

monitor **VERSORGUNGSG FORSCHUNG**

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung



Titelinterview mit Dr. Johannes Danckert, Vorsitzender der Geschäftsführung (komm.) von Vivantes: „Die Zukunft beginnt bereits jetzt“

„Wie kann die Sprachbarriere überwunden werden?“ (David)

„Zur Modellierung der Corona-Pandemie – eine Streitschrift“ (Müller)

„Auch in der dritten Welle fehlen effektive Therapieoptionen“ (Stausberg)

Editorial

Mit Theorien zu besserer Praxis

Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski

Redaktion

„Die Zukunft beginnt bereits jetzt“ 6

Titelinterview: Dr. Johannes Danckert, Vorsitzender der Geschäftsf. (komm.) Vivantes

Von der Versorgungsforschung zur -wissenschaft 12

Programm des 10. MVF-Online-Fachkongress: „Theorie wagen“ am 07./08.12.21

Patientenlotsen: Einstieg in eine neue Methodik 14

Kommentar von Dr. Michael Brinkmeier, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Wie man vom „volume“ zum „value“ kommt 18

Kongress „Das Ergebnis zählt! Impulse für mehr Outcome-Orientierung“

„Kein ‚one size fits all‘ mehr“ 21

Vortrag Prof. Dr. Andreas Beivers auf dem Kongress „Das Ergebnis zählt!“

DNVF setzt sich für versorgungsnaher Forschung ein 22

Vier-Punkte-Programm des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V.

Daten für die gesundheitsbezogene Forschung 23

DFG-Stellungnahme der „Interdisziplinären Kommission für Pandemieforschung“

Goldgräberstimmung bei den Datenschatzsuchern 24

Blitzlichter vom Kongress „BioData World Congress“ in Basel

„Mit Wearables auf dem Weg zur Daten-Äquivalenz“ 28

Interview: Dr. Anne Moschner (TK), Paul Burggraf (Thryve), Manuel Heinrich MSc. (FU)

Assistenztechnologien für ältere Menschen“ 34

Teil 33 der Serie „VF made in ...“: Department für Versorgungsforschung, Oldenburg

Studienort für kritische Hinterfrager und Veränderer 38

Teil 34 der Serie „VF made in ...“: Masterstudiengang Versorgungsforschung der MHB

Wie lassen sich die Hürden überwinden? 40

Wissen: Die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in Europa verbessern

STANDARDS

Impressum 2 News 16 Rezension 44

Hinweis: Obwohl in MVF generell die männliche Schreibweise verwendet wird, sind immer alle Geschlechter gemeint.
Ergänzung: Ab 2022 wird einheitlich gegendert: z. B. Ärzt:innen

Dieser Ausgabe liegt in einer Teilaufgabe die Fachzeitschrift „Pharma Relations“ bei

Bitte beachten Sie die Sonderveröffentlichung des DNVF auf den Seiten 45-52

Bitte beachten Sie den beigehefteten Newsletter „Versorgungsforschung aktuell“ des Universitätsklinikums Heidelberg auf den Seiten 90-91

Impressum Monitor Versorgungsforschung – Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung

Monitor Versorgungsforschung

Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung
14. Jahrgang
ISSN: 1866-0533 (Printversion)
ISSN: 2509-8381 (eFirst)

Herausgeber

Prof. Dr. Reinhold Roski, Berlin
roski@m-vf.de

Chefredaktion

Peter Stegmaier (verantwort. Redakt.)

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

stegmaier@m-vf.de

Redaktion

Kerstin Müller

mueller@m-vf.de

Jutta Mutschler

mutschler@m-vf.de

Martin Klein (Freier Journalist)

klein@m-vf.de

Verlag

eRelation AG – Content in Health

Vorstand: Peter Stegmaier

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

www.ereRelation.org

mail@ereRelation.org

Verlagsleitung

Peter Stegmaier

Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo

Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)

heiser@m-vf.de

Marketing:

Kölnstr. 119, 53111 Bonn

Tel +49 228 7638280-0

Fax +49 228 7638280-1

Abonnement

„Monitor Versorgungsforschung“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 120 Euro. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 90 Euro. zzgl. MwSt. und Versandkosten: Inland 9,99 Euro; Ausland 54 Euro. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich

automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Verpackung

Die Verpackung dieser Zeitschrift ist bei www.verpackungsregister.org (LUCID) registriert unter: DE3360908810552

Layout

eRelation AG, Bonn

Druck

Kössinger AG & Co. KG

Fruehaufstraße 21

84069 Schierling

info@koessinger.de

Tel +49-(0)9451-499140

Fax +49-(0)9451-499101

Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung

außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In

der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflagenmeldung

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. (IVW), Berlin. Verbr. Auflage: 6.642 (IVW 3. Qu. 2021).

WISSENSCHAFT

Prof. Dr. med. Matthias David / Louise Marie 53

Teschemacher MSc / Prof. Dr. Theda Borde

Wie kann die „Sprachbarriere“ überwunden werden? Aspekte der medizinischen Versorgung von Patient:innen mit Migrationshintergrund

Im Juni 2021 publizierten Schüttig und Sundmacher im MVF Ergebnisse einer Delphi-Befragung und einer retrospektiven Datenanalyse dazu, wie sich Fehlinanspruchnahmen in Notaufnahmen potenziell vermeiden lassen.

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev / Dr. rer. nat. Philipp 59

Beinker / Kerstin Weber / Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken

Demografische und klinische Charakteristika hausärztlicher Patienten mit Covid-19-Impfung

Untersucht wurde die Altersstruktur sowie Komorbiditäten der in April und Mai 2021 in den hausärztlichen Praxen geimpften Personen. Die Analyse umfasste 245.948 Patienten, die im April oder Mai 2021 ihre erste Covid-19-Impfung in einer der 820 Hausarzt-Praxen erhielten.

Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev 63

Welche Faktoren stehen im Zusammenhang mit der Covid-19-Diagnose bei symptomatischen Patienten in Hausarztpraxen?

Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz und die Faktoren zu untersuchen, die mit der Diagnose der Coronavirus-Erkrankung (Covid-19) bei symptomatischen Patienten in Allgemeinpraxen in Deutschland zwischen März 2020 und März 2021 in Verbindung stehen.

Prof. Bernhard Müller 68

Zur Modellierung der Corona-Pandemie

Bei diesem Text handelt es sich um ein Addendum zum Thesenpapier 8.0 der Autorengruppe Schrappe et al., das Prof. Bernhard Müller in Form einer Streitschrift verfasst hat.

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg / Dr. med. Bettina 80

Beinhauer / Thomas Jungen / Prof. Dr. med. Michael

Karaus / Dr. med. Guido Lorzynski MSc MBA / Dr. med.

Christoph Scheu MBA

KH-Sterblichkeit bei Covid-19: Auch in der dritten Welle fehlen effektive Therapieoptionen

Mit der dritten Welle der Corona-Pandemie lagen Erfahrungen zur stationären Versorgung von Patienten mit Covid-19 über 1,5 Jahre vor. Therapiefortschritte mit Verbesserung der Sterblichkeit waren daher zu erwarten.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe / Hedwig François- 85

Kettner / Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk / Franz

Knieps / Dr. med. Andrea Knipp-Selke / Prof. Dr. rer.

pol. Philip Manow / Prof. Dr. med. Klaus Püschel /

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske

Ad-hoc-Stellungnahme: Sofortprogramm: der erste Tag des/r neuen Bundesgesundheitsminister:in

Die Thesenpapier-Autorengruppe legt ihre 4. Ad-hoc-Stellungnahme mit zwölf konkreten Forderungen vor, die am ersten Arbeitstag der neuen Gesundheitsministerin bzw. des neuen Gesundheitsministers zu initiieren wären.



Copyright Clearance Center (IVW)

Herausgeber-Beirat

Universitäten/Hochschulen

	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig	
	Hochschule Neubrandenburg University of Applied Sciences	Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher	
	MHB MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG	Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c. Edmund A.M. Neugebauer	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Matthias Schrappe	
	Universität zu Köln	Prof. Dr. Stephanie Stock	

Institute/Stiftungen

	bhw fib Forschungsinstitut	Prof. Dr.-Ing. Thomas P. Zahn	
	BDI	Felix Esser	
	BertelsmannStiftung	Uwe Schwenk	
	DBfK	Dr. Bernadette Klapper	
	fbeta	Hans-Holger Bleß	

Akteure

	Gesundheitsforen	Roland Nagel	
	AKTIONSFORUM PATIENTENSICHERHEIT	Dr. Ilona Köster-Steinebach	
	AOK Nordost	Harald Möhlmann	
	AOK Baden-Württemberg	Johannes Bauernfeind	
	B.A.G. SELBSTHILFE	Dr. Martin Danner	
	Boehringer Ingelheim	Dr. Marco Penske	
	BKK Dachverband	Franz Knieps	
	DAK Gesundheit	Andreas Storm	
	Deutsche RHEUMA-LIGA • GEMEINSAM MEHR BEWEGEN •	Dr. Rolf Ulrich Schlenker	
	DiHeSys Digital Health Systems	Prof. Dr. Christian Franken	
	DocMorris Medikamente allein sind nicht genug	Sebastian Mindt	
	HCSG Health Care Systems GmbH	Dr. Josef Leiter	
	IGB Institut für Gesundheitsmanagement in Brandenburg	Lutz O. Freiberg	

	socium Forschungszentrum Lagepolitik und Sozialpolitik	Prof. Dr. Gerd Glaeske	
	TUM	Prof. Dr. Leonie Sundmacher	
	UNIVERSITÄT BAYREUTH	Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Dr. sc. nat. (ETH) Klaus H. Nagels	
	Universitätsmedizin ERLANGEN	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH	

	IGES	Prof. Dr. Bertram Häussler	
	IGV RESEARCH	Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher	
	inavi	Prof. Dr. Volker Amelung	
	Robert Bosch Stiftung	Dr. Ingrid Wünnig Tschol	
	Zi ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	Dr. Dominik von Stillfried	

	INSIGHT HEALTH	Christian Luley	
	Janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson	Christian Hilmer	
	KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayern	Dipl. Kfm. Fabian Demmelhuber	
	KVBB Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	MUDr./CS Peter Noack	
	Lilly	Oliver Stahl	

	MEDICAL CONTACT	Prof. Dr. Stephan Burger	
	NOVARTIS	Dr. Andreas Kress	
	OptiMedis	Dr. Oliver Gröne	
	Pfizer	Friedhelm Leverkus	
	Roche	Dr. David Traub	
	SANOFI	Dr. Stephanie Rosenfeld, MHBA	
	Vivantes	Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve	
		Dr. Christopher Hermann	



**Prof. Dr.
Reinhold Roski**

Wirtschaftskommunikation
und Gesundheitskommunikation
Herausgeber von „Monitor
Versorgungsforschung“.

Mit Theorien zu besserer Praxis

MVF-Titelinterview mit Dr. Johannes Danckert, Vorsitzender der Geschäftsführung von Vivantes > 6 ff.

