

# Versorgungssteuerung und Arzneimittelmärkte

Bachelorseminar SoSe 2019

Universität Hamburg, Lehrstuhl für Health Care Management

Dr. Simon Frey,

Clara Pott, M.Sc.,

Victoria Lauenroth, M.Sc.,

Florian Hofer, M.Sc.

## Organisatorischer Ablauf

---

### 1. Themenvergabe/Kickoff (Anwesenheitspflicht)

- 08.02.2019, 09.00 Uhr -10.30 Uhr, **s.t.**
- Esplanade 36, Raum ESP 4030/31

### 2. Betreuung

- Die Besprechung der Gliederung und die Klärung inhaltlicher/methodischer Fragen erfolgt bei der/dem jeweiligen BetreuerIn der Arbeit. Termine müssen mit der/dem BetreuerIn abgestimmt werden.

### 3. Präsentation der Ergebnisse (Anwesenheitspflicht an beiden Tagen)

- 10.05.2019, 09:00-18:00 Uhr
- 11.05.2019, 09:00-18:00 Uhr
- Esplanade 36, Raum ESP 4030/31

### 4. Abgabe

- Donnerstag, 27.06.2019 bis spätestens 12:00 Uhr im Sekretariat des Lehrstuhls für Health Care Management (Esplanade 36, 5. OG, Raum 5021)

## Übersicht Themen

---

#	Thema
1	Einfluss von Budgetierung auf das Angebotsverhalten von Ärzten
2	Disease Management Programme als Instrument zur Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Senkung der Gesundheitsausgaben am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland?
3	Ökonomische Betrachtung neuer Gesundheitstechnologien am Beispiel von Telemonitoring für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
4	Erfahrungen mit hausarztzentrierter Versorgung in der Schweiz
5	Instrumente zur Motivation von Blutspendern
6	Effektivität von Primärpräventionen am Beispiel Adipositas
7	Ökonomische Auswirkungen von Alkoholverboten
8	Yardstick-Competition durch DRG-basierte Fallpauschalen– eine kritische Analyse
9	Chancen und Risiken qualitätsorientierter Krankenhausvergütung in Deutschland
10	Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Instrumente zur Versorgungssteuerung
11	Zusammenhang zwischen der Nutzung von Versandapotheken und Therapietreue, Patientensicherheit sowie Gesundheitsausgaben
12	Einfluss der Substitution von Arzneimitteln auf die Patientensicherheit

## 1. Einfluss von Budgetierung auf das Angebotsverhalten von Ärzten

Auf dem Gesundheitsmarkt sind Informationen über Krankheiten, den Gesundheitszustand des Patienten und die Therapiemöglichkeiten ungleich zwischen Ärzten als Anbieter von Leistungen und Patienten als deren Nachfrager verteilt. Eine von mehreren Möglichkeiten Einfluss auf die Leistungserbringung von Ärzten zu nehmen, ist die vertragsärztliche Budgetierung. Dabei werden, z.B. für die Erbringung ambulanter Leistungen oder die Verordnung von Arzneimitteln, Budgetobergrenzen definiert, deren Überschreitung nachteilige Effekte für die betreffenden Ärzte nach sich ziehen.

In der Seminararbeit sollen die Auswirkungen von Budgetierungen auf das Angebotsverhalten von Ärzten und die Gesundheit der behandelten PatientInnen untersucht werden.

### Einstiegsliteratur:

Rashidian, A., Omidvari, A. H., Vali, Y., Sturm, H., & Oxman, A. D. (2015). Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. The Cochrane Library.

Harris, C. M., & Scrivener, G. (1996). Fundholders' prescribing costs: the first five years. *BMJ*, 313(7071), 1531-1534.

Fischer, Katharina Elisabeth, et al. (2018). The impact of physician-level drug budgets on prescribing behavior. *The European Journal of Health Economics* 19(2), 213-222.

## 2. Disease Management Programme als Instrument zur Erhöhung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Senkung der Gesundheitsausgaben am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland

Die Organisation von Versorgungsprozessen, sei es im stationären oder im ambulanten Bereich, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Versorgungsqualität und die Kosten der Versorgung. Als ein mögliches Instrument zur Versorgungssteuerung wurden in Deutschland für die Behandlung von Diabetes Mellitus Typ 2 im Jahr 2003 Disease Management Programme (DMP) eingeführt.

In der Seminararbeit soll am Beispiel Diabetes Mellitus Typ 2 kurz dargestellt werden, was unter einem DMP verstanden wird und wie es ausgestaltet ist. Auf Basis nationaler als auch internationaler Erfahrungen soll dann die Frage erörtert werden, inwieweit mit einem DMP Diabetes eine Erhöhung der Versorgungsqualität und/oder eine Senkung der Gesundheitsausgaben erreicht wurde bzw. werden kann.

