

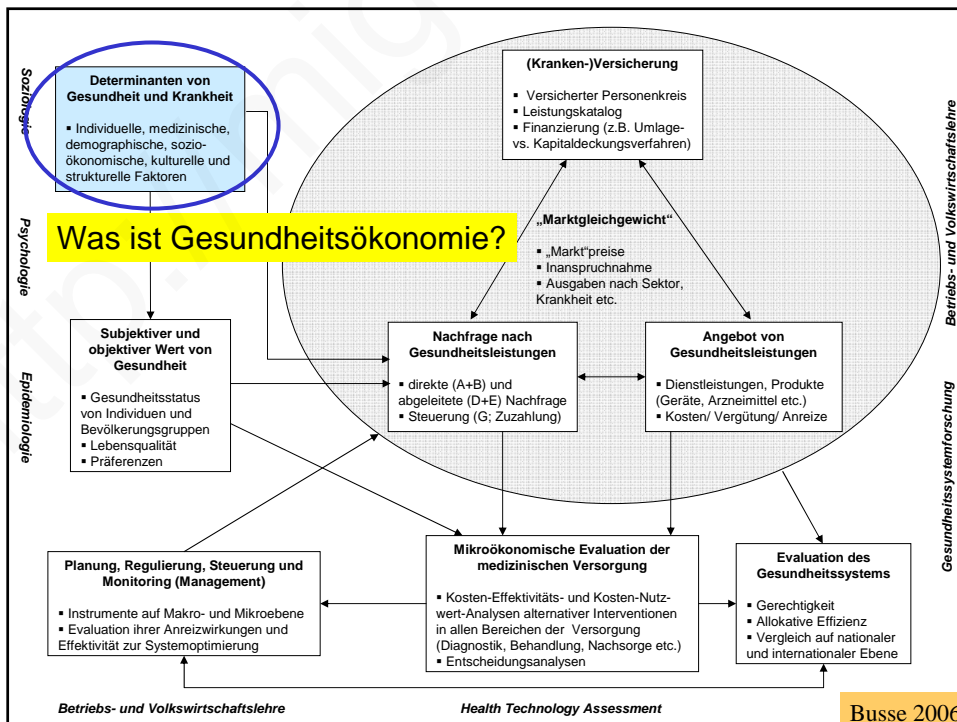
# HTA: Stellenwert der Gesundheitsökonomie