„Es ist durch die Corona-Pandemie offensichtlich geworden, dass es ein ‚Weiter so‘ nicht mehr geben kann.“ „Die durch Vivantes zu leistende Gesundheitsversorgung wird ... zentralisierter, spezialisierter und digitaler sein.“ So **Dr. Johannes Danckert**, kommissarischer Vorsitzender der Geschäftsführung von Vivantes in Berlin. Er erläutert das „Zielbild 2030“ von Vivantes und „welchen Nutzen jeder Patient davon hat“. Entscheidend: Patientenflusssteuerung („Patient Journey“) und konsequente Nutzung der ePA.

10. MVF-Kongress „Theorie wagen“ am 7./8. Dezember 2021 Online > S. 12 ff.

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation wird unser 10. MVF-Kongress vollständig online stattfinden. Wir haben das Programm auf zwei Nachmittage am 7. und 8. Dezember aufgeteilt. Es geht darum, die Toolbox der Theorien, die die Versorgungsforschung braucht, um sich als Wissenschaft weiterzuentwickeln – dies wird am Beispiel der aktuellen Lotsensysteme gezeigt und diskutiert. Seien Sie dabei.

Neu im Herausgeberbeirat

Wir begrüßen neue Mitglieder im Herausgeberbeirat: **Hans-Holger Bleß** ist wieder dabei, jetzt für die fbeta GmbH. **Dipl.-Kfm. Christian Hilmer MHMM** ist Nachfolger von Frau Dr. pharm. Dorothee Brakmann, bei der wir uns herzlich bedanken, für Janssen-Cilag. **Dr. med. Josef M.E. Leiter** wirkt für die Healthcare Systems mit. **Dr. rer. nat. Ingrid Wünnig Tschol** ist Nachfolgerin von Frau Dr. Klapper für die Robert Bosch Stiftung. Und **Dr. phil. Bernadette Klapper** ist in ihrer neuen Position als Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – Bundesverband weiterhin dabei. Wir freuen uns sehr über die Mitwirkung der neuen und der langjährigen Mitglieder im Herausgeberbeirat und bedanken uns für Ihre wichtige Arbeit auch in diesem Jahr.

> S. 3 ff.

MVF-Serie „Inside Versorgungsforschung“

Diesmal sind wir bei **Prof. Dr.-Ing. Andreas Hein** am Department f. Versorgungsforschung der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg sowie bei **Prof. Dr. Dawid Pieper MPH MSc Epidemiology** am Masterstudiengang Versorgungsforschung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der MHB.

S. 34 ff.

S. 38 ff.

Wissenschaftliche Beiträge

David, Teschemacher und **Borde** präsentieren Studien zum Problem der „Sprachbarriere“ in der Versorgung von Migranten.

> S. 53 ff.

Kostev u.a. untersuchen Altersstruktur und Komorbiditäten von 245.948 Patienten, die im April – Mai 2021 ihre erste Covid-19-Impfung in einer Hausarzt-Praxis erhielten.

> S. 59 ff.

Kostev analysiert die Prävalenz und Faktoren, die mit der Diagnose Covid-19 bei symptomatischen Patienten in Allgemeinpraxen in Deutschland in Verbindung stehen.

> S. 63 ff.

Müller fordert in seinem als Streitschrift verfassten Beitrag eine Untersuchungskommission zur Modellierung der Corona-Pandemie.

> S. 68 ff.

Stausberg u.a. präsentieren eine Analyse von Routinedaten von 18.044 Patienten mit Covid-19 aus 62 kirchlichen Krankenhäusern aus allen drei Wellen der Pandemie. Sie finden trotz massiver Umstellung der Beatmungsstrategie keine Verbesserungen der Sterblichkeit.

> S. 80 ff.

Schrapppe u.a. legen ihre 4. Ad-hoc-Stellungnahme vor, in dem sie ein Sofortprogramm für den ersten Tag des/r neuen Bundesgesundheitsminister:in umreißen.

> S. 85 ff.

Ich wünsche Ihnen auch mit der letzten Ausgabe dieses wichtigen Jahrgangs und in der wieder dramatischen Corona-Situation interessante Lektüre mit vielen Informationen, die Sie direkt für Ihre Arbeit nutzen können.

Mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen für Frohe Weihnachten und ein gutes Neues Jahr, Ihr Professor Dr. Reinhold Roski

Die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in Europa verbessern

Wie lassen sich die Hürden überwinden?

Die pharmazeutische Forschung macht rasante Fortschritte; Jahr für Jahr lassen Arzneimittelbehörden neue Therapien zu. Doch manche Innovationen erreichen Patienten nicht oder nur verzögert. Welche Hindernisse gibt es – und was muss sich ändern?

>> Die Europäische Union hat ein klares Ziel. Im Zuge ihrer „Pharmaceutical Strategy for Europe“ planen Politiker, den Wettbewerb, die Innovationsfähigkeit und die Nachhaltigkeit im Pharmabereich zu fördern¹. Ein Schwerpunkt ist aber auch, den Zugang zu verbessern. Von ähnlichen Herausforderungen berichtet die Weltgesundheitsorganisation (WHO)². Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung hänge von der Verfügbarkeit qualitativ gesicherter, erschwinglicher Gesundheitstechnologien in ausreichender Menge ab, und „gute Gesundheit ist ohne Zugang zu pharmazeutischen Produkten nicht möglich“, schreibt sie in einem Report. Laut WHO sei der fehlende Zugang zu Arzneimitteln „eines der komplexesten und ärgerlichsten Probleme“. Welche Barrieren gibt es – und wie sehen mögliche Lösungen aus?

1. Vier Dimensionen eines Problems

Wissenschaftler haben in den letzten Jahren zur Fragestellung etliche Studien veröffentlicht. In ihren Arbeiten verwenden sie jedoch unterschiedliche Definitionen – vom Datum der erstmaligen Aufnahme eines neuen Präparates in Erstattungsverzeichnisse bis hin zu Unternehmensaktivitäten oder Verkaufsdaten. Außerdem stehen bestimmte Segmente im Fokus, etwa innovative Arzneimittel, Impfstoffe oder unentbehrliche Arzneimittel. Die Ergebnisse lassen sich kaum

vergleichen. Sinnvoll ist deshalb, den Zugang zu Pharmaka in einzelne Teilschritte zu untergliedern und jeden Bereich separat zu betrachten (Abb. 1).

