Retrospektive Datenanalyse von BARMER-Daten stellt dramatische Fehlversorgung in der Demenzversorgung fest

# „Therapeutischer Nihilismus“ ist tödlich

Fast verdächtig einträchtig stellten die Krankenkasse BARMER und das Pharmaunternehmen Merz eine gemeinsame Studie - basierend auf Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2005 von Patienten mit diagnostizierter Alzheimer-Demenz - zur Versorgungssituation von Patienten mit dieser Krankheit vor: Mit dieser retrospektiven Datenanalyse wurde, so die stv. Vorstandsvorsitzende der BARMER, Birgit Fischer, „erstmals die medikamentöse Versorgungssituation unserer Versicherten mit Alzheimer-Demenz abgebildet“. Ziel sei es nun, darauf aufbauend in Expertengesprächen die Lebens- und Behandlungsqualität der Versicherten zu optimieren. Das tut auch bitter Not, wie die dramatischen Zahlen zeigten.

>> Ein Ergebnis dieser vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) durchgeführten Kostenanalyse ist, dass etwa ein Drittel der Patienten mit diagnostizierter Alzheimer-Demenz weder eine demenzfokussierte Therapie noch Psychopharmaka erhielten. Circa die Hälfte der untersuchten Patienten bekam keine spezifischen Antidementiva, sondern wurde nur mit Psychopharmaka, Hypnotika und/oder Sedativa behandelt.

## Methodik und Ziele

In der vorgelegten Analyse der kompletten Abrechnungsdaten aus dem Jahre 2005 der BARMER für Patienten mit der Diagnose Alzheimer-Demenz wurde die Versorgungs- und die Kostenstruktur der Versicherten dargestellt. Die Auswertung erforderte eine aufwändige Zusammenführung des vorliegenden Datenmaterials von 9,98 Mio. Datensätzen aus immerhin elf einzelnen Datenbanktypen der Kasse. Die Patientendaten wurden dazu in anonymisierter Form an das unabhängige Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG) an der Universität Bochum übergeben. Insgesamt konnte Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik 35.684 Patienten in die Auswertung einschließen. Schlußendlich blieben jedoch aufgrund diverser Ausschlußkriterien „nur“ 21.512 unterschiedlich therapierte Patienten mit Alzheimer-Demenz, die aufgrund ihrer - anhand der Datenlage erkennbaren - Therapien in drei verschiedene Versorgungsgruppen aufgeteilt wurden:

- **Memantine-Gruppe:** Patienten mit einer Memantine-Verordnung ohne zusätzlichen Einsatz anderer Antidementiva, Psychopharmaka oder Hypnotika/Sedativa (1.448 Patienten).
- **PHS-Gruppe:** Patienten, die Psychopharmaka und/oder Hypnotika/Sedativa, aber keine Antidementiva erhielten (12.561 Patienten).
- **Gruppe keine Arzneimitteltherapie:** Patienten, die weder Antidementiva noch Psychopharmaka oder Hypnotika/Sedativa erhielten (7.503 Patienten).

## Medikationen

Die Analyse der BARMER-Daten hinsichtlich der Versorgungsstruktur zeigte, dass der Anteil der Unter- oder Fehlversorgung bei den Patienten - trotz diagnostizierter Alzheimer-Demenz - bei etwa einem Drittel bzw. der Hälfte liegt: Circa ein Drittel der Patienten (7.503) erhielt keine Arzneimitteltherapie und 12.561 Patienten wurden nur mit Psychopharmaka, Hypnotika oder Sedativa behandelt. Eine Therapie mit Memantine ohne zusätzlichen Einsatz anderer Antidementiva, Psychopharmaka, Hypnotika und/oder Sedativa erhielten dagegen nur sieben Prozent (1.448) der Patienten.

