

Gesundheitsökonomische Aspekte in der Rehabilitation

Prof. Dr. med. Anne Berghöfer
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie
und Gesundheitsökonomie

<https://epidemiologie.charite.de>



CHARITÉ
KRANKENHAUS

Ablauf des Seminars

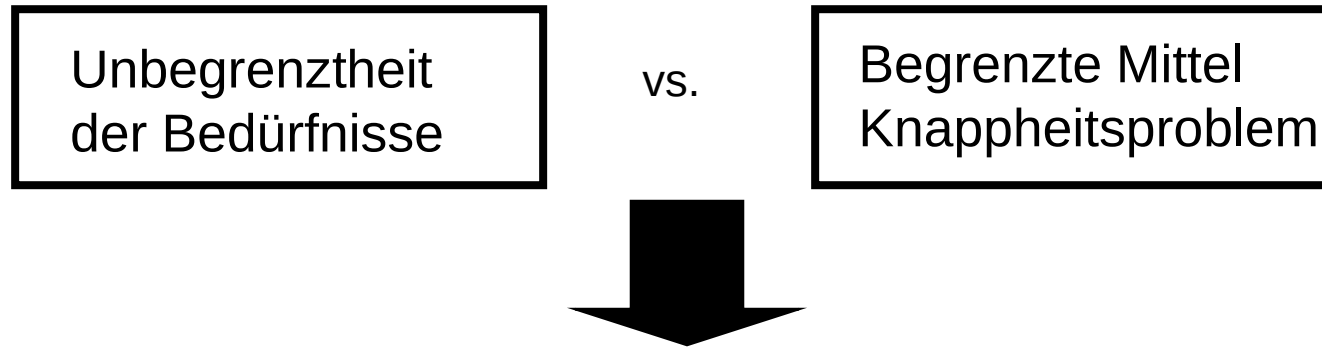
- Kernfragen der Gesundheitsökonomie
- Gewinnung gesundheitsökonomischer Daten
- Instrumente und Techniken der Gesundheitsökonomie

Pause

- Lebensqualität und ihre Bestimmung
- Modellierung
- Diskussion und Literaturempfehlungen

Warum wirtschaften wir eigentlich?

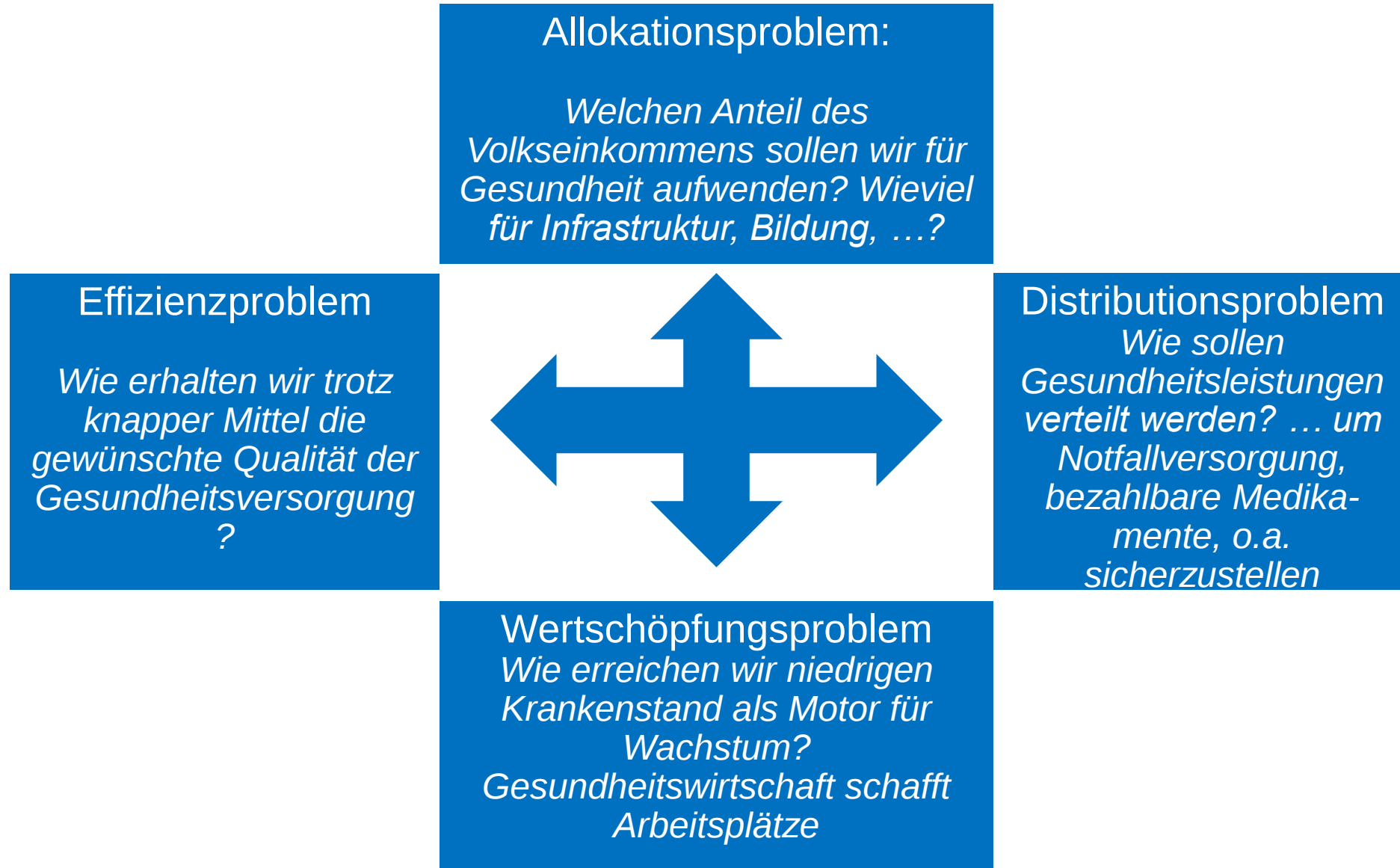
Ausgangspunkt der Ökonomie:



Begrenzte Mittel sollten dort eingesetzt werden,
wo der Gesamtnutzen am höchsten ist (Opportunitätskosten)

$$\text{EFFIZIENZ } \uparrow = \frac{\text{Nutzen}}{\text{Miteinsatz}}$$

Grundproblematik



Allokationsproblem

...setzt sich mit der Tatsache auseinander, dass Ressourcen in der Regel knappe Güter sind, die auf den Bedarf nach verschiedenen Leistungen verteilt werden sollen.

Kernfragen:

- Was sind der Einzelne und die Gesellschaft bereit, für Gesundheit auszugeben?
- Welcher Anteil des Volkseinkommens wird für Leistungen der Gesundheitswirtschaft aufgewendet? Ist dieser Anteil gerade richtig, wenn man ihn mit anderen Ausgaben z. B. für Bildung, Forschung, Umweltschutz usw. vergleicht?
- Wie soll die Aufbringung und Verteilung der notwendigen Finanzmittel betragsmäßig zugeordnet und zeitlich gesteuert werden?
- Welche Konsequenzen haben bestimmte politische oder medizinische Entscheidungen?

Effizienzproblem

...setzt sich mit der Tatsache auseinander, dass Ziele mit unterschiedlichen Mitteleinsatz erreicht werden können.

Kernfragen:

- Wie können wir trotz knapper Mittel dafür sorgen, dass die erforderliche Menge an Gesundheitsleistungen mit einer definierten Qualität erbracht wird?
- Welche Rationalisierungspotenziale sind vorhanden und wie kann sichergestellt werden, dass sie erkannt und genutzt werden?

Distributionsproblem

beschäftigt sich mit der Frage, wie Gesundheitsleistungen in einer Volkswirtschaft verteilt werden sollen, damit...

- im Krankheitsfall genügend Plätze in Krankenhäusern vorhanden sind
- in Notfällen zu jeder Zeit eine ausreichende und fachlich kompetente medizinische Versorgung vorhanden ist
- der Zugang zu geeigneten Therapieformen möglich ist
- wirksame Medikamente zu bezahlbaren Preisen angeboten werden.

Wertschöpfungsproblem

greift die Frage auf, welche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft im Kontext der Gesamtwirtschaft zukommt.

- medizinische und medizin-technische Forschung und Entwicklung sowie ein niedriger Krankenstand sind seit jeher wichtige Motoren für Wachstum und Beschäftigung.
- Die Gestaltung der Gesundheitswirtschaft hat nicht nur Auswirkungen auf das persönliche Wohlergehen des Einzelnen, sondern ist auch Voraussetzung für die Wohlfahrt einer Gesellschaft

Kernfragen der Gesundheitsökonomie

- Was sind die ökonomischen Folgen der Krankheit?
- Was kostet die Produktion von Gesundheit?
- Wie sind die Ergebnisse der Gesundheitsproduktion zu bewerten (in Gewinn an Lebensqualität)?
- Wie funktionieren Gesundheitsversorgungssysteme?
- Wie können sie - in marktwirtschaftlichen Systemen - gesteuert werden?

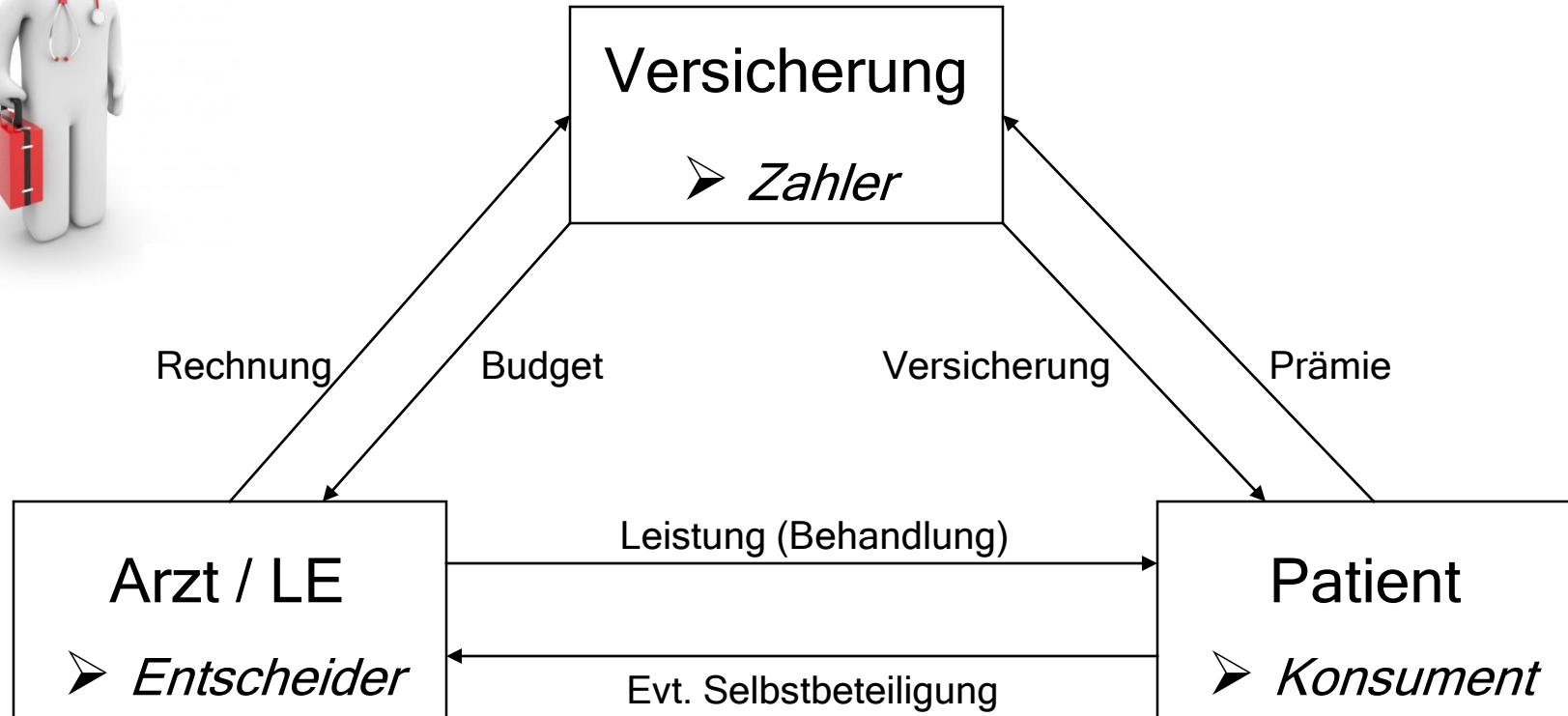
GÖ im Spannungsfeld der Interessen

Akteure	ihre Interessen
Niedergelassene Ärzte	Hohes Einkommen (Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft), Statuserhalt als Freiberufler, Bedarfsgerechte Leistungserbringung (Hippokrates)
Krankenhäuser	Gewinne, Wettbewerbsfähigkeit, regionale (ggf. auch politische) Interessen
Arbeitgeber	Geringe Lohnnebenkosten, Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer
Krankenkassen	Wirtschaftliche Leistungserbringung, niedrige Beiträge, mehr Versicherte
Arbeitnehmer/ Patienten	Geringe Sozialabgaben, umfassender Gesundheitsschutz, Lebensqualität, Zuwendung
Pharmaindustrie	Gewinne, Wettbewerbsfähigkeit, Gegensätze bei großen/kleinen bzw. forschenden/nichtforschenden Unternehmen

