

# **Endokrinologie und Diabetologie**

## **im Umfeld forschungs- und gesundheitspolitischer Herausforderungen**

Dr. Jörg Weidenhammer

Volker Bahr

Referat von  
Dr. Jörg Weidenhammer  
am 05. März 2003 in Köln  
auf dem  
47. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie

## Jahres-Motto 2003



„Irgendjemand legt  
die **MESSLATTE**  
immer wieder  
ein Stückchen **HÖHER**. Sonst wär's  
ja auch kein Wettbewerb, sondern reizlos“.

## Inhalt



### Endokrinologie und Diabetologie im Umfeld forschungs- und gesundheitspolitischer Herausforderungen

„Irgendjemand legt die Messlatte immer wieder ein Stückchen höher.  
Sonst wär's ja auch kein Wettbewerb, sondern reizlos“.

- Wer ist „**IRGENDJEMAND**“?
  - Der erkrankte Patient
- Worin besteht die „**MESSLATTE**“?
  - Forschungspolitik
  - Finanzielle Rahmenbedingungen
  - Gesundheitspolitik
- Wie hoch ist „**HÖHER**“?
- Was heißt hier „**WETTBEWERB**“?
- Worin besteht der „**REIZ**“?

## I. Wer ist „IRGENDJEMAND“?

### Der erkrankte Patient und sein Leiden



- Deutschland hat 82,5 Millionen EinwohnerInnen:
  - davon leiden ca. 6 Millionen MitbürgerInnen an einer Form des Diabetes,
  - davon leiden ca. 10 Millionen MitbürgerInnen an Osteoporose,
  - davon leiden mehr als 20 Millionen MitbürgerInnen an einer Schilddrüsenvergrößerung.
- Diese Patienten bedürfen in Prävention und Kuration einer qualifizierten Behandlung – zur Linderung oder gar Heilung ihres Leidens und zur Abwendung von Folgeschäden.
- Sie als TeilnehmerInnen dieses Symposiums sind sowohl in Forschung als auch Krankenversorgung die ‚1. Adresse‘ für diese PatientInnen.
- Wieviele PatientInnen und Entscheidungsträger wissen das?

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 1. Rahmenbedingung: Forschungspolitik

1/4



- Sichtbare Zeichen von Veränderungen:
  - Debatte um eine Hochschul-Reform;
  - Entwürfe und Gesetze zur Reform des Hochschul-Dienstrechts (Juniorprofessuren; Vergütungssystem medizinischer Professoren) durch BMBF und KMK;
  - Rechtsformänderungen bei den Universitätsklinika (AöR; Stiftungen) und Trennung in Forschung/Lehre und Krankenversorgung je nach Bundesland und WR-Empfehlung.
- In der öffentlichen Diskussion verhaltene bis fehlende Debatte um Ergebnisqualität und Praxisnutzen von Forschungsergebnissen („Freiheit von Forschung und Lehre“).
- Gleichzeitig Steuerung durch effiziente und tiefgreifende Einführung von Methoden der Evaluation und des Controllings (Monitoring; Audits) bei der Vergabe und Fortschreibung von Fördermitteln (WR; DFG-SFB; BMBF; BMWi).
- Effizienzsteigerung der Innovationsförderung durch eine BMWi - Expertenkommission mit umfassender Evaluierung der Wirtschaftsintegrierenden Förderung von Forschung und Entwicklung.

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 1. Rahmenbedingung: Forschungspolitik

2/4



- Die Bruttoinlandsausgaben für Forschung und Entwicklung (FuE) betragen im Jahr 2000 49,8 Mrd. EUR (= 11,6 Prozent mehr als 1998).
- Der Anteil der Wirtschaft an der Finanzierung von FuE ist seit dem Jahr 1996 (60,8 Prozent) stetig angestiegen. Im Jahr 2000 lag der Anteil bei 65,5 Prozent (32,7 Mrd. EUR) und belief sich damit auf nahezu zwei Drittel der Aufwendungen für FuE.
- Die Finanzierung von FuE durch die Öffentliche Hand stieg von 1998 zum Jahr 2000 um 2,3 Prozent auf 15,9 Mrd. EUR.
- Viele der wichtigsten Akteure der deutschen Forschungslandschaft wie die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), die Zentren der Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft (HGF), die Max-Planck-Gesellschaft (MPG), die Fraunhofer-Gesellschaft (FhG) oder die Einrichtungen der Blauen Liste in der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e.V. (WGL) werden gemeinsam durch Bund und Länder gefördert.

