



Verbundprojekt „Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft“

„Ökonomische Evaluation komplexer Versorgungskonzepte –
Methodische Grundlagen und Entwicklungsperspektiven“

Susanne Schröder/Martin Gersch

Freie Universität Berlin
Competence Center E-Commerce
Garystr. 21
14195 Berlin

susanne.schroeder@fu-berlin.de; martin.gersch@fu-berlin.de

<http://www.ccec-online.de>

Berlin, Juli 2009

Gefördert durch das BMBF im Rahmen des Förderschwerpunktes „Technologie und
Dienstleistungen im demografischen Wandel“
(Förderkennzeichen 01FC08003)

Projekträger DLR/Innovative Arbeitsgestaltung und Dienstleistungen



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Ökonomische Evaluationen im Gesundheitswesen	3
2.1. Definition und begriffliche Abgrenzung	3
2.2. Grundformen ökonomischer Evaluationen im Gesundheitswesen	4
2.2.1. Evaluationsstudien ohne vergleichenden Charakter	4
2.2.1.1. Die Kosten-Analyse	5
2.2.1.2. Die Krankheitskosten-Analyse.....	5
2.2.2. Evaluationsstudien mit vergleichendem Charakter.....	6
2.2.2.1. Die Kosten-Kosten- bzw. Kosten-Minimierungs-Analyse	7
2.2.2.2. Die Kosten-Effektivitäts- bzw. Kosten-Wirksamkeits-Analyse	8
2.2.2.3. Die Kosten-Nutzwert-Analyse	9
2.2.2.4. Die Kosten-Nutzen-Analyse	10
2.3. Prinzipien gesundheitsökonomischer Evaluationen.....	13
3. Möglichkeiten und Grenzen ökonomischer Evaluationen von Versorgungskonzepten	15
3.1. Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen	15
3.2. Merkmale und Besonderheiten der ökonomischen Evaluation von Versorgungskonzepten.....	17
3.3. Beurteilung neuer Versorgungskonzepte aus Sicht der Akteure	17
4. Ausblick auf das Vorhaben und die Zielsetzung im Projekt E-Health@Home	22
Literaturverzeichnis.....	I

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund des technologischen Fortschritts und des demografischen Wandels ergibt sich (auch) im Gesundheitswesen die Problematik knapper Ressourcen. Dieser steht die fast unbegrenzte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegenüber, die sich aus dem Auseinanderfallen von Leistungsempfänger und Kostenträger durch den Abschluss von Krankenversicherungen ergibt (vgl. Greißinger 2000). Es stellt sich folglich die Frage, wie diese knappen Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens rational verteilt und somit eine optimale Ressourcenallokation sichergestellt werden sollen (vgl. Schöffski 2008a).

Als Grundlage für eine rationale Entscheidungsfindung ist neben der Wirksamkeit medizinischer Leistungen („*Effektivität*“) insbesondere auch deren Wirtschaftlichkeit („*Effizienz*“) von Bedeutung. Dies erfordert eine ökonomische Bewertung von Gesundheitstechnologien¹, bei der dem Ergebnis einer Maßnahme deren Kosten gegenübergestellt werden (vgl. Greißinger 2000; Schöffski 2008a).

Während derartige Analysen v.a. im englischen Sprachraum erhebliche Bedeutung erlangt haben, steht die wissenschaftliche Forschung hierzu in Deutschland „noch relativ am Anfang“ (Gleißinger 2000). Dennoch hat in den letzten Jahren das Interesse an gesundheitsökonomischen Evaluationen auch hierzulande deutlich zugenommen und entsprechende Studien an Bedeutung gewonnen. Die Ergebnisse ökonomischer Evaluationen bilden u.a. die Grundlage für Entscheidungen über den Einsatz von Gesundheitstechnologien, die Preisbildung, aber auch die Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkassen (vgl. Schöffski 2008a).

Mit In-Kraft-Treten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) im Jahr 2007 wurden gesundheitsökonomische Evaluationen erstmals gesetzlich verankert. Vorgesehen ist hiernach die Durchführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen für Arzneimittel zur Bestimmung von Höchstbeträgen (§ 31 (2a) i.V.m. § 35b SGB V). Das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), das diese Kosten-Nutzen-Bewertungen zukünftig vornehmen wird, erarbeitet derzeit eine entsprechende Methodik. Der bisher bereits in der zweiten Version vorliegende Methodenvorschlag des IQWiG wird aktuell prototypisch anhand von drei Pilotstudien getestet und ggf. weiterentwickelt (<http://www.iqwig.de/kosten-nutzen-bewertung.736.html>).

¹ Der Begriff „Gesundheitstechnologie“ ist dabei sehr weit gefasst und umfasst Prozesse und Produkte wie Arzneimittel, Medizinprodukte, medizinische Behandlungsverfahren sowie Versorgungskonzepte (vgl. Amelung 2007).

Ein zentrales Problem im Hinblick auf eine optimale Ressourcenallokation ist die im deutschen Gesundheitswesen vorherrschende sektorale Gliederung der Versorgung, die u.a. dazu führt, dass die einzelnen Akteure jeweils das eigene (Sektor-)Budget optimieren, ohne „dass dadurch auch ein gesamtwirtschaftliches Optimum entsteht“ (Schöffski/Fricke 2008, S.82).

Relevant ist diese Problematik auch bei der ökonomischen Bewertung neuer Versorgungskonzepte, deren Merkmale und Besonderheiten entsprechend im Rahmen einer Evaluation Berücksichtigung finden müssen.

Im vorliegenden Arbeitsbericht wird daher der Frage nachgegangen, wie sich die ökonomische Bewertung neuer Versorgungskonzepte realisieren lässt und welche Konsequenzen bzw. Besonderheiten sich daraus für den Diffusionsprozess ableiten lassen.

In Abschnitt 2 wird zunächst ein systematischer Überblick über die existierenden Formen ökonomischer Evaluationen im Gesundheitswesen als Grundlage für die nachfolgenden Überlegungen gegeben, die jeweils charakteristischen Merkmale herausgearbeitet und kritisch gewürdigt.

Darauf aufbauend werden in Abschnitt 3 die Besonderheiten ökonomischer Evaluationen von Versorgungskonzepten untersucht und erste Konsequenzen für den Diffusionsprozess abgeleitet. Im Vordergrund stehen hierbei insbesondere die neuen Versorgungsformen im Gesundheitswesen, für die eine Bewertung aus Sicht der einzelnen Akteure vorgenommen wird. Abschnitt 4 gibt abschließend einen Ausblick auf das damit im Zusammenhang stehende Vorhaben und die Zielsetzung im Rahmen des BMBF-Projektes „E-Health@Home“.

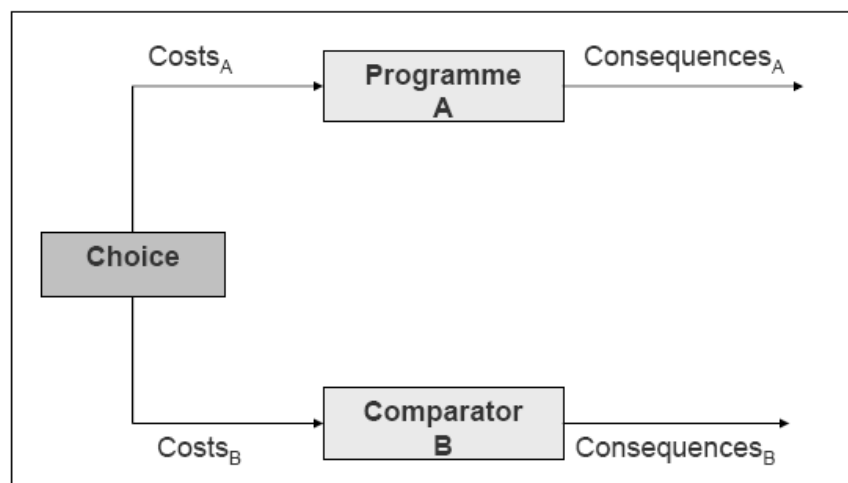
2. Ökonomische Evaluationen im Gesundheitswesen

2.1. Definition und begriffliche Abgrenzung

Unter einer ökonomischen Evaluation versteht man nach Drummond et al. (2005) allgemein „[...] a comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their costs and consequences. Therefore, the basic tasks of any economic evaluation are to identify, measure, value, and compare the costs and consequences of the alternatives being considered“ (S.9).

