

Versorgungspraxis braucht Versorgungsforschung

Für und Wider der Versorgungsforschung aus Sicht der Krankenversicherung

„Wir wollen das Jahr 2011 zum Jahr der besseren Versorgung machen“ (Johannes Singhammer).

Der Fokus bisheriger Gesundheitsreformen lag fast immer auf Kosten und Finanzen. Häufiger ging es auch um Strukturen, Organisation, sektorale Orientierung. Ein klares Defizit besteht bei den Prozessen, der Qualität, der sektorübergreifenden Orientierung und den Ergebnissen, was klar auf die Notwendigkeit von Versorgungsforschung abzielen würde. Auch in der aktuellen Diskussion über ein Versorgungsgesetz in Deutschland spielen diese Anforderungen kaum eine Rolle. Dennoch wird es kein Aufhalten geben.

Schluss mit dem Stochern im Nebel

Im Einstieg dieser wichtigen und anspruchsvollen Thematik erlaube ich mir eine berufsbiographische Bemerkung: Durch mein ganzes Berufsleben im Gesundheitswesen hindurch zieht sich der bis heute nicht zufrieden stellend erfüllte Bedarf nach empirisch und epidemiologisch relevanten Erkenntnissen über die Effektivität und Effizienz des gesundheitlichen Versorgungsgeschehens. Dies ist für jemanden, der im Grunde im treuhänderischen Umgang mit Versicherten geldern ein Stück weit dafür gerade stehen muss, dass der durch das Sozialgesetzbuch (SGB) normierte Sachleistungsanspruch

der im individuellen gesundheitlichen Versorgungsfall zu Patienten gewordenen Versicherten mit hoher Ziel- und Ergebnisqualität auch befriedigt werden kann, reichlich unbefriedigend.

➤ Bedarf nach empirisch und epidemiologisch relevanten Erkenntnissen zum gesundheitlichen Versorgungsgeschehen

Dieses Fazit ist generell enttäuschend und hat vielfältige maßgebliche Gründe, die in der Interessenstruktur der sektoralen Systemrelevanz unseres Gesundheitswesens tief verankert sind und die fast mit einer „antiaufklärerischen Grundhaltung“ eines fest in Sektoreninteressen verhafteten Systems beschrieben werden könnten. Glücklicherweise gibt es aber mittlerweile die vielfältigen Versuche sowohl in Wissenschaft und Forschung als auch in der gesundheitspolitischen Praxis der Marktteilnehmer, Evaluationen der Versorgungsrealität ernsthaft voranzutreiben und statistisch-analytische Partialerhellungen beizusteuern, die seitens der Grundlagen, der klinischen Befunde, der Gesundheitsberichterstattung und der Finanz- und Kostenanalysen auf gutem Wege sind. Doch was Input, Output und Outcome der individuellen Versorgungspraxis anbelangt – und auf die kommt es ja letztendlich an – wird immer noch stark im Nebel gestochert. Damit wird Schluss gemacht werden müssen, weil sich die ökonomischen Rahmenbedingungen, die Zugangsvor-

aussetzungen zum Leistungskatalog und die globalen Informationspotentiale für Produzenten und Verbraucher (Patienten und Versicherte) stark verändert haben. Die Marktverantwortlichen und die Wissenschaft sind hier auf bestem Wege, den Sachverständige schon seit Jahren zu begehren einfordern. Mit Blick auf den Erkenntnisbedarf der Krankenkassen will ich mich im Folgenden damit näher beschäftigen.

Die aktuellen maßgeblichen Rahmenbedingungen

Zur Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung legt das Parlament seit der Reform des GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) einen einheitlichen Beitrag für alle fest, der sich grundsätzlich am vergangenen Ausgabenbedarf orientiert. Die Beitragsgelder fließen in einen beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelten Beitragstopf mit dem besser klingenden Namen „Gesundheitsfonds“ und werden aus diesem heraus nach gewichteten Morbiditäts- und Risikoaspekten, die sich an den Aufwendungen der jüngsten Vergangenheit orientieren, an die Krankenkassen mit dem Ziel verteilt, dass diese daraus ihre laufenden (prospektiven) Kosten finanzieren. Kommt eine Krankenkasse mit den so zugewiesenen Geldmitteln nicht aus, muss sie bei Ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben, verschulden

R. Stuppardt war Geschäftsführer der IKK e.V. und ist Herausgeber von „Die Krankenversicherung“.

darf sie sich nicht. Dies soll dazu beitragen, dass sich die Kassen im Wettbewerb um eine effiziente Versorgung und ein gutes Kostenmanagement bemühen. Krankenkassen, die mehr Zuweisungen erhalten als sie benötigen, können die Gelder an die Versicherten ausschütten, Vorsorge betreiben und in Prävention und Innovationen investieren. Letztere spielen in der Zuweisungslogik des Fonds kaum eine Rolle.

