

Bericht über den PMS-Workshop

„Methoden der Versorgungsforschung am Beispiel der psychiatrischen Pharmakotherapie“

am 19. September 2007 in Berlin

Prof. Scriba, München, begrüßt die über 100 Teilnehmer, dankt Prof. Hegerl und Prof. Pfaff für die Mitgestaltung des Programms und verweist einleitend auf die Definition der Versorgungsforschung („Wie viel vom theoretisch möglichen Optimum an Gesundheitsleistungen kommt beim Patienten an?) sowie auf das entsprechende Förderprogramm der Bundesärztekammer, dessen zweite, dreijährige Förderphase gerade ausgeschrieben wurde.

Prof. Pfaff, Zentrum für Versorgungsforschung Köln, erläutert in seinem Beitrag „Methoden der Versorgungsforschung – Ein Überblick“ eine Reihe von Definitionen und stellt Methoden und Daten der Versorgungsforschung vor. Er geht auf die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung (Input, Throughput, Output und Outcome) ein und verweist auf ein Memorandum zu Methoden der Versorgungsforschung, das Ende Oktober 2007 in Dresden vorgestellt wird. Abschließend beantwortet er die von ihm eingangs gestellten Fragen wie folgt: Versorgungsforschung braucht keine spezifische Methode, sondern spezifische Kombinationen vorhandener Methoden. Dabei haben neben anderen Studien auch randomisierte klinische Studien ihre Rolle. Versorgungsforschung bedeutet aber nicht „Evidence based medicine light“.

Frau Dr. Kurth, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung im Robert-Koch-Institut Berlin, erläutert in ihrer Präsentation „Epidemiologische Daten für Versorgungsforschung“ einleitend einige wichtige Begriffe wie Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie und stellt anschließend die Kinder- und Jugend-Gesundheits-Studie (KiGGS) als gutes Beispiel für die Gewinnung valider epidemiologischer Daten vor. Dieser umfassende Survey schloss 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 17 Jahren ein und dauerte von Mai 2003 bis 2006. Neben Untersuchungen/Tests wie Blut-/Urinproben wurden auch medizinische Diagnosen wie ADHS, die Teilnahme an Früh-erkennungsuntersuchungen und Arzneimittelanwendungen erfasst. Damit liegen erstmals für Deutschland fundierte Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor.

Prof. Schrappe, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, Köln, referiert über „Versorgungsforschung und evidenzbasierte Medizin“. Er bekräftigt – wie Pfaff-, dass Versorgungsforschung keine EbM-light ist, und erläutert, dass die Epidemiologie eine Forschungsmethode, die Versorgungsforschung aber eine Forschungs-

richtung ist. Anschließend geht er auf die Weiterentwicklung der klinischen Forschung von der DFG-Denkschrift 1999 bis zum Konzept 2006 ein, das zwischen Grundlagen-, translationaler und Patienten-orientierter klinischer Forschung sowie die Versorgungsforschung unterscheidet. Schließlich geht er auf die Begriffe objektiver Bedarf (fachlich bestätigter Bedarf), Allokation und Angemessenheit („appropriateness“) und Nutzen ein; letzterer ist ausführlich im Report des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) 2007 dargelegt worden.

Dr. Wahler, Bereich Gesundheitsökonomie des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Berlin, stellt in seinem Referat „Nutzung von Daten der Versorgungsforschung für Kosten-Nutzen-Analysen“ zunächst die gesetzlichen Regelungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung und anschließend die hierfür verwendeten Methoden vor. Basistechnik ist die gesundheitsökonomische Modellierung; als Datengrundlage dienen Studien aller Evidenzgrade; die Positionierung verschiedener Studientypen hängt dabei von der jeweiligen Fragestellung ab und wird von ihm ausführlich erläutert. Daten aus der Versorgungsforschung sind dabei üblicher Bestandteil von Kosten-Nutzen-Bewertungen, für die es internationale Standards gibt. Für den Einsatz pragmatischer Settings liegen bisher erst wenige Erfahrungen vor.

