



Vorsorgekoloskopie 2018

Vorarlberger Daten 2/2007-3/2018

Effektivität und volkswirtschaftliche Implikationen

Wien, 15. September 2018

Dr. Michael Jonas
Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg

Argumente für die Darmkrebsvorsorge

- **Epidemiologisch wichtig** ⇒ CRC eine der häufigsten Todesursachen
- **Ökonomisch relevant** ⇒ Kostenexplosion bei der Therapie der metastasierten CRC seit 1997.
- **Medizinisch erfolgreich** ⇒ Durch die Koloskopie ist eine Reduktion der CRC potentiell in 76-90% möglich

CRC-Inzidenz

In Österreich kontinuierlicher Anstieg bis 2003 mit max. 5.168 Neuerkrankungen pro Jahr, seither sinkend mit 4.386 Neuerkrankungen 2015.

**In Vorarlberg: Maximum mit 178 Neuerkrankungen im Jahr 2001 und Abnahme auf 124 im Jahr 2006;
durch die Vorsorge-Koloskopie ab 2/2007 Anstieg der Detektionsrate auf 190 im Jahresschnitt 2012/2014,
(184 im Jahresdurchschnitt 2013/2015).**

CRC-Mortalität 2006 = 50 %

Die Mortalitätsrate beträgt etwa die Hälfte der Neuerkrankungsrate. Vereinfacht bedeutet dies, dass jeder zweite diagnostizierte Fall bereits metastasiert hat.

Kostenexplosion der Therapiekosten bei CRC-Metastasierung



1997: € 570,--

2014: € 235.693,--

Zielgruppe/Teilnehmer/innen

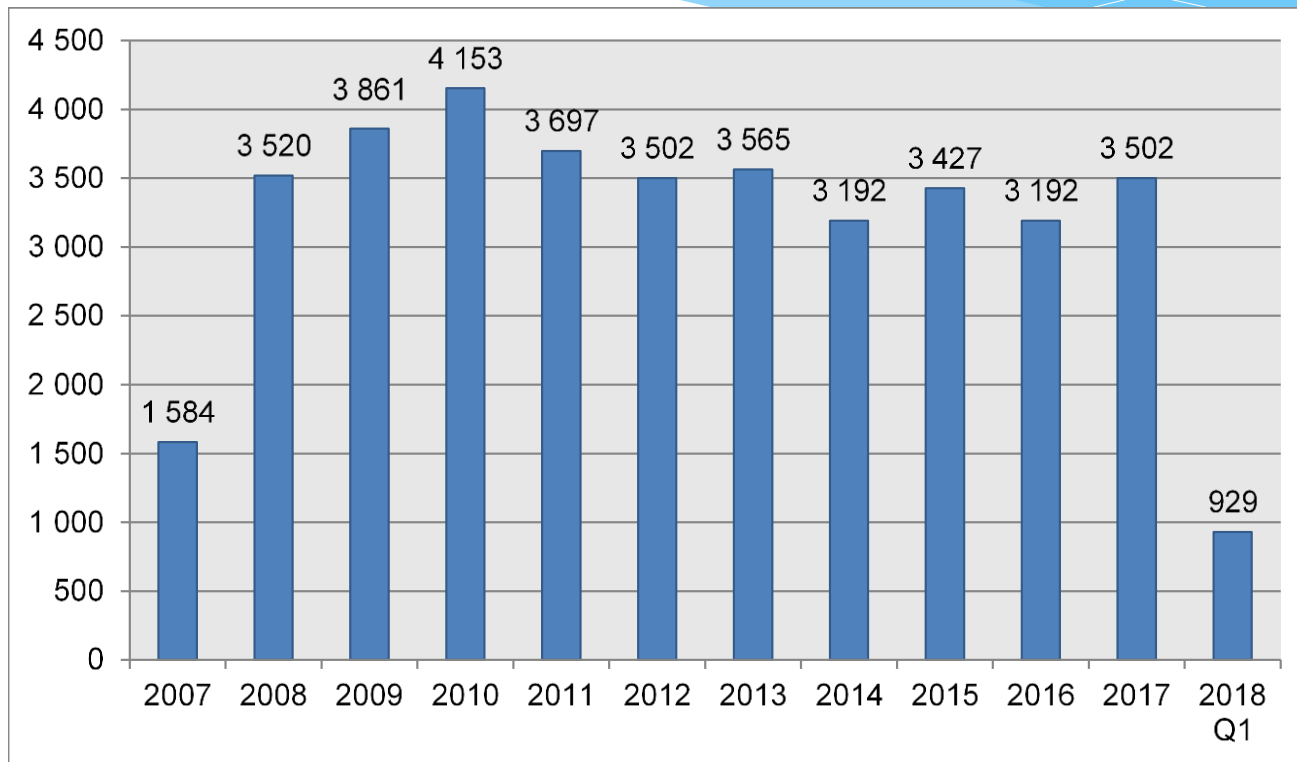
**Zielbevölkerung = 122.184 >50a VlbG. § 2-Kassen-Vers.
(VGKK + SVB-Versicherte)**