Den Morbiditätskriterien liegen derzeit 80 Krankheiten zugrunde. Kurzfristig führt dies dazu, dass es Einnahmen förderlich ist, wenn die jeweiligen Diagnosen im Versorgungsfall so „stimmen“, dass sie zu möglichst maximalen Zuweisungszuschlägen führen. Dies haben Kritiker als Tendenz zur Pathologisierung der GKV bezeichnet [1]. Die bisherigen Erfahrungen mit der Zuweisungspraxis des Fonds werden zu einer Weiterentwicklung des Morbi RSA führen müssen, um das Streben nach einem effizienten Versorgungsmanagement auf Basis relevanter Erkenntnisse im Wettbewerb zu fördern und Prävention wie Innovationen in Zukunft regelhaft und finanzierbar zu gestalten. Mittelfristig gesehen ist davon auszugehen, dass angesichts dieser Rahmenbedingungen und ihrer Wirkungen ein objektives Interesse bei allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen daran bestehen muss, dass effektive und effiziente Versorgungsergebnisse erzielt werden.

Warum Versorgungsforschung?

Als Treuhänder ihrer Versicherten haben die Krankenkassen schon immer die finanziellen Konsequenzen aller Versorgungsentscheidungen zu tragen. Dies macht es erst unter den oben geschilderten Rahmenbedingungen dringend erforderlich, in jeder Phase des Leistungsprozesses im Konzert mit allen Beteiligten auf Basis fundierter Erkenntnisse und abschätzbarer Erwartungen zu entscheiden. Dies beginnt bereits in der Entscheidungsfindung über die Leistungsgestaltung, die der Gesetzgeber an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hoheitlich delegiert hat. Nach Maßgabe einer stringenten Verfahrensordnung wird hier darüber befunden, welche Leistungen zu Lasten der Haushalte der Kran-

kenkassen wie (z. B. auf Basis von Richtlinien) und mit welchem Nutzen im Vergleich zu etablierten Verfahren erbracht werden können. Dabei hat sich das Streben nach der höchst möglichen medizinischen Evidenz als etabliert herausgestellt. Neue Leistungen haben es unter sachlichen und zeitlichen Anforderungsaspekten ungleich schwerer, in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen zu werden als noch vor 10 oder 20 Jahren. Folge davon ist nicht nur ein höherer Input-Finanzbedarf vor Aufnahme in den Katalog, sondern auch ein erheblich gesteigerter Bedarf an klinischen Studien. Nun sagen mit derartigen Ansprüchen und an dieser Stelle gewonnene Erkenntnisse noch nichts darüber aus, wie sich der Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit in der Versorgungspraxis konkret darstellen und bewähren. Für das Kassenmanagement, die Versorgungssteuerung, die Vertragsgestaltung und das Controlling sind daher genauere Kenntnisse über die Versorgungspraxis unumgänglich. Nur so können sie im Interesse der Solidargemeinschaften und im Zusammenhang der oben erwähnten Rahmenbedingungen besser und erfolgreicher planen.

Die Steuerung eines Versorgungsmanagements bedarf einer fundierten Versorgungsforschung

Die Steuerung eines Versorgungsmanagements, was vorwiegend auf Kosteneffizienz gerichtet sein wird, bedarf daher einer fundierten Versorgungsforschung, möglichst flankiert mit gesundheitsökonomischen und epidemiologischen Befunden.

