



6 • 2018

**BEYOND PILLS AND
MEDICAL DEVICES – INDUSTRIE-
POTENTIALS EINER INTEGRIERTEN
VERSORGUNGSKETTE**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Beyond pills and medical devices – Industriepotentiale einer integrierten Versorgungskette



- 4 Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6 Digitalisierung: Die Taktzahl im Gesundheitswesen steigt**
Birgit Fischer
Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V



- 10 Wir brauchen ein neues Denken für das Zeitalter der medizinischen Innovationen**
Dr. Jutta Wendel-Schrief
Director Market Access, MSD Deutschland



- 14 Bessere Patientenversorgung durch digitalen Fortschritt –
doch wie kommen solche Innovationen in die Regelversorgung?**
Sascha Glanemann **Matthias Diessel**
MSc, MBA, Geschäftsführer Teva Specialty Medicines EMBA, MSc, Director Market Access &
Governmental Affairs, Teva Specialty Medicines



- 18 Die „4D’s“ – die Eckpfeiler der Medizin von morgen**
Prof. Dr. Jochen Maas
Geschäftsführer Forschung & Entwicklung der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
und Leiter des German R&D Hub



- 22 Bessere Sektorenübergreifende Versorgung –
Oder: Wie man sich und anderen das Leben schwer machen kann**
Britta Mizani
Healthcare Manager – Market & Healthcare, DESITIN ARZNEIMITTEL GMBH



- 28 Die Rolle der Pharmaindustrie bei der integrierten Versorgung**
Dr. Alexander Wilke
MBA, LL.M., Director Market Access & Public Affairs D-A-CH,
Ipsen Pharma GmbH

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„dass die Industrie in der Versorgung mehr Gestaltungsbeiträge *will*, ist klar. Aber kann sie auch? Stimmt der Rechtsrahmen? Ist „Industrie-Denke“ mit den Vorstellungen von Krankenkassen und Ärzten kompatibel? Gibt es Akzeptanz für solche Kooperationen bei den Versicherten und – nicht zu unterschätzen! – bei der Presse?“

Klar ist aber auch: Mit der wachsenden Komplexität therapeutischer Produkte *muss* die Industrie nahezu zwangsläufig stärker in das Versorgungsgeschehen integriert werden. Denn einer ersten Entwicklung, in der allmählich Arzneimittel sich immer stärker mit Medizinprodukten verbinden – beispielsweise bei den Potentialen der Darreichung und Dosierung – wird eine zweite folgen, in der therapeutische Produkte der Industrie ohne enge Kooperation mit dem behandelnden Arzt nicht mehr ihre volle Wirkung entfalten können – oder vielleicht sogar gänzlich wirkungslos bleiben.

Ursache dafür ist die wachsende Komplexität von Arzneimitteln oder Medizinprodukten, deren therapeutische Potenziale sich dem behandelnden Arzt häufig nicht mehr ohne flankierende Assistenz des Herstellers vollständig erschließen. Ärzte und Industrie werden also immer weiter aneinanderwachsen, und es wäre daher nur ein konsequenter Schritt, auch den dritten Behandlungspartner, die Krankenkassen (und ihre Daten), in ein ganzheitliches komplexes Behandlungssetting zu integrieren. Nur in einer solchen Dreierkonstellation (der dann natürlich ein eigenes Vertragskonzept zugrunde liegen muss) ist schließlich ein lückenloses und ganzheitliches Therapiergime denkbar.

Soweit die Theorie. Denn in der Realität des Jahres 2018 lassen sich die Beispiele für ein solches komplexes Versorgungssetting an den Fingern einer Hand abzählen. Und selbst wenn entsprechende Bündnisse dann geschmiedet wurden: In verschiedenen Projekten ist der Industriepart-

ner zwischenzeitlich auch schon wieder ausgestiegen (ein Beispiel hierzu finden Sie in dieser Ausgabe). Von „blühenden Landschaften“ kann also noch keine Rede sein.

Wo aber liegen die Hürden? Der Gesetzgeber hat mit einer Neuformulierung des § 140a SGB V doch eigentlich den Weg frei gemacht? Bislang aber – so hat man den Eindruck – scheinen die „business cases“ und die unterschiedlichen Versorgungsanforderungen nicht zusammen zu passen. Oder sind schlicht die kulturellen Differenzen zu groß? Möglicherweise glauben auch alle Beteiligten (übrigens auch Ärzte und Krankenkassen) bislang in Abgrenzung *voneinander* allemal besser leben zu können als in Kooperation *miteinander*. Dann wäre die Not wohl noch nicht groß genug.

Wer allerdings bei allen möglichen Ursachen auf der Strecke bleibt, ist der Patient. Denn für ihn können nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Aber die wachsende Komplexität des Versorgungsgeschehens zeigt uns, dass es letztlich dazu keine Alternative gibt. Neues Denken ist also angesagt: Den Kostenträgern muss wohl die Angst vor „Wirtschaftsförderung auf Kosten der Solidaritätsgemeinschaft“ genommen werden. Und den Ärzten die Angst vor „Einnischung in innere ärztliche Angelegenheiten“.

Und die Industrie: Sie vor allem wird ihren Fokus verändern müssen – und sie hat sich in den letzten Jahren mehr und mehr dazu auf dem Weg gemacht. Wie das möglich ist, zeigen – in Theorie und Praxis – die Beispiele in diesem Heft. Wie also sowohl Kassen als auch Ärzte in neue Dimensionen der Kooperation vorstoßen und „Ängste“ überwinden müssen, so wird sich auch die Industrie glaubhaft von lange gepflegten Grundhaltungen verabschieden müssen. Der Satz „im COPD-Markt ist noch reichlich Luft nach oben“ – so ge-

hört in der Mittagspause einer Außendienstmitarbeiter-Tagung – wird eine patientenorientierten Haltung Platz machen müssen, die nicht mehr den Umsatz mit Produkten an erste Stelle setzt, sondern eine wirksame und effiziente Patientenversorgung.

Ein solcher Weg wird nicht unbedingt auf Anhieb von Erfolg gekrönt sein, aber dahinter steht die grundsätzliche Frage, ob die Industrie auch langfristig nur mehr oder minder auswechselbarer „Zulieferer“ im Gesundheitssystem sein will, oder ob sie sich auf mittlere und lange Sicht als system- und versorgungsbeteiligter *Partner* dauerhaft auf annähernd gleicher Augenhöhe etablieren will. Der erste Weg mag schnelleren return on investment versprechen, der zweite ist vermutlich der sicherere um sich langfristig im Versorgungsgeschehen zu etablieren.

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Heftes beschreiben Möglichkeiten (und Wirkigkeiten) auf diesem zweiten Weg. Sie gehen davon aus, dass komplexer

werdende therapeutische Möglichkeiten mit komplexen Versorgungssettings aus Ärzten, Krankenkassen und Industrie flankiert werden sollten. Und sie beschreiben – in Theorie und in Praxis – wie solche Wege beschritten werden könnten, welche medizinischen Herausforderungen und Indikationen sich besonders gut dafür eignen und wo – bei allem Bedarf und bei bestem Willen der Beteiligten – die Hürden liegen, die zukünftig aus dem Weg geräumt werden müssen.

Denn der passende Rechtsrahmen ist nicht etwa der Schlussstein für erfolgreiche trilaterale Kooperationsmodelle, er ist Ausgangspunkt und allererste Basis. Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Ehrlichkeit, guter Wille und ein Engagement deutlich über den 08/15-Dienst hinaus sind bislang noch bei allen Beteiligten Grundvoraussetzungen für das Gelingen komplexer Kooperationsmodelle in unserem Gesundheitswesen. Mit dem vorliegenden Heft soll dafür geworben werden, diese Investitionen nicht zu scheuen!

Wir wünschen anregende Lektüre!

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kioepfer

Bessere Anwendung und mehr Sicherheit

Mit Hilfe digitalisierter Prozesse kann der vorschrittsmäßige und damit sichere Gebrauch von Arzneimitteln für Patienten schon bald einfacher werden. Das Pilotprojekt „Gebrauchsinformation 4.0“, an dem der vfa mitarbeitet, zeigt, was geht: Die digitale Arzneimittel-Information für Patienten, überall abrufbar und jederzeit auf dem neuesten Stand. Heute in Deutschland erprobt, künftig in allen EU-Ländern vorgesehen. Das europäisch vernetzte Projekt „secuPharm“ ist schon einen Schritt weiter: Es hat den Projektstatus verlassen und geht ab Februar 2019 Schritt für Schritt an den Start: Hier arbeiten Apotheker, Großhandel und Industrie zusammen, um gefälschte Arzneimittel aus dem Verkehr zu ziehen. Das System arbeitet mit individuellen Packungsnummern. Tauchen etwa Nummern in der Apotheke auf, die das System nicht kennt, wird eine Prüfung in Gang gesetzt und ein Arzneimittel kann vor Ort aus dem Verkehr gezogen werden.

