



**WINEG**

WISSENSCHAFTLICHES  
INSTITUT DER TK  
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ  
IM GESUNDHEITSWESEN

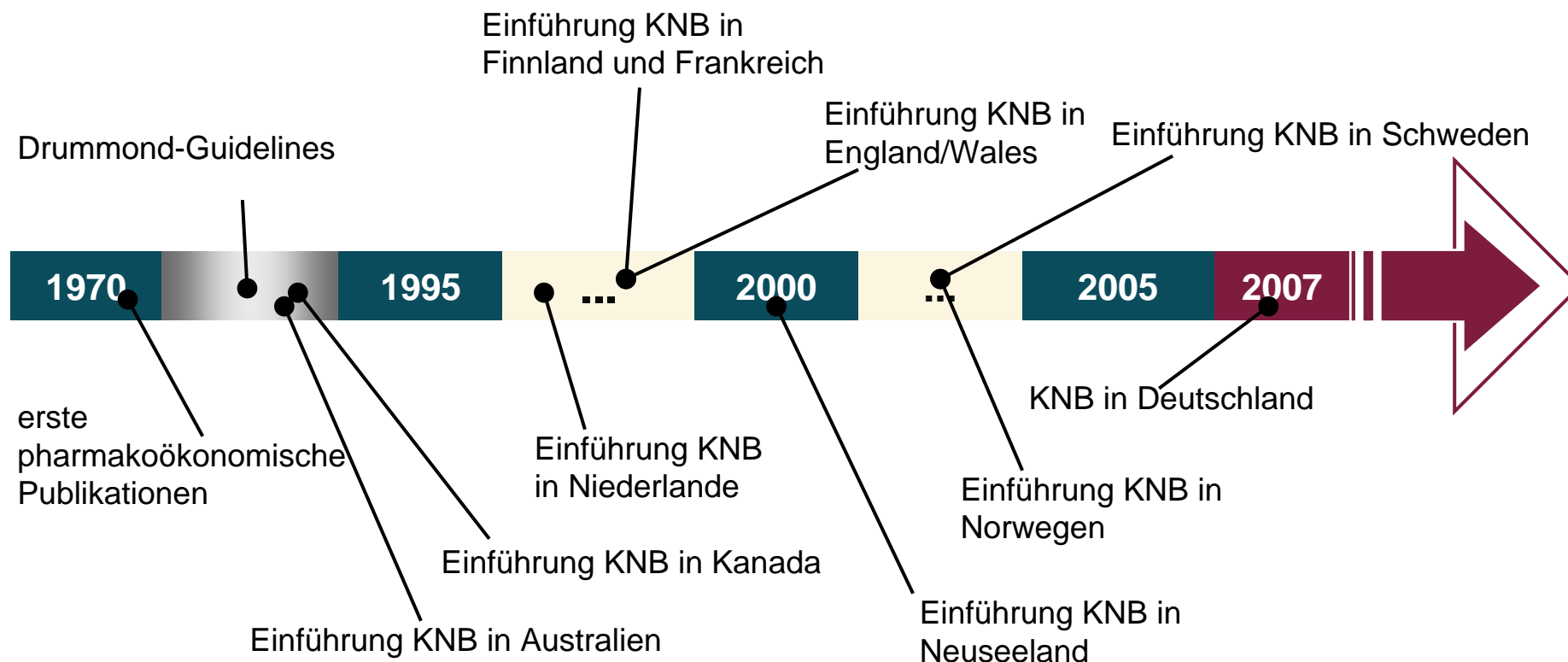
# **Kosten-Nutzen-Bewertung – Grundlage für Nachhaltigkeit und Beitragssatzstabilität?**

**Dr. Eva Susanne Dietrich**

Direktorin WINEG (Wissenschaftliches Institut der TK für  
Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)

Symposium zur Kosten-Nutzen-Bewertung  
17. Juni 2008, Berlin

# Kosten-Nutzen-Bewertung – ein Instrument mit internationaler Bedeutung



KNB=Kosten-Nutzen-Bewertung

Quelle: Zentner A et al, Methoden zur vergleichenden Bewertung pharmazeutischer Produkte. Eine internationale Bestandsaufnahme, GMS Health Technol Assess 1 Doc09, 2005

## **Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung und Beitragssatzstabilität:**

- **Mögliche Effekte**
- **Stellenwert**

**von Kosten-Nutzen-Bewertungen**

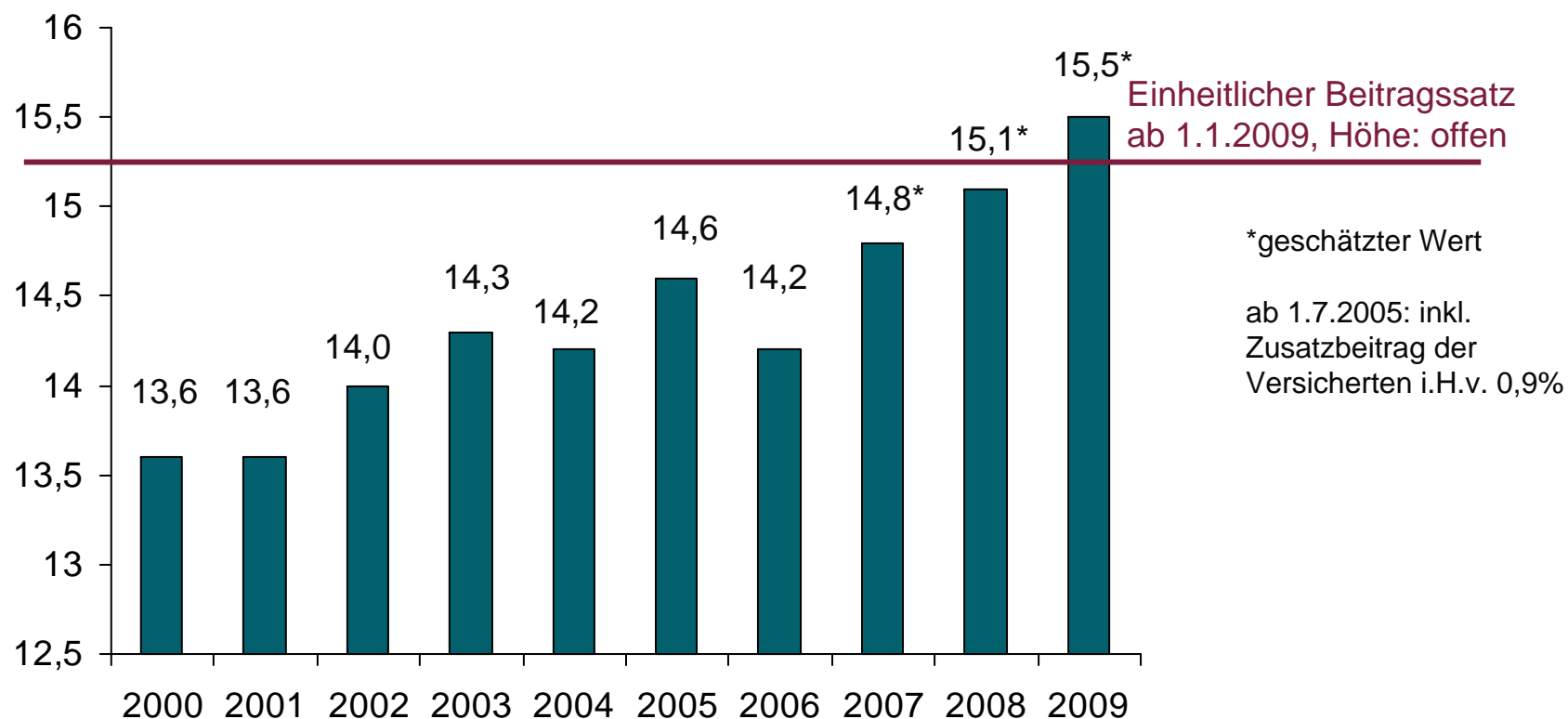
## Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung und Beitragssatzstabilität:

- **Mögliche Effekte**
- Stellenwert

von Kosten-Nutzen-Bewertungen

## Das Gebot der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V - und dennoch: kontinuierliche Beitragssatzerhöhungen in den letzten Jahren

Beitragssatz in %



## Weiterhin steigende Arzneimittelausgaben



### Anstieg GKV-Ausgaben 1. Quartal 2008

Ärztliche Behandlung	+ 3,9%
Krankenhausbehandlung	+ 2,8%
<b>Arzneimittel</b>	<b>+ 5,2%</b>
<i>Gesamt</i>	<i>+ 4,3%</i>



„Hier sind alle Akteure, von den Kassen bis zu den Ärzten, gefordert, ihre Verantwortung für wirtschaftliche Verordnungen stärker als bisher wahrzunehmen“

Ulla Schmidt in: Die Welt, 4.6.2008

## Instrument einer nachhaltigen Versorgung: Wirtschaftlicher Einsatz der Mittel

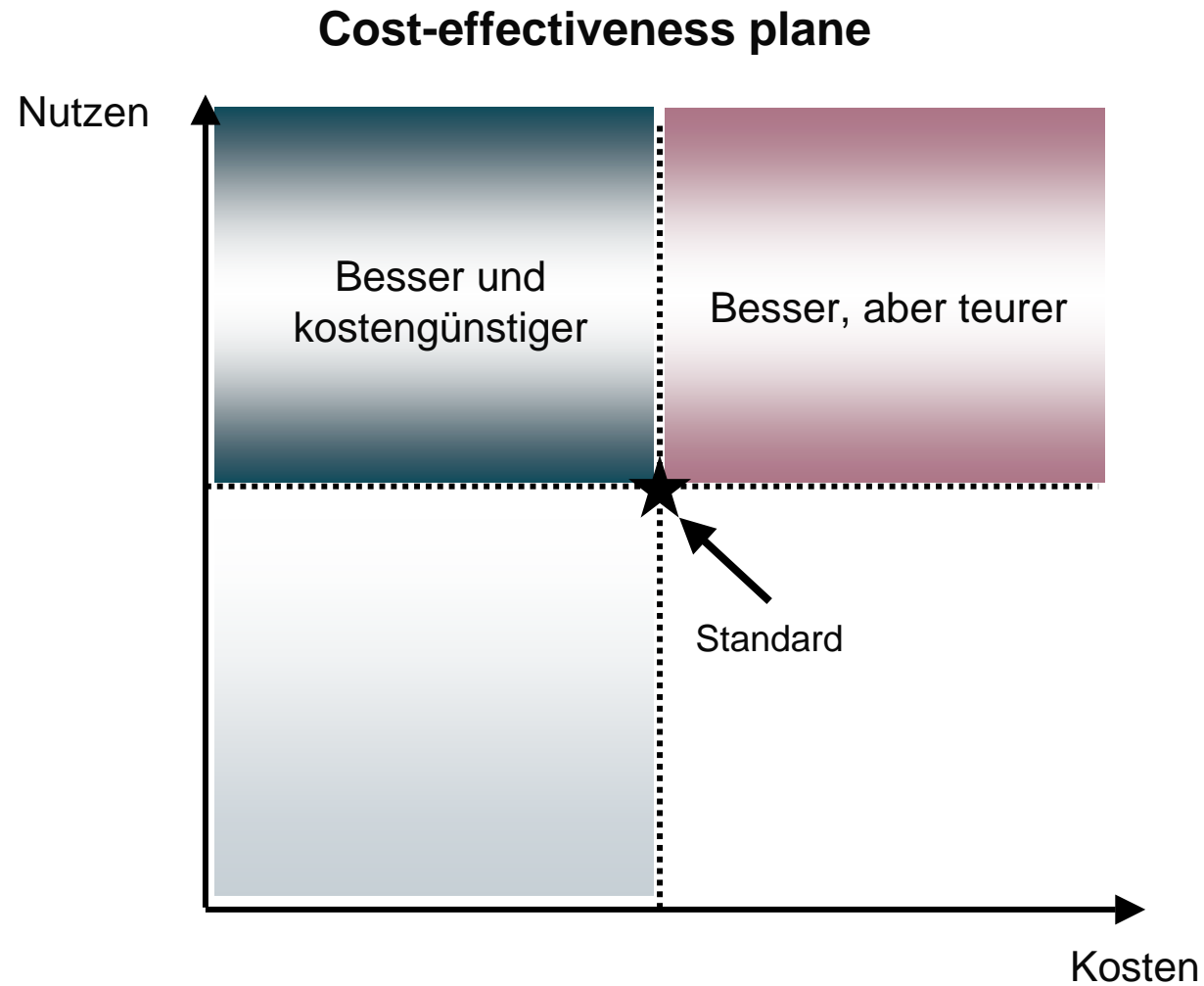
### Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V

- „notwendige medizinische Versorgung“ muss gewährleistet sein
- Beitragssatzerhöhung erst nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven

### Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven

- Maximaler Patientennutzen bei gegebenen Mitteln
  - Gleichbleibender Patientennutzen mit weniger Mitteln
- ➔ Freie Ressourcen für
- erstmals behandelbare Erkrankungen
  - Morbiditäts- /demographische Entwicklung