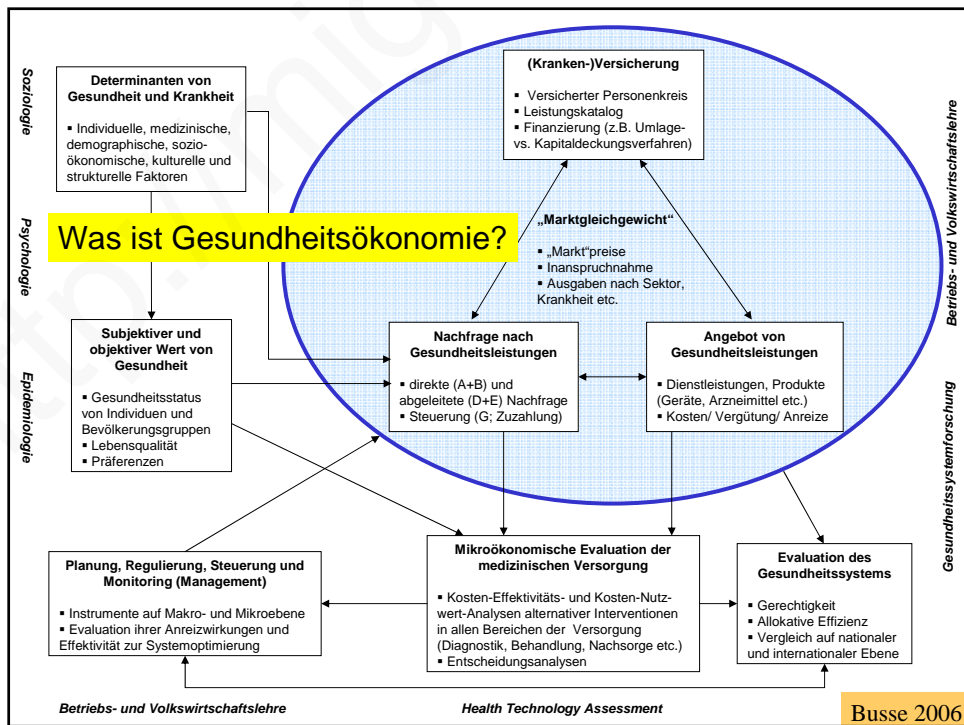
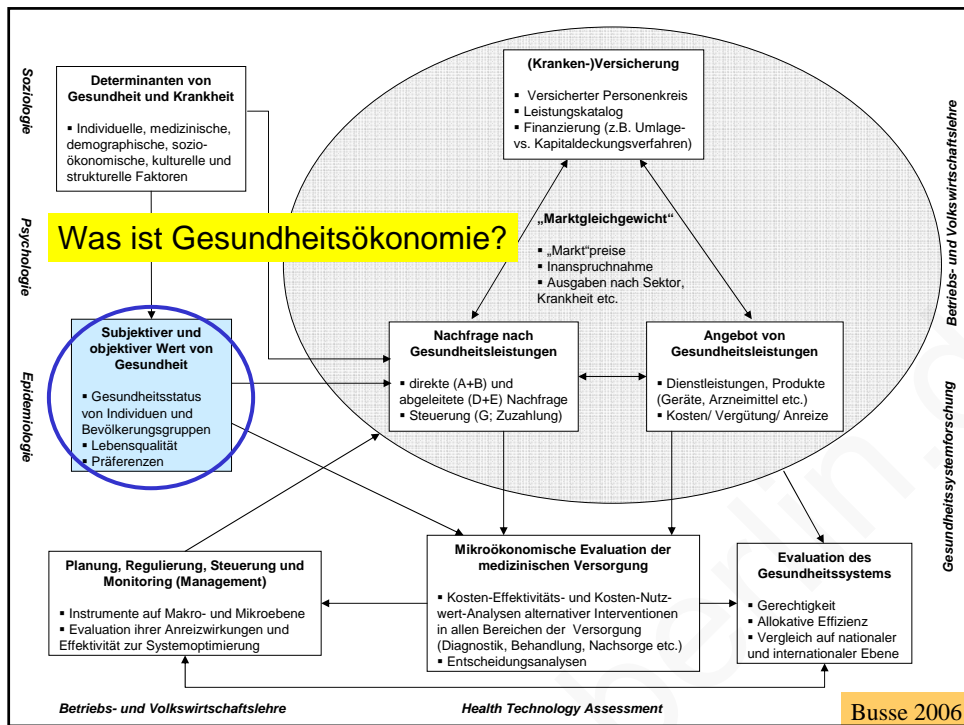
**Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH**

