



Kosten und Nutzen moderner Arzneimitteltherapie in neuen Versorgungsformen

Innomed-Symposium 27.1.2007 Neuruppin

Sandra Mangiapane, Apothekerin MSc

Institut für Technologie und Management
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin

Inhalte

- 1 Einleitung
- 2 Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluation
- 3 Bezug zu neuen Versorgungsformen
- 4 Schlussfolgerung

Warum brauchen wir gesundheitsökonomische Evaluationen?

- **Gesundheitspolitische Entscheidungen**
 - **Begrenzte Ressourcen** im Gesundheitswesen stehen einer Fülle neuer (und alter) Arzneimittel gegenüber.
 - Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** sein (§12 SGB V).
- **Klinische Handlungsempfehlungen**
 - Leitlinien, Therapiehinweise
- **Individuelle ärztliche Entscheidung**
 - Entscheidungsfindung innerhalb budgetärer Grenzen

Was ist das Ziel gesundheitsökonomischer Evaluationen?

- Durch den Vergleich konkurrierender Behandlungsstrategien* diejenige zu ermitteln, die **bei gleichen Kosten höheren Nutzen** für den Patienten bringt, oder **bei vergleichbarem Nutzen kostengünstiger** ist und damit
- Entscheidungen im Gesundheitswesen **zu unterstützen, nicht jedoch zu ersetzen!**
- Für gesundheitspolitische Entscheidungen sind darüber hinaus die Beachtung medizinischer, ethischer und rechtlicher Aspekte ebenso relevant.

*i.d.R. neue Therapie vs. bisheriger Standard

Gesundheitsökonomische Evaluation

Willkür oder Standard?

- Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals: Canada Canadian Coordination Office for Health Technology Assessment (1997)
- Guidelines for economic evaluation of pharmaceuticals: Department of Health/Association of the British Pharmaceutical Industry (1994)
- Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation (1999)

Kosten und Nutzen im Kontext der GKV – Zukünftige Aufgabe des IQWiG (WSG)

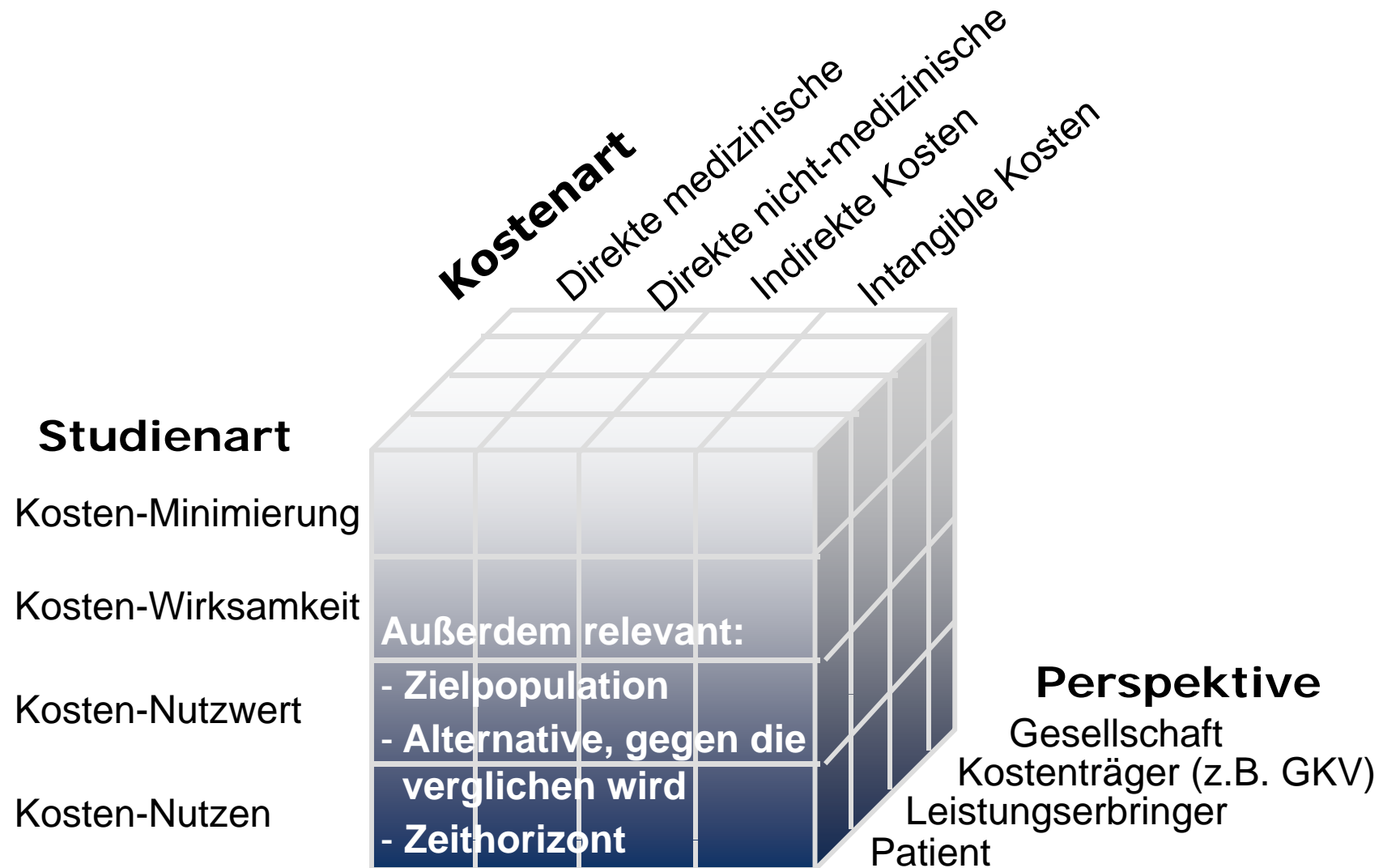
- Kosten-Nutzen-Bewertung für patentgeschützte AM, die nicht dem Festbetragssystem unterstellt sind
 - Zusatzkosten zur bisheriger Therapie müssen dem Zusatznutzen neuer innovativer AM entsprechen, wenn nicht, wird Höchstpreis von SpiK festgelegt
- Darüber hinaus grundsätzliche Ausweitung der Aufgaben des IQWiG auf Kosten-Nutzenbewertung

