

Beitrag für *Der Urologe*, Heft 1/2014

Schwerpunktthema Gesundheitsökonomie

Der QALY- Ansatz: Wo liegen seine Potentiale und wo seine Grenzen?

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Ralph Tunder
EBS Universität für Wirtschaft und Recht
Health Care Management Institute
Fon: 0611/71021872
Fax: 0611/7102101872
E-Mail: Ralph.Tunder@ebs.edu

Belinda Martschinke
EBS Universität für Wirtschaft und Recht
Health Care Management Institute
Fon: 0611/71021876
Fax: 0611/7102101876
E-Mail: Belinda.Martschinke@ebs.edu

Inhalt

1. Einleitung & Abgrenzung
2. Hintergründe & Bedeutung des QALY Ansatzes
 - 2.1 Einordnung
 - 2.2 Methodik
 - 2.3 Fallbeispiel
3. Kritische Reflexion
 - 3.1 Gesundheitsökonomische Perspektive
 - 3.2 Ethische Perspektive
4. Ausblick
5. Literatur

Abstract und Schlüsselwörter

1. Einleitung & Abgrenzung

Was ist Leben wert und wie lässt sich dieser Wert erheben oder berechnen? Dies ist ein Leitmotiv der gesundheitsökonomischen Fragestellungen, welches eng mit ethischen Aspekten einhergeht. Es herrscht ein stetes Dilemma zwischen begrenzten Ressourcen und Gesundheitsbedürfnissen; steigenden Kosten der Gesundheitssysteme stehen unbegrenzte Wünsche nach umfassender Gesundheitsversorgung gegenüber. Aus diesen Impulsen haben sich ökonomische Bewertungsansätze für Medikamente und Therapieformen entwickelt, um die Knappheit an Ressourcen gemäß gewisser Leitlinien und Maßstäbe zu koordinieren. Alleine schon aus dem Erfordernis, eine Grundlage für die Preisfestsetzung zu erhalten, muss der Wert einer Behandlung in irgendeiner Form anfassbar – und somit vergleich- und verhandelbar – gemacht werden [1]. In diesem Spektrum bewegt sich der QALY Ansatz.

Dazu werden im Folgenden zunächst grundsätzliche Formen von Evaluationsmodellen betrachtet, die für unterschiedliche Situationen entwickelt wurden. Darauf aufbauend wird die Methodik skizziert, die dem QALY Ansatz zugrunde liegt. Dies wird anhand eines Prostatakarzinom Fallbeispiels veranschaulicht. Ein Modell bzw. eine Methode kann niemals eine umfassende Sicht aller Perspektiven beinhalten und stößt somit unweigerlich an gewisse Grenzen. Daher werden anschließend wertfrei die Stärken und Schwächen dieses Ansatzes diskutiert. Auf einige methodische sowie ethische Einschränkungen und Gestaltungsspielräume wird hingewiesen.

2. Hintergründe & Bedeutung des QALY Ansatzes

2.1 Einordnung

Unter der Bedingung, dass eine Krankenkasse die Kosten einer bereits etablierten Behandlungsform für Ihre Patienten errechnen möchte, reicht eine Krankheitskostenstudie. Wenn es aber um die Entscheidung über eine neue Therapieform geht und ob diese die bewährten Therapien ablösen soll, reicht eine einfache Kostenbetrachtung nicht aus. Zu diesem Zweck existieren komplexere Modelle, die sowohl die Kostenseite als auch die Nutzenseite detailliert berücksichtigen. Hierfür wurden verschiedene Analysemodelle etabliert, die je nach Zweck eine einfachere oder umfassendere Betrachtung ermöglichen.

Der QALY Ansatz – eine Form von Wirtschaftlichkeitsuntersuchung - beschäftigt sich mit einer Analyse von Kosten und Nutzwerten, wenn es um die Auswertung einer Therapie oder den Vergleich verschiedener Therapien miteinander geht. QALY steht dabei für Quality Adjusted Life Years, oder wird auch als Konzept qualitätskorrigierter Lebensjahre bezeichnet. Dabei gibt es nicht nur den QALY Ansatz, sondern auch eine Reihe anderer pharmakoökonomischer Evaluationsformen. Bevor nun weiter auf den QALY Ansatz eingegangen wird, erfolgt eine grundsätzliche Einordnung der verschiedenen Bewertungsmethoden.