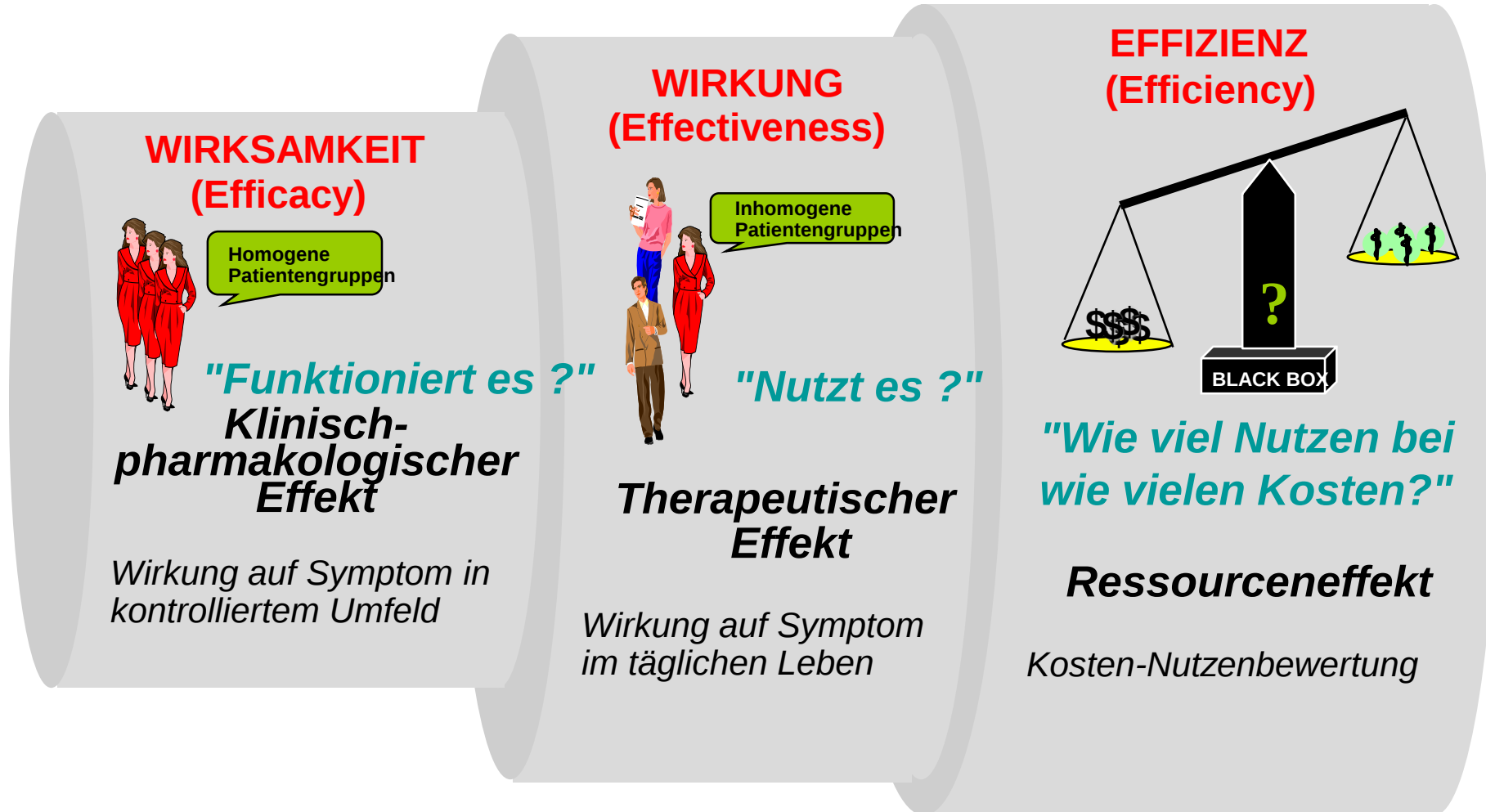
Systemimmanente Besonderheiten

- Demographischer Wandel
- Medizinisch-technischer Fortschritt
- Gesellschaftlicher Wandel (Kultur, Soziales, Normen...)
- Anspruchsverhalten der Versicherten
- Fehlende Einheit von Handlung und Haftung
- Gesamteffizienz fragwürdig (incl. Schnittstellenproblematik)
- [...]

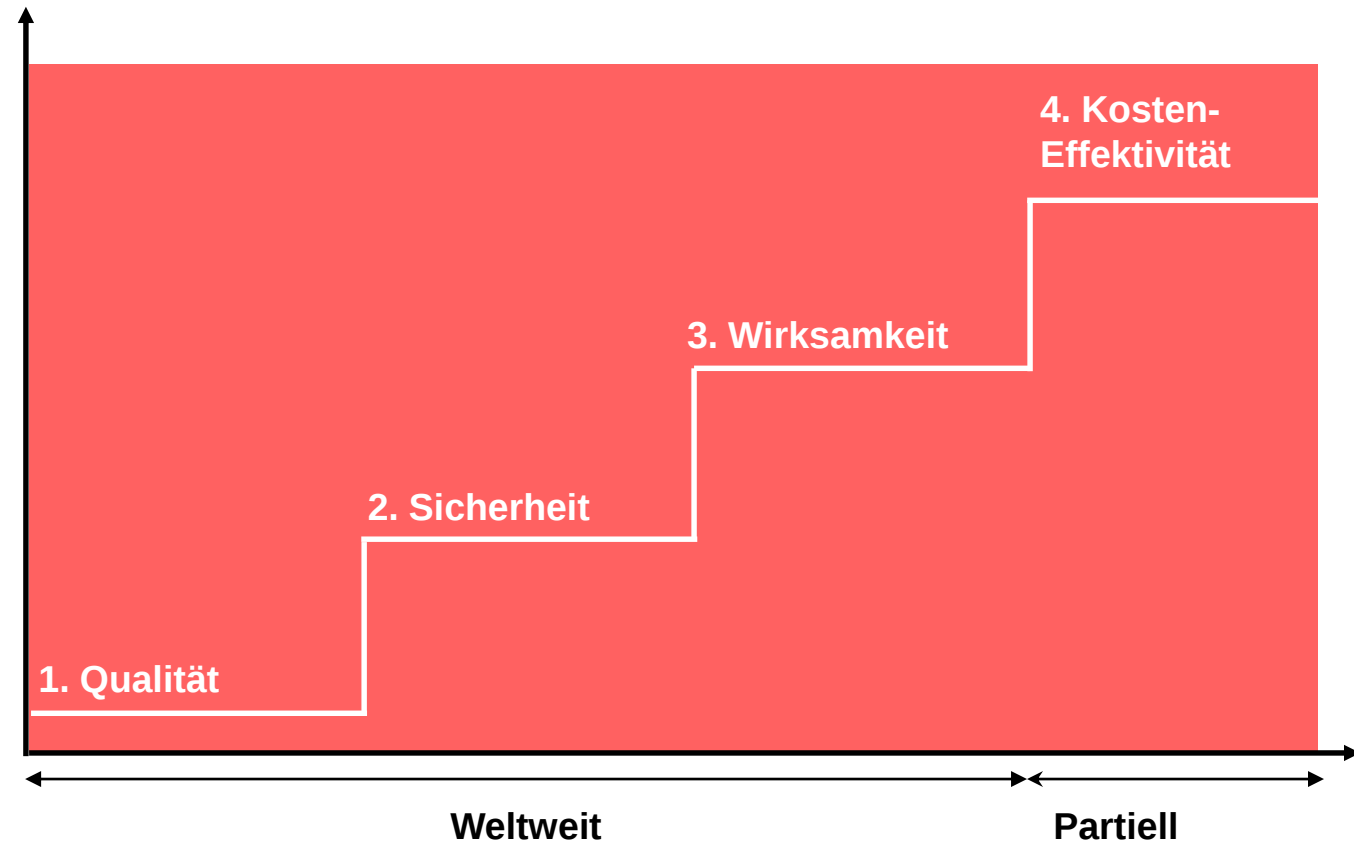
Handeln und Haften?



Von der Wirksamkeit zur Effizienz



Die vierte Hürde

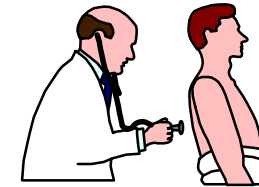


Kernfrage: Ist die Erstattung der Therapie X eine effiziente Verwendung der knappen Ressourcen der GKV ?

In Deutschland erst seit Einführung AMNOG 2011

Sozioökonomische Komponenten

- Direkte Kosten (Verbrauch von Ressourcen)
 - Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen
 - ärztliche, pflegerische Leistung
 - Medikamente, Heil-und Hilfsmittel
 - Kosten für den Patienten – Selbstbeteiligung
 - Rechtsbeistand, Sozialarbeiter, Fahrtkosten
- Indirekte Kosten (Verlust von Ressourcen)
 - Arbeitszeitverlust (AU-Zeiten, Berentung)
 - Einschränkung der Leistungsfähigkeit
- Intangible Kosten
 - Psychische Belastung, Freizeitverlust
 - Verlust an Lebensqualität



Indirekte Kosten - Wie misst man Produktivität?

Humankapitalansatz:

Produktivität des einzelnen mit Durchschnittseinkommen beziffert

- Verzerzt Kostenanteil von Hausfrauen und nicht Beschäftigten
- Schwankt erheblich von Land zu Land
- Kostenüberschätzung bei sozialrechtlicher Benachteiligung



Friktionskostenansatz:

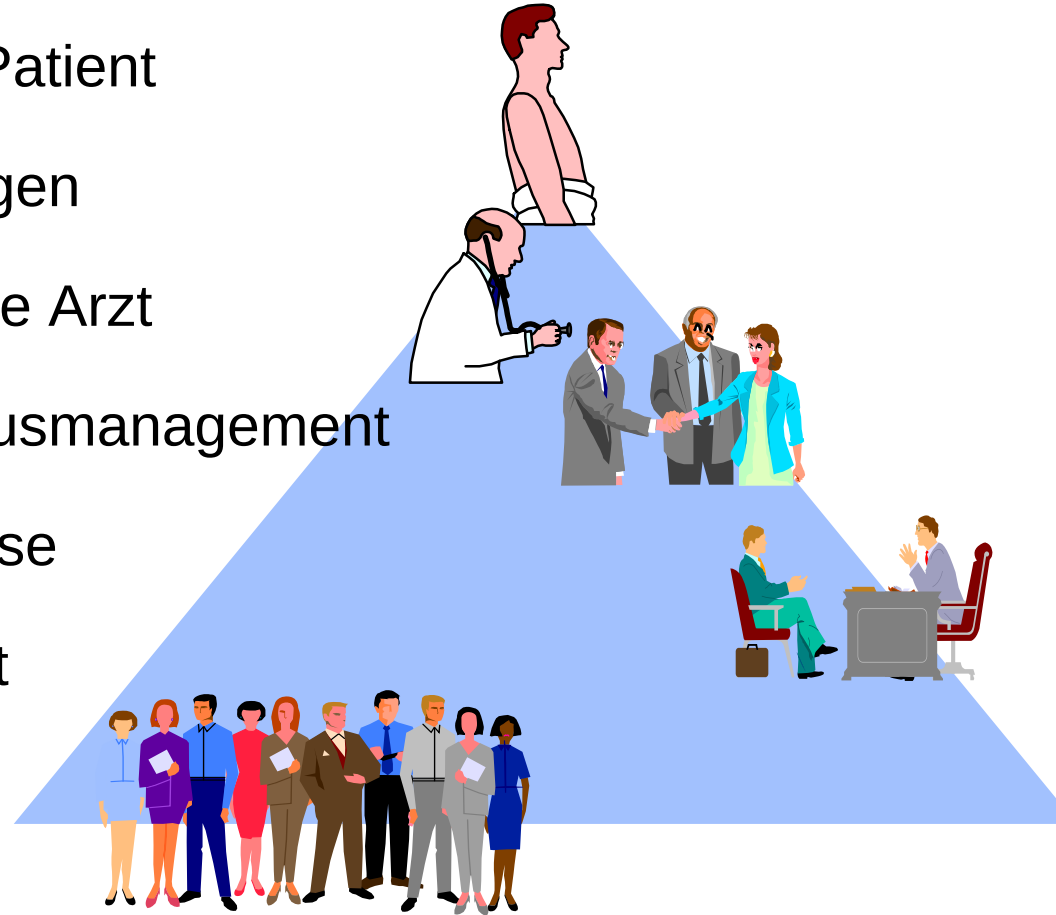
Produktivitätsverlust wird durch Ersatz rasch minimiert, daher Anrechnung von nur 80% des Bruttoeinkommens aus unselbst. Arbeit

- Relevant bei hoher Arbeitslosigkeit
- Liefert eher zu niedrige Werte



Perspektive der Kosten / Nutzen Betrachtungen

- der betroffene Patient
- seine Angehörigen
- der behandelnde Arzt
- das Krankenhausmanagement
- die Krankenkasse
- die Gesellschaft



Sachverständigenrat der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, 1990

Gewinnung ökonomischer Daten

RCTs
(klinische Studien)



- ☺ Ökonomische Parameter in Prüfprotokoll inkorporiert (meist Zulassungsstudien der Hersteller)
- ☹ Hochgradig selektierte Patienten

Beobachtungsstudien



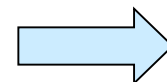
- ☺ Datenerhebung im klinischen Alltag
- ☹ Einflussfaktoren schwer kontrollierbar

Modellrechnungen



- „Simulationsstudien“ unter Verwendung von Annahmen (Prävalenzdaten, diverse Studienergebnisse zu Wirksamkeit, UAW, drop-outs, Expertenwissen)
- ☺ Beleuchtung sämtlicher Szenarien
- ☹ Fehlannahmen verzerren Ergebnisse

Datenbank-Auswertungen



- z.B. Daten von Versicherungsträgern
- ☹ Sehr begrenzte Perspektive

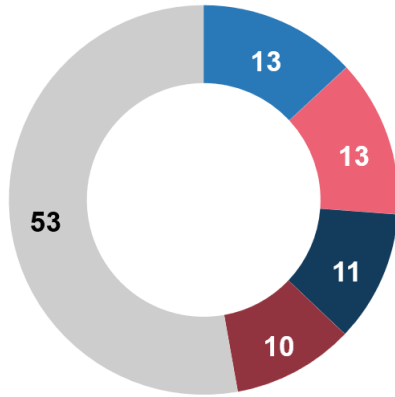
Ökonomische Analysen

Analyseform	Nutzenerfassung	Frage
Nicht vergleichend		
Krankheitskosten-A.	keine	„Welche Kosten verursacht die Krankheit?“
Vergleichend		
Kosten-Nutzen-A.	monetär	„Welche Therapie hat das bessere Preis- / Leistungsverhältnis?“
Kosten-Effektivitäts-A.	naturalistisch	
Kosten-Minimierungs-A.	naturalistisch	„Welche Therapie ist die kostengünstigste (bei gleicher Wirkung)?“
Kosten-Nutzwert-A.	naturalistisch	„Ist der Gewinn an Lebensqualität die Kosten wert?“

Krankheitskostenanalyse (Deutschland 2015, € pro Einw.)