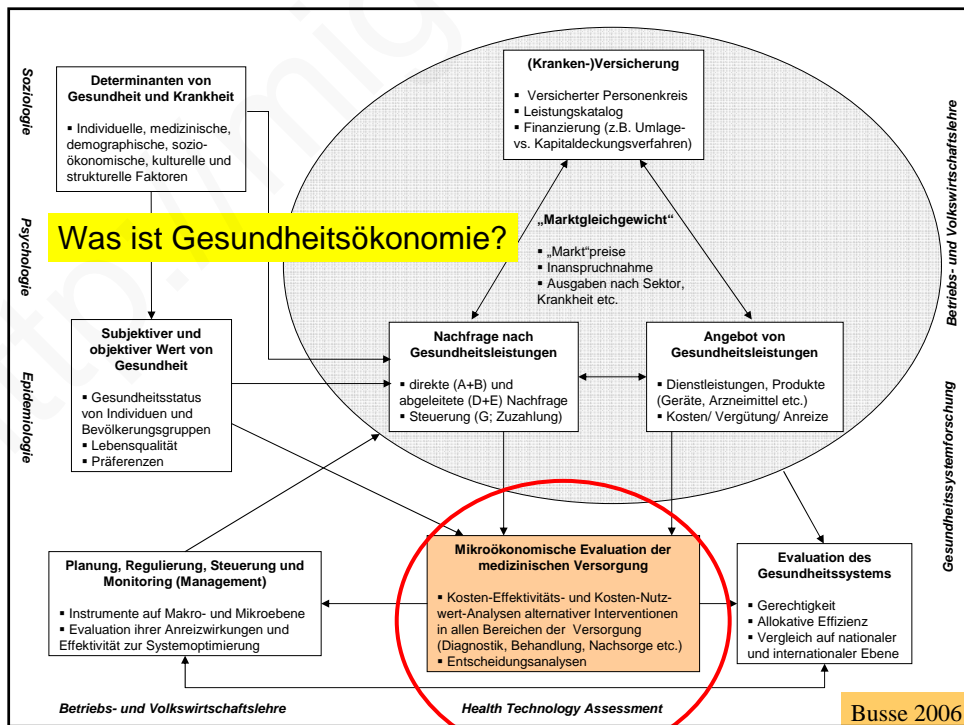
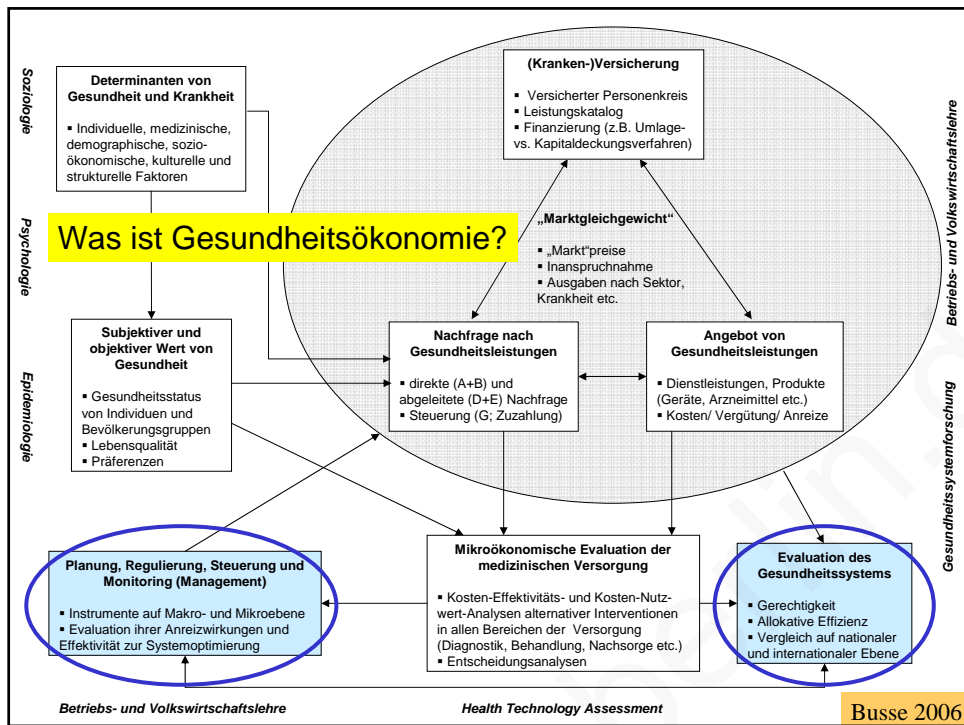
FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin  
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