## Welche Therapien sind im deutschen Gesundheitssystem finanzierbar?



## Beispiel 1: Intraabdominelle Infektionen – A vs. B

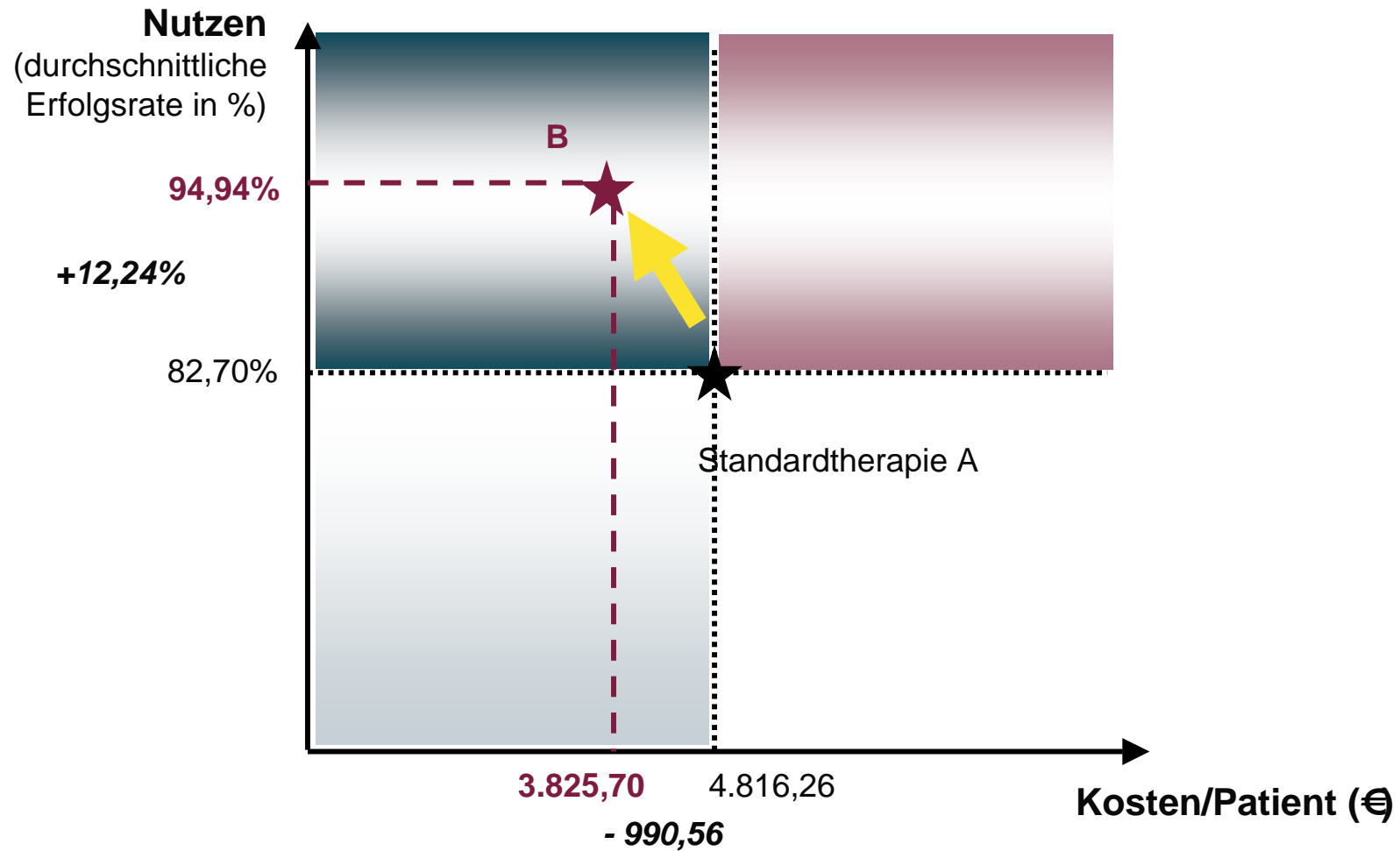
### Inkrementelle Kosten und Nutzen von A

Zusatzkosten (hier: Minderkosten) pro Patient	- 991 €
Zusatznutzen pro Patient (durchschnittliche Erfolgsrate*)	+ 12,24%
Minderkosten pro Jahr (Berechnung für Appendizitis und Cholezystitis**)	-130,75 Mio. €

\* Heilung bzw. verbesserter Gesundheitsstatus

\*\*Basis: Inzidenz für akute Appendizitis (Blinddarmentzündung) und akute Cholezystitis (Gallensteinentzündung)

## Finanzierung unstrittig: Dominante Strategie – besser und kostengünstiger



## Beispiel 2: Hepatitis C – Therapie mit A vs. B

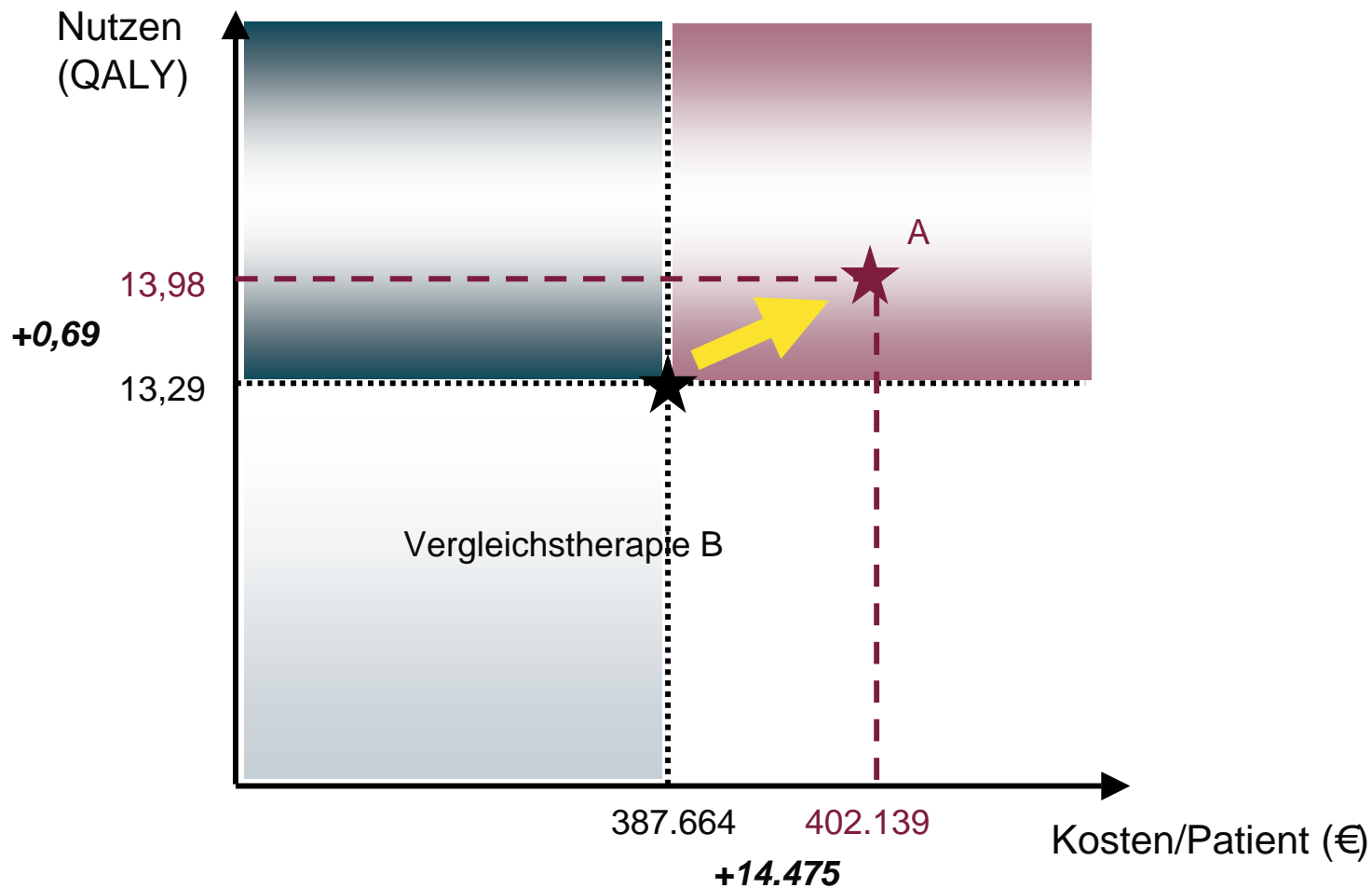
### Inkrementelle Kosten und Nutzen von A