Grundlegendes Kennzeichen einer ökonomischen Evaluation ist demnach zum einen die vergleichende Bewertung von Handlungsalternativen, zum anderen die Berücksichtigung sowohl der Kosten als auch der Ergebnisse dieser Alternativen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Kennzeichen einer ökonomischen Evaluation



Quelle: Drummond et al. (2005).

Die Verfahren der ökonomischen Evaluation als solche sind dabei nicht neu, sondern wurden bereits im Rahmen der Investitionstheorie und Kosten-Nutzen-Analysen zur Bewertung privater und öffentlicher Investitionen entwickelt (vgl. Schulenburg 2008). Die Besonderheit ökonomischer Evaluationen im Gesundheitswesen ergibt sich aus dem schwer messbaren und in Geldeinheiten quantifizierbaren Nutzen medizinischer Maßnahmen bzw. Investitionen, wie z.B. einer Senkung der Mortalität oder einer Erhöhung der Lebensqualität.

Der Überbegriff „Gesundheitsökonomische Evaluation“ bezeichnet alle „Studien im Gesundheitswesen, bei denen es darum geht, medizinische Maßnahmen im weitesten Sinn ökonomisch zu bewerten“ (Schöffski 2008a, S.6), d.h. die Auswirkungen einer Gesundheitstechnologie mit ihren Kosten zu vergleichen (vgl. Amelung 2007).

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Verwendung des Begriffes nicht einheitlich erfolgt, sondern eine Vielzahl unterschiedlicher Bezeichnungen existieren, die z.T. synonym verwendet werden: „*Wirtschaftlichkeitsanalysen*“ (vgl. Greißinger 2000), „*Kosten-Nutzen-Analysen i.w.S.*“ (Wille 1996) oder auch „*Effizienzanalysen*“.

Darüber hinaus ist mit dem Begriff „Gesundheitsökonomische Evaluation“ kein einheitliches Studiendesign verbunden. Auch hier hat sich je nach Fragestellung eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden entwickelt. Nach Schöffski (2008b) lässt sich zumindest eine grobe Differenzierung in vergleichende bzw. nicht vergleichende Studien vornehmen (vgl. Tabelle 1). Die in Tabelle 1 aufgeführten Verfahren werden im nachfolgenden Abschnitt jeweils näher betrachtet.

Tabelle 1: Ökonomische Evaluationen im Gesundheitswesen

Studien ohne vergleichenden Charakter	Studien mit vergleichenden Charakter
<ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Analysen • Krankheitskosten-Analysen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten-Kosten-Analysen • Kosten-Effektivitäts-Analysen • Kosten-Nutzwert-Analysen • Kosten-Nutzen-Analysen

Quelle: Schöffski (2008b).

2.2. Grundformen ökonomischer Evaluationen im Gesundheitswesen

2.2.1. Evaluationsstudien ohne vergleichenden Charakter

Kennzeichnend für die im Folgenden betrachteten nicht-vergleichenden Evaluationsformen ist die ausschließliche Ermittlung der Kosten, die bei einer bestimmten medizinischen Maßnahme entstehen bzw. die durch eine Krankheit verursacht werden. Es findet weder ein Vergleich mit dem (medizinischen) Ergebnis einer Maßnahme bzw. Gesundheitstechnologie noch ein Vergleich mit einer alternativen Maßnahme statt.

2.2.1.1. Die Kosten-Analyse

(„*cost analysis*“, „*cost identification analysis*“)

Die Kosten-Analyse ist die „einfachste Form“ einer ökonomischen Bewertung (Schöffski 2008b, S.66), bei der ausschließlich die direkten – häufig auch indirekten – Kosten einer Maßnahme erfasst werden. Als Ergebnis erhält man, dass die Kosten einer Maßnahme bzw. Gesundheitstechnologie x EUR betragen.

Darüber hinausgehende Aussagen sind i.d.R. nicht möglich. Die alleinige Kenntnis der Höhe der Kosten ermöglicht (noch) keine Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme bzw. Gesundheitstechnologie. Hierzu ist ein Vergleich mit anderen Alternativen erforderlich, z.B. indem auch die für diese eine entsprechende Kosten-Analyse durchgeführt wird (→ Kosten-Kosten-Analyse, Abschnitt 2.2.2.).

2.2.1.2. Die Krankheitskosten-Analyse

(„*cost-of-illness analysis*“)

Die Krankheitskosten-Analyse stellt einen „Spezialfall“ der Kosten-Analyse dar, bei der die Erfassung und Bewertung der (direkten und indirekten) Kosten einer Krankheit als Ganzes im Vordergrund steht (Schöffski 2008b, S.67).

Krankheitskosten-Analysen bilden häufig die Grundlage für gesundheitspolitische Allokationsentscheidungen und dienen in erster Linie der Bestimmung der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung einer Krankheit (Schöffski 2008; vgl. auch Schöffski/ Fricke 2008). Ziel ist daher die Ermittlung der volkswirtschaftlichen Kosten einer bestimmten Krankheit, die entweder aggregiert oder auf Patientenebene erfasst werden können.

Zur Durchführung einer Krankheitskosten-Analyse sind grundsätzlich zwei Ansätze möglich: der „*top down*“- und der „*bottom up*“-Ansatz. Ausgangsbasis beim top down-Ansatz bilden „hoch aggregierte volkswirtschaftliche Daten“ (z.B. vom Statistischen Bundesamt), auf deren Basis die Ermittlung der Kosten einer Krankheit (z.B. COPD) oder Krankheitsgruppe (z.B. Atemwegserkrankungen) für eine Volkswirtschaft erfolgt. Durch Division der Zahl der Betroffenen erhält man die Kosten pro Patient.

Beim bottom up-Ansatz erfolgt die Ermittlung der Behandlungskosten hingegen auf der Ebene eines einzelnen (Durchschnitts-)Patienten für eine bestimmte Krankheit. Die auf dieser Basis erhobenen Daten müssen entsprechend verdichtet werden, „um volkswirtschaftliche Aussagen über die Grunderkrankung treffen zu können.“ (Schöffski 2008b, S.74).

Obwohl häufig versucht wird, mit Hilfe von Krankheitskosten-Studien die unterschiedliche Bedeutung von Krankheiten aufzuzeigen, handelt es sich hierbei prinzipiell um eine nicht-vergleichende Studienform. Eine Ableitung von Handlungsempfehlungen ist auf Basis der alleinigen Kenntnis der Kosten (analog zur reinen Kosten-Analyse) nicht möglich. Die volkswirtschaftliche Bedeutung und Konsequenzen einer Krankheit lassen sich zwar durchaus aufzeigen, interessant wird dies allerdings erst durch den (relativen) Vergleich mit anderen Krankheiten. Dies ist jedoch nicht unproblematisch, da verschiedenen Studien i.d.R. unterschiedliche Annahmen zugrunde liegen und diese typischerweise in einem anderen Kontext und auf Basis unterschiedlicher Aggregationsstufen vorgenommen werden. Die Vergleichbarkeit „separat durchgeführter Krankheitskostenstudien ist in der Regel nicht gegeben“ (Schöffski 2008b, S.70).