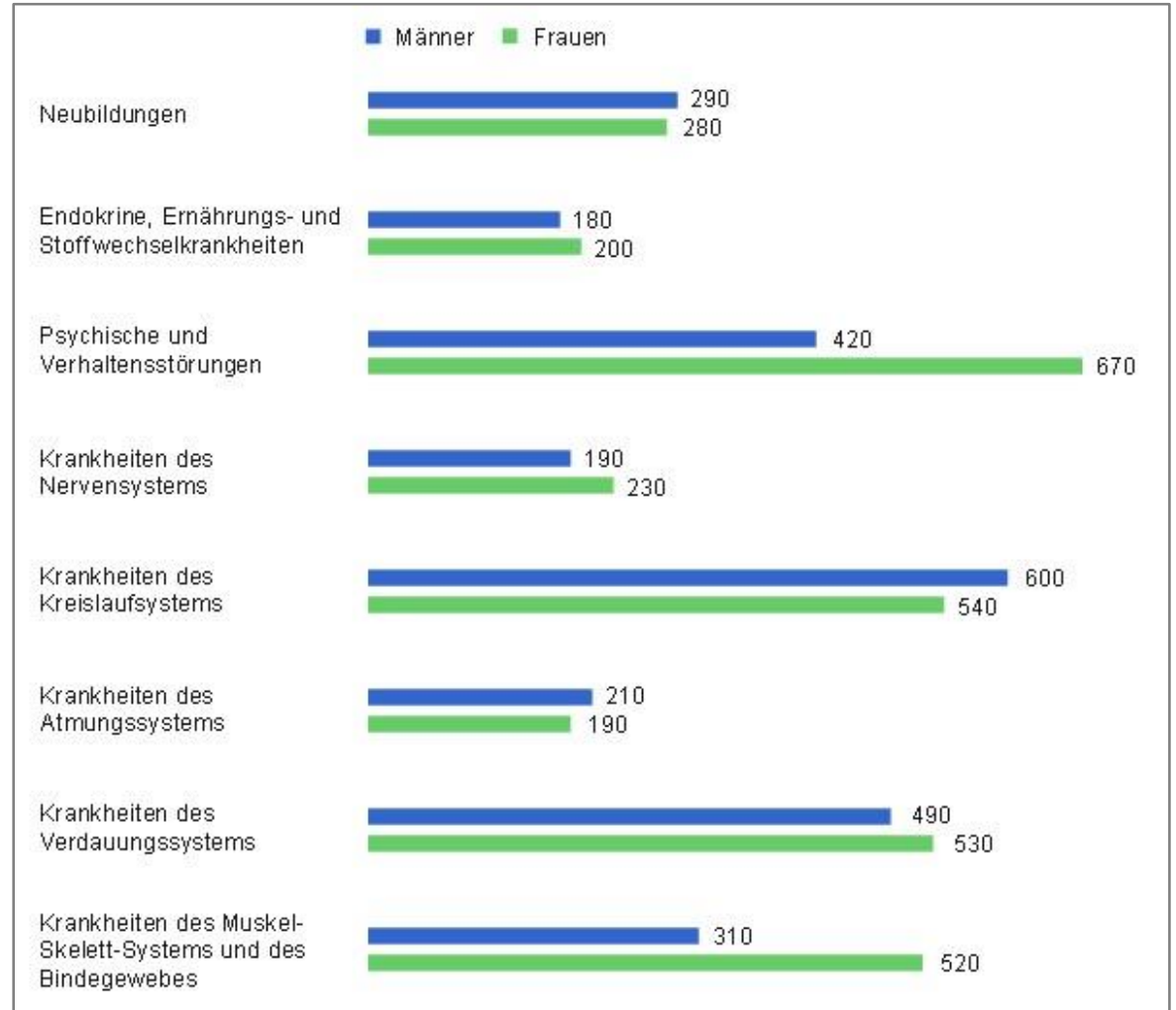
Krankheitskosten 2020 nach ausgewählten Krankheitskapiteln

in %, insgesamt 431,8 Milliarden Euro



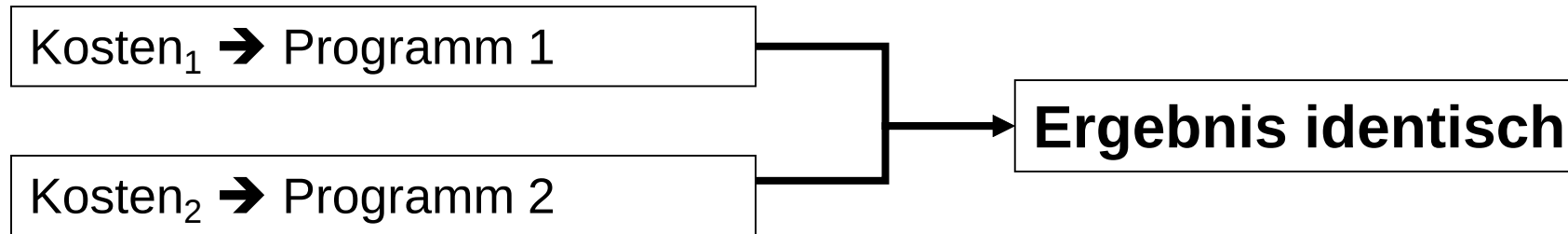
■ Krankheiten des Kreislaufsystems ■ Psychische und Verhaltensstörungen
■ Krankheiten des Verdauungssystems ■ Neubildungen ■ Sonstige

Statistisches Bundesamt 2022



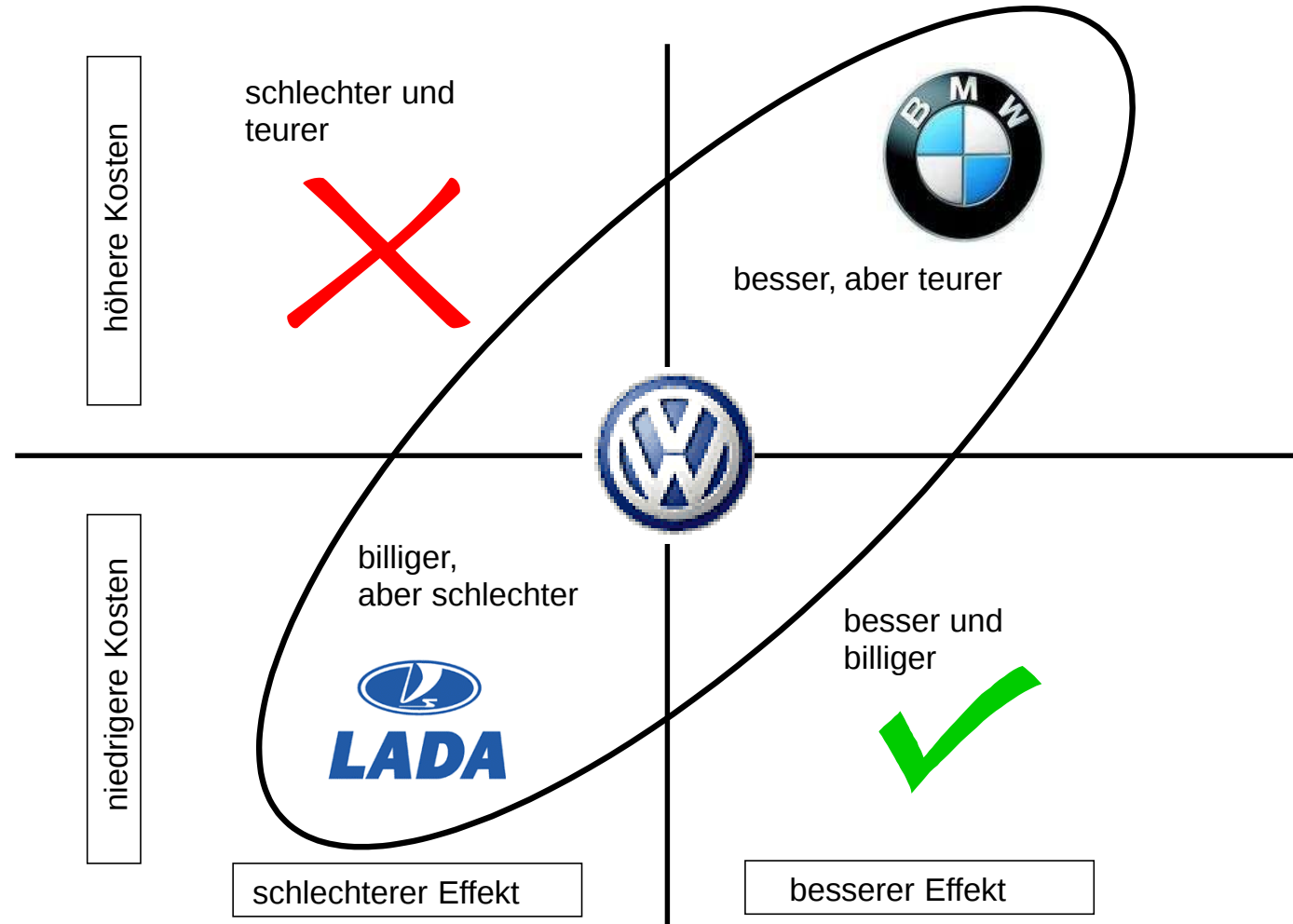
Statistisches Bundesamt 2017

Kosten-Minimierungs-Analyse



- Evidence benötigt, dass keine Ergebnisunterschiede!
- Handlungsempfehlung: billigere Variante nehmen

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Alltag

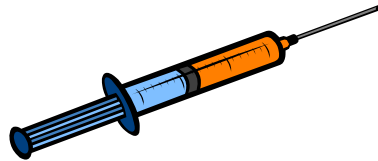


Kosten-Effektivitäts-Analysen



Kosten₁ → Programm 1

Kosten₂ → Programm 2



Ergebnis **nicht** identisch
aber von **gleicher** Art,
naturalistisches Maß

→ Gesundheitsnutzen₁:

Kosten₁ / Maßeinheit

→ Gesundheitsnutzen₂:

Kosten₂ / Maßeinheit

Bsp.: Kosten-Effektivitäts-Analyse

Reha bei chron. Rückenschmerzen



Programm 1:
konventionelle
stationäre Reha

Kosten 1:
2.035 €/Pat.

*Effektivitäts-Zielgröße:
Arbeitsfähigkeit*

➔ Gesundheitsnutzen 1:

80 Arbeitstage
in 6 Monaten nach Reha

25,40 € / Tag



Programm 2:
+ intensivierte
psychologische
Betreuung

Kosten 1:
2.157 €/Pat.

➔ Gesundheitsnutzen 2:

94 Arbeitstage
in 6 Monaten nach Reha

22,95 € / Tag

Modif. nach Krauth et al. Rehabilitation 2005; 44:e46-e56

Welches Maß? Kosten-Effektivitäts-Analysen Zielgrößen

- Anzahl geretteter Menschenleben
- Gerettete Lebensjahre
- Erfolgreich behandelte oder verhinderte Krankheitsfälle
- Reduzierte Krankheitshäufigkeit und –dauer
- Gewonnene Arbeitstage
- Anzahl Patienten, die ohne fremde Hilfe leben können
- Andere klinische Parameter (z.B. Blutdrucksenkung)

Kosten pro gerettetes Lebensjahr

Kinderschutzimpfung	< 0 US \$
Grippeschutzimpfung	600 US \$
Koronarer Bypass bei Dreigefäßerkrankung	15.000 US \$
Koronarer Bypass bei Eingefäßerkrankung	55.000 US \$
Nierentransplantation	22.000 US \$
Hämodialyse	85.000 US \$

Szucz, Medizinische Ökonomie, 1997, nach Tengs 1995

Zielgrößen in der Rehabilitation

- Durch die medizinische Rehabilitation bleiben der Volkswirtschaft jährlich über 150.000 Arbeitskräfte erhalten, die ohne die Maßnahmen aus dem Arbeitsleben (frühzeitig) ausscheiden würden
- Allein die durch die Rehabilitation gewonnenen Berufstätigkeitsjahre belaufen sich im Jahr 2005 auf 54.400 Jahre oder 12,5 Mio. vollzeitäquivalente Tage
- Rund 6 Mio. AU-Tage konnten durch die Rehabilitation im Jahre 2005 vermieden werden.