### Einstiegsliteratur:

Drabik, A., Graf, C., Büscher, G., Stock, S. (2012): Evaluation der Effektivität eines Disease management programs Diabetes Mellitus in der GKV – Erste Ergebnisse und methodische Überlegungen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, online first.

Schäfer, I., Küver, C., Gedrose, B., Hoffmann, F., Ruß-Thiel, B., Brose, H. P., van den Bussche, H., Kaduszkiewicz, H. (2010): The disease management program for type 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care – a follow-up survey of patient's experiences. In: BMC Health Services Research 10, 55.

Szecsényi, J., Rosemann, T., Joos, S., Peters-Klimm, F., Miksch, A. (2008): German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model. In: Diabetes Care 31(6), 1150-4.

### **3. Ökonomische Betrachtung neuer Gesundheitstechnologien am Beispiel von Telemonitoring für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung**

Telemonitoring bezeichnet die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologie, um den Gesundheitszustand von Patienten über weite Entfernungen überprüfen zu können. Gerade für die Versorgung chronisch Kranker (z.B. mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, COPD), wird die Effektivität dieser Technologien häufig evaluiert und soll nach der Meinung verschiedener Entscheidungsträger auf lange Sicht in die Regelversorgung integriert werden.

Ziel der Seminararbeit ist es eine gesundheitsökonomische Betrachtung – orientiert an Kosten und Nutzen - von Telemonitoring am Beispiel der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) anhand ausgewählter wissenschaftlicher Literatur auszuarbeiten.

#### **Einstiegsliteratur:**

Achelrod, D., Stargardt, T., Schreyögg, J. (2017): Health-economic evaluation of home telemonitoring for COPD in Germany: evidence from a large population-based cohort. In: The European Journal of Health Economics 18 (7): 869-882.

Cruz, J., Brooks, D., Marques, A. (2014): Home telemonitoring in COPD: A systematic review of methodologies and patients' adherence. In: International Journal of Medical Informatics 83(4): 249-263.

### **4. Erfahrungen mit hausarztzentrierter Versorgung in der Schweiz**

Ähnlich wie in Deutschland ist die Mitgliedschaft in einer Sozialversicherung auch in der Schweiz verpflichtend. Während sich in Deutschland der Krankenkassenbeitrag für alle Versicherten auf der gleichen Grundlage bemisst, haben Schweizer die Möglichkeit einen geringeren Mitgliedsbeitrag zu zahlen, wenn sie sich für eine hausarztzentrierte Versorgung entscheiden. In solchen Modellen, die seit längerer Zeit z.B. in England und den Niederlanden existieren, verzichten Patienten auf die Möglichkeit Fachärzte direkt aufzusuchen und lassen sich stattdessen von ihrem gewählten Hausarzt (Gatekeeper) an Fachärzte überweisen.

Diese Arbeit soll einen Überblick über die hausarztzentrierte Versorgung in der Schweiz geben. Auf Basis der recherchierten Ergebnisse soll dann die Frage erörtert werden, inwieweit mit Gatekeeper-Modellen eine Erhöhung der Versorgungsqualität und/oder eine Senkung der Ausgaben erreicht wurde bzw. erreicht werden kann.

**Einstiegsliteratur:**

Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R (2011): The effects of gatekeeping. A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29:28-38.

Berchtold, P, & Peytremann\_Bridevaux, I (2011): Integrated care organizations in Switzerland. In: *International Journal of Integrated Care*, 11: 1-8.

Reich, O, Rapold, R, & Flatscher-Thöni, M (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. In: *International Journal of Integrated Care*, 12: 1-12.

## **5. Instrumente zur Motivation von Blutspendern**

Die Verfügbarkeit von Blut und Blutprodukten ist unerlässlich, wenn es um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung geht. Laut dem Deutschen Roten Kreuz spenden derzeit nur knapp 3% der Bevölkerung Blut. Dies sei zu wenig, um 100% der Patienten in Deutschland ausreichend zu versorgen.

Ziel dieser Seminararbeit soll es sein, das zugrundeliegende Problem sowie ausgewählte zum Blutspenden motivierende Instrumente anhand wissenschaftlicher Literatur zu beschreiben und deren Wirksamkeit in Bezug auf eine Steigerung des Spendenaufkommens zu diskutieren.

**Einstiegsliteratur:**

Reich, P., Roberts, P., Laabs, N., Chinn, A., McEvoy, P., Hirschler N., Murphy, E. L. (2006): A randomized trial of blood donor recruitment strategies. *Transfusion*, 46: 1090-1096.

Niza, C., Tung B., Marteau TM. (2013): Incentivizing blood donation: systematic review and meta-analysis to test Titmuss' hypotheses. *Health Psychology*, 32(9): 941-949.