Zwar können laut Dr. Eugen Wilbert, dem Geschäftsführer Marketing & Vertrieb der Merz Pharmaceuticals GmbH, Neuroleptika in der Anfangsphase sehr wohl sinnvoll sein, seien aber auf Dauer kontraindiziert. Noch schlimmer sei aber, dass nur sieben Prozent der BARMER-Versicherten ein wirksames Antidementivum bekamen, wie es in den Leitlinien eigentlich vorgegeben ist - und das derzeit nur (oder bereits) zu 40 Prozent von Merz kommt (s. S. 12), was das Marketing-Interesse an der Kooperation mit der BARMER erklärt (s. auch Fachkommentar S. 19 f). Darüber hinaus hat Merz bei mittelschwerer bis schwerer Demenz eine Alleinstellung, denn Merz besitzt für „Axura“ (Wirkstoff: Memantine) die einzige Zulassung für ein Therapeutikum in diesem Bereich – und das nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa.

Dies erklärt vielleicht, warum in der Studie, deren Publikation laut Wilbert „bald erscheinen“ werde, leider nicht die ebenfalls für die Demenzbehandlung zugelassenen Cholinesterasehemmer (die immerhin - noch - knapp 60 Prozent des Markes ausmachen) berücksichtigt wurden. Die dazu nötigen Berechnungen wären laut Wilbert aufwändig und teuer; dafür wolle das Unternehmen nicht sein „kostbares Geld ausgeben“.

Ein weiterer Grund mag sein, dass laut Ausführungen von Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe im eben vorgestellten Arzneiverordnungsreport 2009 das NICE bereits im Jahre 2007 die drei zugelassenen Cholinesterasehemmer in seiner aktualisierten Leitlinie nur für Patienten mit mittelschwerer Alzheimerkrankheit als Therapieoption empfohlen hätte.

Nach einem Cochrane-Review habe - so Schwabe weiter - dagegen Memantin bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimer-Demenz „nach sechs Monaten begrenzte positive Effekte“ und weise zudem eine relativ gute Verträglichkeit auf (McShane et al. 2006). Dennoch betont nach Ausführungen Schwabes eine aktuelle Praxisleitlinie des American College of Physicians und der American Academy of Family Physicians, dass die in klinischen Studien beschriebenen Verbesserungen sowohl durch Cholinesteraseinhibitoren, als auch durch Memantine zwar statistisch signifikant, aber klinisch nicht bedeutsam gewesen seien (Qaseem et al. 2008) - eine Diskussion um die richtigen Endpunkte übrigens, die Prof. Dr. Ludwig in der letzten Ausgabe von MVF (04/09) erneut angestoßen hat.

## Versorgungs-Ergebnisse

Dennoch zeigte die Industrie- und eben nicht öffentlich finanzierte Studie trotz ihres deutlich werdenden Marketinginteresses, wie sinnvoll es für die Patienten ist, wenn Ärzte leitliniengerecht therapieren, mit welchen hier genannten Wirkstoffen auch immer. Eine zentrale Erkenntnis dieser Versorgungsanalyse ist es nämlich, dass bei einer antidementiven Behandlung - hier eben mit dem Wirkstoff Memantine - zwar höhere Arzneimittelkosten zu verbuchen waren, aber dafür auch geringere Nachfolgekosten ermittelt wurden.

Dies ist ein wichtiger Aspekt in Argumentationslinien für den Einsatz von Arzneimitteln. Denn bis dato konnte so gut wie nie-