Patient: Herr der eigenen Therapie

Die Sammlung (Tracking und Register) und Auswertung von Daten aus dem Versorgungsalltag können zusätzliche Nachteile zum Nutzen von Arzneimitteln schaffen. Digitale Angebote unterstützen Patienten aktiv dabei, ihre Therapietreue zu erhöhen. Und das medizinische Monitoring der Behandlungsdaten steigert die Sicherheit und Qualität der Arzneimitteltherapie. Ergänzende digitale Angebote bieten Patienten individualisierte Schulungsprogramme zu ihrer Erkrankung, zu alltagsrelevanten Therapiemethoden oder zur Prävention. Beispiele sind personalisierte Krankheits-Management-Programme und gezielte Lifestyle-Coachings, die den Einsatz von Apps, Web-Portalen und persönlichen Schulungsprogrammen kombinieren. Die vfa-Mitgliedsunternehmen engagieren sich dabei in Projekten, damit Ärzte und medizinisches Fachpersonal die Behandlung von Patienten stärker personalisieren, ortsunabhängiger gestalten und damit besser in den Patientenalltag integrieren können.

So unterstützen z. B. elektronische Patiententagebücher und elektronische Fallakten die fachärztliche Versorgung bei komplexen Herausforderungen und vorhandenen Ressourcenproblemen. Ein anderes Beispiel ist die intelligente Verknüpfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Diese sogenannten Smart Devices können medizinische Daten digital messen, aufzeichnen und dann zur Beobachtung in Echtzeit mit dem zuständigen medizinischen Fachpersonal sicher teilen. Insbesondere bei chronischen oder seltenen Erkrankungen mit hohem Dokumentationsaufwand und dem Bedarf an einem schnellen Fachaustausch zwischen den unterschiedlichen Bereichen der Versorgung schafft das einen konkreten Mehrwert für den Patienten und steigert die Versorgungsqualität.

Die Dynamik des Fortschritts könnte jedoch noch besser für die Medizin genutzt werden. Ein aktuelles Beispiel dafür ist der Aufbau forschungsfreundlicher elektronischer Patientenakten, die den Wissenstransfer zwischen klinischer Forschung und Versorgung unterstützen. Der Patient soll darüber entscheiden, ob er seine Daten zur Verfügung stellen möchte. Für die Gesundheitspolitik bedeutet das: Die laufenden Aktivitäten zur elektronischen Patientenakte schnell mit den Planungen zur Medizinformatik-Initiative zu verknüpfen.

eHealth-Zielbild schafft Basis für gemeinsame Plattform

Damit aus Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung auch eine Erfolgsgeschichte wird, braucht es eine gemeinsame Richtung und gemeinsames Handeln. Der Blick über den Tellerrand und die Offenheit für Zusammenarbeit sind entscheidend. Auch deshalb fordern die forschenden Pharma-Unternehmen mit sieben weiteren Verbänden der industriellen Gesundheitswirtschaft die Entwicklung eines branchenübergreifenden eHealth-Zielbilds. Eine gemeinsame Vorstellung von dem, was zielgerichtet und ambitioniert erreicht werden soll, wäre ein wichtiges Signal für den Standort Deutschland. Im internationalen Wettbewerb braucht es im deutschen

eHealth-Markt mehr Investitionen und Innovationen. Und es braucht Klarheit bei Prozessen und Standards für die Verknüpfung, das Teilen und die Nutzung von Forschungsdaten. Interoperabilität von medizintechnischen IT-Systemen und die internationale Anschlussfähigkeit des Standorts Deutschland sollten dabei oben auf der Agenda stehen. Dann können die ambitionierten Ziele des Koalitionsvertrags zur digitalen Transformation im Gesundheitssystem erreicht werden und bleiben nicht im Ungelähren stecken.

Das alles ist kein Selbstzweck. Es geht vielmehr um wachsendes Wissen und medizinische Fortschritte durch Digitalisierung, an denen Patientinnen und Patienten teilhaben und davon profitieren. Dieser individuelle Nutzen schafft zugleich einen gesellschaftlichen Mehrwert und volkswirtschaftlichen Gewinn.

Wir brauchen ein neues Denken für das Zeitalter der medizinischen Innovationen



Dr. Jutta Wendel-Schrief
Director Market Access,
MSD Deutschland

Seit Ende der 80er Jahre startete die Politik in regelmäßigen Abständen neue Gesundheitsreformen, um das deutsche Gesundheitswesen strukturell zu modernisieren oder auch einzelne Bereiche der Versorgung enger miteinander zu verzahnen. Selten brachten die konkreten Reformmaßnahmen und Innovationsversuche den erhofften Erfolg. Man setzte dann eben eine neue Regulierung in Gang. Es wird Zeit, an einigen zentralen Stellen über Strukturen und Voraussetzungen für eine bessere Patientenversorgung nachzudenken. Für uns als pharmazeutisches Unternehmen ist es wichtig, gemeinsam mit der Politik, Kostenträgern und anderen Leistungserbringern an der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens zu arbeiten. Für das Wohl der Patienten müssen wir alle unsere Komfortzonen verlassen.

Man kann es kaum übersehen: Die historisch gewachsenen Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind einerseits leistungsstark und haben ein beispielhaftes Gesundheitswesen geschaffen; aber sie führen über die Jahre zu einer starken Fragmentierung und Unübersichtlichkeit, vor allem für die Betroffenen, die Patienten.

Und in der Folge wird zu oft ein effizienter und koordinierter Behandlungsprozess über die strikte Trennung der einzelnen Leistungssektoren (ambulant, stationär, Reha), sektorale Budgetierung, aber auch durch erhebliche Unterschiede in den Anreizstrukturen gebremst und nicht selten komplett unmöglich gemacht.

Informations- und Koordinationsdefizite zwischen den einzelnen Sektoren führen zudem seit Jahren in einzelnen Bereichen zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Versuche des Gesetzgebers aus den letzten Jahren, diese Probleme über die Ergänzung des kollektivvertraglich geprägten Gesundheitssystems um Einzelvertraglich Alternativen zu ergänzen, haben dieses Grundprobleme bislang nicht wirklich überwinden können. Die anstehende Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag erneut diesem komplexen Thema angenommen. Eckpunkte für die Fortentwicklung der integrierten Versorgung sollen bis 2020 von einer Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Erneut wurde das Ziel ausgerufen, auf Basis die-

ser Vorschläge umfassende Maßnahmen für eine qualitativ hochwertige, kosteneffektive, kooperativ ausgerichtete und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland entwickeln zu wollen.

Die Idee, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotentiale des deutschen Gesundheitswesens über sektoren- und/oder berufsübergreifende Versorgung zu mobilisieren, besteht seit mehr als 30 Jahren. Ihre Aktualität ist aber höher denn je und die Zeit drängt. Die jetzt schon erkenn- und spürbare demographische Entwicklung der kommenden Jahrzehnte und die damit einhergehenden Verschiebungen von Krankheitsbildern, hin zu mehr chronischen Erkrankungen und Multimorbiditäten, machen eine tiefgehende Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens dringend notwendig. In der näheren Betrachtung zeigt sich, dass das bundesdeutsche Versorgungssystem – trotz einiger Innovationsversuche – mit dem Wandel der Patientenproblematiken nicht im nötigen Maße Schritt gehalten hat. Es ist immer noch zu stark auf akute, episodale und eindimensionale Krankheitsentrichtungen steht unser deutsches System unzureichend vorbereitet gegenüber. Aber wir brauchen aufgrund der Vielschichtigkeit und des oft langen Krankheitsgeschehens verstärkt interdisziplinäre und multiprofessionelle, statt eindimensionale Versorgungsformen.

Das System steht vor einem Beschleunigungsstrauma

Hinzu kommt die zunehmende Digitalisierung im gesamten Gesundheitswesen, der immer schneller werdende medizinisch-technische Fortschritt und die laufenden Verbesserungen in Forschung und Therapie, die das bestehende System vor große Herausforderungen stellen und ebenfalls Anpassungen und mehr Zusammenarbeit zwischen den Akteuren notwendig machen. Unverändert steht unser System mittelfristig vor einem Beschleunigungsstrauma.

Die kommenden Entwicklungen verlangen effizientere Koordination, Steuerung und Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer. Sie verlangen, im Sinne der allgemeinen Managementlehre, insbesondere eine Optimierung der Wertschöpfungsketten im deutschen Gesundheitswesen. Allen Beteiligten ist klar, dass sich für eine Durchsetzung der neuen Versorgungsformen bestehende Strukturen und Prozesse tiefgreifend verändern müssen. Alle Akteure des Gesundheitswesens werden, ob mittelbar oder unmittelbar beteiligt, direkt oder indirekt von dieser Entwicklung betroffen sein und sollten sich darauf vorbereiten und ihre Möglichkeiten ausloten.

Auch die Pharmaindustrie muss über den Tellerrand hinausblicken

Die pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland sind ebenfalls gefordert, neue Strategien für die sich abzeichnende Veränderung der Versorgungsformen zu erarbeiten und ihre Rolle im Gesundheitssystem ein Stück weit neu zu definieren. Die angestrebte Integration wird zu einer tiefgreifenden Veränderung der Entscheidungsprozesse führen, wie und wer Arzneimittel nachfragt und über die bestmögliche Versorgung von Patienten entscheidet.

Damit verbunden ist ein direkter Einfluss auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Unternehmen.