Inhalte

- 1 Einleitung
- 2 Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluation**
- 3 Bezug zu neuen Versorgungsformen
- 4 Schlussfolgerung

Kosten und Nutzen

Die drei Dimensionen der ges.-ökonom. Evaluation



Kosten und Nutzen eines Arzneimittels – Eine Frage der Perspektive

- Gesamte Gesellschaft
- Kostenträger (z.B. GKV, Pflegeversicherung)
- Leistungserbringer (z.B. ambulant tätiger Arzt, Krankenhaus)
- Patienten und ihre Familien

Oder

- Betrieb (z.B. Arzneimittelhersteller)
- MVZ, Praxisnetz, etc.

Kosten und Nutzen

Welche Kosten müssen berücksichtigt werden?

Direkte Kosten	<i>Direkte medizinische Kosten</i> <ul style="list-style-type: none">- Sachkosten<ul style="list-style-type: none">- Ambulante und stationäre Versorgung- Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel- Investitionen- Personalkosten<ul style="list-style-type: none">- Ärzte, Pflegekräfte- Verwaltung, Management <i>Direkte nicht-medizinische Kosten</i> <ul style="list-style-type: none">- Pflege / Krankenbetreuung, Haushaltshilfe- Fahrtkosten etc.
Indirekte Kosten	<ul style="list-style-type: none">- Produktionsverluste durch Arbeitsunfähigkeit oder Tod
Intangible Kosten	<ul style="list-style-type: none">- Schmerz- Behinderung etc.

Stellen Sie sich vor....

Sie sind Mitarbeiter einer großen gesetzlichen Krankenkasse und Sie sollen Ihren Vorstand beraten, wie er sich bei der Diskussion um die Leistungsübernahme eines neuen Cytostatikums positionieren soll.

Sie haben klinische Studienergebnisse zu dem neuen Cytostatikum A und dem bisherigen Standard (Cytostatikum B) vorliegen, die besagen, dass beide Arzneimittel gleiche Wirksamkeit zeigen.

	Cytostatikum A	Cytostatikum B
Arzneimittel-Kosten :	400€	34€

Was raten Sie ihm?

Stellen Sie sich vor....

Sie schauen sich die beiden Arzneimittel noch einmal genauer an und stellen fest, dass das neue Medikament als orale Applikation zur Verfügung steht, die der Patient selbständig und ohne Überwachung einnehmen kann, wohingegen das alte nur parenteral und unter 3-tägiger stationärer Überwachung verabreicht werden kann.

	Cytostatikum A	Cytostatikum B
Arzneimittel-Kosten :	400€	34€
Stationäre Kosten:	0€	1.200€

Was raten Sie ihm jetzt?

Welcher Nutzen (Effekt).. und welches Studiendesign?