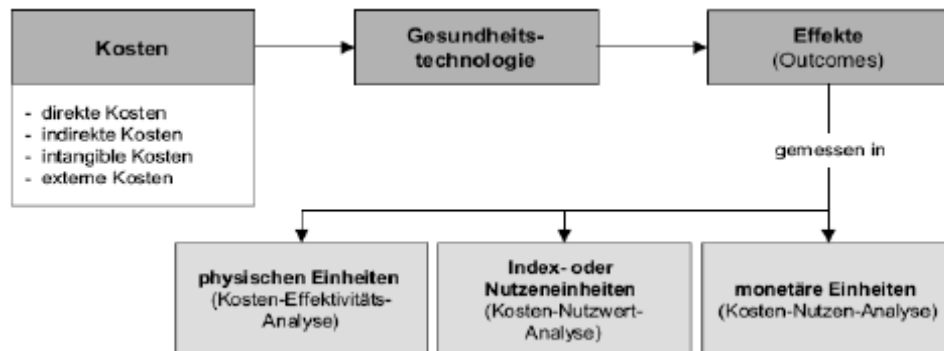
Dennoch werden Krankheitskosten-Analysen in Deutschland relativ häufig durchgeführt. Sie finden beispielsweise Anwendung bei Entscheidungen im Hinblick auf eine „Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik“, zur Beurteilung von Investitionsentscheidungen in bestimmte Bereiche der Medizin aus Sicht der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie und/oder der Konkretisierung des „privat und öffentlich finanzierten krankheitsbezogenen Forschungsbedarf[s]“ (ebenda, S.70).

Wenngleich Kosten- und Krankheitskostenstudien also für bestimmte Fragestellungen durchaus von Bedeutung sind, sind für Fragen einer optimalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen generell vergleichende Studien notwendig, d.h. Evaluationsstudien, die neben den Kosten auch das (medizinische) Ergebnis einer Maßnahme bzw. Gesundheitstechnologie berücksichtigen. Diese sind Gegenstand der Ausführungen im folgenden Abschnitt.

2.2.2. Evaluationsstudien mit vergleichendem Charakter

Allen vergleichenden Evaluationsverfahren gemeinsam ist die Gegenüberstellung der Wirkung einer Gesundheitstechnologie mit deren Kosten sowie die Erfassung der Kosten in monetären Einheiten.

Unterschiedlich ist hingegen die Messung und Bewertung der Effekte (Outcomes) (vgl. Drummond et al. 2005; Greißinger 2000; Schöffski 2008b). Je nachdem wie diese Effekte einer Gesundheitstechnologie operationalisiert werden, unterscheidet man verschiedene Arten gesundheitsökonomischer Evaluationsverfahren (vgl. Abbildung 2), die im Folgenden näher betrachtet werden.

Abbildung 2: Ökonomische Evaluationsverfahren (mit vergleichendem Charakter)

Quelle: Amelung (2007).

2.2.2.1. Die Kosten-Kosten- bzw. Kosten-Minimierungs-Analyse

(„*cost-cost analysis*“, „*cost-minimization analysis*“)

Auch wenn auf den ersten Blick nur Kosten erfasst werden, handelt es sich bei der Kosten-Kosten-Analyse um eine vergleichende Evaluationsform.

Kennzeichnendes Merkmal einer Kosten-Kosten-Analyse ist die Begrenzung der Evaluation auf die Kosten unter der „impliziten Annahme der Ergebnisgleichheit“ (Schöffski 2008b, S.76). Es handelt sich letztlich um eine parallel durchgeführte Kosten-Analyse von alternativen Maßnahmen unter der Voraussetzung, dass die Wirksamkeit aller Alternativen gleich oder zumindest ähnlich ist (vgl. Greißinger 2000). Wichtig für eine Vergleichbarkeit ist dabei, dass die Evaluation im gleichen Kontext erfolgt.

Ziel ist die Identifizierung der Maßnahme bzw. der Technologie mit den geringeren Kosten, weshalb diese Evaluationsform auch als Kosten-Minimierungs-Analyse bezeichnet wird.

Eine bedeutende Anwendung finden Kosten-Kosten-Analysen bei Generika, die bei Wirkungsgleichheit gegenüber dem Originalpräparat die Voraussetzung der Ergebnisgleichheit erfüllen. Aus Kostengründen werden sie darüber hinaus häufig auch bei Vorliegen eines besseren klinischen Ergebnisses einer Maßnahme als der bisher verwendeten eingesetzt. Hierbei wird ggf. argumentiert, dass die neue Maßnahme kostengünstiger ist und zudem Anzeichen vorliegen, dass sie auch medizinisch überlegen ist.

Wenngleich Kosten-Kosten-Analysen aufgrund ihrer leichten Durchführbarkeit (die Ermittlung der direkten Kosten ist i.d.R. ausreichend) häufig Anwendung finden, ist doch die Voraussetzung der Ergebnisgleichheit im Gesundheitswesen relativ selten gegeben (vgl. Schöffski 2008b). In der Regel werden sich sowohl die Kosten als auch das Ergebnis (Wirk-

samkeit) einer Gesundheitstechnologie unterscheiden. In diesem Fall, muss neben den Kosten auch der jeweilige medizinische Nutzen einer Maßnahme Berücksichtigung finden.

2.2.2.2. Die Kosten-Effektivitäts- bzw. Kosten-Wirksamkeits-Analyse

(„*cost-effectiveness analysis*“)

Ein Evaluationsverfahren, das die unterschiedliche Wirksamkeit von Maßnahmen bzw. Technologien berücksichtigt, ist die Kosten-Effektivitäts-Analyse.

Hierbei erfolgt die Darstellung der Wirksamkeit eines Verfahrens bzw. Technologie in einer einzigen, eindimensionalen Messgröße unter Verwendung natürlicher Einheiten. Zur Anwendung kommen entweder sehr spezifische (klinische) Erfolgsgrößen (z.B. Senkung des Blutdrucks) oder allgemeinere Erfolgskriterien (z.B. die Anzahl erfolgreich behandelter Fälle oder die Anzahl gewonnener Lebensjahre), die den jeweiligen Kosten gegenübergestellt werden (vgl. Schöffski 2008b).

Ziel ist es für jede Maßnahme die Kosten pro Einheit des gewählten Wirksamkeitsmaßes (z.B. die Kosten pro gewonnenem Lebensjahr) zu ermitteln und auf Basis dieser Verhältnisse, die Alternative mit der kleinsten Kosten-Effektivitäts-(bzw. Wirksamkeits-) Relation zu wählen.

Die Kosten-Effektivitäts-Analyse genießt aufgrund ihrer relativ einfachen Handhabung eine hohe Akzeptanz und stellt die derzeit am häufigsten verwendete Studienform im Gesundheitswesen dar (vgl. Schöffski 2008b). Sie bietet allerdings nur eine eingeschränkte Vergleichsmöglichkeit innerhalb des Gesundheitswesens. So eignet sie sich zum einen nur für den Vergleich zweier sich gegenseitig ausschließender Maßnahmen (vgl. Breyer et al. 2005). Zum anderen ist sie nur innerhalb einer bestimmten Indikation einsetzbar. Nur hier sind die gleichen medizinischen Erfolgskriterien aussagekräftig. So ist beispielsweise eine Aussage möglich, welche Behandlung bei Diabetes effizient ist, nicht jedoch, ob eine Diabetesbehandlung effizienter ist als eine sekundärpräventive Maßnahme einer chronischen Lungenerkrankung (vgl. Schöffski 2008b).

Darüber hinaus haben Interventionen meist mehrere relevante Effekte. Unterschiedliche Effektparameter können aber zu unterschiedlichen Kosten-Effektivitäts-Relationen und damit zu unterschiedlichen Resultaten führen. Die i.d.R. vorliegende Mehrdimensionalität der Ergebnisse findet insofern keine Berücksichtigung.

Kosten-Effektivitäts-Analysen repräsentieren zudem vorrangig die medizinische Sicht des Behandlungserfolgs, d.h. in erster Linie die Veränderung klinischer Parameter (z.B. eine

Verbesserung des Blutdrucks). Entscheidend aus Patientensicht sind hingegen vielmehr die damit verbundenen Auswirkungen auf seine Lebensqualität und seine Lebenserwartung bzw. Faktoren wie Schmerzen, soziale Kontakte oder „die Fähigkeit für sich selbst zu sorgen“ (Schöffski 2008b, S.91).