Zusatzkosten*	14.475 €
Zusatznutzen pro Patient	0,69 QALYs
ICER per QALY	21.000 €/ QALY
Mehrkosten pro Jahr (bei 1.626 infrage kommenden Personen**)	23,5 Mio. €

\* diskontierte lebenslange Kosten, Berücksichtigung direkter und indirekter Kosten

\*\*Basis: RKI übermittelte Erstdiagnosen 2006=7.509, davon zur Behandlung verfügbar: 21,7% (Wasem et al 2006)

# Besser aber teurer: Rechtfertigt der Zusatznutzen die Mehrkosten?

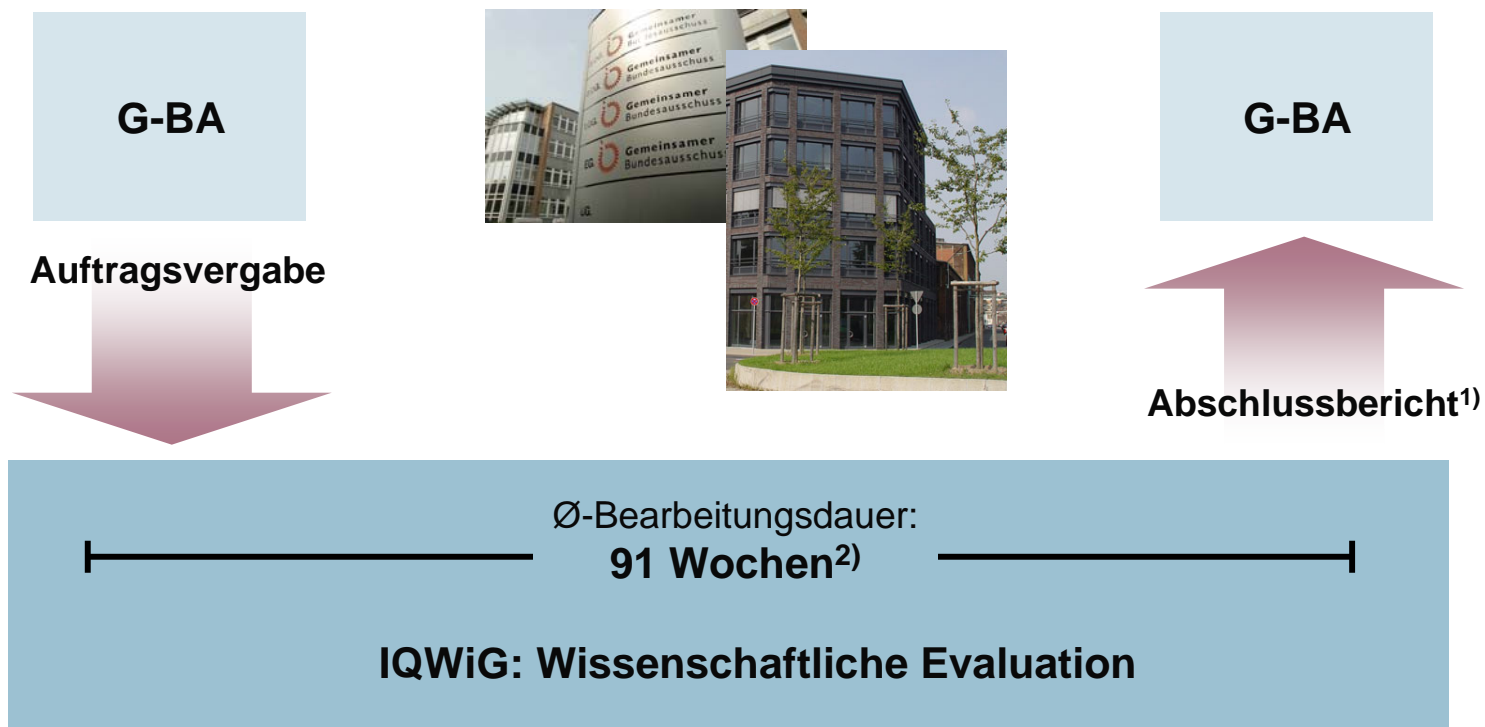


## Kosten-Nutzen-Bewertungen sind mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden

### Auswertung Therapiehinweise des GBA aus den Jahren 1999 – 2004

Dauer von Beginn Anhörung bis Beschluss GBA	<b>127</b> Tage
Dauer von Beschluss GBA bis Nicht-Beanstandung BMG	<b>75</b> Tage
Dauer von der Nicht-Beanstandung bis Inkrafttreten	<b>41</b> Tage
durchschnittliche Dauer bis Inkrafttreten	<b>35</b> Wochen

