



Chancen und Risiken der Industrie einbindung in die Integrierte Versorgung

- Ein Plädoyer für eine stärkere Beteiligung
der Industrie in der Selektivversorgung -**

Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik
GlaxoSmithKline, München

8. DGIV-Bundeskongress, Landesvertretung NRW
Berlin, 20. und 21. Oktober 2011

Versorgungsmanagement in Deutschland

Status quo: Versorgungsmanagement

- Integrierte Versorgung
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Disease-Management-Programm
- Ambulante fachärztliche Versorgung
- Regelversorgung (ambulant/stationär)

Was bleibt gleich?

Künftig durch das Versorgungsstrukturgesetz (VStG)

Was ändert sich?

- Integrierte Versorgung
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Disease-Management-Programm
- Ambulante fachärztliche Versorgung
- Regelversorgung (ambulant/stationär)

- Ambulante spezialärztliche Versorgung
- Geriatrische Institutsambulanzen(?)
- Versorgungsforschung
- Modellvorhaben AM-Versorgung

Sektoren- u. berufsfeldübergreifende Versorgungskonzepte für ein patientenorientiertes u. wirtschaftliches Gesundheitssystem

Strukturelle Herausforderungen

Abbau von Über-,
Unter- und
Fehlversorgung

Unnötige Doppel-
und Mehrfach-
strukturen

Demographischer
Wandel

Begrenzte
Finanzmittel

„Integrierte Versorgung
als ein gesundheitspolitisches Prinzip“
(DGIV, 2010)

