



26. Jahrestagung ACO-ASSO

**Cancer therapy a luxury
we can not afford? Kosten
& Effektivitäten in der
Onkologie**

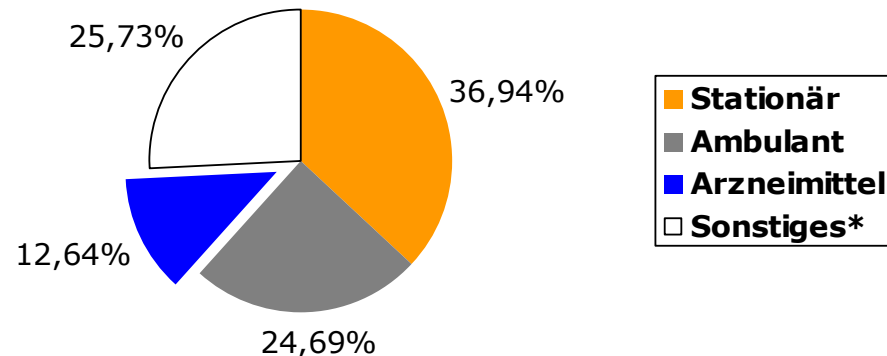
**Dr. Evelyn Walter
09. Oktober 2009**

Steigende Bedeutung der Gesundheitsökonomie

- ▶ **Bis Mitte der 80er Jahre war es ausreichend, medizinische Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu bewerten.**
- ▶ Eine Voraussetzung für dieses System waren ausreichend finanzielle Ressourcen, um die erbrachten Gesundheitsleistungen zu finanzieren.
- ▶ Seit 30 Jahren steigen jedoch die Ausgaben im Gesundheitswesen in den meisten Ländern überproportional an.
- ▶ Die klassischen Wege der Kostensenkung alleine werden nicht ausreichen, die Kostenproblematik zu beseitigen.
 - ⇒ Künftig ist die Steuerung von Gesundheitsleistungen auch durch eine monetäre Bewertung unvermeidbar.
 - ⇒ Dies sollte jedoch nicht nur anhand der Kosten, sondern anhand des Wertes einer Leistung geschehen.

- ▶ Die Gesamtausgaben betragen 27.453 Mio. EUR im Jahr 2007
- ▶ Die größte Ausgabenposition ist mit 36,94% oder 10.142 Mio. EUR der stationäre Bereich.
- ▶ Im niedergelassenen Bereich wurden 6.778 Mio. EUR ausgegeben (24,69%).
- ▶ Im **Arzneimittelbereich** wurden **3.471 Mio. EUR (12,64%)** ausgegeben.
- ▶ Davon entfallen **5,2%** auf **onkologische Arzneimittel** (ATC-Klassen L01 und L02) = 0,7% der Gesundheitsausgaben

