

Lebensqualitätsbewertung und Utilities in der Gesundheitsökonomie

Herbstsymposium des IQWiG

Köln, 29. November 2013

Prof. Dr. Wolfgang Greiner



1. Warum ist die Messung von Lebensqualität ein gesundheitsökonomisches Thema?
2. Wie wird gemessen?
3. Wer sollte befragt werden?
4. Praktisches Beispiel:
Die Valuation des EQ-5D-5L
5. Fazit und Ausblick

Schema einer Wirtschaftlichkeitsanalyse



Nutzen	Kosten
direkter Nutzen	direkte Kosten
indirekter Nutzen	indirekte Kosten
	volkswirtschaftlicher Gewinn

Monetär messbar		Nicht monetär messbar
Direkter Nutzen	Indirekter Nutzen	Intangibler Nutzen
Einsparungen an Ressourcen für • Prävention • Behandlung • Rehabilitation • Pflege	Volkswirtschaftlicher Gewinn an Arbeitspotential durch • späteren Tod • Vermeidung krankheitsbedingten Fernbleibens • gesteigerte Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz <u>Außerdem:</u> verminderter Pflegezeitaufwand der Angehörigen	Psychosozialer Nutzen als monetär nicht messbare einzel- und volkswirtschaftliche Größen, z.B. durch verbesserte • körperliche Funktion • mentale Funktion • psychische Funktion • soziale Funktion des Patienten