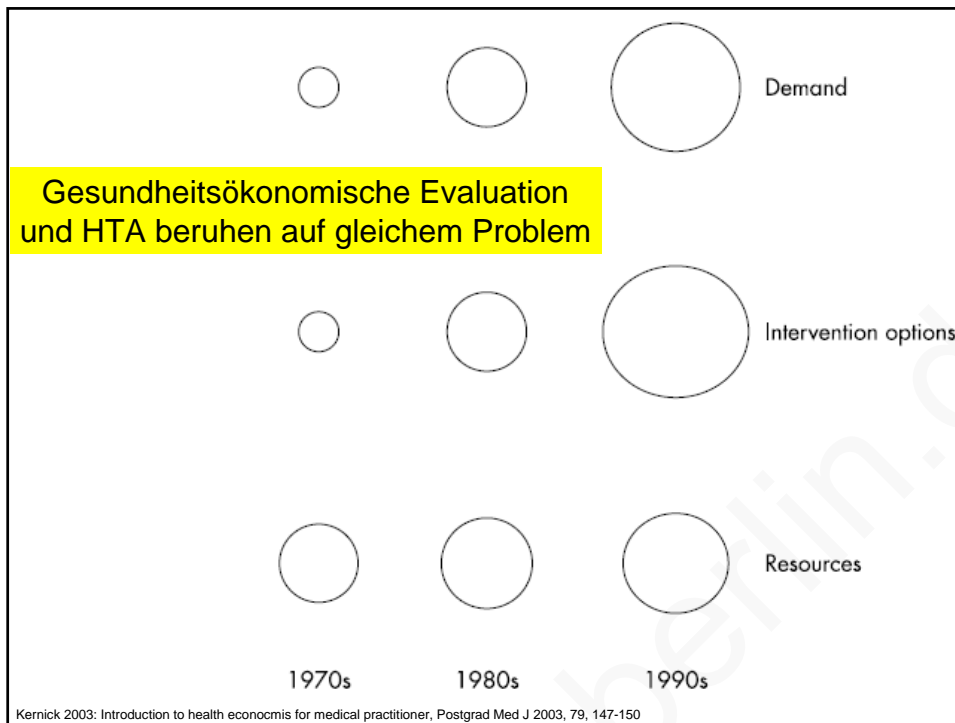
&



European Observatory on Health Systems and Policies









**Vortrag Bernard Merkel (EU-GD Gesundheit) beim Europäischen Health Forum Gastein Oktober 2006**

**European Network for HTA - why a priority for the European Commission?**

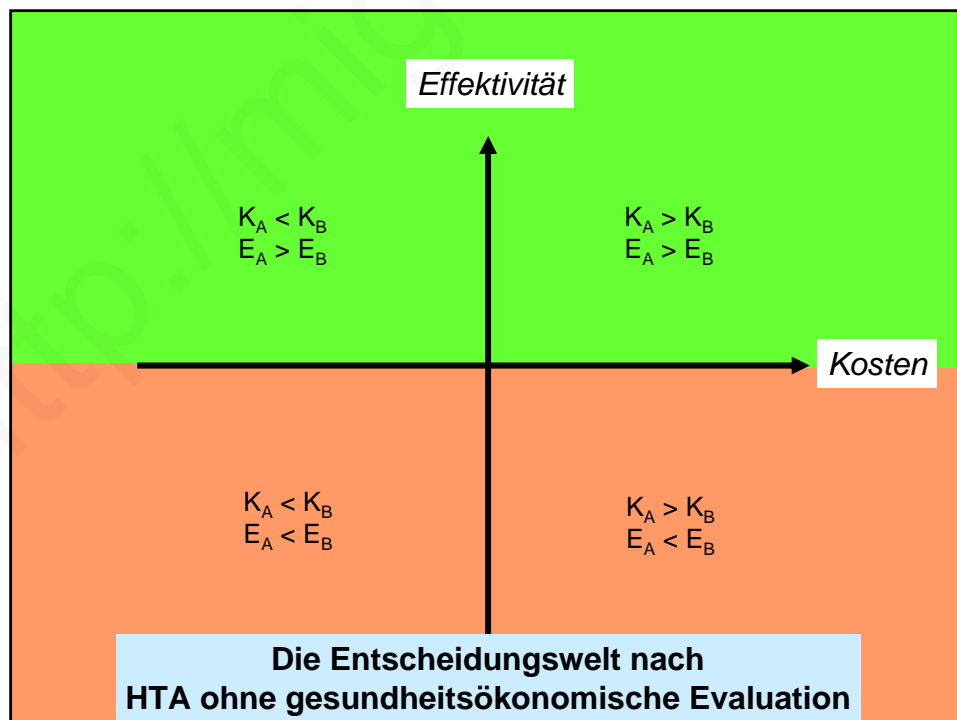
4 October 2006  
Bernard Merkel  
Head of the Health Strategy Unit