# Dauer der IQWiG-Bewertungen

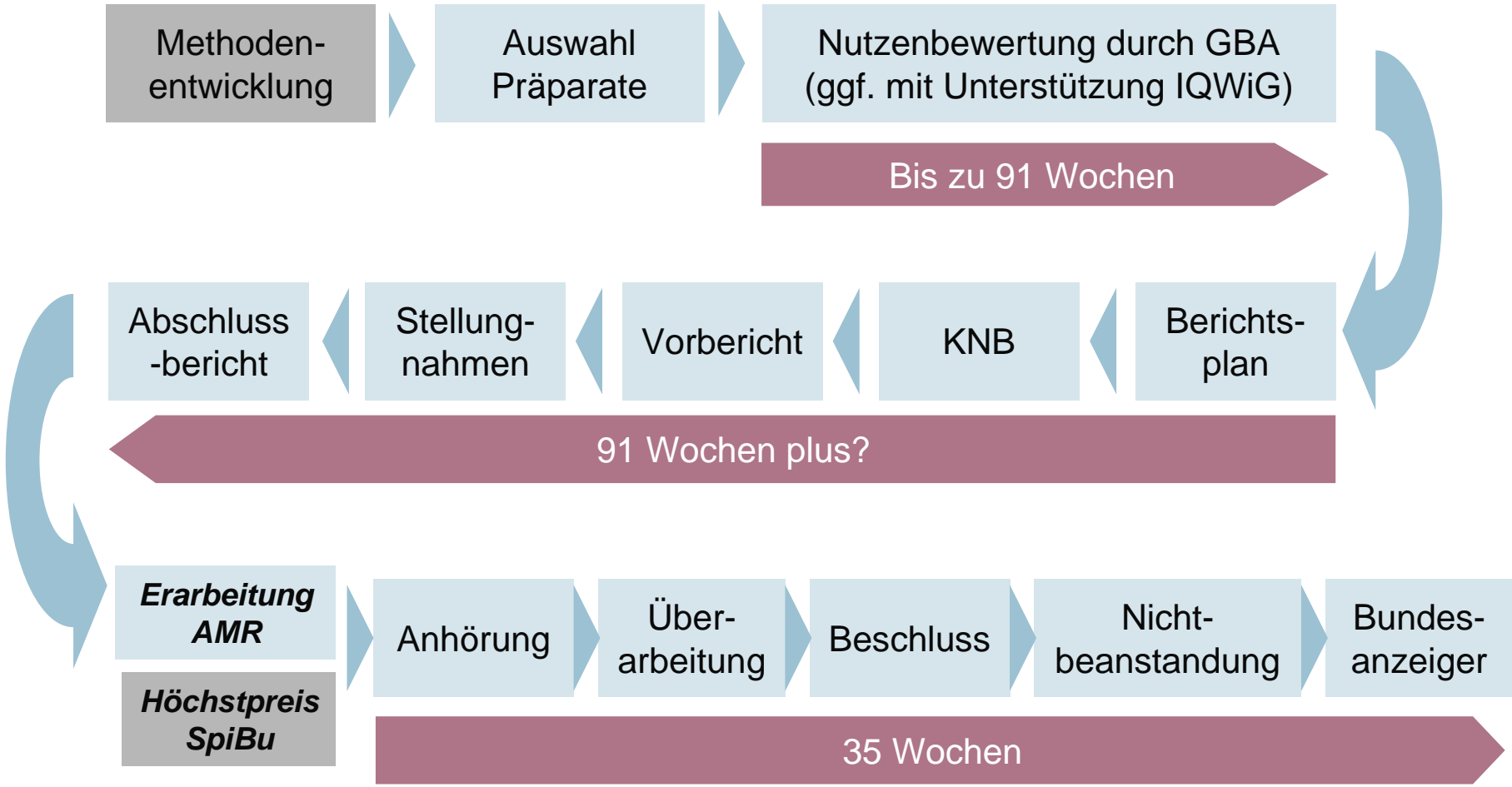


(1) Datum der Veröffentlichung

(2) Eigene Berechnung auf Grundlage der seit 2004 vom IQWiG abgeschlossenen Arzneimittelbewertungen (ohne Rapid Reports)

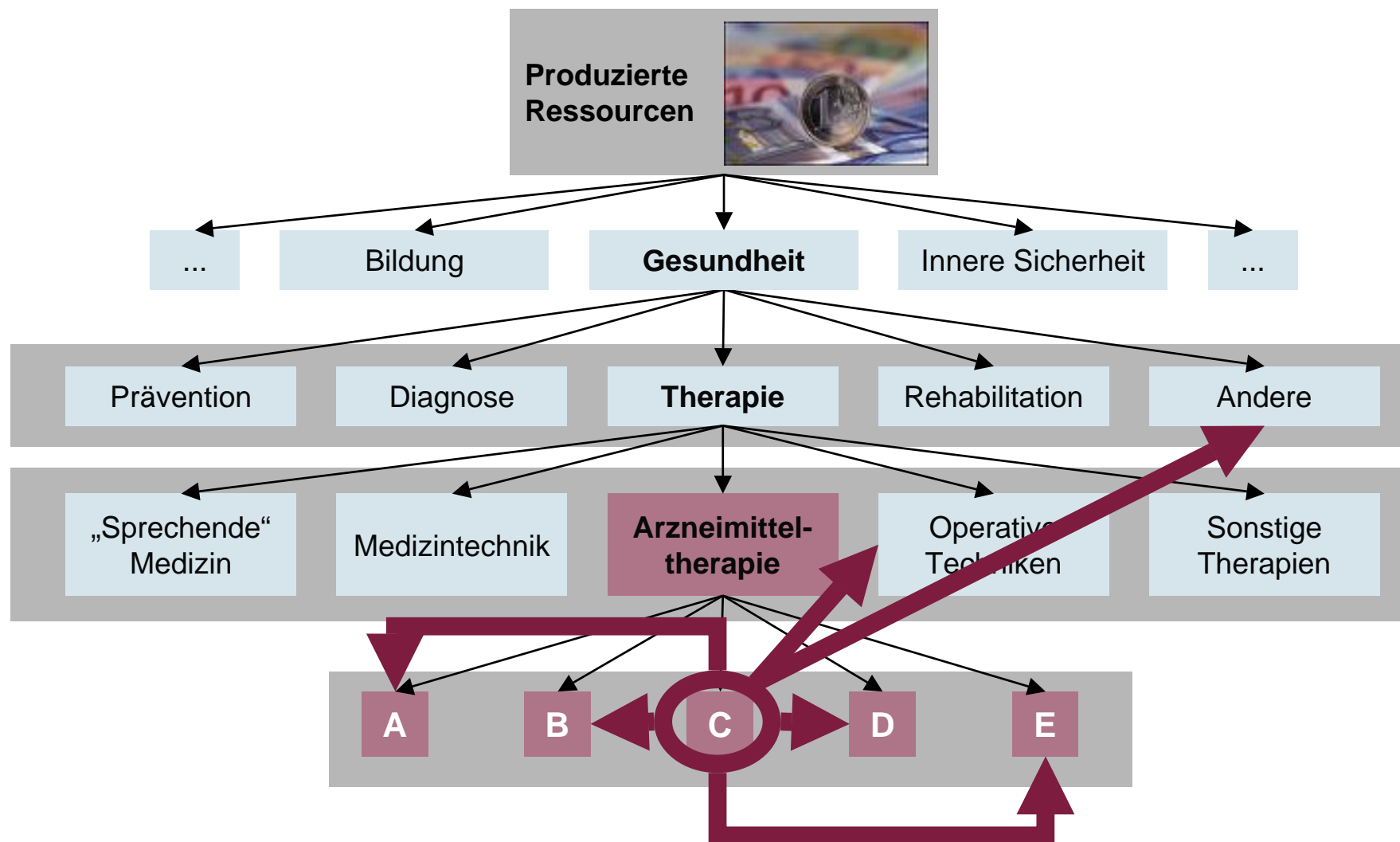
Quelle: IQWiG

# Verlauf von Arzneimittelbewertungen im Überblick



Rechtliche Auseinandersetzungen

# Ansatzpunkte für Kosten-Nutzen-Bewertungen



## Die zu erwartenden Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben sind gering.

Wirkstoffe	Verordnungszahlen <sup>1)</sup> 2007	Umsatz <sup>1)</sup> 2007	Anteil an GKV Arzneimittelausgaben 2007 <sup>2)</sup>
Exenatid <sup>3)</sup>	31.036	5.883.056	<b>0,02 %</b>
Sitagliptin <sup>3)</sup>	67.705	9.927.009,35	<b>0,03 %</b>
Montelukast	692.965	70.133.573,48	<b>0,25 %</b>
<b>Kumulierter Anteil an GKV-Arzneimittelausgaben 2007</b>			<b>&lt; 0,5%</b>