Über Jahrzehnte eingeübte Rollen werden sich zunehmend verschieben, es bilden sich neue Kundengruppen (Bsp.: MVZs, Ärztenetzwerke etc.) mit spezifischen Interessen. Neue Rahmenbedingungen werden sich etablieren, die das unternehmerische Umfeld verändern. Bestehende Angebote müssen ausgeweitet oder modifiziert werden, sonst werden sie nicht mehr marktfähig sein. Auch wenn dies nicht von heute auf morgen passiert, muss sich die Industrie dennoch bereits heute darauf einstellen und ihr bestehendes Geschäftsmodell weiterentwickeln.

Gerade für Unternehmen, die in kleinen kompetitiven Märkten tätig sind, werden die zunehmenden Integrationsstendenzen – und daraus resultierende Preisentwicklungen – in Zukunft ein verstärktes Engagement in den neuen Versorgungsformen strategisch notwendig machen. Aber auch alle anderen Pharmaunternehmen werden sich früher oder später die Frage stellen, wie man sich über die reine Arzneimittelversorgung hinaus als essentieller Partner positionieren bzw. seine Expertise einbringen kann.

Das Know-How der Industrie besser nutzen

Die Expertise, die aus der pharmazeutischen Industrie in das System eingebracht werden könnte, ist enorm und reicht von unternehmerisch-organisatorischem und wettbewerlichem Know-How bis hin zu umfassenden Erfahrungen aus den Kerngeschäften Forschung und Entwicklung sowie dem Vertrieb von Arzneimitteln. Gerade das Ziel, eine effizient gesteuerte Versorgung unter medizinischen wie betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu erzielen, macht die Pharmaunternehmen zu perfekten Partnern für andere Akteure des Gesundheitswesens. Vereinzelte Pilot-Projekte aus der jüngeren Vergangenheit belegten bereits den gegenseitigen Nutzen solcher Partnerschaften.

Die Integrierte Versorgung steht und fällt mit der Digitalisierung

Besonderer Treiber integrierter Versorgungsformen ist die schnell voranschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Nutzung digitaler Werkzeuge wird bei dem Bildungsprozess integrierter Versorgungsformen eine entscheidende Rolle einnehmen. Die digitale Transformation ermöglicht neben Verbesserungen in der Kommunikation zwischen den einzelnen Sektoren eine bedarfsgerechtere, ziel- und zeitgenauere Steuerung der Versorgung.

Jedoch fehlen bislang noch die politischen Rahmenbedingungen, Marktzugangsstrukturen für digitale Anwendungen, sowie notwendige Bewertungsprozesse für die Erstattung entsprechender Leistungen. Bei der Entwicklung dieser Rahmenbedingungen ist eine verbesserte und koordinierte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern von enormer Bedeutung. Nur so kann ein zentrales Effizienzziel – nämlich umfassende Interoperabilität zwischen den Sektoren – von Beginn an erreicht und in weiterer Folge die Qualität der Versorgung gesteigert werden. Die Digitalisierung wird die medizinische Versorgung grundlegend verändern. Um die Potentiale auch nutzen zu können, bedarf es integrierter Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Für das Wohl des Patienten müssen sektorale Scheuklappen abgelegt werden

Bis zur skizzierten Neuausrichtung müssen noch viele Hindernisse und Handicaps sowie Vorurteile zwischen den Akteuren überwunden werden. Über Jahre hat sich ein System verfestigt, in dem die einzelnen Marktteilnehmer zu oft gegen- als miteinander agieren, wobei man immer öfter ein Aufeinanderzugesehen bemerken kann. Um Potenziale des Gesundheitswesens bestmöglich nutzen und die Qualität in den nächsten Jahren ausbauen zu können, zum Wohle einer verstärkten Patientenversorgung, muss dieses weiter verstärkt werden. Die pharmazeutischen Unternehmen übernehmen gerne mehr Verantwortung in gemeinsamen Versorgungslösungen und wollen aktiv an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mitwirken. Die Qualität in der Versorgung ist ein großes Gemeinschaftswerk. Man kann nicht nur ein Element herausnehmen – im Gegenteil müssen wir die Kraft und das Know-How in den nächsten Jahren und Jahrzehnten besser nutzen und bündeln.

Bessere Patienten- versorgung durch digitalen Fortschritt – doch wie kommen solche Innovationen in die Regelversorgung?



Sascha Glanemann
MSc, MBA, Geschäftsführer,
Teva Specialty Medicines



Matthias Diessel
EMBA, MSc, Director Market Access
& Governmental Affairs,
Teva Specialty Medicines

Die Digitalisierung schreitet auch in der Arzneimittelversorgung mit großen Schritten voran. Zahlreiche digitale Innovation können die Versorgung von chronisch kranken Patienten verbessern, was langfristig nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen positiv beeinflusst, sondern auch Kosten im Gesundheitssystem einsparen würde. Voraussetzung dafür ist aber der Zugang in die Patientenversorgung und eine Finanzierung dieser neuen Technologien. Wer übernimmt die Mehrkosten einer solchen technischen Innovation? Die gesetzlichen Krankenkassen, der Patient oder gar die Industrie?

Das SGB V bietet hierfür bisher kaum einen Ansatzpunkt. Das deutsche Erstattungssystem ist auf digitale Innovationen im Arzneimittelbereich, insbesondere wenn es sich um Weiterentwicklungen bekannter Wirkstoffe handelt, kaum vorbereitet – sie sind im Prinzip gar nicht vorgesehen. Natürlich haben diese Innovationen nicht per se einen „Zusatznutzen“, nur weil sie „digitale“ Lösungen bieten, auch hier gilt es, einen Nachweis eines etwaigen Zusatznutzen zu erbringen. Allerdings sind groß angelegte klinische Studien gerade bei der digitalen Weiterentwicklung von Arzneimitteln mit älteren Wirkstoffen nicht finanzierbar, noch sind die klassischen klinischen Studienansätze geeignet, den Zusatznutzen dieser meist auf Adhärenz angelegten Weiterentwicklungen im Alltag nachzuweisen. Das AMNOG-Verfahren greift in diesen Fällen nicht, ein gesonderter HTA-Prozess (Health Technology Assessment) für digitale Innovationen existiert nicht.

Wie kann also der zusätzliche Patientennutzen nachgewiesen werden? Zelführend ist die Evaluation dieser digitalen Lösungen beim Einsatz im Versorgungsalltag in Projekten mit gesetzlichen Krankenkassen. Aber auch hierfür müssten erst einmal die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um solche Projekte durchzuführen und bei Erfolg diese Produkte ins Erstattungssystem einzuordnen.

Asthma-Patienten könnten von einem digitalen Inhaler profitieren

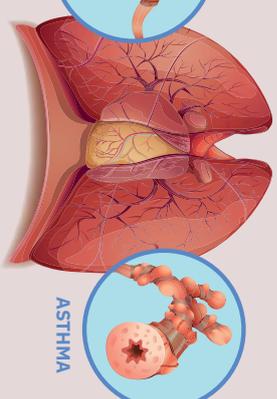
Eine Indikation, in der derzeit an digitalen Verbesserungen bei der Arzneimittelgabe geforscht wird, ist Asthma. Weltweit nutzen viele Patienten regelmäßig Inhalationssysteme. Trotz des regelmäßigen Gebrauchs der Inhaler, die mit unterschiedlichen etablierten Wirkstoffen verfügbar sind, kann in vielen Fällen eine Krankheitskontrolle nicht erreicht werden. Die Gründe hierfür sind verschieden, aber ein entscheidender Faktor ist die Tatsache, dass die Patienten die Inhalation nicht immer korrekt aus-

Asthma bronchiale Asthma ist eine chronische entzündliche Atemwegserkrankung, bei der sich die Atemwege variabel verengen und die daher mit Symptomen wie (anfallsartiger) Atemnot und Husten einhergeht. Man unterscheidet grob zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma, wobei weitergehende Phenotypisierungen für die Therapie von Menschen betroffen, wobei die Prävalenz in den Industrieländern in den letzten Jahren zugenommen hat. Ziel der Behandlung ist eine Kontrolle der Erkrankung und eine Reduzierung des zukünftigen Risikos. Asthmaanfälle, Einschränkungen durch Symptome und Exazerbationen sowie eine Verlust an Lungenfunktion sollen vermieden werden. Man versucht, die Lungenfunktion zu normalisieren, um somit normale körperliche Aktivitäten für die Betroffenen zu ermöglichen. Inhalative Kortikosteroide unterdrücken die Entzündung und sind die wichtigste Säule der Asthmatherapie. Ergänzend kommen meist ein schnell-wirkender Bronchodilatator bei Bedarf sowie ggf. weitere Kontrollmedikamente zum

Einsatz. Asthamedikamente werden meist mit Hilfe jeweils spezifischer Inhalatoren eingeatmet. Dabei ist eine korrekte Anwendung wichtig, weil die Behandlung sonst nicht richtig wirkt. Die richtige Anwendung der Inhalatoren unterscheidet sich je nach Inhalatortyp; daher erhalten die Patienten individuelle Schulungen. Darüber hinaus ist es wichtig, durch nicht-medikamentöse Maßnahmen die Faktoren zu vermeiden, die als Auslöser für eine Verschlechterung des Asthmas oder für einen Asthma-Anfall infrage kommen.