Boenigk, S., Leipnitz, S. (2016): Acquiring Potential Blood Donors in Large Cities: A Preference-Based Donor Segmentation Study. *Journal of Nonprofit & Public Sector Management*, 28(4):364-393..

## **6. Effektivität von Primärpräventionen am Beispiel Adipositas**

Übergewicht und Adipositas stellen ein weltweit wachsendes Gesundheitsproblem dar. Neben gesundheitlichen Folgen wie beispielsweise einem erhöhten Risiko chronisch zu erkranken (z.B. an Diabetes oder Koronarer Herzkrankheit (KHK)), entstehen hohe volkswirtschaftliche Kosten

für die Behandlung dieser Erkrankungen. Um dem Problem der Adipositas entgegenzuwirken gibt es verschiedene primärpräventive Maßnahmen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Ausgestaltung und Effektivität ausgewählter Maßnahmen der Primärprävention von Adipositas darzustellen und zu diskutieren.

#### **Einstiegsliteratur:**

OECD (2010): Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat. OECD Publishing: Paris.

Waters E, de Silva-Sanigorski A, Burford BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD (2011): Interventions for preventing obesity in children. In: The Cochrane Library, 2011(12).

### **7. Ökonomische Auswirkungen von Alkoholverboten**

Um exzessivem und gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum vorzubeugen, gibt es in einigen Ländern und Regionen (z.B. Australien, Schweden) legislative Bestimmungen, die es verbieten, Alkohol außerhalb festgelegter Uhrzeiten zu verkaufen. So sollen unter anderem Verkehrsunfälle und Hospitalisierungen aufgrund von Alkoholintoxikationen verhindert werden.

Im Rahmen dieser Seminararbeit sollen die Auswirkungen ausgewählter Alkoholverkaufsverbote (z.B. in Supermärkten) mit Hilfe empirischer Evidenz in einem gesundheitsökonomischen Kontext untersucht werden.

#### **Einstiegsliteratur:**

Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55-77.

Norström, Thor and Ole-Jørgen Skog, "Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: An experiment in two phases," *Addiction*, June 2005, 100 (6), 767–776.

### **8. Yardstick-Competition durch DRG-basierte Fallpauschalen– eine kritische Analyse**

Durch das DRG-Fallpauschalensystem erhalten Krankenhäuser eine pauschale, morbiditätsorientierte Vergütung Ihrer Leistungen. Zur Berechnung der Vergütung wird das Relativgewicht, welches die Schwere einer bestimmten Fallgruppe im Vergleich zu anderen Fallgruppen darstellt, mit dem sogenannten Basisfallwert multipliziert. Hierbei handelt es sich um eine Form der Yardstick-Competition.

Im Rahmen der Seminararbeit sollen die Vor- und Nachteile einer Yardstick-Competition im Hinblick auf die dadurch geschaffenen Anreize und das Verhalten von Krankenhäusern dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund soll dann die mögliche Einführung eines bundeseinheitlichen

Fallwertes kritisch diskutiert werden. Stellen Sie hierbei auch die langfristigen Implikationen für das Portfoliomanagement großer Krankenhausketten dar.

**Einstiegsliteratur:**

Dawson D, Goddard M, Street A (2001) Improving performance in public hospitals: a role for comparative costs? *Health Policy*, 57(3): 235-248.

Ma, C-T A (1994) Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives. In: *Journal of Economics & Management Strategy* 3(1): 93-122

McClellan M (1997): Hospital Reimbursement incentives: an empirical analysis, *Journal of Economics & Management Strategy*, 6(1): 91-128.

Shleifer, A (1985) A theory of yardstick competition. *The Rand Journal of Economics*: 319-327.

## **9. Chancen und Risiken qualitätsorientierter Krankenhausvergütung in Deutschland**

Seit einigen Jahren gibt es Überlegungen, den Pay-for-Performance (P4P) Ansatz in die stationäre Versorgung in Deutschland zu implementieren. P4P soll einen finanziellen Anreiz setzen, die Qualität von Versorgungsprozessen und patientenspezifische Gesundheitsoutcomes zu verbessern. Die ehemalige Bundesregierung legte bereits 2013 im Koalitionsvertrag fest, dass sich gute Qualität für Krankenhäuser zukünftig lohnen soll, wobei bei unterdurchschnittlicher Qualität der Leistungen Abschläge möglich seien.

Ziel dieser Seminararbeit ist es, Anreizwirkungen von P4P-Vergütungssystemen im stationären Kontext sowie die Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung anhand geeigneter internationaler Literatur zu diskutieren.

**Einstiegsliteratur:**

Lindenauer, P. K. et al. (2007): Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 486-496.