2.2.2.3. Die Kosten-Nutzwert-Analyse

(„*cost-utility analysis*“)

Die Kosten-Nutzwert-Analyse stellt eine Weiterentwicklung (vgl. Greißinger 2000) bzw. – v.a. in der angelsächsischen Literatur – eine (Unter-)Form der Kosten-Effektivitäts-Analyse dar (vgl. Brazier et al. 2007; Gold et al. 1996; Schöffski 2008b).

Im Gegensatz zur Kosten-Effektivitäts-Analyse berücksichtigt sie die Mehrdimensionalität der Wirkung einer Gesundheitsleistung und eignet sich daher für den Vergleich von Verfahren bzw. Technologien, „deren Wirksamkeit sich nicht mehr nur in einer Dimension erfassen lässt“ (Gleißinger 2000, S.56).

Die Abbildung der Mehrdimensionalität der Wirkung einer Gesundheitstechnologie erfolgt dabei anhand von Index-Ziffern bzw. Nutzwerten, die neben der Quantität (z.B. die veränderte Mortalität oder der Anzahl gewonnener Lebensjahre) zudem auch die Qualität (z.B. veränderte Morbidität oder Lebensqualität) berücksichtigen.

Methodisch jeweils basierend auf der Erwartungsnutzentheorie, kommen eine Reihe unterschiedlicher Nutzwertkonzepte zum Einsatz (vgl. Tabelle 2). Das prominenteste von ihnen ist das sog. QALY-Konzept.

Entscheidungsrelevante Zielgröße sind die ermittelten Kosten pro Nutzwert (z.B. pro QALY). Gewählt wird wiederum die Maßnahme bzw. Technologie mit der kleinsten Kosten-Nutzwert-Relation.

Im Gegensatz zur zuvor betrachteten Kosten-Effektivitäts-Analyse erfolgt die Bewertung einer Maßnahme aus Patientensicht, indem sowohl die Auswirkungen auf die Lebenserwartung als auch die Lebensqualität des Patienten berücksichtigt werden (vgl. Schöffski 2008b).

Zudem erfolgt eine Normierung des Behandlungsergebnisses für alle Indikationen (vgl. Schöffski 2008b), die indikationsübergreifende und damit weitreichendere Vergleiche innerhalb des Gesundheitswesens als bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse ermöglicht.

Allerdings eignet sich auch die Kosten-Nutzwert-Analyse lediglich für den Vergleich zweier sich gegenseitig ausschließender Maßnahmen (vgl. Breyer et al. 2005). Eine Aussage zur

Vorteilhaftigkeit einer Maßnahme selbst ist hingegen nicht möglich. Geeigneter sind hierfür die nachfolgend betrachteten Kosten-Nutzen-Analysen.

Tabelle 2: Nutzwerte – Das QALY-Konzept und seine Vertreter

Nutzwertkonzept	Kurzbeschreibung
QALYs “ <i>Quality-Adjusted-Life-Years</i> ” (Klarman et al. 1968)	Zusammenfassung der Dimensionen “Lebensdauer” und “Lebensqualität” zu einem eindimensionalen Nutzenmaß. Ein QALY entspricht einem Jahr in vollständiger Gesundheit.
DALYs “ <i>Disability-Adjusted-Life-Years</i> ” (Weltbank 1993)	Verlust an Jahren in völliger Gesundheit ausgehend von standardisierten Lebenserwartungen (Männer: 80 Jahre, Frauen: 82,5 Jahre).
HYE s “ <i>Healthy-Years-Equivalents</i> ” (Mehrez & Gafni 1989)	Anzahl an Lebensjahren in vollkommener Gesundheit, die von den Befragten als äquivalent mit einem zu beurteilenden Gesundheitsprofil angesehen werden.
SAVE s “ <i>Save-Young-Life-Equivalents</i> ” (Nord 1992)	Gemessen wird nicht der Nutzen eines Gesundheitszustandes an sich, sondern der Nutzen seiner Veränderung, der gegen die Rettung eines jungen Menschen „abgewogen“ wird.

Quelle: Eigene Darstellung nach Breyer et al. (2005) sowie Greißinger (2000).

2.2.2.4. Die Kosten-Nutzen-Analyse

(„*cost-benefit analysis*“)

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse handelt es sich um die „klassische Form einer ökonomischen Evaluation“ (Schöffski 2008b, S.81). Sowohl im Gesundheitswesen als auch in anderen Bereichen stellt sie die „allgemeinste und theoretisch anspruchvollste“ (Gleißinger 2000, S.69) Evaluationsmethode dar.

Der Begriff Kosten-Nutzen-Analyse wird dabei oft sehr allgemein und zum Teil – v.a. historisch bedingt – synonym für alle ökonomischen Evaluationsformen verwendet (vgl. Schöffski 2008b). Heute stellt die Kosten-Nutzen-Analyse allerdings vielmehr eine eigenständige Analyseform dar, mit der bestimmte Merkmale und Besonderheiten verbunden sind. Grundlegendes Kennzeichen der Kosten-Nutzen-Analyse ist die monetäre Bewertung sowohl des Ressourcenverbrauchs als auch des Nutzens. Das heißt, neben den Kosten werden auch die Ergebnisse, unter anderem intangible Effekte wie beispielsweise die Veränderung der

Lebensqualität, Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität sowie klinische Effekte, in Geldeinheiten dargestellt.

Die Bewertung einer Maßnahme erfolgt dann entweder auf Basis des Nettonutzens, d.h. des Nutzens abzüglich der Kosten, oder des Verhältnisses aus monetär bewertetem Nutzen und Kosten. Ohne Vergleichsalternative ist eine Maßnahme aus wohlfahrtstheoretischer Sicht zu empfehlen, wenn sie einen positiven Nettonutzen aufweist bzw. deren Kosten-Nutzen-Verhältnis kleiner als Eins ist.

Zur monetären Quantifizierung des Nutzens finden v.a. zwei Ansätze Anwendung: der kostentheoretische Ansatz und der Zahlungsbereitschaftsansatz.

Nach dem kostentheoretischen Ansatz bestimmt sich der Nutzen einer Maßnahme durch die Krankheitskosten, die durch deren Einsatz vermieden werden können. In Analogie zur Systematik der Kosten wird hierbei zwischen direktem und indirektem Nutzen unterschieden. Der direkte Nutzen ergibt sich aus den Einsparungen der mit einer Maßnahme verbundenen Behandlungskosten; der indirekte Nutzen beschreibt den Wert „der vermiedenen Minderung des Humankapitals“ (Schöffski/Fricke 2008, S.261). Die Bestimmung des indirekten Nutzens erfolgt v.a. auf Grundlage des Humankapital-Ansatzes, nach dem sich der Wert eines Lebens durch den Betrag bestimmt, den ein Mensch noch zum Sozialprodukt leisten könnte (vgl. Breyer et al. 2005, S.44). Der Humankapital-Ansatz findet dabei ausschließlich im Rahmen einer Bewertung aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive Anwendung.

Beim Zahlungsbereitschaftsansatz („*Willingness-to-pay-Ansatz*“) erfolgt die Quantifizierung des Nutzens einer Maßnahme bzw. Technologie durch die Angabe des maximalen Geldbetrages, den ein Leistungsempfänger für die Verbesserung seiner Gesundheit zu zahlen bereit wäre. Die Bestimmung der Zahlungsbereitschaft kann dabei entweder mit Hilfe der direkten oder indirekten Methode vorgenommen werden. Bei der direkten Methode („*Stated Preference-Methode*“) werden Fragebogenstudien durchgeführt, in denen die Befragten fiktive Alternativzustände zu bewerten haben. Bei der indirekten Methode („*Revealed Preference-Methode*“) erfolgt die Ableitung entsprechender Werte aus dem Marktverhalten der Betroffenen.