NORMAL



ASTHMA

führen. Folge sind Exazerbationen, die nicht selten mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind. Die Lösung: Ein digitaler Inhaler. Er sieht aus wie ein normaler Inhaler, ist aber nicht nur in der Lage zu erfassen, ob und wann der Patient inhaliert, sondern kann den Inhaliervorgang über eine digitale Erweiterung auch auf seine Richtigkeit überprüfen. Das geschieht, indem er z.B. den Peak Inspiratory Flow, die Inhalationszeit und/oder das Inhalationsvolumen misst. Der Inspirationsfluss des Patienten durch das Inhalationssystem ist ein entscheidender Faktor und damit auch die wichtigste mögliche Fehlerquelle bei der Benutzung. Der digitale Inhaler gibt über eine App Feedback an den Patienten, ob genügend Wirkstoff im Bronchialsystem angekommen ist. Theoretisch könnte man diese Informationen auch über eine Cloud mit dem behandelnden Arzt teilen. Trotz moderner Inhaler sind Inhalationsfehler auch heutzutage noch weit verbreitet.

In der Praxis werden die Ärzte immer wieder mit einem Fehlgebrauch konfrontiert, oft fallen aber falsche Inhalationstechniken gar nicht auf, was viel schlimmer ist. Teva forscht bereits seit einigen Jahren an der Weiterentwicklung von Inhalationssystemen mit bewährten Wirkstoffkombinationen. Der digitale Inhaler könnte zu einem wichtigen Meilenstein bei der Verbesserung der Versorgung von Asthma-Patienten werden.

Digitale Inhaler bieten Arzt und Patient zahlreiche Vorteile

Patienten-Nutzen

- Rückverfolgung der Anzahl von Notfall-Anwendungen
- Ggf. Erinnerungsfunktion (Dauermedikation) und Adherence-Aufzeichnung
- Unterstützung für ein effizientes Arzt-Patienten-Gespräch
- Tool für eine Verbesserung der Inhalationstechnik

Solche digitalen Assets werden in Zukunft in der medizinischen Versorgung eine immer größere Rolle spielen. Es existieren bereits sehr effektive Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen. Jetzt gilt es, die dazugehörigen Devices smarter zu gestalten, so dass sie zukünftigen Therapie- und Monitoring-Anforderungen entsprechen.

Stellt sich Deutschland selbst ins Abseits?

Doch wie kommt eine solche Innovation im Bereich Asthma zu den betroffenen Patienten? Hier zeigen sich im deutschen Erstattungs-system zahlreiche Hürden. Die Wirkstoffe der Inhalationssysteme sind weitgehend generisch. Die Produkte fallen somit systemlogisch in die bestehende Festbetragsgruppen. Neben den Festbeträgen sind diese Inhaler nahezu vollkommen über Rabattverträge der Krankenkassen geregelt. Das bedeutet, dass das Preisniveau bei den Inhalationssystemen sehr niedrig ist. Auch ein digitaler Inhaler würde in die Festbetragsgruppen eingeordnet werden und den niedrigen Festbeträgen unterliegen, sofern der Hersteller nicht eine „therapeutische Verbesserung“ (§35 Abs. 1b SGB V) nachweisen kann. Allerdings ist ein solcher Nachweis bisher noch nie gelungen.

Ärzte-Nutzen

- Bereitstellung objektiver, akkurater Daten
- Identifikation der Ursachen einer unzureichenden Asthma-Kontrolle
- Höheres Patienten-Engagement durch Asthma-Aktionsplan
- Grundlage für ein potenzielles Frühwarnsystem

Dem Hersteller böte sich dann die Option, seinen Preis über den Festbetrag zu setzen. Der Patient müsste dann die Differenz zwischen Festbetrag und Listenpreis („Aufzahlung“) aus eigener Tasche leisten. Es hat sich aber gezeigt, dass Patienten dazu nicht bereit sind. Sollte der Patient auf Grund des von ihm wahrgenommenen Zusatznutzen doch dazu gewillt sein, würde sich das als kaum möglich erweisen, weil die Krankenkasse zu diesen Wirkstoffen der Inhaler Rabattverträge geschlossen hat und der Patient nicht nur die Aufzahlung leisten müsste, sondern darüber hinaus die „Mehrkosten“, die der Krankenkasse durch die Abgabe des digitalen Inhalers gegenüber dem Rabattprodukt entstehen würden. Hierzu sind Patienten erfahrungsgemäß nicht bereit.

Eine digitale Weiterentwicklung bewährter Wirkstoffe ist somit auf diesem Wege und in diesem Preisgefüge nicht finanzierbar, eine Markteinführung solcher Innovationen in Deutschland daher für den Entwickler auch nicht darstellbar.

Nun stellt sich die Frage, wie kann eine solche digitale Innovation dennoch in die Versorgung gelangen?

Ansatzpunkt könnte ein gemeinsames Modellprojekt im Rahmen des Innovationsfonds einer Krankenkasse mit dem Hersteller sein. Im Rahmen eines solchen Projektes wäre eine Erfassung von Versorgungsdaten in der Regelversorgung möglich und würde versorgungsrealer Bewerten des Zusatznutzens digitaler Weiterentwicklungen ermöglichen.

Die »4D's« – die Eckpfeiler der Medizin von morgen



Prof. Dr. Jochen Maas

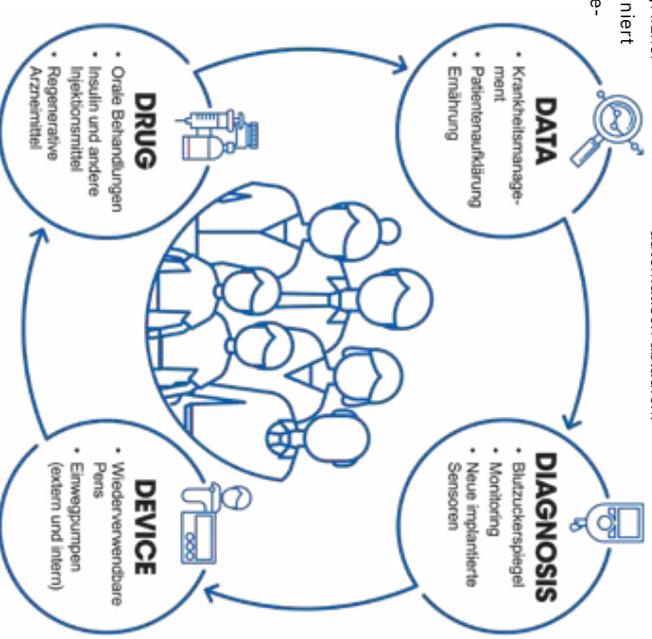
Geschäftsführer Forschung &
Entwicklung der Sanofi-Aventis
Deutschland GmbH und Leiter des
German R&D Hub

Der Patient von morgen wird für sein spezifisches Gesundheitsproblem nicht mehr nur Arzneimittel – also Tabletten, Spritzen oder Kapseln – erwarten, sondern eine individuelle und auf ihn zugeschnittene Gesamtlösung. Diese wird natürlich weiterhin die Arzneimittel enthalten (Drugs), darüber hinaus aber auch exakte Diagnoseverfahren (Diagnosis), die entscheidenden Applikationshilfen (Devices) und die meist über Algorithmen vermittelte Verbindung von Diagnose und Arzneimittel (Data). Diagnosis, Drug, Device und Data werden über digitalisierte Verfahren verbunden sind, sodass manchmal aus den „4D's“ schon die „5D's“ werden (Digitalisierung).

Ohne eine exakte Diagnose – vor allem wichtig in der zunehmenden Personalisierung beziehungsweise Straffizierung vieler Indikationsgebiete – wird kein passendes Arzneimittel in der jeweiligen für den Patienten richtigen Dosis auswählbar sein. Und da heute ein Großteil der Arzneimittel bereits Biologicals sind – also große Moleküle, die oral nicht verabreicht werden können –, wird ein Device für die Applikation unerlässlich sein. Um hier dann die richtige Dosis auszuwählen, müssen die Algorithmen zwischen Diagnose, Arzneimittel und Device genau definiert sein. Beispiele hierfür gibt es bereits viele, am deutlichsten wird

das Zusammenspiel vielleicht beim sogenannten künstlichen (digitalen) Pankreas: Der Blutzuckerspiegel eines Diabetikers wird über einen Sensor, der idealerweise implantiert wird, erfasst (Diagnosis). Via spezifischer Algorithmen (Data) wird der ermittelte Wert dazu verwendet, über eine Pumpe (Device) das notwendige Arzneimittel (Drug), in diesem Beispiel Insulin und/oder Glucagon, in der richtigen Dosis zu applizieren. Der Patient wird dadurch zunehmend unabhängig, da alle Prozesse automatisch ablaufen.

Beispiel eines
integrierten Ansatzes:



Zugegeben, hier handelt es sich noch um eine Vision, allerdings schon um eine weit fortgeschrittene. Auch in anderen Bereichen rücken die 4 D's immer weiter zusammen: In der Onkologie wird fast immer das Medikament nach einer exakten Analyse der Gen-Ausstattung des Tumors ausgewählt. Wenn es sich um einen Antikörper handelt, wird dieser dann über ein Device verab-

reicht – auch hier ein Zusammenwirken der 4 D's. Die genannten vier Bereiche werden jedoch bis heute immer noch von verschiedenen Industriezweigen bedient: Der Bereich Diagnose überwiegend von der Diagnostikindustrie, die Arzneimittel von der Pharmaindustrie, Devices von der Medizintechnik und der gesamte Datenbereich aus der Hard- und Softwareindustrie.