Bsp.: Kosten-Nutzen-Analyse

Chron. obstruktive Bronchitis

Effektivitäts-Zielgröße:
Folgekosten



Programm 1:
konventionelle
stationäre Reha

Kosten 1:
Standard

→ Folgekosten 1:
1.413 €/ Jahr (direkte)
2.780 €/ Jahr (indirekte)
4.193 €/ Jahr (gesamt)

Einsparung:
1.250 €
- 47 €
1.203 € / Jahr



Programm 2:
+ Patienten-
verhaltenstraining
u. Schulung

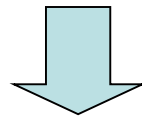
Kosten 1:
Standard
+ 47 €/Pat.

→ Folgekosten 2:
911 €/ Jahr (direkte)
2.032 €/ Jahr (indirekte)
2.943 €/ Jahr (gesamt)

Modif. nach Krauth et al. Rehabilitation 2005; 44:e46-e56

Welches Effektivitätsmaß?

- Universell einsetzbares Maß
- Vergleichbarkeit unterschiedlicher Maßnahmen und Ergebnisse herstellen
- Transparenz für Verteilung von Ressourcen herstellen
- Neben quantitativer Lebenszeit auch subjektive Lebensqualität von Bedeutung
- Subjektiv-patientenrelevante (qualitative) Entscheidungsparameter insbesondere bei schwerwiegenden Erkrankungen von großer Bedeutung

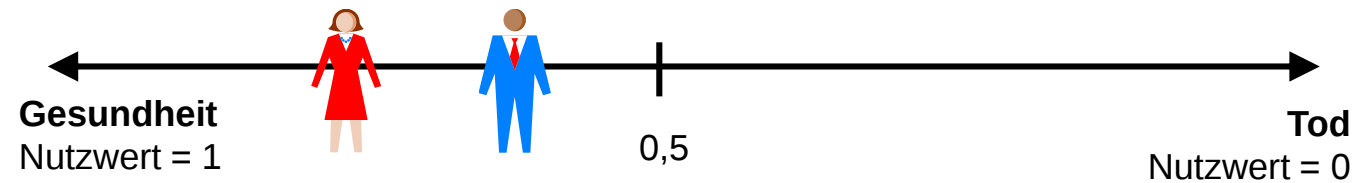


Qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY)

Lebenszeit x Nutzwert (utility)

Was ist ein Nutzwert?

$$QALY = (\text{Lebensqualitäts-})\text{Nutzwert} \times \text{Zeitraum}$$

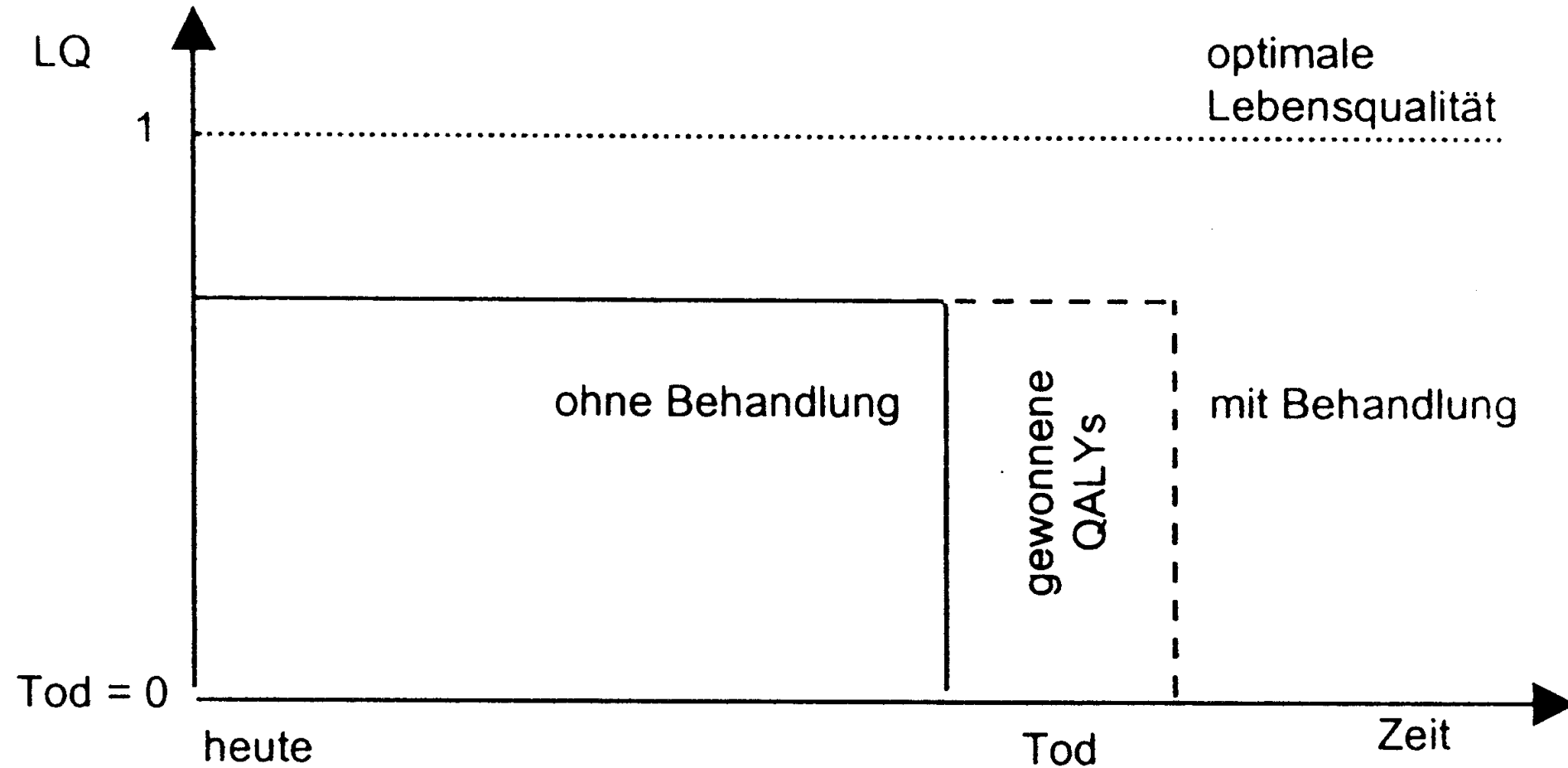


Beispiele für Nutzwerte:

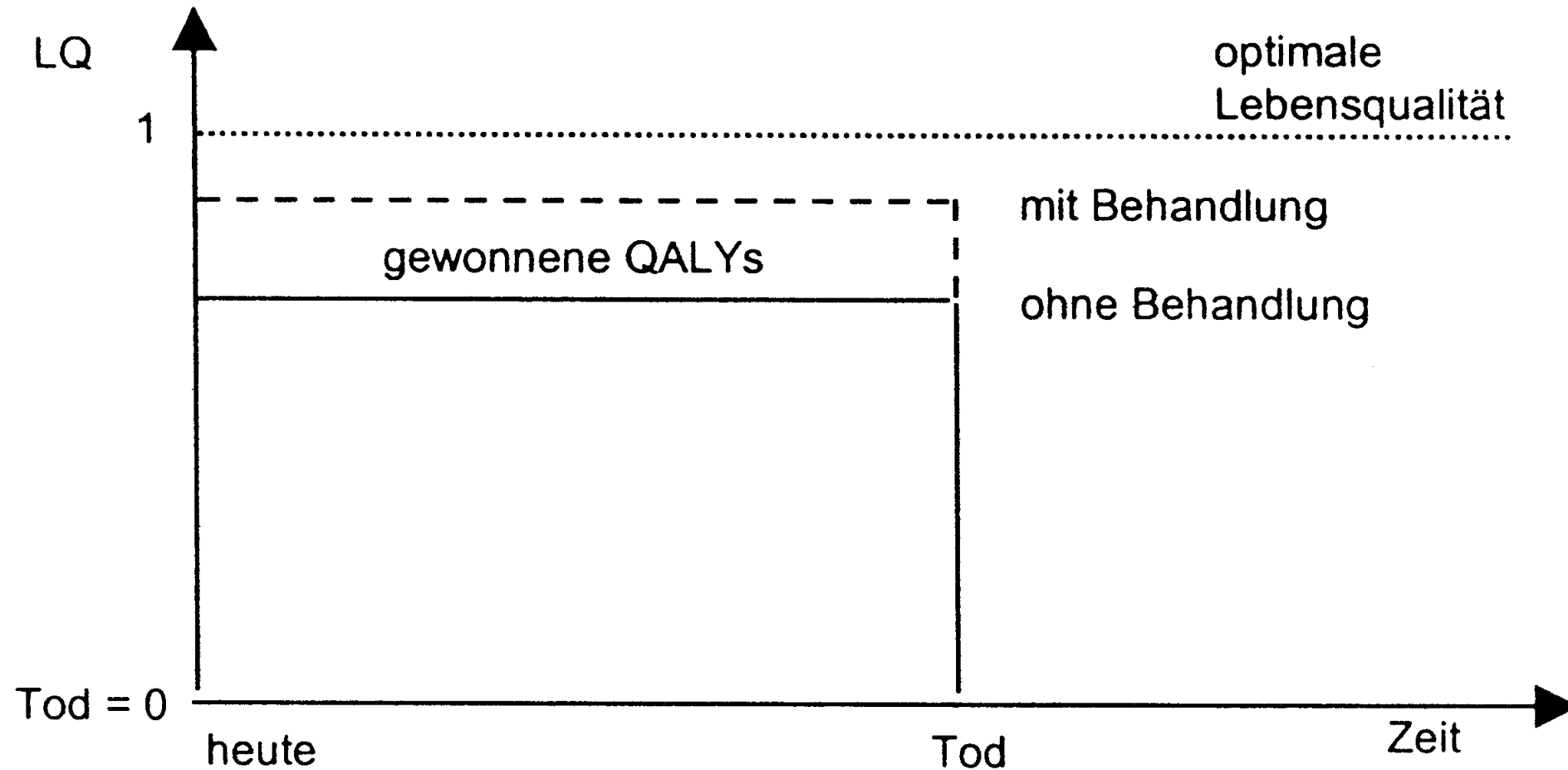
(Quelle: Szucs TD et al.)

-vollkommene Gesundheit	1,00
-Milde Angina Pectoris	0,99
-Status nach Myokardinfarkt	0,87
-Zustand nach Apoplex	0,80
-Blindheit	0,39
-Herzinsuffizienz NYHA IV	0,30
-Tod	0,00