Start Februar 2007; Datenauswertung bis 31.3.2018

38.124 Vorsorgekoloskopien

- d.s. 31,2 % der Vers.-Zielbevölkerung bzw.
- im Mittel 3.413/Jahr (min. 1.584 und max. 4.153)

Vorsorgekoloskopien/Jahr



Dr. Michael Jonas, Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg

Daten und Befunde

Geschlechtsverteilung :

w: 20.772 (54,5%), m: 17.352 (45,5 %)

Altersverteilung:

50-59 Jahre: 18.806 (49,3%)

60-69 Jahre: 12.052 (31,6%)

70-79 Jahre: 6.410 (16,8%)

> 80 Jahre: 856 (2,2%)

Befunde

Vollständige hohe Koloskopie: 37.019 P. = 97,1 %
ADR 2011-Q1 2018: 32,5 %
(Minimum: 20.0 %; Maximum: 66,2 %)

Normalbefund: 20.900 = 54,8 %
Benigne Polypen: 16.511 = 43,3 %
Maligne Polypen: 713 = 1,9 %

Maligne Diagnosen

Maligne Polypen: 713 = 1,9 %

pTis R0–UICC Stadium 0: n=506 (1.3 %)

CRC UICC-Stadium I-IV: n=207 (0.6 %):

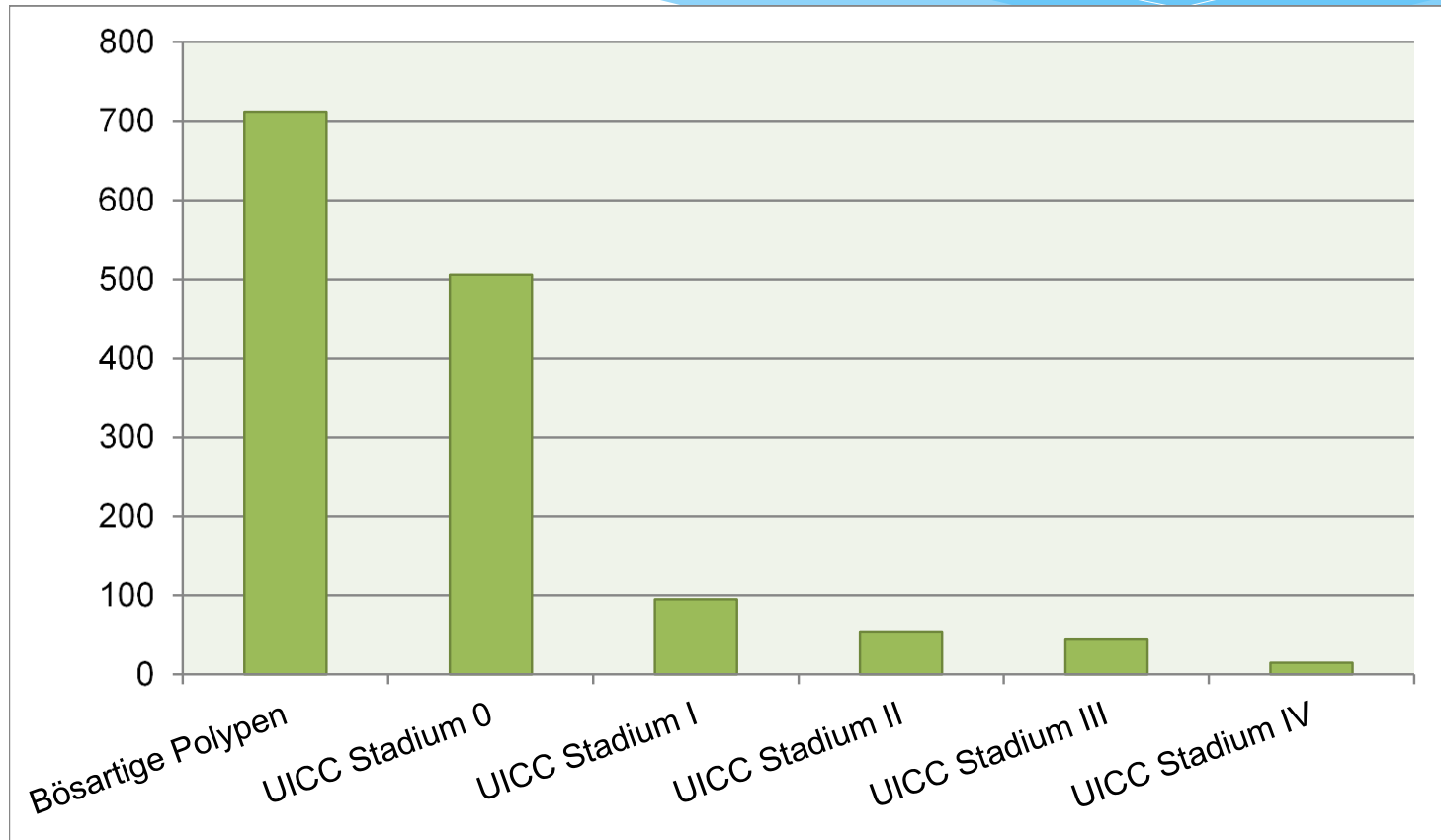
UICC Stadium I: n=95 (45,9 %)

UICC Stadium II: n=53 (25,6 %)

UICC Stadium III: n=44 (21,3 %)

UICC Stadium IV: n=15 (7,2 %)

Maligne Polypen



Komplikationen

- * **Komplikationen insgesamt bei 102 Untersuchten (0.27 %)**
- * **Schwere Komplikationen bei 24 Untersuchten (0.06 %),
davon**
 - **Perforation bei 10 Untersuchten und**
 - **Blutung bei 13 Untersuchten, Atemstillstand bei 1
Untersuchten**
- * **Leichte Komplikationen bei 78 Untersuchten (0.2%),
