

## WIP-Information 1/2008

Mit diesem Newsletter, der ab sofort mehrmals im Jahr erscheinen soll, wird das WIP über die neusten Entwicklungen im Gesundheitswesen berichten. Dabei steht die aktuelle Arbeit des WIPs im Vordergrund. Zusätzlich wollen wir darauf aufmerksam machen, mit welchen Aspekten der Gesundheitsforschung sich andere beschäftigen.

Gesundheitsökonomie ist ein großes Feld. Der Einfluss auf die Politik ist beträchtlich. Aber es ist schwierig und zeitaufwendig den Überblick über die relevante gesundheitsökonomische Forschung zu behalten. Genau hier wollen wir ansetzen, indem wir mit der WIP-Information einen Kurzüberblick über neuste Forschungsergebnisse und Entwicklungen im Gesundheitsbereich geben.

Dabei bekennen wir uns zur Subjektivität und stellen solche Studien in den Vordergrund, die wir entweder persönlich für interessant halten und/oder denen wir eine größere Bedeutung beimessen. Wem unsere Kurzberichterstattung nicht genügt, dem mag die stets angegebene Quelle der Originalarbeit helfen.

### Inhalt:

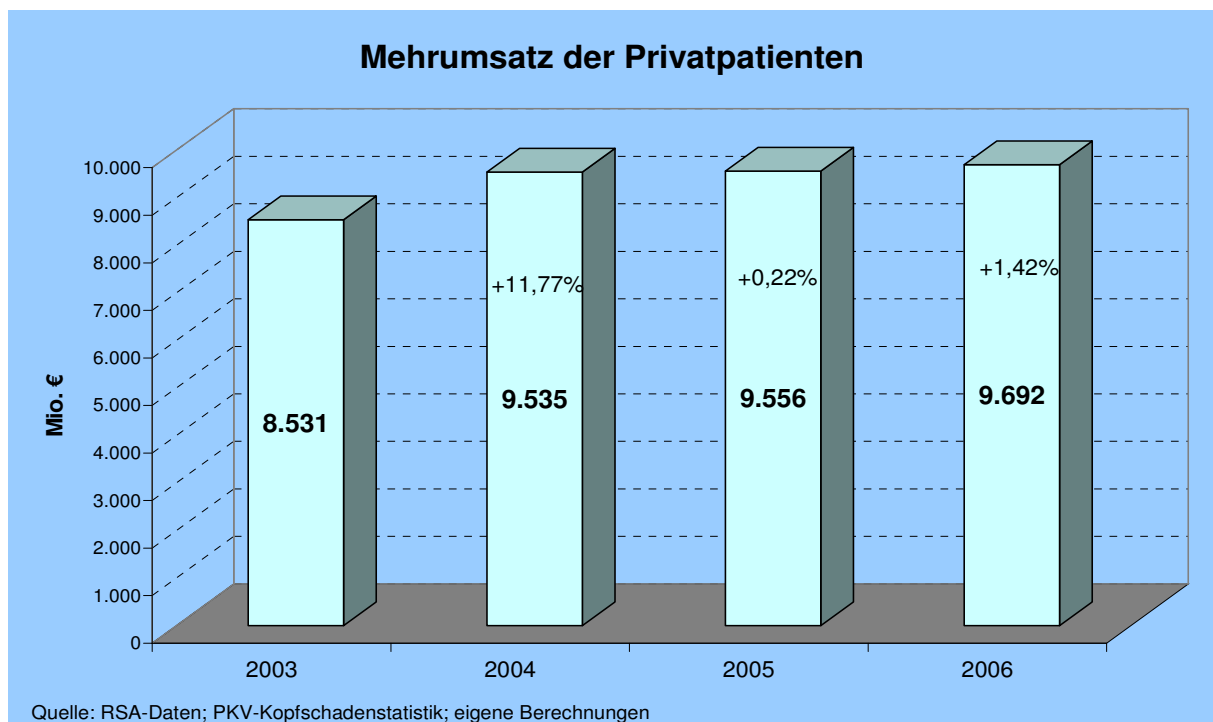
<b>Forschungsarbeiten aus dem WIP</b>	<b>S. 2-4</b>
<b>Blick in die gesundheitsökonomische Forschung</b>	<b>S. 5-9</b>
<b>Betreff „Epidemiologie“</b>	<b>S. 5</b>
<b>Betreff „Evaluationsstudien“</b>	<b>S. 5</b>
<b>Betreff „Gesundheitssystem“</b>	<b>S. 6</b>
<b>Betreff „Prävention“</b>	<b>S. 8</b>
<b>Betreff „Arzneimittel“</b>	<b>S. 9</b>

## Neues aus dem WIP

### Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, von Frank Niehaus, WIP-Diskussionspapier 9/07