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 1. Rahmenbedingung: Forschungspolitik

3/4



- Die Wirtschaft ist der größte Finanzier der deutschen Forschung. Mit 32,7 Mrd. EUR entfielen knapp zwei Drittel der Gesamtausgaben für FuE in 2000 auf Wirtschaftsunternehmen in Deutschland. Damit finanziert die Wirtschaft die von ihr durchgeführte Forschung und Entwicklung im wesentlichen selbst. Der Staat unterstützt Forschungsvorhaben der Wirtschaft dagegen mit weiteren rund 2,6 Mrd. EUR.
- Die Wirtschaft ist in den letzten Jahren vermehrt dazu übergegangen, Forschung und Entwicklung weniger im eigenen Hause als mit Partnern in Wissenschaft und Wirtschaft durchzuführen. Knapp jede siebte Forschungsmark deutscher Unternehmen fließt inzwischen in externe FuE-Aufträge.
- Insbesondere Großunternehmen gehen zunehmend dazu über, FuE-Aufträge an Dritte zu erteilen. Auch partielles „Outsourcing“ eigener FuE-Abteilungen oder die Gründung von FuE-durchführenden Gemeinschaftsunternehmen mit Wettbewerbern, Kunden oder Zulieferern führt zu einer Erhöhung des Umfangs externer FuE-Aufwendungen.

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?



### 1. Rahmenbedingung: Forschungspolitik

4/4

- Erhebliche Steigerungen haben die FuE-Aufträge und -Kooperationen mit dem Ausland erfahren. In dieser Entwicklung drückt sich die zunehmende Internationalisierung von Forschung und Entwicklung aus.
- Die großen wissenschaftsfördernden Stiftungen wirken ergänzend zur staatlichen Forschungsförderung und sind Ausdruck privaten finanziellen Engagements.  
Die Novellierung des Stiftungssteuerrechts verstärkt die steuerlichen Anreize für potentielle Stifter und verbessert die Instrumente zur dauerhaften Erhaltung der Leistungsfähigkeit von Stiftungen.
- Eine zunehmend größere Rolle im Gefüge der FuE-fördernden Akteure nehmen die von der Europäischen Kommission verwalteten Forschungsrahmenprogramme ein.  
Das von 1999 bis 2003 laufende 5. EU-Forschungsrahmenprogramm hat ein Gesamtvolumen von 14,96 Mrd. Euro. Jährlich fließen davon ca. 0,67 Mrd. EUR in die deutsche Forschungslandschaft

Quelle: BMBF, Faktenbericht Forschung 2002, Bonn 2002, S.206-212

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?



### 2. Rahmenbedingung: Finanzen im Gesundheitswesen

- Mit der Verschlechterung der Finanzlage der Krankenversicherungen - GKV wie PKV - haben viele Krankenversicherungsträger zum Jahresbeginn 2003 die Beitragssätze angehoben.
- Die 1975 erreichte Relation der Gesundheitsausgaben zum erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukt (BIP) änderte sich in den folgenden Jahrzehnten nur geringfügig.
- Trotz dieser relativen Konstanz ist aber der durchschnittliche Beitragssatz für die GKV seit 1970 kräftig angehoben worden.
- Als Grund wird die „zunehmende Spreizung“ von Bruttoinlandsprodukt (BIP) und Bruttolohn- und -gehaltssumme (BLG) angeführt.

