwischen epilepsiespezifischen Kosten und Kosten der Begleiterkrankungen zu differenzieren.

Unter intangiblen Kosten schließlich werden nur schwer in Geldwerten fassbare Aspekte der Lebensqualität wie Schmerzempfinden, körperliche und seelische Beeinträchtigungen oder verlorene Freizeit verstanden. Intangible Kosten sind nicht einfach messbar und zumeist nicht zu bewerten.

## Pharmakoökonomische Evaluation

Vergleichende Studien dienen dazu, verschiedene Therapieverfahren zu beurteilen. Liegen diesen Untersuchungen Medikamente zugrunde, bezeichnet man die Studien als pharmakoökonomische Evaluationen. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse stellt die Kosten von Arzneitherapien ihren Wirkungen gegenüber.

Für das deutsche Gesundheitswesen gibt es gegenwärtig keine vergleichenden Studien zu therapeutischen Optionen bei Epilepsien. In einem kürzlich vorgelegten HTA-Bericht wurde die Kosteneffektivität von neuen (Gabapentin, Lamotrigin, Levetiracetam, Oxcarbazepin, Tiagabin, Topiramat und Vigabatrin) mit alten Antikonvulsiva verglichen. Bei neu diagnostizierten Patienten mit partiellen Epilepsien erwiesen sich alte Antikonvulsiva kosteneffektiver; bei refraktären Patienten war die Kombinationstherapie effektiver, jedoch teurer.



*Elektroenzephalogramm (EEG): Von der Oberfläche der Kopfhaut werden bei diesem Baby mit Elektroden Potenzialschwankungen abgeleitet. Sie spiegeln die elektrische Hirnaktivität wieder und können sich bei einem epileptischen Anfall schlagartig verändern (Foto: Dr. med. Stefan Kuczaty, Universitätsklinik Bonn).*

Nur vereinzelt gibt es Studien, die die Kosteneffektivität bei generalisierten Epilepsien bestimmen. Lamotrigin und Valproat zeigten ähnliche Wirksamkeit, jedoch war Valproat kostengünstiger, sodass die Kosteneffektivität als günstiger zu werten ist. Für refraktäre Epilepsien erwies sich Topiramat als Zusatztherapie bei generalisierten Epilepsien kosteneffektiver. Bei den meisten Studien besteht eine „*considerable uncertainity*“, die durch die unzureichende Studienlage bedingt ist. Deshalb können die vorgelegten Daten zurzeit nur bedingt Grundlage einer Empfehlung für eine kosteneffektive Anwendung von Antiepileptika sein. Am Ende hilft dann oftmals doch nur die ärztliche Erfahrung.

cbt