Frau Dr. Schubert, PMVforschungsgruppe der Universität Köln erläutert „Die Nutzung der Routinedaten für den ambulanten Bereich“. Es gebe zwar - im Gegensatz zu früher - inzwischen viele Daten; diese seien nur bedingt für die Versorgungsforschung nutzbar aufgrund eines oftmals fehlenden Personenbezuges und eingeschränkter Repräsentativität. Wünschenswert seien sektorübergreifende Daten mit Populations-/Personenbezug, die kontinuierlich erhoben werden. Als Nutzer der Daten kommen folgende Gruppen in Frage: Patienten, Ärzte, Krankenkassen, Gesundheitspolitik, Wissenschaft und Industrie. An zwei Indikationen (ADHS und Alzheimer) zeigt sie beispielhaft auf, welche versorgungsrelevanten Fragen mit den verfügbaren Daten bereits beantwortet bzw. welche Hypothesen generiert werden können. Anzustreben sei letztendlich eine Verknüpfung von Primär- mit den Sekundärdaten und eine datenbasierte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

Dr. Mansky, Helios Kliniken GmbH, Berlin, zeigt „Die Nutzung der Routinedaten für Qualitätsanalysen im stationären Bereich“ auf, wobei er die Entwicklung der Qualitätsmessung von der 1. Generation (Daten von „Ärzten für Ärzte“) bis zur 3. Generation (Fall- und Sektor-übergreifende Daten der Versicherten mit vollständiger Nachverfolgung) nachzeichnete. Bei der Komplikationsmessung sei eine indirekte Erfassung aussagekräftiger und verlässlicher als die direkte Meldung. Anhand von Beispielen demonstrierte er für die fallübergreifenden Kassendaten völlig neuartige Möglichkeiten für die Qualitätsmessung und Versorgungsforschung. Aufgrund der prinzipiell guten Datenlage (besser als USA) könne Deutschland hier künftig eine führende Position einnehmen. Dazu

müssten aber die Krankenkassen-Daten zentral zusammengeführt und unabhängig nutzbar gemacht werden.

Prof. Müller-Oerlinghausen, Berlin, beleuchtet „Psychopharma-Verordnungen innerhalb der GKV“. Er kommentiert sowohl den langfristigen Trend bei der Verordnung der einzelner Medikamentengruppen (Antidepressiva, Tranquilizer, Neuroleptika, Psychostimulantien) als auch bei einzelnen Wirkstoffen aus diesen Gruppen. Abschließend zieht er das Fazit, dass die – z.T. erheblichen –Verordnungsänderungen mehr oder weniger den entsprechenden nationalen und ggf. internationalen Leitlinien entsprechen.

Er weist freilich auch in der Diskussion kritisch-warnend darauf hin, dass der Anstieg des Verordnungsvolumens sowohl bei den atypischen Neuroleptika, deren Nutzen-Risiko-Kosten-Verhältnis z.Zt. sehr kontrovers diskutiert werde, wie auch bei den Stimulantien und den neueren Antidepressiva zu Fragen nach der Rationalität der Indikation Anlass gebe. Insbesondere könne nicht mit Selbstverständlichkeit angenommen werden, dass die erhöhte Verordnung neuerer Antidepressiva die Kompensation des in anderen Untersuchungen gezeigten therapeutischen Defizits bei der Depression reflektiere.

Prof. van den Bussche, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Hamburg, analysiert „Bedarf und Nachfrage nach Antidementiva“. Derzeit gibt es in Deutschland 1 Mio Demenzkranke, darunter 700.000 Alzheimerpatienten; die Prävalenzrate bei über 85jährigen beträgt 25 %; bis 2050 müsse mit einem Anstieg der allgemeinen Prävalenz von derzeit 1,2 % auf 3 % gerechnet werden. Die in Studien (z.B. Rychlik 2007) ermittelte medikamentöse Unterversorgung von Alzheimer-Patienten von bis zu 80 % würde meist nach dem Schema Fälle x DDD x Tage berechnet, ohne Differenzierung zwischen GKV/PKV-Patienten, schweren/leichten Fällen, Therapieabbruchern und austerapierten Patienten. Zudem müssten den erheblichen Behandlungskosten die nur mäßige Wirksamkeit dieser Medikamente gegenübergestellt werden (Diskrepanz zwischen der „gefühlten“ Wirksamkeit und der tatsächlichen Evidenz, die auch in der unterschiedlichen Einstellung von Haus- und Fachärzten zum Ausdruck kommt).