Gegenüber der Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analyse ermöglicht die Kosten-Nutzen-Analyse weitreichendere Vergleiche von Handlungsalternativen – auch über das Gesundheitswesen hinaus („*Intersektorale Vergleichbarkeit*“). So ist es prinzipiell möglich, eine medizinische Maßnahme (z.B. ein Präventionsprogramm) mit einer Maßnahme außerhalb des Gesundheitswesens (z.B. dem Bau einer Straße) zu vergleichen.

Darüber hinaus ist im Gegensatz zu den zuvor betrachteten Evaluationsmethoden eine isolierte Beurteilung einer Maßnahme möglich, d.h. eine Aussage, ob eine Maßnahme überhaupt empfehlenswert ist bzw. durchgeführt werden sollte.

Demgegenüber stehen die hohen Anforderungen bei der praktischen Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse sowie die hohe Komplexitätsreduktion durch die Verdichtung vielfältiger Erfolgsmaße medizinischer Maßnahmen zu einem einzigen monetären Maß. Methodische und ethische Probleme ergeben sich insbesondere bei der monetären Bewertung menschlichen Lebens, die häufig recht kritisch gesehen wird (vgl. Schöffski 2008b).

Einen vergleichenden Überblick über die spezifischen Merkmale, Anwendungsgebiete sowie Vor- und Nachteile der vorgestellten Evaluationsmethoden gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Zusammenfassender Überblick der Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen (mit vergleichendem Charakter)

	Kosten-Kosten-Analyse	Kosten-Effektivitäts-Analyse	Kosten-Nutzwert-Analyse	Kosten-Nutzen-Analyse
Grundlg. Kennzeichen	Ausschließliche Evaluation der Kosten unter der (impliziten) Annahme der Ergebnisgleichheit	Darstellung der Wirksamkeit anhand eines eindimensionalen Wirksamkeitsmaßes (in physischen Einheiten)	Darstellung der Mehrdimensionalität der Wirkung anhand von Index-Ziffern (Nutzwerten)	Monetäre Bewertung sämtlicher Kosten- und Nutzenkomponenten
Zielgröße	Kosten	Kosten Wirksamkeitsmaß	Kosten Nutzwert	Kosten Nutzen
Anwendungsbe- reich	Vergleich von Verfahren mit gleicher Wirksamkeit (z.B. Generika)	Messung des objektiven medizinischen Nutzen (Wirksamkeit) von Interventionen	Messung des individuellen subjektiven Nutzens von Interventionen	Großinvestitionen
Kritische Bewertung	+ Leichte Durchführbarkeit → häufige Anwendung - Wirksamkeitsgleichheit im Gesundheitswesen eher selten	+ Relativ einfache Handhabung → hohe Akzeptanz - lediglich indikationsspezifische Vergleiche - i.d.R. Mehrdimensionalität der Ergebnisse/ Wirkung - vorrangig medizinische Sicht des Behandlungserfolgs	+ indikationsübergreifende Vergleiche + Bewertung einer Maßnahme aus Patientensicht	+ isolierte Bewertung einer Maßnahme + „Intersektorale“ Vergleichbarkeit - Praktische Durchführung häufig problematisch - Kritisch: monetäre Bewertung menschlichen Lebens

Quelle: Eigene Darstellung.

2.3. Prinzipien gesundheitsökonomischer Evaluationen

Die in Abschnitt 2 dargestellten Grundformen ökonomischer Evaluationen im Gesundheitswesen unterscheiden sich v.a. im Hinblick auf die jeweils berücksichtigten Kosten- und Nutzenkomponenten. Die gewählte Studienform wirkt sich somit entscheidend auf das Ergebnis einer gesundheitsökonomischen Evaluation aus.

Unabhängig von der verwendeten Studienform spielt auch die Perspektive, aus der eine Evaluation durchgeführt wird, eine entscheidende Rolle und bestimmt maßgeblich die Relevanz der einzelnen Kosten- und Nutzengrößen und damit auch das Ergebnis (vgl. Greißinger 2000). In Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung können ökonomische Evaluationen aus verschiedenen Perspektiven vorgenommen werden. Die wichtigsten Perspektiven im Gesundheitswesen sind:

- die Perspektive der *Gesellschaft*,
- die Perspektive der *Leistungserbringer* (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste etc.),
- die Perspektive der *Kostenträger* (GKV/PKV) und
- die Perspektive der *Leistungsempfänger* (Patienten).

Darüber hinaus kann beispielsweise auch die Perspektive der Angehörigen, Arbeitgeber etc. von Bedeutung sein (vgl. Greißinger 2000).

Üblich - und laut Hannoveraner Konsens (2007) zu bevorzugen - ist die Durchführung einer ökonomischen Evaluation aus gesellschaftlicher bzw. volkswirtschaftlicher Perspektive. Hierbei erfolgt die Einbeziehung aller Kosten und Nutzen, unabhängig davon, bei wem und zu welchem Zeitpunkt sie anfallen. Möglich ist aber auch, die Evaluation aus der Sicht einer bestimmten Institution, z.B. einer Krankenkasse oder eines Krankenhauses, durchzuführen. In diesem Fall sind jeweils nur die bei ihr anfallenden Kosten und Nutzen einer Maßnahme relevant (vgl. Amelung 2007).

Weitere Faktoren, die das Ergebnis einer Evaluation maßgeblich beeinflussen, sind der berücksichtigte Zeithorizont sowie die Abbildung der Unsicherheit.

Die Wahl des Zeithorizonts wird durch den jeweiligen Studiengegenstand bestimmt und kann „von wenigen Wochen bis zu einem lebenslangen Zeitraum bei chronischen Krankheiten oder präventiven Leistungen reichen“ (Hannoveraner Konsens 2007, S. 288). Wichtig ist, dass im gewählten Zeithorizont die Effekte einer Maßnahme adäquat abbildet werden.

Entscheidend ist zudem der Zeitpunkt, zu dem eine Evaluation durchgeführt wird, insbesondere im Hinblick auf die verfügbare Datenlage. So können gesundheitsökonomische Evaluationen vor der Einführung einer Gesundheitstechnologie zur Steuerung und Planung oder nach der Einführung einer Innovation als Mittel der Erfolgskontrolle eingesetzt werden. Vor

allein vor der Einführung einer Innovation besteht hierbei häufig die Problematik, dass die erforderlichen Daten besonders knapp und unsicher sind (vgl. Greiner/Schöffski 2008). Darüber hinaus fallen auch die Kosten und Nutzen einer medizinischen Maßnahme bzw. Gesundheitstechnologie i.d.R. zu unterschiedlichen Zeitpunkten an (und erschweren einen Vergleich unterschiedlicher Maßnahmen). Um dennoch einen Vergleich verschiedener Maßnahmen zu ermöglichen, ist eine Diskontierung der Komponenten vorzunehmen. Kritisch diskutiert wird in diesem Zusammenhang u.a. die Wahl des Diskontierungssatzes. Laut der Hannoveraner Konsensgruppe (2007) ist in Deutschland eine jährliche Diskontierungsrate von 5% anzusetzen. Die Ergebnistreue ist anschließend im Rahmen von Sensitivitätsanalysen mit Diskontierungssätzen von 0%, 3% und 10% zu überprüfen.

Sensitivitätsanalysen, in denen durch Variation der Annahmen alternative Ergebnisse erzeugt werden, dienen zudem der Berücksichtigung der Unsicherheit, die der Mehrzahl der in gesundheitsökonomischen Studien verwendeten Daten zugrunde liegt (vgl. Greiner/Schöffski 2008).

3. Möglichkeiten und Grenzen ökonomischer Evaluationen von Versorgungskonzepten

3.1. Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch starre Strukturen und die (bislang vorherrschende) sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie der Rehabilitation und Pflege (vgl. SVR 2009). Diese sektorale Gliederung führt zu erheblichen Ineffizienzen, v.a. an den Schnittstellen der einzelnen Versorgungsbereiche, und mitunter zu Versorgungsdefiziten.