Quelle: DIW-Wochenbericht 7/03

- FAZIT:  
**Es gibt keine „Kosten-Explosion“ im Gesundheitswesen, unser Problem ist die „Einnahmen-Impllosion“!**

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 3. Rahmenbedingung: Gesundheitspolitik

1/3



- Die Reform der Sozialversicherungssysteme wird zu einem zentralen Inhalt der 2. Amtszeit des Bundeskanzlers erklärt.
- Ministerin Schmidt beruft die „Rürup-Kommission“ in Analogie zur „Hartz-Kommission“, die im Herbst 2003 Vorschläge abgeben soll.
- Verbände wie z.B. die DKG („Positionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“) veröffentlichen eigene Vorschläge.
- Ministerin Schmidt legt ihre „Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens“ vor.
- Die CDU/CSU-Opposition benennt eine eigene Kommission (Ergebnisse Herbst 2003) und legt einen „Beschluss [...] zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor.
- Die Rürup-Kommission tagt und wird ermutigt, ihre Ergebnisse zwischen Ostern und Pfingsten zu liefern.
- Der Kanzler propagiert eine Gesundheitsreform vor der Sommerpause des Parlaments. Diese ist im Bundesrat zustimmungspflichtig.
- Nach Müntefering sind die bisherigen Vorschläge „nur Meinungen“.
- Der SVR-KAiG gibt sein Jahrgutachten 2003 im BMGS ab.

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 3. Rahmenbedingung: Gesundheitspolitik

2/3



MOTTO ist der alte Einkaufs- und Vertriebsleitergrundsatz:  
**„Qualität rauf, Preise runter!“**

Acht Maßnahmen für Qualität und Wirtschaftlichkeit

1. Stärkung der Patientensouveränität und –rechte
2. Verbesserung der Patientenversorgung
3. Verbesserung der Transparenz
4. Entscheidungsfreiheit für Versicherte
5. Modernisierung der Versorgung – Erweiterung der freien Arztwahl
6. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungssystems
7. Verbesserung der Arzneimittelversorgung
8. Modernisierung der Steuerung – Schaffung eines leistungsfähigen Managements

## II. Worin besteht die „MESSLATTE“?

### 3. Rahmenbedingung: Gesundheitspolitik

3/3



Was von alledem wird wie das Amen in der Kirche eintreffen:

1. Finanzierungsbasis der GKV wird erweitert
2. PatientInnen erhalten neben weiteren Rechten auch weitere Pflichten
3. Behandlungsfehler und Qualitätssteigerung werden zum Thema
4. Entwicklungen im Bereich Prävention und Rehabilitation
5. Ambulante Leistungen am Krankenhaus und Neuordnung des Facharztwesens
6. Ausweitung von Sonderverträgen. Höherer Einfluss der Krankenversicherungen, sinkender Einfluss der KVen.
7. Weiterentwicklung der Integrierten Versorgungsformen
8. Disease Management Programme
9. Kompetenzbündelung in der Krankenversorgung –  
Schwerpunktbildungen mit Folgen für die Strukturen an  
Universitätsklinika und Maximalversorgern