In der Studie wird der Betrag, den privat versicherte Patienten aufgrund der Versicherungsform zusätzlich in das Gesundheitssystem zahlen, berechnet. Dieser so genannte Mehrumsatz ergibt sich aus einem Vergleich der Leistungsausgaben für privat und gesetzlich Versicherte. Als Grundlage der PKV-Ausgaben werden Daten der Kopfschadenstatistiken des PKV-Verbandes herangezogen. Die Gesundheitsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden anhand der Informationen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) gewonnen. Aus

Damit lagen die Gesundheitsausgaben 4,5 % über dem Vorjahresniveau. Wären die PKV-Versicherten 2006 in der GKV versichert gewesen, hätte diese für sie nur knapp 13 Mrd. € an Leistungsausgaben ins Gesundheitssystem gezahlt. Diese hypothetischen Ausgaben sind ebenfalls im Vergleich zum Vorjahr um 6,94 % gestiegen. Die Differenz dieser beiden Größen und damit der Mehrumsatz betrug im Jahr 2006 knapp 9,7 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2005 ergibt sich wie in den Vorjahren ein Anstieg (+ 1,42 %). In der Abbildung ist die Entwicklung der jüngsten Zeit dargestellt. Der Anstieg rührt neben der Zunahme der Versichertenzahl in der PKV vor allem auch von der Alterung der Versicherten her. Dadurch, dass der Mehrumsatz pro Person



diesen Daten werden hypothetische Leistungsausgaben berechnet, die PKV-Versicherte verursacht hätten, wären sie statt in der PKV in der GKV versichert gewesen. Die Differenz zu den tatsächlichen Leistungsausgaben der PKV-Versicherten ist der Mehrumsatz. Im Jahr 2006 haben die PKV-Versicherten (inklusive Beihilfeanteil und erfasste Selbstbehalte) ca. 22,7 Mrd. € in das Gesundheitssystem gezahlt.

mit dem Lebensalter im Durchschnitt wächst, führt allein eine Alterung des Versichertenkollektivs schon zu einem Anstieg des Mehrumsatzes. Betrachtet man die einzelnen Bereiche des Gesundheitssystems, so wird ersichtlich, dass der Mehrumsatz vor allem im Bereich der Arzneimittel relativ stark gestiegen ist. Auch im Bereich Arzthonorar und Krankenhaus ist ein Zuwachs auf hohem Niveau

festzustellen. Nur im zahnmedizinischen Bereich ging er zurück.

Mehrumsatz in Mio. €				
Bereiche	Jahr			
	2003	2004	2005	2006
Arzthonorare	3.660	4.106	4.201	4.375
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	2.355	2.538	2.594	2.860
Krankenhaus	590	723	620	773
Zahnmedizin	1.926	2.170	2.140	1.684
<b>Gesamt</b>	<b>8.531</b>	<b>9.536</b>	<b>9.556</b>	<b>9.692</b>

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Mehrumsatz in erster Linie im ambulanten Bereich entsteht. Vor allem die Ärzte und der Arzneimittelbereich profitieren weiter stark von der PKV. Der berechnete Rückgang im zahnmedizinischen Bereich führte dazu, dass der Mehrumsatz insgesamt nur relativ moderat gestiegen ist.

#### **Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2008), von Frank Wild, WIP-Diskussionspapier 1/08**

Bei dieser Studie handelt es sich um eine aktualisierte und erweiterte Fassung der letztjährigen Untersuchung zur Verordnung von neuen Wirkstoffen. Die im vergangenen Jahr eingeführte indikationsbezogene Innovationsquote, welche den Umsatzanteil der neuen Wirkstoffe am Umsatz der therapeutischen Untergruppe misst, wird mit aktuellen Daten berechnet. Dies ermöglicht nicht nur einen erneuten Vergleich bezüglich des Verschreibungsverhaltens neuer Medikamente von PKV und GKV, sondern auch eine Analyse der Entwicklung im Zeitablauf.

Weiterhin wird erstmals gegenübergestellt, welche neueren Medikamente Privatversicherte in deutlich größerem Umfang als Kassenpatienten erhalten. Hierbei werden auch Arzneimittel aufgeführt, die Kassenpatienten nur sehr selten erhalten, die aber in der PKV eine größere Bedeutung aufweisen. Der Untersuchung liegen die Arzneimittelrechnungen zu Grunde, die im Jahr 2006 bei vier PKV-Unternehmen eingereicht wurden. Die Daten der GKV stammen aus dem Arzneiverordnungs-

report. Die Analyse zeigt, dass Privatversicherte anteilig mehr neue Wirkstoffe erhalten als GKV-Versicherte. Die indikationsbezogene Innovationsquote liegt in der PKV bei 7,5 % und damit deutlich höher als in der GKV (5,4 %). Gegenüber dem Vorjahr sind nur marginale Veränderungen zu registrieren.