Ziele und Anforderungen an eine Versorgungsforschung

In der definitorischen Ausrichtung kommt es Krankenkassen darauf an, dass Versorgungsforschung eine interdisziplinäre Strategie verfolgt, deren Ziel es ist, die medizinische und gesundheitliche Versorgung in ihren objektiven und subjektiven praktischen Anwendungsbezügen unter Alltagsbedingungen zu evaluieren. Der wichtigste Zielkomplex der Versorgungsforschung ist daher aus Sicht der

Krankenkassen der Erkenntnisgewinn für die praktische Versorgungssteuerung hinsichtlich der Prozess-, Behandlungs- und Ergebnisqualität von medizinischen und medizinisch-technischen Leistungen unter realen Bedingungen. Dies ist auch schon deshalb erforderlich, weil die Versorgungspraxis unter sich ständig verändernden Bedingungen stattfindet [2]. Klinische Studien können dies – so wichtig sie für wirksame Effekte und Zulassungen auch sind – naturgemäß nicht abbilden. Sie weisen stets ein experimentelles Design auf, das auf Ärzte wie Patienten Einfluss nimmt. Gerade wegen der Restriktionen hinsichtlich der Übertragbarkeit bedürfen sie immer einer Ergänzung, weil es den Beteiligten um Effektivität und Effizienz in der Versorgungsrealität geht und die Wissenslücken in der Beurteilung des Versorgungsalltags geschlossen werden müssen. Daher wird nicht zu Unrecht ein „RCT-plus-System“ gefordert, weil durch das Zusammenwirken beider Studientypen – also die Kombination von RCT (randomisierte kontrollierte Studie) und Versorgungsforschung – eine Gesamtschau ermöglicht wird, was sinnvoll sei und was nicht [3].

Forderung nach einem System aus der Kombination von RCT und Versorgungsforschung

In der Praxis geht es den vertragsschließenden Parteien oft auch um die Umsetzung von Versorgungskonzepten, die hinsichtlich ihrer praktischen Weiterentwicklung und für vergleichende Effektivität im Prozessverlauf modifizierende Entscheidungen benötigen. Dies ist nur Versorgungsforschungskonzepten zugänglich. Überhaupt sollte es nach meiner Auffassung eine stärkere Prozessintegration der Forschungsstrategien geben, beginnend bei der Grundlagenforschung über klinische Studien und Metaanalysen, die mit den möglichen Leistungsentscheidungen dann in ein Innovationsmanagement mit einer konsequenten Versorgungsevaluierung münden sollte, woraus dann im vierten Schritt Konsequenzen für Versorgungsstruktur und -prozesse erwachsen sollten, die im letzten Schritt dann die Fortschreibung der Anwendungserfahrung begründen

den. Das alles sollte effizienter, bruchloser und kurzweiger gestaltet werden.

Eine nicht unwichtige weitere Anforderung für Versorgungsforschung ist einerseits die volle Transparenz zum Untersuchungsdesign, den Methoden und natürlich auch der Vollständigkeit der dokumentierten Ergebnisse. Andererseits muss in diesem Zusammenhang auch die strikte Offenlegung der Interessen und des eventuellen Sponsorings gefordert werden [4].

„Transparenz bildet die Voraussetzung dafür, die Methodik einer Studie kritisch beurteilen zu können. Ohne Transparenz sind solche Ergebnisse wissenschaftlich nur wenig belastbar“ [4]. Hier gilt auch für Krankenkassen das Anforderungspaket des Memorandums III des deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung [5].

Aber auch die Anforderungen des Datenschutzes müssen in Strategien der Versorgungsforschung integriert werden, denn es handelt sich in der Regel um höchst sensible Daten. Mit Instrumenten der kontrollierten Datenfernverarbeitung, wo der Datennutzer keinen unmittelbaren Zugriff auf die anonymisierten Einzeldaten hat, lassen sich hier logistische Transfers organisieren, die verhindern, dass keine Originaldatensätze von Individuen weitergegeben werden.

Insbesondere die wettbewerblichen Vertragsgestaltungsmöglichkeiten (IV, Selektivverträge etc.) und die neuen Bewertungsoptionen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) verlangen ein Versorgungsmanagement mit Evaluationsstrategien als „lernendes System“ [6]. Gerade auch im Bewertungsverfahren durch das AMNOG werden künftig zum Zeitpunkt der Zulassung eines Medikaments Studien, die die Wirkung mit Blick auf Endpunkte belegen, naturgemäß kaum vorliegen können. Fast immer wird man also den versorgungspraktischen Nutzen erst durch ergänzende Versorgungsstudien nach der Zulassung erkennen können. Die Beteiligten werden sich in diesem Zusammenhang auf einen dynamischen Prozess der Erkenntnisbildung für Anpassungsentscheidungen ausrichten müssen.

Für derartige Evaluationsstrategien werden externe Kooperationspartner von wissenschaftlichen Instituten und wissen-

schaftlichen Fachgesellschaften benötigt, um den Weg zum lernenden System bei den unterschiedlichen Evaluationsfragestellungen zu begleiten.

