

Was kostet COPD in Deutschland?

Ergebnisse der Deutschen Krankheitskostenstudie



Dr. Eva Susanne Dietrich

Verschiedene Daten weisen darauf hin, dass die Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) eine häufige, teure und vermeidbare Erkrankung ist, die noch nicht optimal therapiert wird. 30 % aller Raucher entwickeln eine COPD. Der Sachverständigenrat konstatierte außerdem auf der Basis einer Studie mit 344 Ärzten (1996) wesentliche Versorgungsdefizite aufgrund einer zu späten Diagnosestellung und einer nicht den Leitlinien entsprechenden oder nicht dem Schweregrad der Erkrankung angemessenen Behandlung¹. Detaillierte und aktuelle Daten zu den Kosten und der Versorgungsstruktur waren bis dato jedoch nicht für Deutschland verfügbar. Diese Lücke sollte durch die Studie gefüllt werden.

Methodik

Die multizentrische, retrospektive Beobachtungsstudie bestand aus einer Vor- und einer Hauptstudie. In der Vorstudie wurden Daten

zum Krankheitsverlauf von 814 COPD-Patienten bei niedergelassenen Pneumologen, Allgemeinmedizinern und Internisten erhoben, um die Verteilung der Schweregrade (Definition nach American Thoracic Society²) und der Häufigkeit von Exazerbationen auf breiter Basis zu ermitteln. In der Hauptstudie wurden die Kosten für 321 zufällig ausgewählte Patienten aus der Vorstudie ermittelt, die nach Schweregrad und Facharztgruppe stratifiziert wurden. Diese Kosten wurden dann mit den Daten der Vorstudie zusammengeführt und mit der tatsächlichen Häufigkeit der einzelnen Schweregrade für jede Facharztgruppe in der Praxis gewichtet.

Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug 64 Jahre, die durchschnittliche Zeit seit COPD-Diagnose 7,5 Jahre, der durchschnittliche FEV₁-Wert 53,7 %. Nur 25 % der Patienten waren noch erwerbstätig. 91 % waren gesetzlich versichert. Im Durchschnitt rauchten die Patienten 28 Zigaretten pro Tag. Bei 66 % der Patienten wurde eine leichte COPD diagnostiziert, bei 24 % eine mittelschwere und bei 10 % eine schwere COPD. Bei den Pneumologen (43,5 % leicht, 37,0 % mittel und 19,5 % schwer) wurden mehr Patienten

mit schwerer COPD behandelt als bei Allgemeinmedizinern und Internisten (75,2 % leicht, 18,3 % mittel und 6,5 % schwer). Die durchschnittliche Anzahl der Exazerbationen pro Patient und Jahr lag bei circa zwei. 90 % der Exazerbationen wurden ambulant behandelt.

Pro Patient und Jahr wurden durchschnittlich 11,8 Arztkonsultationen wegen COPD dokumentiert und 18-mal Medikamente verschrieben (siehe Tabelle). Ein Krankenhausaufenthalt wegen COPD dauerte durchschnittlich zwölf Tage (schwere COPD: 17 Tage; leichte: elf Tage). 13 % der Patienten waren arbeitsunfähig wegen COPD (im Durchschnitt 37 Tage pro betroffenen Patienten) und 10 % der Patienten benötigten Krankentransporte. 8 % der Patienten befanden sich wegen COPD bereits in Frührente.

Die durchschnittlichen jährlichen Kosten der COPD aus volkswirtschaftlicher Sicht betragen 3027 Euro pro Patient. Die Zusammensetzung der Kosten ist in der Abbildung dargestellt.

Die durchschnittlichen Kosten pro Exazerbation beliefen sich auf 2960 Euro (stationär) bzw. 149 Euro (ambulant). Fast zwei Drittel (64 %) der volkswirtschaftlichen Kosten wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, die restlichen Kosten von der Rentenversicherung (17 %), vom Patienten (3 %), der Pflegeversicherung (2 %) oder sonstigen Leistungsträgern (14 %, überwiegend Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber).

Eine Extrapolation der Kosten für Deutschland war leider nicht möglich, da keine verlässlichen Prävalenzdaten zu den COPD-Patienten, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, für Deutschland vorliegen.

Implikationen

Die Ergebnisse der Krankheitskostenstudie zeigen die enorme finanzielle Belastung des deutschen Gesundheitssystems infolge

Medikament	Schweregrad			Gesamt
	Leicht	Mittel	Schwer	
Beta ₂ -Stimulantien, systemisch	1	1	3	1
Beta ₂ -Stimulantien, langwirksam, inhalativ	9	13	11	10
Beta ₂ -Stimulantien, kurzwirksam, inhalativ	12	10	9	11
Xanthine, systemisch	16	17	14	15
Kortikoide, inhalativ	11	7	8	10
Beta ₂ -Stimulantien und Kortikoide, inhalativ	12	7	6	11
Anticholinergika, rein, inhalativ	9	8	10	8
Anticholinergika und Beta ₂ -Kombinationen, inhalativ	5	9	13	6
Husten- und Erkältungspräparate	8	6	5	7
Kortikosteroide, systemisch	3	9	10	5
Antibiotika, systemisch	6	6	5	6
Sonstiges	10	7	6	10

Tabelle: Medikamentöse Behandlung (% der Verschreibungen) nach Schweregrad.

