

Sozialmedizinische Aspekte von Brustkrebs – ein Literaturreview mit Fokus auf Deutschland

Rottenkolber D¹, Felder S¹, Schlegl E¹



¹ HealthEcon® AG, Basel, Schweiz

Einleitung und Fragestellung

Hintergrund

Mit jährlich etwa 71.600 Neuerkrankungen und einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von 64,3 Jahren ist das Mammakarzinom die häufigste Krebsdiagnose bei dt. Frauen [RKI 2016], mit assoziierten Krankheitskosten von über zwei Mrd. Euro pro Jahr [GBE Bund 2017]. Innovative systemische und zielgerichtete Therapien führen zu Verbesserungen der Lebensqualität und des Gesamtüberlebens. Ungeachtet dessen ist der Verlust an Lebensjahren (83.500–386.000) in Deutschland unverändert hoch [RKI 2016, Wilking 2005]. Zunehmend wandelt sich das Mammakarzinom zu einer chronischen Erkrankung [Leclerc 2016], wobei ca. 50% der Patientinnen bei Erkrankungsbeginn jünger als 65 Jahre alt sind [ZfKD 2017].

Fragestellung

Das Ziel des vorliegenden Beitrages war es, die sozialmedizinischen Aspekte der Brustkrebserkrankung (z. B. Rückkehr an den Arbeitsplatz, Produktivitätsverluste und Renteneintritte) zu untersuchen.

Methodik

Computergestützte Datenbankrecherche zu indirekten Kosten/Transferleistungen im Indikationsgebiet „Brustkrebs“ (ICD-10-GM Code C50) in MEDLINE®/PubMed im Zeitraum 01/2005–12/2016, ergänzt durch Citation Tracking und webbasierte Suche („graue Literatur“) mittels Google/Google Scholar.

Ergebnisse

Wenige gesundheitsökonomische Studien adressieren die indirekten Kosten des Mammakarzinoms, insbesondere im fortgeschrittenen/metastasierten Stadium, bedingt durch die gewählte Studienperspektive (z. B. Kliniken) und die Nichtverfügbarkeit entsprechender Informationen in den medizinischen Akten [Mehnert 2011].

Vermeehrt erkranken jüngere Patientinnen (Zunahme von 15% in der Altersgruppe von 20–60 Jahren im Zeitraum von 2000–2013), woraus Fehlzeiten am Arbeitsplatz (ggf. ausgelöst durch multimodale Behandlungen) resultieren [ZfKD 2017]. Die Evidenz zu indirekten Kosten/Transferleistungen bei Mammakarzinom-Patientinnen ist gegenwärtig zu undifferenziert, insbesondere hinsichtlich der Unterteilung nach fortgeschrittenem/metastasiertem Stadium und Hormonrezeptor- bzw. HER2-Status (vgl. Tabelle 1).

Krankengeld

Etwa 6,5% der GKV-Krankengeldausgaben für weibliche Mitglieder entfallen auf bösartige Erkrankungen der Brustdrüse, die sich somit auf Platz 6 der fallzahlstärksten Diagnosen befinden [SVR 2015].

Berufliche Wiedereingliederung

Der berufliche Wiedereinstieg ist für die Sozialversicherungen nach dem Rehabilitationsende von hoher Budgetrelevanz. Während bis zu 80% der Patientinnen mit primärem Krankheitsverlauf wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, sind es bei fortgeschrittenem Verlauf nur noch knapp die Hälfte (häufig in Teilzeitbeschäftigung).

Ergebnisse (Fortsetzung)

Frühstadium			
Produktivitätsverluste	5.163–5.600 €	Eiermann (2011) / Blohmer (2013)	
Fortgeschrittenes Stadium			
Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Diagnose	43–56 % der Patientinnen	Jerusalem (2015)	
Stadium nicht näher spezifiziert			
Produktivitätsverluste			
Krankheitsbedingter Arbeitsausfall (Erwerbstätigkeitsjahre p.a.)	59.000–65.000	Lüngen (2013) / RKI (2005)	
AU-Tage (2013) (% der krebsbedingten AU-Tage)	3.677.666 (54,5 %)	RKI (2016)	
Durchschnittlicher Produktivitätsverlust pro Brustkrebsfall	37.200 €	Wilking (2009)	
Ausfall an Bruttowertschöpfung	4,6 Mrd. €	Eigene Berechnung / BAuA (2017)	
Berufliche Wiedereingliederung			
Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Erkrankung	59–78 %	Rick (2012) / IMVR (2015)	
Gesetzliche Rentenversicherung			
Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (2015)	40.362	GBE Bund (2017)	
Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung (2013)	3.134	RKI (2016)	

Tabelle 1: Übersicht zu indirekten Kosten und Transferleistungen stratifiziert nach Erkrankungsstadium [eigene Darstellung]

Berufliche Wiedereingliederung (Fortsetzung)

Trotz sozialer Sicherung erhöht eine Brustkrebserkrankung das Risiko eines unmittelbaren Arbeitsplatzverlustes, insbesondere durch die Teilnahme an stationären Rehabilitationsmaßnahmen. Bei überlebenden Patientinnen mit einer primären Brustkrebserkrankung liegt die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbstätigkeit sechs Jahre nach der Operation nur noch bei 50%. Als auslösende Faktoren spielen neben dem Alter der Patientinnen auch das Tumor-Stadium sowie der Schweregrad der Nebenwirkungen eine Rolle [Noeres 2013].