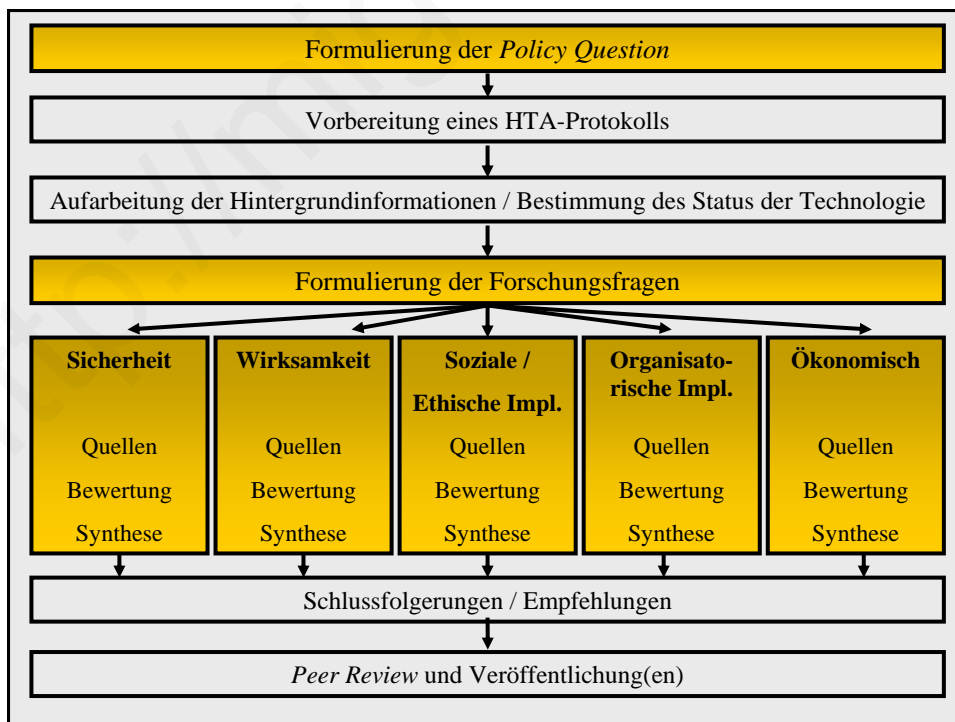
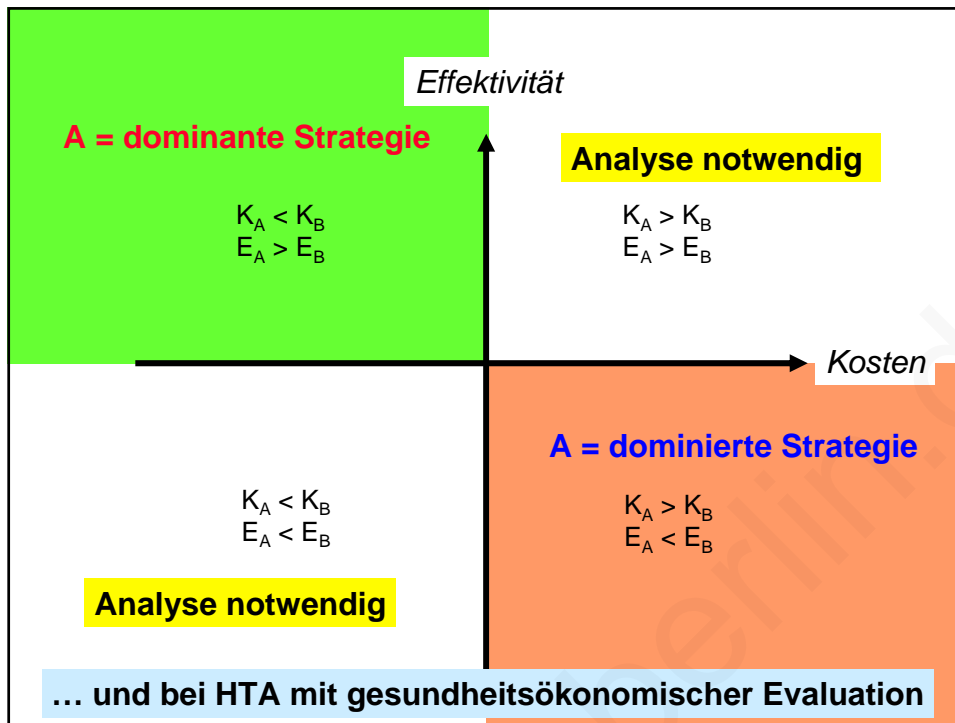
**Need for HTA**