Als problematisch erweist sich die sektorale Gliederung insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung chronischer Erkrankungen, den anstehenden demografischen Herausforderungen sowie technologiegetriebenen Veränderungen, die ein anderes Ausmaß an Koordination und Kommunikation benötigen, aber auch ermöglichen. Die sektorale Fokussierung erweist sich auch bei der Einführung von Innovationen, wie z.B. dem Telemonitoring, das i.d.R. durch sektorübergreifende Realisierung seine Verbesserungspotenziale zeigt, als hinderlich.

Aus diesem Grund wurden vom Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 eine Vielzahl neuer Versorgungskonzepte auf den Weg gebracht bzw. vorangetrieben, die in der nachfolgenden Übersicht (Tabelle 4) dargestellt sind.

Alle aufgeführten Versorgungsformen können dabei nicht nur für sich realisiert, sondern darüber hinaus variantenreich kombiniert werden. Entstanden ist hierdurch ein „komplexes, vielschichtiges und ausdifferenziertes“ System (Amelung/Lägel 2008, S.37), das durch eine enorme Organisationsvielfalt gekennzeichnet ist.

Die vom Gesetzgeber initiierten Strukturveränderungen zielen darauf ab, den Effizienz- und Qualitätsverlusten zu begegnen, die v.a. aufgrund unzureichender Abstimmung und Koordination an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, der Akutbehandlung und der Rehabilitation sowie der Pflege bestehen. Durch die Schließung (bisher) bestehender Versorgungslücken soll eine Verbesserung insbesondere der Prozesse sowie der Qualität, häufig bei gleichzeitiger Kostensenkung, realisiert werden.

Um beurteilen und abzuschätzen zu können, inwieweit die vom Gesetzgeber angestrebten Effektivitäts- und Effizienzziele (bisher) realisiert werden konnten, sind entsprechende ökonomische Evaluationen erforderlich. Bei der Evaluation von Versorgungskonzepten sind dabei verschiedene Besonderheiten zu berücksichtigen, die im folgenden Abschnitt näher betrachtet werden.

Tabelle 4: Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen
(nach dem GMG ab 2004)

Versorgungsform	Kurzbeschreibung
Integrierte Versorgung (IV) (§§ 140a-d SGB V)	Sektorenübergreifende Leistungserbringung einer Vielzahl potenzieller Akteure mit dem Ziel einer ganzheitlichen & wirtschaftlichen Leistungserstellung
Disease Management Programme (DMP) (§137f. SGB V)	Auf bestimmte chronische Krankheiten ausgerichtete – sektorenübergreifende – strukturierte Behandlungsprogramme (indikationsbezogen) für: <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus Typ 1 & 2 • Brustkrebs • Koronare Herzkrankheiten • Asthma bronchiale • COPD
Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (§ 95 SGB V)	Fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellt o. Vertragsärzte tätig sind; auch Krankenhäuser können Betreiber sein
Ambulantes Operieren (§ 115 SGB V)	Öffnungsklausel für Krankenhäuser zur Erweiterung ihrer Wertschöpfungskette in den ambulanten Sektor
Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116 SGB V)	Sonderregelung bei Teilnahme an DMP, die Erbringung hoch spezialisierter Leistungen und die Behandlung seltener Erkrankungen sowie bei bestehender Unterversorgung
Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 SGB V)	Verpflichtendes Angebot aller gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss von Einzelverträgen mit besonders qualifizierten Hausärzten, die eine Lotsenfunktion für die Behandlung der Patienten übernehmen sollen.
Modellvorhaben & Strukturverträge (§§ 63-65 u. § 73a SGB V)	Modellvorhaben: Möglichkeit (selektiver) Verträge der Kassen mit einzelnen Ärzten, Praxisgemeinschaften oder der KV Strukturverträge: „Spielart der vertragsärztlichen Versorgung“ zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen (mit innovativen Vergütungsmodellen)

Quelle: Eigene Darstellung nach Mühlbacher/ Ackerschott (2007) sowie Amelung/Lägel (2008).

3.2. Merkmale und Besonderheiten der ökonomischen Evaluation von Versorgungskonzepten

Im Rahmen der Evaluation von Versorgungskonzepten sind zum einen die zuvor dargestellten komplexen Strukturen und Wirkungszusammenhänge zu berücksichtigen, aufgrund derer eine im Vergleich hierzu relativ einfache Beurteilung, wie sie beispielsweise für Arzneimittel erfolgt, nicht (mehr) zielführend ist. Zum anderen hängt die Beurteilung neuer Versorgungskonzepte wesentlich von der jeweiligen Perspektive der beteiligten Akteure ab (vgl. Amelung/Janus 2005). Die verschiedenen – häufig gegensätzlichen – Partikularinteressen und Strategien der beteiligten Akteure, die sich i.d.R. wechselseitig beeinflussen, sind dabei entscheidend für den Verlauf des Diffusionsprozesses und damit den Erfolg eines Versorgungskonzeptes. Sie müssen daher ebenfalls in der Evaluation Berücksichtigung finden.

Wie Robra und Wille (2002) folgerichtig feststellen, muss eine Evaluation sich demnach „mit mehreren Zielen, mehreren Akteuren und Interessenhorizonten“ (S.111) auseinandersetzen.

Im nachfolgenden Abschnitt wird daher die Beurteilung neuer Versorgungskonzepte aus Sicht der verschiedenen Akteure vorgenommen und erste Konsequenzen für den Diffusionsprozess abgeleitet.

3.3. Beurteilung neuer Versorgungskonzepte aus Sicht der Akteure

Beurteilung neuer Versorgungsformen aus Sicht der *Gesundheitspolitik*:

Grundlegendes Ziel aus Sicht der Gesundheitspolitik ist eine Systemverbesserung, d.h. insbesondere eine Verbesserung der Versorgung zu gleichen Kosten, eine vergleichbare Versorgung zu geringeren Kosten oder aber eine Verbesserung der Versorgung bei gleichzeitiger Senkung der Kosten (vgl. Weatherly et al. 2007).

Die Beurteilung erfolgt anhand der Dimensionen Qualität, Kosten und Zugang zur Gesundheitsversorgung. Im Vordergrund stehen dabei die Auswirkungen auf das gesamte System, nicht auf die einzelnen Marktteilnehmer als solche. Bei der ökonomischen Bewertung eines Versorgungskonzeptes aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sind daher alle Kosten- und Nutzenkomponenten einzubeziehen, unabhängig wann und bei wem sie angefallen sind (vgl. Amelung 2007). Unbedeutend ist darüber hinaus, welcher Akteur die Initiative ergreift, d.h. beispielsweise denkbar sind (alternativ oder parallel) eine Krankenkasse, ein Krankenhaus,

ein Ärztenetz oder eine Dienstleistungsgesellschaft oder entsprechende Kooperationen und Netzwerke (vgl. Amelung et al. 2009).

In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auf die entstehende Gefahr verwiesen, dass „Marktteilnehmer sich nicht im Handlungszwang fühlen, sondern auf die Aktionen der anderen warten“ (Amelung/Janus 2005, S.18), mit der Folge, dass es zu erheblichen Zeitverzögerungen bis hin zum Stillstand kommen kann (sog. *Gefangenendilemma*).

Beurteilung neuer Versorgungsformen aus Sicht der **Patienten**:

Die Akzeptanz neuer Versorgungsformen von Seiten der Patienten ist entscheidende Voraussetzung für deren Erfolg bzw. „Durchsetzungsfähigkeit“.

Im Hinblick auf die Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationen aus der Perspektive der Patienten sind die direkten monetären Kosten und Nutzen einer medizinischen Maßnahme bei vollem Krankenversicherungsschutz (bis auf relativ geringe Selbstbeteiligungen) ohne Bedeutung. Relevant sind vielmehr intangible Effekte, wie z.B. eine Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Greiner 2008).