1.1 Zulassung neuer Arzneimittel

In der EU bewertet die European Medicines Agency (EMA) Daten von Herstellern und spricht Zulassungen aus. Während der Pandemie waren es häufiger als zuvor bedingte Zulassungen (conditional marketing authorisation) oder beschleunigte Verfahren wie die fortlaufende Überprüfung (rolling review).

In diesen Fällen kann es zu Problemen hinsichtlich der Evidenz kommen, etwa durch eine kurze Studiendauer, durch den Ausschluss bestimmter Gruppen wie Kindern oder Schwangeren, sowie durch kleine Kohorten.

Von den 52 im Jahr 2020 zugelassenen neuen Wirkstoffen (ohne Notfallzulassungen) hatten nur 20 Prozent mehr als 1.000 Patienten in ihren Studien³. Bei 31 im Jahr 2020 eingeführten Orphan Drugs mit neuen Wirkstoffen lag die Teilnehmerzahl im Median bei 221, bei den 21 Nicht-Orphan-Arzneimitteln dagegen waren es 785 Teilnehmer.

Fortschritte bei beschleunigten Zulassungsverfahren sind zwar positiv, aber die Kluft zwischen Bewertungskriterien von Behörden wie der EMA und Kostenträgern in einzelnen Ländern ist immens. Liegen zu wenige Daten vor, stehen Firmen trotz erfolg-

reicher Zulassung möglicherweise später vor bestimmten Herausforderungen.

In Deutschland wurden beispielsweise zwei viel beachtete Medikamente aus Preisgründen vom Markt genommen: die Gentherapie Betibeglogene Autotemcel („Zynteglo“) von Bluebird Bio⁴ zur Behandlung von Thalassämie und „Piqray“ (Alpelisib) von Novartis⁵ für die Therapie von postmenopausalen Frauen mit einer bestimmten Form von Brustkrebs. Medizinische Fachgesellschaften kritisierten speziell bei „Piqray“ eine Lücke im Preisfindungsprozess, die zu Lasten der betroffenen Patienten gehe. Das liege vor allem an methodischen Problemen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe sich geweigert, die Verlängerung des progressionsfreien Überlebens heranzuziehen, schreiben sie in Stellungnahmen.

1.2 Marktzugang und Erstattung

Der EFPIA-Patienten-W.A.I.T.-Indikator ist eine Methode zur Messung der Kostenerstattung für innovative Arzneimittel. W.A.I.T. steht für „Waiting to Access Innovative Therapies“. In der neuesten Ausgabe, die im Mai 2021⁵ veröffentlicht worden ist, zeigt er weiterhin dramatische Unterschiede bei der Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel (Abb. 2).

In vielen Ländern verordnen Ärzte veraltete Therapien, die bereits mehrfach optimiert wurden, und neue Wirkstoffe haben mit starkem Gegenwind zu kämpfen.

Es gibt 27 einzelne Märkte mit den dazugehörigen Vertriebswegen und Zugangswegen. Aber auf sieben Märkte entfielen 88 Prozent des weltweiten Umsatzes mit neuen Medikamenten, die zwischen 2015 und 2020 eingeführt wurden. Allein die Vereinigten Staaten kamen auf 64 Prozent des Gesamtumsatzes mit neuen Arzneimitteln, obwohl die Einwohner der USA nur vier Prozent der Weltbevölkerung ausmachen. Allen Zahlen liegen Lis-

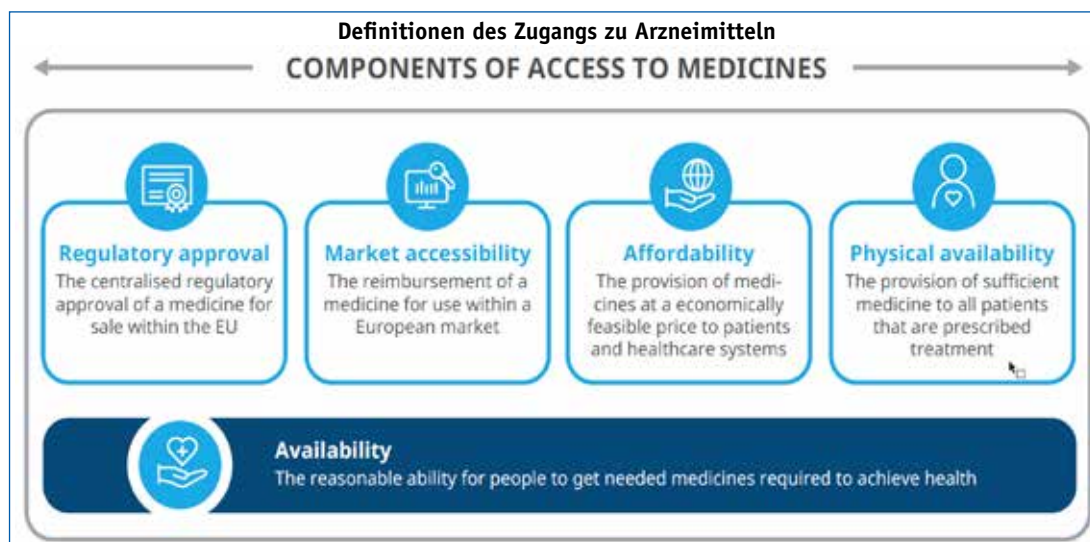


Abb. 1: Definitionen des Zugangs zu Arzneimitteln. Eigene Darstellung.

