

# Der Kassenarzt

Das Magazin für den UnternehmerArzt | Nr. 11 | Juni 2008

www.kassenarzt.de

## + Die KV-Abrechnung

### POLITIK

Ärztetenetz solimed –  
„Unser Netz  
hat 700 000 Euro  
investiert“

### MEDIZIN



Hypertonie in  
der Schwanger-  
schaft –  
Hochdruck  
senken – ohne  
Risiko fürs Kind

### UNTERNEHMERARZT

Gemeinschafts-  
praxis unterm  
EBM 2008 –  
Jetzt kann's  
krachen



## Generalabrechnung mit einer gescheiterten Gesundheitspolitik

ANZEIGE

# NeyAthos NeyChon

Nur Namensänderung:  
früher NeyArthros®

Nur Namensänderung:  
früher NeyChondrin®



vitOrgan  
Arzneimittel GmbH  
Postfach 42 40  
73745 Ostfildern  
Tel. 0711/4 48 12-0  
Fax 0711/4 48 12-41  
www.vitOrgan.de  
info@vitorgan.de

50 Jahre vitOrgan. Erfahrung hat Zukunft.

## Abenteuer Hochrechnungen:

## Oder – wie man Daten biegt

Auf unseren Artikel „Gesundheitsökonomie nach Art des VFA“ in der Ausgabe 9/2008 erhielten wir die Stellungnahme von Herrn Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik, dem Verfasser des im oben genannten Artikel kommentierten Gutachtens. Prof. Dr. med. Michael Schlander, M.B.A., teilt die Auffassung von Rychlik nicht und nimmt seinerseits erneut Stellung. Da es hier um die Glaubwürdigkeit eines Industrieverbandes geht, wollen wir Ihnen die Argumente nicht vorenthalten.

**Stellungnahme zum Artikel:  
„Gesundheitsökonomie nach Art des VFA“ von Dr. Michael Schlander  
Kassenarzt vom 16.05.2008, S. 12**

1. Der Verfasser vergleicht die Ergebnisse eines wissenschaftlichen Gutachtens ohne Nennung der Autoren mit einer Presseausgabe der Hauptgeschäftsführerin des VFA. Diese Vorgehensweise ist unvollständig und unlauter, da sich wissenschaftliche Aussagen nur mit wissenschaftlichen Aussagen vergleichen lassen

2. Aus der Hochrechnung wurde an keiner Stelle abgeleitet, dass „Budgetierung und andere Regulierungen“ für die Unterversorgung verantwortlich seien. Dieser Zusammenhang wird falsch dargestellt. Richtig dagegen ist, dass sich im ersten Gutachten (Rychlik 2007) folgende Darstellung findet:

Zusammenfassend sollen hier nur einige übergeordnete Problemfelder genannt werden:

- Erkrankungen werden nur unzureichend diagnostiziert,
- mangelnde Kenntnis der Ärzte von Leitlinien,
- Fachärztemangel bei spezifischen Erkrankungen (Rheumatologen),
- mangelnde Therapietreue der Patienten,
- Arzneimittelbudgets/-richtgrößen, Therapierichtlinien und Regresssituationen wirken sich restriktiv auf das Verschreibungs- bzw. Anwendungsverhalten aus.

Weiterhin wird ausgeführt:

„Die Gründe für eine Unter- bzw. Fehlversorgung sind aber nur im Kontext des jeweiligen Erkrankungsbildes und dem Gefüge der ärztlichen Versorgungssituation zu ermitteln“

3. Es war deshalb keinesfalls „eindeutig“ Gegenstand des Gutachtens, eine Aussage zur Kausalität von Krankheitskosten abzuleiten. Ziel des Gutachtens war es, die im „Gutachten über die Unterversorgung mit Arzneimitteln“ (Rychlik 2007) beschriebene Unterversorgung exemplarisch für die fünf Indikationen: Depression, Hepatitis C, Osteoporose, rheumatoide Arthritis und Schizophrenie monetär zu bewerten und auf unerwünschte Outcomes wie erhöhte Sterblichkeit, schnelleres Fortschreiten der Erkrankung, Verschlechterung der Symptomatik, Behinderungen usw. aufmerksam zu machen.