Mehrotra, A. et al. (2009): Pay for Performance in the Hospital Setting: What Is the State of the Evidence? *American Journal of Medical Quality*, 24(1), 19-28.

Kahn, C. N. et al. (2015): Assessing Medicare's Hospital Pay-For-Performance Programs and whether they are achieving their Goals. *Health Affairs*, 34(8), 1281-1288.

## **10. Polypharmazie und potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Instrumente zur Versorgungssteuerung**

Mit steigendem Anteil der >65-jährigen in der deutschen Bevölkerung geht ein Anstieg in der Prävalenz von Multimorbidität einher. Multimorbide Patienten sehen sich häufig mit der Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten (Polypharmazie) konfrontiert. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie Arzneimittelwechselwirkungen.

Ziel dieser Arbeit soll es sein das Problem der Polypharmazie und potenziell inadäquater Medikation älterer Menschen anhand ausgewählter wissenschaftlicher Literatur zu beschreiben sowie in diesem Zusammenhang etablierte Instrumente zur Versorgungssteuerung kritisch zu diskutieren.

#### **Einstiegsliteratur:**

Moura, C. S., Acurcio, F. A., Belo, N. O. (2009): Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, 12(3):266–72.

Schubert, I., Hein, R., Abbas, S., Thürmann, P. (2012): The Frequency of Prescription of Immediate-Release Nifedipine for Elderly Patients in Germany. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(12):215–9.

Linder, R., Schneider, U., Köthemann, M., Verheyen, F. (2014): Ärztliches Ordnungsverhalten von potenziell inadäquaten Medikamenten für ältere Menschen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139(19):983–9.

### **11. Zusammenhang zwischen der Nutzung von Versandapotheken und Therapietreue, Patientensicherheit sowie Gesundheitsausgaben**

Apotheken haben den Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln sicherzustellen. Dabei wird insbesondere die Beratungsleistung bei Abgabe eines Medikamentes als wichtiges Element einer hochwertigen Arzneimittelversorgung diskutiert. Seit 2004 ist der Markt für Versandapotheken geöffnet und diese erfreuen sich zunehmender Beliebtheit bei PatientInnen.

Ziel dieser Seminararbeit ist es, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Nutzung von Versandapotheken und der Therapietreue, der Patientensicherheit sowie den Gesundheitsausgaben anhand wissenschaftlicher Literatur zu beschreiben sowie kritisch zu diskutieren.

#### **Einstiegsliteratur:**

Schmittziel, J. A., Karter A. J., Dyer, W.T., Chan, J., Duru O.K. (2013): Safety and effectiveness of mail order pharmacy use in diabetes. *American Journal of Managed Care*, 19(11): 882-887.

Fernandez, E. V., McDaniel, J. A., Carroll, N. V. (2016): Examination of the link between medication adherence and use of mail-order pharmacies in chronic disease states. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 22(11): 1247-1259.



Pittman, D. G., Tao, Z., Chen, W., Stettin G. D. (2010): Antihypertensive Medication Adherence and Subsequent Healthcare Utilization and Costs. *American Journal of Managed Care*, 16(8): 568-576.

## **12. Einfluss der Substitution von Arzneimitteln auf Patientensicherheit**

Für Arzneimittel, deren Patentschutz abgelaufen ist, treten auf dem Arzneimittelmarkt wirkstoffgleiche Nachahmerpräparate (Generika) ein. Diese sind in der Regel kostengünstiger als die Originalpräparate. Um die Ausgaben für Arzneimittel einzudämmen sind Apotheker verpflichtet, ein wirkstoffgleiches preisgünstigeres Arzneimittel abzugeben (sogenannte Aut-idem-Regelung), falls der verordnende Arzt den Austausch nicht explizit auf dem Rezeptvordruck ausgeschlossen hat.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Konsequenzen der Aut-idem Regelung auf die Patientensicherheit zu untersuchen. Am Beispiel von Asthma und COPD soll diskutiert werden, ob die Substitution von Inhalationsgeräten in der Apotheke einen Einfluss auf den Therapieerfolg und die Sicherheit der Patienten hat.

### **Einstiegsliteratur:**

Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft (2014): Leitlinie Gute Substitutionspraxis. Internet: [http://www.dphg.de/fileadmin/content/pdfs/dphg\\_leitlinie\\_gute\\_substitutionspraxis.pdf](http://www.dphg.de/fileadmin/content/pdfs/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis.pdf)

Björnsdóttir US, Gizurarson S, Sabale U (2013): Potential negative consequences of non-consented switch of inhaled medications and devices in asthma patients. In: *Int J Clin Pract*, 67(9):904-910.

Hämmerlein A, Müller U, Schulz M (2009): Pharmacist-led intervention study to improve inhalation technique in asthma and COPD patients. In: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2011): 61-70.