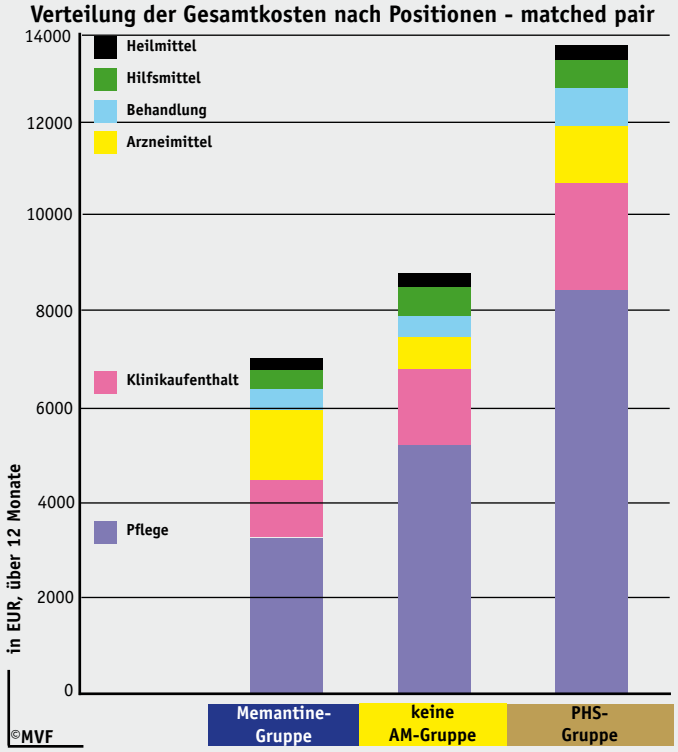
mand stichhaltig erklären, welche monetären Auswirkungen Unter-, Über- oder Fehlversorgung eigentlich genau haben; zumindest dann, wenn man nicht singuläre Arzneimittelkosten, sondern alle anfallenden Kostenblöcke betrachtet, die nun mal eine Kasse erstatten muss.

Es wunderte Rychlik darum überhaupt nicht, dass die tatsächlichen Arzneimittelkosten in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe „erheblich höher" waren als in jener, die überhaupt keine bekamen. Das sei aber auch logisch, denn die Gabe keiner Arzneimittel löst nun mal keine Arzneimittel-Kosten aus.

Doch das, was Gesundheitsökonom Rychlik als „therapeutischen Nihilismus" bezeichnet, hat seine Konsequenzen auf Gesamtkosten und auch auf die Mortalität. So betrugen die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Gruppe ohne Arzneimitteltherapie lediglich 8.818 Euro pro Jahr und Patient, in der eigentlich mit Neuroleptika fehlversorgten Gruppe dagegen 13.549 Euro und in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe pro Jahr und Patient 7.028 Euro. Und das sind immerhin rund 1.800 Euro weniger, als die Kosten in der Gruppe ohne jegliche Arzneimitteltherapie betragen.

Der Hauptgrund dafür ist, dass die Pflegekosten den jeweils größten Anteil an den Gesamtkosten ausmachten; und geringere Arzneimittelkosten die Mehraufwendungen für Pflegeleistungen auch nicht kompensieren konnten. Zudem wiesen die Patienten der PHS-Gruppe in allen Kostenarten - mit Ausnahme der spezifischen Arzneimittelkosten - sogar die höchsten Durchschnittskosten auf.

Die Ergebnisse dieser deskriptiven Auswertung wurden durch eine „Matched-Pair"-Analyse (s. Abb.) bestätigt, in welcher Patientengruppen mit übereinstimmenden Merkmalen untersucht wurden, um etwaige Fehlerquellen auszuschließen. Hierbei zeigte sich, dass die durchschnittlichen Gesamtkosten im Vergleich zur Gruppe „keine demenzfokussierten Arzneimittel" in der Memantine-Gruppe pro Jahr um 11 % geringer war, wogegen die durchschnittlichen Gesamtkosten bei „Psychopharmaka/Hypnotika/Sedativa" um 37 % erhöht waren.