4. Die methodischen Kriterien zur Literatursuche sind dem Gutachten zu entnehmen und entsprechend weitgehend den Vorgaben des DIMDI, den in Deutschland üblichen Selektionsverfahren. Zur Berechnung der Kosten für Depression wurde die Studie mit den höheren direkten Kosten für eine beispielhafte Hochrechnung gewählt, da Patienten mit unbehandelter Depression durch somatische Beschwerden sowie einer steigenden Anzahl von Begleiterkrankungen vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. In dem Gutachten wurde deutlich gemacht, dass es

lediglich eine Annahme ist, dass Kosten für einen unbehandelten depressiven Patienten mindestens genauso hoch, wenn nicht sogar höher sind. Da für Deutschland keine Studien vorlagen, die die AU-Tage von behandelten Depressiven versus nicht behandelten Depressiven untersuchten, wurde eine französische Studie herangezogen. Die AU-Tage wurden auf deutsche Verhältnisse übertragen, da diese der AOK-Krankheitsartenstatistik 2005 ähnlich waren (ICD-10: F32 depressive Episode: 32,25 Tage / F33 rezidivierende depressive Störung: 49,06 Tage im Jahr). Da die AOK-Daten allerdings keine Differenzierung zwischen pharmakotherapeutischer Therapie und keiner pharmakotherapeutischen Therapie zuließen, wurde sich der französischen Querschnittsstudie bedient. Dass ein statistisch hochsignifikanter Unterschied zwischen dem Schweregrad einer depressiven Störung und dem Risiko von Fehltagen besteht, war aber nicht Gegenstand der Darstellung (siehe oben: Gegenstand des Gutachtens war nicht, die Kausalität von Krankheitskosten abzuleiten).

5. Es reicht wissenschaftlich nicht hin, zu behaupten, „dass die Studie nicht methodisch einwandfrei belegt...“ Dies impliziert, der Verfasser wüsste, wie es denn „methodisch einwandfrei“ ginge. Dies wird jedoch an keiner Stelle des Pamphlets dargestellt.

6. Es wird vom Verlag unterstellt, dass der VFA „bei anderen kritisierten Methoden für sich anwende“. Dazu wird ein Zitat zur Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses präsentiert. Das Gutachten beschäftigt sich jedoch an keiner Stelle mit der Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Hier werden die berühmten Äpfel mit Birnen verglichen.

7. Schlussendlich passt die polemische Diktion des Verfassers („schwankender Boden“, „Dreisatzrechnung“, „Verfallen in reflexartigen Aktionismus“, „unterschlagen“) zur Demagogie der Zeitschrift:

„Stimmen Sie ab!“  
„Hat die ehrliche Argumentation in unserem Gesundheitssystem überhaupt noch eine Chance?“  
„Ihre Meinung ist uns wichtig!“

8. Dennoch ist das Ziel des Gutachtens erreicht worden: „Ziel war es, eine gesundheitspolitische Diskussionsgrundlage zu schaffen, die den Kostenaspekt der Unterversorgung in den Fokus rückt.“

Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik

Institut für Empirische Gesundheitsökonomie

Am Ziegelfeld 28

51399 Burscheid

E-Mail: [reinhard.rychlik@ifeg.de](mailto:reinhard.rychlik@ifeg.de)

Das Schreiben finden Sie auch online unter:

<http://www.kassenarzt.de/index.php?vPId=355279085&nodeId=15700&page=3>

➔ Reinhard Rychlik beanstandet in seiner Leserschrift, dass ich ihn als Autor des zugrunde liegenden VFA-Gutachtens nicht namentlich benannt habe, als ich die VFA-Pressemitteilung „Unterversorgung verursacht Milliarden Schäden“ nebst ihrer in meinen Augen fragwürdigen faktischen Fundierung im KASSENARZT kritisch kommentierte. Er führt aus, es sei nicht Gegenstand seines Gutachtens gewesen, Aussagen zur Kausalität von Krankheitskosten abzuleiten. Damit distanziert er sich von der Interpretation seiner Ergebnisse durch den VFA. Ich meine, Rychlik hätte die Instrumentalisierung seiner Berechnungen – die er nunmehr lediglich als einen Diskussions-

beitrag verstanden wissen will – durch den VFA vermeiden können, hätte er sich bereits in seinem Gutachten mit dem Titel „Kosten der Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland“ vergleichbar klar ausgedrückt wie jetzt. Dort schreibt er in der Einführung (S. 4f.): „Die Folgen einer Unterversorgung können erst in späteren Jahren auftreten, führen dann aber meist zu drastischen Kostensteigerungen ... Vor dem Hintergrund der Bemühungen um Einsparungen und optimierte Ressourcenallokation ist es daher von Interesse festzustellen, ob und welche Kosten durch diese Unterversorgungssituation generiert werden. Im Rahmen des Gutachtens wurde dies auf-

gegriffen und die Kosten, die infolge einer Unterversorgung mit Arzneimitteln in Deutschland entstehen, für ausgewählte Indikationen dargestellt.“ Die Beschreibung der Untersuchungsziele beginnt wörtlich (S. 5): „Folgende Fragestellungen sollen untersucht werden, um Aussagen über die Kosten der Unterversorgung in Deutschland treffen zu können: 1. Wie hoch sind die entstehenden Gesamtkosten der Unterversorgung in den ausgewählten Indikationen für Deutschland?“ Im methodischen Teil heißt es dann: „Die Übertragung der Kosten auf die Unterversorgung erfolgte indikationsspezifisch durch Aufstellung der Kostenstruktur bis hin zur Simulation von Krankheitsverläufen, wie sie durch eine nicht leitlinienkonforme Therapie bedingt werden.“ Ich überlasse es dem Urteil der Leser, ob bzw. inwieweit diese Formulierungen des Gutachtens eine Aussage zur Kausalität implizieren oder wenigstens suggerieren.

### Kritik bleibt bestehen

Meine im KASSENARZT-Kommentar dargelegte Kritik am methodischen Vorgehen des Gutachtens wird durch die Leserschrift in keiner Weise widerlegt. Auch wenn Rychlik die von ihm vorgelegten Hochrechnungen nunmehr mit dem Attribut „beispielhaft“ versieht, bleiben sie eine grobe und in der Tendenz einseitige Vereinfachung nach dem Prinzip: Man

1. nehme eine Einjahresprävalenz von 6,5 Millionen Patienten mit depressiven Störungen und kombiniere diese mit einem behaupteten globalen Unterversorgungsanteil von 46 Prozent (ergibt 2,99 Millionen „unterversorgte“ Patienten – [a] unter Zugrundelegen der Annahme, dass alle 6,5 Millionen Patienten nicht nur eine viermonatige Akuttherapie mit Antidepressiva, sondern eine remissionsstabilisierende medikamentöse Erhaltungstherapie von sechs Monaten benötigen, und [b] unter Vernachlässigung von Studienergebnissen, welche – wenig überraschend – eine Korrelation aufzeigen von Schweregrad depressiver Störungen und Intensität der Versorgung mit Arzneimitteln – dabei – anders als im zitierten Vorgängergutachten aus dem Jahr 2007 – „vergessend“, relevante Einflussfaktoren wie die Patienten-Compliance auch nur zu erwähnen),

2. entnehme einer französischen Querschnittsuntersuchung an schwer depressiven Patienten einen errechneten Unterschied von 8,3 Tagen Arbeitsunfähigkeit während einer achtwöchigen Episode (und missachte den hochsignifikanten Einfluss des Schweregrads als „nicht Gegenstand des Gutachtens“),