Umsatzstärkster Wirkstoff des Jahrgangs 2005 ist Erlotinib (Handelsname: Tarceva). Weitere wichtige neue Wirkstoffe in der PKV sind Bevacizumab (Avastin), Atomoxetin (Strattera) und Palonosetron (Aloxi). Unter den neuen Wirkstoffen, die seit 1996 auf dem deutschen Markt zugelassen wurden, befinden sich eine Reihe von Präparaten, die Kassenpatienten anteilig deutlich weniger erhalten. Neben dem Cholesterinsenker Atorvastatin (Sortis), für den GKV-Versicherte Zuzahlungen leisten müssen, ist dies zum Beispiel auch Imiquimod (Aldara) und Oseltamivir (Tamiflu). Einige Wirkstoffe finden sich in größerer Zahl in den eingereichten Verordnungen von Privatversicherten, aber nicht im Arzneiverordnungsreport der GKV, was auf die sehr geringe Zahl dort verweist. Eine entsprechende Auflistung dieser Präparate enthält zum Beispiel drei Mittel bei erektiler Dysfunktion (Tadalafil, Sildenafil, Vardenafil), drei Medikamente der allergischen Bindehautentzündung (Lodoxamid, Emedastin, Epinastin) und drei Krebsmittel (Methylaminolevulinat, Bevacizumab, Erlotinib).

**Sämtliche Diskussionspapiere des WIP finden Sie unter: <http://www.wip-pkv.de>**

## Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten, von Frank Wild, WIP-Diskussionspapier 08/07

In dieser Studie untersucht Wild, ob die Generikaquote je nach Alter der Versicherten unterschiedlich ausfällt und inwieweit sich ein allgemeiner Trend ablesen lässt. Dazu wurden Arzneimitteldaten von mehr als einer Million Privatversicherter ausgewertet. Bei den Daten handelt es sich um Arzneimittelrechnungen, die im Jahr 2006 zur Erstattung bei vier PKV-Unternehmen eingereicht wurden. Als Ergebnis zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Alter der Versicherten und der Generikaquote. Trägt man die ermittelte Generikaquote für jede Altersklasse in eine grafische Abbildung ein, zeigt sich der Kurvenverlauf wie in der Abbildung dargestellt.

Die Generikaquote ist bei den 20- bis 34-jährigen Privatversicherten mit fast 70 % am höchsten, um danach bis auf 42 % bei den 75- bis 89-jährigen abzusinken. Im sehr hohen Alter nimmt der Anteil der Generika dann wieder zu. Für die unter 20-Jährigen konnte kein statistisch signifikantes Resultat ermittelt

werden. Der aufgezeigte Trend konnte für eine Vielzahl von Wirkstoffen aufgezeigt werden. So sind die Generikaquoten des Blutdrucksenkers Amlodipin und des Betablockers Metoprolol bei den Jüngeren im Vergleich zu den Älteren mehr als doppelt so hoch. Die Generika des Magensäurehemmers Omeprazol erreichen bei den 30- bis 34-Jährigen eine Quote von 94,9 %, während bei den 75- bis 79-Jährigen ein Anteil von 74,9 % notiert werden kann.

Wild diskutiert Alters- und Struktureffekte des aufgezeigten Zusammenhangs und liefert eine Reihe von Interpretationen: So könnte es sein, dass Jüngere von Anfang an auf Generika eingestellt werden, während Ältere bereits das Original erhielten, als noch kein Generikum zu dem zugehörigen Wirkstoff existierte und später keine Umstellung erfolgte. Die Untersuchung leistet einen hohen Erkenntnisgewinn zur Verordnung von Generika und kann einen Ansatzpunkt für das Arzneimittelmanagement in den Unternehmen geben.