Therapeutisches Ökosystem

- Jedes Ökosystem ist für eine spezifische Medikamenten- und Patientenpopulation optimiert.
- Alle Elemente sind Adherence-Data-fähig.
- Nahtlose Integration für wertorientierte Gesundheitsergebnisse.
- Bereitstellung einer langfristigen Kundenbindung und Markenpräferenz.

Injizierbares Medikament	Applikationshife zur Medikamentengabe	Smartphone App	Data Hubs	Diagnosewerkzeug oder anderes Zubehör
<ul style="list-style-type: none"> • Subkutane Verabreichung • Flüssig oder lyophilisiert • Vorgefüllt oder füllzeitgerecht Anwendung • Raumtemperatur oder gekühlt • Frequenz der Injektion • Pflegeumgebung (zu Hause oder anderswo) 	<ul style="list-style-type: none"> • In der Hand oder am Körper tragbar • Einweg oder wiederverwendbar • Vorkonfigurierte Einspritzgeschwindigkeit und –dauer • Datenkonnektivität über Bluetooth LE etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Download-Funktionen inkl. Therapiekalender, Erinnerungen / Eingabeaufforderungen, bevorzugte Einstellungen • Upload-Funktionen z.B. Fertigstellungsplan, Persistenzrate • Datensicherheit • Call Center / Hotline 	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit der Zuweisung von Zugriffsebenen für Stakeholder • Verordner • PBMs / GPOs • Arzneimittelanbieter • Kostenträger • Regierung • Behörde • Zusammenarbeit mit Datenspezialisten 	<ul style="list-style-type: none"> • Biosensoren oder Bioinformatiksysteme • Ins Applikationssystem integriert oder Zusatzgerät

Es gibt weltweit keine Pharmafirma, die eine tiefe Expertise in allen genannten Bereichen hat, maximal werden zwei der 4 D's innerhalb eines Unternehmens abgedeckt. Jedoch verlangt der aufgeklärte Patient von heute zu Recht mehr als Arzneimittel von den Unternehmen und den Gesundheitssystemen. Diese Situation verlangt demnach eine deutliche Intensivierung von Kooperationenmodell. Denn die Eckpfeiler der Medizin von morgen erfordern nicht nur eine Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Industrien, die sich auch zunehmend abzeichnen beginnt, sondern auch eine Intensivierung der Kooperationen mit Akademia und dem Bereich Public Private Partnership. Was wiederum neue Plattformen für wissenschaftliche Erkenntnisse schafft, die für die künftigen Forschungen und Entwicklungen genutzt werden können.

Solche Kooperationen sollten auch den Mut haben, neuen Modellen zu folgen. Dazu gehören gemeinsame Projektteams, die von Projektbeginn an auch in der täglichen Arbeit intensiv zusammenarbeiten, idealerweise sogar in gemeinsamen Labors oder Fertigungsstätten. Für die beteiligten Partner muss es die entsprechenden Anreize geben und auch der Kontakt zu den Zulassungsbehörden muss von Anbeginn an sorgfältig gepflegt werden.

Diagnostikindustrie, Pharmaindustrie und die Medizintechnik – also die drei ersten D's – haben bereits viele Erfahrungen in gemeinsamen Projekten, mit der Datenindustrie taucht aber ein neuer Mitspieler auf. Insgesamt ist die Digitalisierung in der Pharmabranche im Vergleich zu anderen Industrien nicht besonders weit fortgeschritten, so dass sich auch in diesem Bereich ein enger Schlußschluss mit den entsprechenden Industrien emp-

fehlt. Der Umgang mit großen Datenmengen, deren Auswertung und Interpretation sowie die Berechnung der entsprechenden Algorithmen ist die Kernkompetenz großer Softwareanbieter – und auch mit denen müssen Kooperationen initiiert werden. Es gibt schon einige solcher enger Verbindungen und es werden immer mehr werden. Und nicht zuletzt sind bei allen 4 Ds die Zusammenarbeit und der Erkenntnisgewinn in enger Kooperation mit den Patienten und Patientenorganisationen von immenser Bedeutung. Keine klinische Studie, keine Patientenstratifizierung - wie beispielsweise in großen internationalen Projekten wie der Innovative Medicines Initiative (IMI) - wären denkbar ohne das direkte Mitwirken der Patienten oder das Bereitstellen von anonymisierten Patientendaten. Auch neue Applikationshifen oder die Nutzung und Auswertung digitaler Devices können nur unter Einbindung und direkter Beteiligung der Patienten ermöglicht und optimiert werden.

Vieles ist hier bereits in Bewegung und hat sich in der Kooperation der Industrien untereinander oder mit Private Partnern verändert. Die digitalen und mobilen Gesundheitsanwendungen und entsprechende selbstlernende Algorithmen werden das heutige Gesundheitssystem weiterentwickeln. Letztlich wird die Kooperation der einzelnen Player in den Gesundheitssystem hier genauso wenig verzichtbar sein, wie das Zusammenwirken der „5D's“

Bessere Sektoren- übergreifende Versorgung – Oder: Wie man sich und anderen das Leben schwer machen kann

Britta Mizani

Healthcare Manager –
Market & Healthcare,
DESITTIN ARZNEIMITTEL GMBH



Ja, es gibt immer wieder neue Gesetze, die den Weg zur Versorgungsverbesserung erleichtern sollen. Von der Anschubfinanzierung über Modellvorhaben und Versorgungsverträge bis hin zum Innovationsfonds. Warum aber gibt es hierzu dann kaum nennenswerte und nachhaltige Beispiele? Warum hapert es noch immer in der Umsetzung?

Die Enttäuschung im Raum ist allseits groß: Michael Heinrich, Bundestagsabgeordneter der CDU und Mitglied im Gesundheitsausschuss nimmt im Rahmen des BPT-Unternehmertages die pharmazeutische Industrie ins Gebet: Die Politik habe doch ausdrücklich eine Industriebeitragsleistung bei der Besonderen Versorgung nach §140a vorsehen – und bislang sei davon nichts zu sehen... Lange Gesichter und Kopfschütteln bei den anwesenden Industrievertretern: Über die Versorgungs- und Vertragsrealität an der Basis scheint die Politik im Bundestag nicht lückenlos informiert zu sein. Denn Versuche, sich mit Krankenkassen auf patientenorientierte gemeinsame Konzepte zu einigen, gibt es genug – indes, so die Erfahrungen aus unserer Sicht: Die Rahmenbedingungen stimmen einfach nicht.

Dabei hat Herr Heinrich in der Sache natürlich recht. Seit 2011 gibt es endlich auch für Arzneimittelhersteller die Möglichkeit sich an Verträgen zur integrierten Versorgung zu beteiligen. Wir haben das sehr begrüßt und uns auf den Weg begeben.

Neue Versorgungsmodelle: Eine Vernetzung der Behandlungsgbenen, bei der sich alle Beteiligten gegenseitig mit ihrem Fachwissen unterstützen. Das ist gewollt und wird – so meint Michael Heinrich – von Seiten der Gesetzgebung ausreichend gefördert.

Ja, es gibt immer wieder neue Gesetze, die den Weg zur Versorgungsverbesserung erleichtern sollen. Von der Anschubfinanzierung über Modellvorhaben und Versorgungsverträge bis hin zum Innovationsfonds. Warum aber gibt es hierzu dann kaum nennenswerte und nachhaltige Beispiele? Warum hapert es noch immer in der Umsetzung? Hierzu im Folgenden ein Beispiel aus der Praxis:

Versorgungsverbesserung »Norddeutsches Epilepsienetz«

Gleich 2011 haben wir – genau auf der Grundlage der von Heinrich skizzierten Grundlage – einen Versorgungsvertrag an den Start gebracht, um gemeinsam mit Ärzten, Krankenkassen, Kliniken und einer Managementgesellschaft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schwer einstellbaren Epilepsien zu verbessern. Es hat drei Jahre Vorbereitung, Verhandlungen, Diskussionen und viel Krat und Ausdauer gekostet. Mitgemacht haben Krankenkassen, deren Mitarbeiter sich besonders für die Krankheit interessiert und engagiert haben. Das Therapiezentrum Ralsdorf des Deutschen Roten Kreuzes in Schleswig-Holstein steht im Mittelpunkt der Versorgung.

Wer sind wir und wo liegen die Versorgungsprobleme?

Wir produzieren an unserem Standort in Hamburg Arzneimittel. Als Spezialist und Hersteller patientenfreundlicher Darreichungsformen für den Bereich Epilepsie kennen wir uns in dieser Indikation sehr gut aus.

