



Christiane Stoklossa (Autor)

**Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien als
Instrument zur Entscheidungsunterstützung in der
sozialen Krankenversicherung -am Beispiel
ausgewählter europäischer Länder-**

Schriftenreihe des Instituts für Versicherungsbetriebslehre 11
der Universität Hannover

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

Christiane Stoklossa

**Gesundheitsökonomische
Evaluationsstudien als Instrument
zur Entscheidungsunterstützung in
der sozialen Krankenversicherung**

- am Beispiel ausgewählter europäischer Länder -



Cuvillier Verlag Göttingen

<https://cuvillier.de/de/shop/publications/2374>

Copyright:

Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,
Germany

Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: <https://cuvillier.de>

„If economic evaluations of healthcare programmes were to have no impact on decisions about the allocation of resources to health care programmes, carrying out such evaluations is a meaningless activity.“

(Blumenschein, K., Johannesson, M. (1996), S. 120)

Einleitung

Während der letzten drei Jahrzehnte sind die Gesundheitsausgaben in den industrialisierten Ländern stärker gestiegen als das Bruttonationalprodukt. Regierungen und Leistungsanbieter im Gesundheitswesen haben realisiert, dass nicht mehr automatisch alle gewünschten Leistungen finanziert werden können. Krankenversicherer und Leistungsanbieter sehen sich zunehmend gekürzten Budgets gegenüber. Kostendämpfungsmaßnahmen haben in den meisten Ländern die Gesundheitspolitik dominiert. Die Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung stand bis vor wenigen Jahren noch im Hintergrund. Gleichzeitig ist der Technologiewandel im Gesundheitswesen rasant und die gesellschaftlichen Kapazitäten, diese neuen medizinischen Leistungen umfassend zu bewerten sind begrenzt. Häufig werden daher suboptimale Entscheidungen über ihren Einsatz getroffen, die zu Ineffizienzen im Gesundheitswesen führen, manchmal sogar nicht unerheblichen Schaden anrichten. Entscheidungsträger im Gesundheitswesen stehen im Kreuzfeuer der Kritik. Aufgrund der begrenzten Mittel werden Entscheidungen immer stärker unter finanziellem Druck getroffen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Informationsbasis häufig lückenhaft ist. Diese Beobachtungen treffen nicht nur auf neue und oft sehr kostspielige Innovationen zu, es ist auch ein spezielles Problem für Weiterentwicklungen bereits etablierter medizinischer Leistungen.

In den letzten Jahren wurden gesundheitsökonomische Evaluationsstudien zunehmend diskutiert und eingesetzt, um Entscheidungen über die Nutzung und Finanzierung von medizinischen Leistungen auf ein rationaleres Fundament zu stellen. Der Einfluss von ökonomischen Evaluationsstudien auf die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen konnte jedoch bislang nicht eindeutig be-

stimmt werden. Grundvoraussetzung für den Einfluss von Studien ist, dass ihre Ergebnisse von Entscheidungsträgern berücksichtigt werden. Das ist offensichtlich und trivial, ungeklärt ist dagegen das Identifizieren und Messen dieser Nutzung.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Auswirkungen von gesundheitsökonomischen Studien auf die gesundheitspolitische und medizinische Entscheidungsfindung. Dabei wird im einzelnen auf folgende Fragestellungen eingegangen:

- Wer sind die Anwender bzw. die potenziellen Nutzer von gesundheitsökonomischen Studien?
- Sind gesundheitsökonomische Studien aus Sicht der Anwender ein nützliches Instrumentarium zur Entscheidungsunterstützung?
- Werden die Evaluationsergebnisse bei medizinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen überhaupt berücksichtigt? Wenn ja, in welchem Umfang? Geschieht die Einbeziehung punktuell oder systematisch?
- Was sind die Gründe für eine möglicherweise eingeschränkte Nutzung von gesundheitsökonomischen Studien?
- Gibt es Ansatzpunkte zur Erhöhung der Akzeptanz gesundheitsökonomischer Studien für die praktische Entscheidungsfindung?