¹ Sachverständigenrat. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. 2000/2001; Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung (<http://www.svr-gesundheit.de>)

² ATS statement. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 77-120

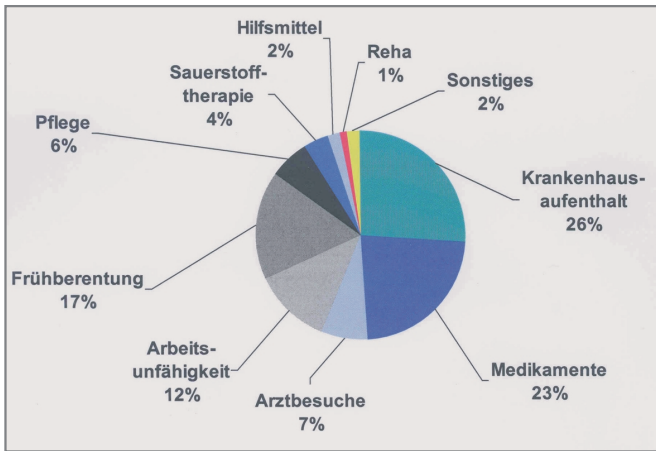


Abbildung: Kostenzusammensetzung aus der volkswirtschaftlichen Perspektive.

COPD auf, die durch eine sinnvolle Präventionspolitik und auch eine adäquate Behandlung reduziert werden könnte. Eine leitlinienorientierte Versorgung ist jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt und wäre zudem mit zusätzlichen Ausgaben verbunden, welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf 660 bis 1900 Millionen Euro je nach tatsächlicher Prävalenz (5 oder 10 %) berechnet hat.

Eine Vollpublikation der Studie ist eingereicht. Handouts vom Kongress der International Society of Pharmacoeconomics und Outcome Research sowie eine Studienbeschreibung sind bei der Autorin erhältlich.

Autoren: Dr. Eva Susanne Dietrich (KBV, Köln), Professor Dr. Dennis Nowak (Klinikum der LMU München, Arbeits- und Umweltmedizin), Professor Dr. Peter Oberender (Universität Bayreuth, Sozialrecht und Gesundheitsökonomie), Professor Dr. Karl Überla (Institut für medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie – IBE –, München), Ursula Reitberger, Claudia Schlegel (beide Kendle International Inc., München), Dr. Stephan Ruckdäschel (Pfizer GmbH, Karlsruhe), Roland Welsch (Boehringer Ingelheim Pharma KG)

Korrespondenzautorin: Dr. Eva Susanne Dietrich, KBV, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln

Federvieh

Jetzt weiß ich's: Ärzte haben doch keinen Vogel. Der Arzt ist ein Vogel. Jeder wäre gern ein Adler, stolz und majestätisch, ein scharfsichtiger Jäger. Doch dazu reicht es eben manchmal nicht ganz. Dann werden sie halt Schluckspechte oder Schmutzfinnen. Selten gibt es auch Nachtfalke. Viele werden von ihren Frauen allerdings nur Spatz genannt.

Immer öfter werden sie in letzter Zeit auch als lahme Enten betitelt, gerade in Sachen Fortbildungsaktivitäten der Ärztinnen und Ärzte. Oder auch als diebische Elstern, wenn es um ihre Honorarabrechnungen oder um die von ihnen angebotenen Igel-Leistungen geht. Doch das ist ziemlich gemein, bedenkt man, dass „BILD“ erst kürzlich schrieb, dass schätzungsweise 40 Prozent der niedergelassenen Arztpraxen in der Bundesrepublik überschuldet seien. Die heute sichtbare Insolvenzrate bei niedergelassenen Ärzten betrage nach Erfahrungswerten etwa zehn Prozent. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer weitaus höher liege. Also Pleitegeier allerorts.

Unzumutbare Arbeitszeiten im Krankenhaus, massig Verwaltungsarbeit und Unterbezahlung (gerade als Arzt oder Ärztin im Praktikum), Hausbesuche und Krankenkassen-Schikanen machen Ärztinnen und Ärzten das Leben schwer – sie fühlen sich als dumme Amseln.

Da sagen sich doch viele Medizinstudenten, „ich hab' doch keine Meise“ und satteln noch während des Medizinstudiums schnell auf andere Fächer um oder gehen nach dem Staatsexamen gleich in vermeintlich „bessere“ Berufe.

Etliche machen dann irgendwann den Abflug, werden zum Zugvogel, zum Beispiel Richtung Skandinavien – wen wundert's?

*Frägt sich
Ihr*

MediKuss



Zeichnung: Dr. Markus Oberhauser, St. Gallen