Gesundheitsökonomische Evaluationen

nicht
vergleichend

vergleichend

Kosten-
Analyse

Krankheits-
kosten-
Analyse

Kosten-
Kosten-
Analyse

Kosten-
Nutzen-
Analyse

Kosten-
Wirksamkeits-
Analyse

Kosten-
Nutzwert-
Analyse

Verlorene Lebensqualität
als

Kostenparameter

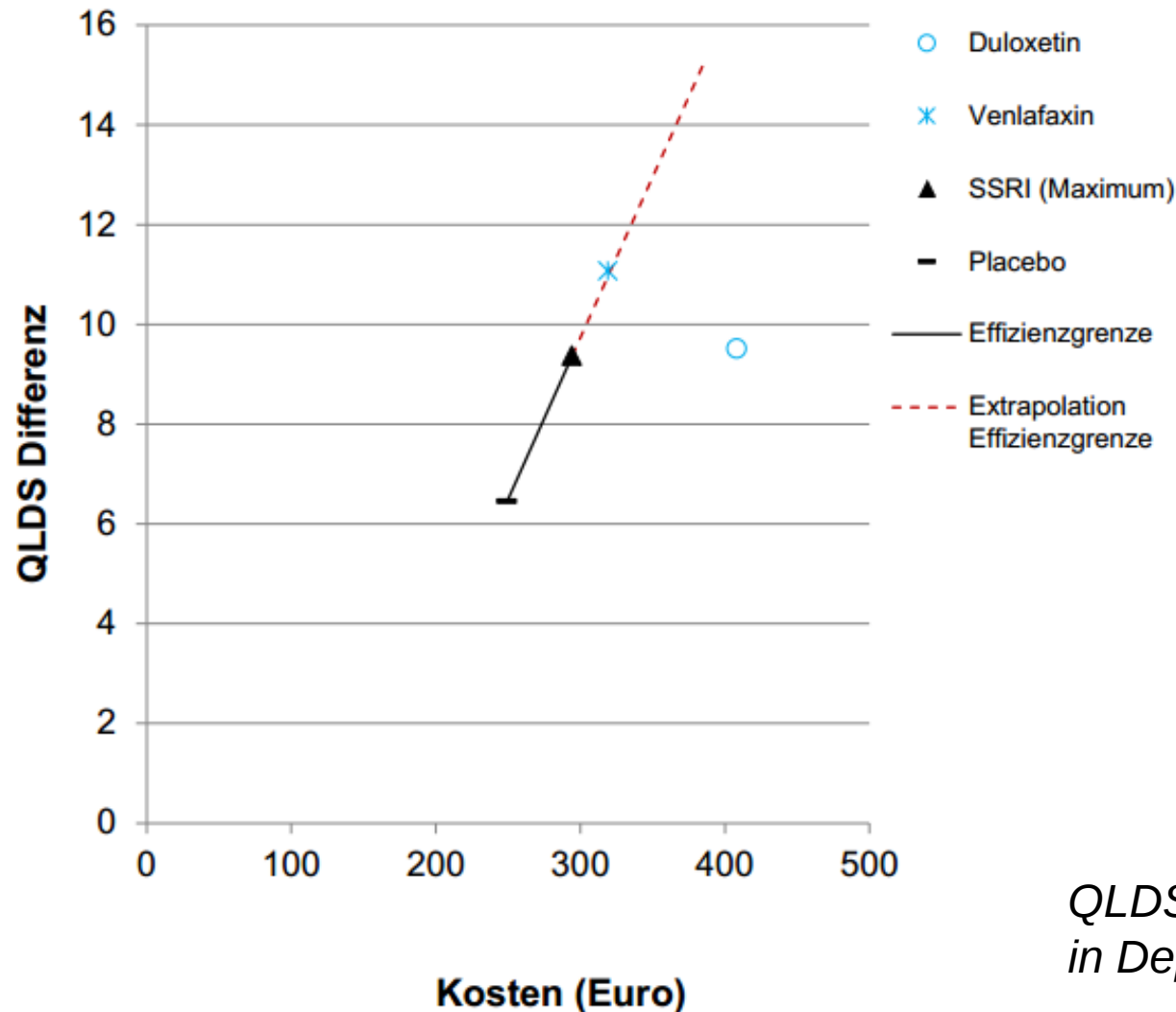
Lebensqualität
als

Vergleichsparameter

Gewonnene Lebensqualität
als

Ergebnisparameter

Effizienzgrenze für den Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität



QLDS: *Quality of Life in Depression Scale*

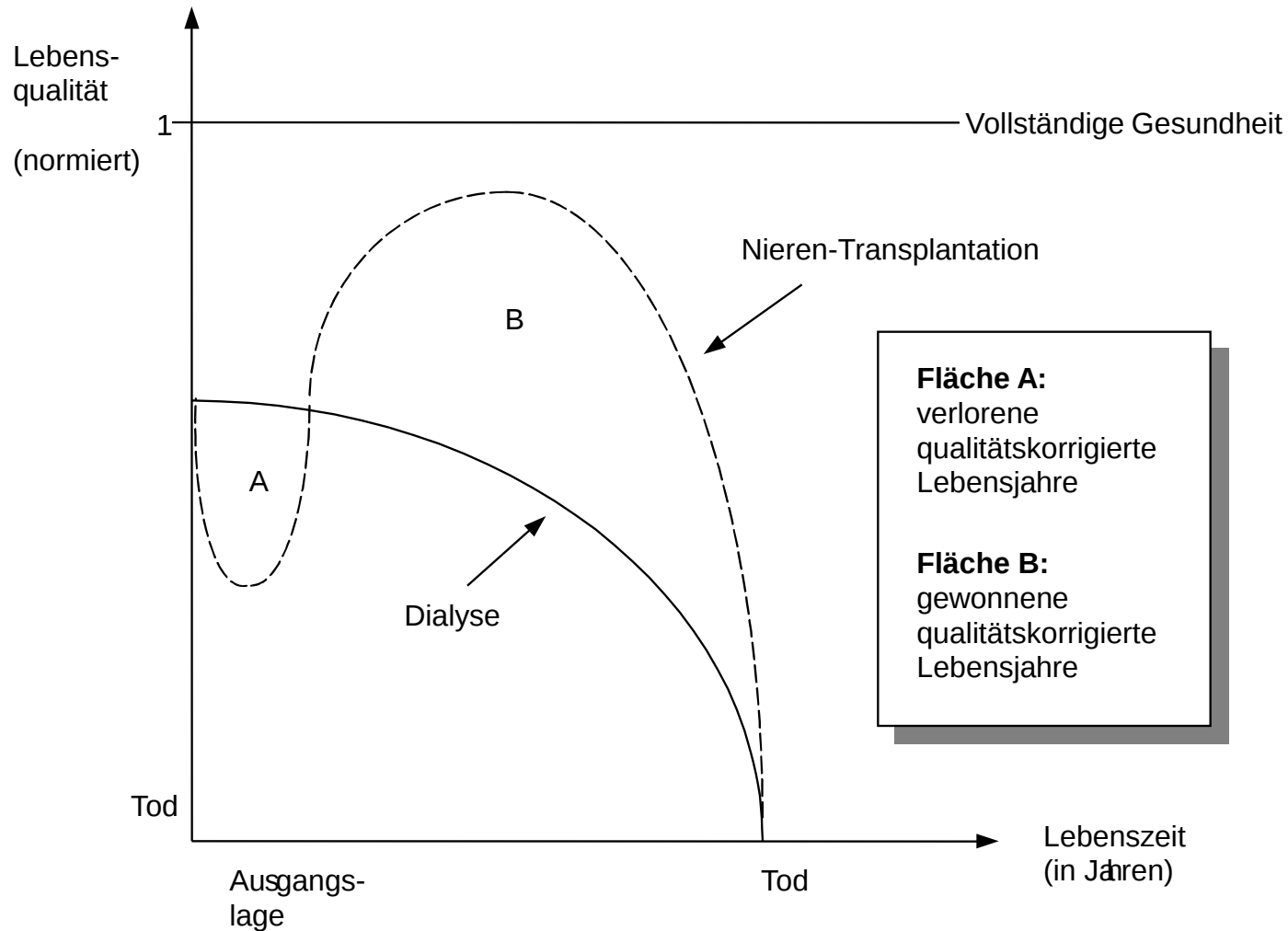
Quelle: IQWiG 2013

„[...] umfasst der Begriff „Nutzen“ nicht nur die Gesundheitseffekte einer Intervention per se, sondern berücksichtigt auch **den Wert, den der Patient diesem Effekt zuschreibt (sogenannte Nutzwerte/ Utilities)**. Diese Nutzwerte können zur Gewichtung von Effekten genutzt werden und hierdurch die Bedeutung eines Effektes aus Sicht der Betroffenen erhöhen oder reduzieren.“
(IQWiG Glossar 2013)

- Gegenüberstellung von Kosten und Nutzwerten
 - Berücksichtigung von Effekten auf Lebensqualität (*health-related quality of life, HRQOL*) und Lebenserwartung als Outcome einer Intervention
 - Normierung der medizinischen Effekte (indikationsübergreifend)
- Konzept der qualitätskorrigierten Lebensjahre (*quality adjusted life years, QALY*) als das am häufigsten angewendete Verfahren zur Ermittlung von Nutzwerten



Das QALY-Konzept am Beispiel der Niereninsuffizienz



„QALYs are recognized to be the **main valuation technique for policy making** in many countries.