**Pflegekosten bei Patienten mit Alzheimer-Demenz**

| Kenngröße | Memantine | keine AM | PHS-Gruppe |
|---|---|---|---|
| Anzahl Patienten mit Leistungen | 734 | 4.534 | 10.682 |
| Summe in Euro | 4.789.732 | 39.227.583 | 106.411.710 |
| Mittelwert in Euro | 3.305,75 | 5.228,25 | 8.471,60 |

**Abb 1:** Auch in der „Matched-Pair"-Analyse zeigte sich, dass eine nicht-antidementive Arzneimitteltherapie der Alzheimer-Demenz sowie die fehlversorgte PHS-Gruppe (gelb/ gold) besonders in der Pflege höhere Kosten generieren. Die günstigsten Ergebnisse in der Gesamtkostenbetrachtung traten trotz höheren Arzneimittelkosten in der Memantine-Gruppe (blau) auf.

## Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass eine nicht-antidementive Arzneimitteltherapie der Alzheimer-Demenz besonders in der Pflege höhere Kosten generiert. Zudem traten die günstigsten Ergebnisse in der Gesamtkostenbetrachtung trotz höherer spezifischer Arzneimittelkosten in der nach Leitlinien versorgten Memantine-Gruppe auf. Dass die unterschiedlichen Behandlungsarten nicht nur Kostenkonsequenzen, sondern auch in das individuelle Überleben eines Patienten eingreifen, steht auf einem ganz anderen Blatt, um das sich Ethiker kümmern müssten: So verstarben die nicht nach Leitlinien behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum Januar bis Dezember 2005 mit 16 % weit häufiger als in der leitliniengerechten Memantine-Gruppe (6 %).

Mit diesen Zahlen wird ebenso deutlich, dass die Alzheimer-Demenz nicht nur aufgrund der demografischen und therapeutischen Entwicklungen eine große Herausforderung für die gesamte Gesellschaft darstellt. „Die Ergebnisse der Versorgungsforschung zeigen", so Dr. Michael Lang, Neurologe aus Ulm, „dass wir bei der Behandlung der Alzheimer-Demenz nicht am falschen Ende sparen dürfen". Er fordert: „Der Fokus muss weg von der bloßen Betrachtung der reinen Medikamentenkosten." <<

## „Was bringt die Zukunft?"

>> „Was geht schon heute und was bringt die Zukunft?" frägt spectrum|K, das BKK-Gemeinschaftsunternehmen, in seiner zweiten Tagung „Versorgungsmanagement & IT-Lösungen" am 23./24.11. in Berlin. Am ersten Tag gibt spectrum|K seinen Projektbeteiligten und Kassen, aber auch der Gesundheitswirtschaft einen tiefen Einblick in den umfangreichen Prozess des Versorgungsmanagements, den das neue Gemeinschaftsunternehmen der BKKen derzeit projektiert und strukturiert. Am zweiten Tag werden u.a. unter dem Titel „Schöne neue Welt der Gesundheitswirtschaft & IT-Technologie? ein Szenario 2020 für Versorgungsmanagement und IT erarbeitet sowie Anforderungen an IT-Infrastruktur und Umsetzungskonzepte definiert. Weitere Infos unter URL: www.spectrumk.de. <<

## Ärzte haben Schlüsselrolle

>> Ärzte haben eine Schlüsselfunktion bei der Aufklärung über Organspenden, leiden aber selbst unter mangelhaften Informationen. Dies ergab eine Online-Umfrage des Instituts TNS Emnid unter 500 niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Fachärzten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV). Demnach hat jeder zweite Arzt selbst einen Organspendeausweis und 78 Prozent der Befragten schätzen ihren Einfluss auf die Steigerung der Organspendebereitschaft hoch ein. Die Umfrage zeigt, welche Schlüsselrolle den Hausärzten zur Steigerung der Organspendebereitschaft zukommt, deshalb wären noch mehr Ärzte, die ihre Patienten über die Organspende aufklären, notwendig. Dabei wäre es ebenso wichtig, dass sie mit gutem Beispiel vorangingen. Denn die Studie zeigt, dass diejenigen Ärzte, die selber Organspender sind, ihre Patienten gezielter über die Spendemöglichkeiten informieren. <<