Die Kostenvergleichsanalyse (auch Kostenminimierungsanalyse genannt) stellt eine Evaluation dar, welche die Kosten zweier Behandlungsalternativen miteinander vergleicht. Dieses Modell ist sinnvoll, wenn bereits vorab feststeht, dass der Behandlungsnutzen zweier

Therapien exakt identisch ist. In einem solchen Fall müssen somit nur die Kosten, nicht aber die Nutzen, gegeneinander gestellt werden, was die Analyse vereinfacht [2, 3].

Wenn nur eine einzige Therapie auf deren Kosten untersucht werden soll, ohne einen Vergleich zu einer anderen Behandlungsoption anzustellen, kommt eine weitere Methode zum Einsatz, die Krankheitskostenstudie (auch Cost-of-Illness Study oder Kostenanalyse genannt). Diese stellt im Grunde eine Unterform bzw. Vereinfachung der Kostenvergleichsanalyse dar, da hierbei ebenfalls die durch eine Erkrankung (oder einen bestimmten Schweregrad einer Erkrankung) entstandenen Kosten berechnet werden, nur eben für eine einzige Therapiemöglichkeit ohne Vergleichsalternative. Es können direkte und indirekte Kosten einbezogen werden [2, 3]. Direkte Kosten sind dabei sämtliche Ausgaben, die für die Behandlung, die dazu benötigten Ressourcen an Personal und Infrastruktur, oder für die Behandlung von Nebenwirkungen entstehen. Indirekte Kosten hingegen drücken den Schaden für die gesamte Volkswirtschaft aus, der entsteht, wenn ein Patient erkrankt und infolge dessen nicht arbeiten kann bzw. frühzeitig verstirbt und auch dadurch die Produktivität der Wirtschaftsleistung eines Landes mindert.

Leider ist es oft nicht der Fall, dass die Nutzen zweier Optionen exakt identisch sind oder nur eine einzige Therapie betrachtet wird. Wenn die Behandlungsnutzen verschieden sind, werden komplexere Modelle angewandt. Vielmals werden dazu Kosten-Nutzen-Analysen (KNA) eingesetzt, die der reinen Kostendimension eine weitere Dimension, den Nutzen einer Therapie, hinzufügt. Diese Analyseform zielt darauf, sämtliche Kosten sowie Nutzen einer Behandlung in monetären Einheiten auszudrücken und gegeneinander aufzurechnen. Oft zeigt sich der Nutzen einer Therapie jedoch in der Verlängerung der Lebenszeit oder Verbesserung der Lebensqualität, auch als intangibler Nutzen bezeichnet. Die KNA steht dabei vor dem Problem, solche Parameter nicht monetär einzubeziehen [2, 3]. Diese Herausforderung wird durch den QALY Ansatz aufgegriffen und zu lösen versucht.

Bevor wir uns dem QALY Ansatz zuwenden, ist noch eine weitere Evaluationsform hervorzuheben: Kosten-Wirksamkeits-Analysen (Kosteneffektivitätsanalysen). Hierbei wird ein Kosten-Nutzen-Vergleich durch das Ergebnis ausgedrückt, das in natürlichen Einheiten gemessen wird. So wird der Nutzen bspw. durch die Veränderung von bestimmten Blutwerten, Cholesterinwerten, die schnellere Wiederaufnahme der Arbeit oder kürzere Pflegezeiten bestimmt. Dieses Modell bietet sich an, wenn zunächst bei einer neuen Therapie deren Überlegenheit zu einer etablierten Therapie untersucht werden soll, indem der medizinische Nutzen für den Patienten im Vordergrund steht. Wenn der Nutzen die Kosten einer Behandlung übersteigt und dem Ausgangspunkt (andere Therapie oder Placebo bei fehlender Vergleichstherapie) überlegen ist, folgt eine detailliertere ökonomische Betrachtung, um den flächendeckenden Einsatz der neuen Therapie unter verschiedenen Gesichtspunkten abzuwägen. Generell sollte eine neue Therapie mit höheren Kosten bei gleichem oder geringerem Nutzen nicht vorschnell abgelehnt werden, da diese in Einzelfallentscheidungen durchaus zum Einsatz kommen kann, bspw. wenn eine etablierte Therapie aufgrund von Unverträglichkeiten bei einem einzelnen Patienten nicht angewandt werden kann [2, 3].