For example, they are **recommended by bodies** such as

- the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE),
- the Scottish Medicines Consortium (SMC),
- the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH),
- the Australian Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) and
- the Australian Medical Services Advisory Committee (MSAC) [...].

QALYs are also **commonly employed in randomized controlled trials (RCTs)** when comparing alternative health technologies and procedures.“

(Tinelli et al. 2013)

1. Warum ist die Messung von Lebensqualität ein gesundheitsökonomisches Thema?
- 2. Wie wird gemessen?**
3. Wer sollte befragt werden?
4. Praktisches Beispiel:
Die Valuation des EQ-5D-5L
5. Fazit und Ausblick

- Wohlfahrtstheorie: Die Summe der Einzelnutzen ergibt den gesellschaftlichen Nutzen
→ Problem bei Kollektivgütern
- Kardinalität der Messung in der Kosten-Nutzen-Abwägung
- Knappheitsprinzip / Begrenztheit des Budgets / Opportunitätskosten

Die Rating Scale erfüllt diese Bedingungen nicht.

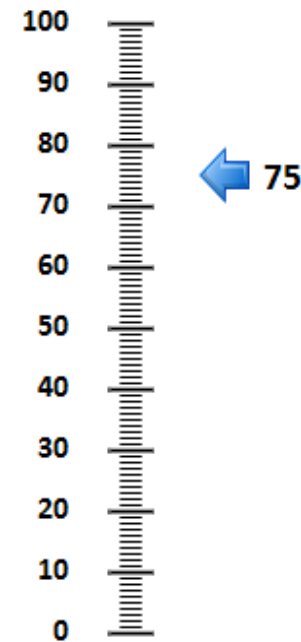
You have selected health state A as the **better** health state.
Please click on the scale to indicate how you would rate state A.