Epilepsie – Gewitterstürme im Gehirn

Besonders Kinder und alte Menschen sind von dieser chronischen Krankheit betroffen. Das erklärt, weshalb besondere Darreichungsformen wichtig sind und die Einnahme erleichtern können. Epilepsie ist keine der großen Volkskrankheiten, aber die Epilepsie ist eine der am weitesten verbreiteten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Bundesweit erkranken jährlich ungefähr 40.000 Menschen neu an Epilepsie. Ca. 44% davon sind Kinder, die jünger sind als 10 Jahre. Ca. 60% der

Neuerkrankungen betreffen Jugendliche unter 20 Jahre. Epilepsie tritt bei 1% der Menschen auf. In der Regel können 2/3 der Betroffenen durch Antiepileptika anfallsfrei werden.

Bei dem verbleibenden Drittel der Menschen – und hier sind es vor allem Kinder und Jugendliche, die nicht anfallsfrei werden – beginnt eine jahrelange und oft unkoordinierte Behandlungsodysee. Ärzte-Hopping ist eher die Regel als die Ausnahme. Immer wieder kommt es zu Krankenhausweisungen, die vermieden werden könnten. Eltern müssen sich frei nehmen, um ihre Kinder zu begleiten und zu betreuen. Die psychosoziale Belastung ist extrem groß. Die Belastungen betreffen das gesamte familiäre Umfeld. Die Zahl der Alleinerziehenden ist dementsprechend hoch.

Wie kann Versorgung verbessert werden? Das Herzstück ist ein elektronischer Behandlungskalender

Desirin ist Spezialist und im engen Austausch mit den Epileptologen. Wir wissen daher um die Komplexität der Erkrankung und kennen die Schwierigkeiten, die Übersicht über das komplexe Antialtsgeschehen und die Therapie zu behalten, und haben reagiert. Unsere Lösung: Ein elektronischer Behandlungskalender, entwickelt von zwei Professoren aus Greifswald und weiterentwickelt durch Software-Spezialisten im Auftrag von Desirin: EPI-Vista®. Die digitale Lösung hilft, die Übersicht über die Anfälle und die Therapie zu behalten. Eine Mailfunktion hält den Kontakt zwischen Arzt und Patient und gibt Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung.

Lässt sich eine Kooperation mit einem Arzneimittelhersteller gegenüber der Öffentlichkeit vertreten?

Industriepartner können schon allein durch ihre Managementführung hilfreich sein. Die Möglichkeit, sich an einer Versorgungsverbesserung beteiligen zu dürfen, macht durchaus Sinn. Das Misstrauen gegenüber den Arzneimittelherstellern ist, gerade von Seiten der Krankenkassen, noch immer zu groß. Seit 2008 besteht zusätzlich die Angst, dass Arzneimittel-Rabattverträge behindert werden. In der Realität heißt das, dass unsere besonderen Darreichungsformen gar nicht Teil des Versorgungsvertrags wurden. Dabei besteht die gesetzliche Möglichkeit und ist als Anreiz für die Arzneimittelhersteller formuliert. Ein Zwischenfazit an dieser Stelle: Rabattverträge dürfen die Versorgungsmodelle nicht unterlaufen. Hier kann nur die Politik helfen.

Was genau hat sich durch den IV-Vertrag nach § 140 a SGB V verbessert?

Seit 2011 gibt es das Norddeutsche Epilepsienetz und den integrierten Versorgungsvertrag in Schleswig-Holstein. Ärzte und Patienten haben endlich die Möglichkeit, die langen und komplexen Behandlungsverläufe, die Einnahme vieler verschiedener Medikamente und Kombinationen, die erwünschte Wirkung und unerwünschten Effekte auf einen Blick zu erfassen. Sie stehen über die integrierte Mailfunktion in einem geordneten und direkten Austausch miteinander. Die Ärztekammer in Schleswig-Holstein hat zudem die ärztliche Fernbehandlung via Telefon und Internet im April 2018 beschlossen und die Berufsordnung geändert. Die Datenschutzanforderungen sind auf dem neuesten Stand. Der Patient entscheidet,

wer die Daten sehen darf. Die Daten gehören dem Patienten. Die Krankenkassen profitieren von der Versorgungsqualität. Weniger Arztbesuche, weniger Klinikweisungen sind das Ziel. Davon profitiert auch der Patient. Außerdem hat er „seine Daten“ überall dabei und muss vielleicht gar nicht erst zum Arzt fahren.

Also: Ein funktionierender, erfolgreicher IV-Vertrag. Ein Musterbeispiel einer Versorgungsverbesserung in einer Nischenindikation. Im Flächenland Schleswig-Holstein ist damit für die Patienten und Ärzte die Versorgung im Bereich Epilepsie deutlich verbessert und vereinfacht worden. Das klingt wunderbar und leicht umsetzbar, sollte man denken, denn alle Beteiligten wollen ja das Gleiche: Es soll dem Patienten schnell geholfen werden und die medizinische Versorgung soll optimiert werden.

Versorgung verbessern – schwer gemacht

Freie Bahn also für vernünftige Versorgungskonzepte, wie sie die Politik mit der Industriebeteiligung im neuen §140a SGB V vorgesehen hat? Weit gefehlt: Die Realität sieht ganz anders aus, und viel zu viele Hürden sind für alle Beteiligten zu überspringen: Für die Krankenkassen sind die Reaktionen ihrer Aufsichtsbehörden noch immer nicht einschätzbar und das schafft Verunsicherung. Zusätzliche Kosten, beispielsweise für die Vertragsbetreuung bedeuten hohen Bürokratieaufwand. Die Anforderungen an einen IV-Vertrag sind hoch.

Die Krankenkassen stehen miteinander im Wettbewerb. „Zu gute“ Versorgungsangebote bringen die „Gefähr“ mit sich, dass betroffene Patienten von anderen Krankenkassen zuwandern. Das will das Unternehmen „Krankenkasse“ unbedingt vermeiden.

Den Patienten fehlen die Transparenz und die Information über Versorgungsangebote. Denn im GKV-System dürfen Patienten, die von der Versorgungsverbesserung profitieren würden, nicht direkt angeschrieben und informiert werden.

Für die Ärzte ist der verlangte Einschreibungsprozess zu kompliziert. Jede Krankenkasse hat für dasselbe Projekt unterschiedliche Formulare und Vorgaben. Dem Arzt fehlt schlichtweg die Zeit, sich mit dieser zusätzlichen Bürokratie auseinanderzusetzen. Auch die Ärzte müssen sich einschreiben. Der Arzt erhält einen minimalen Betrag als Aufwandsentschädigung, der in keinem Verhältnis zum Aufwand steht. Pro eingeschriebenem Versicherten sind fünf Dokumentations- und Einschreibebögen zu befüllen. Ein Arzt überlegt sich sehr genau, was das für ihn an Mehraufwand bedeutet. Wenn die kooperierende Krankenkasse zu klein ist, dann findet ein Arzt einen passenden Patienten in seiner Praxis vielleicht nie. Außerdem fürchten die Ärzte den Vorwurf einer Vorteilsgewährung an den Arzneimittelhersteller, der ihnen eine zusätzliche Optimierung im Versorgungsmanagement anbietet.

Alle Kosten, die so einen Vertrag zum Laufen bringen, bis zum Druck der Einschreibungsunterlagen, trägt der Partner „Arzneimittelhersteller“. Und dennoch wird er kaum genannt. Zu groß ist die Angst vor der vermuteten negativen Wirkung auf die Öffentlichkeit. Wir erinnern uns: An die Bekanntgabe des so genannten „Schizophrenie-Vertrags“ des Herstellers Janssen-Cilag mit der AOK-Niederrhein schloss sich eine monatelange Negativkampagne an. Die Rabattverträge tun ihr übriges.

Rabattverträge – Ja, ABER

Für uns war es nie vorstellbar, dass Rabattverträge jemals auch in der Indikation Epilepsie geschlossen werden und dadurch gut eingestellte, anfallsfreie Patient alle zwei Jahre zwangsumgestellt werden könnten - verbunden mit dem Risiko, einen Anfall zu erleiden und die Einstellung der Medikation von vorne zu beginnen. Zumal bei der Epilepsie der Anteil der indirekten Kosten höher ist, als der direkten Kosten. Psychosoziale Folgen und Krankenhausbehandlungen stehen weit vor Arzneimittelausgaben. In den Leitlinien zur Behandlung der Epilepsie wird genau differenziert: Eine Neuenstellung auf ein Generikum kann erfolgen, aber eine Umstellung anfallsfreier Patienten soll unbedingt vermieden werden.

Aus dem Blickwinkel eines mittelständischen Arzneimittelherstellers haben wir, ohne einen monetären Benefit zu erhalten, investiert und hatten lediglich die Ehre, ein erfolgreiches Versorgungsmodell in einem Bundesland an den Start gebracht zu haben. Dieses Versorgungsmodell hat sich bewährt und hätte längst flächendeckend allen an Epilepsie erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland zur Verfügung stehen können. Aus beschriebenen Gründen öffnen sich weitere Krankenkassen diesem Modell nicht und auch die schon beteiligten Krankenkassen rollen es nicht weiter aus. Wir haben den elektronischen Behandlungskalender nun an das Deutsche Rote Kreuz übergeben und ziehen uns nach 7 Jahren aus dem IV Vertrag zurück.