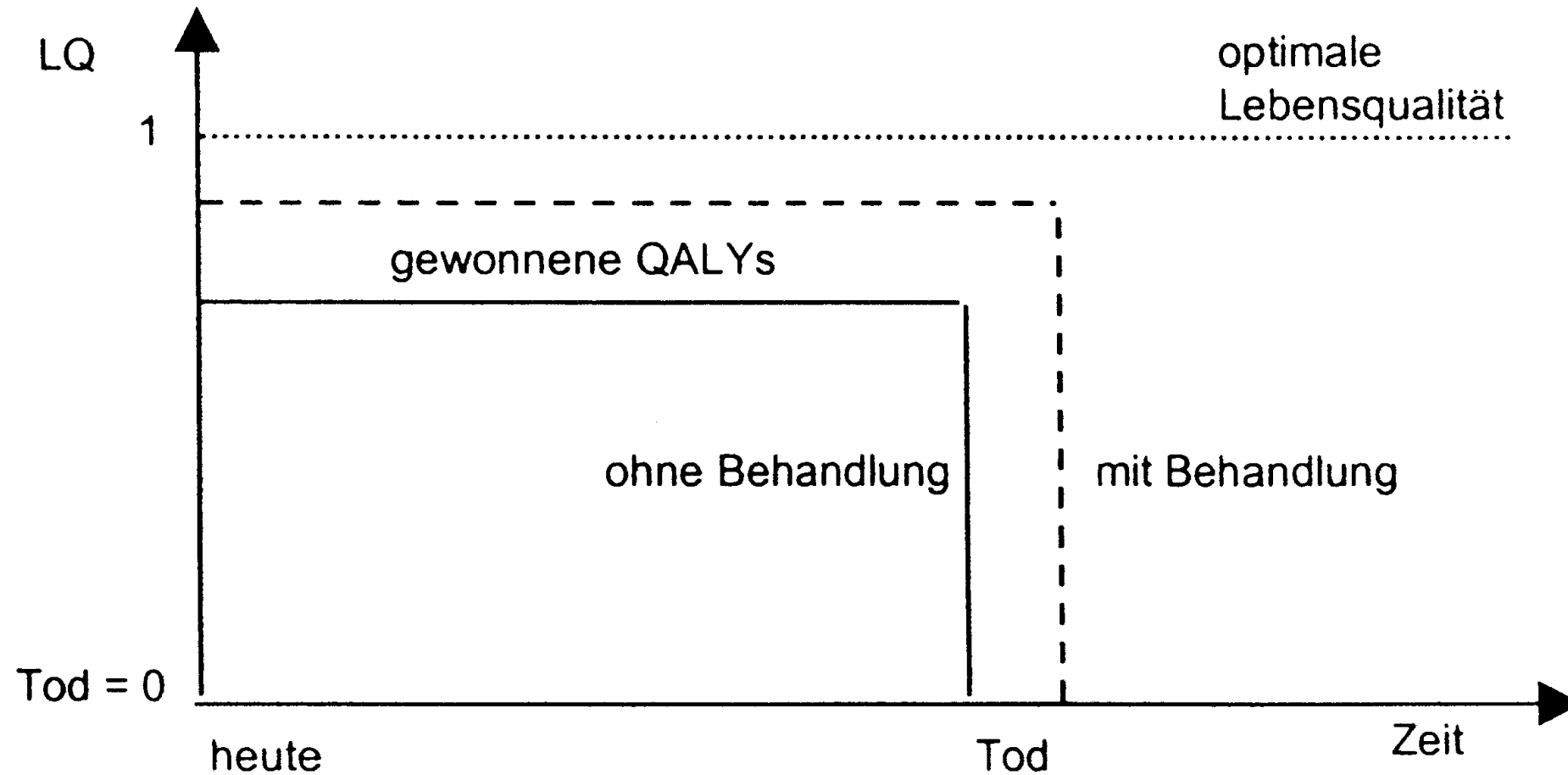
Gewonnene Lebenszeit



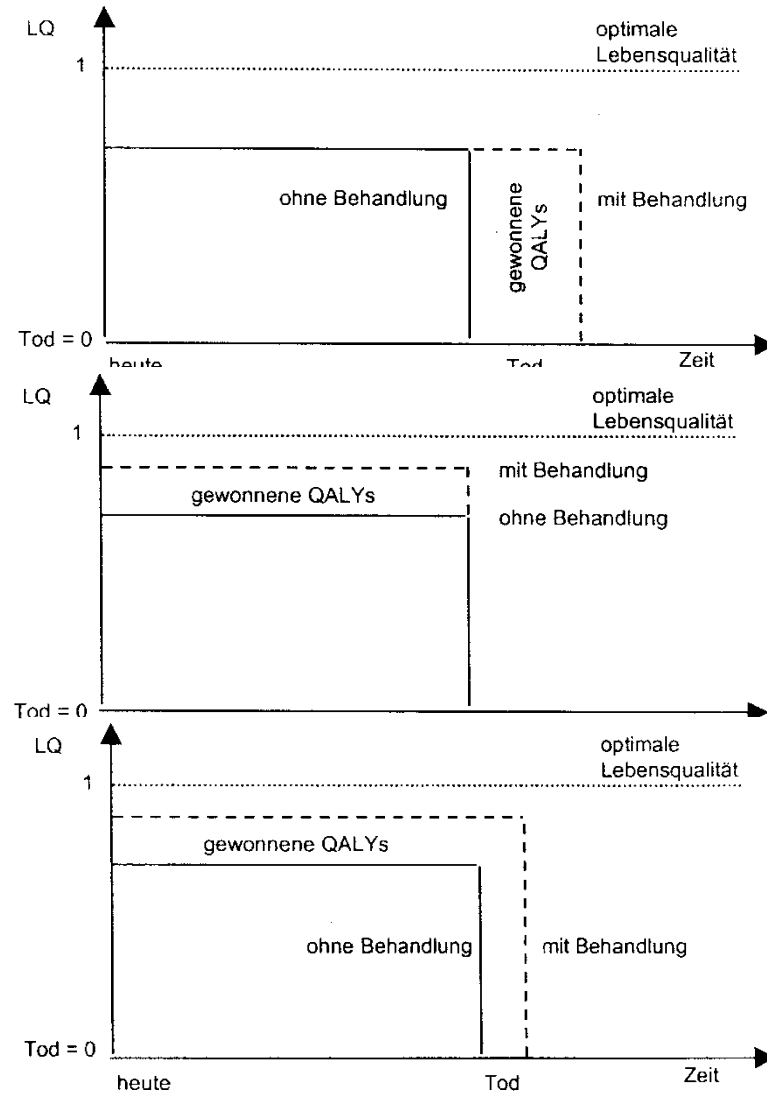
Gewonnene Lebensqualität



Mehrdimensionaler Gewinn



Ermittlung der QALYs



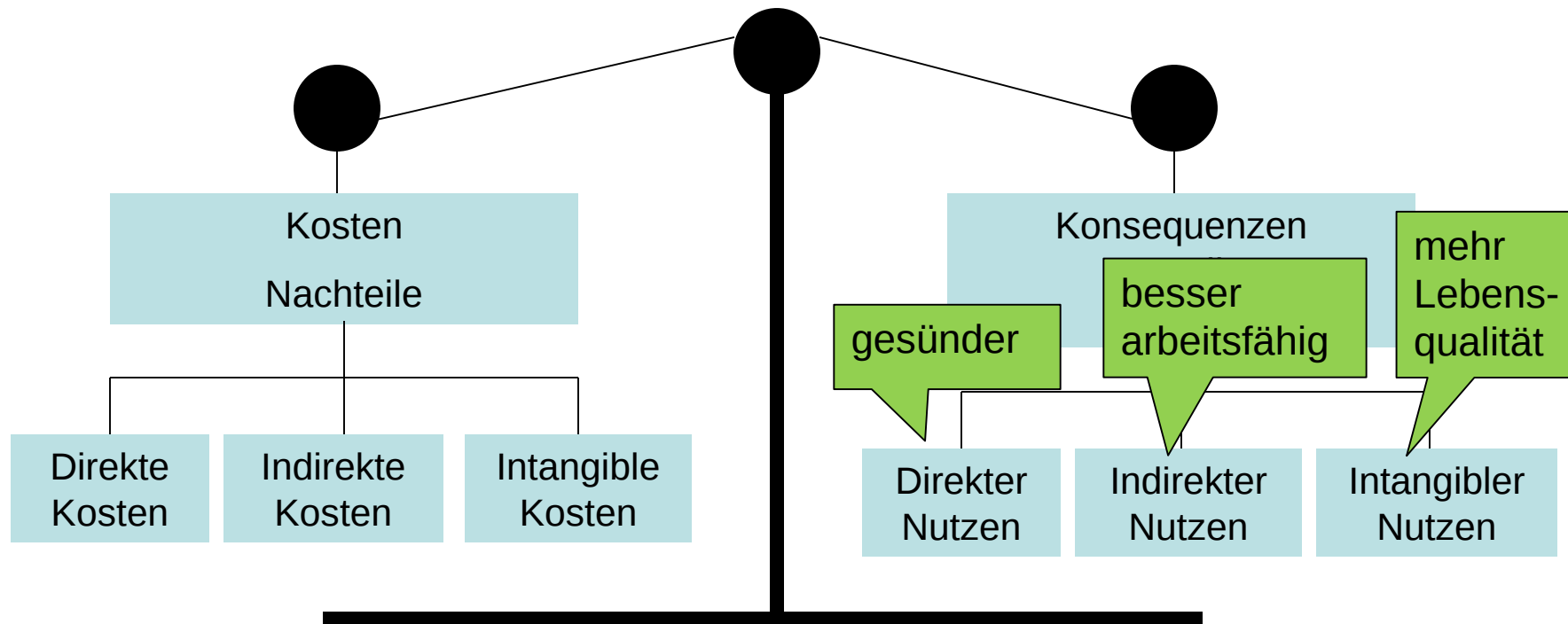
Gewonnene Lebensjahre

Gewonnene Lebensqualität

Gewonnene Lebensjahre und Lebensqualität

Kosten-Nutzwert Analyse

- Nutzwert aus verschiedenen Ergebnisgrößen zusammengesetzt, u.a. Lebensqualität
- **Gemeinsamer Nenner** erlaubt Vergleich von Programmen bei unterschiedlichen Krankheiten



Beispiel

Stationäre versus
Ambulante
Rehabilitation nach
Akutem
Herzereignis



Clin Res Cardiol (2009) 98:787–795
DOI 10.1007/s00392-009-0081-6

ORIGINAL PAPER

Intervention study shows outpatient cardiac rehabilitation to be economically at least as attractive as inpatient rehabilitation

Bernd Schweikert · Harry Hahmann · Jürgen M. Steinacker ·
Armin Imhof · Rainer Muche · Wolfgang Koenig · Yufei Liu ·
Reiner Leidl

Received: 16 April 2009 / Accepted: 11 September 2009 / Published online: 11 October 2009
© Springer-Verlag 2009

Abstract

Background Since the late 1990s, cost pressure has led to a growing interest in outpatient rehabilitation in Germany where predominantly inpatient rehabilitation has been provided. Taking into account the feasibility of a randomized design, the aim of this study was to compare outpatient and inpatient cardiac rehabilitation from a societal perspective.

integrated into a simultaneous regression framework for cost and effects, was used to control for selection bias. Bootstrap analysis was applied for assessing uncertainty in cost-effectiveness.

Results A total of 163 patients were included in the study (112 inpatients, 51 outpatients). As randomization was chosen by only 2.5% of participants, the study had to be analyzed as an observational study. Direct costs during