2.2 Methodik des QALY Ansatzes

Der QALY Ansatz stellt eine Form der Kosten – Nutzwert – Analyse dar. Dieser Ansatz ergänzt die weiter oben beschriebene Kosten-Wirksamkeitsanalyse dabei um eine weitere Dimension. Alle anderen Ansätze betrachten nicht explizit die Lebensqualität, die sich für

einen Patienten während und nach Unterziehung einer bestimmten Therapie ergibt. Der QALY Ansatz geht daher einen Schritt weiter: Nicht nur die Lebensdauer (ausgedrückt durch gerettete Lebensjahre), sondern auch die Lebensqualität werden als zwei Parameter zu einem neuen Wert aggregiert, dem QALY (Quality Adjusted Life Years), auch als qualitätskorrigierte Lebensjahre bezeichnet. Der dadurch angegebene Nutzwert bewertet somit die entstandene zusätzliche Lebensdauer mit einem Qualitätsfaktor, da die Verlängerung des Lebens um 1 Jahr sehr unterschiedliche Ausprägungen im Gesundheitszustand und somit der Lebensqualität implizieren kann [2, 3]. Der Patient kann ein Jahr Lebensverlängerung unter starken Schmerzen erleiden oder in absoluter Gesundheit. Vertreter des QALY Ansatzes betonen, dass diese Ausprägungen nicht gleichzusetzen sind, indem lediglich die Zahl der Lebensjahre angegeben wird, sondern indem diese qualitative Komponente Berücksichtigung findet. Ziel ist meist, verschiedene Therapieformen oder Pharmazeutika miteinander zu vergleichen, um die für den Patienten vorteilhafteste Alternative identifizieren zu können. Werden die QALYs in Bezug zu den damit verbundenen Kosten gesetzt, lassen sich zudem Aussagen über die Kosten pro QALY für jede der Behandlungsformen treffen.

Gewöhnlich werden zur Erhebung der Nutzwerte betroffene Patienten auf die erlebte Lebensqualität befragt. Dies erfolgt zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb des Krankheitsverlaufs bzw. nach der Genesung, da sich die wahrgenommene Lebensqualität unter Umständen im Zeitablauf ändert.

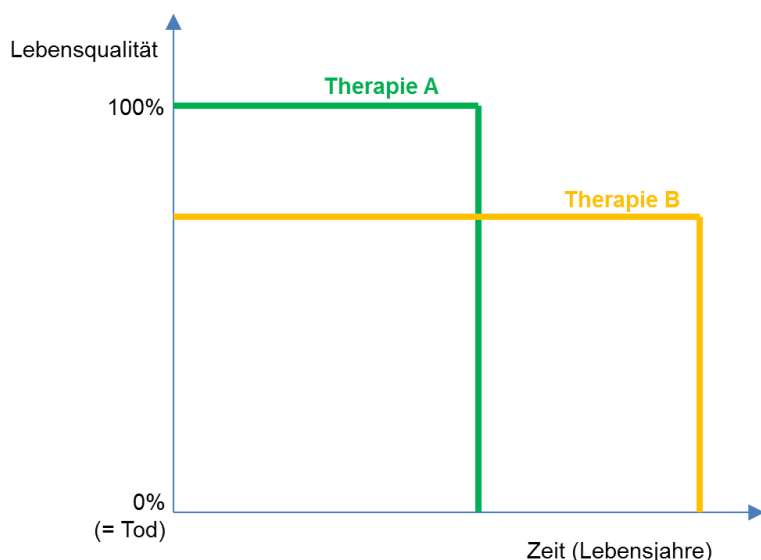


Abbildung 1: Graphische Darstellung der beiden QALY-Dimensionen für zwei unterschiedliche Therapien A und B.

Zur Datenerhebung kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung. So können zum einen Befragungsbögen verwendet werden, bei denen der Patient anhand von Skalen seine Lebensqualität bzw. das Ausmaß an Schmerzen bewertet; zum anderen können Erhebungen durch strukturiertes Interviewen durchgeführt werden. Dabei wird der Patient in eine hypothetische Entscheidungssituation gebracht, in der er für eine theoretische 100%ige Heilung näherungsweise angibt, wie viele Lebensjahre er für diese Behandlung bereit ist zu

opfern. Daraus lässt sich rechnerisch der Prozentsatz der Lebensqualität ermitteln, der in Verbindung mit der Lebensdauer die Berechnung des Nutzwertes, des QALY, ermöglicht [3].

