

Der Kassenarzt

Das Magazin für den UnternehmerArzt | Nr. 9 | Mai 2008

www.kassenarzt.de

+ Die KV-Abrechnung

POLITIK

AOK-Vertrag
ohne KV –
Das neue
„Musterländle“
für Hausärzte

MEDIZIN



Von Amöben-
ruhr bis Rickett-
siose ... –
Tropen-
krankheiten:
Entlarven Sie
die Erreger!

UNTERNEHMERARZT

Arztbewertungs-
portale –
Risiken und
Nebenwirkungen
verdanken
Sie Dritten

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Gesundheitsökonomie nach Art des VFA



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.

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Gesundheitsökonomie nach Art des VFA

Einem viel diskutierten Gutachten des Sachverständigenrats aus dem Jahr 2000/2001 zufolge wird das Gesundheitssystem von gleichzeitig bestehender Unter-, Fehl- und Überversorgung geplagt. Es liegt auf der Hand, dass sich Gesetzliche Krankenversicherungen und um die Ausgabenentwicklung besorgte Gesundheitspolitiker vorrangig mit Problemen der Fehl- und Überversorgung befassen, während umgekehrt die pharmazeutische Industrie lieber ihre Aufmerksamkeit dem Thema Unterversorgung widmet. Beides ist legitim.

[von Dr. Michael Schlander]

➔ Im Februar 2008 stellte der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) ein neues Auftragsgutachten zur Unterversorgung von Arzneimitteln in Deutschland vor, das die Situation in fünf Indikationen (Depression, Hepatitis C, Osteoporose, rheumatoide Arthritis und Schizophrenie) unter die Lupe nimmt. Demenz und Migräne sollten ebenfalls eingeschlossen werden, jedoch fanden sich den Gutachtern zufolge nicht genügend Informationen für eine Analyse. Die vorgenommene Auswahl der Indikationen sollte laut Abschlussbericht „eine möglichst hohe Aussagekraft ermöglichen“. Schon frühere Expertisen hatten einen niedrigen Versorgungsgrad speziell mit innovativen Medikamenten aufgezeigt. Beispielsweise hatte die – übrigens von der Gmünder Ersatzkasse (GEK) unterstützte – hierzulande viel diskutierte „BONE-EVA“-Studie zu belegen versucht, dass weniger als 20 Prozent der GEK-versicherten Osteoporose-Patienten eine Basismedikation aus Kalzium und Vitamin D und weniger als zehn Prozent ein Bisphosphonat erhalten, wobei allerdings anzumerken ist, dass diese Untersuchung methodische Schwächen bezüglich der Selektion der Versicherten aufwies. Die angewendeten Kriterien für die Annahme einer Osteoporosediagnose führten zu Prävalenzannahmen von bis zu 60 Prozent bei über 75-jährigen Frauen, was vorliegende Schätzungen aufgrund epidemiologischer Studien weit übertrifft – und was folglich die (bei kritischer Würdigung der Daten gleichwohl sehr wahrscheinlich bestehende) Unterversorgung numerisch dramatisieren musste.

Wichtige Informationen nur in Fußnoten

Das Beispiel der „BONE-EVA“-Studie sollte eigentlich Anlass zur Vorsicht geben, was Hochrechnungen angeht; dies gilt erst recht dann, wenn aus extrapolierten Zahlen Aussagen über die Ursachen einer Diskrepanz zwischen dem gemessenen Medikamentenverbrauch und einem theoretischen Bedarf abgeleitet werden sollen, etwa in der Weise, Budgetierung und andere Regulierungen (und nicht andere Gründe wie beispielsweise Noncompliance, Unwirksamkeit, Unverträglichkeit oder schlicht Patientenwünsche) seien dafür verantwortlich. Genau das behauptet nun der VFA – mit den

Worten seiner Hauptgeschäftsführerin, Cornelia Yzer: „Infolge undifferenzierter Sparvorgaben wurde gleichsam das Kind mit dem Bade ausgeschüttet. Was in den Arzneimittelbudgets eingespart wurde, erwies sich als Kostentreiber an anderer Stelle.“ Und: „Allein aufgrund der Unterversorgung im Bereich der Depression entstehen jährliche Kosten für 17,9 Milliarden Euro.“ Scheinbar noch höhere „Kosten der Unterversorgung“ werden für Hepatitis C berichtet (21,8 Milliarden Euro; eine kleingedruckte Fußnote in der tabellarischen Übersicht weist allerdings auf „einen Zeitraum von 20 Jahren“ hin). Für Osteoporose wird eine Zahl von 3,6 Milliarden Euro genannt, und so weiter. Das legt dringenden Handlungsbedarf nahe.

