
9. Lilly-Jahressymposium
„Onkologie, quo vadis?“

**„Hinterfragt: Keine Kostenlawine in
der Onkologie?“**

Ist die IGES-Studie plausibel?“

Referent: Ralf Heyder

Berlin, 26. Februar 2011

IGES-Thesen (Studie Juli 2010)

- THESE 1: „Die vielfach prognostizierte Kostenexplosion durch teure Krebsmittel hat es in der Vergangenheit nicht gegeben.“
- THESE 2: „Von 2009-2013 wird der Onko-Markt nur geringfügig schneller wachsen als der Gesamtmarkt.“
- THESE 3: „Obwohl es zutrifft, dass die Kosten pro Behandlung mit den neuen Substanzen vielfach fünfstellige Beträge ausmachen, ist die Summe der Ausgaben auf Grund der kleinen Patientenzahlen gering.“

Widersprechende Industrie-Statements

- Roche (15.10.2010): „Das Wachstum im Inland ohne Konzernverkäufe bei Roche Pharma Deutschland von 2,5 % ist insbesondere auf die steigende Nachfrage von RoActemra ... und die Onkologiepräparate zurückzuführen.“
- Roche (16.10.2009): „In der Onkologie in Deutschland ist Roche mit 30 Prozent Marktanteil Marktführer und gleichzeitig ist das Onkologiegeschäft im Berichtszeitraum (I.-III. Quartal 2009) um 10,2 Prozent gewachsen.“
- VfA (04.01.2011): „2011 ist wieder mit vielen neuen Medikamenten zu rechnen, insbesondere gegen Krebs ...“
- VfA (03.02.2011): „Jedes dritte Projekt unserer Forscher ist gegen Krebs gerichtet ... Pharmafirmen arbeiten schon an der nächsten Welle von Medikamenten zu seiner Bekämpfung.“

I. ENTWICKLUNG IN DER VERGANGENHEIT

Fakten 1: Marktanteil Onkologie- Immunologie KH(stationär + Ambulanz)

Anteil Onko-Markt an Gesamtmarkt UK (inkl. Ambulanz)

in Mio. €	2000	2005	2010	Anstieg	Quelle: Eigene Erhebung VUD/LAUD, Basis 4 UK
UK-Markt	62,9	80,6	122,8	2,0	
Onko	7,6	16,3	34,0	4,4	
	12,1 %	20,3 %	27,6 %		

Anteil Onko-Markt an Gesamtmarkt KH (inkl. Ambulanz)

in Mrd. €	2005	2007	2010	Quelle: GPI Dataview® hospital-focus
KH-Markt	3,3	3,6	4,2	
Onko-Immun	0,7 (0,6)	0,9 (0,8)	1,3 (1,1)	Anmerkung: Klammerwerte = ohne Immun.
	20,4 % (17,3)	25,4 % (21,6)	32,0 % (26,1)	

KEINE KOSTENEXPLOSION?

Fakten 2: Überproportionale Betroffenheit der UK im rein stationären Markt

Anteil UK an den Arzneimittelkosten Allg.KH (ohne Ambulanz)

1996	2000	2005	2009
18,9 %	20,1 %	23,4 %	25,5 %

Quelle: Stat. Bundesamt

Anteil Arzneimittel an bereinigten Kosten (ohne Ambulanz)

	1996	2000	2005	2009
Allg.KH	4 %	4,2 %	4,7 %	4,9 %
Uniklinika	5,2 %	5,8 %	7,7 %	8,6 %

Quelle: Stat. Bundesamt

Problem: § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG

Fakten 3: Es gibt keinen Plateau-Effekt

Wachstum ggü. Vorjahr (Krankenhaus inkl. Ambulanz)

	2006	2007	2008	2009	2010
IMS Umsatz	13,9 %	20,9 %	22,4 %	7,7 %	10,6 %
ohne Immun	(15,2)	(20,8)	(21,3)	(6,5)	(8,4)
IMS Menge	1,1 %	7,5 %	1,5 %	3,1 %	4,1 %
ohne Immun	(-3,0)	(4,9)	(1,4)	(-0,3)	(-0,7)

Quelle: GPI Dataview®
hospital-focus

Fakten 4: Marktanteil Onkologie- Immunologie niedergelassener Bereich

Anteil Krebsmedikamente an vertragsärztlichem Gesamtmarkt

in Mrd. €	2005	2007	2010
Gesamt	21,5	23,4	26,1
Onko-Immun	1,7	2,7	4,0
	8,0 %	11,6 %	15,2 %

Quelle: IMS® AMV Datenbank

KEINE KOSTENEXPLOSION?