## III. Wie hoch ist „HÖHER“?

### Auswirkungen der Forschungspolitik

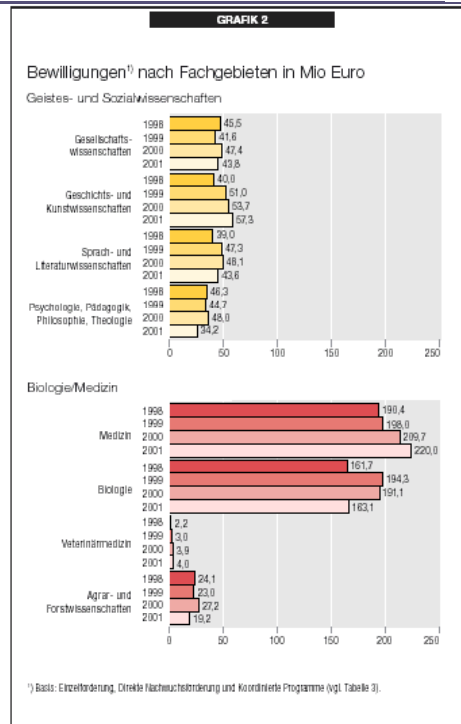
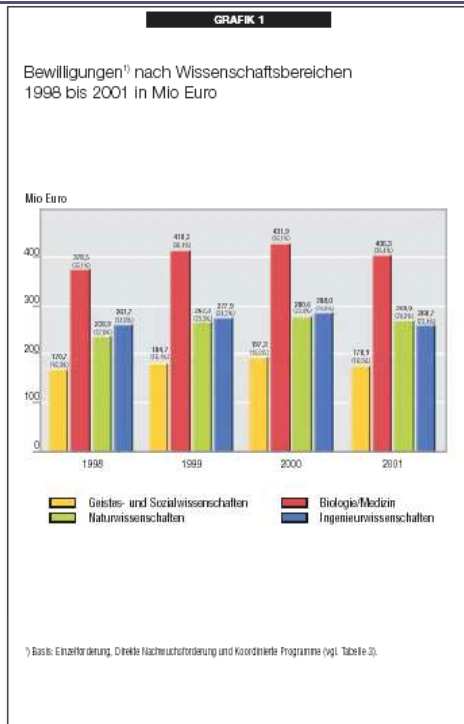
1/2



- Warum wird Ihre Verbandszeitschrift „Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes“ englischsprachig publiziert?
- Welchen Stellenwert haben endokrinologische und diabetologische Themen in der deutschen Forschungsförderung:
  - DFG – Datenbank „Geförderte Projekte“:
    - Fundstellen Medizin (Theoretische und Praktische): 2.103 (100,0%)
    - Fundstellen Endokrin%: 33 ( 1,6%)
    - Fundstellen Diabet%: 70 ( 3,3%)
- Warum sind die Themen Diabetologie und Endokrinologie nicht bei der BMBF-Initiative „kompetenznetze.de“ vertreten?
- Welchen Einfluss auf den Stellenwert und die Kompetenz vermögen derzeit 11 ausgewiesene Lehrstühle für Endokrinologie & Diabetologie an den deutschen Universitätsklinika auf Medizinstudierende auszuüben?
- Wie erfolgt der Know-how-Transfer der universitären (Grundlagen-) Forschung in die stationäre und ambulante Krankenversorgung und in die gesundheitsökonomische Evaluation?
- Welche Bereiche benötigen weitere gezielte Grundlagenforschung?

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

Auswirkungen der Forschungspolitik (DFG-Jahresbericht 2001) 2/2



### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

Auswirkungen der Gesundheitspolitik



- Die gesundheitspolitische Neuordnung und Eindämmung des Facharztwesens wird sich negativ auf die Spezialisierungen auswirken und Bemühungen wie die Novelle (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 mit „12.2. Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie“ konterkarieren.
- Krankenhäuser werden zusätzlich Teile der ambulanten Versorgung durch die Bildung von Kompetenzzentren an sich binden können.
- Neue Formen der Krankenversorgung (Integrationsversorgung, DMPs) erfordern neue Formen der Abrechnung und der Zusammenarbeit.
- Die neuen Entgeltbedingungen (stationär: G-DRG; ambulant: EBM 2000) lassen zusätzliche Finanzmittel bzw. eine höhere Vergütung nicht erwarten.
- Grundsätzlich werden in den nächsten Jahren verstärkt Projekte im Bereich der Primär- und Sekundärprävention gefördert werden.
- Diabetologische Themen werden weiterhin einen höheren Aufmerksamkeitsfaktor für sich nutzen können.
- Für die Endokrinologie gilt es bei höherer Komplexität und Heterogenität ein Bewusstsein und eine Darstellungsform erst zu schaffen.