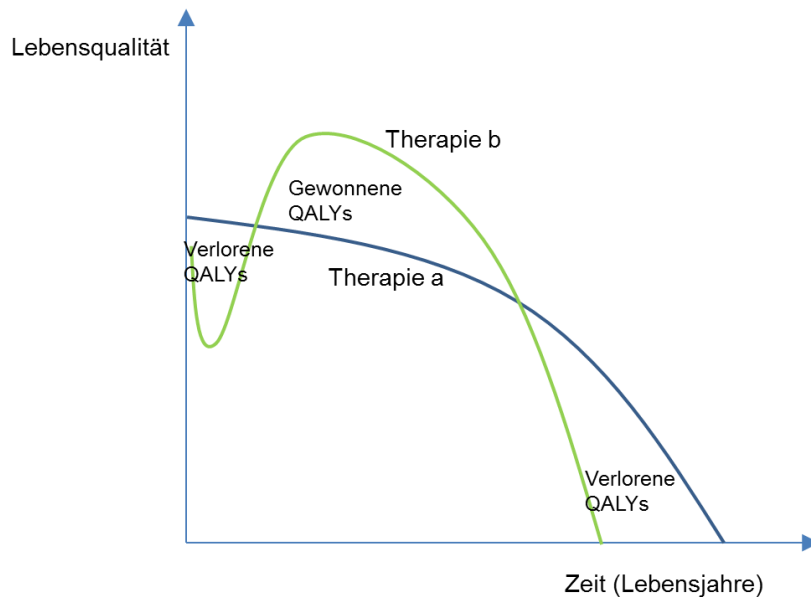


Abbildung 2: Skizzenhafte, dynamische Darstellung von QALYs für 2 unterschiedliche Behandlungsoptionen. Darstellungsform angelehnt an Rychlik [4].

Zur Berechnung des Kosten – Nutzwert Verhältnisses werden sämtliche direkten und indirekten Kosten zunächst addiert und anschließend durch die Anzahl gewonnener Lebensjahre dividiert. Das Ergebnis ist der monetäre Betrag, den die Therapie pro ein gewonnenes qualitätskorrigiertes Lebensjahr kostet [4].

2.3 Fallbeispiel

In einer umfangreichen Simulation stellte 2010 ein amerikanisches Forscherteam die Verläufe unterschiedlicher Therapieansätze eines Low-Risk Prostatakarzinoms dar. Da derartige klinische Studien über viele Jahre bzw. Jahrzehnte hinweg andauern, bedient sich die Wissenschaft an dieser Stelle Simulationen, um die mit derzeitigem Wissenstand optimalen Entscheidungen für die Patienten und die Gesundheitssysteme zu treffen und Empfehlungen auszusprechen. Betrachtet wurden hypothetische 65-jährige Patienten, die ein Low-Risk Prostatakarzinom neu diagnostiziert bekamen (PSA Wert < 10 mg/ml im Stadium \leq T2a sowie einem Gleason Score \leq 6) [5].

Ziel der Simulation bestand in der Untersuchung der Lebensqualität in Abwägung mit den Risiken unterschiedlicher Behandlungsmethoden – ausgedrückt durch den QALY. Bei den vier miteinander verglichenen Therapieoptionen handelt es sich um aktive Überwachung (active surveillance), Brachytherapie, eine intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) und eine radikale Prostatektomie.

Methodisch wurde wie folgt vorgegangen: Wahrscheinlichkeiten und Nutzwerte wurden systematisch aus bisherigen Studien und Veröffentlichungen abgeleitet, um so das Risiko eines Prostatakrebs-spezifischen Todes zu quantifizieren. Um die QALY's der einzelnen Therapien zu bestimmen, wurden Personen mittels der Time-Trade-off Methode befragt, die derzeit keine Diagnose eines Prostatakarzinoms besaßen [5]. Diese Methode kommt häufig zur Bestimmung der QALYs zum Einsatz. Dabei werden gesunde Personen befragt, wie viel

Lebenszeit sie hypothetisch bereit wären aufzugeben, wenn sie dafür von einer spezifischen Krankheit geheilt würden. Meist setzt der Interviewer dazu sehr hohe Werte an, bspw. eine um 25 Jahre reduzierte Lebenserwartung im Falle der Behandlung. Der Befragte entscheidet sich in einer solchen Situation meist für eine Nicht-Behandlung, da ihm die abzugebende Lebenszeit zu hoch erscheint. Der Interviewer nähert sich dann sukzessive geringerer Reduzierung der Lebenszeit, bis schließlich der Befragte gewillt ist, die reduzierte Lebenszeit in Kauf zu nehmen, wenn er durch die Behandlung geheilt würde. Ist der Befragte zu keinerlei Reduzierung der Lebenszeit bereit, beträgt die Lebensqualität trotz Krankheit 100% [3]. Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich im Folgenden die QALYs bestimmen.