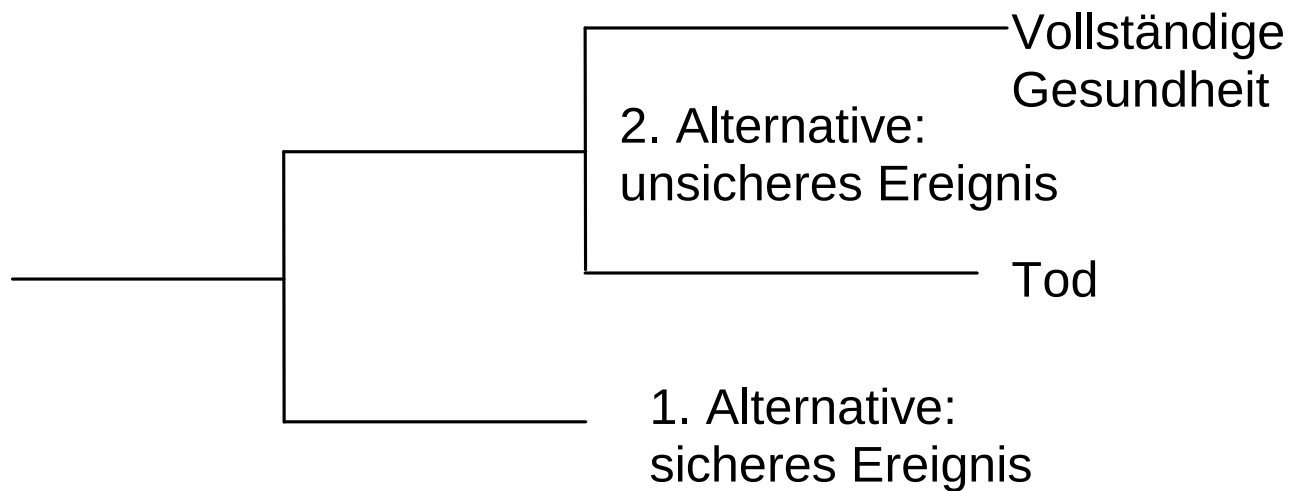
State A

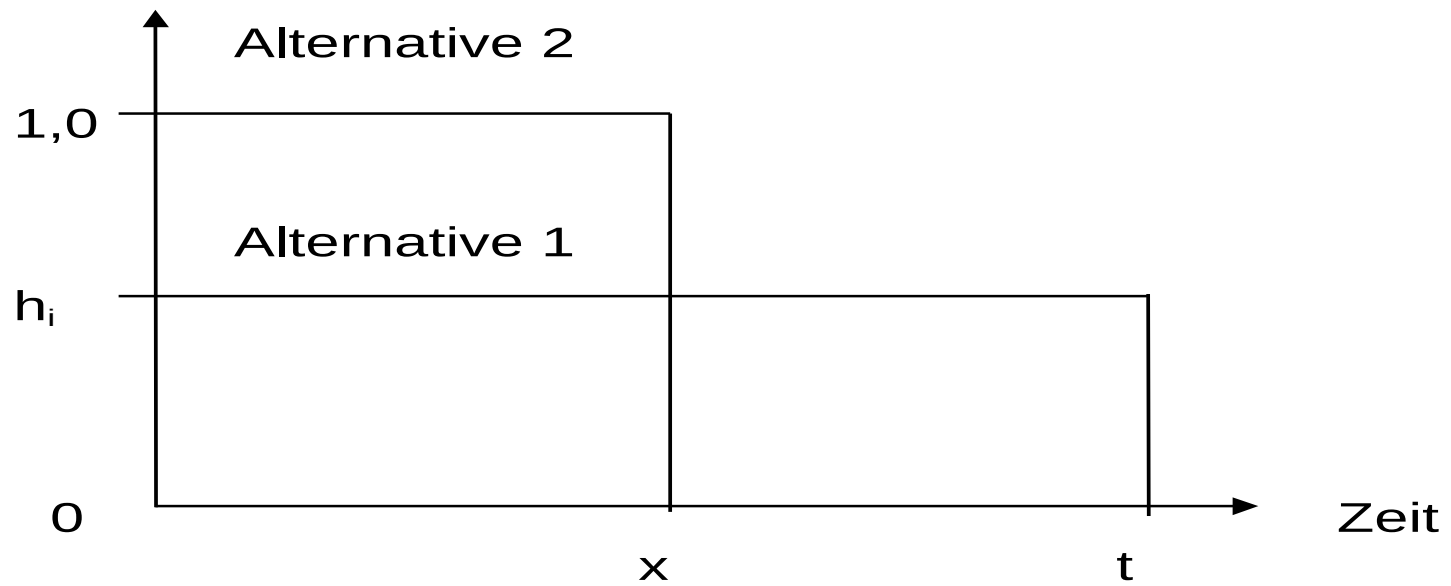
- severe problems in walking about
- moderate problems washing or dressing myself
- unable to do my usual activities
- moderate pain or discomfort
- severely anxious or depressed

Best possible health



Worst possible health





Which is better, life A, life B, or are they about the same?



A

10 years

Full health



A & B
are about
the same

10 years



B

- slight problems in walking about
- unable to wash or dress myself
- slight problems with performing my usual activities
- slight pain or discomfort
- slightly anxious or depressed

Beispiel für eine TTO-Aufgabe

Which is better, life A, life B, or are they about the same?



Full health

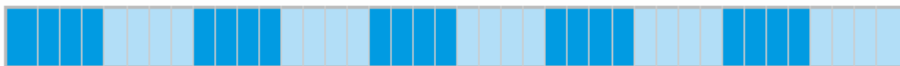
5 years



Leben A:
5 Jahre in vollständiger
Gesundheit, anschl. Tod

A & B
are about
the same

10 years



Leben B:
10 Jahre in blauem
Gesundheitszustand,
anschl. Tod

unable to walk about
slight problems washing or dressing myself
moderate problems doing my usual activities
slight pain or discomfort
severely anxious or depressed

Reset

Which is better, state A or state B?



- unable to walk about
- slight problems washing or dressing myself
- slight problems with performing my usual activities
- extreme pain or discomfort
- extremely anxious or depressed

A

- unable to walk about
- moderate problems washing or dressing myself
- severe problems doing my usual activities
- moderate pain or discomfort
- not anxious or depressed

B

Gesundheitszustand	Utility-Wert
Full health (reference state)	1.00
Myocardial infarction, acute (TTO)	0.87
HIV infection, asymptomatic (TTO)	0.87
Hospital dialysis (TTO)	0.56
Liver cirrhosis, decompensated (SG and TTO)	0.54
Being blind or deaf or dumb (TTO)	0.39
Dead (reference state)	0.00
Confined to bed with severe pain	< 0

Data from: G.W. Torrance (1987); T.O. Tengs (2000)

- Dynamisches Transmissionsmodell
- Modellierung verschiedener HPV-Typen
- Simulation des derzeitigen zytologischen Screeningprogramms
- Evaluation beider Impfstoffe (bivalent und tetravalent)
- Berücksichtigung des Kreuzprotektionspotentials (in Sensitivitätsanalysen)
- GKV-Perspektive und gesellschaftliche Perspektive (Diskontierung von Kosten und Nutzen mit 3%)
- Zeithorizont: 100 Jahre nach Einführung des Impfprogramms
- Outcomes:
 - Verhinderte Zervixkarzinomfälle und Todesfälle
 - ICER (€/LY; €/QALY)

Utilitywerte für eine Modellierung der HPV-Impfung



Gesundheitszustand	Lebensqualitätswert	Dauer	Quelle
CIN 1, Behandlung	0,91	2 Monate	Insinga et al. 2007
CIN 2, Behandlung	0,87	2 Monate	Insinga et al. 2007
CIN 3, Behandlung	0,87	2 Monate	Insinga et al. 2007
CIS, Behandlung	0,80	2 Monate	Stratton et al. 2000
CIS, Follow-up	0,97	1,8 Jahre (22 Monate)	Stratton et al. 2000
FIGO 1, Behandlung	0,65	6 Monate	Goldie et al. 2004
FIGO 1, Follow-up	0,97	Bis zu 4,5 Jahre (54 Monate)	Stratton et al. 2000; Goldie et al. 2004
FIGO 2, Behandlung	0,56	6 Monate	Goldie et al. 2004
FIGO 2, Follow-up	0,90	Bis zu 4,5 Jahre (54 Monate)	Stratton et al. 2000; Goldie et al. 2004
FIGO 3, Behandlung	0,56	6 Monate	Goldie et al. 2004
FIGO 3, Follow-up	0,90	Bis zu 4,5 Jahre (54 Monate)	Stratton et al. 2000; Goldie et al. 2004
FIGO 4, Behandlung	0,48	6 Monate	Gold et al. 1998
FIGO 4, Follow-up	0,62	Bis zu 4,5 Jahre (54 Monate)	Stratton et al. 2000; Goldie et al. 2004
Palliativversorgung	0,29	1 Monat	de Kok et al. 2009
Genitalwarzen, Behandlung	0,93	2 Monate	Brisson et al. 2007; Woodhall 2008 (Mittelwert)