- Increasing health care costs
- Spend budgets as effectively as possible
- Health Technology Assessments helps solve the problem

# Health Technology Assessment

[...] a form of policy research that systematically examines short- and long-term consequences –in terms of health **and resource use**– of the application of a health technology [...] The goal of HTA is to provide input to decision making in policy and practice. (Henshall et al. 1997)





| Evaluationsrahmen                       |  |
|---|--|
| Aspekte                                 | Outcome Parameter  |
| <i>Sicherheit</i>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalität (zuschreibbar zur Anwendung der Technologie)</li> <li>• Morbidität/Behinderung (zuschreibbar zur Anwendung der Technologie)</li> </ul>   |
| <i>Wirksamkeit</i>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen der Mortalität (gesamt bzw. spezifisch)</li> <li>• Veränderungen der Morbidität/ Behinderungsgrad (gesamt bzw. spezifisch)</li> <li>• Veränderungen der Lebensqualität</li> </ul> |
| <i>Soziale/ Ethische</i>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance</li> <li>• Akzeptanz</li> <li>• Zufriedenheit</li> <li>• Präferenzen</li> <li>• Informations- bzw. Beratungsbedarf</li> </ul>  |
| <i>Organisatorische/ Professionelle</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen in der Verweildauer</li> <li>• Veränderungen in den Personal- bzw. Bettenbedarfs</li> <li>• Ausbildungs-, Schulung- oder Trainingsbedarf</li> </ul>                               |
| <i>Ökonomische</i>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten und Kostenveränderungen in Vergleich zur gängigen Praxis</li> <li>• Kosten-Effektivität, Kosten-Nutzen</li> </ul>  |

## ... und (fast) alle machen es: Kriterien für Pharma-Nutzenbewertung in ausgewählten Ländern

| Kriterium                                 | A<br>T | A<br>U | C<br>A | C<br>H | F<br>I | F<br>R | N<br>L | N<br>O | N<br>Z | S<br>E | U<br>K |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Therapeutischer Nutzen                    | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |
| Patientennutzen                           | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      | X      |
| Kosteneffektivität                        | X      | X      | X      |        | X      |        | X      | X      | X      | X      | X      |
| Auswirkung auf Budget                     |        | X      | X      |        | X      | X      | X      | X      | X      |        | X      |
| Pharmakologische/Sonstige Merkmale        | X      |        | X      |        |        | X      | X      |        |        |        | X      |
| Verfügbarkeit von Behandlungsalternativen | X      | X      |        |        |        |        | X      |        | X      | X      | X      |
| Soziale, ethische Erwägungen              |        |        | X      |        |        |        |        | X      | X      | X      | X      |
| Bedarf der Gesellschaft                   |        | X      |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |
| Auswirkungen auf Bevölkerungsgesundheit   |        |        | X      |        |        | X      |        |        |        |        |        |
| F&E-Kosten der Hersteller                 |        | X      |        |        | X      |        |        |        |        |        |        |
| Prioritäten der Regierung                 |        |        |        |        |        |        |        |        | X      |        |        |