Beiträge der Krankenkassen zur Versorgungsforschung

Für Versorgungsforschungsprotokolle verfügen Krankenkassen mit ihren Routinedaten über große Datenmengen. Diese werden traditionell zu statistischen Zwecken des Finanz- und Leistungsnachweises und für Krankheitsartenstatistiken bereit gestellt und ausgewertet. Umfassende versorgungsrelevante Fragen sind bisher wenig oder nur mit großem Aufwand beantwortet worden. Das liegt nicht zuletzt an dem historisch bedingten administrativen Charakter der Daten im Rahmen der sektoralen Versorgung und insbesondere an den fehlenden Schnittstellen zwischen Finanz-, Leistungs- und Individualdatenbezügen. Dennoch sind relativ zeitnahe Daten im Längsschnitt zu bedeutsamen abrechnungsrelevanten Leistungsbereichen wie Arzneimittel, ambulanten Diagnosen und Abrechnungsziffern, Krankenhausbehandlungen und Hilfsmittelversorgungen vorhanden. Viele Fragestellungen können nur mit zusätzlichen Annahmen und Verknüpfungen beantwortet werden. Kassen benötigen aber – wie schon erwähnt – beispielsweise für ihr Vertragsgeschäft wie aber auch für das Leistungsmanagement Informationen über das Versorgungsgeschehen. Dabei ist das Erkenntnisinteresse auf Fragen möglichst zeitnaher und patientenzentrierter Antworten gerichtet.

Gleichwohl können die Routinedaten der Krankenkassen als wichtige Basis für die Versorgungsforschung aufbereitet werden. Mit ihnen lassen sich ggf. durch Zusammenfügungen und ergänzende Informationen durchaus Studien zur Effektivität von Versorgungsmaßnahmen randomisiert durchführen, wobei das Potenzial dieser Sekundärdaten bislang leider noch relativ wenig genutzt wurde.

■ **Routinedaten sind in der Regel dazu geeignet, die Untersuchung einer großen Personenanzahl im Längsschnitt einfach und kostengünstig durchzuführen [7].**

„Sie erlauben Prävalenz- und Inzidenzschätzungen. Im Gegensatz zu primär erhobenen Daten sind Verzerrungen, beispielsweise durch Recall-Bias oder Non-Response, nicht zu erwarten“ [7]. Daher werden Krankenkassen die Optionen und Fragestellungen der Versorgungsforschung durch entsprechend logistische Aufbereitung gut unterstützen können. Der strukturierte Aufbau eines gemeinsamen Datenpools, wie er vom Gesetzgeber vorgesehen ist (§ 303 a-f SGB V), ist hierbei hilfreich und sollte weiter ausgebaut werden.

Die Beiträge der Krankenkassen zur Versorgungsforschung sind daher trotz des administrativen Charakters ihrer Routinedaten nicht zu unterschätzen. Sie können so erfasst und aufbereitet zur Verfügung gestellt werden, dass damit relevante Fragen der Versorgung beantwortet werden können, auch wenn nicht alle forschungsrelevanten Variablen zur Verfügung stehen. Wichtig ist die richtige forschungsstrategische Einschätzung über die Reichweite, das Entstehen und die Validität der Routinedaten. Daher ist mit diesem Wissen und der Erfahrung im Umgang mit den Sekundärdaten auch stets eine enge Kooperation der Versorgungsforscher mit den Krankenkassen erforderlich, um einerseits relevante Fragestellungen zu identifizieren und das Versorgungsgeschehen retrospektiv zu erhehlen, sowie andererseits methodisch ausreichend abgesichert vorzugehen und die Aussagenreichweite abzuschätzen. Hierbei kann dann auch je nach Fragestellung abgewogen und entschieden werden, ob eine Verknüpfung mit anderen externen Daten, primären Zusatzerhebungen oder Registern sinnvoll ist. Krankenkassen haben bereits bewiesen, dass sie sich darauf einstellen können. Gerade die Verknüpfung der Routinedaten mit epidemiologischen Studien oder z. B. Krebsregistern ist eine dringend benötigte, bislang weitgehend fehlende Option für Impulse der breiter angelegten Versorgungsforschung.