Beurteilung neuer Versorgungsformen aus Sicht der **Kostenträger**:

Aus Sicht der Kostenträger erfolgt die Bewertung neuer Versorgungskonzepte in erster Linie anhand wettbewerbsstrategischer Kriterien bzw. der Eignung für unternehmensindividuelle Ziele (vgl. Amelung/Lägel 2008). Entscheidend für das Engagement ist dabei das mit einem Versorgungskonzept verbundene Wertschöpfungspotential, das sich u.a. aus der Möglichkeit der Leistungssteuerung, Kosteneinsparungen und/oder der Differenzierung im Wettbewerb ergeben kann.

Die neuen Versorgungsformen ermöglichen es den Krankenkassen – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – aktiv in das Leistungsgeschehen einzugreifen und Patientenströme, Leistungsmengen und die Leistungsgestaltung zielgerichtet, z.B. durch entsprechende Betreuung und Information der Patienten, aber auch durch gezielte Incentivierung von Leistungserbringern, zu steuern.

Durch die Möglichkeit der Leistungssteuerung sind Kassen in der Lage, ihre Versicherten gezielt zu Leistungsanbietern mit günstigeren Preisen zu lenken oder „teure Maßnahmen vertraglich auszuschließen“ (Fritsche 2007, S.49), wodurch sich die Ausgaben der Kassen entsprechend verringern lassen. Darüber hinaus ist es beispielsweise im Rahmen von IV-Verträgen möglich, von allgemein gültigen Preisverzeichnissen, wie z.B. dem Fallpauschalkatalog oder dem EBM 2000+, abweichende Preise zu vereinbaren und auf diese Weise Kosteneinsparungen realisieren zu können.

Die neuen Versorgungsformen stellen zudem ein Instrument zur Kundenbindung und -gewinnung dar. Während im Krankenkassenwettbewerb bisher nur der Beitragssatz und das Image eine entscheidende Rolle spielten, eröffnen die neuen Versorgungsformen den Kassen die Möglichkeit, sich von ihren Wettbewerbern zu differenzieren.

Auf der anderen Seite ist die Entwicklung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte mit hohem Aufwand verbunden, wohingegen der Erfolg im Einzelfall nicht sicher ist. Die entsprechend notwendigen Investitionen stellen daher ein nicht unerhebliches Risiko dar. Auch nach Vertragsabschluss setzt sich der (höhere) administrative Aufwand, z.B. aufgrund laufender Abstimmungen mit den Leistungserbringern, Abrechnungsanpassungen, zusätzliche Qualitätskontrollen etc., fort. Neben dem Abrechnungs- und Controllingaufwand sind zudem entsprechende Marketingaktivitäten zur Bekanntmachung neuer Versorgungsangebote sowie Maßnahmen zur aktiven Steuerung des Verhaltens der Versicherten notwendig.

Nicht zu vergessen sind darüber hinaus bestehende Risiken, die sich aus der Unsicherheit im Hinblick auf den Bedarf und das Angebot medizinischer Leistungen sowie das Verhalten der Patienten ergeben (vgl. Fritsche 2007).

Beurteilung neuer Versorgungsformen aus Sicht der *Leistungserbringer*:

Auch aus Leistungserbringersicht erfolgt die Beurteilung von Versorgungskonzepten anhand wettbewerbsstrategischer Kriterien.

Im Rahmen einer Teilnehmerbefragung zur aktuellen Entwicklung der Integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen haben Wagner, Ackerschott und Lenz (2007) die betriebswirtschaftlichen Effekte und Potenziale der Integrierten Versorgung aus Sicht der Leistungserbringer untersucht und eine erste Kosten-Nutzen-Abwägung vorgenommen. Als Ziele i.V.m. einer Teilnahme an der Integrierten Versorgung wurden aus Leistungserbringersicht insbesondere eine Umsatzsicherung bzw. -steigerung, eine Verbesserung der Versorgungsqualität sowie des Patientenservices, Prozessoptimierung und Kostenreduzierung identifiziert. Deutlich wird hierbei, dass die gesundheitspolitischen Kriterien (Versorgungsqualität und Kosten) durchaus auch aus Sicht der Leistungserbringer angegeben wurden, in erster Linie aber die individuellen, insbesondere unternehmerisch motivierten Ziele im Vordergrund stehen. Bezüglich der Reihenfolge bzw. Priorität der genannten Ziele ist hierbei allerdings zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern zu differenzieren. Während die Umsatzsicherung bzw. -steigerung bei den stationären Leistungserbringern an erster Stelle und damit als wichtigstes Ziel benannt wurde, folgt diese bei ambulanten Leistungserbringern erst an dritter Stelle, hinter einer Verbesserung der Versorgungsqualität und des Patientenservices.

Im Hinblick auf eine Kosten-Nutzen-Abwägung aus Sicht der Leistungserbringer sind die Vorteile neuer Versorgungskonzepte, speziell der Integrierten Versorgung, vor allem in der Möglichkeit extra-budgetärer Erlöse zu sehen (vgl. Wagner et al. 2007; Fritsche 2007). Diese ermöglichen eine Ausweitung der Einkünfte über die sonst strikte Budgetierung hinaus. Weitere mögliche Vorteile sind in der Realisierung von Skaleneffekten sowie dem Ausbau von Marktanteilen zu sehen.

Demgegenüber steht auch auf Leistungserbringerseite der häufig mit der Entwicklung und Implementierung verbundene organisatorische Aufwand, insbesondere i.V.m. der Entwicklung, Abrechnung und Dokumentation, sowie eventuelle Zusatzleistungen bei gleichzeitig unsicherem Erfolg².

Die zur Beurteilung neuer Versorgungskonzepte jeweils entscheidungsrelevanten Zielkriterien sowie die individuellen Kosten-Nutzen-Abwägungen aus Sicht der einzelnen Akteure sind in der nachfolgenden Übersicht (Tabelle 5) noch einmal zusammengefasst, wobei diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Tabelle 5: Bewertung neuer Versorgungsformen aus Sicht der Akteure

	Patient	Kostenträger	Leistungserbringer	Gesundheitspolitik
Zielkriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität • Lebenserwartung • Entscheidungsfreiheit • Versorgungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Wettbewerbsstrategische Kriterien/Ausrichtung an unternehmensindividuellen Zielen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wettbewerbsstrategische Kriterien/Ausrichtung an unternehmensindividuellen Zielen 	Systemverbesserung <ul style="list-style-type: none"> - Qualität - Kosten - Zugang
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Informationskosten • z.T. eingeschränkte Wahlmöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungs- und Verhandlungsaufwand • Dokumentations-, Abrechnungs- und Controllingaufwand • Aufwand für Patienteninformation- und Steuerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Opportunitätskosten • Organisatorischer Aufwand (Entwicklungs-, Abrechnungs- und Dokumentationsaufwand) • evtl. Zusatzleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkte Kosten • Indirekte Kosten • Intangible Kosten
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Versorgungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostensenkung(-spotenzial) • Leistungssteuerung • Kundenbindung • Differenzierung im Wettbewerb 	<ul style="list-style-type: none"> • Extra-budgetäre Erlöse • Skaleneffekte • Sicherung/Ausbau von Marktanteilen 	<ul style="list-style-type: none"> • Direkter Nutzen • Indirekter Nutzen • Intangibler Nutzen

Quelle: Eigene Darstellung nach Fritsche (2007) und Amelung/ Lägell (2008).

² In der angeführten Studie von Wagner, Ackerschott und Lenz (2007) überwiegt rein ökonomisch betrachtet dieser Aufwand den erhofften finanziellen Nutzen.

Auf dieser Grundlage lassen sich bereits erste Konsequenzen bzw. Hemmnisse für den Diffusionsprozess³ neuer Versorgungssysteme ableiten.