Individuell
ausgerichtete
Therapien

Effizienzfördernder
Innovations-
wettbewerb

Transparenz der
Leistungs-
erbringung

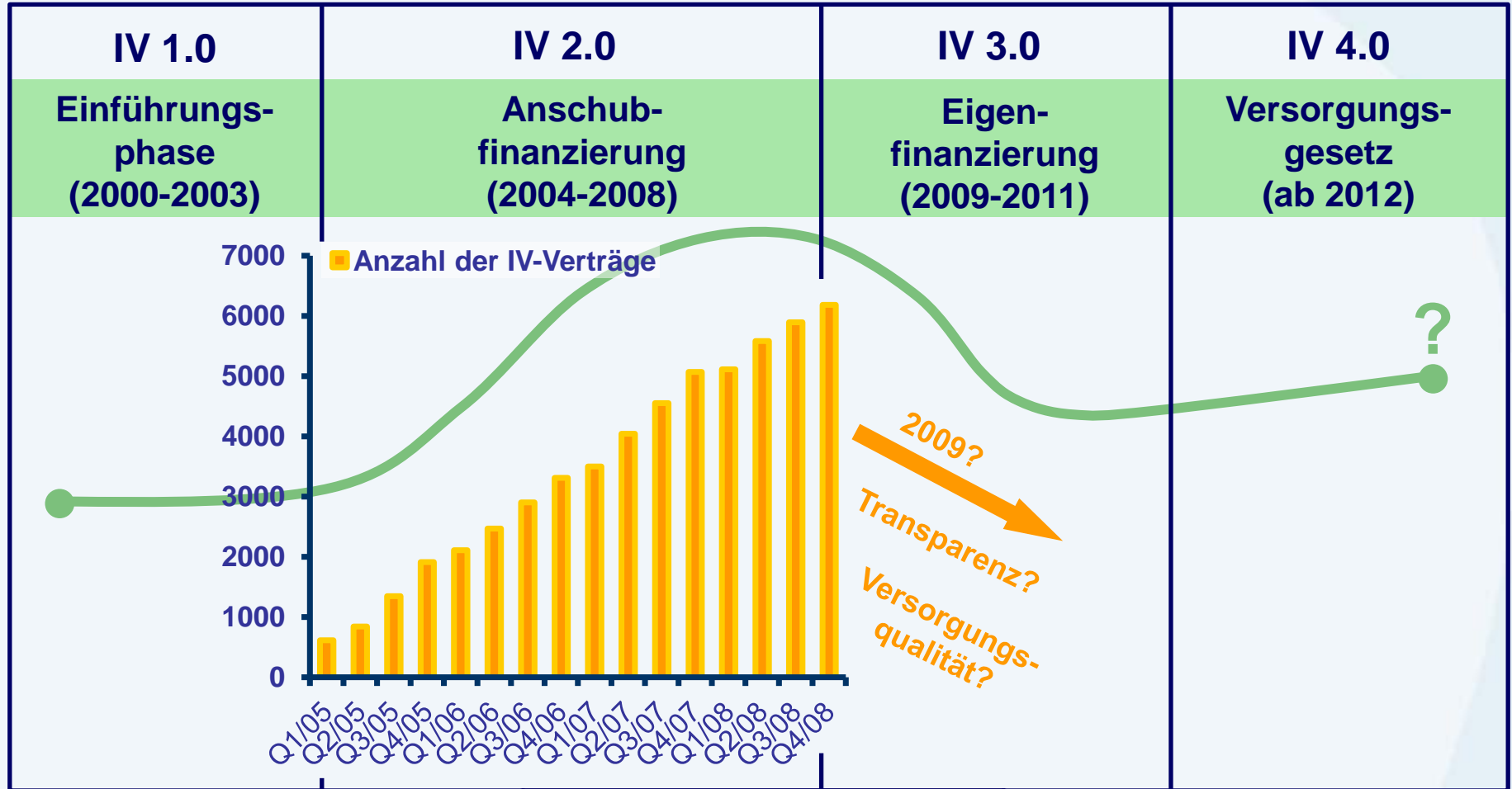
Verbesserung der
Versorgungs-
qualität

Abbau von
Interessen-
konflikten

Versorgung
gemeinsam
verantworten

Versorgungsoptimierung durch IV

Integrierte Versorgung 4.0 = Versorgungsmanagement von morgen?



Welche reformpolitischen Maßnahmen sind erforderlich für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der IV?

Arzneimittelhersteller als neuer Vertragspartner in der Integrierten Versorgung



Der IV-Vertrag zur Schizophrenie in Niedersachsen sorgt für Aufsehen...

Vertragspartner nach §140a ff. SGB V:



I3G

Institut für Innovation
und Integration im
Gesundheitswesen GmbH

Tochtergesellschaft der
Janssen-Cilag GmbH



Ziel: Reduzierung der
Krankenhaustage der
Schizophrenie-Patienten durch
eine **frühe, koordinierte,
ambulante Versorgung**

Finanzielle
Verantwortung

IV-Modell
Schizophrenie
In Nieder-
sachsen

Umsetzung des
medizinischen Konzepts



Medizinische Verantwortung

- Akquisition der Ärzte
- Organisation der Versorgungseinheiten
- Abrechnung für die IV

...

Zentrale Herausforderungen und Risiken einer Industrie einbindung in die Integrierte Versorgung

Transparenz



Schleichende Privatisierung des Gesundheitswesens?

Beteiligung durch Subunternehmen?

Einflussnahme auf die Patientenversorgung?

Unabhängigkeit



Therapiefreiheit der Ärzte?

Ärztliche Unabhängigkeit gegenüber Dritten?

Vorteilsgewährung bei der Verordnung bestimmter AM?

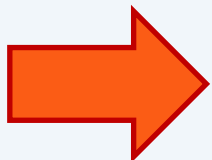
Steuerung



Ergänzende Vereinbarungen durch Rabattverträge?

AM-Versorgung durch öffentliche Apotheken?

Kontrollmechanismen?



„Unterm Strich“: Welche Kritikpunkte sind berechtigt, welche an den Haaren herbeigezogen?

Was bleibt von den Kritikpunkten???

Transparenz ✓



- **Transparenzgebot** wird durch **Industriebeteiligung** nicht in Frage gestellt!
- **Keine Weiterleitung** oder **Verwendung** von **Individualdaten** an die **Industrie!**
- **Gleiches Recht** für alle!