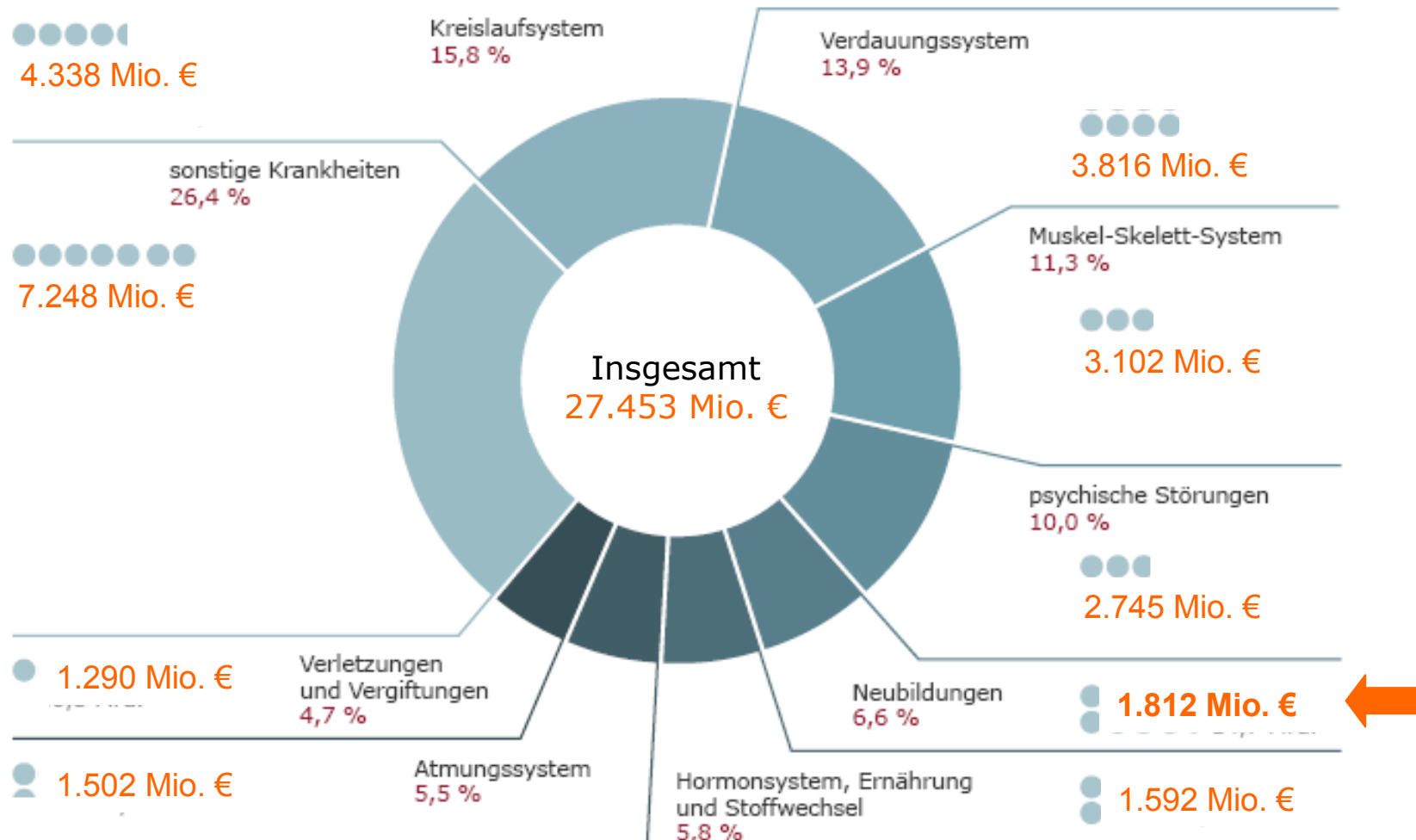
Gesundheitsausgaben nach Bereichen 2007



Quelle: Statistik Austria SHA, OECD

*Unter „Sonstiges“ werden Ausgaben für Langzeitpflege, Krankentransporte, der öffentliche Gesundheitsdienst und Prävention, Verwaltung, med. Geräte und Ausrüstungen und die private Versicherung zusammengefasst

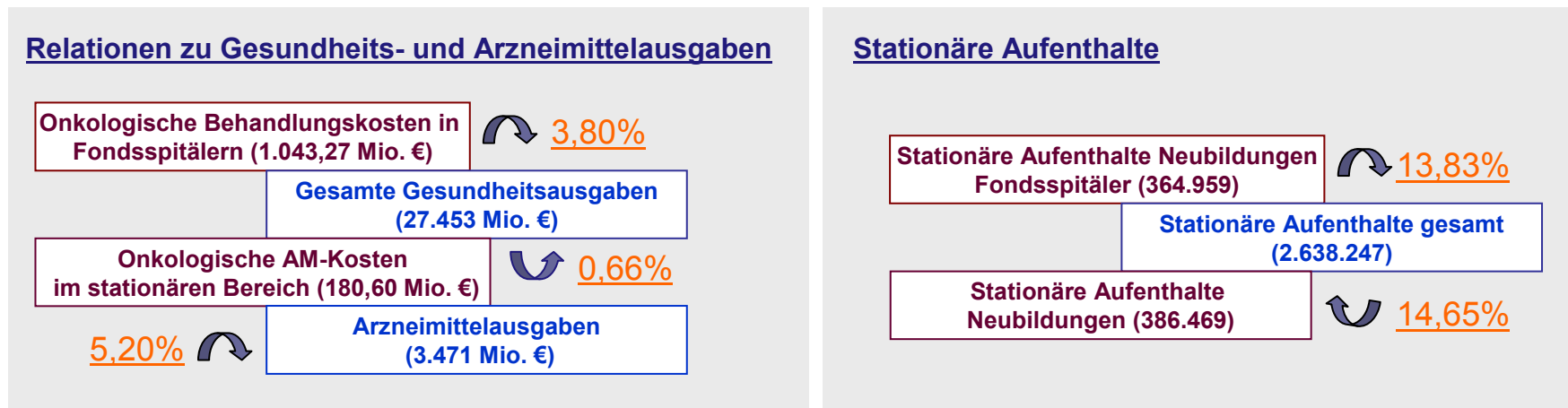
Krankheitskosten anteilig an den Gesundheitsausgaben



