

**Ethik (in) der pharmazeutischen Industrie**  
**Welchen Interessen dient die Arzneimittelforschung?**

Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 6. bis 8. November 2006  
In Kooperation mit dem Zentrum für Gesundheitsethik  
an der Evangelischen Akademie Loccum, Hannover



**Lage, Rollen und Verantwortung in der Arzneimittelversorgung**  
**Betrachtungen aus Sicht von Versorgungsforschung,**  
**des Systems, und Politik und Gesellschaft**

Von Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz  
Direktor der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
der Medizinischen Hochschule Hannover

# Lage, Rollen und Verantwortung in der Arzneimittelversorgung

**<Betrachtungen aus Sicht von  
Versorgungsforschung, des Systems und  
Politik und Gesellschaft>**

**Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz**  
Medizinische Hochschule Hannover  
Direktor der Abteilung für Epidemiologie,  
Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung  
unter Mitarbeit von MA Claudia Diederichs

6. November 2006

Evangelische Akademie Loccum

# Prolog

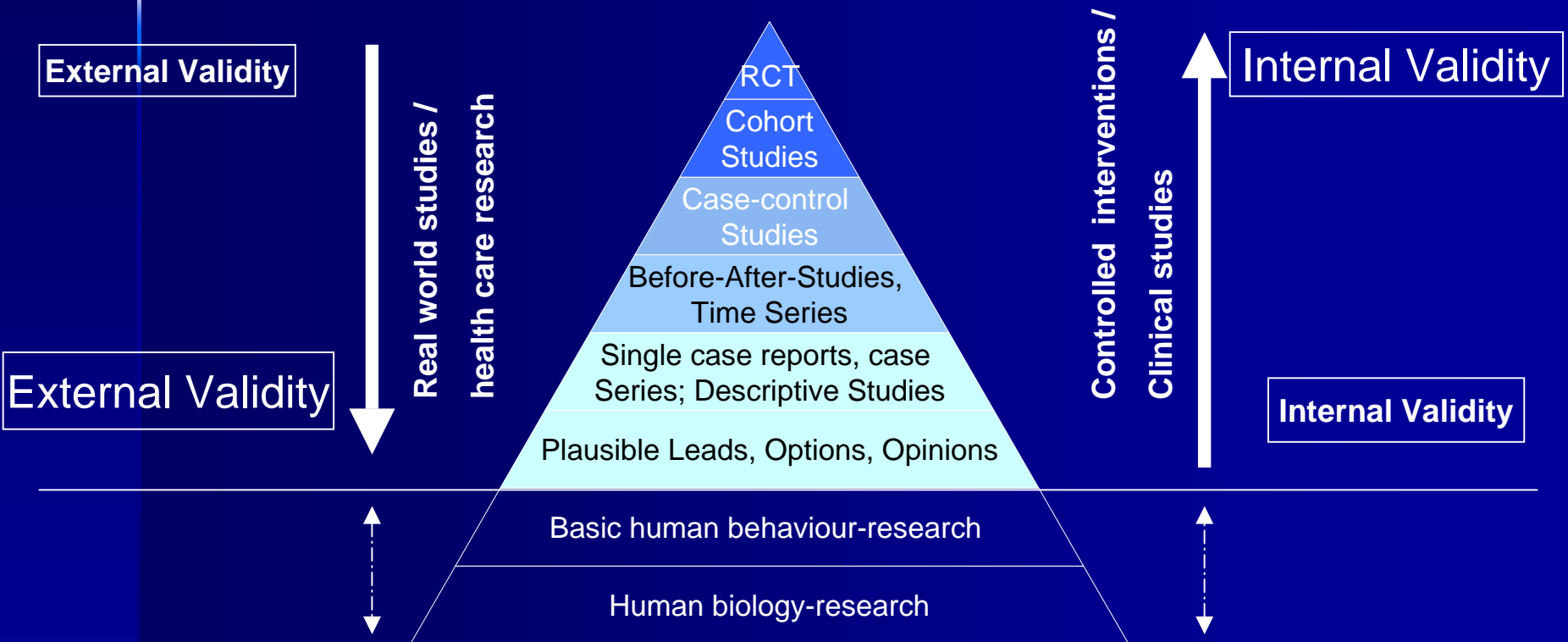
## Was ist überhaupt „Versorgungsforschung“?

- Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen, ihrer Zugänglichkeit, Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unter Alltagsbedingungen.
- Zum Vergleich: traditionelle Klinische Forschung, wie etwa in Kooperation mit der Pharmaindustrie zur Wirkungsuntersuchung an Pharmaka üblich, untersucht weder Zugang noch Wirtschaftlichkeit, sondern nur Wirksamkeit und einige Aspekte der Angemessenheit und diese nur unter Idealbedingungen und nicht unter durchschnittlichen alltäglichen Bedingungen.

# Versorgungsforschung

Zur Versorgungsforschung zählen auch Arzneimittel- und Medizinprodukte-Studien, wenn sie unter Alltagsbedingungen erfolgen (als sog. Phase IV-Studien) – nicht jedoch klassische „klinische Studien“ unter hoch kontrollierten Bedingungen, d.h. in denen schlechter kontrollierbare Alltagsbedingungen, auch der persönliche Einfluss des einzelnen Arztes, durch hochgradige Selektion von Patienten, von Kliniken und ihren Ärzten, sowie durch `Randomisierung` und “Verblindung” der so ausgewählten Ärzte und Patienten möglichst ausgeschlossen werden


# Neue Rangfolge der Forschungsdesigns



Quelle: FW Schwartz 2006 nach Garrido/Busse 2004

# These 1 zur Lage

Die Kosten für Substanzen und Waren, die Ärzte verschreiben - Arzneimittel inklusive Verbandmittel, Hilfsmittel, Zahnersatz sowie „sonstiger medizinischer Bedarf“ – liegen in der GKV (2004) mittlerweile deutlich höher als die Ausgaben für die ärztliche Dienstleistung.

 1. Indikandum f. Industrialisierung, Entpersonalisierung? 2. Wachsende Mitverantwortung der Industrie, namentlich Arzneimittel und Medizintechnik