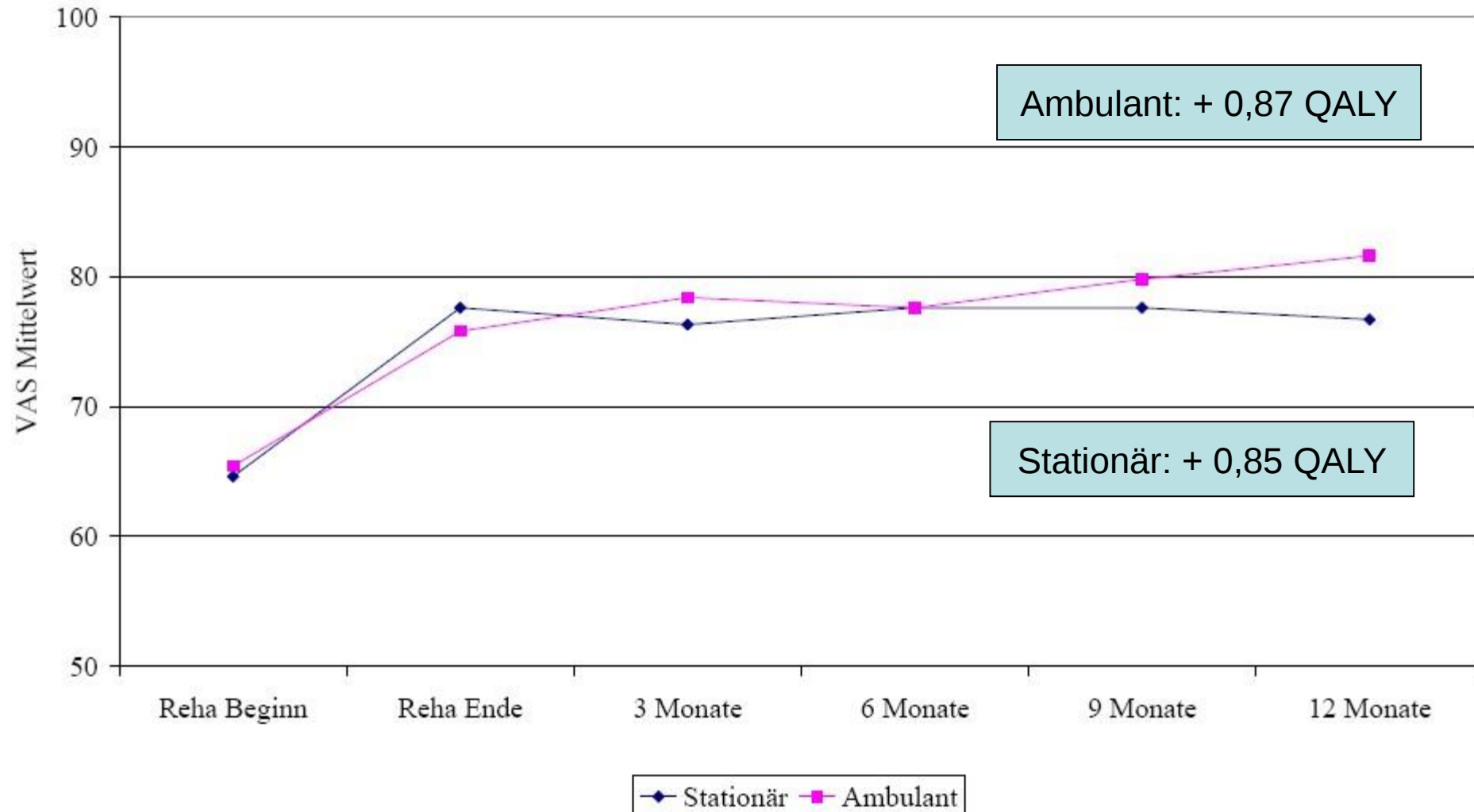
Ergebnisse der SARA-H-Studie

Kosten

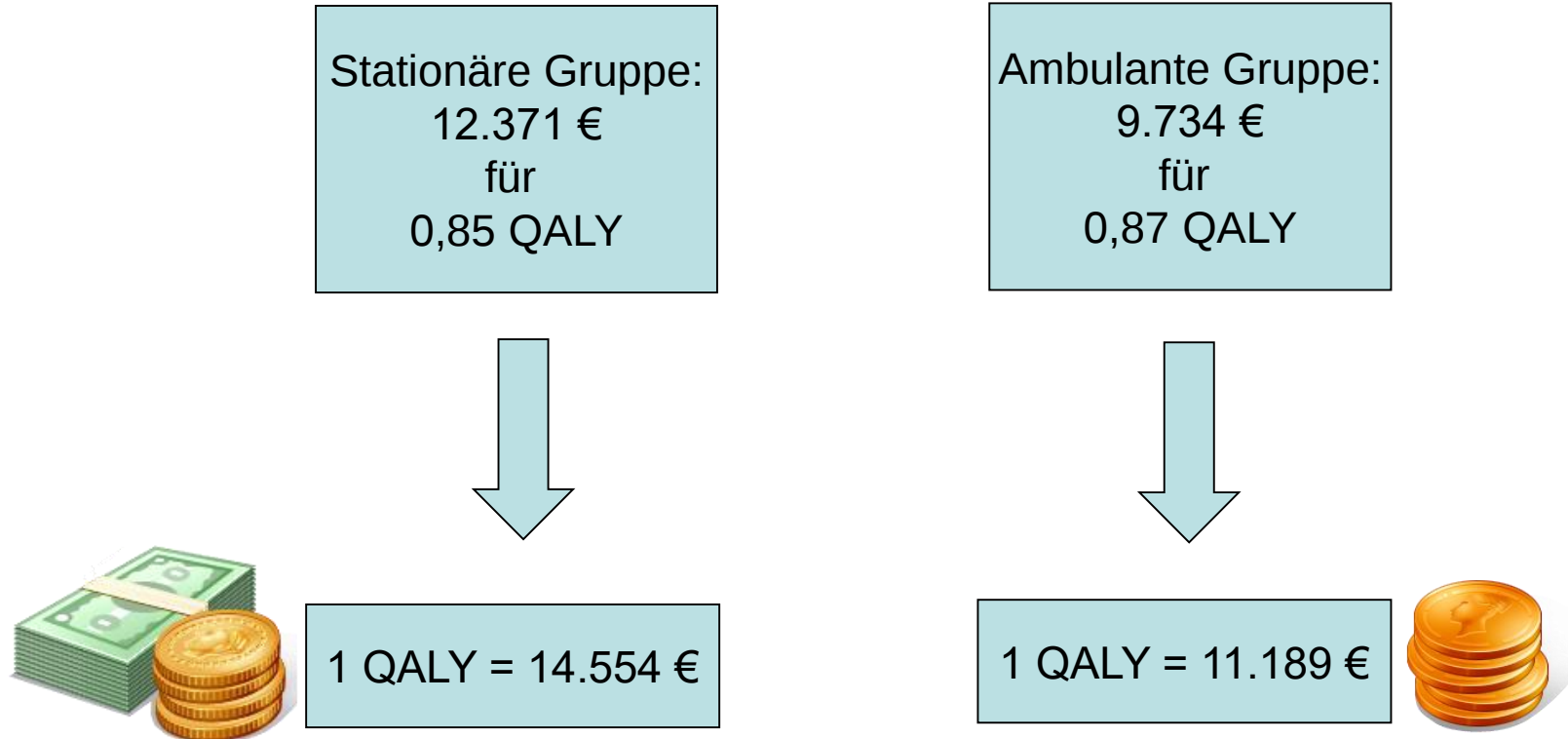
Rehakosten	Stationär: N = 111	Ambulant: N = 49
Direkte Kosten	2.016,-	1.416,-
Indirekte Kosten	1.372,-	1.945,-
12 Mo. nach Reha	N = 94	N = 45
Direkte Kosten	5.712,-	5.149,-
Indirekte Kosten	3.271,-	1.224,-
Gesamtkosten in 12 Mo.	12.371,-	9.734,-

Ergebnisse der SARA-H-Studie

Lebensqualität VAS (vorhandende Daten)



Ergebnisse der SARA-Studie



Lebensqualitätsmessung

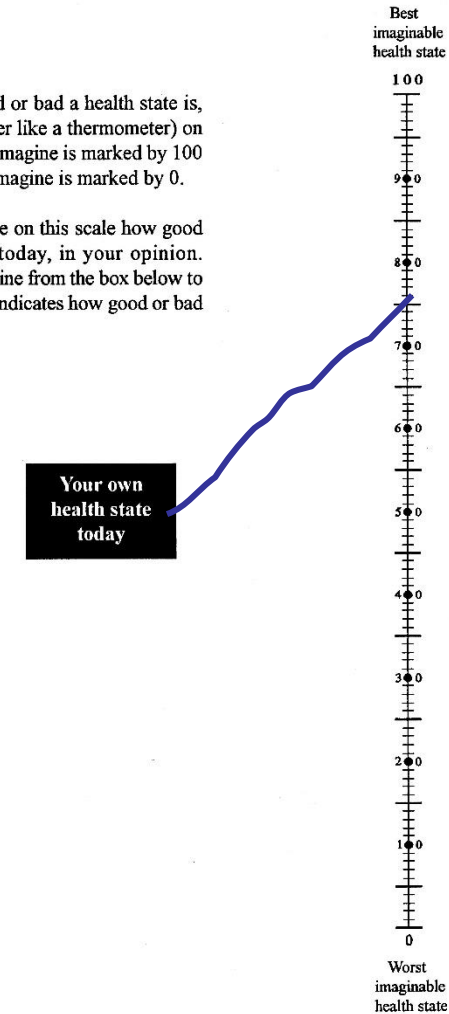
- Mit Rating-Scale Verfahren
- Mit sog. Nutzentheoretischen Verfahren
 - Time Trade-off (Tauschgeschäft)
 - Mit Standard Gamble-Verfahren (Lotterie)

Messinstrumente für Lebensqualität

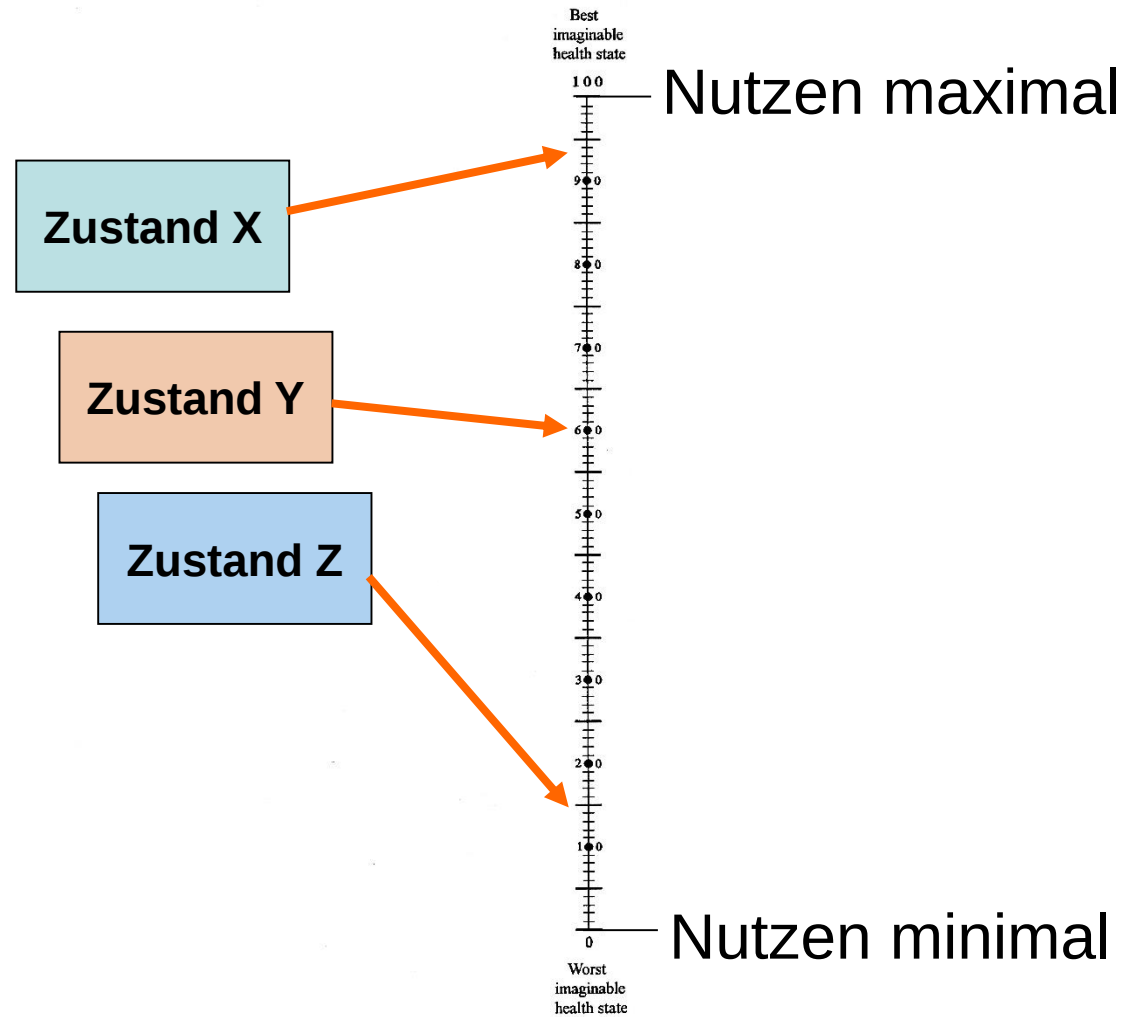
- Indexinstrumente
(nur eine Maßzahl)
EuroQol, Karnofsky-Index
- Profilinstrumente (nach physischer, psychischer, sozialer, etc. Dimension)
SF-36

To help people say how good or bad a health state is, we have drawn a scale (rather like a thermometer) on which the best state you can imagine is marked by 100 and the worst state you can imagine is marked by 0.

We would like you to indicate on this scale how good or bad your own health is today, in your opinion. Please do this by drawing a line from the box below to whichever point on the scale indicates how good or bad your current health state is.



Indexinstrument



Profilinstrument

Fragen zur gesundheitlichen Lebensqualität

WHOQOL-BREF

Patientencode: _____

Datum: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen selbst. Sie dürfen sich die Fragen vorlesen lassen, wenn Sie schlecht sehen.
Hinweis an Angehörige oder Pflegende: Bitte geben Sie nicht anstelle des Patienten/ der Patientin die Antworten. Wenn der Patient /die Patientin nicht selbst antworten kann, darf der Fragebogen nicht verwendet werden.

Bitte kreuzen Sie die - seit 14 Tagen - zutreffende Antwort an!

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittel-mäßig	Gut	Sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5

Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5
	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5

Time trade off (“Tauschgeschäft”)

26jähriger Mann ist nach Motorradunfall querschnittsgelähmt und verlebt noch 50 Jahre in diesem (lebensqualitäts-) reduzierten Zustand.

Tauschangebot:

NUR noch X Jahre, aber ohne Rollstuhl in völliger Gesundheit



Nutzwert des Zustandes Querschnittslähmung:

$$\frac{\text{Anzahl der Jahre mit 100\% LQ}}{\text{Anzahl der Jahre mit Krankheit}} = \frac{X}{50} = ?$$

Time trade off (“Tauschgeschäft”)

26jähriger Mann ist nach Motorradunfall querschnittsgelähmt und verlebt noch 50 Jahre in diesem (lebensqualitäts-) reduzierten Zustand.

Tauschangebot:

NUR noch X Jahre, aber ohne Rollstuhl in völliger Gesundheit



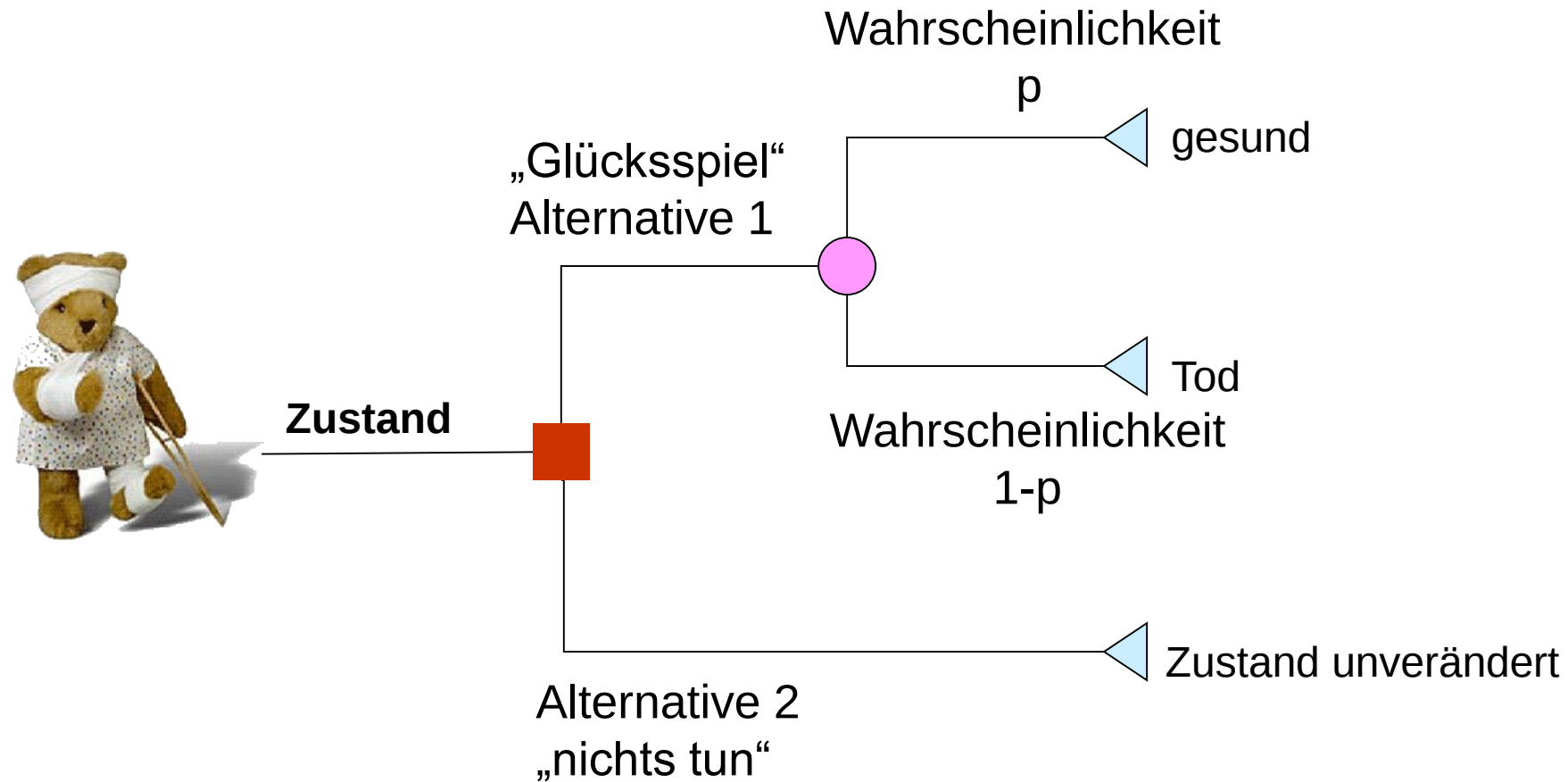
Nutzwert des Zustandes Querschnittslähmung:

$$\frac{\text{Anzahl der Jahre mit 100\% LQ}}{\text{Anzahl der Jahre mit Krankheit}} = \frac{30}{50} = 0,6$$

