
Jahreskonferenz 2011 der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (DGGÖ) Finanzierung des Gesundheitswesens - Effizienz und Gerechtigkeit

Bayreuth, 21. bis 22. März 2011

Thomas Wilke¹, Stefan Tesch¹, Antje Groth¹, Frank Verheyen², Roland Linder, Susanne Ahrens

¹ Institut für Pharmakoökonomie und Arzneimittellogistik (IPAM), Hochschule Wismar

² Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG), Techniker Krankenkasse Hamburg

Methodische Grundsätze der Messung von medikamentenbezogener Non-Adherence: Das Beispiel oraler Antidiabetika bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ-2 auf Basis eines administrativen Datensatzes der Techniker Krankenkasse

Abstract

Einleitung

Das nicht-therapiekonforme Verhalten von Patienten (Non-Adherence bzw. NA) im Sinne der Abweichung von medikamentösen Therapieschemata stellt mit Quoten betroffener Patienten von bis zu 50-60 % eine der größten nationalen und internationalen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung dar (WHO 2005). Die medikationsbezogene NA von Patienten verursacht nach Informationen eines HTA-Berichts in Deutschland Kosten in Höhe von ca. 10 Mrd. € (Gorenoi et al. 2007). Für zahlreiche Indikationen und Medikationsregime ist nachgewiesen, dass NA zu zusätzlichen krankheitsbezogenen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und einer höheren Mortalität führt (Osterberg et al. 2005).

Die methodisch sichere Ermittlung des Ausmaßes von NA stellt eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau und die Bewertung effektiver Adherence-Programme dar. Krankenkassendaten können hierbei in Deutschland eine wichtige Quelle sein; bislang spielen sie im internationalen Kontext im Rahmen der NA-Forschung allerdings kaum eine Rolle. Soll das Ausmaß von NA auf Basis von Krankenkassendaten analysiert werden, sind spezifische Anforderungen an die Methodik der Analyse zu stellen. Ziel dieser Studie ist es, die methodischen Grundsätze der NA-Analyse auf Basis eines deutschen Krankenkassendatensatzes zu entwickeln. Dies erfolgt am Beispiel der Patienten der Techniker Krankenkasse mit der Indikation Diabetes mellitus Typ-2.

Methodik

Die Analyse erfolgte auf Basis aller im Zeitraum 2006 – 2008 durchgängig bei der TK Versicherten (n = 5.428.574). Insgesamt wurden 10 wesentliche Parameter identifiziert, die das Ergebnis einer NA-Analyse beeinflussen:

- Definition Einschlusskriterien für das Sample (gesicherte Diagnosen (ja/nein), Zahl der Diagnosen (jährlich mindestens 1, 2 oder 3), Ort der Diagnose (Krankenhaus, Facharzt, Allgemeinarzt), Mindestanforderungen an Medikation (nein, ja – wenn ja: welche?), Teilnahme des Patienten an einem DMP-Programm (ja/nein), Mindestanzahl an Verschreibungen (jährlich 1, 2 oder 3 Verschreibungen));
- Verwendeter NA-Indikator (Medication-Possession-Ratio (MPR), Proportion of Days Covered (PDC), Continuous Measure of Medication Gaps (CMG) oder andere);

- Definition „NA“ („threshold“ = spezifische Ausprägung der obigen Indikatoren, ab der ein Patient als "non-adherent" bezeichnet wird; in meisten Publikationen bislang MPR<80 % mit NA gleichgesetzt);
- Definition der Sollprofile der Patienten (DDDs, Leitlinien, gruppenspezifische oder patientenindividuelle „historische“ Dosierungen);
- Umgang mit Medikamentenwechseln/Medikationsmustern (mit/ohne Berücksichtigung, wenn Berücksichtigung: wie?);
- Berücksichtigung von Krankenhausaufenthalten (ja/nein);
- Berücksichtigung von Medikamentenüberbeständen bzw. „stockpiling“ (ja/nein);
- Analyse von Patienten mit Monomedikation vs. Multimedikation;
- Bei Patienten mit Multimedikation: wie Ableitung von Sollprofilen („einfache“ DDDs versus kombinierte DDDs);
- Beobachtungszeiträume (Kalenderzeiträume versus Zeiträume von erster bis letzter Verschreibung; jahresspezifische versus jahresübergreifende Analysen);

In einer „Szenarioanalyse“ wurde der quantitative Einfluss jeder Annahmeausprägung abgeleitet. Auf der Grundlage dieser Untersuchungen wurden Grundsätze einer NA-Analyse auf Basis deutscher Krankenkassendaten definiert. Die Analyse erfolgte anhand des Wirkstoffes Metformin (ATC A10BA02).

Ergebnisse

Aufgrund der definierten Kriterien wurden in die NA-Analyse 241.537 Diabetes Typ 2 Patienten eingeschlossen. Dies entspricht 4,45 % des Gesamtsamples.

Die NA-Analyse von 110.412 Diabetes-Typ-2-Patienten im Betrachtungszeitraum 2006 – 2008, die den Wirkstoff Metformin verordnet bekommen haben, verdeutlicht, dass bei Zugrundelegung eines Sollprofils nach DDD die durchschnittliche MPR (\emptyset MPR) bei 62,3% und der Anteil der Patienten mit einer MPR < 80% bei 65,4% liegt (Basis-Szenario). Im Rahmen der Studie zeigte sich, dass die verschiedenen Parameter in sehr unterschiedlicher Höhe die quantifizierten NA-Quoten beeinflussen (siehe Tabelle 1). Die wesentlichen Parameter betreffen die Wahl des Sollprofils, die Entscheidung, ob lediglich Patienten mit Mono- und/oder Multimedikation analysiert werden, sowie die Festlegung einer Mindestzahl an Verschreibungen. Ohne klare und transparente Darstellung dieser Annahmen ist eine Vergleichbarkeit von NA-Analysen nicht gegeben und deren Aussagekraft stark eingeschränkt.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Ein von den Autoren durchgeführtes Review der internationalen Literatur zum Ausmaß von NA und dessen Analyse auf Basis administrativer Daten zeigte, dass die in dieser Untersuchung analysierten Annahmen nur in den wenigsten Publikationen transparent dargestellt werden. Damit ist die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studien stark eingeschränkt. Die vorliegende Studie verdeutlicht – auch international – erstmals, welchen quantitativen Einfluss spezifische Annahmen bei der NA-Analyse auf das Ergebnis ausüben. Auf dieser Basis sollten „gute Grundsätze der NA-Analyse mit deutschen Krankenkassendaten“ abgeleitet werden, wie es sie ähnlich z. B. für die generelle Sekundärdatenanalyse (AGENS, DGSMP, DGEpi, GMDS: GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse) gibt.

Kontakt

Prof. Dr. Thomas Wilke IPAM
 IPAM, Hochschule Wismar
 PF 1210, 23952 Wismar, Germany
 Email: Thomas.wilke@hs-wismar.de
 Telefon: 0049-3841-753-504