ICER	Bivalenter Impfstoff	Tetravalenter Impfstoff
€/LY (GKV-Perspektive)	53.807	30.910
€/LY (Gesellschaftliche Perspektive)	44.063	18.878
€/QALY (GKV-Perspektive)	34.249	14.711
€/QALY (Gesellschaftliche Perspektive)	28.047	8.984

1. Warum ist die Messung von Lebensqualität ein gesundheitsökonomisches Thema?
2. Wie wird gemessen?
- 3. Wer sollte befragt werden?**
4. Praktisches Beispiel:
Die Valuation des EQ-5D-5L
5. Fazit und Ausblick

1. Patienten



2. Angehörige

3. Ärzte oder andere Gesundheitsberufe

4. Allgemeinbevölkerung (*lay panel*)



Beispiel EQ-5D-3L: Patienten geben Gesundheitszustand an



- Konstruktion der Gesundheitszustände durch Kombination der Dimensionen mit den drei Antwortlevel:
„1“ keine Probleme,
„2“ einige Probleme,
„3“ extreme Probleme
→ 243 ($=3^5$) mögliche Gesundheitszustände

By placing a tick in one box in each group, please indicate which statements best describe your health today.

Mobility	
I have no problems in walking about	☒
I have some problems in walking about	☐
I am confined to bed	☐
Self-Care	
I have no problems with self-care	☒
I have some problems washing or dressing myself	☐
I am unable to wash or dress myself	☐
Usual Activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)	
I have no problems with performing my usual activities	☐
I have some problems with performing my usual activities	☒
I am unable to perform my usual activities	☐
Pain/Discomfort	
I have no pain or discomfort	☐
I have moderate pain or discomfort	☒
I have extreme pain or discomfort	☐
Anxiety/Depression	
I am not anxious or depressed	☐
I am moderately anxious or depressed	☒
I am extremely anxious or depressed	☐

Levels of perceived problems are coded as follows:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------|
| ☒ | Level 1 is coded as a '1' |
| ☐ | |
| ☐ | |
| ☐ | Level 2 is coded as a '2' |
| ☒ | |
| ☐ | |
| ☐ | Level 3 is coded as a '3' |
| ☒ | |

NB: There should be only one response for each dimension.

→ Gesundheitszustand: 11232

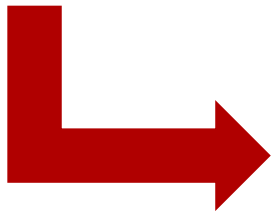
Index EQ-5D-3L: Aus Bevölkerungsbefragungen

-Regressionsergebnisse-

	Koeffizienten	
Konstante	95,71	***
RID Studien	1,96	***
Wenigstens eine Dimension = 2 oder 3 (N2)	-19,52	***
Wenigstens eine Dimension = 3 (N3)	-8,58	***
Interaction N2 und RID studies	8,30	***
Interaction N3 und RID studies	-11,48	***
Mobilität=2	-5,78	***
Mobilität=3	-16,03	***
Für sich selbst sorgen=2	-10,28	***
Für sich selbst sorgen=3	-13,67	***
Alltagsaktivitäten=2	-2,31	***
Alltagsaktivitäten=3	-7,54	***
Schmerzen=2	-8,15	***
Schmerzen=3	-14,35	***
Angst / Niedergeschlagenheit=2	-7,81	***
Angst / Niedergeschlagenheit=3	-11,31	***
R-square	0,745	
Adjusted R-square	0,745	

***: $p < 0,001$.

- Evidenz für unterschiedliche Werte
→ Patienten haben höhere Werte als die Allgemeinbevölkerung
- Evidenz für Unterschiede der nicht-gesundheitsbezogenen Charakteristika (wie sozio-demographische Angaben)
- Evidenz für unterschiedliche Bewertung von realen und hypothetischen Zuständen



→ Einfluss auf Tarif zur Ermittlung der Nutzwerte
→ Einfluss auf Kosteneffektivität

A Value Set for the EQ-5D Based on Experienced Health States Development and Testing for the German Population