Als Ergebnis stellten die Forscher fest, dass die aktive Überwachung den höchsten QALY Wert liefert (11,07 QALY), während Brachytherapie (10,57 QALY), IMRT (10,51 QALY), und Prostatektomie (10,23 QALY) geringere QALYs generierten [5]. Die Simulation zeigt, dass die Behandlung eines Low-Risk Prostatakarzinoms bei 65-Jährigen durch aktive Überwachung somit eine durchaus in Betracht zu ziehende Behandlungsoption darstellt, die in vielen Fällen die Alternative mit dem höchsten QALY ist. Mittels Sensitivitätsanalysen stellten die Forscher fest, dass die Entscheidung für eine Behandlungsform maßgeblich von der Bewertung des Nutzwertes eines Lebensjahres abhängt und somit individuell für jeden Patienten unterschiedlich ausfällt [5].

Diese Untersuchung bzw. Simulation zeigt, inwiefern der QALY Ansatz einen Mehrwert zu anderen Auswertungsmethoden bietet, indem er einen indikationsübergreifenden Vergleich ermöglicht. Dieser neue Blickwinkel kann zur kritischen Reflexion anregen, inwiefern ein (operativer) Eingriff zur Behandlung eines Prostatakarzinoms empfehlenswert ist, oder ob nicht im ersten Schritt eine nebenwirkungsärmere Methode wie die der aktiven Überwachung eine durchaus zu betrachtende Option bieten könnte. Andererseits werden auch einige mit diesem Ansatz einhergehende ökonomische und ethische Schwierigkeiten deutlich, die im Folgenden aufgegriffen werden.

3. Kritische Reflexion

3.1 Gesundheitsökonomische Perspektive

Wie das eingangs vorgestellte Fallbeispiel gezeigt hat, käme für eine Vielzahl an Patienten zunächst eine aktive Überwachung inkl. regelmäßiger Untersuchungen und Biopsien in Frage, allerdings zeigt sich in der Realität, dass sich nur eine viel kleinere Zahl an Patienten für diese Behandlungsform entscheidet [5]. Der Grund dafür lässt sich vor allem in der weit verbreiteten Einstellung suchen, dass für einen Patienten nach einer Krebsdiagnose eine Nicht-Behandlung keine akzeptable Option darstellt, da der Patient möglichst aktiv durch medizinische Eingriffe und Therapien gegen das Karzinom vorgehen möchte. Hier ein Umdenken voranzutreiben ist eine der sensiblen Aufgaben von medizinischem Fachpersonal und baut jeweils auf Einzelfallentscheidungen auf. Die individuelle Präferenzordnung deckt sich nicht zwingend mit der generischen Auswertung wie im Fallbeispiel durchgeführt, noch kann die Freiheit der Therapiewahl des Arztes für sämtliche Rahmenbedingungen in einem solchen Modell integriert werden.

