

# **Der onkologische Patient im höheren Lebensalter – eine ökonomische Perspektive**

P. Aidelsburger, J. Wasem

Lehrstuhl für Allgemeine BWL und Gesundheitsmanagement der Ernst-Moritz-Arndt-Universität,  
Greifswald, Friedrich-Loeffler-Str. 70, 17489 Greifswald, Telefon 03834/86-2477, Telefax 03834/86-  
2475, e-mail: gesman@mail.uni-greifswald.de

## **Einleitung**

Bösartige Neubildungen stellen in Deutschland nach den Erkrankungen des Herz-, Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache mit 210837 Gestorbenen im Jahr 1999 dar (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden). Zu den häufigsten Tumorarten bei Frauen gehören das Mammakarzinom, gefolgt vom Kolon- und Lungenkarzinom. Bei den Männern überwiegt bei weitem das Lungenkarzinom, gefolgt vom Prostata- und Kolonkarzinom. Diese Rangordnung bleibt auch erhalten, wenn man alleine Patienten im Alter über 65 Jahre betrachtet. Die Inzidenz und Mortalität der häufigsten Tumoren steigt auch in den letzten Jahren trotz Präventionsmöglichkeiten bei den über 65-jährigen leicht an. Ausnahmen bilden lediglich das Kolonkarzinom der Frau und das Prostatakarzinom des Mannes.

## **Fragestellung**

Werden ethische Fragen zur Gerechtigkeit in der Ressourcenverteilung ausgeklammert, stellt sich aus rein ökonomischer Perspektive die Frage, ob eine aggressive Therapie bei älteren Patienten mit einer Tumorerkrankung kosteneffektiver ist als eine eher zurückhaltende Therapie.

Zur Beantwortung dieser Frage liegen zur Zeit keine Primärstudien vor. Zwar existieren Kostenstudien, jedoch keine Zusammenführung der Kosten mit der Effektivität einer Therapie. Es soll im folgenden beschrieben werden, welche Möglichkeiten bestehen, einen gesundheitsökonomischen Beitrag zur Diskussion um Therapiemöglichkeiten bei Tumorpatienten im höheren Alter zu leisten.

## **Allgemeine Aspekte zur gesundheitsökonomischen Evaluation**

Zunächst soll auf einige grundlegende Aspekte gesundheitsökonomischer Evaluationen eingegangen werden.

## **Arten der gesundheitsökonomischen Evaluation**

Es werden verschiedene Arten von gesundheitsökonomischen Evaluationen unterschieden. Die einfachsten Formen stellen die Kostenbeschreibung und die Kostenanalyse dar. Bei diesen beiden Formen werden lediglich die Kosten erhoben, bzw. die Kosten zweier Therapiestrategien verglichen.

Es sollte jedoch angestrebt werden die Kosten mit einem Outcome-Parameter in Beziehung zu bringen. Dies geschieht in Kosten-Minimierungs-Studien, Kosten-Effektivitäts-Studien, Kosten-Nutzen-Studien und Kosten-Nutzwert-Studien. Diese Studien ermöglichen Aussagen zu den Kosten z.B. pro Prozent Tumorverkleinerung oder pro Quality Adjusted Life Year.

### **Perspektive**

Von besonderer Bedeutung in gesundheitsökonomischen Evaluationen ist die gewählte Perspektive. Es kann die Perspektive z.B. des Patienten, des Kostenträgers oder der Gesellschaft gewählt werden. Je nachdem welche Perspektive eingenommen wird, können sich völlig unterschiedliche Ergebnisse ergeben. Es sollte versucht werden bei jeder Studie auch eine gesamtgesellschaftliche Perspektive einzunehmen, da bei dieser Perspektive alle Ressourcenverbräuche erfasst werden.

### **Zeithorizont**

In klinischen Studien dominiert häufig ein sehr kurzer Zeithorizont. Aus ökonomischer Sicht ist demgegenüber ein lange, im Idealfall: lebenslanger Zeitraum zu bevorzugen. Dies bedingt im Regelfall, dass Ergebnisse unterschiedlicher Datenquellen miteinander verknüpft und über die Ergebnisse von Studien hinaus Modellierungen alternativer Szenarien durchgeführt werden müssen.

### **Parameter zur Definition von Subgruppen**

Verschiedene Parameter führen dazu, dass das Patientenkollektiv der über 65 jährigen nicht als homogen angesehen werden kann. Subgruppen definieren sich u.a. durch die zu erwartende Restlebenszeit, durch das Ausmaß ihrer Begleiterkrankungen und soziale Faktoren.