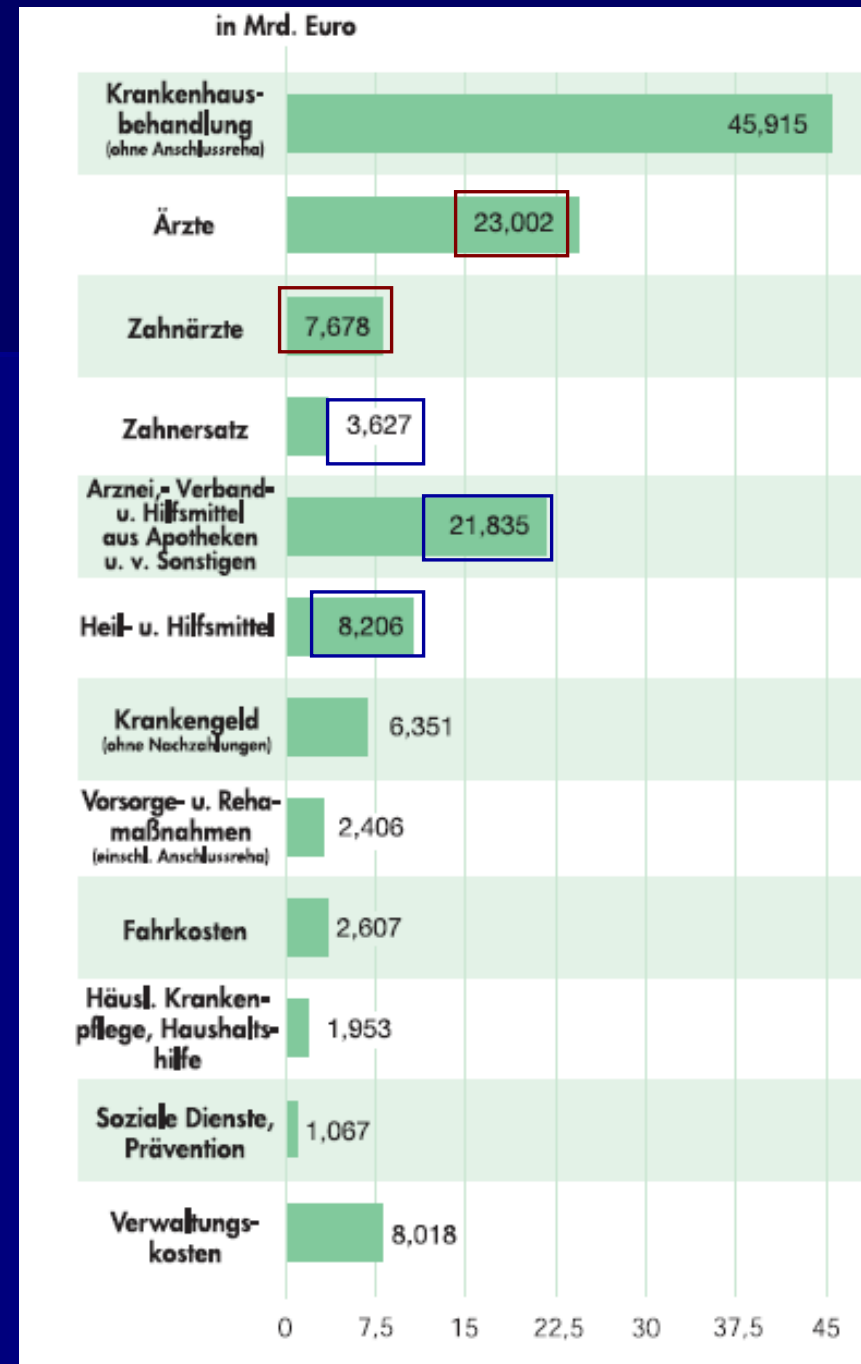
# GKV Ausgaben- verteilung 2004

## GKV Ausgaben 2004:

Ärzte und Zahnärzte  
➔ 30,6 Mrd. Euro

Arznei-, Verband- und Hilfs-  
mittel, sonst. Bedarf sowie  
Zahnersatz  
➔ 33,4 Mrd. Euro

Quelle: AOK-Bundesverband



# Entwicklung Arzneimittelkosten

➔ steigende Arzneimittelausgaben in Deutschland zwischen 1994 und 2005

Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der GKV 1994 - 2005 (Bund)

	in Mrd. Euro
1994	15,2
1995	16,4
1996	17,5
1997	➔ 16,8
1998	17,7
1999	19,2
2000	20,1
2001	22,3
2002	23,4
2003	24,2
2004	➔ 21,8
2005	25,4

Die Arzneimittelausgaben der GKV steigen stetig und erheblich, sofern nicht durch staatliche Eingriffe gegengesteuert wird.

➔ = staatliche Eingriffe

# These 2 zur Lage

Staatliche Eingriffe in relevante expansive industrielle Teilmärkte, z B den Pharmamarkt (Preisbildung bei Herstellern o. Distribution), sind uU nötig (bei Mangel an Wettbew., an Transparenz oder bei `Prinzipal Agent` -Konstellation)

Beispiel Deutschland 2006:

- Verbot von Naturalrabatten an Apotheken
- Herabsetzung von sogenannten Festbeträgen (Erstattungshöchstpreise durch Kassen)

# Staatliche Eingriffe in den Pharmamarkt (Konsumentenanzreiz und Preisbildung)

## Jüngster staatlicher Eingriff Schweiz:

In der Schweiz sind in der ersten Hälfte 2006 rund 1.400 Spitzenpräparate durch staatliche Verordnungen um 30 % billiger geworden.

➔ durch Patientenselbstbehalte in Höhe von 20% für Medikamente, von denen ein billigeres Generikum im Handel ist

➔ durch Verbilligung von Medikamenten ohne Patentschutz

Quelle: Neue Zürcher Zeitung (04.10.06)

# These 3 zur Lage

## **Hoher Einfluss der Industrierwerbung:**

Im Jahr 2005 sei allein ein Drittel des Kostenanstiegs bei den Arzneimittelausgaben durch die Verordnung sogenannter Analogpräparate „ohne therapeutischen Zusatznutzen“\* verursacht, Hauptursache sei der Einfluss der Pharmaindustrie auf das Verordnungsverhalten der Ärzte.