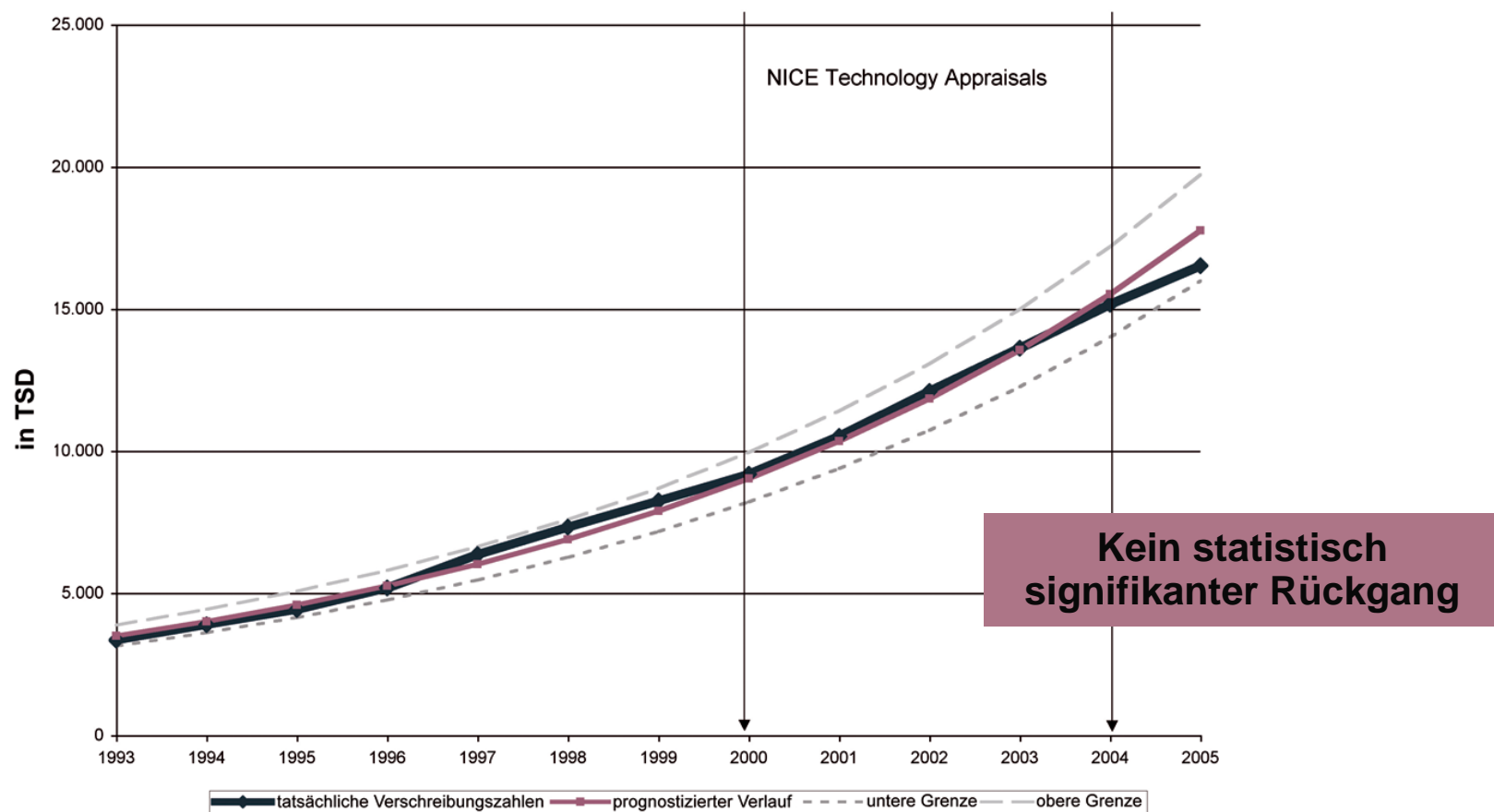
(1) Insight Health 10.6.2008

(2) IGES 2008 (28 Mrd. €)

(3) Auf deutschem Markt seit 2. Quartal 2007

# Begrenzte Effekte erfolgreicher Kosten-Nutzen-Bewertungen am Beispiel des britischen NICE

Gesamtentwicklung (1993-2005) der Verschreibungen von Arzneistoffen (n=21) in Großbritannien nach restriktiven Bewertungen durch NICE



# Nutzen von Kosten-Nutzen-Bewertungen: mehr Transparenz von Kosten und Nutzen

## Gesamttherapiekosten

- Kosten vs. Preis
- Direkte Kosten
- Indirekte Kosten
- Folgekosten, z.B. aufgrund von Compliance-Problemen
- Opportunitätskosten



## Nutzen

- Bewertung des Patientennutzens: Vergleich gegen Standardtherapie
  - Morbidität
  - Mortalität
  - Lebensqualität
  - Therapiefolgen
- Gesellschaftlich relevanter Nutzen