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

#### Diabetologie – Prävalenz und Prävention



- Die Prävalenz des Diabetes liegt in der Bundesrepublik bei etwa 4,8 Prozent, wobei die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit steigendem Alter deutlich zunimmt.

| Selbstangaben zur Lebenszeitprävalenz<br>„Zuckerkrankheit, Diabetes“ |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Altersgruppe   | Männer (%)  | Frauen (%)  | Gesamt (%)  |
| 25–29  | 0,67        | 0,38        | 0,52        |
| 30–39  | 0,79        | 1,02        | 0,90        |
| 40–49  | 2,62        | 2,44        | 2,53        |
| 50–59  | 9,29        | 6,19        | 7,73        |
| 60–69  | 13,33       | 12,35       | 12,76       |
| <b>Gesamt</b>  | <b>5,05</b> | <b>4,67</b> | <b>4,86</b> |

- Neben einer genetischen Disposition beeinflussen Lebensstilfaktoren wie Ernährungsgewohnheiten und Übergewicht die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung erheblich. Es lassen sich etwa 48 Prozent der Diabetesprävalenz auf Übergewicht und Adipositas zurückführen.

Kruse et al., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, Heidelberg 2003, S.98-99

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

#### Diabetologie – Therapie und Pharmakologie



#### Trend

Die Arzneitherapie des Diabetes mellitus hat in den letzten zehn Jahren stetig zugenommen. Die Insulinverordnungen haben sich in diesem Zeitraum ungefähr verdoppelt. Die Biguanidverordnungen sind sogar zehnfach angestiegen, während die Sulfonylharnstoffe annähernd konstant geblieben sind.

#### Kosten

Im Jahr 2001 ist der Umsatz der Antidiabetika durch erhöhte Verordnungen teurer Neueinführungen überproportional angestiegen. Allein durch neue insulinotrope Antidiabetika sind Mehrkosten von etwa 100 Mio. € verursacht worden. Auch die Umstellung auf Insulinanaloge stellt einen erheblichen Kostenfaktor von ca. 100 Mio. € dar.

Schwabe / Paffrath (Hg.), Arzneimittelverordnungsreport 2002, Berlin u.a, S.170

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

#### Endokrinologie – Beispiel Osteoporose-Prävalenz



- Die Prävalenzrate der Osteoporose wird für über 60-jährige Frauen auf 20-30 Prozent geschätzt. Nach Caldwell 1996 besteht bei weißen Frauen in den Vereinigten Staaten eine ausgeprägte Alterabhängigkeit der Osteoporoseprävalenz:

| Altersgruppe | Osteoporose      |        |
|--------------|------------------|--------|
|              | beliebige Stelle | Hüfte  |
| 50-59        | 14,8 %           | 3,9 %  |
| 60-69        | 21,6 %           | 8,0 %  |
| 70-79        | 38,5 %           | 24,5 % |
| 80 +         | 70,0 %           | 47,5 % |

- Nach Schätzungen der US National Osteoporosis Foundation sind etwa 70 Prozent aller Hüftfrakturen auf Osteoporose zurückzuführen. Die deutsche Krankenhausdiagnosestatistik 1995 weist 111.000 Entlassungen mit Oberschenkelhalsfraktur aus, deren Behandlung 3.009.000 Tage in Anspruch nahm.
- Danach wäre für die Bundesrepublik im Jahre 1995 von 78.000 stationären Aufnahmen und 2,1 Millionen Behandlungstagen auszugehen, was Kosten in Höhe von etwa DM 1,2 Milliarden entsprochen hätte.

Kruse et al., Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, Heidelberg 2003, S.92-94

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

#### Endokrinologie – Pharmakologie Sexualhormone



#### Verordnungsprofil

Die wichtigsten Gruppen der Sexualhormone sind Östrogenpräparate und die Kontrazeptiva.