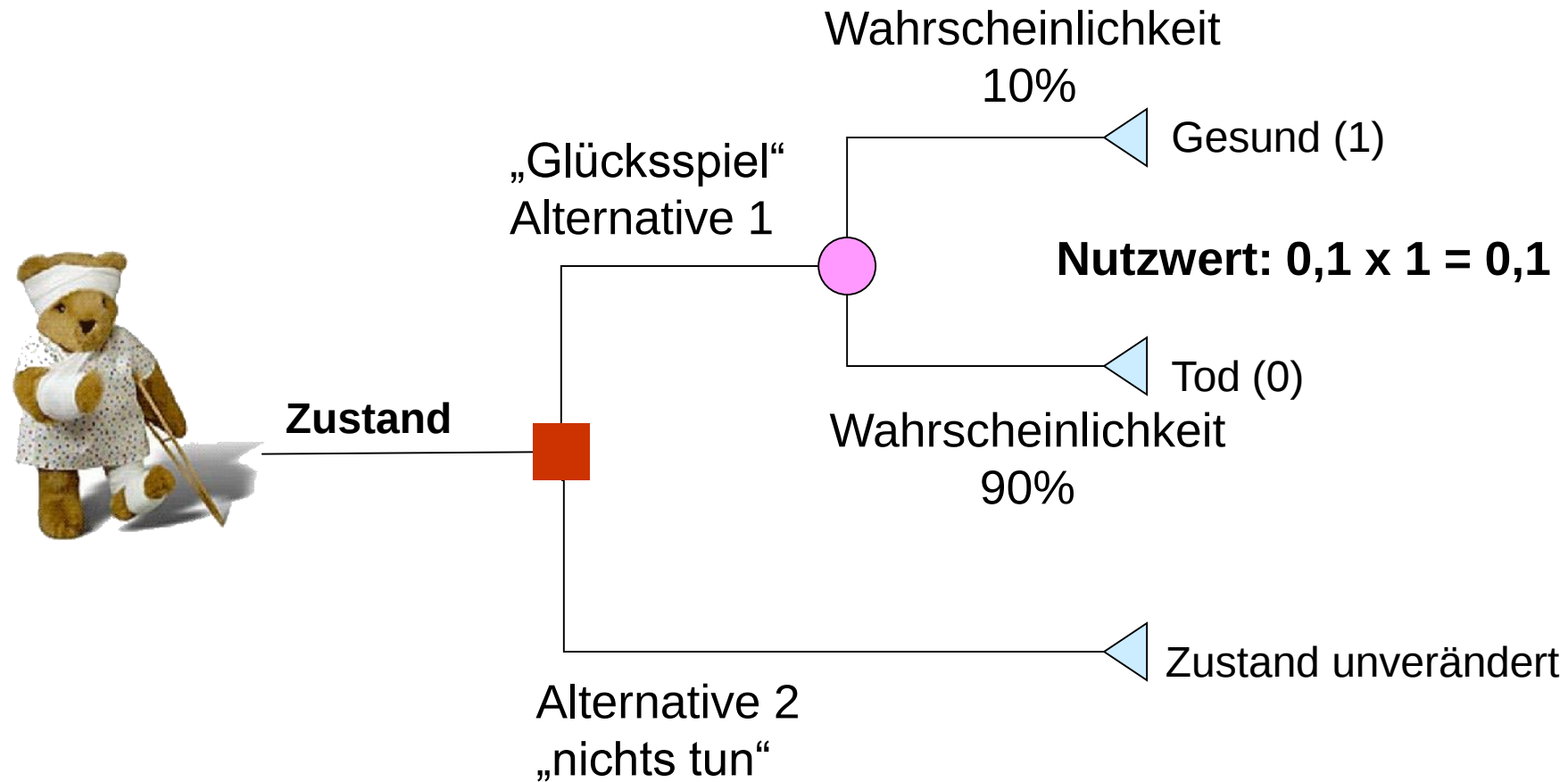


Nutzwert = 0,6, Lebensqualität (im Rollstuhl) = 60%

Standard Gamble („Lotteriespiel“)



Standard Gamble



Papers

Beispiel 2

Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial

Oliver Rivero-Arias, Helen Campbell, Alastair Gray, Jeremy Fairbank, Helen Frost, James Wilson-MacDonald for the Spine Stabilisation Trial Group

Abstract

Objective To determine whether, from a health provider and patient perspective, surgical stabilisation of the spine is cost effective when compared with an intensive programme of rehabilitation in patients with chronic low back pain.

Design Economic evaluation alongside a pragmatic randomised controlled trial.

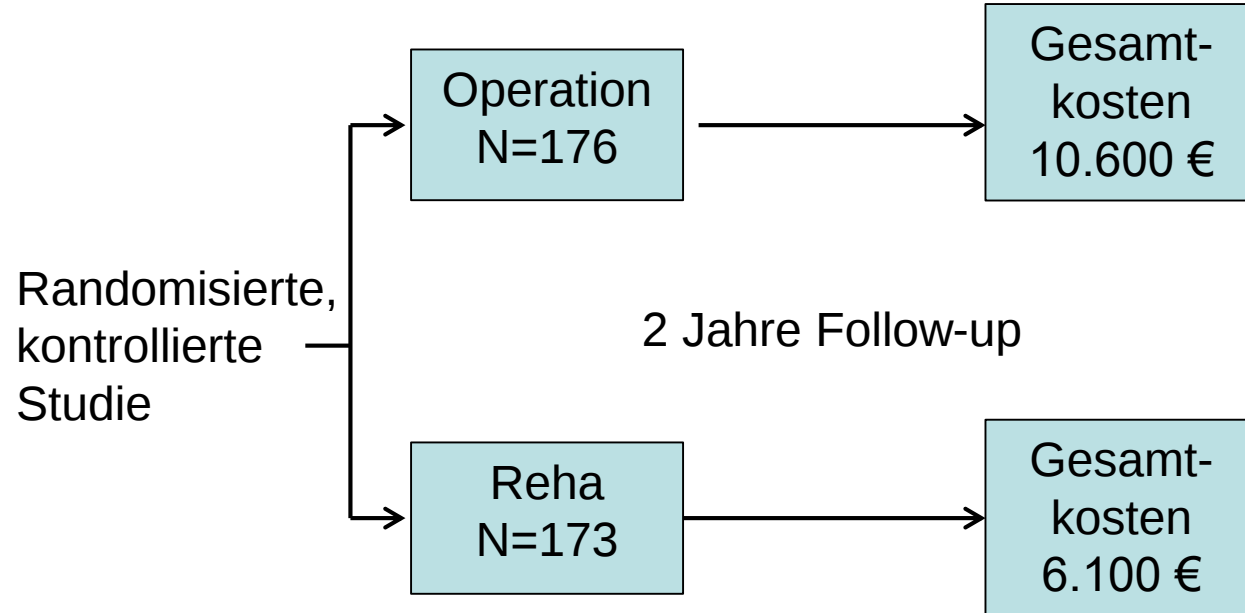
Setting Secondary care.

Participants 349 patients randomised to surgery (n = 176) or to an intensive rehabilitation programme (n = 173) from 15 centres across the United Kingdom between June 1996 and February 2002.

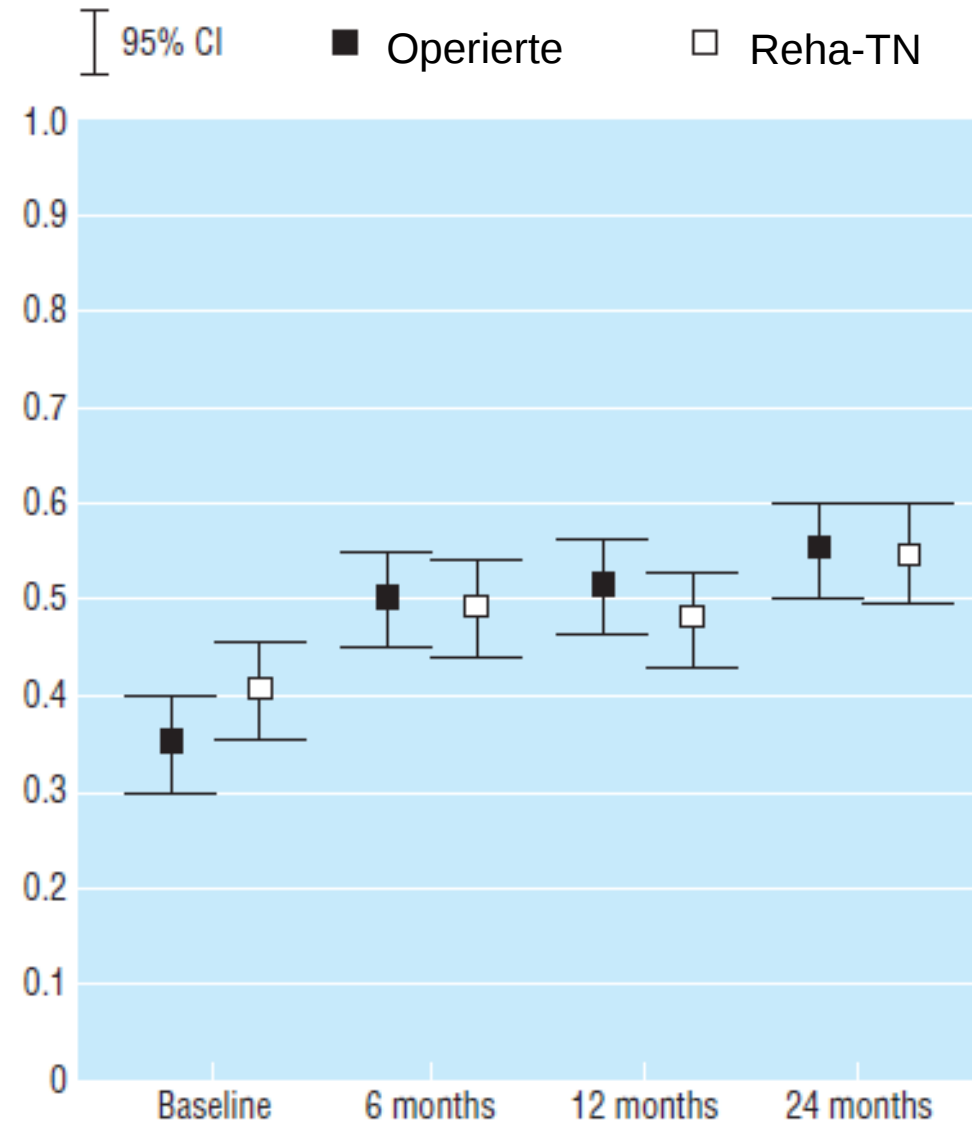
Direct costs associated with the disability were estimated to be around £1.6bn in the United Kingdom in 1998,¹ and the condition is estimated to be responsible for close to 120 million UK work days lost per year.²

The optimal treatment strategy for patients with chronic low back pain in whom conservative therapy has failed remains uncertain. For three trials, the results of randomised comparisons between surgical and conservative management techniques have been published.³⁻⁵ Evidence from these trials shows that surgery may have some clinical benefit, but it is not clear whether intensive rehabilitation in conjunction with cognitive educational programmes can generate similar benefits for patients. Results from the first UK based trial, the spine stabilisation trial,