Infolgedessen stehen eingangs folgende Aspekte im Vordergrund: Die Bedeutung von Kosten-Nutzen-Relationen bei Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen (Kap. 1), die potentiellen Nutzer bzw. die Adressaten von gesundheitsökonomischen Studien (Kap. 2.2) sowie die potenziellen Einsatzbereiche der gesundheitsökonomischen Evaluation und einige internationale Beispiele für die praktische Anwendung ökonomischer Evidenz im Gesundheitswesen (Kap. 2.3). Die Darstellung von Schwierigkeiten bei der Anwendung ökonomischer Evaluationen (Kap. 2.4) gibt bereits einige Hinweise darauf, dass die Berücksichtigung von Studienergebnissen im medizinischen und gesundheitspolitischen Alltag einigen Beschränkungen unterworfen ist.

Kern der Arbeit sind drei empirische Untersuchungen über den Einfluss von gesundheitsökonomischen Studien auf die Entscheidungsfindung. Im Mittel-

punkt des Interesses steht die Frage, ob Entscheidungsträger im Gesundheitswesen Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei ihren medizinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen Beachtung schenken. Nur wenige Forschungsarbeiten haben sich bisher mit Meinungen und Haltungen von Entscheidungsträgern bezüglich gesundheitsökonomischer Evaluationen befasst, und dazu auch Entscheidungsverantwortliche persönlich befragt. Hieran anknüpfend untersucht diese Forschungsarbeit erstmals länderübergreifend die Nutzung von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien, ihr Potenzial im Gesundheitswesen und ihre Akzeptanz unter Entscheidungsträgern. Die Ergebnisse wurden sowohl mit Hilfe von postalischen Fragebögen als auch persönlichen Interviews und Gruppengesprächen mit Entscheidungsträgern aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens (u.a. Mediziner, Gesundheitspolitiker, Kostenträger) generiert.