Reiner Leidl^{1,2} and Peter Reitmair¹

1 Institute for Health Economics and Health Care Management, Helmholtz Zentrum München, Neuherberg, Germany

2 Munich School of Management, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany

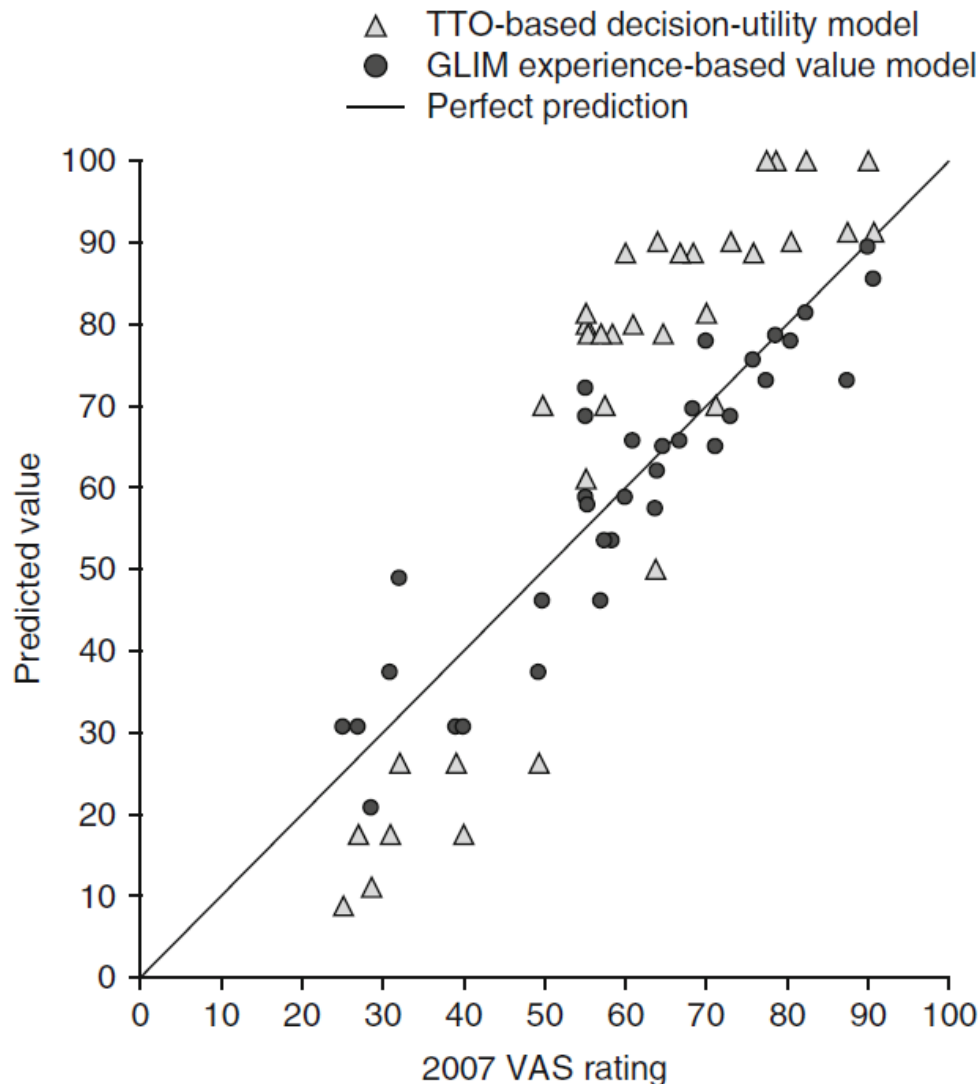
Spezielle, krankheits-spezifische Value Sets nötig?

Abstract

Background: Decision makers responsible for allocation of healthcare resources may require that health states are valued by the population for whom they are making decisions. To achieve this, health-state descriptions can be combined with a value set that reflects the valuations of the target population. In the decision-utility approach, such a value set is at least partly based on wants and expectations regarding given health states. This may reflect aspects different from the health state experienced and valued by a respondent.

Objectives: To derive a value set that is completely based on experienced health states, emphasising the patient's perspective, and test its predictive performance in comparison with established approaches.

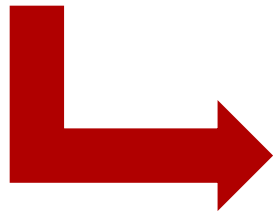
Methods: Problem descriptions and rating scale valuations of the EQ-5D were drawn from two representative German population surveys in 2006 and 2007. The



„Entering preferences of the general public for given health states goes beyond measuring the patient's health, as it already includes preferences on resource allocation – an aspect that should instead be elicited separately.“

Quelle: Leidl/Reitmeier (2011)

1. Patienten
2. Angehörige
3. Ärzte oder andere Gesundheitsberufe
4. Allgemeinbevölkerung



Was spricht
– aus gesundheitsökonomischer Sicht –
für die Befragung der
Allgemeinbevölkerung?

Wohlfahrtstheorie: Gesellschaftliche Wohlfahrt ist die Aggregation der Nutzen aller Individuen in einer Gesellschaft

- ➔ Patienten als beste Repräsentanten der Betroffenen
ABER: - Aktuelle Patientengruppe repräsentiert nicht zukünftige bzw. potentielle Patienten
- „Response Shift“: Adaption / Coping
- ➔ Patienten können Gesundheitszustände am besten einschätzen
ABER: - „veil of ignorance“ als Postulat für Verteilungsfragen (zur Vermeidung von strategischen Antworten)
- Allokation kollektiv finanzierter Güter erfordert kollektiv erhobene Präferenzen

Alternative Position: „Informed General Population Values“

Mathematische Interpretation der Wohlfahrtsökonomik von Pigou

- Gesellschaftliche Wohlfahrt W_p sei *individualistisch* definiert als Summe des Nutzens U aller einzelnen Gesellschaftsmitglieder
$$W_p = U_1 + \dots + U_n \text{ (Mitglieder der Gesellschaft 1, \dots, N)}$$
 - Nutzenfunktionen aller Mitglieder der Gesellschaft seien vom Gossenschen Typ mit fallendem Grenznutzen (Nutzen hänge von den für das Individuum verfügbare Gütermengen q ab)
 - Nutzenfunktion aller einzelnen Mitglieder der Gesellschaft seien identisch
- Voraussetzungen für Formulierung einer Wohlfahrtsfunktion:
 - Kardinale Messbarkeit individueller Nutzen
 - Aggregierbarkeit von Nutzeneinheiten
 - Möglichkeit interpersoneller Nutzenvergleiche