das waren in der Ordination stillbare Blutungen und
kardiopulmonale Abweichung**

Zusammenfassung Vorsorgekoloskopie in Vorarlberg

- * **Hohe Beteiligung in 11 a 2 Mo (2/2007-3/2018) mit 38.124 Vorsorgekoloskopien bzw. 31,2 % der Vers.-Zielbevölkerung (=122.184) bzw. 2,8 % pro Jahr**
- * **Normalbefund: 20.900 bzw. 54.8 %**
- * **Benigne Polypen: 16.511 bzw. 43.3 %**
- * **Maligne Polypen: 713 bzw. 1,9 %**
- * **506 Pat. bzw. 1.3 % haben ein pTis**
- * **207 Pat. bzw. 0,6 % ein CRC, 72% im frühen Stad. I u. II**

Folgen des Vorsorge- Koloskopie-Programms

- *Anstieg entdeckter Frühcarcinomfälle und**
- *Shift von späten Carcinomstadien zu frühen Carcinomstadien - seit Start des Programms 2/2007 nur noch 7,2 % im Stadium der Metastasierung (=UICC IV)**
- *Im Auftrag der ÖÄK ökonomische Evaluierung durch die wirtschaftspolitische Projektberatung Agnes Streissler (Mag. Kon und MMag. Streissler-Führer)**

Darmkrebs verursacht Kosten

- * **Darmkrebs erzeugt – wie jede Krankheit – Kosten, nicht nur durch Behandlungskosten, sondern auch durch Produktivitätsausfälle bei Betroffenen und deren Angehörigen oder vorzeitigen Tod.**
- * **Berechnung der ökonom. Auswirkungen auf Basis der Vorarlberger Daten mit einer Koloskopie-Teilnahmerate von 3 % der Zielgruppe pro Jahr**

Kann die Darmkrebsvorsorge mittels Koloskopie Kosten einsparen?