Lessons learned

Appell an die Politik:

Ärzte dürfen von den Krankenkassen – aus Sorge um Rabatte – nicht verunsichert werden, wenn sie ihre Patienten nach Leitlinie behandeln. Bei Menschen mit Epilepsie birgt jede Arzneimittelumstellung die Gefahr, eines erneuten „Gewitters“ im Gehirn“. Die Kosten, die Krankenhauseinweisung, Krankentransport und komplizierte Neueinstellung mit sich bringen, werden aktuell nicht betrachtet, wenn es pauschal heißt, die Krankenkassen profitieren von den Einsparungen durch Arzneimittel-Rabattverträge. Das ist zu kurz gedacht. Und es ist gefährlich für Patienten.

Michael Henrich hat im Rahmen des BPI-Unternehmer-tags die Arzneimittelhersteller gebeten, die ewigen Diskussionen um die Arzneimittel-Rabattverträge einzustellen. Ich meine jedoch: Solange Rabattverträge nicht mit Bedacht geschlossen werden und diesen Rabatten sogar konkrete Vorhaben zur Verbesserung der Versorgung untergeordnet sind, besteht Rede- und Handlungsbedarf. Ein weites Feld also für die Politik, zukünftig Dinge besser, handhabbarer, patientenorientierter zu machen.

Die Rolle der Pharmaindustrie bei der integrierten Versorgung



Dr. Alexander Wilke
MBA, LL.M., Director Market Access
& Public Affairs D-A-CH,
Ipsen Pharma GmbH

Die Umsetzung von integrierten Versorgungsprojekten gemeinsam mit Kostenträgern und Leistungserbringern birgt aus unserer Sicht ein riesiges Potenzial. Es gibt kein anderes Tool, das wirkliche „win-win“ Situationen für alle Beteiligten (Patienten, Ärzte, Kassen und Unternehmen) generieren kann. Es gibt kaum andere Ansätze, welche bestehende Versorgungslücken in stabile und für den Patienten optimierte Behandlungswege wandeln lassen.

Ipsen ist ein global agierendes, spezialisiertes biopharmazeutisches Unternehmen, das sich der besseren Lebensqualität von Patienten und therapeutischen Innovationen für stark eingeschränkte Krankheiten verschrieben hat, für die es einen ungedeckten medizinischen Bedarf gibt. Dafür fokussiert sich das Unternehmen auf einige wenige Indikationen mit dem Anspruch, in diesen Spezialgebieten führender Experte und Partner der Wahl zu sein. Ipsens Ziel ist es, jedes Jahr ein neues Präparat oder eine bedeutende Indikation zu lancieren.

Indikationsübersicht und Produktportfolio Ipsen Pharma GmbH

Klinischer Bereich	Indikation	Produkt
Onkologie	Nierenzellkarzinom	Cabometyx®
	Leberzellkarzinom	Cabometyx®
	Prostatakrebs	Pamorelin®
	Brustkrebs	Pamorelin®
	Blasenkrebs	Hexvix®
	Schilddrüsenkrebs	Cometriq®
Endokrinologie	Neuroendokrine Tumore	Somatuline®
	Akromegalie	Somatuline®
	Wachstumsstörung – schwerer primärer IGF – 1-Mangel	Increlex®
	Wachstumshormonmangel	NitropinAQ®
Neurowissenschaften	Spastik	Dysport®
	Zervikale Dystonie	Dysport®
	Blepharospasmus beim Erwachsenen	Dysport®
	Hemifacial spasmus beim Erwachsenen	Dysport®
Seltene Erkrankungen	Karzinoid Syndrom	XermeLo®

Wenn man sich, wie Ipsen Pharma, auf Therapien für Spezialindikationen und seltene Erkrankungen spezialisiert hat, muss man sich mit den Schwächen der Gesundheitssysteme beschäftigen. Zu denken, dass nach einem AMNOCG-Prozess und den darauf folgenden Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband das Produkt nun erfolgreich in der Versorgung angekommen ist, ist oftmals ein fataler Irrglaube. Das Produkt hat zu diesem Zeitpunkt zwar den Markt erreicht, aber noch lange nicht den Patienten.

Um die Versorgung des Patienten im Alltag zu verbessern, ist ein innovativer holistischer therapeutischer Ansatz erforderlich. Um diesem gerecht werden zu können, beginnt nach der Absolvierung der regulatorischen Anforderungen die Entwicklung und Implementierung eines integrierten Versorgungskonzeptes. Dieses entwickeln wir gemeinsam mit Kostenträgern, Leistungserbringern, Patienten und Expertenzentren.

Warum sind integrierte Versorgungsansätze so wichtig?

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der modernsten Gesundheitssysteme weltweit und bietet Patienten die modernsten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten. Dennoch gibt es immensen Optimierungsbedarf. Insbesondere, wenn man sich nicht im Bereich der großen „Volksindikationen“ bewegt, sondern auf seltene Erkrankungen spezialisiert ist.

Einige Beispiele sollen das verdeutlichen:

- Patienten mit einer seltenen Erkrankung absolvieren eine wahre Ärzte-Odyssee, bis sie vielleicht eine Diagnose erhalten (im Schnitt dauert es vom ersten Symptom bis zur Diagnose 4,8 Jahre).
- [Quelle: „Rare Diseases Impact Report“]
- Die Versorgung von chronisch kranken Kindern ist so lange gesichert, wie diese beim Kinderarzt in Versorgung sind. Der Übergang zur Erwachsenenversorgung stellt oftmals einen Versorgungsbruch dar.
- Mangelnde Versorgung der Sektoren: Generell werden die Sektorgrenzen als Versorgungsbarrieren und Bruch in harmonisierten Versorgungspfaden gesehen.
- Patienten-Eintrittsbarrieren in das Gesundheitssystem.
- Fehlende Vergütung ärztlicher Spezialleistungen.
- Mangelnde Nutzung und ungenügender Ausbau existierender Versorgungsmanagement-Programme (z.B. ASV, DMP, Heilkundeübertrag) durch Kostenträger und Leistungsträger.
- Unzureichendes Innovationsmanagement:
- fehlende klare Transition medizinischer Forschungsergebnisse vom Labor ans Patientenbett
- unsichere Zugangswege in die Erstattungssysteme für Medizinprodukte (z.B. § 137h Verfahrensgang oder Erprobungsregel)
- eindimensionale Arzneimittelnutzenbewertung mit eingeschränkten Möglichkeiten zur holistischen Gesamtnutzen-Betrachtung für Produkte aus Spezialindikationen. Daraus resultieren falsch-positive aber auch falsch-negative Bewertungen.

Dies ist nur eine kleine Auswahl von Problemfeldern, die auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten zur „Bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“ von 2018 adressierte und fokussierte (<https://www.svr-gesundheit.de>).

Integrierte Versorgung ist die Idee einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken. Sie ist kein Allheilmittel für alle Problemfelder des deutschen Gesundheitssystems, aber sie hat das Potential, an einigen Stellen zu optimieren. Die integrierte Versorgung kann zum Beispiel zielgerichtet und am regionalen, individuellen Versorgungsbedarf ausgerichtet eingesetzt werden.

Ansätze zur Implementierung der integrierten Versorgung

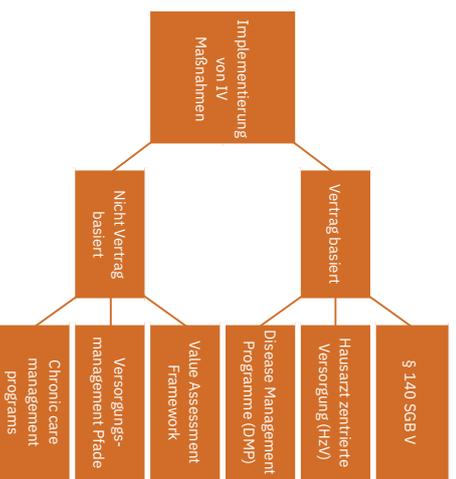


Abb. 2 Überblick: Ansätze um IV-Maßnahmen in der Versorgung zu implementieren

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz, das im Juli 2015 in Kraft getreten ist, sind die bisher an unterschiedlichen Stellen im Sozialgesetzbuch V geregelten Formen selektiver Versorgungsverträge neu strukturiert und als „Besondere Versorgung“ im neuen § 140a SGB V zu-

sammengefasst worden. Mit den Regelungen zur Besonderen Versorgung, die auf den bisherigen Vertragsformen aufbauen, sollen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und bürokratische Hemmnisse für Selektivverträge beseitigt werden. So sollen in Zukunft auch Verträge über innovative Leistungen ermöglicht werden, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Auch sogenannte Managementverträge, die reine Organisationsleistungen umfassen, werden mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vom 01.01.2011 durch den neuen § 140a SGB V möglich.

Mögliche Vertragspartner zu § 140 Verträgen

Die Krankenkassen können Verträge zur Besonderen Versorgung mit verschiedenen Vertragspartnern abschließen: Neben Leistungserbringern oder deren Gemeinwesen sind dies Träger von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch berechnete Leis-

tungserbringer anbieten, Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten (2011) und Kassenärztliche Vereinigungen (2015). Die Teilnahme an Verträgen zur Besonderen Versorgung ist für Versicherte weiterhin freiwillig.