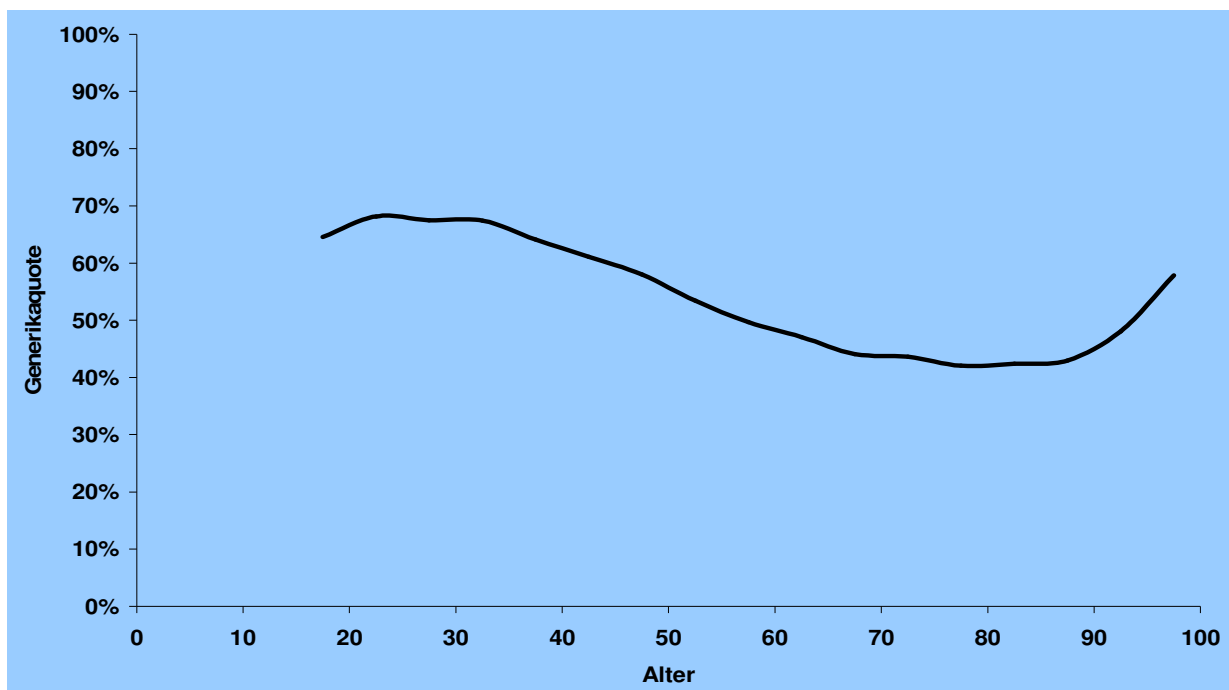


Abbildung: Generikaquote (nach Verordnungen)

# Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

## Betreff „Epidemiologie“

### **Exceptional Longevity in Men,**

**Autoren: Yates, L.; Djousse, L.; Kurth, T.; Buring, J.; Gaziano, M., (2008) in: Archives of Internal Medicine, Vol. 168, No. 3, S. 284-290.**

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden über einen Zeitraum von 25 Jahren (von 1981 bis 2006) 2357 Männer (Durchschnittsalter: 72 Jahre) bezüglich ihres Lebensstils und ihrer Krankheiten beobachtet. Im Blickpunkt stand insbesondere der Einfluss der Risikofaktoren Bewegungsmangel, Rauchen, Adipositas (Übergewicht), Diabetes und Hypertonie (Bluthochdruck). 41 % der Personen erreichten mindestens das 90. Lebensjahr. Von den Personen ohne Risikofaktor erreichten 54 % den 90. Geburtstag. Lagen alle Risikofaktoren vor, betrug die Wahrscheinlichkeit 90 zu werden dagegen nur 4 %. Die Lebenserwartung wurde am meisten gemindert durch Rauchen und Diabetes. Den geringsten Einfluss ermittelten die Autoren bei alleinigem Vorhandensein von Bewegungsmangel bzw. Hypertonie.

### **Body-Mass Index and Incidence of Cancer: A systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Observational Studies,**

**Autoren: Renehan, A.; Tyson, M.; Egger, M.; Heller, R.; Zwahlen, M., (2008) in: The Lancet 2008, Vol. 371, S. 569.**

In einer Metaanalyse untersuchten britische Forscher, inwieweit ein höherer Body-Mass-Index (BMI) das Risiko erhöht an Krebs zu erkranken. Als erhöhten BMI definierten sie einen um mindestens 5 Punkte zu hohen Wert. Ihre Untersuchung erbrachte ein für Übergewichtige alarmierendes Ergebnis. Bei einer Vielzahl von Krebsleiden zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang von Übergewicht und Krebsrisiko. Bei Frauen stieg das Risiko einer Krebserkrankung der Gebärmutter und der Gallenblase jeweils um 59 %, der von Speiseröhrenkrebs um 51 % und bei Nierenkrebs um 34 %. Ein erhöhtes Risiko fand sich bei übergewichtigen Frauen auch bei Brust-, Bauchspeichel-, Schilddrüsen- und Dickdarmkrebs sowie bei Leukämie. Bei Männern wird durch einen erhöhten BMI das Erkrankungsrisiko von Speiseröhrenkrebs (um 52 %), Schilddrüsenkrebs (um 33 %) sowie Dickdarm- und Nierenkrebs (jeweils 24 %) erhöht. Beeinflusst wird zudem Mastdarm- und Hautkrebs sowie Leukämie.

**WIP-Kommentar:** Inwieweit zwischen BMI und Krebsrisiko ein direkter kausaler Zusammenhang besteht, können die Autoren nicht sagen. Möglicherweise geht ein erhöhter BMI auch mit anderen Risikofaktoren einher, die das Krebsrisiko negativ beeinflussen.