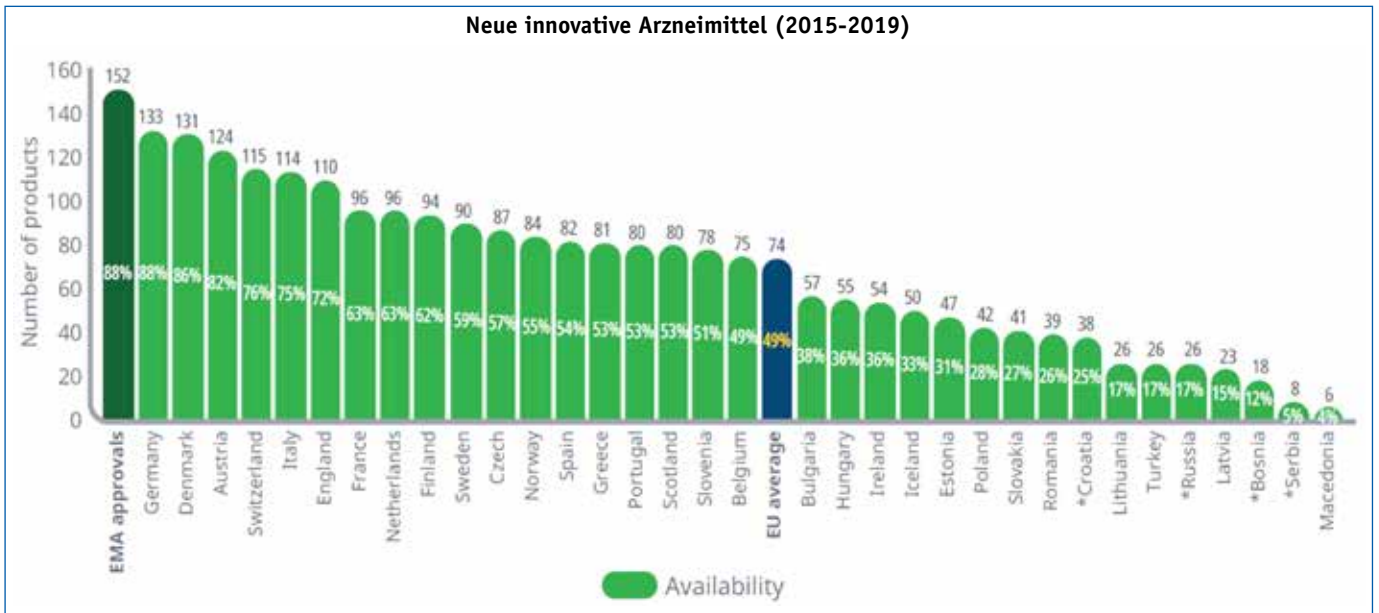


Abb. 2: Neue innovative Arzneimittel (2015-2019) aus öffentlichen Erstattungslisten. Eigene Darstellung. Source: EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator data (May 2021).

tenpreise ohne Rabatte oder Preisnachlässe zu Grunde.

Die fünf großen europäischen Märkte (EU4+UK) – mit einer Gesamtbevölkerung, die der der Vereinigten Staaten sehr ähnlich ist – sind mit 17,4 Prozent des weltweiten Umsatzes weit abgeschlagen.

1.3 Finanzierbarkeit

Mit innovativen Arzneimitteln werden häufiger Leiden behandelt, bei denen es vorher keine geeigneten Therapien gegeben hat. Es kann sich um seltene Krankheiten mit geringen Patientenzahlen handeln – oder um große Volkskrankheiten. Durch die Verbesse-

rung der Lebensqualität, die Linderung von Symptomen und im Idealfall durch die Heilung sparen Gesundheitssysteme langfristig Geld; kurzfristig steigen ihre Ausgaben jedoch. Länder mit geringer Kaufkraft tun sich schwer, weil sie Therapien mit Zusatznutzen kaum finanzieren können, bis sich der Benefit bemerkbar macht.

1.4 Verfügbarkeit vor Ort

Hinzu kommt, dass neue Medikamente in den ersten Monaten nach der Markteinführung manchmal nur in unzureichender Menge verfügbar sind. Zunächst rollen wenige Packungen vom Band; erst später fahren Her-

steller ihre Produktion hoch⁶. Auch regionale Unterschiede spielen eine Rolle; nicht jedes Land wird in gleichem Maße beliefert. Umverteilungen zwischen einzelnen Nationen können dies in gewissem Umfang beheben. Hier setzt auch der Parallelhandel an. Unabhängig vom Hersteller erwerben Firmen Pharmaka in einem Land und verkaufen sie in anderen Märkten.

Besondere Lagerbedingungen erschweren die Verbreitung weiter. Beispiele sind manche Impfstoffe, CAR-T-Zelltherapien und Gentherapien sowie andere Produkte mit strengen Anforderungen an die Kühlkette.