Finanzierung der Versorgungsforschung

Nachdem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits in seinem

Gutachten 2000/2001 festgestellt hat, dass Deutschland im internationalen Maßstab bezogen auf die Versorgungsforschung erheblichen Nachholbedarf hat und diese in den Folgegutachten anmahnte, ist ein wenig Bewegung in die Anschubfinanzierung gekommen [8]. So schlossen die Bundesregierung und die Sozialversicherungsträger einschließlich der PKV im Jahre 2006 eine erste Vereinbarung über die Förderung versorgungsnaher Forschung im Bereich „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Hierfür wurden für einen Zeitraum von 6 Jahren rund 21 Mio. EUR zur Verfügung gestellt. In Ihrem Koalitionsvertrag aus 2009 hat auch die jetzige Bundesregierung die Bedeutung der Versorgungsforschung hervorgehoben und in ihrem aktuellen Rahmenprogramm vier Maßnahmenblöcke vorgesehen. Darin sollen neben Studien auch Studienstrukturen sowie Zentren der gesundheitsökonomischen Forschung gefördert werden. Hierfür wurden in 2010 zunächst 54 Mio. EUR bereit gestellt. Auch die Spitzenorganisationen der GKV haben in jüngster Zeit entschieden, die Krebsregisterforschung im Rahmen des Nationalen Krebsplans mit zweistelligen Millionenbeträgen zu unterstützen.

Darüber hinaus sollte es den Kassen gesetzlich ermöglicht werden, was bisher normativ ausgeschlossen ist, Studien zur Versorgungsforschung mit einem gewissen Anteil ihrer Haushaltsmittel für Leistungsausgaben zu finanzieren. Der SVR hatte vorgeschlagen, dass grundsätzlich 0,1% der Leistungsausgaben dafür zur Verfügung stehen sollten, was pro Jahr etwa 160 Mio. EUR für Versorgungsforschung bedeuten würde. Andere Überlegungen greifen das Beispiel der Finanzierung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf, wonach die Kosten über definierte Leistungsfälle auf alle betroffenen Kostenträger verteilt werden. Daher kommt auch aus der GKV der Vorschlag, zur Finanzierung der Versorgungsforschung einen sog. Systemzuschlag zu erheben, was hin und wieder auch als „Forschungsent“ bezeichnet wird. Ich bin darüber hinaus der Auffassung, dass man einen Schritt weitergehen sollte. Es sollten die Versorgungsforschungs- und Innovationsförderung miteinander verknüpft werden, weil ansons-

Urologe 2011 · 50:685–690 DOI 10.1007/s00120-011-2585-8
© Springer-Verlag 2011

R. Stuppardt

Versorgungspraxis braucht Versorgungsforschung. Für und Wider der Versorgungsforschung aus Sicht der Krankenversicherung

Zusammenfassung

Krankenkassen brauchen Versorgungsforschungsergebnisse aufgrund der aktuellen sozialrechtlichen und sozialökonomischen Rahmenbedingungen mehr denn je. Unter Berücksichtigung von Transparenz und Datenschutz und in Kooperation mit externen Forschern sollte dies unter flexibler Nutzung der Routinedaten ggf. nebst zusätzlichen Erhebungen sowie in der Verlinkung mit epidemiologischen und Registerdaten gelingen. Es sollte auch normativ der Weg frei gemacht werden, damit Krankenkassen regelhaft derartige Forschung haus-

haltsmäßig einplanen können und es sollte ein entsprechender Finanzierungstopf dafür bereit gestellt werden. Abschließend bleibt schlicht festzustellen, dass es nicht mehr reicht, ein neues Verfahren, ein Produkt und eine Dienstleistung klinisch geprüft wirksam zur Verfügung zu stellen, denn Krankenkassen und ihre Partner müssen genauer wissen, was das alles in der Anwendung bewirkt.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Krankenkassen · Finanzierung · Transparenz · Datenschutz

Health care practice needs health services research. Pros and cons of health services research from the perspective of health insurance funds

Abstract

Health insurance funds need the results of health services research more than ever due to the socio-legal and socio-economic conditions currently prevailing. This should be possible by taking transparency and data protection into consideration, by cooperating with outside researchers while ensuring flexible use of routine data and if necessary gathering additional data, and by establishing links to epidemiological and registry data. It should become normative to clear the way for health insurance funds to regularly include this type of research in budget plan-

ning and to this end provide access to a suitable source of funds. In conclusion, it can simply be stated that it no longer suffices to effectively make a new clinically tested procedure, product, and service available because health insurance funds and their partners must know more precisely what this all accomplishes in practice.