## Betreff „Evaluationsstudien“

### **Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates,**

**Autoren: Cohen, J.; Neumann, P., Weinstein, M., (2008) in: The New England Journal of Medicine, Vol. 358, S. 661-663.**

In einer Metaanalyse untersuchten die amerikanischen Gesundheitsökonominnen Cohen, Neumann und Weinstein 599 Artikel führender Fachzeitschriften der Jahre 2000 bis 2005 zum Kosten-Nutzenverhältnis von Präventionsprogrammen. Als Instrument für die Kosten-Nutzenanalyse wurden jeweils die Kosten der QALYs (quality adjusted life year) der einzelnen Programme verglichen. Bei diesem – in den USA sehr verbreiteten – Instrument wird berechnet, wie hoch die Kosten (in US-\$) ausfallen, um dadurch ein qualitätskorrigiertes Lebensjahr zu retten oder zu erhalten. Je nach Höhe der Kosten pro QALY kann der Sinn einer Behandlung hinterfragt werden. Von den untersuchten Präventions-

programmen erwiesen sich 20 % als kostensparend. Darunter fallen bestimmte Schluckimpfungen bei Kleinkindern, aber auch eine einmalige Darmspiegelung bei 60- bis 64-Jährigen zur Früherkennung von Darmkrebs. Der größte Teil der Präventionsmaßnahmen führt zu höheren Ausgaben. So kostet ein Anti-Raucherprogramm für Schüler 23000 US-\$ pro QALY und ein Screening aller 65-Jährigen auf Diabetes im Vergleich zu einem Screening aller Bluthochdruckpatienten auf Diabetes sogar 590 000 US-\$ pro QALY.

**The Effectiveness and Cost-Effectiveness of a National Lay-led self Care Support Programme for Patients with Long-Term Conditions: a Pragmatic Randomised Controlled Trial,**

**Autoren: Kennedy, A. u. a., in: Journal of Epidemiology and Community Health 2007; 61; 254-261 und**

**Cost-Effectiveness of the Expert-Patient-Programme (EPP) for Patient with Chronic Conditions, Autoren: Richardson, G. u. a., in: Journal of Epidemiology and Community Health 2008; 62; 361-367**

Die beiden Studien untersuchen, inwieweit Schulungsprogramme für Chroniker (Expert-Patients programme) mit Blick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis sinnvoll sind. Bei diesen Programmen, die insbesondere in Großbritannien, aber auch in den USA zunehmende Popularität gewinnen, erhalten chronisch Kranke in einer Art Selbsthilfegruppe eine regelmäßige Expertenberatung zum Umgang mit der Krankheit, zur Ernährung, zu Arzneimittel u. ä. Für die Studien wurden 300 Personen zu Beginn und am Ende eines sechsmonatigen Kurses befragt und diese Ergebnisse mit einer gleichgroßen Kontrollgruppe, die nicht an einem derartigen Programm teilnahm, verglichen. Bei den meisten Indikatoren zeigten die Personen im Chronikerprogramm bessere Werte. Sie wiesen ein besseres Wohlbefinden, eine größere Vitalität und eine geringere Stressbelastung auf. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wurde durch die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe nur wenig verändert. Allerdings waren die Pro-Kopf-Ausgaben bei ihnen etwa 38 Euro niedriger. Die Autoren berechneten zudem für die Programmteilnehmer einen Gewinn von 0,02 QALY-Punkten. Dies entspricht etwa einer Woche mehr an „gesundem Leben“ pro Jahr. Sie kommen aufgrund einer Kosten-Nutzen-Analyse zu dem Schluss, dass der Gewinn an Lebensqualität die Kosten, die mit dem Schulungsprogrammen verbunden sind, übersteigt.

## **Betreff „Gesundheitssystem“**

**Kassenwechsel zur Durchsetzung von Versicherteninteressen? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von GKV-Versicherten**