(\*etwas polemisch; gemeint sind Präparate, bei denen ein gleichwertig eingeschätztes billigeres älteres Originalpräparat oder Generikum im Handel ist )

Quelle: Prof. Schwabe, Deutsches Ärzteblatt 2006

# These 4 zur Lage

## Die Anreize im ärztlichen System selbst wirken pharmakoorientiert:

Innerhalb der Ärzteschaft werden durch das Vergütungssystem Anreize gesetzt, eher Wiederholungsrezepte auszustellen als eine patientenorientierte Versorgung mit einem Schwerpunkt auf Kommunikation mit dem Patienten anzustreben.

d.h.: die Arzneimittelindustrie bedient durchaus auch bestimmte ärztliche „Präferenzen“

# Anreize im ärztlichen System

Aus einem Brief (2006) an die KV:

„35% meiner Punkte sind mir gestrichen worden, während andere Praxen mehr als 400 Punkte pro Patient höher abrechnen dürfen als ich. Einer dieser U3 eingestuften Kollegen setzt mit seiner 5 Minuten Medizin bei kleinen Befindlichkeitsstörungen die gesamte technische Kaskade in Gang und behandelt mit differenten Mitteln, u.a. weil er zu dem emotionalen Schmus keine Lust hat und weil unsere ärztliche Versorgung im Hinblick auf eine technische überbordende Medizin männlich geprägt ist. Zudem habe ich keine Verdünnerscheine, die dem Kollegen zur Verfügung stehen, der Medikamente aus weicher Indikation unter das Volk streut und in zahlreichen Folgequartalen nur Wiederholungsrezepte ausstellt. Ich bin um eine sehr schonende und nachhaltige Förderung meiner Patienten bemüht und werde dafür wirtschaftlich benachteiligt bzw. ins Abseits getrieben.“

# Anreize im ärztlichen System

## Kommunikation in der Medizin:

- prozessorientierte Versorgungs-Forschung hat gezeigt, dass nur ein Viertel der Patienten das Eingangsstatement im Gespräch mit dem Arzt ungestört beenden kann
- die erste Unterbrechung durch den Arzt findet nach 18 – 23 Sekunden statt

Quelle: Dalhousie Medical School 2004

# These 5 zur Lage

**Mangelnde Eigenverantwortung /  
Bequemlichkeit vieler Patienten im System  
fördert pharmakoorientierte Präferenzen :**

„Gegen viele Krankheiten existieren  
nichtmedikamentöse Therapien, die aber meist  
unbequemer sind, als ein Medikament zu schlucken.“  
(Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)



.. z.B. Änderung der eigenen Lebensgewohnheiten

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2006

# Selbstgestaltete Risikofaktoren und Krankheitslast

Die sieben führenden Risikofaktoren, die eng mit den individuellen Lebensgewohnheiten in Verbindung stehen, wie

- Tabak
- Bluthochdruck
- Alkohol
- hohe Cholesterinwerte
- Übergewicht
- geringer Verzehr von Obst und Gemüse sowie
- Bewegungsmangel,

sind hauptverantwortlich für fast 60% der Krankheitslast in der Region der WHO Europa“.

Quelle: WHO 2006

# These 6 zur Lage

Das seit Jahren im Gang befindliche sgn. „Disease Mongering“ belastet das System

Quelle: PLoS Med 2006

# Disease Mongering

- Krankheitskonzepte werden (von der Industrie und industrienahen Medizineren) systematisch auf physiologische Veränderungsprozesse ausgeweitet
- Primäres Ziel: Ausweitung / Erschließung von Märkten

Bsp:

Interessenkonflikte bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien und Definition von Normwerten (z.B. Hypertonie, Fettstoffwechsel)

Taylor & Giles, Nature 2005; Studdert et al., N Engl J Med 2004

N.B.: Dies kann, muß aber nicht zum Nutzen der Patienten sein;  
kann, muß aber nicht den Patienten schaden. Es fehlen hier vertrauensbildende Studien zu den tatsächl. Versorgungseffekten