SARS-CoV-2 und die damit verbundenen

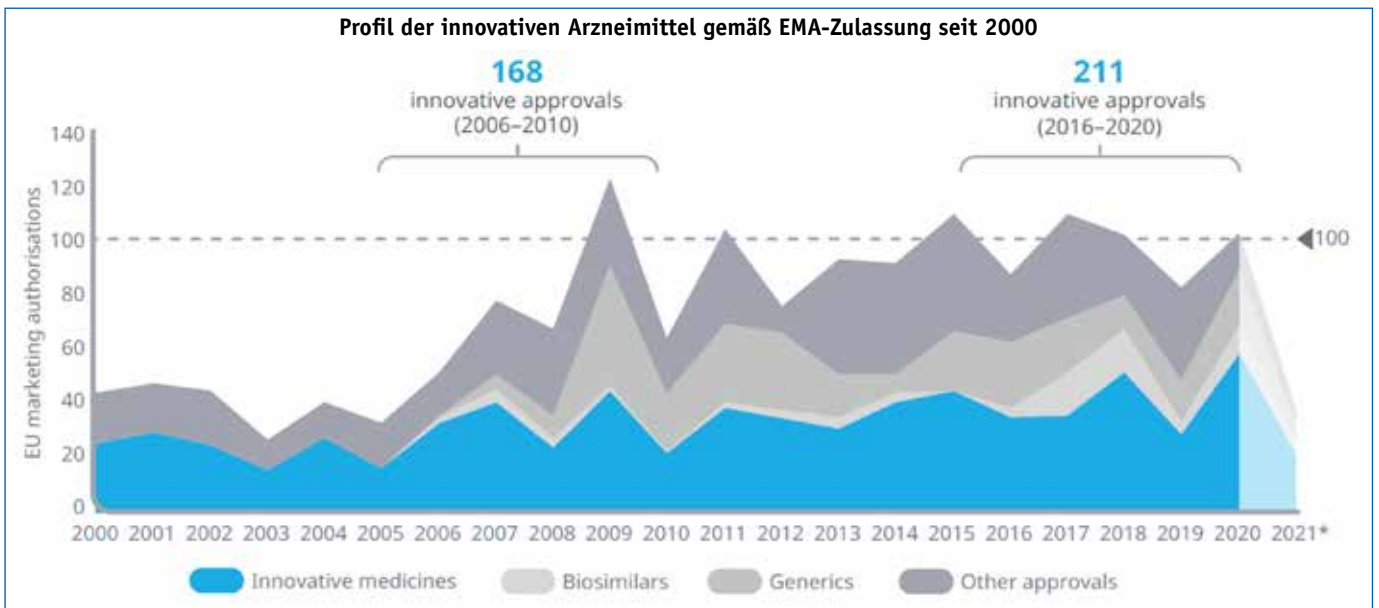


Abb. 3: Profil der innovativen Arzneimittel gemäß EMA-Zulassung seit 2000. Eigene Darstellung. Source: IQVIA analysis of EMA EPAR list, and MIDAS NAS list created by the IQVIA Institute for Human Data Science. Exhibit Notes: Analysis accurate as of April 2021; EMA EPAR list of authorised medicines (includes withdrawn medicines within historic data); Human medicines approvals only, vaccines included. Innovative medicines is based on previous approval for the active substance, multiple indications only included upon initial submission, includes orphan medicinal products regardless of prior approval status.

Handelsbeschränkungen vieler Länder während der Pandemie verschärften Engpässe weiter. Aus früheren Untersuchungen geht jedoch hervor, dass 77 Prozent aller Wirkstoffe, die zur Herstellung innovativer Arzneimittel in der EU benötigt werden, aus Mitgliedstaaten stammen, was einen gewissen Schutz bietet⁷.

2. Welche Faktoren schränken den Zugang zu innovativen Arzneimitteln ein?

Um zu verstehen, warum bestimmte Pharmaka verfügbar sind – oder auch nicht – ist eine systematische Überprüfung aller wichtigen Interessengruppen und Probleme auf dem Arzneimittelmarkt erforderlich. Wichtig ist, sämtliche Akteure in Analysen einzubeziehen. Jede Instanz kann den Prozess fördern oder behindern.

2.1 Mehr Innovationen – aber auch mehr Herausforderungen bei der Anwendung

Zunächst ein Blick auf neue Wirkstoffe. Die pharmazeutische Industrie hat zusammen mit akademischen Forschungseinrichtungen mehr innovative Arzneimittel entwickelt als je zuvor. Alle Zulassungen haben im Jahr 2020 trotz Covid-19 einen Höchstwert erreicht (Abb. 3).

Die Komplexität innovativer Arzneimittel nimmt stetig zu, weil sie für kleine Patientengruppen eingesetzt werden. Besonders deutlich wird das in der Onkologie. Bei manchen Therapien führen Ärzte vorab Tests auf Biomarker durch. Bei CAR-T-Zelltherapien wiederum sind umfangreiche Laborarbeiten und spezielle Kompetenzen der Ärzte notwendig.

Das war nicht immer so. In 2008 und 2009 hat die EMA keine Arzneimittel für seltene Leiden zugelassen; 2010 waren es lediglich vier Präparate. Und heute? Im Jahr 2021 wird die Zahl der von der EMA zugelassenen Orphan Drugs ein historisch hohes Level erreichen. Zwar beherrschen monoklonale Antikörper weiter das Geschehen. Zell- und Gentherapien gewinnen jedoch an Bedeutung. Die damit verbundene Komplexität und die Kosten dieser innovativen Arzneimittel können zum Teil das Problem des geringen Zugangs zu Arzneimitteln in bestimmten Märkten erklären.

2.2 Datentransparenz

Um zu überprüfen, ob ein Arzneimittel in einem bestimmten Markt verfügbar ist, benötigen Forscher Informationen. Frühere Studien haben sich auf öffentlich zugängliche Daten gestützt, um sicherzustellen, dass kommerziell sensible Informationen nicht offengelegt werden. Langfristige Informationen über den Einreichungsstatus eines Arzneimittels sind selten für alle Märkte von den nationalen Behörden oder Regulierungsbehörden vorhanden, was die Schlussfolgerungen darüber, ob Unternehmen ihre Arzneimittel zur Zulassung eingereicht haben, einschränkt. Selbst beim National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Großbritannien, einer Behörde mit hoher Transparenz, sind nicht alle Daten abrufbar^{8,9}.