Zum einen wird deutlich, dass die beteiligten Akteure nur in geringem Umfang gemeinsame Ziele und Strategien verfolgen. Die nach wie vor bestehenden Sektorgrenzen stellen dabei oftmals nicht nur Schnittstellen zwischen den Versorgungs- und Vergütungssystemen dar, sondern „gewissermaßen auch `mentale Kooperationsbarrieren`“ (Amelung/Lägel 2008, S.70), die es zu überwinden gilt.

Ein weiteres Kernproblem besteht in der oftmals mit der Einführung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte verbundenen Unsicherheit, der sich Akteure – in unterschiedlichem Ausmaß und i.d.R. zu unterschiedlichen Zeitpunkten – gegenübersehen. Das häufig existierende Spannungsverhältnis, das sich aus den „als sicher wahrgenommenen Ausgaben“ zum Aufbau eines neuen Versorgungskonzeptes bei „gleichzeitig unsicheren Gewinnmöglichkeiten“ (Amelung/Janus 2005, S.23) ergibt, muss auch im Rahmen der Evaluation entsprechend Berücksichtigung finden.

³ Die Diffusion beschreibt die Ausbreitung einer Innovation in einem sozialen System. Der zeitliche Ablauf des Diffusionsprozesses lässt sich graphisch mit Hilfe einer sog. Diffusionskurve darstellen (vgl. Rogers; Everett 2003).

4. Ausblick auf das Vorhaben und die Zielsetzung im Projekt E-Health@Home

Die im Gesundheitswesen dominierenden Methoden der ökonomischen Evaluation, die im zweiten Abschnitt skizziert wurden, versuchen insbesondere auf volkswirtschaftlicher Ebene abzuschätzen, welche Vor- und Nachteile mit einer Gesundheitstechnologie verbunden sind. Das Ergebnis ist folglich i.d.R. eine Beurteilung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene.

Eine positive Bewertung auf gesamtwirtschaftlicher Ebene reicht allerdings nicht aus, um einen erfolgreichen Diffusionsprozess und damit die Etablierung und Nutzung einer neuen Gesundheitstechnologie zu garantieren. Entscheidend sind vielmehr die vielen individuellen Perspektiven der einzelnen Akteure (vgl. Abschnitt 3), die jeweils für sich entscheiden müssen, ob sie eine Technologie adaptieren und somit gegebenenfalls investieren bei zugleich unsicherer Aussicht auf Erfolg. Diese einzelwirtschaftlichen Kosten-Nutzen- bzw. Chancen-Risiken-Abwägungen spiegeln die betriebswirtschaftliche Perspektive wider, die auch im Rahmen von Evaluationen im Hinblick auf mögliche Diffusionsverläufe beziehungsweise Diffusionsbarrieren entsprechend Berücksichtigung finden muss.

Zielsetzung im Rahmen des BMBF-Projektes „E-Health@Home“ ist es daher, eine erweiterte, aber gleichsam integrierte ökonomische Evaluationsmethode zu entwickeln, die sowohl die volkswirtschaftliche als auch betriebswirtschaftliche Perspektive berücksichtigt, und mit dieser eine gesamt- und einzelwirtschaftliche Abschätzung der Effektivitäts- bzw. Effizienzeffekte einzelner Geschäfts- bzw. Versorgungssysteme vorzunehmen. Auf dieser Basis sollen zudem Aussagen über den Diffusionsprozess sowie mögliche Diffusionsbarrieren vernetzter Technologien und Versorgungssysteme abgeleitet werden.

Die Analyse erfolgt insbesondere anhand von mehreren im Rahmen des Projektes E-Health@Home gewählten so genannten „First-Level-Projekten“, für die zunächst in einem ersten Schritt eine gesundheitsökonomische Evaluation auf gesamtwirtschaftlicher Ebene durchgeführt wird. Parallel dazu wird an einer entsprechenden betriebswirtschaftlichen Erweiterung der skizzierten Evaluationsmethoden gearbeitet, die in der Folge ebenfalls im Rahmen der Analyse der First-Level-Projekte Anwendung finden.

Literaturverzeichnis

- Amelung, V.E. (2007): *Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler.
- Amelung, V.-E.; Janus, K. (2005): *Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik*. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2005*. Stuttgart: Schattauer, S. 13-26.
- Amelung, V.E.; Lägél R. (2008): *Neue Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Eine Idee setzt sich durch*. In: Amelung, V.E.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Seiler, R.; Lägél R.; Weatherly, J. N. (Hrsg.): *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren - Von der Idee zur Umsetzung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 35-75.
- Amelung, V.E.; Sydow, J.; Windeler, A. (2009): *Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brazier, J. (2007): *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- Breyer, F; Zweifel, P.; Kifmann, M. (2005): *Gesundheitsökonomik*. Berlin: Springer.
- Drummond, M.F.; Sculpher, M.; O'Brian, B.; Stoddart, G.L.; Torrance, G.W. (2005): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Fritsche, L. (2007): *Kosten-Nutzen-Abwägungen in der Beurteilung von IV-Projekten*. In: Wagner, K.; Lenz, I. (Hrsg.): *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 47-56.
- Gold, M.R.; Siegel, J.E.; Russell, L.B.; Weinstein, M.C. (1996): *Cost-effectiveness in health and medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Greiner, W. (2008): *Die Berechnung von Kosten und Nutzen*. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer 2008, S. 49-63.
- Greiner, W.; Schöffski, O. (2008): *Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung*. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer 2008, S. 167-191.
- Greißinger, P. (2000): *Wirtschaftlichkeitsanalysen im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag/ Gabler.
- Hannoveraner Konsens Gruppe (2007): *Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens*. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*; 12, S. 285-290.

- Klarman, H.; Francis, J.; Rosenthal, G. (1968): *Cost-effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease*. Medical Care 6, S.48-54.
- Mehrez, A.; Gafni, A. (1989): *Quality-adjusted life years, utility theory, and healthy-years-equivalents*. Medical Decision Making 9, S.142-149.
- Mühlbacher, A.; Ackerschott, S. (2007): *Die Integrierte Versorgung*. In: Wagner, K.; Lenz, I. (Hrsg.): *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 17-46.
- Nord, E. (1992): *An alternative to QALYs: the saved young life equivalent (SAVE)*. British Medical Journal, Vol. 305, No. 10, S. 875-877.
- Robra B.-P.; Wille, E. (2002): *Evaluationskonzept für das Praxisnetz Berlin*. In: Preuß, K.-J.; Rübiger, J.; Sommer, J. H. (Hrsg.): *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle*. Stuttgart: Schattauer, S. 108-115.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. (Abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> [15.07.2009])
- Schöffski, O. (2008a): *Einführung*. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer 2008, S. 3-12.
- Schöffski, O. (2008b): *Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen*. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer 2008, S. 65-94.
- Schöffski, O.; Fricke, F.-U. (2008): *Evaluationsforschung*. In: Schöffski, O.; Fricke, F.-U.; Guminski, W. (Hrsg.): *Pharmabetriebslehre*. Berlin; Heidelberg: Springer. S. 73-87.
- Schulenburg, Graf v.d. J.-M. (2008): *Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze*. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.-M. G.v.d. (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer 2008, S. 13-22.
- Wagner, K.; Ackerschott, S.; Lenz, I. (2007): *Effekte und Potenziale der Integrierten Versorgung – Ergebnisse einer Evaluationsstudie*. In: Wagner, K.; Lenz, I. (Hrsg.): *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung. Eine betriebswirtschaftliche Analyse*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 308-333.
- Weatherly, J. N.; Seiler, R.; Meyer-Lutterloh, K.; Schmid, E.; Lägell, R.; Amelung, V.E. (2007): *Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Weltbank (1993): *Weltentwicklungsbericht 1993. Investitionen in die Gesundheit*. Washington, D.C.
- Wille, E. (1996): *Anliegen und Charakteristika einer Kosten-Nutzen-Analyse*. In: Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (Hrsg.): *Ökonomie in der Medizin*. Stuttgart-New-York, S. 1-16.