# „physiologische Prozesse als Krankheit verkaufen“

Das Phänomen wurde vor fast 25 Jahren in den USA erstpubliziert und u.a. folgendermaßen charakterisiert:

"Nehmen Sie eine normale physiologische Funktion und behaupten Sie, dass damit etwas nicht stimme und die `Krankheit` behandelt werden müsse" und "Versuchen Sie, die in Frage kommende Bevölkerungsgruppe, die angeblich daran leidet, so groß wie möglich zu definieren". (Payer 1992)

Im April 2006 fand in Australien erstmals eine eigene internationale Konferenz zum Thema „Disease Mongering“ statt. Thema eines Beitrages:

„Cholinesterase Inhibitors: Drugs Looking for a Disease?“

(Maggiani et al. 2006)

# Ambulante deutsche TOP 4-Diagnosen bei über 80-Jährigen

1. Herz-Kreislauf-  
erkrankungen
2. Fettstoffwechsel-  
störungen
3. Diabetes mellitus
4. Osteoporose

Mit dem Cholesterinsenker Lipitor, dem meist verkauften Medikament weltweit und einem weiteren „Blockbuster“, erzielte Pfizer im dritten Quartal 2004 35% mehr Umsatz als

Nach: Walter, Schneider & Bisson, Bundesgesundheitsblatt, 2006

Quelle: NZZ (20.10.06)

# Disease Mongering

Weitere Beispiele:

- Reizdarm
- prämenstruelle Syndrome
- Panik-, Zwangs- oder  
Aufmerksamkeitsstörungen
- Veränderung der Knochenstruktur im Alter
- häufige sexuelle Dysfunktionen\*
  
- etc.

Quelle: KBV 2003;Literatur

# Disease Mongering

\*Laut Arzneimittelhersteller Pfizer (seine Website 2006) , haben „mehr als die Hälfte aller Männer über 40“ erektionelle Dysfunktionen. Ist das nun normal oder „krank“? Pfizer hält dies für ein Behandlungsproblem.

# These 7 zur Lage

## **Zu einseitige wirtschaftsgetriebene Forschungsaktivitäten:**

Die Pharmaindustrie konzentriert sich zu sehr auf die lukrative Behandlung großer Volkskrankheiten, während für viele nicht so häufige Erkrankungen wirksame Therapien fehlen.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2006

# These 8 zur Lage

**Die derzeit die Systemsteuerungen prägende „evidenzbasierte“ (studiengestützte) Medizin (EBM) wirkt auf tatsächlichen Fortschritt ambivalent:**

- Ist segensreich („nachholende Aufklärung“)
- fördert die Fixierung auf wenige Präparate (oder Verfahren), da große, sehr aufwendige/teure Studien notwendig sind
- beinhaltet in ihrer derzeitigen Form potentiell ernste Übertragungsprobleme in den Alltag der Versorgung
- missachtet potentiell nützliche und wirtschaftliche Placebo-Effekte im Alltag

# Nutzen EBM

## Nachholende Aufklärung:

Nach Schätzungen des Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind nur zwischen 4% und 20% der Behandlungsmethoden in der Medizin mit einem Evidenzgrad von 1 oder 2 belegt.

Quelle: Prof.Dr.Enke. Dokumentation Mainzer Symposium  
(März 2006)

# Problem EBM

## Probleme der Übertragung der Evidenzen in den Alltag:

- Übertragbarkeit auf nicht studentypische Patienten- und Anwendergruppen (bei über 55-Jährigen mit häufiger Komorbidität ; Unterrepräsentanz von älteren Frauen und von Kindern)
- Übertragbarkeit auf durchschnittliche Versorgungseinrichtungen ist fraglich, ebenso die direkte
- Anwendbarkeit internationaler Studien im deutschen Gesundheitssystem (abweichende Bedarfe, Ressourcen und Strukturen)
- Abwägung zwischen verschiedenen Evidenzen verschiedener Outcomes (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität, etc.)
- etc.

