

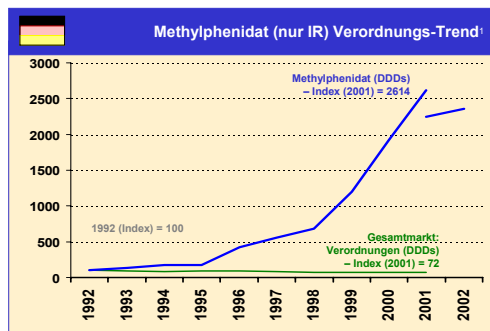
ADHS: ÖKONOMISCHE RELEVANZ NEUER THERAPEUTISCHER OPTIONEN AUS DER PERSPEKTIVE NIEDERGELASSENER PÄDIATER UND DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV) IN DEUTSCHLAND

Michael Schlander (Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen & Universität Witten/Herdecke)

Hintergrund

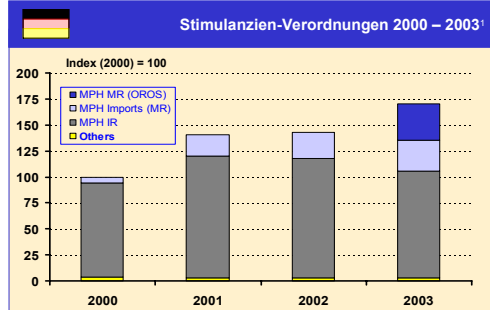
Weitweit haben schneller als das Bruttoinlandsprodukt steigende Gesundheitsausgaben und der hohe öffentliche (staatliche oder staatlich regulierte) Anteil an denselben (in den west-europäischen Staaten zwischen 70 und 80 Prozent) zu einer Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen geführt. Als wichtigster Kostentreiber der Vergangenheit (J.P. Newhouse, J. Econ. Perspectives 1992: 6, 3-21) und voraussichtlich der Zukunft (M. Schlander und O. Schwarz, Ges.ökon. & Qual.mgt. 2004: 9: 1-10) haben sich medizinisch-technische Innovationen erwiesen. Aus diesem Grund wird verstärkt nach der Relation von Kosten und Nutzen neuer, aber auch etablierter medizinischer Maßnahmen gefragt.

In Deutschland hat die Verordnung von Stimulanzien seit 1990 erheblich zugenommen:



Quelle: U. Schwabe, D. Puffrath 1993 - 2003; im Jahr 2001/2002 wurde die Erhebungsbasis verändert, alle Daten beziehen sich auf die GKV und berücksichtigen Re- und Parallelimporte nicht. „IR“: „Immediate Release“, „MR“: „Modified Release“

Dieser Trend hat sich nur leicht abgeschwächt bis in die jüngste Gegenwart fortgesetzt:



Quelle: GEX (2004), DDD-Anteile: Andre („okover“), Penzlin, Festsifflin

Methode

Da herkömmliche gesundheitsökonomische Evaluationen vom Kosten-Effektivitäts-Typ keine Informationen über die Dimension des bewerteten Programms bieten, hat als Ergänzung das Instrument der „Budgetary Impact Analysis“ weite Verbreitung gefunden. Sie erlaubt aus ökonomischer Sicht die Abschätzung der Opportunitätskosten; aus der Perspektive von Kostenträgern gibt sie Hinweise auf die budgetären Auswirkungen neuer Interventionen und damit auf deren Finanzierbarkeit, insbesondere im Kontext eines vorgegebenen Budgets.

Eine „Budgetary Impact Analysis“ sollte gewissen methodischen Kriterien genügen, wozu vor allem gehören (vgl. P. Trueman et al., 2001):

- Transparenz der Prämissen und des Berechnungsmodells (-> vgl. unten: Szenarien)
- Klarheit der Perspektive (-> GKV und niedergelassene Kinderärzte in Deutschland)
- Reliabilität der Datenquellen (-> vgl. Quellenangaben)
- Annahme zur Diffusion einer neuen Technologie (-> Arzneimittelbudget)
- Epidemiologische Daten einschließlich erforderlichenfalls Definition von Subpopulationen
- Definition des Zeithorizonts der Analyse (-> Projektion 2009)

Budgetary Impact Analysis (1): Ausgangslage

Verordnungsdaten 2002:

- konsistent mit >60.000 (bei kürzerer Therapiedauer bis ca. 180.000) behandelten ADHS-Patienten
- Pharmakotherapie-Prävalenz (6-18-Jährige) >0,5 Prozent oder höher (nur MPH IR; höhere Patientenzahlen resultieren rechnerisch aus kürzerer durchschnittlicher Therapiedauer – vgl. L. von Ferber et al. 2003)
- Annahme: 95% der Methylphenidat-Verordnungen entfallen auf die Diagnose ADHS
- Anteilig etwa 60% Ritalin; ca. 40% Markengenerika („branded generics“)
- Interpretation / Schätzungen unter der Annahme „keine falsch-positive Diagnosen“:
 - Fall 1: wahre Prävalenz entsprechend ICD-10: Diagnostiziert: (20% -) 35% Stimulanzientherapie bei (20% -) 60% der diagnostizierten ADHS-Patienten
 - Fall 2: wahre Prävalenz entsprechend DSM-IV: Diagnostiziert: (9% -) 20% Stimulanzientherapie bei (9% -) 50% der diagnostizierten ADHS-Patienten

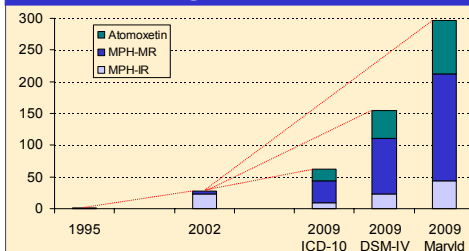
Aus diesen Zahlen ist ersichtlich – trotz der erheblichen Zunahme der Methylphenidat-Verordnungen (vgl. Abbildungen links) – keine Überversorgung ableitbar.

Budgetary Impact Analysis (2): Projektion 2009

- Angemessener Ressourcenverbrauch:
 - durchschnittlich 250 DDDs / je behandelter Patient und Jahr
- Angemessene Akquisitionskosten der GKV:
 - Methylphenidat-IR: €1,41 / 30mg (DDD) (Basis Equasym[®])¹
 - Methylphenidat-MR €2,72 / 36mg (DDD) (Basis Concerta[®])¹
 - Atomoxetin: Marktpreis unbekannt; Annahme: wie Concerta[®]
- Epidemiologische Daten:
 - Wahre Prävalenz: Szenario 1 2,4% (entsprechend to ICD-10-Kriterien)²
 - Wahre Prävalenz: Szenario 2 6,0% (entsprechend DSM-IV-Kriterien)²
 - Annahme: Im Jahr 2009 werden 50% aller ADHS-Patienten diagnostiziert, von diesen werden 80% medikamentös behandelt³ (Anteile 25% MPH-IR⁴, 50% MPH-MR⁴, 25% Atomoxetin⁴)

Quelle: fisp-Index, QJ 2004; ¹B. Bittl et al. (2000); ²USA 90% (D.J. Safer 2000); ³oder andere Stimulanzien; ⁴eigene Schätzung; vgl. auch US-Mark 2003

Ergebnisse



Budgetary Impact Analysis (3): Perspektive der GKV

Szenario	(1) „ICD-10“	(2) „DSM-IV“	(3) „Baltimore, MD“
Population 6-18 J. (D)	10,8 Mio.	10,8 Mio.	10,8 Mio.
Prävalenz (6-18 J.) ¹	259.200	648.000	*4,6% Pharmakotherapie ²
Behandlungsprävalenz	103.680	259.200	496.800
Therapiekosten (2009) ³	€ 62,0 Mio.	€ 155,0 Mio.	€ 297,0 Mio. (p.a.)
Therapiekosten (2002) ⁴	€ 22,5 Mio.	€ 22,5 Mio.	€ 22,5 Mio. (p.a.)
Anstieg gegenüber 2002 +	176%	589%	1.220%
	(x 2,8)	(x 6,9)	(x 13,2)

Quelle: Statistisches Bundesamt; ¹D.J. Safer et al. (1996); ²4-14-Jährige in Public Schools in Baltimore, Maryland, 1995; ³zur Arzneimittel- zum Vergleich: Gesamtausgaben der GKV für Psychopharmaka in Deutschland im Jahr 2002: € 1,33 Mrd. (Schwabe & Puffrath 2004); ⁴ADHS-zurechenbar (Anteil: 95% der gesamten Methylphenidat-Verordnungen)