Prof. von Klitzing, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Leipzig, geht in seinem Beitrag „Psychopharmaka in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ auf den Stellenwert (Rang 4 nach DDD im Jahr 2005 bei Verordnungen für Kinder/Jugendliche“ ein. Er analysiert kritisch insbesondere den starken Anstieg von Diagnosen und Verordnungen von Medikamenten gegen das Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Depressionen und bipolare Störungen in Deutschland, speziell auch im Vergleich zu den USA.

PD Leucht, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München, referiert zum Thema „Metaanalytische Evaluierung atypischer Antipsychotika“ und erläutert zunächst, weshalb Metaanalysen unverzichtbar sind. Die Fülle an Veröffentlichungen von Artikeln und Studien

in etwa 10.000 Medizinjournalen sei anders nicht mehr zu bewältigen; so müsste ein Allgemeinmediziner täglich 19 Artikel lesen, um auf dem Laufenden zu sein. Die Erstellung einer Metaanalyse erfolgt in drei Schritten: Erstellung des Protokolls, Literaturrecherche und Datenextraktion durch zwei Reviewer. An einigen Beispielen zeigt er, wie durch eine entsprechende graphische Darstellung der Ergebnisse ein rascher Überblick über die Studienergebnisse vermittelt wird. Wichtig seien aber strenge Einschlusskriterien oder Gewichtungen nach Qualität.

Prof. Hegerl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig und Leiter des Kompetenznetzwerkes Suizidalität. In seiner Präsentation „Optimierungsspielräume bei der Versorgung depressiv Erkrankter“ weist er einleitend darauf hin, dass es circa 4 Million behandlungsbedürftige Depressive gibt, dass gute Behandlungsmöglichkeiten (Pharmakotherapie, Psychotherapie) zur Verfügung stehen, diese jedoch nur von einer Minderheit konsequent genutzt werden. Vor dem Hintergrund dieses großen Optimierungsspielraumes wurden im Rahmen des seit 1999 vom Bundesforschungsministerium geförderten Kompetenznetz Depression, Suizidalität zahlreiche Projekte durchgeführt. Ein Modellprojekt ist das Nürnberger Bündnis gegen Depression, in dem durch eine Vier- Ebenen- Intervention (1) Kooperation mit Hausärzten, 2) Öffentlichkeitsarbeit, 3) Fortbildungen von Multiplikatoren wie Lehrern, Pfarrern, Altenpflegekräften und Medien sowie 4) Förderung der Selbsthilfe) eine sehr deutliche Senkung der Zahl suizidaler Handlungen gegenüber dem Ausgangsjahr (minus 24%) erzielt werden. Diese Konzept wird im Rahmen des Deutschen Bündnisses gegen Depression (www.buendnis-depression.de) in zur Zeit 38 Regionen in Deutschland umgesetzt sowie im Rahmen eines europäischen Projekts in Modellregionen in 16 europäischen Ländern (www.EAAD.net). Über das Forschungsnetz Psychische Gesundheit soll das Deutsche Bündnis gegen Depression zukünftig verstärkt für Versorgungsforschung genutzt werden.

Prof. Häussler, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin, erläutert die „Berücksichtigung von Komorbidität und Schweregraden bei Versorgungsanalysen“, die bei Versorgungsanalysen unabdingbar ist. Indikatoren für Schweregrade sind insbesondere Alter, Hospitalisierung und Arbeitsunfähigkeit sowie hohe Dosierungen in der Vorgeschichte; bei der Komorbidität sind dies onkologische und andere schwere Erkrankungen sowie Substanzmissbrauch. Eine Berücksichtigung sei möglich über Regressionsanalysen oder Matched Pairs, wobei die inzwischen vorhandenen Abrechnungsdaten für viele Fragestellungen der Versorgungsforschung verwendet werden können.

Berlin, 8. Oktober 2007