**Autoren: Greß, S.; Braun, B.; Rothgang, H. und Wasem, J., in: Soziale Sicherheit 1/2008, S. 12-17.**

Ausgangspunkt dieser Studie ist die Theorie des „Exit and Voice“, entwickelt von dem amerikanischen Ökonom Hirschmann; sie besagt, dass unzufriedene Kunden oder Mitglieder einer Organisation oder eines Unternehmens zwei Möglichkeiten haben zu reagieren: entweder mit Abwanderung oder mit Widerspruch. Der Ansatz des „Exit“ wird auf die GKV angewendet, in der seit 1997 alle Versicherten das Recht haben die Kasse frei zu wählen und somit auch das Recht die Kasse zu wechseln. Vorhandene Wahlmöglichkeiten, möglichst geringe Wechselkosten und eine Mischung von trägen und abwanderungsfreudigen Kunden in einer Kasse sind Voraussetzungen eines potentiellen Kassenwechsels. Eine repräsentative Umfrage bei GKV-Versicherten ergab eine so große Wechselbereitschaft unter den Versicherten, dass der „Exit“ Mechanismus durchaus eine Bedrohung für die Kassen darstellt. Warum Wechselwillige häufig nicht wechseln, liegt an mangelnden Informationen über die Wechselmodalitäten und auch an mangelhafter Information über Vorteile, die ein Wechsel mit sich bringen kann. Dabei hat der Gesundheitszustand – auch bei chronisch Kranken - keinen Einfluss auf die Wechselneigung und hatte ihn auch nicht auf die tatsächlichen Wechsler. Das Interesse an einem niedrigeren Beitragssatz, der bisher als das zentrale Wettbewerbsinstrument angesehen wurde, spielt keine so große Rolle wie die Zufriedenheit mit der eigenen Kasse.

**Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor,  
Autoren: Sauerland, D.; Kuchinke, B. A. und Wübker, A. (2008), Diskussionspapier der wissenschaftlichen Hochschule Lahr Nr. 11.**

---

Ziel der Untersuchung war es zu überprüfen, ob in deutschen Kliniken die Wartezeit auf eine stationäre Behandlung vom Versichertenstatus abhängt. Um dies zu analysieren, wurden 672 Kliniken angerufen und um einen Behandlungstermin gebeten. 187 Kliniken wurden ausgeschlossen, die entweder nur Belegbetten aufwiesen, die nachgefragte Leistung nicht anboten oder die Termine nur an Fachärzte vergaben. Von den so in die Stichprobe einbezogenen 485 Kliniken fragten 25 % (122 Kliniken) aktiv nach dem Versichertenstatus des Patienten. Zum Vergleich wurde bei diesen 122 Kliniken nach 14 Tagen erneut – nun aber als angeblicher Privatpatient – nach einem Termin gefragt. In 77 Fällen erhielt bei den Diagnosen Stenose und Knöchelbruch der Privatpatient im Durchschnitt signifikant eher einen Termin als der gesetzlich Versicherte. Bei Stenosen betrug die durchschnittliche Wartezeit 13,89 zu 11,81 Tagen inklusive Samstags- und Sonn- und Feiertage und bei Knöchelbruch 4,73 zu 2,05 Tagen. In den 45 Fällen, bei denen ein Krebsverdacht vorgegeben wurde, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Wartezeit zwischen den Versichertentypen. Die Autoren kommen zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass der Zugang zu kurzfristig erforderlichen, stationären medizinischen Leistungen vom Versichertenstatus abhängig sein kann.

**WIP-Kommentar:** Die Ergebnisse der Arbeit lassen aber auch eine andere Interpretation zu: In 75 % der Krankenhäuser ist der Versichertenstatus bei der Vergabe eines Behandlungstermins ohne Bedeutung. In den verbleibenden 25 % gibt es überschaubare Unterschiede. Aber auch das relativiert sich. Um einen Einfluss einer Krankenhausbudgetauslastung zu berücksichtigen, wurde ein Teil der Anrufe am Jahresende durchgeführt. Wenn aber am Jahresende zunächst als angeblich gesetzlich Versicherter angerufen wurde und 14 Tage später – im dann neuen Jahr – als privat Versicherter, können die ohnehin geringen Unterschiede schon auf den Einfluss der Feiertage und die Urlaubszeit zurückzuführen sein.

Bemerkt sei noch, dass die Vergütung von gesetzlich und privat Versicherten im Krankenhaus grundsätzlich gleich ist. Zusätzlich vergütet werden Wahlleistungen wie Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer. Privatversicherte haben die Leistungen häufig – aber auch nicht immer – abgesichert. Aber auch gesetzlich Versicherte haben hierfür unter Umständen eine Zusatzversicherung oder können die Leistungen direkt privat zahlen. So müsste ein Krankenhaus, hätte es die in der Studie unterstellten finanziellen Interessen, die Existenz einer Versicherung über Wahlleistungen oder die individuelle Zahlungsbereitschaft abfragen und nicht den Versichertenstatus.

**Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany,**

**Autoren: Lungen, M.; Stollenwerk, B.; Messner, P.; Lauterbach, K.W.; Gerber, A. (2008), in: International Journal for Equity in Health 7:1.**

---

Im deutschen Gesundheitswesen können niedergelassene Ärzte unterschiedliche Preise für medizinische Leistungen abrechnen, in Abhängigkeit des Versichertenstatus des Patienten. Ziel dieser Untersuchung war es, empirisch zu prüfen, ob die oftmals beklagte darauf zurückzuführende Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten im ambulanten Sektor bestätigt wird. Dazu wurden im April und Mai 2006 128 Praxen im Köln-Bonner-Leverkusener Raum angerufen und um einen Behandlungstermin gebeten. Der Anrufer gab sich entweder als privat oder gesetzlich Versicherter aus, jede Praxis wurde nur einmal angerufen. Es wurde um einen Allergie- oder einen Lungenfunktionstest, um eine Augenuntersuchung, eine Magenspiegelung, einen Hörtest oder eine Magnetresonanztomographie des Knies gebeten. Gezählt wurde als Wartezeit die Werkzeuge zwischen Anruf und Termin. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Wartezeiten zwischen privat und gesetzlich Versicherten sehr unterschiedlich sind und gesetzlich Versicherte im Schnitt etwa dreimal so lang auf einen Termin warten wie privat Versicherte.

**WIP-Kommentar:** Die Ergebnisse dieser Studie werden von den Autoren als repräsentativ gewertet. Betrachtet man die Studie eingehender, so bestehen allerdings einige Einwände bezüglich der Aussagekraft: Wichtigster Kritikpunkt ist die geringe Anzahl der Praxen, die angerufen wurden; in einem noch dazu eng begrenzten Gebiet, den Köln-Bonner Raum, wo die Fachärztedichte und privatversichertendichte relativ groß ist. Damit ist keine Aussagekraft für Gesamtdeutschland gegeben. Die große Frage, ob es neben Serviceunterschieden auch bei ernstesten Erkrankungen Unterschiede gibt, lässt sich mit der Studie erst recht nicht beantworten. Bei Gastroenterologen wurde nur fünfmal als privat Versicherter und fünfmal als gesetzlich Versicherter mit der Frage nach einer Magenspiegelung angerufen. Damit ist die Zahl der Anrufe hier extrem niedrig. Hier ist fraglich, ob der Anrufer auf den Verdacht einer ernstesten Erkrankung wie - z.B. Krebs - hingewiesen hat. In diesem Fall würde aber auch der überweisende Arzt für eine zeitnahe Terminvergabe sorgen. Zudem vergleicht die Studie nur Wartezeiten von neu zugezogenen Patienten einer Praxis und nicht von Stammpatienten oder Patienten mit Überweisungen von bekannten (Haus)ärzten.

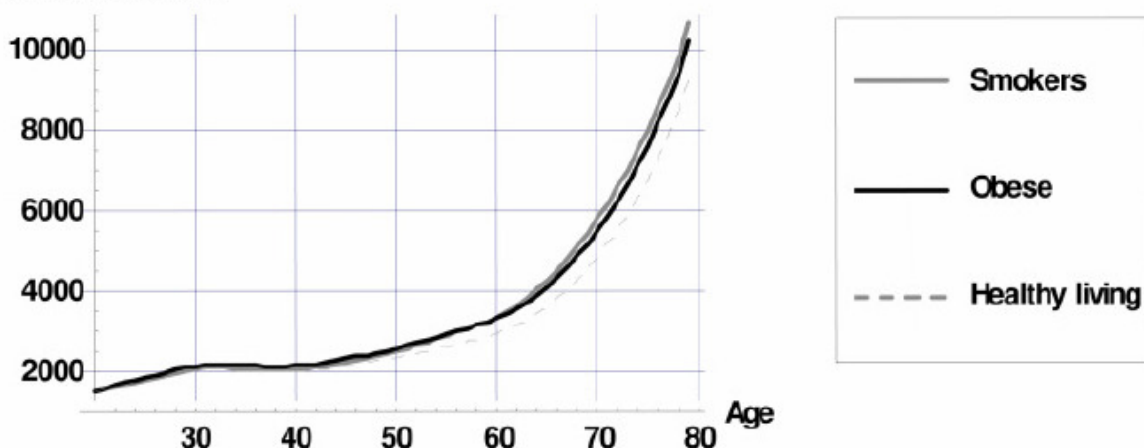
## Betreff „Prävention“

### Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention no Cure for Increasing Health Expenditure

**Autoren: Van Baal, P. H. M. Polder J. J.; de Witt, G.A.; Hoogenveen, R.T.; Feenstra, T.L.; Boshuizen, H. C.; Engelfriet, P. M.; Brouwer, W. B. F. in: PLoS Medicine, Vol. 5 (2), e29.**

Die niederländische Studie untersucht anhand eines Simulationsmodells, wie sich die über das Leben anfallenden Gesundheitskosten zwischen übergewichtigen Personen, Rauchern und gesund lebenden Personen unterscheiden. Als Input werden Kostenprofile dieser drei Gruppen verwendet, die sich aus in den Niederlanden erhobene Daten ergeben. In der Abbildung sind diese Profile wiedergegeben. Übergewichtige und Raucher haben bei gleichem Lebensalter im Durchschnitt höhere Gesundheitsausgaben verursacht als gesund lebende Personen.