Nach dem Abschluss der akutmedizinischen Behandlungsphase ist bei rund 83% der Patientinnen ein erkennbarer Beratungsbedarf hinsichtlich sozialrechtlicher Aspekte (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen oder Teilhabe am Arbeitsleben) und Fragen der Kostenerstattung zu verzeichnen [Kowalski 2015]. Dies spiegelt sich auch in einer Zunahme der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstigen Leistungen zur Teilhabe in der Gesetzlichen Rentenversicherung von über 21% (2001–2015) wider [GBE Bund 2017]. Diese Ergebnisse zeigen sich analog in weiteren Studien, die belegen, dass subjektiv empfundene finanzielle Probleme – insbesondere bei jüngeren Brustkrebspatientinnen – im Rahmen der Erkrankung (und unabhängig vom Bildungsniveau) ein signifikantes Problem darstellen [Fehlauer 2005, Waldmann 2007], was auf Optimierungsbedarf hinsichtlich einer Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung hinweist [Schmidt 2016]. Ebenfalls wird die Relevanz der finanziellen Situation der Patientinnen als ein möglicher Ansatzpunkt bzw. eine Barriere während der Brustkrebsrehabilitation hervorgehoben [Rapp 2017].

Rentenzugänge

Jährlich sind – mit leicht sinkender Tendenz über die vergangene Dekade – aktuell noch über 3.000 brustkrebsbedingte Rentenanzugänge mit einem durchschnittlichen Eintrittsalter von ca. 51 Jahren bei Rentenbeginn zu verzeichnen [RKI 2016, DRV 2015].

Diskussion

Die deutschen Ergebnisse werden durch internationale Evidenz gestützt, auch wenn die verfügbare Datenlage insgesamt als nicht ausreichend zu bezeichnen ist [Foster 2011]. So können bis zu 90% der gesamten Krankheitskosten durch Produktivitätsverluste induziert sein, wobei frühzeitige Mortalität den größten Anteil (ca. 60%) ausmacht [Broekx 2011]. Die Produktivitätsverluste und Krankengeldzahlungen fallen bei Patientinnen im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf erwartungsgemäß deutlich höher aus, als bei Patientinnen mit frühem Brustkrebs. Nur noch knapp 40% der Patientinnen im fortgeschrittenen bzw. metastasierten Stadium kehren nach Behandlungsende wieder an den Arbeitsplatz zurück [Molina Villaverde 2008]. Die Arbeitslosigkeit bei Brustkrebsüberlebenden wird in verschiedenen Studien nach dem 1. Jahr (~50%), 2. Jahr (72%), 6. Jahr (43%) sowie 9. Jahr (18%) unterschiedlich hoch beziffert [Chaker 2015]. Insgesamt liegt die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit bei deutschen Patientinnen (59%) im internationalen Vergleich (58–82%) jedoch am unteren Rand [Rick 2012].

Ein frühzeitiger Renteneintritt erfolgt bei annähernd 20% (≤50 Jahre) und 40% (50–64 Jahre) der Patientinnen ab dem fortgeschrittenen Stadium [Lidgren 2007].

Ebenso finden sich Anhaltspunkte, welche die individuellen finanziellen Probleme unterstreichen [Sharp 2016].

Fazit

Die Gesamtkosten für Brustkrebserkrankungen in Deutschland sind gegenwärtig unbekannt [Wilking 2009]. Da jedoch ein signifikanter Anteil der erkrankten Patientinnen ≤50 Jahre alt ist [Pallis 2010], dürften die indirekten Kosten beträchtlich sein. Je nach Erkrankungsstadium existiert ein erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlustes. Zukünftig sollte eine Differenzierung nach UICC-Stadien I–IV im Vordergrund stehen, um sowohl sozialmedizinische als auch gesundheitsökonomische Fragestellungen zu beantworten [Kamal 2017]. Die verfügbaren Routinedaten der Sozialversicherungsträger (3-stellige ICD-10-Codes) sind hierfür nicht ausreichend, so dass Kosten-Effektivitäts-Analysen aufgrund fehlender Daten limitiert werden. Auch erschwert die existierende Heterogenität bei Studienformen und methodischen Ansätzen (Design, Zeithorizont, Studienpopulation u.a.) eine konsistente Ergebnissynthese, ebenso wie fehlende mikroökonomische Daten [Jacobs 2013]. Der Vergleichswert kostenintensiver Brustkrebstherapien kann nur auf Basis von patientenbezogenen Daten ermittelt werden, was eine Erfassung der ökonomischen Basisinformationen zeitgleich mit klinischen Outcomes erfordert. Alternativ können randomisierte klinische Studien unter Bezugnahme von populationsbezogener Real-World-Evidenz und ökonomische Modellierungsstudien herangezogen werden [Braun 2009; Lyman 2013; Gerber-Grote 2014].

Literatur:

Vollständige Literaturliste bei den Autoren verfügbar.

Kontakt: Dr. Dominik Rottenkolber, MBR
HealthEcon® AG
Steinentorstrasse 19
CH-4051 Basel / Schweiz
eMail: drottenkolber@healthecon.com