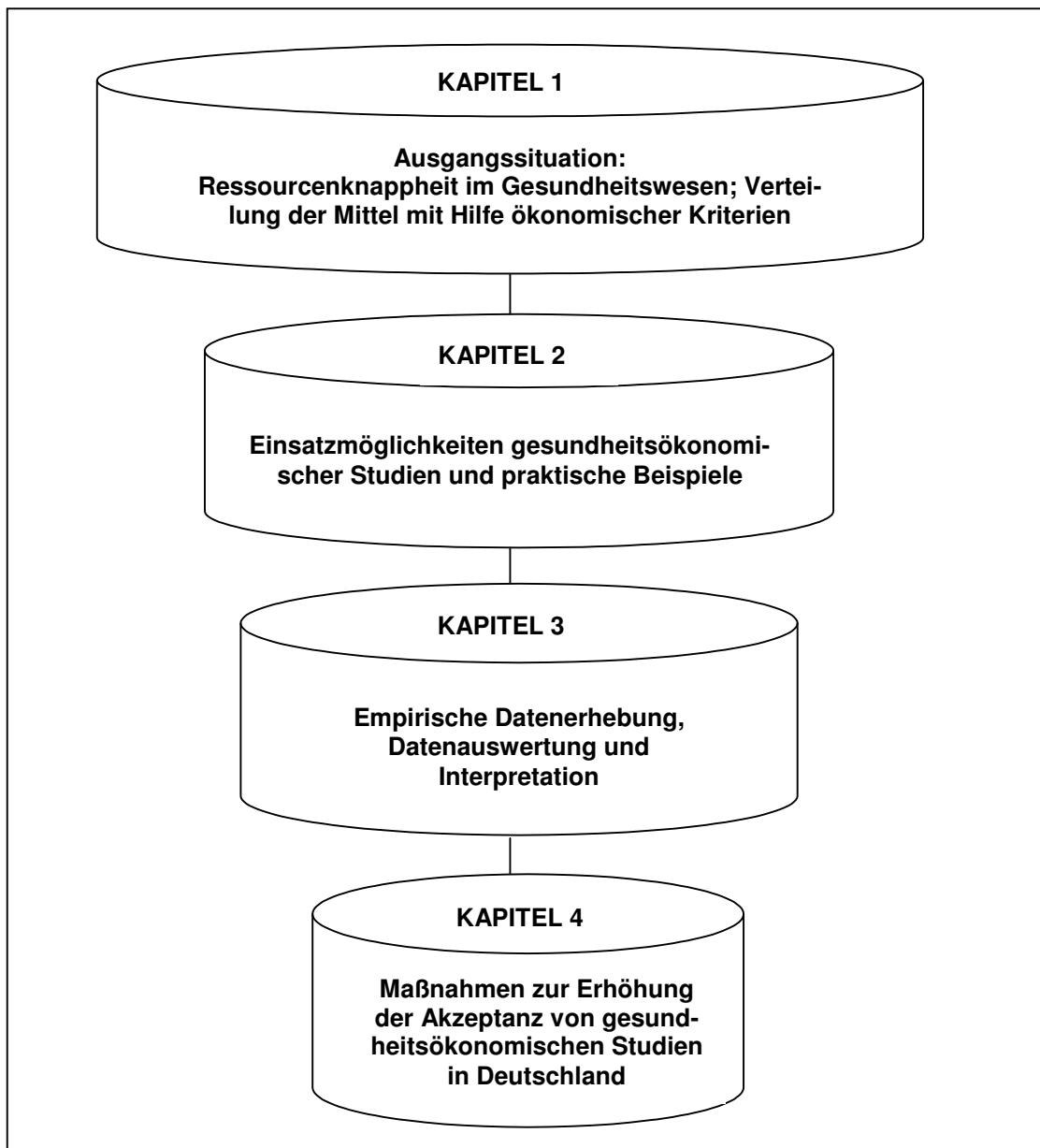
Zunächst wurden in zwei europäischen Studien (EUROMET 2000 und 2004) in insgesamt elf europäischen Ländern: Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Spanien und Portugal die Meinung von nationalen Entscheidungsträgern über die gesundheitsökonomische Evaluation erhoben (Kap. 3). Diese Studien zeigen die aktuelle Bedeutung der gesundheitsökonomischen Evaluation in den einzelnen Ländern auf und gehen der Frage nach, welche Haltung bestimmte gesundheitspolitische Entscheidungsträger verschiedener Ebenen (Politiker, Apotheker, Ärzte) gegenüber ökonomischen Analysen des Gesundheitswesens einnehmen und welche Bedeutung sie ihr persönlich beimessen. Die Sensitivität der Entscheidungsträger gegenüber den Evaluationsstudien wird anhand von vier verschiedenen Dimensionen illustriert. In diesem Rahmen wird auch untersucht welche Faktoren die Nutzung von Evaluationsstudien fördern bzw. welche sie behindern. Anwendungshindernisse betreffen unter anderem die inhaltliche Auswertung und Aufbereitung von Studienergebnissen durch die Entscheidungsträger. Dieses Problem aufgreifend wird in einer dritten Teilstudie (Abschnitt 3.4) Aufbau und Nutzen einer gesundheitsökonomischen Datenbank dargestellt und analysiert. In diesem Teilabschnitt werden weitere Probleme der Anwendung gesundheitsökonomischer Studien aufgezeigt. Es wird darüber hinaus deutlich, wie der Informationsbedarf von Entscheidungsträgern bezüg-

lich gesundheitsökonomischer Sachverhalte optimalerweise gedeckt werden kann.

Auf Basis dieser Ergebnisse werden abschließend Empfehlungen darüber abgeleitet mit welchen Maßnahmen Entscheidungsträger zu einer stärkeren Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Studien motiviert werden könnten. Dabei konzentriert sich die Darstellung ausschließlich auf das deutsche Gesundheitssystem (Kap. 4).

Die folgende Abbildung illustriert den Aufbau der Arbeit.