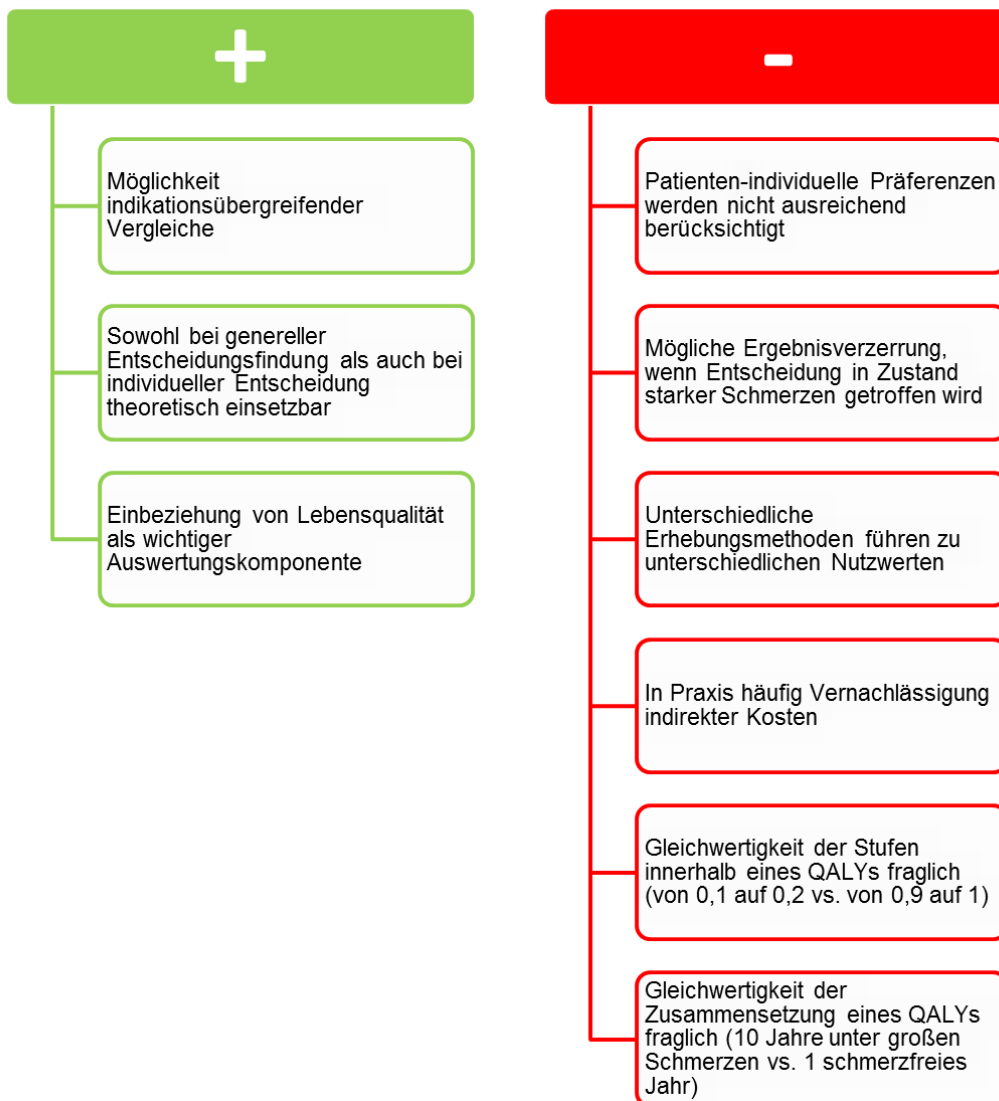


Abbildung 3: Übersicht der Vor- und Nachteile des QALY Ansatzes aus gesundheitsökonomischer Perspektive.

Um die Entscheidung für eine patientenindividuelle Therapieform zu treffen, ist die Kenntnis der jeweiligen Präferenzen eines jeden Patienten notwendig. Zum einen bedeutet dies einen großen Aufwand, zum anderen vermag auch ein solch individueller Ansatz nur eine Näherungslösung darzustellen, da selbst die patientenspezifischen Präferenzen und Nutzenbewertungen zu verschiedenen Zeitpunkten variieren können. So mag unter starken Schmerzen die Aussicht auf eine kurze, komplett schmerzfreie Zeit (QALY= 1) präferiert werden, während eventuell eine längere, wenn auch von gewissen Schmerzen geplagte Lebenserwartung bevorzugt würde, wenn der Erhebungszeitpunkt in absoluter Gesundheit liegt.

Es wird deutlich, dass der QALY Ansatz in der grundsätzlichen Entscheidungsfindung unterstützend angewandt werden kann, um zu beurteilen, ob eine Therapieform generell als Behandlung in Frage kommen soll (*allgemeine* Nutzwerte). Darüber hinaus kann dieser

Ansatz unter Hinzuziehung individueller Patientennutzwerte zur Evaluation dienen, ob die untersuchte Therapie für einen *Einzelfall* in Betracht kommt.

Ein weiterer großer Vorteil der Bewertung mittels QALY beruht in der Möglichkeit, indikationsübergreifende Vergleiche anzustellen, somit lassen sich unterschiedliche Krankheitsausprägungen gegenüberstellen [6]. Die Berechnung des Nutzwertes ermöglicht eine Kostenbetrachtung *pro QALY* im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationen. Allerdings liegt es im Ermessen der Akteure eines jeden Gesundheitssystems zu entscheiden, bis zu welchen Kosten pro QALY eine Maßnahme als Regelleistung aufgenommen wird oder eine Wahlleistung oder Einzelfall-Maßnahme darstellen soll [3].