## Und bei uns?

- Aufgaben des IQWiG (§139a, Abs. 3 SGB V)
  - Erstellen von Evidenz- und HTA-Berichten,
  - Ausarbeitungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
  - Bewerten von medizinischen Leitlinien,
  - Empfehlungen für Disease-Management-Programme,
  - **Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln** und
  - Erstellen von allgemeinverständlichen Bürgerinformationen „zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung“

## Ein gute Änderung durch das WSG!

- Aufgaben des IQWiG (§139a, Abs. 3 SGB V)
  - Erstellen von Evidenz- und HTA-Berichten,
  - Ausarbeitungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung,
  - Bewerten von medizinischen Leitlinien,
  - Empfehlungen für Disease-Management-Programme,
  - **Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln** und
  - Erstellen von allgemeinverständlichen Bürgerinformationen „zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung“



# Es ist also Zeit, Gesundheitsökonomie in allen HTAs zu berücksichtigen

## Aber: Der Teufel steckt im Detail

Subgruppen-Analysen, Zeithorizont, präferierte Ergebnisparameter (klinisch, Patientennutzen, kombiniert), Nutzung von „community effectiveness“-Daten (international zumeist gewünscht), indirekten Vergleichen (zumeist abgelehnt), Lebensqualitäts-Instrumenten, Perspektive der ökonomischen Analyse, eingeschlossenen Kostenarten, Kalkulation der Arzneimittelkosten, inkrementelle Analyse, Diskontierung (0%-15%), Nutzung von Modellierungstechniken, Sensitivitätsanalysen, Umgang mit fehlenden und nicht reliablen Daten ...