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankheitskosten 2002, umgerechnet auf Österreich

Spitalskosten im Bereich Onkologie

- ▶ **Onkologische Behandlungskosten** in Fondsspitalern entsprechen **3,8%** der gesamten **Gesundheitsausgaben** und **10,7%** an den **Krankenhauskosten**.
- ▶ Auf **onkologische AM** entfallen **5,2%** der gesamten **Arzneimittelausgaben**.
- ▶ **13,83%** aller **Spitalsaufenthalte** erfolgen aufgrund von onkologischen Indikationen.
- ▶ **Keine Kostenexplosion sondern Budgetknappheit!**

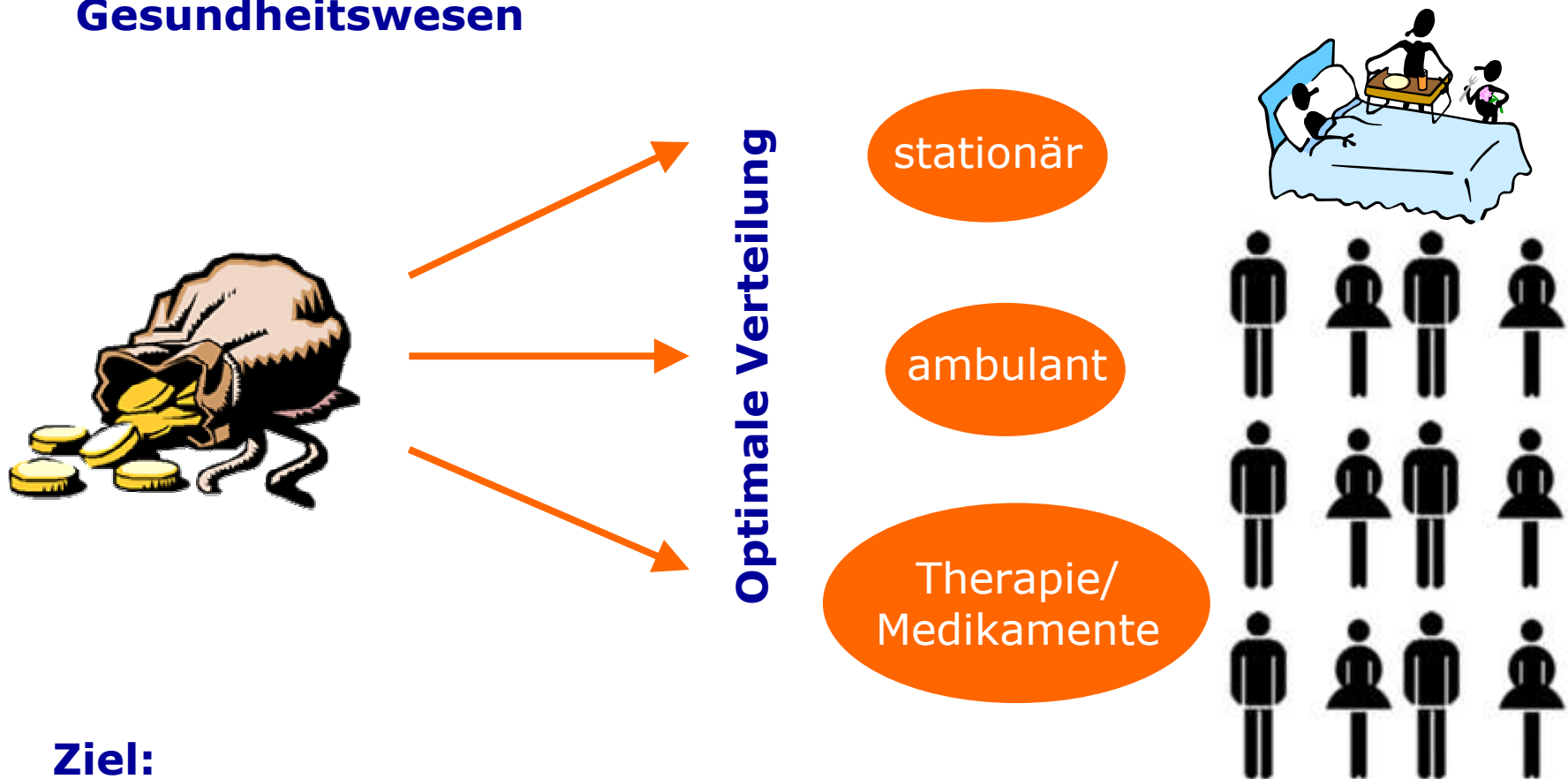


Quelle: E. Walter et al., WMW (2008) 158/7-8: 227-233

- ▶ In der **onkologischen Versorgung** wird seit Jahren eine **Zunahme des medizinischen Verbrauches durch Leistungssteigerungen** - höhere Fallzahlen aber auch durch Supportivtherapien - einerseits und den **medizinischen Fortschritt** andererseits beobachtet. Analysen der Kostenentwicklung wurden in erster Linie im Zeitverlauf durchgeführt.
- ▶ Die **Inzidenz** von Krebserkrankungen ist europaweit seit Jahrzehnten im Ansteigen. Im Jahr 2006 erkrankten in Österreich 36.923 Menschen an bösartigen Neubildungen.
- ▶ Insgesamt erkrankt jeder Dritte im Laufe seines Lebens an Krebs.
- ▶ Dennoch bleibt die Gesamtanzahl der Menschen, die an Krebs versterben, in etwa gleich.

Aufgabe der Gesundheitsökonomie

Optimale Verteilung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen



Ziel:

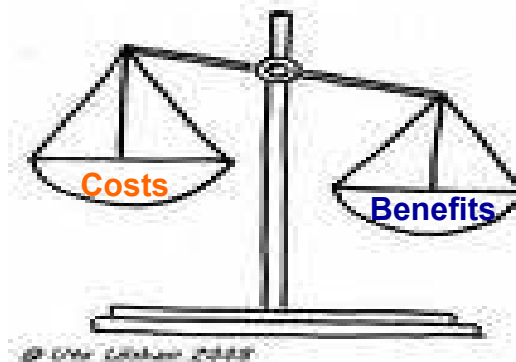
- ⇒ maximaler Nutzen für den Patienten
- ⇒ positives Kosten Nutzen Verhältnis

Was ist die Gesundheitsökonomische Evaluation?

▶ Gesundheitsökonomische Evaluation