- Zweifel an der Eignung des individuellen Nutzens als Basis für kollektive Entscheidungen
- Kollektive Entscheidungen sollen eher Voraussetzung für individuellen Nutzen schaffen. Wichtiger Parameter dafür ist Gesundheit.
- Konsequenz: Konzentration auf Maximierung von Lebensdauer und Lebensqualität (Verbindung zum QALY-Ansatz; Abgrenzung zur CBA)
➔ **„Extra-Welfarismus“**
- Beim Extra-Welfarismus werden neben Gütern und Dienstleistungen, die zur individuellen Wohlfahrt beitragen können, auch nicht-dingliche Komponenten berücksichtigt (z.B. glücklich sein, Schmerzfreiheit, Entscheidungsfreiheit, physische Mobilität).
- Ggf. Ergänzung von Verteilungsvorstellungen (statt einfacher Maximierung)
- ➔ Kosten-Nutzwert-Analyse als praktische Anwendung der Wohlfahrtstheorie (extra-welfaristische Position)

1. Warum ist die Messung von Lebensqualität ein gesundheitsökonomisches Thema?
2. Wie wird gemessen?
3. Wer sollte befragt werden?
4. **Praktisches Beispiel:
Die Valuation des EQ-5D-5L**
5. Fazit und Ausblick

MOBILITY

- I have no problems in walking about ☐
- I have slight problems in walking about ☐
- I have moderate problems in walking about ☐
- I have severe problems in walking about ☐
- I am unable to walk about ☐

SELF-CARE

- I have no problems washing or dressing myself ☐
- I have slight problems washing or dressing myself ☐
- I have moderate problems washing or dressing myself ☐
- I have severe problems washing or dressing myself ☐
- I am unable to wash or dress myself ☐

USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

- I have no problems doing my usual activities ☐
- I have slight problems doing my usual activities ☐
- I have moderate problems doing my usual activities ☐
- I have severe problems doing my usual activities ☐
- I am unable to do my usual activities ☐

PAIN / DISCOMFORT

- I have no pain or discomfort ☐
- I have slight pain or discomfort ☐
- I have moderate pain or discomfort ☐
- I have severe pain or discomfort ☐
- I have extreme pain or discomfort ☐

ANXIETY / DEPRESSION

- I am not anxious or depressed ☐
- I am slightly anxious or depressed ☐
- I am moderately anxious or depressed ☐
- I am severely anxious or depressed ☐
- I am extremely anxious or depressed ☐

Die deutsche Version des EQ-5D-5L



Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

Ich habe keine Probleme herumzugehen ☐

Ich habe leichte Probleme herumzugehen ☐

Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ☐

Ich habe große Probleme herumzugehen ☐

Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ☐

FÜR SICH SELBST SORGEN

Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ☐

Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden ☐

Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ☐

Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden ☐

Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ☐

ANGST / NIEDERGE SCHLAGENHEIT

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ☐

Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ☐

Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ☐

Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert ☐

Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ☐

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

100

95

90

85

80

75

70

65

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

Original Papers

Eur J Health Econom 2005 - 6:124-130
DOI 10.1007/s10198-004-0264-z
Published online: 22. December 2004
© Springer Medizin Verlag 2004

W. Greiner¹ · C. Claes¹ · J. J. V. Busschbach² · J.-M. Graf von der Schulenburg¹

¹ Centre for Health Economics and Health System Research,
University of Hanover, Hanover, Germany

² Institute for Medical Psychology and Psychotherapy, Erasmus Medical Center,
Rotterdam, The Netherlands

Validating the EQ-5D with time trade off for the German population

Introduction

health services, for example, due to the special features of the proficient health care, ethical considerations, and urgency. There-

lation, with their characteristic as taxpayers and potential patients, must also be taken into account when making decisions

- Hauptproblem des EQ-5D-3L:
 - Mangelnde Sensitivität des EQ-5D-3L („Ceiling-Effekt“)
 - Eingeschränktes Diskriminieren zwischen Gesundheitszuständen mit leichten Einschränkungen
 - Kleinere Verbesserungen des Gesundheitszustandes können mit dem EQ-5D-3L nicht abgebildet werden
- Erweiterung der Antwortkategorien von 3 auf 5
 - Sogenannte 5L-Versionen (EQ-5D-5L)
 - 3.125 ($=5^5$) mögliche Gesundheitszustände
 - Aggregation zu präferenzbasiertem Indexwert nicht möglich, da bisher kein Set an sozialen Präferenzwerten für den deutschen Kontext verfügbar ist
 - Limitation für den Einsatz in Kosten-Nutzwert-Analysen

Der EQ-5D-5L – Bewertungsskala -



Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ☐
- Ich habe große Probleme herumzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ☐

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden ☐
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden ☐