**Anstoß für valide  
Studien aus der Praxis**

## Nachhaltigkeit der Gesundheitsversorgung und Beitragssatzstabilität:

- Mögliche Effekte
- **Stellenwert**

von Kosten-Nutzen-Bewertungen

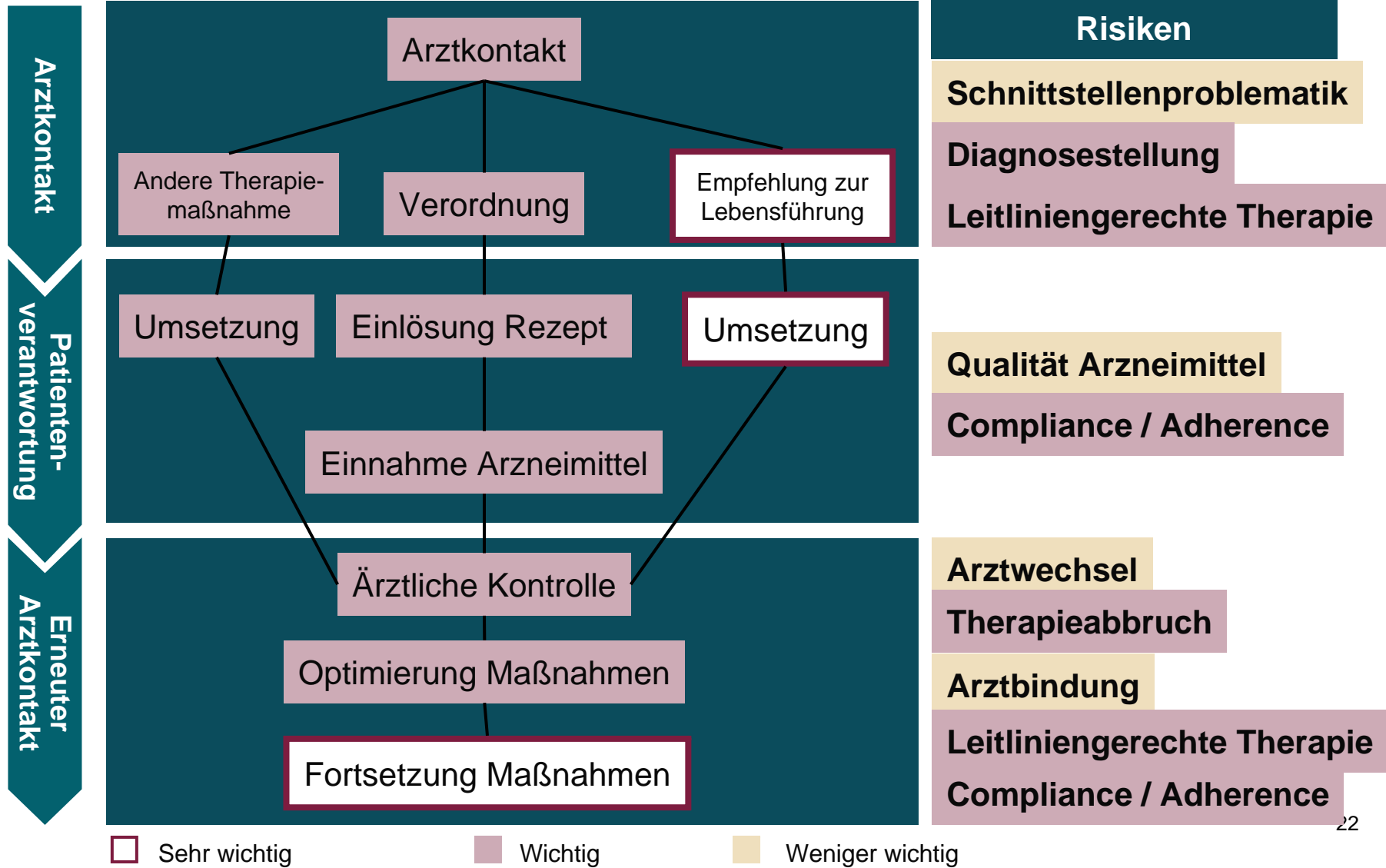
## Nur eine adäquate Gesamttherapie gewährleistet eine nachhaltige medizinische Versorgung



„Wir werden an einer Kosten-Nutzen-Bewertung **über das ganze Versorgungssystem** nicht vorbei kommen“

Günter Neubauer, Gesundheitsökonom, 6. Juni 2008  
(Hervorhebung durch Autor)

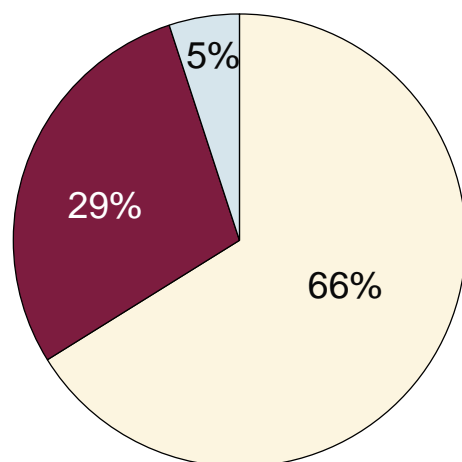
# Aspekte einer optimalen Gesamttherapie



## Medikamentennutzen ist abhängig von der Einbettung in eine rationale Arzneimitteltherapie

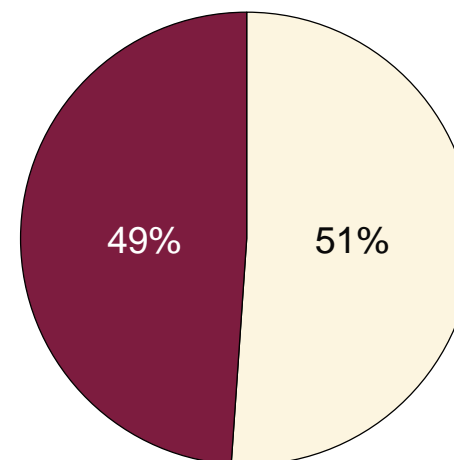
Erhebliche Defizite bestehen hinsichtlich einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Verordnung von Arzneimitteln.

### Nutzung von Leitlinien durch niedergelassene Ärzte



- Arbeite bereits mit Leitlinien
- Arbeite nur in Ausnahmefällen mit Leitlinien
- Keine Angabe

### Kenntnisse zur Bedeutung von EbM für niedergelassene Ärzte

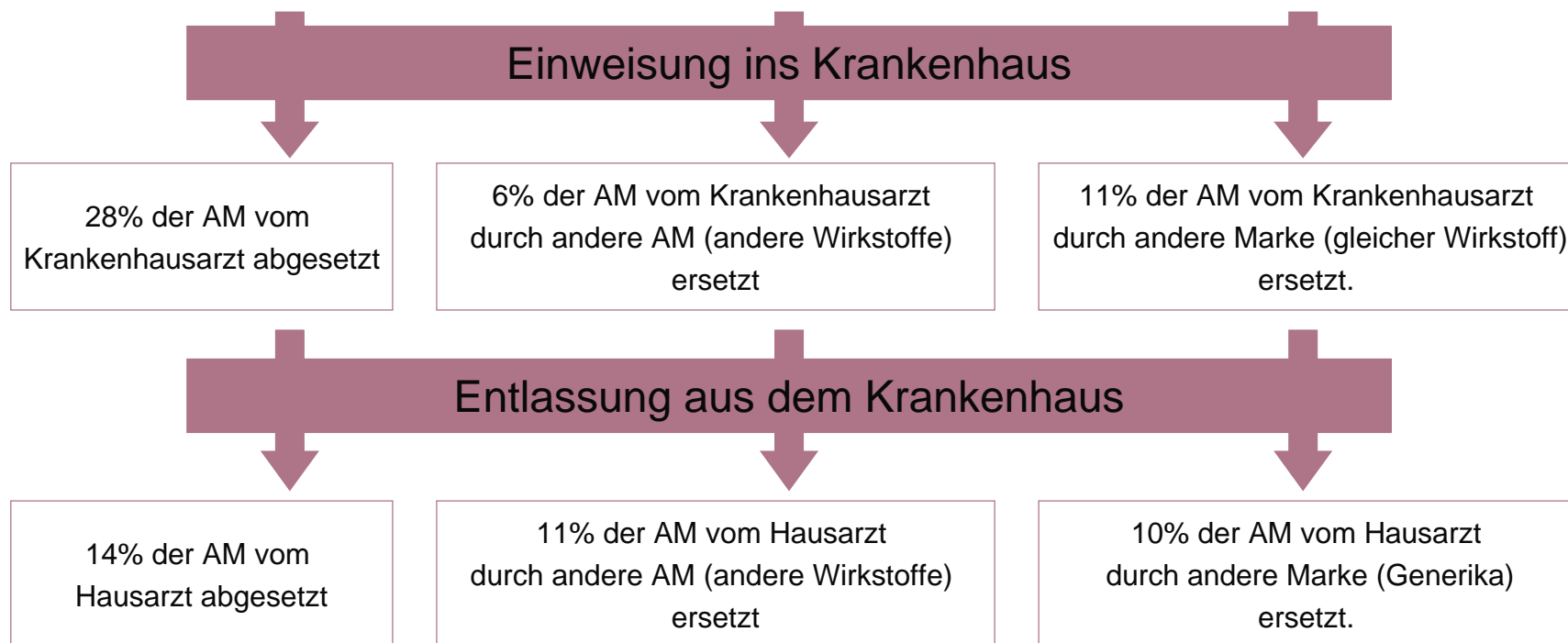


- Kennt korrekte Definition von EbM
- Haben unklare Vorstellungen der Bedeutung von EbM