⇒ VOLLE gesundheitsökonomische Evaluationen vergleichen Kosten UND Konsequenzen (effectiveness; benefits) von ZWEI oder mehreren Alternativen. VOLLE ökonomische Evaluationen benötigen demnach die Identifikation und Bewertung von Kosten UND Konsequenzen. Eine VOLLE ökonomische Evaluation ist daher die einzige Studienform, mit deren Hilfe sich eine valide Aussage über effektive Alternativen ableiten lässt.

▶ Evaluationsstudien im Bereich Onkologie sind mit Limitationen verbunden!



Grenzen der Gesundheitsökonomie (1)

Problem 1: Bewertung der Therapieeffekte

- ▶ Harte klinische Endpunkte wie Gesamtüberleben (**overall survival**, OS) aus RCT kaum vorhanden.
- ▶ **Progression-free survival**, PFS. Mit Einsetzen der Progression setzt eine Therapie ein. Effekt der ökonomischen Analyse = Effekt des Therapiealgorithmus
- ▶ Der Nachweis einer Verbesserung der **Lebensqualität** ist mit Schwierigkeiten verbunden. Onkologische Therapien mit kurativer aber auch palliativer Zielsetzung verschlechtern zu Studienbeginn die Lebensqualität der Patienten aufgrund von AE wie Erbrechen oder Müdigkeit (Erschöpfung).
- ▶ **Die Ermittlung des Wertes eines Lebens ist methodisch problematisch!**

Effektmaß	Beispiel	Analyseform
<i>Klinischer Effektparameter</i>	OS, PFS	<i>Kosten-Effektivitäts-Analyse</i>
<i>Nutzwert</i>	QALY	<i>Kosten-Nutzwert-Analyse</i>
<i>Nutzen</i>	Geldeinheiten	<i>Kosten-Nutzen-Analyse</i>

Grenzen der Gesundheitsökonomie (2)

Problem 2: Bewertung des statistischen Wertes eines Lebens

- ▶ Zahlungsbereitschaftsstudien (z.B. Viscusi und Aldy) beziffern den statistischen Wert eines Lebens aus US-Studien auf 5,5 bis 7,5 Mio. \$
- ▶ Murphy und Topel schätzen den Wert eines Lebens in Abhängigkeit des Alters, und ermitteln einen durchschnittlichen Wert von 6.3 Mio. \$ zwischen 25 und 55 Jahren.
- ▶ **Die Ermittlung des Wertes eines Lebens ist methodisch problematisch!**