Wachstum ggü. Vorjahr (vertragsärztlicher Bereich)

	2006	2007	2008	2009	2010
IGES Umsatz	15,1 %	16,2 %	9,9 %	7,9 %	5,4 %
IMS Umsatz	14,7 %	36,3 %	18,2 %	12,9 %	9,4 %
IMS Menge	4,8 %	5,8 %	4,7 %	2,9 %	3,8 %

Quelle: IMS® AMV Datenbank

II. METHODISCHE ANMERKUNGEN

Kritik an IGES (1): Problematische Datenbasis

- Arzneimitteldaten: GAmSi, INSIGHT Health
 - Stationär fehlt
 - Ambulante Daten: Daten für Zubereitungen/monoklonale Antikörper valide („Zytostatika-Zubereitungen“ vs „Sonstige individuell hergestellte parenterale Lösungen“)?
 - 129a-Daten?
- Epidemiologische Daten für Prognose: „verschiedene Quellen, bspw. Tumorregister München“

Kritik an IGES (2): Fehlende Nachvollziehbarkeit und Nachprüfbarkeit

Kriterien wissenschaftlichen Arbeitens

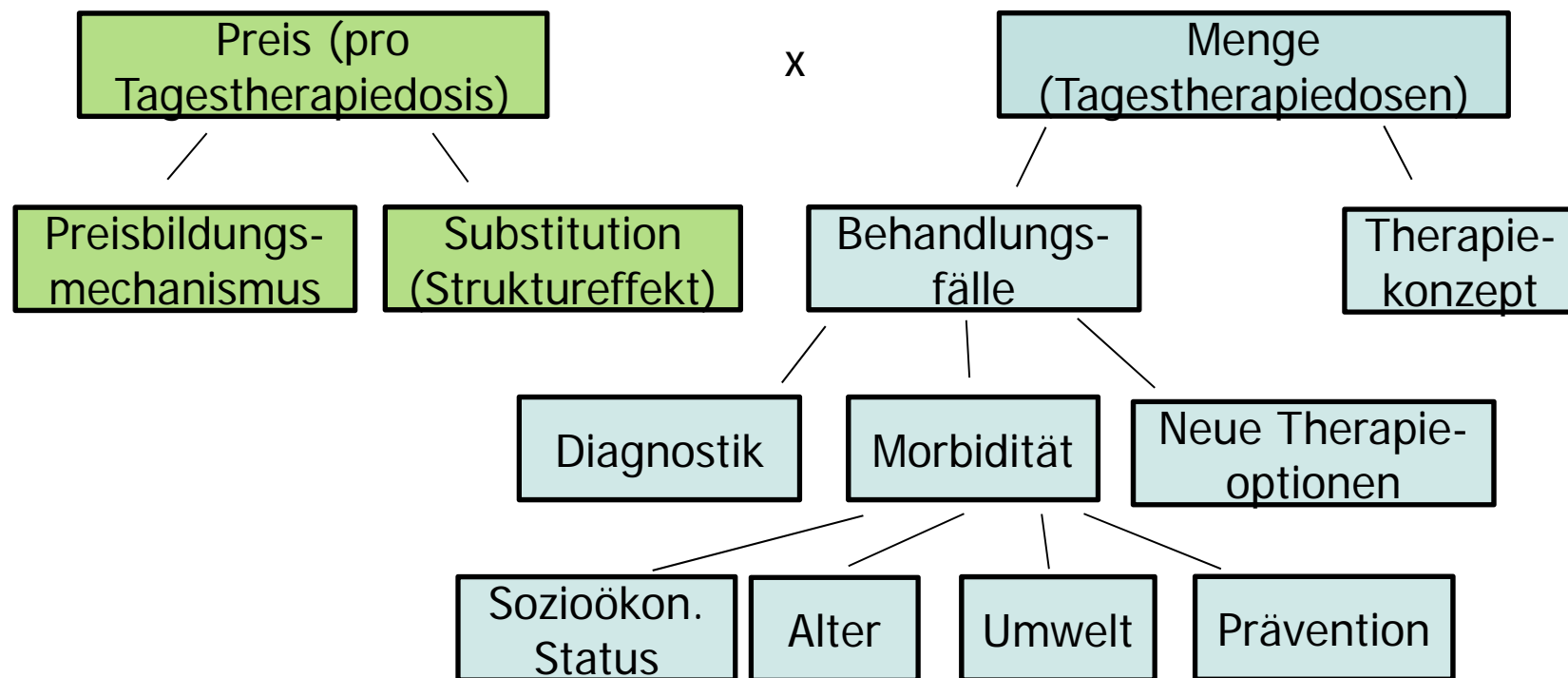
- Nachvollziehbarkeit:
wohlbegründete
Argumentation mit jederzeit
nachvollziehbarer, schlüssiger
Gedankenkette
- Nachprüfbarkeit:
Offenlegung, wie Aussagen
zustande kommen, auf
welchen Prämissen sie
beruhen und unter welchen
Bedingungen sie gelten

Dagegen IGES-Studie

- Prognosemodell unklar
(welche Variablen, Prämissen
etc.)
- Sensitivitätsanalyse?
- Datenbasis: Was drin? Was
nicht?
- Peer Review?