**A: average annual health care costs in €**



Quelle: van Baal et al.

Berücksichtigt man aber die geringere Lebenserwartung der Übergewichtigen und der Raucher, sind die Gesundheitsausgaben der gesund lebenden Personen über das gesamte Leben betrachtet am höchsten. Daraus folgern die Autoren, dass Prävention von Übergewicht zwar die Kosten von mit Übergewicht verbundenen Erkrankungen senke, dieser Einspareffekt aber überkompensiert werde durch eine steigende Lebenserwartung mit Auftreten von Krankheiten, die nicht in Zusammenhang mit dem Übergewicht stehen. Prävention von Übergewicht sei damit vielleicht ein wichtiger und kosteneffektiver Weg die Volksgesundheit zu verbessern, aber sie verhindere nicht den Anstieg der Gesundheitsausgaben.

## Betreff „Arzneimittel“

**Nicht verordnen: Ezetimib (Ezetrol u.a.) nach wie vor ohne Nutzenbeleg, in: arznei-telegramm 2008, No. 2, S. 19-20**

Der Wirkstoff Ezetimib wurde im Jahr 2002 von den Firmen MSD Pharma und Essex Pharma als Cholesterinsenkendes Mittel auf dem deutschen Markt eingeführt. Der Wirkstoff wird zum einen als Monopräparat unter dem Handelsnamen Ezetrol als auch als Kombinationspräparat mit dem Wirkstoff Simvastatin unter dem Namen Inegy vertrieben. Als Standardpräparat bei den Lipidsenkern gilt das 1990 eingeführte Simvastatin, zudem neben dem Original Zocor auch Nachahmerpräparate (Generika) erhältlich sind. Ezetimib ist bis 7-mal teurer als ein Simvastatin-Generikum. Das arznei-telegramm weist darauf hin, dass auch sechs Jahre nach Einführung von Ezetimib kein Nachweis über einen klinischen Mehrnutzen gegenüber Simvastatin vorliegt. Anlass für den Hinweis ist die Bekanntgabe der Ergebnisse der ENHANCE-Studie. Diese hatte festgestellt, dass Ezetimib trotz stärkerer Blutfettsenkung (LDL-Senkung) die Bildung von atherosklerotischer Plaque nicht besser als Simvastatin verhindert. Die Studie wurde bereits im April 2006 abgeschlossen. Es liegen Vermutungen vor, dass die Initiatoren der Studie, die beiden Herstellerfirmen, die für sie negativen Ergebnisse unter Verschluss hielten, um den Absatz nicht zu gefährden. Die Veröffentlichung erfolgte nunmehr unter großem öffentlichem und politischem Druck. Zudem ermittelt in den USA die Staatsanwaltschaft.

**WIP-Kommentar:** In der PKV gehören die Ezetimib-Präparate zu den umsatzstärksten Arzneien. Das Kombinationspräparat Inegy rangiert in der Umsatzrangliste auf Platz 14 und Ezetrol auf Platz 39. Kassenpatienten erhalten diese teuren Cholesterinsenker weniger häufig. Hier werden von diesen beiden Medikamenten die Plätze 24 und 109 belegt.

**Erhöhte Lungenkrebsrate unter inhalativem Insulin Exubera, in: Blitz-arzneimittel-telegramm vom 10. April 2008**

Das inhalierbare Insulin Exubera war im Mai 2006 auf dem deutschen Markt erschienen. Es wurde bereits damals aufgrund zahlreicher Zweifel an Lungenverträglichkeit und Langzeitriskiken skeptisch gesehen. Im Oktober 2007 musste Hersteller Pfizer die Vermarktung schließlich einstellen. Eine klinische Studie von Pfizer brachte nun weitere ernüchternde Erkenntnisse. Von 4750 Patienten in dieser Studie waren sechs Personen an Lungenkrebs erkrankt. In der gleich großen Kontrollgruppe, die kein Exubera erhielten, erkrankte nur einer. Bei allen Erkrankten handelt es sich um Raucher. Dieses Ergebnis wird wahrscheinlich neben der vollständigen Marktrücknahme auch die Einstellung der Forschung nach weiteren inhalierbaren Insulinen bei anderen Pharmafirmen bedeuten.

## IMPRESSUM

*Herausgeber:*

WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV) des  
Verbands der privaten Krankenversicherung  
e.V.

*V.i.S.d.P.:* Christian Weber

*Redaktion:* Dr. Kornelia van der Beek

Bayenthalgürtel 40  
50968 Köln

*Telefon:* 0221-9987-1652

*Telefax:* 0221-9987-3956

*Internet:* <http://www.wip-pkv.de>

*E-Mail:* [wip@pkv.de](mailto:wip@pkv.de)

[www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)