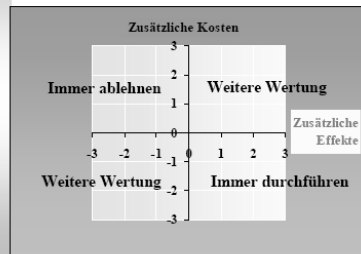


|                          | Bevorzugter Analysetyp  | Analyseperspektive   | Bevorzugte Ergebnisgröße   | Bestimmung des Nutzwerts  | Jährliche Diskontierungsrate  | Modellierungen   |
|--------------------------|---|--|--|---|---|--|
| <b>Australien</b>        | KNWA, KMA bei gleichem Gesundheitsergebnis  | Gesellschaftlich   | QALY   | Angabe von Details zur Bestimmung von QALY erforderlich   | Für Kosten und Nutzen 5 %, Sensitivitätsanalyse des Nutzens mit 0 %   | Von Herstellern durchgeführt, Entscheidungsbaumanalyse, Markov-Prozess empfohlen |
| <b>England und Wales</b> | KNWA  | Kostenträger (NHS), gesellschaftlich bei inkrementellem Kosten-Nutzwert-Verhältnis > £ 20.000 / QALY | QALY   | direkt: Time-Trade-off, Standard Gamble (Rating Scale nicht empfohlen), indirekt: ED-5D                 | Für Kosten und Nutzen 3,5 %, Sensitivitätsanalyse mit 0 % und 6 %   | Von Herstellern und Institution durchgeführt                                     |
| <b>Finnland</b>          | Alle Analysetypen möglich, sofern begründet   | Gesellschaftlich   | Keine ausdrückliche Präferenz  | Keine ausdrückliche Präferenz   | Für Kosten und Nutzen 5 % und 0 %   | Von Herstellern durchgeführt   |
| <b>Kanada</b>            | KNWA, KNA   | Gesellschaftlich und Kostenträger (Provinzen)  | QALY (KNWA), Willingness To Pay (KNA)  | Präferenzbasierte Instrumente   | Für Kosten und Nutzen 5 %, Sensitivitätsanalyse mit 0 %, zusätzlich 3 %                                     | Von Herstellern und Institution durchgeführt, Entscheidungsbaumanalyse empfohlen |
| <b>Neuseeland</b>        | KNWA  | Kostenträger (DHB)   | QALY   | EQ-5D   | Für Kosten und Nutzen 10 %, auch mit 0 %, 5 %, 15 %   | Von Herstellern und Institution durchgeführt                                     |
| <b>Niederlande</b>       | KEA, KNWA   | Gesellschaftlich   | natürliche Ergebniseinheit (KEA), QALY (KNWA)  | direkt: Standard Gamble, Time-Trade-off, (Visuelle Analogskala weniger empfohlen); indirekt: EQ-5D, HUI | Für Kosten und Nutzen: 4 %, Sensitivitätsanalyse  | Von Herstellern durchgeführt   |
| <b>Norwegen</b>          | Alle Analysetypen möglich, sofern begründet; bei Einfluss auf Funktionalität und / oder Lebensqualität: KNWA oder KNA | Gesellschaftlich und Kostenträger (Nationale Versicherung)   | Gewonnenes Lebensjahr oder vermiedenes Ereignis (KEA), QALY (KNWA), Willingness To Pay (KNA) | Keine ausdrückliche Präferenz   | Für Kosten und Nutzen zwischen 2,5 % und 5 %, Sensitivitätsanalyse mit 0 % und 8 %                          | Von Herstellern durchgeführt   |
| <b>Österreich</b>        | Keine ausdrückliche Präferenz   | Keine ausdrückliche Präferenz  | Keine ausdrückliche Präferenz  | Keine ausdrückliche Präferenz   | Anzugeben, nicht spezifiziert   | Von Herstellern durchgeführt   |
| <b>Schweden</b>          | KNWA, KNA, KMA bei gleichem Gesundheitsergebnis   | Gesellschaftlich   | QALY (KNWA), Willingness To Pay (KNA)  | direkt: Standard Gamble, Time-Trade-off, (Rating Skala als zweite Wahl); indirekt: z.B. EQ-5D           | Für Kosten und Nutzen 3 %, Sensitivitätsanalyse mit 0 % und 5 %, außerdem 3 % für Kosten mit 0 % für Nutzen | Von Herstellern und Institution durchgeführt                                     |

**Effizienz:  
Gesundheitsökonomische  
Evaluation als Baustein einer  
umfassenden  
Technologiebewertung**

Prof. Reiner Leidl  
Abteilung Gesundheitsökonomie  
Universität Ulm, 89069 Ulm  
Tel. 0731 - 5031030, Fax -5031032  
Internet <http://www.mathematik.uni-ulm.de/he/>

**Kosten-Effektivität einer Leistung im Vergleich  
mit einer Basisalternative und Entscheidung**



**Rückblick: Symposium 2000**

**Arten der ökonomischen Evaluation**

- Kosten-Minimierungs-Analysen (keine Effektbetrachtung)
- Kosten-Effektivitäts-Analysen (zentraler klinischer 'endpoint')
- Kosten-Nutzwert-Analysen (Gesundheit in QALYs)
- Kosten-Nutzen-Analysen (Gesundheit in Geld)

**Ausblick**

- ◆ Ökonomie ist eine zentrale HTA-Komponente
- ◆ Ineffizienz verschlechtert die Versorgung, auf Kosteneffektivität muss geachtet werden
- ◆ Für ökonomische Evaluationen bestehen genaue Qualitätskriterien, **die allerdings für HTA noch standardisiert werden müssen.**
- ◆ In Deutschland besteht großer Nachholbedarf in der Forschung und in der Anwendung

Technische Universität Berlin



Präsentation und  
mehr Material auf:  
**<http://mig.tu-berlin.de>**



European  
**Observatory**  
on Health Systems and Policies