ANGST / NIEDERGE SCHLAGENHEIT

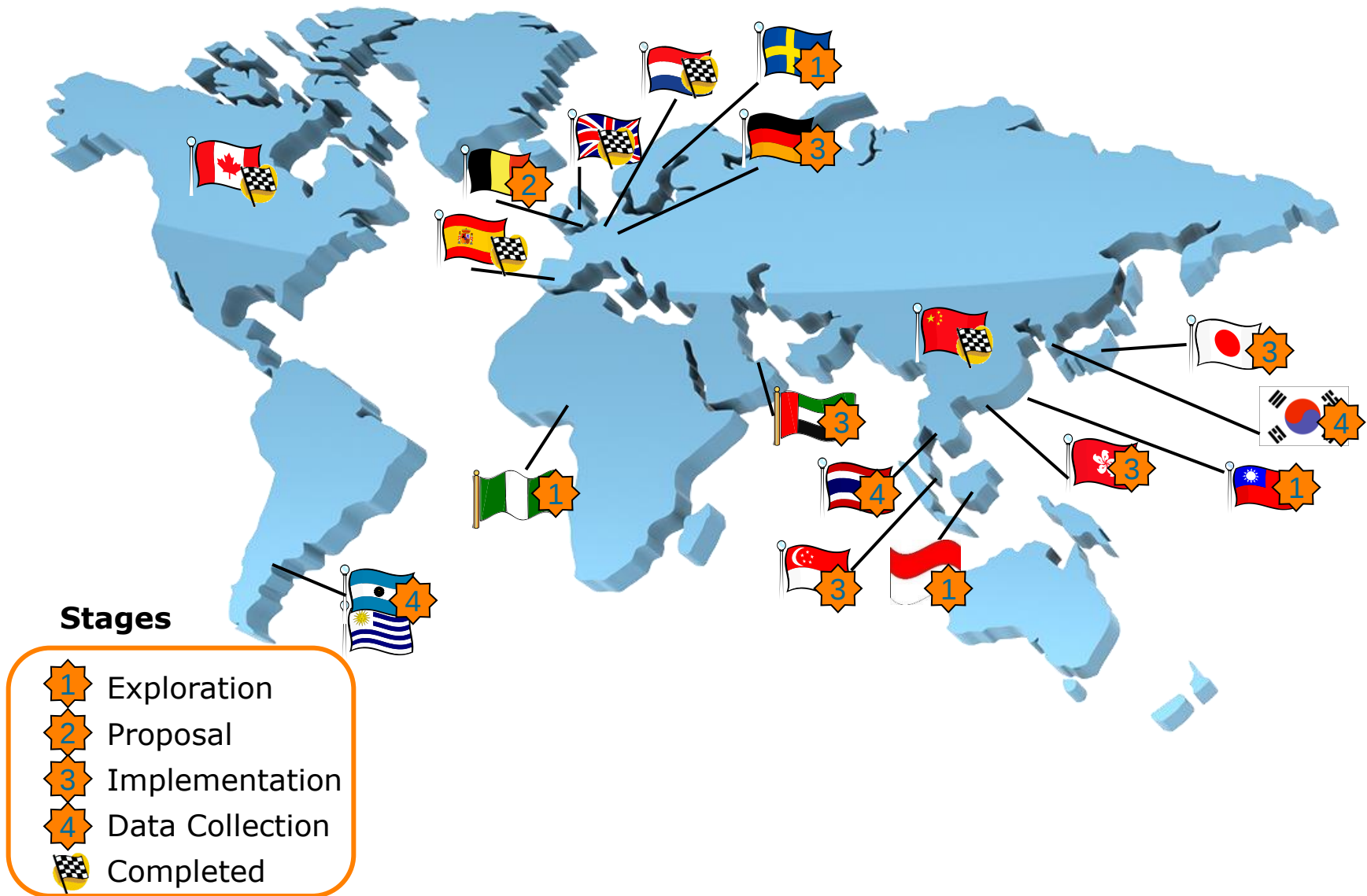
- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert ☐
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert ☐

1

	B
mo2	-0,059
mo3	-0,090
mo4	-0,243
mo5	-0,249
sc2	-0,087
sc3	-0,046
sc4	-0,184
sc5	-0,189
ua2	-0,088
ua3	-0,116
ua4	-0,191
ua5	-0,145
pd2	-0,102
pd3	-0,098
pd4	-0,182
pd5	-0,315
ad2	-0,130
ad3	-0,156
ad4	-0,263
ad5	-0,299

- $5^5 = 3.125$ Zustände zu bewerten (versus 243 beim EQ-5D-3L)
- Semantische Unterschiede der Level beim EQ-5D-5L feiner als beim EQ-5D-3L
- Möglicherweise größerer kognitiver Anspruch bei der Differenzierung zwischen den Zuständen

Durchführung der 5L Valuation-Studien



- Personenkreis:
 - Allgemeinbevölkerung (N=1.000)
 - Repräsentative Stichprobe (Alter, Geschlecht, Bildung)
- Auswahl der Gesundheitszustände:
 - Hypothetische Gesundheitszustände
 - Experimentelles Design
- Valuation-Methode: Innovative Methodenkombination
 - Composite TTO
 - Klassisches TTO (Gesundheitszustände „Besser als der Tod“)
 - Lead-Time TTO (Gesundheitszustände „Schlimmer als der Tod“)
 - DCE

- Lebensqualität ist von großer Bedeutung für die Bestimmung von **Kosten und Nutzen** von Gesundheitsgütern.
- Der **QALY-Ansatz** ist dabei international gebräuchlich, aber nicht die einzige Form der Einbeziehung von LQ in ökonomischen Analysen.
- Lebensqualität als höchst **patientenbezogenes** und somit auch ökonomisches Outcome.
- Für **Allokationsentscheidungen** auf kollektiver Ebene sollten populationsbezogene Bewertungen herangezogen werden.
- Ziel: „***informed general population values***“

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Gesundheitsökonomie und
Gesundheitsmanagement (AG5)
Universität Bielefeld