Selektion ist alles

Vor einem Verfallen in reflexhaften Aktionismus gilt es, die Herkunft dieser beeindruckenden Zahlen nachzuvollziehen. Das Nachlesen im Gutachten fördert eine Menge Einschränkungen zutage, bestätigt aber explizit das Untersuchungsziel, „ob und welche Kosten durch diese Unterversorgungssituation generiert werden“. Gegenstand des Gutachtens war mithin eindeutig, eine Aussage zur Kausalität von Krankheitskosten abzuleiten. Es wird dargelegt, dass der methodische „Fokus der Recherche und Analyse auf Krankheitskostenstudien lag“. Für Depression, die dem Gutachten zufolge volkswirtschaftlich mit Abstand teuerste Unterversorgungssituation, wurden

Anspruch des VFA

<http://www.vfa.de/de/presse/positionen/position-kosten-nutzen-bewertung.html>

„Bei der Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln sowie anderer Behandlungsformen muss sichergestellt sein, dass die einzubeziehenden Studien für die jeweiligen Verfahren von vergleichbarer methodischer Qualität sind. Ferner ist zu prüfen, ob die jeweilige Studienanlage auch vergleichbare Ziel- bzw. Nutzenparameter berücksichtigt.“

551 Literaturstellen identifiziert; von denen der Abschlussbericht nur rund 20 benennt.

Das Einmaleins des VFA

Zwei Teilrechnungen auf der herangezogenen Datengrundlage erklären 96 Prozent der behaupteten Kosten: Von zwei deutschen Untersuchungen, welche direkte medizinische Kosten von depressiven Patienten berichteten, wurde diejenige Studie gewählt, welche die höheren Kosten je Patient fand. Sie basierte auf 270 Patienten, die alle eine medikamentöse Therapie erhielten, deren Kosten umstandslos auf „unterversorgte“ Patienten übertragen und – mit einer unterstellten Zahl von drei Millionen „Unterversorgten“ (bei einem angenommenen Anteil der Unterversorgung von 46 Prozent) – multipliziert wurden, woraus sich eine behauptete direkte Kostenbelastung „aufgrund von Unterversorgung“ von 6,2 Milliarden Euro jährlich ergibt. Für die Schätzung der indirekten Kosten griffen die Autoren mangels verfügbarer deutscher Daten auf eine französische Querschnittsuntersuchung zurück, welche in einem Beobachtungszeitraum von acht Wochen eine Differenz von 8,3 Arbeitsunfähigkeitstagen zwischen Fluoxetin-behandelten Patienten und nicht pharmakotherapierten Patienten fand. Diese Zahl wurde ohne jede nähere Diskussion hochgerechnet auf Fehltage während eines Kalenderjahres (einfache Multiplikation mit 6,5) und anschließend erneut auf die unterstellte Zahl von drei Millionen unterversorgten Patienten mit einem angenommenen Beschäftigungsgrad von 75,6 Prozent extrapoliert. So entstanden auf dem Papier volkswirtschaftliche Schäden durch Produktionsausfälle „aufgrund von Unterversorgung“ in Höhe von weiteren elf Milliarden Euro pro Jahr. Die Tatsache, dass in der französischen Untersuchung ein statistisch hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer depressiven Störung und dem Risiko von Fehlzeiten gefunden wurde, wird in der VFA-Expertise schlicht unterschlagen. Es wird nicht plausibel gemacht, weshalb in der deutschen Versorgungsrealität nicht pharmakotherapierte Patienten eine ebenso schwere depressive Symptomatik aufweisen sollten wie die französischen Studienpatienten.

Berechnungen auf schwankendem Boden

Man muss kein Gesundheitsökonom sein, um den schwankenden Boden zu erkennen, auf dem die vom VFA vorgelegten Berechnungen stehen. Angesichts der vom VFA verbreiteten spektakulären Behauptung von – mit der vorgelegten Studie nicht methodisch einwandfrei belegten – Milliardenkosten durch Unterversorgung geht leider unter, dass das Gutachten sehr wohl mehrfach darauf hinweist, wie dürftig die Datengrundlage zu Verlauf, Versorgung und Kosten der Depression (und der weiteren untersuchten Indikationen) in Deutschland tatsächlich ist. Daraus lässt sich die Notwendigkeit ableiten, die hiesige versorgungsepidemiologische und gesundheitsökonomische Forschung zu stärken. Diesem wichtigen Ziel hat der VFA mit seiner Dreisatzrechnung einen Bärendienst erwiesen, wie auch dem in der Sache selbst sehr vertretbaren Anliegen, auf unbestritten bestehende Probleme der Unterversorgung hinzuweisen. Denn völlig zu Recht wird von den Autoren der VFA-Studie konstatiert, dass eine Unterversorgung – „die Wirksamkeit (man möchte hinzufügen: „und Kosteneffektivität“) einer leitliniengerechten Behandlung vorausgesetzt“ – „nicht nur aus ethischer Sicht problematisch“ sei. ■



Professor Dr. med. Michael Schlander, M.B.A.
www.michaelschlander.com

Stimmen Sie ab!

Gesundheitsökonomie nach Art des VFA

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Ist der VFA für Sie noch glaubwürdig, wenn er bei anderen kritisierte Methoden für sich anwendet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spielt der VFA durch seine Handlungsweise der Politik nicht alle Trümpfe in die Hand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat die ehrliche Argumentation in unserem Gesundheitssystem überhaupt noch eine Chance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Bitte faxen Sie Ihre Antwort an: 0 61 02 / 502 - 190

Die Auswertung finden Sie in DER KASSENARZT 11/2008

auf der Aktuell-Seite 3.

Ihr Stempel | Ihre Adresse