

Kosten der Blindheit in Österreich

C. Brennig^a, V. Schöllbauer^a, E. Walter^a

^aIPF Institut für Pharmaökonomische Forschung, Wien

Zielsetzung

Literatur zur Epidemiologie der Blindheit und die mit diesem Krankheitsbild verbundenen ökonomischen Auswirkungen sind sehr rar.

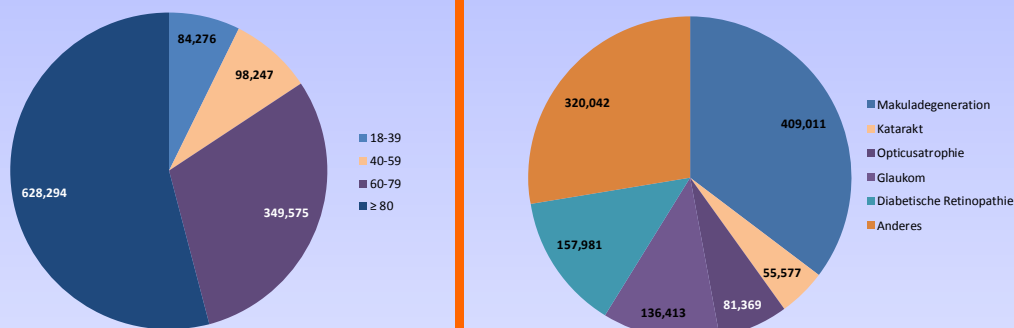
Das Ziel der vorliegenden Studie war es, diese Forschungslücke für Österreich zu schließen und die gesamten sozioökonomischen Auswirkungen der Blindheit für die österreichische Gesellschaft basierend auf den jährlichen Neuerblindungen zu evaluieren.

Methodik

Ziel war es, die gesamtgesellschaftliche ökonomische Bedeutung der Blindheit mithilfe einer Krankheitskosten-Analyse (Cost-of-illness-study, COI) zu beschreiben. Diese Analyseform ermittelt die negativen Effekte der Blindheit auf die Volkswirtschaft und drückt diese in Geldeinheiten aus. Für die vorliegende Krankheitskostenstudie wurde der Inzidenzansatz gewählt, d.h. dass die volkswirtschaftlichen Auswirkungen auf Basis der Neuerblindungen ermittelt werden. Dabei werden direkte und indirekte Kosten eingeschlossen. Die direkten Kosten umfassen direkte medizinische Kosten, welche durch die Behandlung (Arztkonsultationen, Behandlungskosten, Hilfsmittel, Depressionskosten, stationäre Kosten) entstehen und direkte nicht-medizinische Kosten (Adaptierung der Wohnung), die durch die Folgen der Erkrankung entstehen. Das Pflegegeld (Transferzahlung, als Opportunitätskosten der häuslichen Pflege), der Arbeitsausfall (bewertet mit dem Humankapitalansatz) und Kosten für Heime (Betreutes Wohnen) fanden als indirekte Kosten Berücksichtigung in dieser Studie.

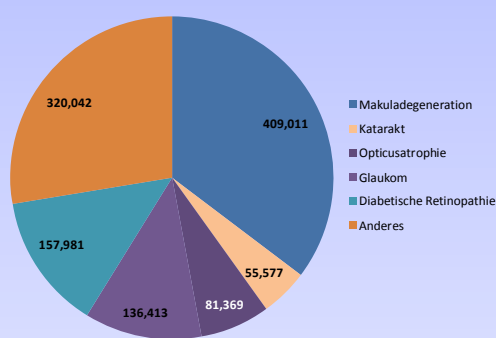
Die Analyse wird aus der Perspektive der Gesellschaft durchgeführt. Die direkten und indirekten Kosten wurden vom Zeitpunkt der Erblindung über das reduzierte Restleben der Patienten modelliert und mit 5% diskontiert. Die Berechnungen erfolgten für alle Ursachen von Blindheit. Ebenso erfolgte eine Unterteilung der Krankheitsbilder in Altersgruppen.