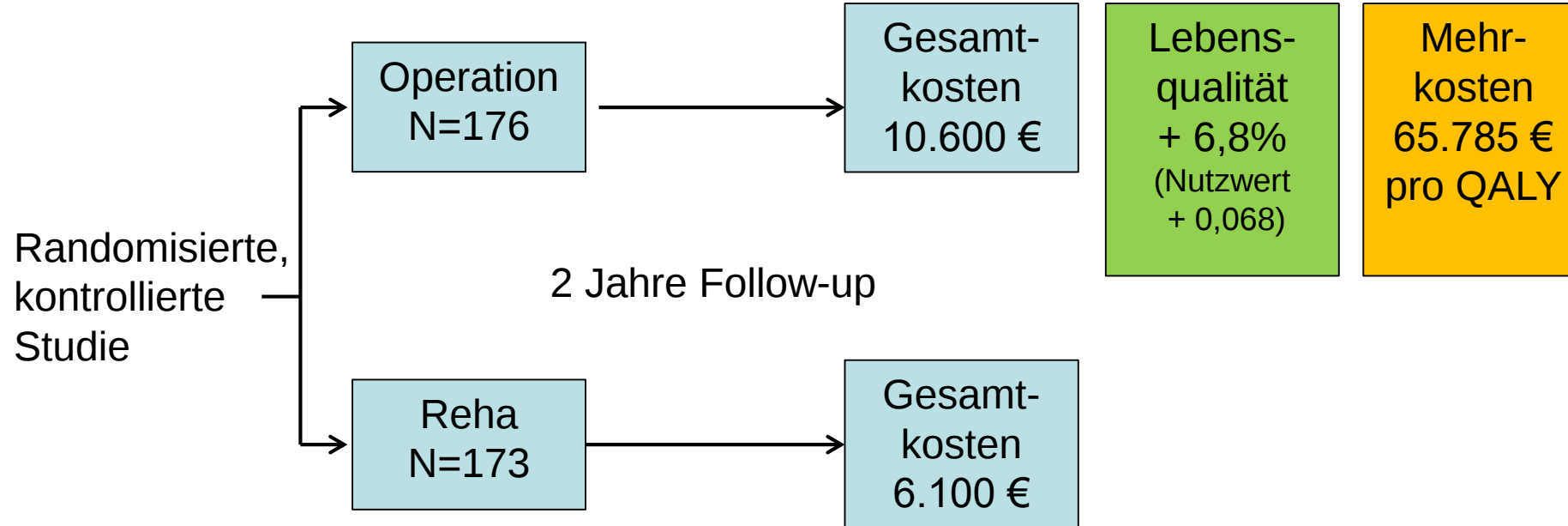
Rückenschmerzen Reha versus Operation



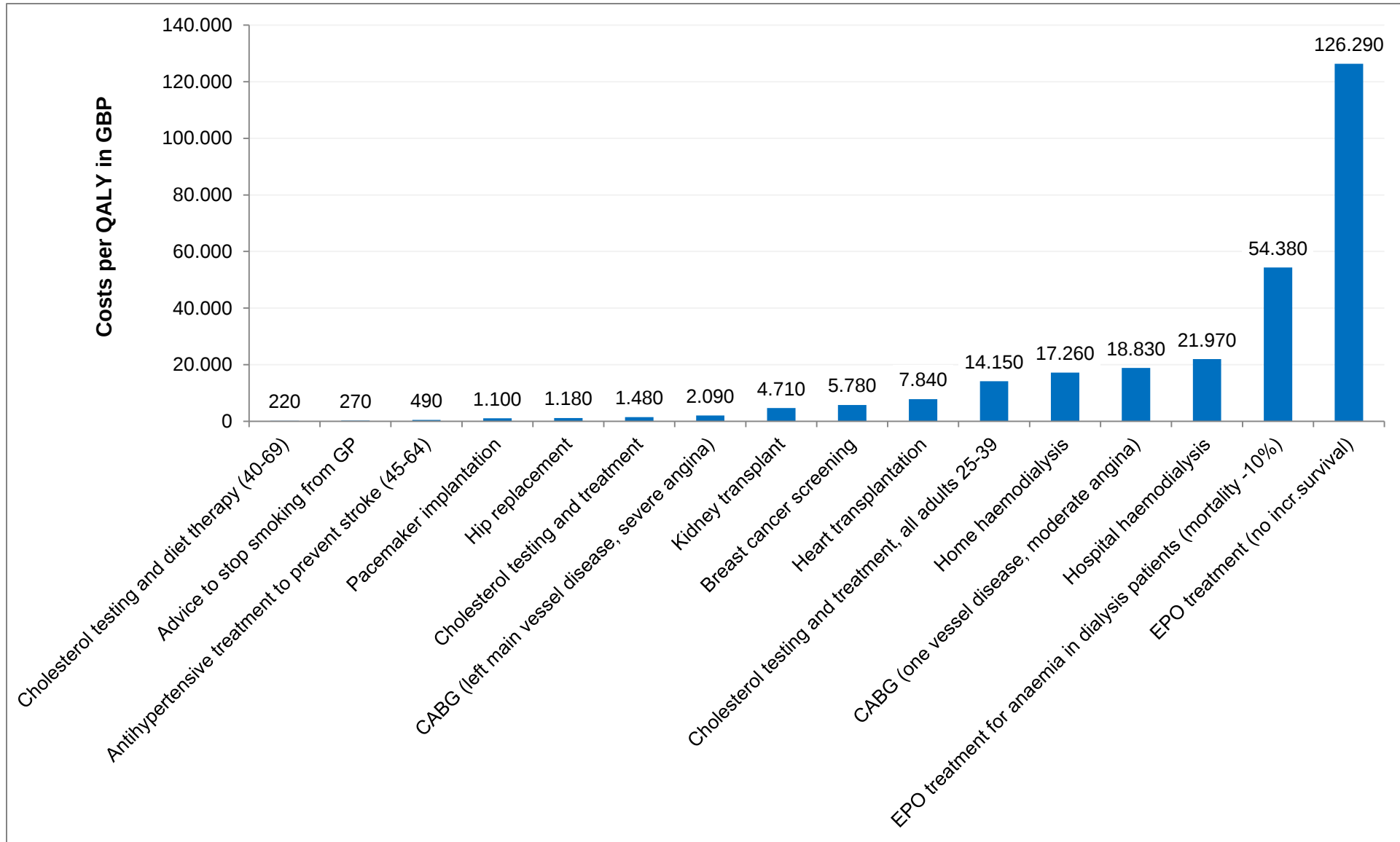
Nutzwerte
erhoben mit
EQ-5D



Rückenschmerzen Reha versus Operation



QALY league tables



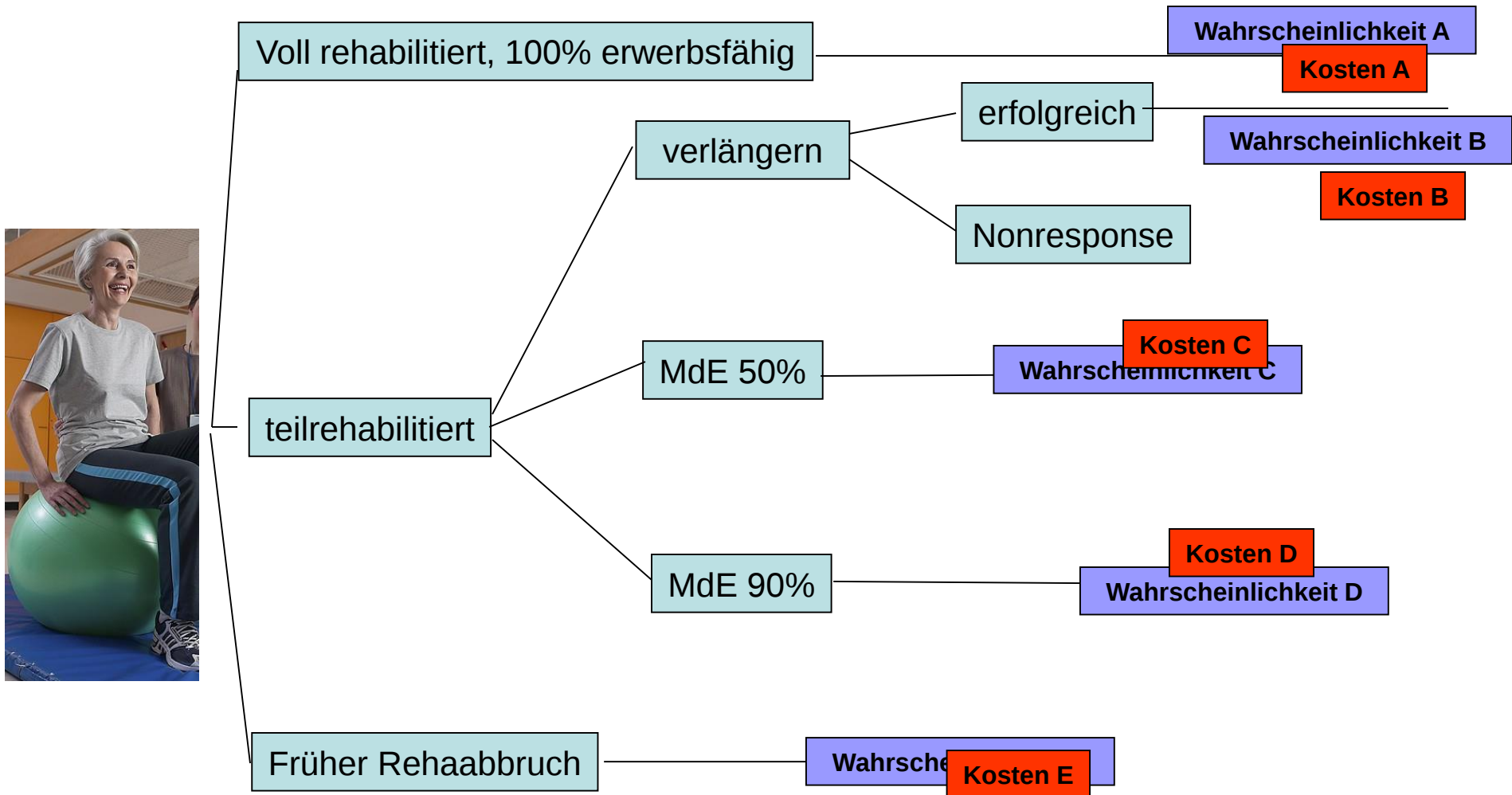
Modellrechnung

... eine auf Annahmen beruhende vereinfachte Darstellung der Wirklichkeit, die lediglich Haupteinflussfaktoren in ihren grundsätzlichen Wirkprinzipien beleuchtet.

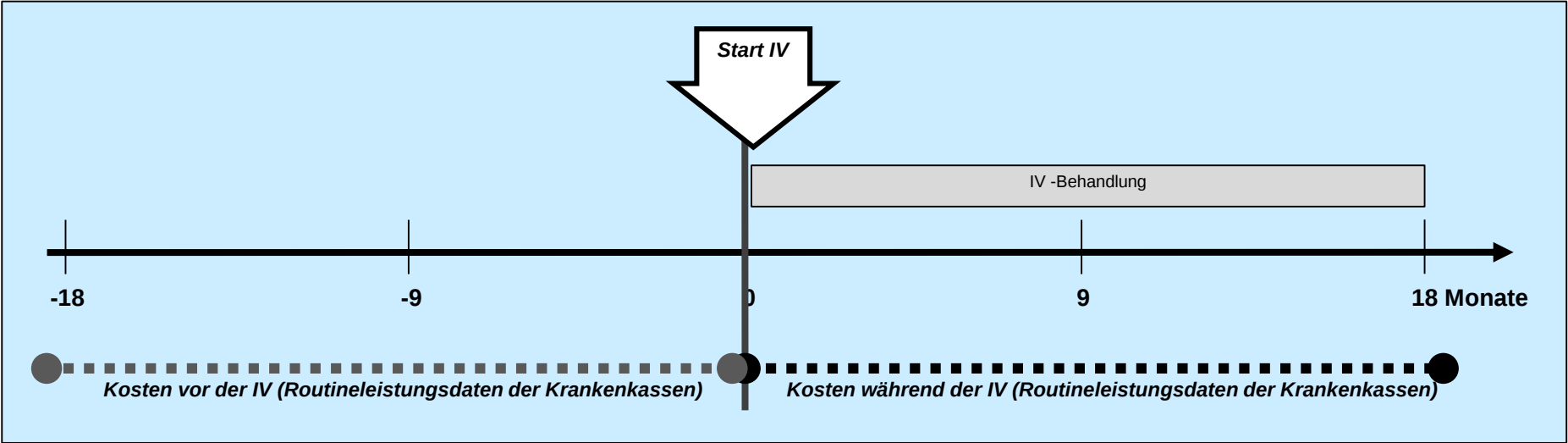
- dient der Hypothesengenerierung
- liefert Anhaltspunkte für die Durchführung realer Studien
- ...oder wird verwendet, wenn reale Studien nicht durchgeführt werden können (z.B. durch finanzielle oder methodische Restriktionen)

Mit so geringem finanziellen Aufwand würde man mit keinem Studiendesign Ergebnisse erzielen!

Beispiel: Modellierung Kosten eines Rehabilitationsverfahrens



Beispiel: Kosteneffektivität Integrierter Versorgung bei schwer psychisch Kranken



Ausgabenkomponente	18 Monate vor IV	18 Monate in IV	p-Wert
ambulante ärztlich-psychiatrische Behandlung	768	1.658	
Stationär-psychiatrische Ausgaben	5.929	2.458	<0,001
Krankenhaustage	28,6	11,8	<0,001
Rehabilitationsaufenthalte	72	68	0,95
psychiatrische Medikation	1.008	1.548	<0,001
ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, u.a.	-	1.589	
Gesamtausgaben, MW in € (SD)	7.777 (14.263)	7.321 (7.910)	0,65

Fischer et al. Gesundheitswesen 2013

Das deutsche Dilemma

- Historisch gewachsene Vollkasko mentalität in der GKV
- Separate Budgetverantwortung verschiedener Kostenträger (insbesondere in der Rehabilitation)
- (noch) keine konsentierten Bewertungskriterien
- Methodische Schwäche der QALYs → Mangelnde Akzeptanz
- Häufig unzureichende Daten- bzw. Studienlage → Potential für Versorgungsforschung
- In der Folge ethische Bedenken
- Deutschland hat keine gesundheitsökonomische Tradition
- Oberste politische Priorität liegt bei Kostendämpfung

Zusammenfassung

- Aufgabe: Datenbasis für rationale, transparente, gerechte Verteilung knapper Mittel schaffen
- Verschiedene Analyseformen, Kosten-Effektivitäts-Analysen und Kosten-Nutzwert-Analysen vorrangig sinnvoll
- Basis für Daten vielfältig: klinische Studien, Leistungsträgerdaten, Versorgungsforschung
- Achtung bei Maßen und Gewichten: Viele Kostenarten (direkt/indirekt), Kostenperspektiven (Krankenkasse oder Gesamtgesellschaft), Effektivitätsmaße
- Vorsicht bei ausländischen Daten: Ökonomische Ergebnisse nicht auf andere Gesundheitssysteme extrapolierbar
- Vorsicht vor Modellierungen: wenig aufwändig, aber anfällig für Fehlannahmen