Alter	Wert des Lebens ^a	pro gewonnenem Lebensjahr
0 – 5	6.300	86
10 – 15	6.500	101
20 – 25	6.900	127
30 – 35	7.100	159
40 – 45	6.000	170
50 – 55	4.500	171
60 – 65	3.000	164
70 – 75	1.500	131
80 – 85	700	112
90 – 95	300	97

a) Murphy und Topel (2005)

Problem 3: Was ist gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft

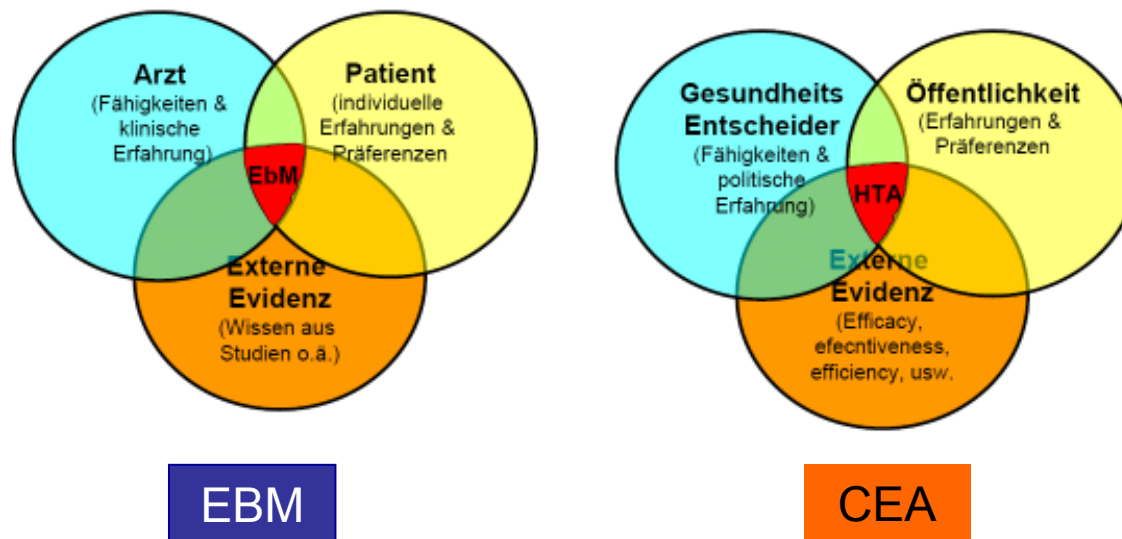
- ▶ Die Möglichkeiten einer Gesellschaft Gesundheitsleistungen anzubieten sind beschränkt.
- ▶ Der erste Schritt wäre die Bestimmung des „gerechten“ Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP einer Gesellschaft.
- ▶ Rational kann das Recht des Patienten auf medizinischen Fortschritt mithilfe von **Schwellenwerten entschieden werden**.
 - ⇒ Diese geben an, ob ein Gesundheitssystem bereit ist, die Kosten pro gewonnene Effekteinheit (QALY) zu zahlen.
 - ⇒ D.h. liegen die Kosten für eine neue innovative Behandlungsmethode unter dem Schwellenwert, ist die Behandlung kosteneffektiv und wird durch das öffentliche Gesundheitswesen erstattet.
 - ⇒ Rationierung nach Kosteneffektivität wird in UK, USA (Medicare/Medicaid), Neuseeland, Schweden angewendet.

Problem 3: Was ist gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft

- ▶ Beispiele für Kosten-Effektivitäts-Schwellenwerte
 - ⇒ US \$ 50.000/QALY
 - ⇒ CAN CAN\$ 20.000/QALY
 - ⇒ UK (by NICE) £ 30.000/QALY
- ▶ Es gibt verschiedene Ansätze Schwellenwerte zu definieren! Der World Health Report (2002) schlug folgenden Ansatz vor:
3 x BIP pro Kopf für einen QALY (quality-adjusted life-year)
AUT = € 93.000
- ▶ **In ethisch problematischen Bereichen wird jedoch sehr oft von den vorgegebenen Schwellenwerten abgegangen (z.B. im Bereich der Onkologie).**

Grenzen der Gesundheitsökonomie (4)

- ▶ **Problem 4: Entscheiden unter ethischen Gesichtspunkten**
- ▶ Kann bei Vorliegen einer **lebensbedrohlichen** oder regelmäßig tödlichen Erkrankungen streng nach Kosteneffektivität entschieden werden?



Problem 5: Kosten versus Investition

- ▶ Definiert man die medizinischen Kosten für die Versorgung von Patienten als **Kosten** oder sind es doch **Investitionen** in ein Leben?