Kritik an IGES (3): Defizitäres Prognosemodell

- IGES hat im Prognosemodell zentrale Einflussfaktoren für die Ausgabenentwicklung nicht berücksichtigt



Preiskomponente (1): Preisbildungsmechanismus

Unklar: IGES-Annahmen für Preisbildung

- Dimension 1: Generika vs Patentierte
- Dimension 2: ambulant vs stationär vs § 129 a
- Dimension 3: Kostendämpfung (Zwangsrabatte etc.)

VUD-Thesen

- Effekt von AMNOG im ambulanten Sektor unklar, stationär eher größerer Preisdruck bei Innovationen
- Personalisierung der Therapie → kleinere Patientenkollektive → höhere Therapiekosten (siehe IGES)
- Blockbuster → „Niche-Buster“

Preiskomponente (2): Substitution

- Vergangenheit: neu + teuer ersetzt alt + preiswert
- Siehe Arzneimittelverordnungs-Report Schwabe/Paffrath (2008) zum „Intermedikamenteneffekt“
- Frage: Trend auch in Zukunft? Hat IGES das modelliert?
- These: Substitution hin zu neu + teuer geht weiter (Druck von Patienten und Ärzten)

Mengenkomponente (1): Therapiekonzept

- Stahl, Strahl und/oder Chemo?
- Neue Kombinationen von Arzneimitteln?
- Innovationen, z.B. schonendere Arzneimitteltherapien
- These: Unmöglich zu prognostizieren, da Therapiekonzepte permanent im Fluss
- Frage: Welche Annahmen hat IGES dazu getroffen?

Mengenkomponente (2): Zusammenhang Fallzahl - Diagnostik

- These: Wer sucht, der findet; med.-techn. Fortschritt in Diagnostik treibt Fallzahlen (z.B. Screenings, moderne Bildgebung etc.)
- Welche Annahmen hat IGES dazu getroffen? Im Prognosemodell berücksichtigt („epidemiologische Daten“)?

Mengenkomponente (3): Zusammenhang Fallzahl – neue Therapieoptionen

1. Bessere Medikamente → Chronifizierung aufgrund längeren Überlebens
 - These: Chronifizierung ist Mengentreiber
 - Frage an IGES: in Prognosemodell berücksichtigt („Epidemiologie“)?
2. Behandlungsoptionen für Patienten, die vorher nicht therapierbar waren
 - These: Neue Wirkstoffe und Zulassungserweiterungen sind Mengentreiber
 - IGES: „Zwischen 2005 und 2009 im Mittel 3,2 neu eingeführte Wirkstoffe zur Krebsbehandlung.“

Innovationsdynamik bei Krebsmedikamenten sehr hoch

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	Schnitt
IGES	Neue Wirkstoffe	0	4	2	5	5	k.A.	3,2
Eigene	Neue Wirkstoffe	3	4	4	4	7	3	4,2
	Indikations- erweiterung	0	7	9	1	4	4	
	Neue Darrei- chungsform	0	1	0	1	0	0	

Quelle für eigene Auswertung: VfA

Anmerkung: Diagnostika, krebsspezifische Schmerzmittel, Immunsuppressiva und Mittel zur Linderung von Nebenwirkungen der Chemotherapie wurden nicht einbezogen.

Mengenkomponente (4): Zusammenhang Fallzahl – Morbidität

- Viele Determinanten: Alter, sozioökon. Status, Umwelt, Prävention
- These: Alterung tendenziell großer Mengentreiber, aber erst ab 2015 richtig spürbar (Anstieg Altenquote > 60)
- IGES-Prognose nur bis 2013 → Relevanter Betrachtungszeitraum?
- Trotzdem viele Unwägbarkeiten:
 - Gesünderes Altern?
 - Prävention (z.B. Impfung)?

IV. FAZIT

Zusammenfassung

- IGES-Aussage, es habe in Vergangenheit keine Kostenexplosion bei Krebsmedikamenten gegeben, ist zumindest für den KH-Markt falsch.
- Wissenschaftliche Mindestanforderungen sind in der IGES-Studie nicht erfüllt (Nachprüfbarkeit etc.).
- IGES-Prognose beruht zumindest zum Teil auf unplausiblen oder falschen Annahmen (Plateau-Effekt, Pipeline).
- IGES-Prognose berücksichtigt wichtige Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung nicht.
- IGES-Prognose ist zu kurzfristig angelegt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!