Kosten-Nutzen-Überlegungen zur Asthmabehandlung

T. D. Szucs

Einleitung

Im Zeitalter der beschränkten Ressourcen im Gesundheitssystem ist es zunehmend schwierig geworden, den Nutzen bestehender und neuer Technologien und Behandlungsverfahren erfolgreich umzusetzen. Ziel dieser Übersicht ist es, die ökonomische Bedeutung von Asthma bronchiale sowie die Wirtschaftlichkeit entsprechender diagnostischer und therapeutischer Massnahmen darzustellen.

Krankheitskostenstudien

Krankheitskostenstudien sind seit vielen Jahren eine etablierte Grundlage für die Planung von Gesundheitsleistungen und der Prioritätensetzung [1]. Die **«Global Initiative for Asthma»** führte kürzlich eine Übersicht von 6 Krankheitskostenstudien durch. Die jährlichen volkswirtschaftlichen Kosten betrugen zwischen 326 und 1315 US-Dollar pro Person und Jahr (Tab. 1). Eine von unserer Gruppe durchgeführte schweizerische Analyse von 589 Patientenakten zeigte Kosten von durchschnittlich Fr. 1778 direkte Kosten pro Patient und Jahr und Fr. 1019 pro Patient und Jahr [2]. Insgesamt konnten wir den gesamten volkswirtschaftlichen Verlust der Asthmaerkrankung auf 1,2 Mrd. Fr. beziffern. Übereinstimmend in fast allen Studien betrug der Anteil der Direktkosten zwischen 40 und 50% der Gesamtkosten. Nicht nur aus volkswirtschaftlicher Sicht müssen wir Asthma berücksichtigen, sondern auch aus der Sicht der betroffenen Familien und individuellen Patienten. Eine amerikanische Studie zeigte durchschnittliche jährliche Kosten von 1087 US-Dollar pro asthmaerkranktes Kind [3]. Eine mit ähnlicher Methodologie durchgeführte Studie in Australien wies Kosten von 212,48 AU-Dollar pro Patient und Jahr aus. Bei Patienten die hospitalisiert wurden, betrugen die Kosten jährlich 884 AU-Dollar [4]. Notfallstationsbehandlungen und Hospitalisationen stellen jeweils den grössten Kostenblock im Rahmen der Asthmabehandlung dar. In einer kürzlich durchgeführten Untersuchung [5] betrugen die Kosten pro Hospitalisation zwischen 2000 US-Dollar bei Patienten mit mildem Asthma und 15 000 US-Dollar bei Patienten mit schwerem Asthma.

Wirtschaftlichkeitsstudien

Es gibt 2 wichtige Studienformen zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit. In der Kosten-Nutzen-Analyse werden alle Kosten und Konsequenzen in monetären Einheiten ausgedrückt. Demgegenüber werden bei Kosten-Effektivitäts-Analysen die Kosten in monetären Einhei-

Tabelle 1. Krankheitskostenstudien bei Asthma bronchiale.

Land	Jahr	Direkte Kosten (Mio. US-Dollar)	Indirekte Kosten (Mio. US-Dollar)	Gesamtkosten (Mio. US-Dollar)	Kosten pro Patient (US-Dollar)
Australien	1991	250	207	457	326
New South Wales	1989	125,8	37,5	163,3	513
Schweden	1975	90,8	257,5	348,3	1315
Grossbritannien	1988	722,5	1070	179,5	522
USA	1990	3700	2700	6400	640
Schweiz	1998	476	307	783	790

Hirslanden Research, Zürich

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs, MBA MPH
Chief Medical Officer
Hirslanden Holding
CH-8008 Zürich

thomas.szucs@hirslanden.ch

ten und die Ergebnisse in nicht-monetären Einheiten ausgedrückt. Solche nicht-monetären Einheiten sind beispielsweise:

1. Anzahl geretteter Menschenleben,
2. gerettete Lebensjahre,
3. erfolgreich behandelte oder verhinderte Krankheitsfälle,
4. reduzierte Krankheitshäufigkeit und -dauer,
5. gewonnene Arbeitstage,
6. andere klinische Parameter (z.B. Kosten pro Veränderung FEV_1).