Keywords

Health services research · Health insurance funds · Funding · Transparency · Data protection

ten aus praktischer Bedarfssicht eine artifizielle Trennung gelebt wird, die zu Friktionen zwischen Versorgungsforschung und Innovationen führt. Dafür sollte ein Fonds aufgelegt werden, der in seiner Höhe etwa auf 0,5% der Leistungsausgaben gerichtet sein könnte.

Fazit für die Praxis

Die Steuerung eines Versorgungsmanagements, was vorwiegend auf Kosteneffizienz gerichtet sein wird, bedarf einer fundierten Versorgungsforschung, möglichst flankiert mit gesundheitsökonomischen und epidemiologischen Befunden. Für derartige Evaluationsstrategien werden externe Kooperationspartner von wissenschaftlichen Instituten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften benötigt, um den Weg zum lernenden System bei den unterschiedlichen Evaluationsfragestellungen zu begleiten. Gerade die Verknüpfung der Routinedaten mit epidemiologischen Studien oder z. B. Krebsregistern ist eine dringend benötigte, bislang weitgehend fehlende Option für Impulse der breiter angelegten Versorgungsforschung. Abschließend bleibt schlicht festzustellen, dass es nicht mehr reicht, ein neues Verfahren, ein Produkt und eine Dienstleistung klinisch geprüft wirksam zur Verfügung zu stellen, denn Krankenkassen und ihre Partner müssen genauer wissen, was das alles in der Anwendung bewirkt.

Korrespondenzadresse

R. Stuppardt

Herausgeber „Die Krankenversicherung“,
Gipsstraße 23b, 10119 Berlin
rst@stuppardtpartner.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Glaeske G (2009) Auswirkungen des Morbi-RSA auf die Krankenkassen, Vortragsunterlagen Berlin 2008, 21.11.2008 und Glaeske-Zitat. Der Spiegel 15:37
2. Bartels C, Rebscher H (2011) Versorgungsforschung unabdingbar notwendig aus medizinischer und ordnungspolitischer Sicht. Monitor Versorgungsforschung 1:30
3. Workshop (2009) Workshop Stand der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung 5:22

4. Hoffmann F, Glaeske G (2009) Versorgungsforschung: Interessenlagen und mangelnde Transparenz. Versorgungsforschung 5:20–21
5. Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM, Schrappe M (2009) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 1). In: Neugebauer EAM, Icks A, Schrappe M (Hrsg) Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil 2). Gesundheitswesen 72:739–748
6. Klusen N (2010) Versorgungsmanagement der Krankenversicherung: Auf dem Weg zum lernenden System. Monitor Versorgungsforschung 4:28
7. Glaeske G, Rebscher H, Willich S (2010) Versorgungsforschung auf gesetzlicher Grundlage ausbauen. Dtsch Arztebl 107(26):1296
8. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002) Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn, S 51

Schädigende Immunsuppressiva nach Transplantation vermeiden

Wissenschaftler der Charité – Universitätsmedizin Berlin haben mit 16 weiteren Transplantationszentren in Deutschland und der Schweiz erfolgreich eine neue Therapieform erprobt, mit deren Hilfe die Funktion einer Spenderniere im Körper des Empfängers besser erhalten werden kann. Die ZEUS-Studie ergibt, dass das Langzeitüberleben von Patienten mit Nierentransplantaten nachhaltig verbessert werden kann.

In der Studie wurden nach erfolgter Transplantation die schädigenden Immunsuppressiva möglichst rasch durch nicht nierenschädigende Medikamente ersetzt. Im Zentrum der Untersuchung standen Calcineurin-Inhibitoren (Cyclosporin A). Die Forscher verfolgten 4,5 Monate nach der Transplantation, bei 300 Patienten (zwischen 18 und 65 Jahren), unterschiedliche Behandlungsstrategien. Eine Gruppe erhielt weiterhin die Standardtherapie mit Cyclosporin, bei einer zweiten wurde Cyclosporin durch Everolimus ersetzt. Zwölf Monate nach der Transplantation zeigte sich: Das Transplantat funktionierte besser als unter Cyclosporin, während die Abstoßungsrate nur leicht anstieg.

Literatur:

Budde K, Becker T, Arns W et al (2011) Everolimus-based, calcineurin-inhibitor-free regimen in recipients of de-novo kidney transplants: an open-label, randomized, controlled trial. Lancet. 377:837-847

Quelle:

Charité Universitätsmedizin Berlin,
www.charite.de