Quelle: Enke. Dokument. Mainzer Symposium (März 2006); selb

# Abwertung der Placebo-Effekte

## Allgemeine Effekte von Placebo-Behandlungen in 118 von 156 publizierten Trials:

- alle Behandlungsverfahren mit starker Zuwendungskomponente (Entspannung, Massagen, Krankengymnastik und Ergotherapie) haben hohen Placebo-Anteil, aber ebenso die Gabe von Arzneimitteln
- Besonders suszeptibel sind Frauen, Kinder, Personen mit Glauben an eigenes Selbstheilungspotential und Tiere
- die Gabe von Placebo führt zu denselben mit Imaging-Techniken visualisierbaren Effekten im Gehirn wie die Gabe therapeutisch wirksamer Substanzen
- dennoch wird dieser Ansatz in der Forschung kaum oder unter „negativem Vorzeichen“ bearbeitet

Quelle: Journal of Clinical Psychology 2005 and Science 2000

# Placebo-Effekte

- Effektivitätsstudien zeigen, dass die Placebo-Wirkung zwischen 20% und 70% je nach Zielgruppe beträgt
- Kenntnisse und Ausnutzung von Placebo-Wirkungen könnten Arzneimittel ersetzen bzw. erheblich einsparen
- Derartige Studien und Anwendungen liegen aber nicht im Interesse der forschenden Industrie

Quelle: Journal of Clinical Psychology 2005  
and Science 2000

Forderung:



Placebo-Effekt in der Medizin proaktiv beforschen und nutzen anstatt sich auf Eliminationsstrategien zu konzentrieren

# These 9 zur Lage

**Der bisherige unnötig verengte biomedizinische Fokus geht an den Nutzenseiten von Plazeboeffekten und damit zugleich an wichtigen Patientenpräferenzen vorbei**

Das zeigt auch das expansive Phänomen der Komplementär- und Alternativmedizin (CAM):

- 90% der Deutschen halten CAM für eine sinnvolle Ergänzung; in den USA (1996) werden ambulant mehr CAM Kontakte als schulmedizinische Kontakte realisiert
- 50% der Deutschen meinen, dass sie bei vielen Krankheiten oftmals der bessere Weg seien: Wunsch nach einer anderen Beziehung zum Arzt, Skepsis gegenüber Technisierung und Spezialisierung und Angst vor Nebenwirkungen schulmedizinischer Pharmakotherapie

# Fazit

- 1) Aus Systemsicht ist die Arzneimittelindustrie mit durchaus sehr kontroversen eigenen Präferenzen und Präferenzen Dritter (von denen ich nur einige ansprach) konfrontiert.
- 2) Sie hat eine volkswirtschaftliche Größe und eine systemdominierende Stellung erreicht, die von ihr eine neue verantwortliche Position in der Medizin und in der Gesellschaft verlangt.

# Fazit

- 1) Aus Systemsicht ist die Arzneimittelindustrie mit durchaus sehr kontroversen Präferenzen konfrontiert.
- 2) Sie hat eine volkswirtschaftliche Größe und eine systemdominierende Stellung erreicht, die von ihr eine neue verantwortliche Position in der Medizin und in der Gesellschaft verlangt.

# Eine Annahme zu Werten

Bestimmte Güter in der Gesellschaft , - wie Recht, Liebe, Gesundheit, -dürfen nicht blosser Käuflichkeit unterstellt werden (Max Weber, G Elwert, R Erlinger\*)

R.Erlinger. Südd.Zeitung 244/2006

# Lösungsvorschlag: Good Governance Charta

„ Good Governance - Charta“ für die Pharmaindustrie in den Bereichen

- Patientenbildung und -Präferenzen, Patientensicherheit
- Arztinformation,
- Entwicklungsländer,
- Forschungsschwerpunkte und
- Preisfindung; letztere unter dem Gesichtspunkt der Zugänglichkeit und der Opportunitätskosten).