Im Bereich der diagnostischen Abklärung sind nur spärliche Daten erhältlich, welche den ökonomischen Nutzen beispielsweise von diagnostischen Algorithmen belegen. Nur eine Studie konnte partiell den Nutzen der Lungenfunktion als Screeninginstrument quantifizieren. Auch hinsichtlich der ökonomischen Bewertung anderer diagnostischer Verfahren (Thoraxröntgenbild, Serologie oder Kutantestung) existieren keine Studien.

Es existiert eine breite Fülle an teilweise hervorragenden Studien zum Beleg der Wirtschaftlichkeit der Pharmakotherapie bei Asthma bronchiale. Der grösste Anteil dieser Studien fokussiert auf die inhalative Kortikoidtherapie, insbesondere auf die Wirtschaftlichkeit der inhalativen Kortikosteroide zusammen mit Bedarfsweise eingesetzten Bronchodilatatoren im Vergleich zum alleinigen Einsatz der Bronchodilatatoren bei mittelschwerem bis schwerem Asthma. Mittlerweile erscheinen auch Vergleichsdaten unterschiedlicher antiinflammatorischer Therapien. Im Bereich der Leukotrienantagonisten existiert eine einzige Studie zu Zafirlukast. Der klinische und ökonomische Nutzen von patientenorientierten Edukationsprogrammen ist hingegen weitgehend belegt, vor allem bei Patienten mit schwerer Erkrankung und hohem Risiko. Der grösste Teil dieser Studien sind klassische Kosten-Nutzen-Analysen und nur selten finden sich entsprechende Kosten-Effektivitäts-Analysen.

Quintessenz

- Die Anzahl und die Qualität der ökonomischen Literatur im Bereich des Asthma bronchiale nimmt wesentlich zu. Die gegenwärtige Evidenz zeigt fast einheitlich, dass der Einsatz inhalativer Kortikosteroide bei mittelschwerem Asthma wirtschaftlicher ist als der alleinige Einsatz von Betamimetika.
- Es gibt keine Angaben zur Wirtschaftlichkeit der Frühintervention mit einer Kontrolltherapie bei mildem Asthma. Insgesamt kann die gezielte Asthmaschulung als wirtschaftlich taxiert werden.
- Einige Fragen bleiben trotzdem noch unbeantwortet. **Erstens**, es existieren keine standardisierten Effektivitätskriterien (sogenannte Outcomes) für Asthma. **Zweitens**, die klinische Forschung muss sich auf den Einsatz geeigneter Studienformen mit entsprechendem zeitlichen Horizont sowie der exakten Messung des Ressourcenverbrauches und der Kosten konzentrieren. Auch die Wahl der relevanten Vergleichssubstanz ist entscheidend für den Erfolg der Wirtschaftlichkeitsanalyse. **Drittens,** Kliniker sollten sich vermehrt engagieren, den ökonomischen Nutzen neuer Interventionen zu quantifizieren, genauso wie sie dies tun im Rahmen des Belegens der klinischen Evidenz. Da die ökonomische Evidenz immer wichtiger für die medizinische Entscheidungsfindung wird, ist es wichtig, dass Kliniker und Praktiker sich dieser Aufgabe gemeinsam stellen.

Literatur

1 Rice DP, Cooper BS. The economic value of human life. Amer J Public Health 1967;57:1954–66.
2 Szucs TD, Anderhub HP, Rutishauser M. The economic burden of asthma: direct and indirect costs in Switzerland. Eur Respir J 1999;13:281–6.
3 Marion RJ, Creer TL, Reynolds RV. Direct and indirect costs associated with the management of childhood asthma. Ann Allergy 1985;54:31–4.
4 Toelle BG, Peat JK, Mellis CM, Woolcock AJ. The cost of childhood asthma to Australian families. Pediatr Pulmonol 1995;19:330–5.
5 Stanford R, McLaughlin T, Okamoto LJ. The cost of asthma in the emergency department and hospital. Am J Respir Crit Care Med 1999;160: 211–5.