### **Restlebenszeit**

Wichtiges Kriterium bei der Therapieentscheidung ist die mittlere Lebenserwartung nach geheiltem Tumor, bzw. die 5 Jahres-Überlebensrate. Je höher die mittlere Lebenserwartung nach geheiltem Tumor, desto höher wäre der Benefit des Patienten von einer aggressiven Therapie. Die mittlere Lebenserwartung für das geheilte Colonkarzinom liegt bei 15 Jahren, ProstataKarzinom 12 Jahre, Mammakarzinom 25 Jahre und Lungenkarzinom 17 Jahre. Selbstverständlich muss man bedenken, dass ein sehr hoher Prozentsatz an Patienten als nicht geheilt angesehen werden muss. So beträgt das relative Survival nach 10 Jahren beim Lungenkarzinom nur 14%, beim Colonkarzinom 54%. Bessere Werte weisen das Mammakarzinom mit 67% und Prostatakarzinom mit 69% auf. Dies sind allerdings Durchschnittswerte, die Restlebenszeit ist in erster Linie abhängig von Tumorstadium bei Diagnosestellung. Durch die hohe Lebenserwartung in Deutschland ist es auch bei älteren Patienten durchaus möglich eine hohe Restlebenszeit mit einer aggressiven Therapie zu erreichen. Der Patient lebt unter Umständen lang genug, um den Benefit von einer aggressiveren Therapie zu erleben.

(Quelle: Tumorregister München; Jahresbericht 1998)

### **Begleiterkrankungen**

Das Ausmass der Begleiterkrankungen eines Patienten wird im starken Ausmass die Entscheidung eines Arztes bezüglich der passenden Therapie beeinflussen. Je „gesünder“ der Patient in seinem Allgemeinzustand ist, desto eher wird sich ein Arzt für die Durchführung einer eher aggressiven Therapie aussprechen.

### **Soziale Faktoren**

Je selbstständiger und eigenverantwortlicher der Patient sein Leben gestalten kann, je besser seine häusliche Versorgung, desto eher wird man eine aggressivere Therapie befürworten.

### **Gesundheitsökonomische Studien zur Bestimmung der Kosten-Effektivität von Tumortherapien bei älteren Patienten**

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit zur Durchführung von Kosten-Effektivitätsstudien für verschiedene Tumorarten. Die oben beschriebenen Parameter zur Definition von Subgruppen machen aber deutlich, dass Patienten über 65 Jahre kein einheitliches Patientenkollektiv darstellen. Dies führt zu weitgehenden Einschränkungen in der Aussagekraft und Übertragbarkeit der Ergebnisse solcher Studien.

Durch entscheidungsanalytische Modellierungen besteht die Möglichkeit subgruppenspezifische Berechnungen durchzuführen und damit zu differenzierteren Ergebnissen zu kommen.

Limitierungen in der Durchführbarkeit dieser Studien sind durch die allgemeine schlechte Datenlage zu epidemiologischen Daten und Kostendaten zu erwarten.

Generell werden gesundheitsökonomische Studien in erster Linie zu Entscheidungen auf Kollektivebene (welche Leistungen sollen – ggfs. typisiert für welche Patientengruppen – von der GKV finanziert werden?) Aussagen ermöglichen, weniger hingegen für die (immer deutlich weniger typisierbare) individuelle Behandlungssituation.

### **Mögliche Outcome-Parameter**

Einerlei ob Kosten-Effektivitäts-Studien oder entscheidungsanalytische Modellierungen, es muss auf der Ergebnisseite festgelegt werden, welche Parameter von Interesse sind. Als mögliche Endpunkte die das Ergebnis einer Therapie messen können, kann man z.B. medizinische Parameter (rezidivfreie Zeit, Reduktion der Tumormasse) oder die Lebensqualität heranziehen.

## **Zusammenfassung**

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten Daten mit Aussagekraft für den Vergleich einer aggressiveren Therapie versus moderaten Therapie zu erheben. Zum einen können Kosten-Effektivitäts-Studien für die einzelnen Tumoren durchgeführt werden, die neben der medizinischen Effektivität auch die Kosten speziell für Patienten höheren Alters erheben. Dabei ist die Erhebung auf eine gesamtgesellschaftliche Perspektive abzustellen und es muß eine klare Entscheidung erfolgen, ob medizinische Parameter oder QALYs als Outcome Parameter definiert werden sollen. Es ist jedoch zu empfehlen, dass auch die Langzeitauswirkungen einer aggressiven vs. moderaten Therapie miterfasst werden sollen. Dies ist insbesondere durch die entscheidungsanalytische Modellierung (Markov-Modelle) möglich. Eine differenzierte Ergebnisbetrachtung ist dann für Subgruppen möglich.

Diese Studien können dazu beitragen, daß es zu einer fein differenzierten Therapieentscheidung bei Tumorpatienten in älteren Jahren kommt.