# Lösungsvorschlag

Enquete Kommission 1999 zu „Global Governance“ als Muster:

# Lösungsvorschlag

- Dass... die Marktwirtschaft nicht von alleine für das Wohl *aller* sorgt und sorgen kann. Es ist und bleibt die Aufgabe des Staates, für ausgleichende Gerechtigkeit zu sorgen und sich um die soziale Lage der Menschen zu kümmern. Der Staat hat generell für die Sicherung und Finanzierung der Rechts- und Sozialordnung und anderer „Öffentlicher Güter“ zu sorgen. Diese geraten teilweise durch den gesellschaftlichen Wandel und den globalen Beschleunigungsdruck in Gefahr.
- Der verschärfte wirtschaftliche Wettbewerb enthält Tendenzen der systematischen Vernachlässigung der Öffentlichen Güter. Und ihre Finanzierung gestaltet sich schwieriger.
- Der Begriff der Öffentlichen Güter: In der politikwissenschaftlichen Diskussion wird darunter u.a. verstanden:... soziale Gerechtigkeit, die durch den Rechtsstaat mit einem staatlichen Monopol gewährte persönliche Sicherheit, ... ein fairer Zugang zu Bildung, das Recht auf Gesundheit und die Möglichkeit zur Mitbestimmung.

# Lösungsvorschlag: Präambel

- Die Rolle des Staates erschöpft sich nicht in einer Pflege- und Schutzfunktion für Öffentliche Güter. Die aktive politische Gestaltung und die Politikkoordination von öffentlichen und privaten Aufgabenträgern gehören weiterhin dazu.
- Um der Erosion öffentlicher Güter Einhalt zu gebieten, sind insbesondere Transparenz und neue gesellschaftliche Möglichkeiten zur Teilhabe erforderlich.
- Die Marginalisierung von Personengruppen – nicht zuletzt alte Menschen insbesondere Frauen, Kinder, Angehörige der Unterschichten und Migranten – mit unzureichendem Zugang zu Qualifikation, Information, Bildung und modernen Gesundheitsdienstleistungen muss sozialpolitisch angemessen beantwortet werden.
- Um Fehlinterpretationen vorzubeugen, halten wir fest, dass daneben auch ein Maximum an verantwortlicher unternehmerischer Freiheit im *öffentlichen* Interesse liegen.

# Elemente einer Good Governance für die Pharmaindustrie

Verantwortung oder Mitverantwortung übernehmen für:

- ➔ Förderung einer verstärkten Information der Patienten in Verbindung mit der Verschreibung von wirksamen Arzneimitteln
- ➔ Mitspracherecht der Patienten bei der Formulierung der Forschungsagenda (Quelle: Institute of Medicine, USA)
- ➔ Berücksichtigung und Einflussnahme auf sozioökonomische Faktoren (z.B. Armut und Bildung), die einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität und –erwartung haben, bei der Bereitstellung von Gesundheitsgütern bzw. -waren

# Good Governance

## Verantwortung oder Mitverantwortung übernehmen für:

- ➔ nicht allein von monetären Interessen geleitete Forschungsagenda (Disease Mongering, seltenere Erkrankungen, Placebo- und andere „weiche“ Medizinformen), ggf. in Kombination mit neu „inspirierter“ staatlicher Förderung
- ➔ trotz wirtschaftlicher Eigeninteressen Förderung einer patienten- und kommunikationsorientierten Versorgung
- ➔ *Übernahme von sozialer Verantwortung auch in den Entwicklungsländern (z.B. Problem der patentgeschützten Wirkstoffe (TRIPS))*

# Weg

- Öffentlicher Diskurs eines – in  
Loccum? – entworfenen  
Thesenpapieres

VIELEN DANK

# Gesundheitsreform 2006

Im Hinblick auf die geplanten Änderungen im Arzneimittelsektor durch die Gesundheitsreform 2006 ergeben sich aus Sicht der Versorgungsforschung weitere Punkte:

# Kosten-Nutzen Bewertung:

Die Erweiterung des Prinzips der Höchsterstattungsgrenzen auf nicht festbetragsgeregelte Arzneimittel ist grundsätzlich systemgerecht. Die hierzu vorausgesetzte Kosten-Nutzen Bewertung durch das IQWiG läuft jedoch der Marktentwicklung regelmäßig hinterher, verstärkt durch erweiterte Beteiligungsverfahren. Da einmal eingeführt Arzneimittel kaum in ihrer Verordnungsfähigkeit eingeschränkt werden können, wenn eine spätere neutrale Bewertung nicht positiv ausfällt, ist eine vorgelagerte Kosten-Nutzen Bewertung unter alltagsnahen Bedingungen als Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit unverzichtbar.