Abb. 1a: Anzahl von Blinden nach Altersgruppe



Quelle: IPF eigene Darstellung

Abb. 1b: Inzidenzen nach Blindheitsursache



Ressourcenverbrauch und Kosten

Die direkten Kosten umfassen alle Ressourcenverbräuche, die sich aus einer Behandlung oder Therapie ergeben und dieser direkt zurechenbar sind. Die Ressourcenverbräuche wurden für jede einzelne Blindheitsursache mithilfe von Experten oder Literatur erhoben und mit den Kosten verknüpft. In die Analyse flossen außerdem die Kosten der Rehabilitation nach einer Hüftfraktur, der Depression und Hilfsmittel ein. Die direkten medizinischen Kosten stammen aus diversen öffentlich zugänglichen Quellen, wie dem LKF-Katalog, sowie den Honorarordnungen von niedergelassenen Ärzten.

Indirekte Kosten repräsentieren publizierte statistische Daten und eigens kalkulierte Werte.

In der vorliegenden Krankheitskostenstudie werden der Arbeitsausfall sowie die Transferzahlungen (Pflegegeld) und die Heimgebühren (Betreutes Wohnen) berücksichtigt.

Ergebnisse

Die Berechnungen erfolgten für alle Ursachen von Blindheit; dazu zählen die altersbedingte Makuladegeneration (AMD), das Glaukom, die Diabetische Retinopathie, die Opticusathropie, die Katarakt sowie andere Ursachen.

Der häufigste Grund für Neuerblindungen in Österreich ist mit 409 Erblindungen pro Jahr die Makuladegeneration, gefolgt von Erblindungen aus nicht näher definierten Ursachen (320 betroffene Personen) sowie 158 Neuerblindungen aufgrund der Diabetischen Retinopathie.

Aus der Perspektive der Gesellschaft zeigt sich folgendes Bild für die Kosten der Blindheit in Österreich:

Die durchschnittlichen diskontierten Kosten über das Restleben pro erblindeten Patienten über alle Altersgruppen belaufen sich inklusive der Transferzahlungen (TZ) (Pflegegeld) auf €90.192. Die entsprechenden Gesamtkosten aller blinden Österreicher (über alle Altersgruppen inklusive der Transferzahlungen) belaufen sich auf €105.707.544 diskontiert für die Restlebenszeit, wobei die direkten Kosten 3% und die indirekten Kosten 97% ausmachen. Die Gesamtkosten exklusive der Transferzahlungen (Pflegegeld) der Blindheit belaufen sich auf €74.060.979 diskontiert, davon machen die direkten Kosten 3% und die indirekten 97% der Gesamtkosten aus.

Abb. 2a: Ergebnisse inkl. TZ in € Mio.

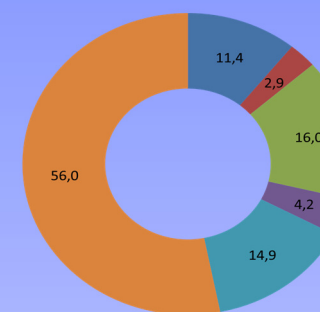
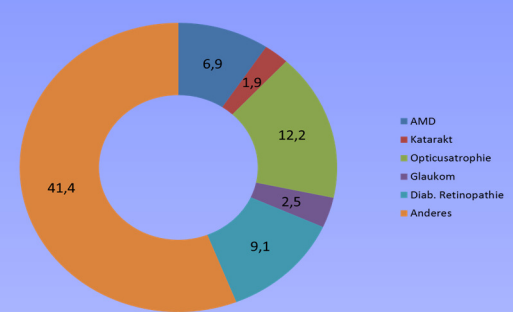


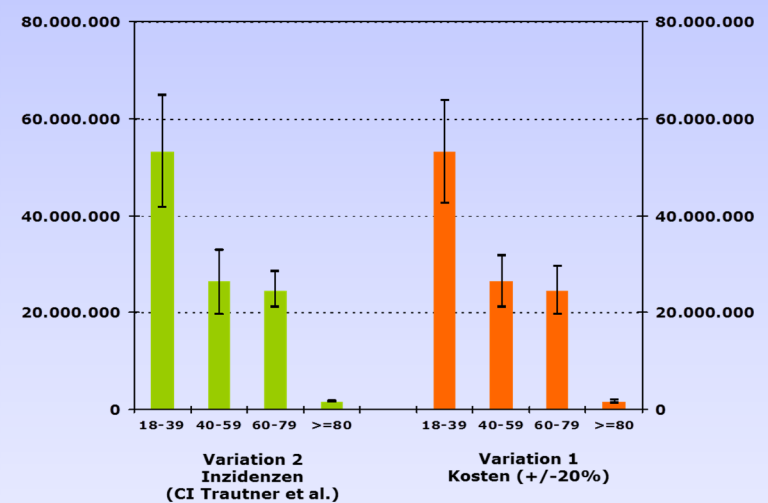
Abb. 2b: Ergebnisse exkl. TZ in € Mio.