Nutzen der integrierten Versorgung aus Sicht der pharmazeutischen Industrie:

Unser Interesse ist es, dass Patienten von unseren therapeutischen Innovationen, in einem für sie erreichbaren und optimalen Versorgungsetting und unter Berücksichtigung ihrer krankheitsspezifischen Besonderheiten partizipieren können. Die Analyse von gesundheitsystemassoziierten Korrelationsbeziehungen und Kausalitätsbeziehungen offenbaren sehr schnell und sehr genau, an welcher Stelle des Versorgungssystems indikationsspezifische und/oder produktbezogene Versorgungsbarrieren vorhanden sind, welche einen direkten Einfluss auf den unternehmerischen Erfolg haben.

Indikation	Marker (Unternehmensrelevant)	Versorgungsproblem (Kostenträger relevant)	Ursachen	Lösungen (IV)
Karzinoid Syndrom	Sinkende Umsätze	Verschlechterung des Gesundheitszustandes	Mangelndes Fachwissen	Frühidentifizierung
	Absatzeinbruch	Zunahme Klinikaufenthalte	Zu wenig Expertenzentren	Awareness
Negatives Markt Feedback	Zunehmende Verschreibungsbarrieren	Zunahmen Begleiterkrankungen	Orphan Disease (kleine Population)	Versorgungskonzepte mit Steuerung
	Stiegende Versorgungs-kosten	Abnahme der IQ / Zunahme Arbeitsunf.	Unspezifischer Symptomkomplex	

Abb. 3 Kausalitätsbeziehung am Beispiel des Karzinoid-Syndroms (Conceptual modeling-Ansatz)

Dabei ist unbestritten, dass Versorgungsschwächen oder Versorgungslücken im Gesundheitssystem direkte Auswirkungen auf den unternehmerischen Erfolg haben (siehe Beispiele Tabelle 2). Somit besteht aus Industriesicht ebenfalls ein großes Interesse, dass Patienten ihren Eintritt in das Versorgungssystem frühzeitig finden und langfristig stabil und optimal versorgt werden.

Ursache	Konsequenz
Patienten Eintrittsbarrieren	Sinkender oder stagnierender Absatz
Sektorenbrüche (z.B. Transition von der Kinder- zur Erwachsenenversorgung)	z. B. Marktanteilsbrüche
Awareness Problem	Ungleichgewicht: Sinkender Absatz versus Plan
Mangelnde Frühidentifizierung	Ungleichgewicht zwischen geplanter Patientenzahl (Epidemiologie) und tatsächlicher Patientenzahl

Tabelle 2 Versorgungsschwächen und mögliche unternehmerische Konsequenzen

Die Kenntnis für die Bedürfnisse, die Patienten in der jeweiligen Indikation haben, liegt zu großen Teilen bei den Experten und den Unternehmen. Hiermit ist keineswegs nur die medizinische oder Datenexpertise gemeint. Viel wichtiger ist das Wissen um Versorgungsrealität und Marktrealität. Wir haben zu jeder unserer Indikationen ein tiefes Wissen, wie die Patienten aktuell versorgt werden, wo es Probleme gibt und natürlich auch, welche Möglichkeiten sinnvoll wären, um bestehende Versorgungsprobleme zu beseitigen.

Die Kostenträger wiederum haben die tiefe Expertise, ob die anvisierten Lösungen praktikabel und umsetzbar sind, welche rechtlichen Möglichkeiten es gäbe, aber auch welche Maßnahmen auf gesundheitspolitischer Ebene ergriffen werden müssten. Dafür ist es notwendig, dass sich beide Partner vertrauensvoll und auf gleicher Augenhöhe mit dem wirklichen Interesse an Versorgungsverbesserungen begehen. Wir haben sehr gute Erfahrung mit der frühzeitigen Einbindung der Kostenträger während der Konzepterstellung gemacht.

Der Input der Kassen für ein Gelingen eines integrierten Versorgungskonzeptes ist unabhängig.

Die Umsetzung von integrierten Versorgungsprojekten gemeinsam mit Kostenträgern und Leistungserbringern birgt aus unserer Sicht ein riesiges Potenzial. Es gibt kein anderes Tool, das wirkliche „win-win“-Situationen für alle Beteiligten (Patienten, Ärzte, Kassen und Unternehmen) generieren kann. Es gibt kaum andere Ansätze, welche bestehende Versorgungslücken in stabile und für den Patienten optimierte Behandlungswege wandeln lassen. Rationierung und Verordnungsquoten helfen nicht bei der Beseitigung von steigenden Kosten, die aus Versorgungsproblemen im Bereich der spezialisierten Indikationen resultieren, oder von Hochkostenfällen, welche sich zu 80% auf systemimmanente Kostenexplosionen zurückführen lassen (Stichpunkt: Gesundheitsökonomisches Paradoxon).

Beispiele für integrierte Versorgungskonzepte der Ipsen Pharma:

Bei der Entwicklung von integrierten Versorgungskonzepten gilt es, verschiedene Regeln und Kriterien einzuhalten. Die wichtigsten beiden Punkte sind dabei die Gewährleistung der Neutralität, sowie das Verbot, in die Versorgung (Therapiefreiheit des Arztes) steuernd einzugreifen. Ipsen Pharma entwickelt derzeit verschiedene Ansätze für Versorgungsprojekte, deren Ziel es ist:

- die Therapieversorgungsqualität für Patienten zu erhöhen
- das therapeutische Vorgehen und den Aufwand für die Behandlung zu vereinfachen
- die Versorgung an Schnittstellen zu verbessern
- die Frühidentifizierung und Gewährleistung eines Zuganges in das Gesundheitssystem für Patienten mit einer seltenen oder speziellen Erkrankung.

Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität sollen aber auch kostensträgerrelevante Ziele erreicht werden. Dazu gehören die Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung und die Senkung von krankheitsmanagementassoziierten Kosten durch eine Verbesserung der Versorgungssteuerung.

Projekt	Kurzbeschreibung	Indikation
Transition	Verbesserung der Versorgung an der Schwelle Kinder- und Erwachsenenversorgung	Wachstumsstörungen
Früherkennung	Entwicklung eines Diagnostik- und Behandlungsmanagement-Programms mit Fokus Früherkennung	Karzinoid Syndrom
Künstliche Intelligenz (KI) Projekt	Entwicklung eines Therapie- und Versorgungsmanagement-Programmes	Spastizität
Heilkunde-Übertrag	Versorgung von pflegebedürftigen, immobilen Patienten	Spastizität

Tab. 3 Kurzüberblick integrierte Versorgungsprojekte von Ipsen Pharma

Pharmafirmen sind willkommen

Integrierte Versorgungsprogramme können an der richtigen Stelle, für die richtigen Patienten und in den richtigen Indikationen einen wertvollen Beitrag zur Versorgung leisten. Maßgeblich ist dabei, dass Versorgungsschwächen beseitigt werden und die Patientenversorgung verbessert wird.

Pharma-Unternehmen verfügen neben der Expertise zur Indikation, den Kontakten zu den Leistungserbringern und Patienten auch über eine tiefe Expertise im Management von komplexen Projekten, das macht sie zu optimalen Projektpartnern.

Ipsen Pharma stellt den Patienten in den Mittelpunkt seines Handelns, dazu gehört neben der Bereitstellung innovativer Medikamente auch, dass wir gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens an der Lösung von Versorgungsproblemen arbeiten.

Als Abschluss möchte ich gerne eine Stelle aus einem Artikel der Ärzte Zeitung vom 05.04.2013 zitieren:

Pharmafirmen sind willkommen:

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat keine grundsätzlichen Bedenken, wenn Krankenkassen Versicherungsverträge mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen.

„Wir teilen die Auffassung des Gesetzgebers, dass es durchaus sinnvoll ist, die Pharmaindustrie an der integrierten Versorgung zu beteiligen“, sagte BVA-Präsident Dr. Maximilian Galsner auf dem Gesundheitskongress des Westens 2013³ in Bonn. Ob Vertragspartner gewinnorientiert arbeiten oder nicht, spiele für das Amt zunächst einmal keine Rolle.

„Wir prüfen die Wirtschaftlichkeit des Konstrukts im Vergleich zur Regelversorgung“, sagte Galsner. Nicht akzeptabel wäre es für die Aufsicht allerdings, wenn ein Unternehmen aus ökonomischen Interessen direkt steuernd in die Versorgung eingreift. Hier sieht er insbesondere die Krankenkassen in der Pflicht, denn sie seien schließlich voll für die Inhalte der Verträge verantwortlich. „Sie sollen die Vorschläge der Pharmaindustrie erst nach kritischer Prüfung übernehmen...“

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sophia V. M. Wagner

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr. Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten (Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.
Illustration S. 15: © bluringmedia/depositphotos.com

ISSN 2569-6289, 24. Jahrgang 2018, Ausgabe 6 · 2018,
Erscheinungsdatum: 18. Dezember 2018

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **eHealth-Gesetz 2 – Durchbruch bei der Digitalisierung?**
- **Apothekenleistungen, Arzneimittel-distribution und Versandhandel?**
- **Seltene Erkrankungen und Blutplasma**
- **Qualitätswettbewerb in der GKV**
- **Freiberuflichkeit – Eckpfeiler der ambulanten Versorgung**
- **Potentiale von Gesundheitsregionen**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

Besuchen Sie
unsere Website:

www.ix-media.de