2 Studien: 1.medizinische Kosten (2014) und

2. ökonomische Gesamtkosten (2016) -

Darmkrebs verursacht

1.medizinische Behandlungs- und Pflegekosten

2.gesamtwirtschaftliche Kosten berechnet nach

**a) Humankapitalansatz: Einkommens-
/Erwerbsverlust, AUF etc. der aktiven Bevölkerung und**

**b) Zahlungsbereitschaftsansatz: Konsumrückgang,
Pflegebedarf etc. auch erwerbsuntätiger Personen wie
Pensionisten**

Ursache der Kostenreduktion durch die Koloskopie

- * **massiver Shift der Spätstadien des CRC in Richtung Frühstadium (71 % aller malignen Polypen im Stadium UICC 0 bzw. bei CRC frühe Krebsstadien - 72 % der Stadien I-IV sind im UICC Stadium I und II, nur noch 7,2% Fälle im metastasierten Stadium UICC IV, vor Programmstart 50 %).**
- * **In den meisten Fällen durch die Polypektomie Heilung bzw. Verhinderung von hohen Behandlungskosten des Stadium IV.**

Kostenkalkulation der Therapie des CRC

- * **Kostenkalkulation entsprechend den Therapieleitlinien der österr. und dt. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie**
- * **Medikamentenkosten bei adjuvanter und palliativer Chemotherapie: Arzneimittelpreise - Austria Codex, bei Generika-Angebot Verwendung des preisgünstigsten Präparates Stand 8/2014**
- * **Berechnet für Pat. mit 170 cm und 70 kg**

Kostenkalkulation der Therapie des CRC

- * **Personal- und Infrastrukturkosten bei Chemotherapie entnommen aus der Publikation „Krankenanstalten in Zahlen“ des BMG**
- * **Operationskosten (LDF-Wert und Vlbg-Geb.mittelwert):**
 - * **MEL 06.03 „Eingriffe an Dickdarm und Rektum“**
 - * **MEL 07.01 „Anatomische Lungenresektion“**
 - * **MEL 05.07 „Eingriffe an Milz, Leber, Duodenum und Pankreas“**

Standard der adjuvanten CRC-Therapie

- * **Stadium I: keine adjuvante Therapie**
- * **Stadium II: adjuvante Chemotherapie in Risikofällen: T4, Tumorperforation, intraoperativer Tumoreinriss, OP unter Notfallbedingungen, histologisch weniger als 12 Lymphknoten, Lymphgefäß- oder Blutgefäßinvasion**
- * **Stadium III: adjuvante Chemotherapie ist Standard (Oxaliplatin/5FU oder Oxaliplatin (130mg/m² d1)/Capecitabin: (2000 mg/m² d1-d14), WH d21 über ½ Jahr = 8 Zyklen)**

CRC-Therapie im Stadium IV mit Chance auf Heilung (30%)

- * **1. Resektable Lungen- und Lebermetastasen – perioperative Chemotherapie**
- * **2. primär nicht resektable Lungen- und Lebermetastasen – präoperative Konversions-Chemotherapie, bei erreichter Resektabilität OP und postoperative „adjuvante“ Chemotherapie**
- * **Bei 1. und 2. sind 50 % der betroffenen Pat. heilbar, das sind 30 % aller Pat. im Stadium IV**

Palliative Therapie des CRC im Stadium IV (70 %) – Lebensdauer im Mittel 30 Monate

* Therapie jeweils bis zum Progress:

- * Folfox oder Xelox/Bevazicumab=Avastin (mittlere Therapiedauer 12 Monate), anschließend
- * 2) Folfiri/Cetuximab=Erbitux (mittlere Therapiedauer 6-7 Monate), anschließend
- * 3) z.B. Panitumumab=Vectibix für 3 Monate, danach
- * 4) Regorafenib=Stivarga für min. 6 Wochen, danach
- * 5) Neuerlich 5-FU und Leukovorin

Vorsorgekoloskopie in Österreich

Therapiekosten Stadium IV

- * **235.693 € Chemotherapie Kosten**
- * **30 % aller Patientinnen im Stadium IV haben eine 50%ige Heilungschance durch Lungen-Leber-Operation und Chemotherapie**
- * **geschätzte Kosten der Lungen-/Leberoperationen 7.636 Euro bzw. 12.280 Euro pro Eingriff**

Vorsorgekoloskopie in Vorarlberg/Österreich

- * **Kostensparnis durch des Koloskopieprogramm im Vollausbau 5,71 Mio € jährlich. (137 Mio € in Österr.)**
- * **In den ersten Jahren des Koloskopieprogramms steigt die Zahl der erkannten Darmkrebsfälle an, hier sind die Behandlungskosten inkl. den Kosten für die Koloskopie selbst höher als ohne Programm. Über die gesamte Aufbauzeit gerechnet entsteht so ein Kostenvorteil von 14,81 Mio Euro.(357 Mio € in Österreich)**
- *

Einsparungen der medizinischen Kosten durch die Vorsorgekoloskopie – Studie 2014

- * **5,71 Mio € Kostenersparnis jährlich in Vorarlberg im Vollausbau**
- * **14,81 Mio € Ersparnis in 10 Jahren in Vorarlberg**
- * **150/137 Mio € Kostenersparnis jährlich in Österreich im Vollausbau**
- * **449/357 Mio € Ersparnis in 10 Jahren in Österreich**

Volkswirtschaftlicher Nutzen einer qualitätsgesicherten Darmkrebsvorsorge - Studie 2016

Volkswirtschaftlicher Nutzen des Koloskopieprogramms nach 10 Jahren:

***Berechnet nach dem Humankapitalansatz:**

***736 Mio – 1,3 Mrd. €, davon 36 % Einsparung im Gesundheitsbereich, das sind 265 bis 468 Mio €**

***Berechnet nach dem Zahlungsbereitschaftsansatz:**

***3 – 4,5 Mrd.€, davon 27 % Einsparung im Gesundheitsbereich, das sind 810 Mio bis 1,2 Mrd. €**

Nationales Vorsorgekoloskopieprogramm?

- * Voraussetzungen sind
- * 1. eine qualitätsgesicherte Koloskopie
(Zökumerreichrate > 95%, Polypektomierate > 95%, ADR > 20 %, Rückzugzeit > 6 Min., Ausbildung und laufender Routinenachweis, ...)
- * 2. hohe Teilnahmerate (V 31,2 %, Ö 8,2 % QZDKV bzw. 289.025 P. seit Start 7/2007 = 25.875 P/Jahr bzw. 0,7% der Zielbevölkerung pro Jahr = 3.530.550 > 50 Jährige Ö.)

Nationales Vorsorgekoloskopieprogramm?

- * Die Zeit ist reif, die Endoskopiker sind bereit für ein qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie, wenn Qualitätsstandards entsprechend einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation finanziert werden
- * **Erforderlicher Koloskopiatarif 350 €**
- * **Erforderlicher Schlingenpolypektomietarif von Polypen > 0,5 cm je nach Anzahl 100-240 €**

Das ist finanzierbar!

- * **Medizinische Kostenersparnis in Österreich auf Basis des Vorarlberger Koloskopieprogramm im Vollausbau 137 Mio € jährlich bei QS Tarifen**
- * **Über die gesamte Aufbauzeit von 10 Jahren gerechnet entsteht ein Kostenvorteil von 357 Mio Euro.**
- * **1,3-4,5 Mrd. € volkswirtschaftlicher Nutzen**



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Michael Jonas
Präsident der Ärztekammer für Vorarlberg

Schulgasse 17
6850 Dornbirn
Tel.: 05572 / 21 900-29
E-Mail: michael.jonas@cable.vol.at