#### Trend

Die Verordnungen der Östrogenpräparate zur Hormonersatztherapie in der Postmenopause sind seit zwei Jahren auffällig zurückgegangen (-10%). Hormonale Kontrazeptiva werden 2001 ebenfalls weniger verordnet, obwohl hier mehrere neue Präparate eingeführt wurden.

#### Bewertung

Möglicherweise beruht die Zurückhaltung bezüglich Östrogenpräparaten auf einer strengeren Nutzen-Risiko-Bewertung der Östrogene, da die bisher beobachteten osteoporoseprophylaktischen und koronarprotektiven Wirkungen in neueren randomisierten Studien nicht bestätigt wurden. Bei mehr als fünfjähriger Anwendung besteht ein 30-60% erhöhtes Brustkrebsrisiko, das jetzt vermehrt zu berücksichtigen ist.

Schwabe / Paffrath (Hg.), Arzneimittelverordnungsreport 2002, Berlin u.a, S.704

### III. Wie hoch ist „HÖHER“?

Endokrinologie – Pharmakologie Schilddrüsentherapeutika



#### Verordnungsprofil

[...]

Die größte Gruppe der Schilddrüsentherapeutika sind die Schilddrüsenhormone, [...].

Als zweitgrößte Gruppe folgen die Iodsalze.

Wesentlich seltener werden Thyreostatika [...] eingesetzt.

#### Trend

Schilddrüsenhormone wurden 2001 wieder mehr verordnet. Die Verordnungen von Iodsalzen sind 2001 erneut zurückgegangen, was möglicherweise auf einer verbesserten Iodversorgung der Bevölkerung durch Speisesalziodierung beruht.

Schwabe / Paffrath (Hg.), Arzneimittelverordnungsreport 2002, Berlin u.a, S.695

### IV. Wie heißt hier „WETTBEWERB“?

Die Auseinandersetzung um Stellen, Mittel & Aufmerksamkeit



#### • Wettbewerb in der Forschung

Keine neue Situation, aber intensiver und mit geänderten Regeln!

- Wettlauf um Effektivität und Internationalität:
  - bei Ergebnissen/Preisen/Auszeichnungen/Publikationen,
  - bei Forschungsgeldern / Fördermitteln,
  - bei Stellen / Personal.

#### • Wettbewerb in der Krankenversorgung

Bisher noch nicht als alltäglich erlebte Situation wahrgenommen!

- Wettlauf um PatientInnen und Kostenerstattung:
  - zwischen den medizinischen Fächern / Spezialisierungen,
  - zwischen den Krankenhausabteilungen,
  - zwischen den Versorgungsformen (amb / stat).

## V. Worin besteht der „REIZ“? Anreiz und Lohn der Tätigkeit



- Für die erfolgreiche Ausübung Ihrer Tätigkeit werden Sie in noch stärkerem Maße gefordert als:
  - Forscher, Mediziner und Arzt,
  - Ökonom und Marketingleiter - alles in einer Person!
- Für die fordernde Ausübung Ihrer Tätigkeit werden Sie entlohnt mit:
  - nach wie vor hohem Ansehen und Status mit akzeptablem Auskommen,
  - der Befriedigung durch
    - Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit,
    - Erfolg der eigenen Tätigkeit.
- Die endokrinologischen und diabetologischen PatientInnen jedenfalls bedanken sich bei Ihnen!

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



### **TCC TRANS CLINIC CONSULTANTS GmbH**

Mainzerstrasse 62  
D – 66121 Saarbrücken

fon: +49 (0)681 96746 0  
fax: +49 (0)681 96746 10  
mail: [info@tcc-beratung.de](mailto:info@tcc-beratung.de)  
url: [www.tcc-beratung.de](http://www.tcc-beratung.de)



### **IGSF Institut für Gesundheits- System-Forschung GmbH**

Weimarer Strasse 8  
D – 24106 Kiel

fon: +49 (0)431 38 95 0  
fax: +49 (0)431 38 95 255  
mail: [gmbh@igsf.info](mailto:gmbh@igsf.info)  
url: [www.igsf.info](http://www.igsf.info)