Den aufgeführten Potenzialen stehen aber auch Nachteile gegenüber. Es kommt - wie bei anderen ökonomischen Evaluationsmethoden auch - die Betrachtung von indirekten Nutzen und Kosten oft zu kurz, obwohl deren Summen häufig die direkten Kosten oder Nutzen übersteigen. Indirekter Nutzen ist bspw. die schnellere Wiederaufnahme der Arbeit, indirekte Kosten der Produktivitätsausfall bei ständigen ambulanten Nachkontrollen [2]. Zudem bemängeln Kritiker am QALY Ansatz, dass die verschiedenen Erhebungsmethoden (bspw. Fragebögen oder Time-Trade-Off) zu unterschiedlichen Nutzwerten führen [3].

Weitere Gegenargumente ranken sich um die Stufigkeit des QALY's: es wird diskutiert, ob eine Steigerung von 0,1 auf 0,2 QALY (Verdoppelung) mit einer Steigerung von 0,9 auf 1 QALY (Änderung um ebenfalls 0,1 QALY, allerdings keine Verdoppelung) als gleichwertig zu beurteilen ist. Das Modell des bislang angewendeten QALY macht an dieser Stelle keine qualitativen Unterschiede.

Da der QALY Wert durch einfache Multiplikation entsteht, werden die beiden Multiplikatoren – Zeitdauer und Gesundheitszustand - gleichwertig in die Rechnung einbezogen und nicht gewichtet. Die Lebensverlängerung um 1 QALY lässt keinen Rückschluss auf die Zusammensetzung der beiden Faktoren zu: 1 QALY kann 1 Jahr in völliger Gesundheit bedeuten, könnte jedoch auch 5 Jahre bei „halber“ Gesundheit, oder 10 Jahre in miserablen Gesundheitszustand (=0,1) bedeuten [7, 8]. Es stellt sich die Frage, ob all diese Kombinationsmöglichkeiten wirklich als gleichwertig gelten können.

3.2 Ethische Perspektive

Zu Beginn wurde die Frage gestellt, wie sich der Wert von Leben messen lässt. Dem Wert eines Lebens liegen individuelle Einschätzungen, Gefühle und Vorstellungen zugrunde. Eine allgemeine Bewertung kann nicht den Anspruch erheben, die subjektiven Empfindungen jedes einzelnen Menschen widerzuspiegeln. Um eine gewisse Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird daher eine monetäre Größe herangezogen. Aufgrund von sehr unterschiedlichen Einkommensverhältnissen – länderübergreifend sowie innerhalb einer Gesellschaft – misst jedes Individuum einem Geldbetrag X einen unterschiedlichen persönlichen Wert bei, so wird bspw. eine in Armut lebende Person einen Betrag von 100.000 Euro für ein zusätzliches Lebensjahr als einen enorm hohen Betrag erachten, während ein Person der obersten Einkommenschichten den Betrag als gerechtfertigt und bezahlbar empfindet.

Zudem werden Diskussionen geführt, inwiefern die Lebenserwartung eines jungen Menschen mit der eines älteren Menschen verglichen werden kann. Es ist umstritten, ob der Nutzwert eines 30-jährigen, dessen Leben um 10 QALY verlängert werden kann, identisch

ist mit dem Nutzwert eines 80-jährigen, dessen Leben sich um die gleiche QALY Zahl verlängert. Da derartige Gedanken ethisch umstritten sind, werden sie vielmals tabuisiert.

Eine gesellschaftsübergreifende Bewertung ist schwierig, da die Bewertung von Lebensqualität individuell unterschiedlich ausfällt. Innerhalb des QALY Ansatzes ist es mathematisch möglich, einzelne Gesellschaftsschichten unterschiedlich zu gewichten, z.B. bei Kindern für die Erhöhung der Lebensqualität oder Zeitdauer höhere Kosten in Kauf zu nehmen [2], wird jedoch selten umgesetzt aufgrund ethischer Bedenken.

Dennoch ist es in unseren komplexen Lebenswelten eine Notwendigkeit, Fragestellungen zu vereinfachen und in Modelle zu integrieren, um zu allgemeinen Entscheidungsgrundlagen gelangen zu können. Modelle an sich dienen stets der Komplexitätsreduktion und sollten nie den Anspruch erheben, sämtliche Parameter und individuelle Präferenzen abbilden zu können. So erfüllt auch der QALY Ansatz diese Aufgabe und ist für vielerlei Entscheidungssituationen eine bewährte Basis.