2.3 Regionale Faktoren

Die Verfügbarkeit innovativer Therapien kann von Land zu Land unterschiedlich sein. 53 Prozent aller seit 2010 weltweit zugelassenen neuen Wirkstoffe sind nicht für die Verwendung in Europa zugelassen. Das geschieht oft zeitverzögert, weil sich Hersteller auf die USA fokussieren. Die EMA arbeitet mit strengen Zulassungskriterien, doch können auch andere Variablen wie die Herkunft des Unternehmens und Evidenzstandards eine Rolle bei der geringeren Verfügbarkeit spielen.

Innerhalb Europas haben Bosnien und

Herzegowina (ALMBIH), Mazedonien (MALMED), Russland (MHRF), Serbien (ALIMS), die Schweiz (SwissMedic) und die Türkei (TTICK) ihre eigenen lokalen Zulassungsverfahren. Diese Aufsichtsbehörden arbeiten oft langsamer als die EMA. Der Zugang zu erschwinglichen Arzneimitteln ist in diesen Ländern schlechter, und Innovationen werden später eingeführt.

2.4 Ökonomische Effekte

Angesichts der wachsenden Zahl innovativer Arzneimittel ist mit einem Anstieg der Arzneimittelausgaben zu rechnen. Covid-19-Impfstoffe, Zell- oder Gentherapien oder Behandlungen für Hepatitis-C sind mit erheblichen Kosten verbunden, helfen aber mittelfristig, Gelder einzusparen. Denn mit ihnen gelingt es, schwere, chronische Erkrankungen zu heilen oder zu verhindern.

Genaue Zahlen zu Ausgaben sind unbekannt. Hersteller gewähren Kostenträgern oft erhebliche Rabatte auf Listenpreise, doch nur unter dem Siegel der Verschwiegenheit. Unklar bleibt, wie stark dieser Faktor bei der Verfügbarkeit innovativer Pharmaka eine Rolle spielt.

Um für Innovationen zu bezahlen, könnten alternative Modelle wie die Preisgestaltung nach Leistung eingesetzt werden. Novartis hat bei „Zolgensma“ zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie Vereinbarungen zu einem innovativen Modell unterzeichnet. Dabei trägt der Hersteller ökonomisch das volle Risiko, falls seine Behandlung nicht anschlägt.

In Gesundheitssystemen bzw. Märkten, in denen frühzeitig für eine Behandlung entschieden wird und wo ein hohes Maß an klinischem Fachwissen existiert, gibt es eher eine Bereitschaft, Patienten mit innovativen Therapien zu behandeln. Das Sammeln von Erfahrungen mit einem Medikament wird bei Analysen oft übersehen. Für Märkte, die auf-

Literatur

- 1: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/human-use/docs/pharma-strategy_report_en.pdf
- 2: <https://www.who.int/publications/10-year-review/chapter-medicines.pdf>
- 3: <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/global-trends-in-r-and-d>
- 4: <https://www.dgho.de/aktuelles/news/news/2021/bluebird-bio-nimmt-das-gentherapeutikum-zynteglo-r-aus-wirtschaftlichen-gruenden-vom-deutschen-markt>
- 5: <https://www.dgho.de/aktuelles/presse/pressemeldungen/marktruecknahme-von-apelisib-zulasten-von-brustkrebspatientinnen>
- 6: <https://www.iqvia.com/library/white-papers/reporting-of-medicine-shortages-in-europe>
- 7: <https://www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/blog-articles/eu-strategic-resilience-in-pharmaceuticals-global-value-chains-and-innovation/>
- 8: <https://accessmedicinefoundation.org/publications/2021-access-to-medicine-index>
- 9: <https://www.efpia.eu/publications/downloads/efpia/efpia-patients-wait-indicator-2019-survey/>
- 10: IQVIA Global Market Insights International Reference Price rules database Q1 2021
- 11: IQVIA MIDAS dataset Q2 2021 analysis (Rx only) excludes rebates and discounts

Zitationshinweis

Newton, M., Kersey, E., Coady, R.: „Wie lassen sich Hürden überwinden?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/21), S. 40-43. <http://doi.org/10.24945/MVF.06.21.1866-0533.2357>

grund langjähriger Ausgabenbeschränkungen weniger Erfahrung im Umgang mit innovativen Arzneimitteln haben, besteht die Gefahr, dass sich der Zugang ohne klinische Unterstützung negativ auf die Patienten auswirkt.

2.5 Effekte durch internationale Preisreferenzierung

Wahrscheinlich wird auch die internationale Preisreferenzierung (International Reference Pricing, IRP) erhebliche Folgen für die Verfügbarkeit von Arzneimitteln in ganz Europa haben¹⁰. Länder wählen in ihrem Warenkorb andere Staaten aus, in denen das Produkt bereits eingeführt wurde – und zwar zu einem günstigen Preis. Dies führt zu einem Trickle-Down-Effekt (to trickle down: herunterrieseln): Manche Regionen sind gezwungen, darauf zu warten, dass andere Länder einen Erstattungspreis vereinbaren, bevor sie selbst tätig werden.

Hersteller wiederum entscheiden strategisch über die Reihenfolge und den Zeitpunkt der Markteinführung, was zu weiteren Verzögerungen führen kann. Kleinere Märkte haben als Besonderheit, dass Preise möglichst niedrig sind, was letztlich zu einem schlechteren – und späteren – Zugang zu Arzneimitteln führt. Die Bedeutung günstiger Konditionen für Länder mit begrenzten Budgets ist wichtig, aber der Zugang zu innovativen Therapien hat langfristig größere Vorteile.