Budgetary Impact Analysis (4): Perspektive niedergelassener Kinderärzte

Szenario	(1) „ICD-10“	(2) „DSM-IV“	(3) „Baltimore, MD“
GKV-Kosten ¹	€ 62,0 mill.	€ 155,0 mill.	€ 297,0 mill.
Auswirkungen auf die Kosten (den „Wert“) der Arzneimittelverordnungen zuzulassen der GKV eines niedergelassenen Kinderarztes in Deutschland:			
Annahmen:			
Zugelassene Kinderärzte in eigener Praxis in Deutschland (2002):	n = 6.790		
1/3 dieser Kinder nehmen an der ADHS-Behandlung mit Stimulanzien teil:	n = 2.241		
Diese 2.241 sind für 44% aller Verordnungen für ADHS verantwortlich ² :		Kosten (Verordnungswert) = 4,422 € (2002)	
Ergebnis:			
Zusätzliche Budgetbelastung:	€ 7,750	€ 26,000	€ 53,900
Anstieg der Arzneimittelkosten ³ :	+ 9,3%	+ 31,3%	+ 65,0%
(Nettoanstieg der Verordnungs-kosten im Vergleich zu den durchschnittlichen Gesamtkosten im Jahr 2002)			

¹GKV-Kosten (ohne Berücksichtigung spezieller Rabatte); ²vgl. J. Schloer et al. (2002); ³Verordnungswert eines Kinderarztes (2002): €3.900 €

Diskussion

Die Abschätzung der voraussichtlichen budgetären Auswirkungen sowohl der aktuellen Entwicklungen als auch neuer Erkenntnissen und Verfahren betreffend Diagnose und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen begründen die Erwartung eines erheblichen Kostenschubs zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Von dieser Entwicklung werden zwar sämtliche Kostenarten betroffen sein, gleichwohl dürften die Arzneimittelausgaben überproportional ansteigen. Die Auswirkungen auf das GKV-Arzneimittelbudget niedergelassener Kinderärzte dürften erheblich sein – alleine durch den vermehrten Einsatz neuer ADHS-Therapeutika ist mit einer Erhöhung der Verordnungs-kosten um rund 30 Prozent (Bandbreite von ca. 10 bis maximal 65 Prozent) zu rechnen.

Erklärung stark zunehmender Arzneimittelkosten

- Vermehtes Problembewusstsein („awareness“) (einschließlich Fortbildung und Marketing)
 - Mehr (und früher) diagnostizierte Fälle
 - Wachsende Akzeptanz der Pharmakotherapie im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte
 - Mehr Verordnungen je Patient
 - Neue pharmakotherapeutische Optionen
 - Methylphenidat („Modified-Release“-Produkte)
 - Atomoxetin
 - Höhere Tagestherapiekosten
- Diese Faktoren wirken multiplikativ und veranlassen zu der Erwartung überproportional steigender Arzneimittelkosten.
- Andere Behandlungskosten werden ebenfalls steigen.

Die vorliegenden Projektionen stehen in Einklang mit der Entwicklung in anderen Ländern, insbesondere diejenigen in den Vereinigten Staaten. So berichtet der Pharmaceutical Benefit Provider MEDCO von einer Steigerung der direkt von ADHS verursachten Arzneimittelkosten um 183 Prozent im Zeitraum 2000 bis 2003, womit die Gesamtkosten für Psychopharmaka-Verordnungen für Kinder erstmals die Ausgaben für Antibiotika und Asthma-Therapeutika übertrafen (MEDCO Health Solutions 2004).

Konsequenzen:

Angesichts steigender Kosten werden zukünftig auch bei der ADHS-Therapie zunehmend Fragen nach der Relation von Aufwand und Nutzen gestellt werden. Ärztliche Leistungen und Verordnungen werden vermehrt (auch) einem ökonomischen Begründungs-zwang unterworfen werden. Mittelfristig ist zu erwarten, daß die Kosten für therapeutische Optionen ohne den erbrachten Nachweis einer akzeptablen Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitäts-Relation nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr von der GKV übernommen werden.

Diese Entwicklung wird keineswegs auf die medikamentöse Therapie beschränkt bleiben, sondern sämtliche Behandlungsalternativen betreffen. Dabei ist leicht ersichtlich, daß ohne eine nach den Standards der evidenzbasierten Medizin dokumentierte klinische Effektivität der Nachweis einer akzeptablen Kosteneffektivität regelmäßig unmöglich sein wird.

Damit besteht (auch) für niedergelassene Kinderärzte, die sich an der Versorgung von ADHS-Patienten beteiligen, eine zunehmende Notwendigkeit, sich mit gesundheitsökonomischen Themen auseinanderzusetzen. Gerade für den Bereich der ADHS-Therapie besteht darüber hinaus erheblicher Forschungsbedarf, um (u.a.) die vermutlich erheblichen langfristigen (auch ökonomischen) Konsequenzen der Erkrankung und den diesen gegenüberstehenden Nutzen effektiver Therapien zu quantifizieren.