Unabhängigkeit ✓



- **Ärztliche Therapiefreiheit** steht nicht zur **Disposition!**
- **Kodexbestimmungen** fördern **Unabhängigkeit** von **Verordnungsentscheidungen**
- **Einhaltung** von **Transparenzkriterien** unterstützt **ärztliche Therapiefreiheit**

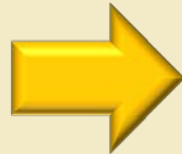
Steuerung ✓



- **Wesentlich höhere Transaktionskosten** bei **IV-Verträgen** im Vergleich zu **Rabattverträgen** (zur gezielten **Steuerung von AM-Ausgaben** weniger geeignet)
- **Arzneimittelversorgung** ist nicht **primärer Bestandteil** von **IV-Verträgen**

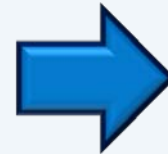
Potenzieller „Mehrwert“ einer Industriebeteiligung an der IV

**Produzenten-
Rolle**



Mehrwert:

**Integrations-
Lösung aus
System-
Verantwortung**



**Der pharmazeutische
Hersteller...**

- Als **Strukturpartner**
- Als **Dienstleister**
- Als **Partner** in der **Prozessoptimierung** (Wissenstransfer)
- Als **Partner** in der **Versorgungsforschung** (Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation)
- Als **Partner** in der **konzeptionellen Unterstützung** (Compliance-Programme)
- Als **Partner** in der **Qualitätssicherung**



Patienten



Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen einer Industriebeteiligung an der IV?

Arzneimittelpargengesetze 2010/2011:

GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG):

- Erhöhung des gesetzlichen **Herstellerabschlags** von 6 auf 16 Prozent
- Rückwirkendes **Preismoratorium** (Preisniveau vom 01. August 2009)
- Geltungsdauer von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag: Laufzeit von **41 Monaten (!)** bis **Ende 2013**

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG):

- Neues System der **Preisregulierung**
- **Zentrale Rabatte** bei Therapeutika
- **Rabatte** auch für **PKV**
- **Regulierung** der **Impfstoffpreise** für sämtliche Pflichtschutzimpfungen

Kurz-/Mittelfristig wenig finanzieller Spielraum zur aktiven Mitgestaltung von innovativen Versorgungskonzepten

Die pharmazeutische Industrie wird als Partner bei der Gestaltung der Patientenversorgung zunehmend gewünscht

Aktuelle Umfrage des Marktforschungsinstituts IMIG unter 40 gesetzlichen Krankenversicherungen

Wie groß ist Ihr Interesse an einer Kooperation mit Pharmaunternehmen bei Adhärenz-Programmen zu chronischen Erkrankungen?

- sehr großes Interesse
- großes Interesse
- mittleres Interesse
- geringeres Interesse
- kein Interesse



→ Rund **drei Viertel** der Befragten sprechen der Industrie eine **verantwortungsvolle Aufgabe** und die **Kompetenz** zu, Impulse für eine qualitativ bessere Gesundheitsversorgung geben zu können

Was wäre reformpolitisch von Nöten?

- **Datentransparenz neu gestalten** und **sicherstellen** (Datengrundlage für Versorgungsforschung)
- **Einsatz von Selektivverträgen** dort **nutzen**, wo eine Optimierung der Versorgungsqualität möglich ist
- Das **Konzept der Disease Management Programme flexibilisieren** und im Rahmen der Integrierten Versorgung weiter entwickeln
- Die **Komplexität** von IV-Verträgen **reduzieren** und eine echte **Entbürokratisierung** weiter fördern
- **Wettbewerb zur Herausbildung** von **effizienten Versorgungsformen** nutzen, die letztendlich zu einem dynamischen Aufbrechen der Sektorengrenzen in der Gesamtversorgung führen
- **Einheitlichen Informationsstand** sicherstellen (Vergleich der unterschiedlichen Angebote) und sich eindeutig **zur Erprobung** von **innovativen Versorgungskonzepten bekennen!**

DMPs für eine konzeptionelle Neuausrichtung der Integrierten Versorgung nutzen

Derzeit sind insgesamt 10.893 Programme mit mehr als 5,9 Millionen eingeschriebenen Versicherten, die zum Teil an mehr als einem DMP teilnehmen, zugelassen:

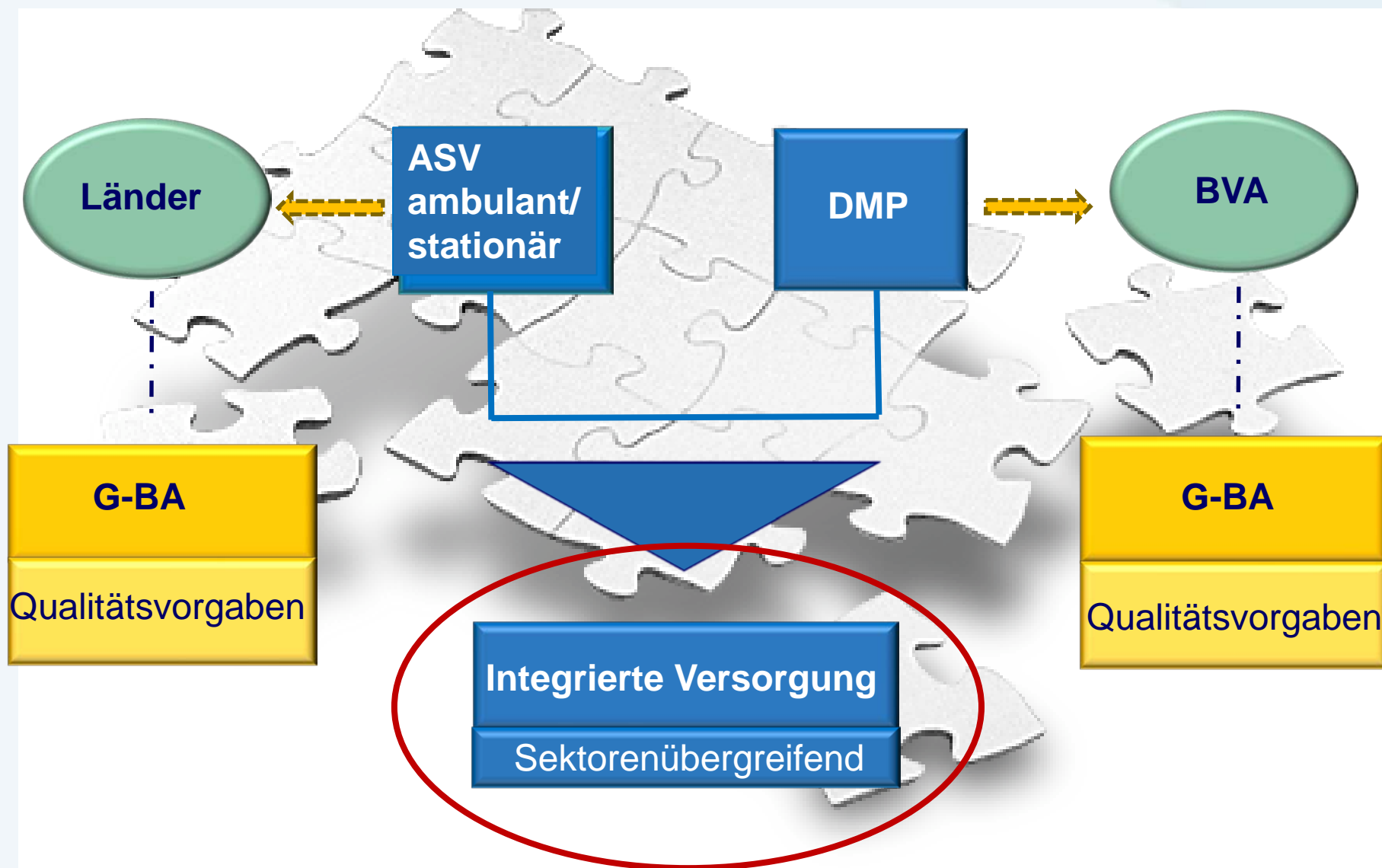
Indikation	Laufende Programme	Teilnahme am DMP	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.873	752.131	
Brustkrebs	1.762	128.541	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1.803	593.661	
Diabetes mellitus Typ 1	1.406	144.191	
Diabetes mellitus Typ 2	1.654	3.551.231	
Koronare Herzkrankheit	1.842	1.656.963	
Insgesamt	10.340	6.826.718	5.966.889

Indikationsbezogener Ansatz

Stand: September 2011

Intensivierung des Vertragswettbewerbs durch stärkere Flexibilisierung der DMPs

Versorgungsmanagement neu gedacht: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“





GlaxoSmithKline