Quelle: IPF eigene Berechnungen

Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse zeigen, dass die Variation der Inzidenzen, wie auch jene der Kosten in den Altersgruppen der 18-39-jährigen, 40-59-jährigen sowie in der Gruppe der 60-79-jährigen einen erheblichen Impact auf die Gesamtkosten haben.

Abb. 3: Sensitivitätsanalyse



Quelle: IPF eigene Berechnungen

Schlussfolgerung

Aufgrund des demografischen Wandels ist mit einer Zunahme der Anzahl älterer Menschen in den nächsten Jahren zu rechnen. Eine Vielzahl der Ursachen von Blindheit trifft primär ältere Menschen (AMD, Diabetische Retinopathie). Die demografische Entwicklung wird zu einer steigenden Zahl von blinden Personen führen und somit zu einem kostspieligen Public Health Problem. Mit dem Verlust der Sehkraft sind nicht nur enorme Kosten verbunden, sondern auch die Lebensqualität der Betroffenen wird dadurch maßgeblich beeinflusst. Die Analyse zeigt, dass Blindheit hohe Kosten verursacht und innovative Behandlungsalternativen zur zukünftigen Kosteneinsparung im Gesundheitswesen beitragen könnten.

Quellen

AMDAI; Daten über die globalen Kosten von Sehverlust in Wien, 2010
BRANCH, L. G., HOROWITZ, A., CARR, C.: The implications for everyday life of incident self-reported visual decline among people over age 65 living in the community, in: Gerontologist 29, pp. 359-365, 1989.
CAMPELL, V. A., CREWS, J. E., MORIARTY, D. G., ZACK, M. M., BLACKMAN, D. K.: Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults - United States, 1993-1997, in: MMWR 48(SS-8), pp. 131-157, 1999.
CARABALLESE, C.; APPOLLONIO, I., ROZZINI, R., BIANCHETTI, A., FRISONI, G. B., FRATTOLA, L., TRABUCCHI, M.: Sensory impairment and quality of life in a community elderly population, in: Journal of the American Geriatrics Society, 41(4), pp. 401-407, 1993.
COLEBRANDER A.; MD, Visual Standards, Aspect and Ranges of Vision Loss, ICO-Report 2002
DOGMA; Terminologie und Handlungsrichtlinien für die Glaukome, European Glaucoma Society EGS, 3. Auflage, 2008
FECHNER P., TEICHMANN K.; Medikamentöse Augentherapie, Grundlagen und Praxis, 4. Auflage, 2000.
HAMMES H.-P.; Diabetische Retinopathie, in: der Ophthalmologie, 12, 2004
HAMMES H.-P., BERTRAM B., BORNFELD N., GANDJOUR A., PARANDEH-SHAB F., DANNE D., KROLL P., LEMMEN D., LOOK D.; Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle der diabetischen Retinopathie und Makulopathie, Leitlinien zur Diabetes mellitus 2004
KLEIN E. K., Klein R., LEE K. E., CRUICKSHANKS, K. J.; Performance-based and Self-assessed Measures of Visual Function as Related to History of Falls, Hip Fractures, and Measured Gait Time The Beaver Dam Eye Study, From the Department of Ophthalmology and Visual Sciences, 1998
LAFUMA A., BREZIN A., LOPATRIELLO S. et al., Evaluation of Non-Medical Costs Associated with Visual Impairment in four European Countries, in: Pharmacoconomics 2004;24(2):193-205
LKF; Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, Modell 2010
TRAUTNER C., HAASERT B., RICHTER B., BERGER M., GIANI G.; Incidence of Blindness in Southern Germany Due to Glaucoma and Degenerative Conditions, in: Investigative Ophthalmology & Visual Science, (44) 3, 2003
OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK, NÖGKK
PVA, Österreichische Pensionsversicherungsanstalt, oral communication, 2006
SCHÖFFSKI O., SCHULENBURG J.-M. Graf v.d., Gesundheitsökonomische Evaluationen, 2008
Warenverzeichnis I Österreichischer Apothekerverlag (Austrian Codex of Pharmaceuticals), www.ami-info.at
Walter E. Österreichische Guidelines zur gesundheitsökonomischen Evaluation, in: PharmacoEconomics – German Research Articles 2006; 4(2): 55-63
Für zusätzliche Literatur kontaktieren Sie bitte die Autoren.