Dazu einige Beispiele. In Bulgarien, Estland, Lettland und Rumänien waren mehr als ein Drittel aller untersuchten Produkte sechs Jahre nach der Marktzulassung verfügbar. Mit Verzögerungen bei der Zulassung kann dieses Phänomen nicht erklärt werden. Die zuständige litauische Behörde schreibt etwa vor, dass ein Preis in acht Referenzländern und in der gesamten EU verfügbar sein muss, bevor sie selbst mit Verhandlungen beginnt. Für Unternehmen, die in Litauen auf den Markt kommen wollen, bedeutet dies, lange zu warten oder darauf zu verzichten.

2.6 Unterschiedliche Prioritäten bei Evaluierungen durch Behörden

Gremien zur Bewertung des Nutzens einer Therapie (Health Technology Assessment, HTA) setzen unterschiedliche Prioritäten. Kriterien können die klinische Wirksamkeit, die Möglichkeit, mittelfristig Gelder einzusparen oder die Folgen auf Gesamtbudgets sein.

Hatten sich in der Vergangenheit alle seinerzeitigen EU5-Länder dazu entschlossen, ein Produkt zur Aufnahme in Erstattungslisten zu empfehlen, folgten 70 Prozent der

mittel- und osteuropäischen Länder dieser Empfehlung – und zwar deutlich schneller als ohne Entscheidung der (früheren) EU5-Nationen (heute: EU4+UK).

2.7 Nischenprodukte sind in weniger Märkten verfügbar

Kleinere biopharmazeutische Unternehmen mit Nischenprodukten haben es unter Umständen schwerer, sich in mehr als 25 Systemen und Interessengruppen zurechtzufinden, die mit dem Zugang zu Märkten in Europa verbunden sind. Auf die EU4-Märkte + UK entfallen 70 Prozent des gesamten europäischen Marktes nach Umsatz und 43 Prozent der Bevölkerung, was die Ungleichheit und die schwierige Lage für die meisten Unternehmen verdeutlicht¹¹.

Im Durchschnitt ist ein Produkt, das von einem großen Pharmaunternehmen auf den Markt gebracht wird, in 17 Märkten erhältlich, während es bei kleineren und mittelgroßen Unternehmen (KMU) nur neun sind. Dies hängt damit zusammen, dass kleinere Unternehmen (definiert nach Marktanteil) oft Arzneimittel für seltene Krankheiten entwickeln.

Nur wenige Unternehmen sind bei der Markteinführung von Arzneimitteln auf den europäischen Märkten generell erfolgreich. Das Erfordernis, verschiedene Systeme zu verstehen, führt zu einem steigenden Bedarf an Vollzeitkräften und an Beratungsleistung.

3. Wie lässt sich der Zugang zu innovativen Arzneimitteln verbessern?

Faktoren, die beim Zugang zu Arzneimitteln in Europa eine Rolle spielen, sind ein Geflecht aus politischen Maßnahmen und aus Effekten innerhalb einzelner Länder. Um das Problem anzugehen, muss man sich darüber im Klaren sein, welche der vier Komponenten (Regulierung, Erstattung, Erschwinglichkeit, physische Verfügbarkeit) adressiert werden sollen. Und in vielen Fällen ist ein länderspezifischer Ansatz erforderlich. Wie könnten Strategien aussehen?

3.1 Mehr Transparenz bei Zulassungen

Regulierungsbehörden haben erhebliche Fortschritte bei der Verbesserung der Transparenz der Zulassungswege gemacht und ermöglichen die Zulassung von Arzneimitteln über beschleunigte und bedingte Zulassungswege, obwohl die EMA in Europa mehr Zeit benötigt als andere Regulierungsbehörden. Durch die Unterstützung neuer Designs bei klinischen Studien, die stärkere Nutzung von Real-World-Daten und die Verbesserung des

Dialogs zwischen Entwicklern und Aufsichtsbehörden werden alle Schritte transparenter.

3.2 Neue Wege zur Bewertung von Innovationen

Im Erstattungsprozess sind Gremien zur Bewertung des Nutzens einer Therapie äußerst restriktiv. Derzeit gibt es nur wenige Mechanismen, die auf beschleunigte Zulassungen abgestimmt sind. Eine Neubewertung gilt als optimaler Ansatz im Gegensatz zur bedingten Zulassung, um weitere Erkenntnisse aus der Praxis zu gewinnen. Führende Erstattungsbehörden in Europa beginnen damit, Verfahren anzupassen, um die Verfügbarkeit innovativer Therapien zu verbessern.

3.3 Kostenstrukturen überdenken

Die Erschwinglichkeit von Arzneimitteln spielt ebenfalls eine zentrale Rolle. Das derzeitige System basiert auf Preisen in anderen Ländern und auf schwankenden Währungen. Dies schafft Preiskorridore und erfordert Preisanpassungen für Länder mit einer großen Bandbreite an Kaufkraft. Eine transparente Preisgestaltung ohne Referenzpreise und ohne Parallelhandel würde auch die Verfügbarkeit neuer Pharmaka optimieren.

3.4 Neue Wege der Warenwirtschaft

Neben politischen und strategischen Überlegungen ist auch die physische Verfügbarkeit von Pharmaka zu berücksichtigen. Neue Modelle wie regionale Drehkreuze oder agile Lieferketten funktionieren nur mit Transparenz, etwa anhand grenzüberschreitender Produkt-Codes. <<

von:
Max Newton¹, Eva Kersey² und
Rebecca Coady³
*

1: Senior Consultant, Global Supplier & Association Relations, IQVIA

2: Senior Principal, EMEA Consulting Services, IQVIA

3: Principal, EMEA Consulting Services, IQVIA

Deutsche Bearbeitung:
Dr. Gisela Maag, Pressesprecherin/IQVIA
Deutschland

Quelle: IQVIA White Paper, 2021: „Perspectives on the availability of Innovative Medicines“. Link: <https://bit.ly/3aoPih8>