Studienart	Gemessener Effekt
Kosten-Minimierungsanalyse (Cost-minimization analysis)	- Keiner, da Annahme gleicher Effektivität
Kosten-Wirksamkeitsanalyse (Cost-effectiveness analysis)	- Gesundheitliche Effekte z.B. mmHg, LuFu, verhinderte Herzinfarkte, verbleibende Lebensjahre
Kosten-Nutzwertanalyse (Cost-utility analysis)	- Nutzwerte - Qualitätsadjustierte Lebensjahre (QALY) - Behinderungsadj. Lebensjahre (DALY)
Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-benefit analysis)	- Monetärer Nutzen z.B. gesundheitlicher Outcomes

Vergleich von Kosten und Nutzen (A vs. B)

Mögliche Ergebnisse

		Nutzen		
		+	=	-
Kosten	+	?	Dominiert	Dominiert
	=	Dominiert	Beides möglich	Dominiert
	-	Dominat	Dominat	?
	eindeutig			

Genauere Evaluation erforderlich

Kosten-Effektivität–Ratios

- Kosten-Effektivität-Ratio (C/E)=
Kosten pro erreichter Effekteinheit (durchschnittliche
Kosten-Effektivität)
 - Bezieht sich auf eine betrachtete Strategie, unabhängig von
einer anderen
- Inkrementelles Kosten-Effektivität-Ratio ($\Delta C / \Delta E$)
=
Zusatzkosten pro zusätzlich erreichter Einheit
 - Bezieht sich auf den Vergleich zweier Strategien

Beispiel für einen Kosten-Effektivitätsvergleich zweier Antihypertensiva (B vs. A, Simulation über 20 Jahre)

<http://painconsortium.nih.gov/symptomresearch/tablecontents.htm>

	Antihypertensivum A	Antihypertensivum B
Kosten für antihypertensive Therapie [Mrd.\$]	64,2	85,8
Eingesparte Therapiekosten für KHK [Mrd.\$]	-19,3	-39,7
Nettokosten [Mrd.\$]	44,9	46,1
Anzahl geretteter Lebensjahre [Millionen]	2,74	4,21
Kosten-Effektivität-Ratio (Kosten [\$] / gerettetem Lebensjahr)	16.386	10.950
Inkrementelles Kosten-Effektivität-Ratio (Zusätzliche Kosten [\$] / zusätzlich gerettetem Lebensjahr)	$\Delta C / \Delta E = ((46,1-44,9)*1000) / (4,21-2,74)$ $= 816 \$ \text{ pro zus. gerettetem Lebensjahr}$	

Inhalte

- 1 Einleitung
- 2 Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluation
- 3 Bezug zu neuen Versorgungsformen**
- 4 Schlussfolgerung

Neue Versorgungsformen – Was gehört dazu?

- Integrierte Versorgung
- Disease Management
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Medizinische Versorgungszentren

Integrierte Versorgung – Was ist darunter zu verstehen?

- Kassen können ohne Verbandszwang (Einzel)-verträge mit Leistungserbringern und/oder deren Verbänden/Vereinigungen abschließen
- Festlegung von Behandlungspfaden und Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Verträge regeln die Art der zu erbringenden Leistungen (z.B. Positivlisten)
- Ziel: Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung über alle beteiligten Leistungsbereiche

Integrierte Versorgung – Was ist darunter zu verstehen?

- ***Sektorübergreifende*** Budgetverantwortung bei den Leistungserbringern
- Leistungserbringer und Träger müssen sich in IV intensiver (und individuell) Gedanken über die Effizienz der vereinbarten Leistungen machen

Möglichkeiten der Kostensteuerung der Arzneimittelversorgung in IV-Verträgen

- Neu im GKV-WSG (§140a): „Die für die ambulante Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung notwendige Versorgung mit Arzneimitteln soll durch Verträge nach § 130a Abs.8 erfolgen.“
- Vorteil für Patienten: Zuzahlungen können halb oder ganz erlassen werden (GKV-WSG §31 Abs.3) bzw. Kosten über Festbetrag können erlassen werden (AVWG §31 Abs.2), wenn Rabattverträge nach §130a Abs.8 bestehen.

Inhalte

- 1 Einleitung
- 2 Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluation
- 3 Beispiel
- 4 **Schlussfolgerung**

Fazit

- Kosten-Nutzen-Analysen können einen wichtigen Beitrag leisten, moderne Arzneimitteltherapie effizient zu gestalten.
- Die Definition von Kosten und Nutzen einer Arzneimitteltherapie hängt entscheidend von der Betrachtungsperspektive ab.
- In der IV verschiebt sich die Perspektive zu einer Sektor übergreifenden Sichtweise.
- Kosteneffektivität stellt aber neben medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekten nur eine Dimension einer umfassenden Therapiebewertung dar.

***Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!***