Diese ethischen Fragestellungen geben einen kurzen Einblick in die Vielschichtigkeit der Perspektiven und machen auf Diskussionsbedarfe aufmerksam, die im Rahmen von ökonomischen Evaluationen von Leben und Lebenswertigkeit eine Rolle spielen. Diese Perspektiven werden hier jedoch weder erschöpfend diskutiert noch soll der Versuch unternommen werden, letzte Antworten zu geben.

4. Ausblick

Die ethische Diskussion zeigt kulturraumspezifische Aspekte auf und steckt dem QALY Ansatz in Deutschland enge Grenzen [9, 10]. Es gibt durchaus andere Länder, beispielsweise England, die diese Grenzen weiter fassen und in denen der QALY Ansatz seit Jahren standardmäßig bei der Entscheidung über die Verwendung neuer Medikamente zum Einsatz kommt. Da die ethische Diskussion dort anders geführt wird, hat der QALY Ansatz in England einen hohen Durchdringungsgrad erreicht. Laut Festlegung des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) wird dort eine Behandlung als nicht kosteneffizient eingestuft, wenn diese mehr als 20.000 - 30.000 £ pro QALY kostet [11]. Es bedarf dann besonderer Rechtfertigung, um eine Behandlung trotz Überschreitung dieser Kostenschwelle zu implementieren [12].

Letztlich existieren bei jeder Bewertungsmethode methodische und ethische Grenzen. Keine Methode ist imstande, eine allumfassende Betrachtung anzustellen. Nichtsdestotrotz leisten gesundheitsökonomische Evaluationen wertvolle Dienste bei der Entscheidungsfindung.

5. Literatur

1. Tunder, R., *Market Access - Entwicklung eines konzeptionellen Managementansatzes*, in *Handbuch Market Access*, T. Ecker, K. Preuß, and R. Tunder, Editors. 2011, Fachverlag: Düsseldorf. p. 1-27.
2. Schulenburg, J.-M.G. and W. Greiner, *Gesundheitsökonomik*. Neue Ökonomische Grundrisse. Vol. 2. 2007, Tübingen: Mohr Siebeck.

3. Wernitz, M.H. and J. Pelz, *Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen*. Vol. 1. 2011, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
4. Rychlik, R., *Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Praxis*. 1999, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
5. Hayes, J.H., et al., *Active Surveillance Compared with Initial Treatment for Men with Low-Risk Prostate Cancer - A Decision Analysis*. JAMA, 2010. **21**(304): p. 2373-2380.
6. Tetic, T., M. Walgenbach, and E.A.M. Neugebauer, *Messung und Bewertung von Lebensqualität*, in *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine - Handbuch für Praxis, Politik und Studium*, K.W. Lauterbach, M. Lungen, and M. Schrappe, Editors. 2010, Schattauer: Stuttgart. p. 82-111.
7. Breyer, F., P. Zweifel, and M. Kifmann, *Gesundheitsökonomik*. 2005, Berlin: Springer.
8. Lungen, M. and M. Schrappe, *Evidence-based Policy Making*, in *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine - Handbuch für Praxis, Politik und Studium*, K.W. Lauterbach, M. Lungen, and M. Schrappe, Editors. 2010, Schattauer: Stuttgart. p. 39-57.
9. IQWiG *IQWiG legt eine Methode für die Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen vor*. 2009.
10. *ÄrztezeitungOnline QALY*. 2009.
11. *NICE-National Institute for Health and Care Excellence: Measuring effectiveness and cost effectiveness: the QALY*. 2010.
12. *Deutscher Ethikrat - Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung - Stellungnahme*. 2011: Berlin.

Abstract

Das Konzept qualitätskorrigierter Lebensjahre (QALY) stellt eine Form der Kosten-Nutzwert-Analyse zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Behandlungsoptionen dar. Die beiden Parameter Lebensqualität und Lebensdauer werden dabei zu einem einzigen Wert, dem QALY, verdichtet und können Aufschluss über die Kosten von Therapien pro zusätzliches qualitätskorrigiertes Lebensjahr geben. Das Konzept steht jedoch auch vielfach in der ethischen Diskussion über die Hinlänglichkeit der Verallgemeinerungen, die diesem Ansatz zu Grunde liegen. Anhand der Simulation eines amerikanischen Forscherteams für die Therapieformen eines Prostatakarzinoms wird das QALY Konzept erläutert und im Anschluss werden ethische Kritikpunkte vorgestellt.

Schlüsselwörter

QALY, Quality Adjusted Life Expectancy, Qualitätskorrigierte Lebensjahre, Gesundheitsökonomische Evaluation, Kosten-Nutzenwert-Analyse.