Quelle: Bewertung Referentenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

# Anreizwechsel innerhalb eines Jahres:

Mit dem Reformgesetz 2006 wechselt innerhalb eines Jahres die ordnungspolitische Richtung: Dem AVWG (Vertragsarztrecht Änderungsgesetz) Verbot der Naturalrabatte an Apotheken soll nun die Mandatierung der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen folgen und zu Einsparungen von 500 Mio. Euro beitragen.

Quelle: Bewertung Referentenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

# Intransparenz

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz  
zusammen mit Priv.-Doz. Dr. rer. biol. hum. Mane-Luise Dierks  
Medizinische Hochschule Hannover  
(Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung)

Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Koordinierte Aktion  
Gesundheitssysteme

Referent Dr. M. Z. Evangelische Akademie Tübingen

Die weitere Individualisierung durch Höchstpreise für Apotheken, Vertragspreise und mehrdimensionale Rabatte löst die im Arzneibereich bislang am weitestgehende fortgeschrittene Transparenz wieder auf. Die künftige Intransparenz der tatsächlichen Preisstruktur sowie die entstehenden Vertragslandschaften hebeln Steuerungsinstrumente zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung sowohl auf Ebene des einzelnen Arztes als auch auf der Ebene der Kassennäherlichen Vereinigungen faktisch aus.

„Auf dem Wege zu einer patientenorientierten Medizin?“

Ziele und Chancen einer patientenorientierten Versorgung in Deutschland“

Es soll den Versuch unternommen werden, Ziele und Chancen einer patientenorientierten Medizin bzw. Versorgung in Deutschland zu umreißen. Dazu will ich im Folgenden:

1. zunächst Inhalt und Ziele einer solchen Patientenorientierung aufzeigen,
2. fragen, inwiefern wie es um die Praxisprozesse und auf diese in Bezug zu formulierenden Versorgungsziele oder Versorgungsvorstellungen steht, und zwar einmal
  - (1) auf politischer Ebene, wie auf der Ebene wichtiger Institutionen
  - (2) auf nationaler, regionaler, schiedlicher Ebene und der Ebene des Arztes

3. ziehe ich dann ein Fazit in kurzen Thesen:

Quelle: Bewertung Referentenentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

# Stark vereinfachte Modellannahmen:

**Patientenseitig:**  
z.B. Symptome,  
Befinden, Verhalten,  
Vorwissen, Support

**Versorgungseinrichtung**

**Inputs**



**Throughputs**

- Versorgungsprozesse
- Versorgungstechnologien\*
- Psychische und soziale Interaktionen

**Outcomes**



**Systemseitig:**

z.B. Ressourcen  
/ Strukturen /  
Rahmen-  
bedingungen

\* z.B. Arzneimittel /  
Pharmakotherapien oder  
medizintechnische Verfahren

**Gesundheitliche  
oder ökonomi-  
sche Wirkung /  
Ergebnis**

# Disease Mongering?

## Top 10-Diagnosen in Hausarztpraxen bei >80 Jährigen

(Quelle:(18) Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2005)

**in der Altersgruppe 80 Jahre und älter (Mehrfachnennungen).  
Eigene Auswertungen nach [18]**

Rang	Häufigste Diagnosen in der Gruppe 80 Jahre und älter	% aller Patienten
1	Essenzielle Hypertonie	54
2	Chronisch ischämische Herzkrankheit	33
3	Fettstoffwechselstörungen	31
4	Herzinsuffizienz	27
5	Diabetes mellitus Typ 2	19
6	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	15
7	Varizen der unteren Extremität	14
8	Gonarthrose	14
9	Rückenschmerzen	13
10	Nicht näher bezeichnete Demenz	12

# CAM

## Komplementär- und Alternativmedizin (CAM):

- CAM wird derzeit vermehrt institutionalisiert/ beforscht, d.h. staatliche Forschung (NIH) und WHO entwickeln neue Konzepte der wissenschaftlichen Untersuchung, Bestätigung, Risikoabschätzung und der verantwortlichen Implementation