3. multipliziere die Zahl „unterversorgter“ Patienten mit dem Produkt aus 8,3 Tagen und durchschnittlichen Ausfallkosten von 90 Euro/Arbeitstag (unter Missachtung des gut dokumentierten Einflusses sozioökonomischer Variablen auf die Prävalenz depressiver Störungen), nehme weiterhin einen Beschäftigungsgrad der Betroffenen von 75,6 Prozent an (basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes über den Anteil Erwerbsfähiger) und

4. rechne die auf schwere depressive Episoden bezogenen französischen 8-Wochen-Daten umstandslos durch Multiplikation mit 6,5 auf ein volles Kalenderjahr (52 Wochen) hoch.

(Nur) auf diese Weise kommt ein Betrag von 11 Milliarden Euro pro Jahr zustande. Zusammen mit weiteren ähnlichen Hochrechnungen wird dann von Rychlik im VFA-Gutachten gefolgert: „Die Gesamtkosten der Unterversorgung für die Depression betragen 17,9 Milliarden Euro pro Jahr“ (S. 219), und weiter, „es ist davon auszugehen, dass die Kosten, die durch den therapeutischen Nihilismus entstehen, wesentlich höher sind als

bei einer leitliniengerechten Therapie der Depression“ (S. 22). Diese Schlussfolgerung mutet in einem wissenschaftlichen Gutachten geradezu abenteuerlich an angesichts des Eingeständnisses, dass sich „die Kosten einer leitliniengerechten Versorgung aufgrund fehlender Daten nicht darstellen“ ließen (S. 22).

In der Summe repräsentieren die von Rychlik vorgelegten Berechnungen daher ein Szenario, das sich durch die unrealistische Kombination extremer Annahmen auszeichnet – mit dem Effekt, eine vordergründig eindrucksvoll große Zahl zu produzieren. Das hinderte den VFA nicht daran, an die Öffentlichkeit zu gehen mit der daraus ohne jede weitere Differenzierung abgeleiteten Tatsachenbehauptung, „allein aufgrund der Unterversorgung im Bereich der Depression entstehen jährliche Kosten von 17,9 Milliarden Euro, wobei die Kosten für Berufsunfähigkeit den Löwenanteil bilden“.

Den Kontext des Gutachtens, den Rychlik in der Einleitung herstellte, greift der VFA mit der Aussage auf, hieran lasse sich „prototypisch ablesen, wie im Gesundheitswesen Geld verschwendet wird, weil falsch gespart wird“.

Es ist begrüßenswert, dass sich der Verfasser von diesen unzuverlässigen Aussagen des VFA wenigstens jetzt in der gebotenen Klarheit distanziert und seine zitierten gutachterlichen Aussagen relativiert – wenn nicht zurücknimmt – mit der in seiner Leserschrift gleich zweimal vorgetragenen Klarstellung, „Gegenstand des Gutachtens war nicht, die Kausalität von Krankheitskosten abzuleiten“.

### Dem eigenen Anliegen einen Bärendienst erwiesen

Mit dieser Klärung wird jede weitere Diskussion über die aus diesem Auftragsgutachten abgeleiteten Behauptungen des VFA über die „Milliardenschäden“ durch Unterversorgung hinfällig. Ich bleibe deshalb ausdrücklich bei der in meinem angesprochenen KASSENARZT-Kommentar geäußerten Einschätzung, dass der (auch) aus meiner Sicht gebotenen Auseinandersetzung mit dem Problem der Unterversorgung im vorliegenden Fall ein Bärendienst erwiesen wurde. Ich füge hinzu, dass diese Art einer Hochrechnung der Akzeptanz – vielfach unbestritten notwendiger – gesundheitsökonomischer Modellierungen wenig hilfreich sein dürfte.

### Prof. Dr. Michael Schlander

Institut für Innovation & Evaluation im Gesundheitswesen (InnoVal<sup>HE</sup>); Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen; Universität Heidelberg



Prof. Dr. med. Michael Schlander, M.B.A.