# Schnittstellenproblematik als Ursache für therapeutisch unnötige Arzneimittelumstellungen

## Studien an 130 chronisch kranken Patienten in Göttingen

420 Arzneimittel wurden von den Patienten vor Einweisung ins Krankenhaus eingenommen (14% davon Generika)

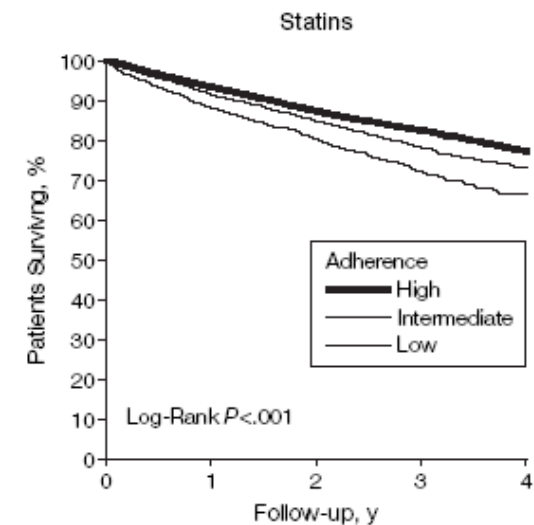


**50% der umgestellten Arzneimittel bei sektorenübergreifender Arzneimittelversorgung sind möglicherweise überflüssig**

## Mangelhafte Compliance – Grund für suboptimalen Nutzen von Arzneimitteltherapien

### Auswirkung der Compliance auf die Mortalität bei Statin-Therapie nach akutem Herzinfarkt

	Geringe Compliance	Hohe Compliance
Anzahl Anwender (nach Compliance über 1 Jahr)	14.345	2.310
Mortalität	1.071	261
Beobachtungszeit (Median)	2,1 J.	2,4 J.
Anteil der Todesfälle an Anwendergruppe	24,4 %	16,1 %



**Figure 1.** Kaplan-Meier Estimates of Time to Death for Statin Users According to Adherence Level

# Nutzen weiterer medizinischer Behandlungsstrategien: Maßnahmen zur Lebensführung

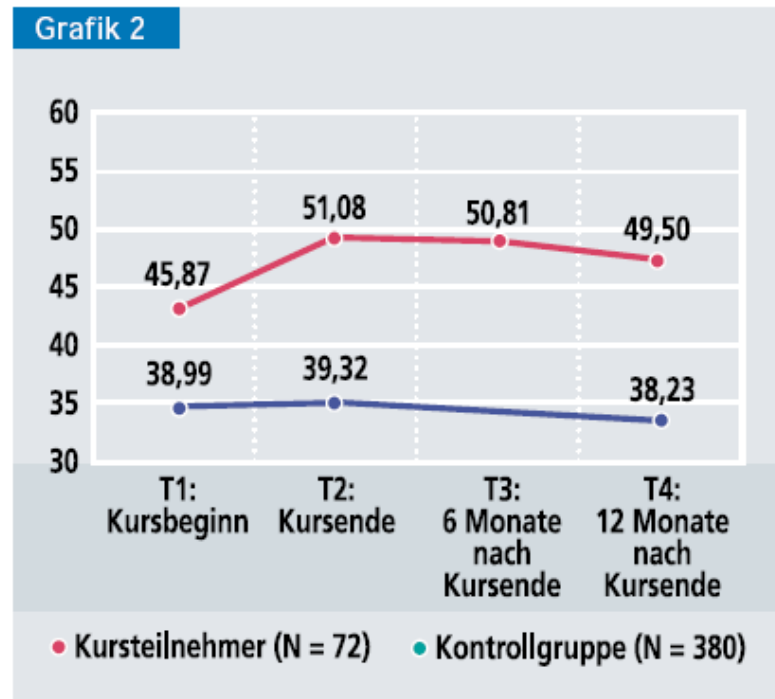
## Evaluation der Effekte von Rückenschulprogrammen

- Kontrollierte Studie: Vergleich der Effekte einer Rückenschulteilnahme (Interventions-/ Kontrollgruppe) hinsichtlich
  - Kurz- und langfristige Rückenschmerzstärke
  - AU-Tage

### Ergebnisse

- Deutliche Verbesserung der physischen Lebensqualität
- Reduktion der AU-Tage um ca. 11 Tage je Kursteilnehmer innerhalb von 5 Quartalen

Grafik 2



Rückenschmerzstärke in der Interventions- und Kontrollgruppe im Zeitverlauf (T1 – T4); bei der von 0 bis 100 reichenden Skala entspricht 100 keinen Schmerzen.



WISSENSCHAFTLICHES  
INSTITUT DER TK  
FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ  
IM GESUNDHEITSWESEN

**Fazit**

## Welche Faktoren sind für eine kosteneffektive Versorgung ausschlaggebend?

- Transparenz hinsichtlich
  - Kosten-Nutzen-Verhältnis einzelner Arzneimittel
  - dauerhafte Versorgungsqualität
- Kontinuierliche Qualitätssicherung
- Rationale, evidenzbasierte Arzneimitteltherapie
- Eigenverantwortliche Patienten mit konstruktivem Gesundheitsverhalten und Therapietreue
- Reibungslose sektorenübergreifende Versorgung

## Was braucht es ergänzend?

### Patient

- Beratungs- und Betreuungsangebote für gesündere Lebensführung und Management von Risikofaktoren
  - Beispiel: TK-Gesundheitscoach
- Förderung eines konstruktiven Gesundheitsverhaltens, partnerschaftlicher Entscheidungsfindung und Patientenautonomie

### Arzt

- Coaching
- Ärzteinfo
- PC-gestützte Maßnahmen

### Strukturen

- Integrierte Versorgung
- Förderung einer sektorenübergreifenden Arzneimittelversorgung
- Leitlinien
- Qualitätskontrollen



„Nachhaltigkeit ist der Kompass  
eines verantwortungsvollen  
Fortschritts.“

Ranga Yogushwar (Mitglied des Rates für Nachhaltige  
Entwicklung)