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit



Kapitel 1

Die ökonomischen Probleme des Gesundheitswesens europäischer Länder

1.1 Das Spannungsverhältnis zwischen medizinischen Möglichkeiten und finanziellen Ressourcen

1.1.1 Der unendliche Bedarf an Gesundheitsleistungen

Die ökonomischen Bedingungen für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen haben sich in den vergangenen zwanzig Jahren gravierend verschärft. In Verbindung mit ökonomischem Wachstum und einer Erhöhung des Lebensstandards sind in den meisten Industriestaaten während der sechziger Jahre die Ausgaben für Gesundheit stark angestiegen. Indessen hat sich seit Mitte der siebziger Jahre in den meisten europäischen Industriestaaten und in Nordamerika das ökonomische Wachstum verlangsamt. Obwohl der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in öffentlichen Budgets ein hoher Stellenwert zukommt, sanken die Wachstumsraten für Budgetzuweisungen in den Gesundheitssektor. Neben den konjunkturellen Einbrüchen sehen sich die Volkswirtschaften gegenwärtig und in Zukunft Herausforderungen gegenüber, die die Finanzierungsmöglichkeiten von Gesundheitsleistungen nachhaltig beeinflussen, wie z.B. die demographische Entwicklung. Ein sich ändernder Altersaufbau der Bevölkerung trägt dazu bei, dass die medizinische Versorgung einer steigenden Zahl von Betagten und Hochbetagten Menschen durch die erwerbstätige Bevölkerung finanziert werden muss. Diese Entwicklung sowie eine Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität führt zu einer Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Auch der medizinisch-technische Fortschritt hat hierauf wesentlichen Einfluss, da er die Möglichkeiten des medizinisch Machbaren kontinuierlich ansteigen lässt. Damit werden in der Bevölkerung weitergehende Erwartungen an das Gesundheitswesen geweckt. Zu beobachten ist, dass sich die Ansprüche hinsichtlich des Umfangs und der Qualität von Gesundheitsleistungen im Laufe der Zeit gewandelt haben. Organisierte

Patientengruppen äußern verstärkt ihre Unzufriedenheit über die Leistungserbringung und unterstützen ihre Mitglieder bei der Durchsetzung ihrer Interessen.

Die schrumpfenden Gesundheitsbudgets stehen somit der tendenziell unendlichen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegenüber. Selbst dann, wenn das gesamte Bruttosozialprodukt für Gesundheit verausgabt werden würde, blieben Bedürfnisse noch unbefriedigt und Investitionen in die Gesundheit wären weiterhin wünschenswert.¹ Verschiedene öffentliche Sektoren, wie der Wohnungsbau, der Bildungssektor, die Landesverteidigung und eben auch das Gesundheitswesen konkurrieren um die finanziellen Ressourcen einer Volkswirtschaft. Werden einem Sektor finanzielle Mittel entzogen, um diese beispielsweise dem Gesundheitsbudget zuzuführen, so geht das häufig nur auf Kosten anderer politischer und sozialer Ziele, z.B. die Erhöhung des Bildungsniveaus. Ökonomen sprechen in diesem Zusammenhang von Opportunitätskosten: Jeder Euro, der im Gesundheitswesen eingesetzt wird, z.B. für ein Transplantationszentrum, erzeugt einen Nutzenentgang für eine alternative Verwendung innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens.² Bei der Ausdehnung der Ausgaben für das Gesundheitswesen wird man daher zwangsläufig an eine Grenze stoßen, wo andere Bereiche einen höheren Stellenwert einnehmen als die Gesundheitsversorgung. In der mikroökonomischen Theorie wird dieser Sachverhalt als abnehmender Grenznutzen bezeichnet.³

Diese Diskrepanz zwischen dem, was medizinisch gewünscht wird, und dem, was finanziell realisierbar ist, demonstriert ein typisches Charakteristikum, das allen Volkswirtschaften inhärent ist: Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind knapp und müssen effizient eingesetzt werden, damit ein möglichst hoher Gesamtnutzen aus diesen knappen Ressourcen gezogen werden kann. Über viele Jahrzehnte hinweg hat eine gute Wirtschaftslage dafür gesorgt, dass vieles, was medizinisch machbar ist, ohne finanzielle Engpässe realisiert werden konnte. Lange Zeit wurden ausschließlich humane und soziale Kriterien bei der Bewertung von medizinischen Leistungen und Programmen herangezogen,

¹ Vgl. Schöffski, O. (2000a), S. 4.

² Vgl. Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (2000), S. 17.

³ Vgl. Varian, H. R. (2001), S. 61-63.

während ökonomische Aspekte eher eine untergeordnete Rolle spielten.⁴ Das kräftige Wachstum der Gesundheitsausgaben und die engen Finanzierungsspielräume der öffentlichen Haushalte hat aber immer deutlicher gemacht, dass wirtschaftliche Zwänge auch das Gesundheitswesen bestimmen. In allen Industriestaaten sind die Gesundheitssektoren mittlerweile zu einer Größe angestiegen, die die Öffentlichkeit in großem Maße sensibilisiert hat und die Höhe der Gesundheitsausgaben auf den Prüfstand stellt.

Als Reaktion auf die oben genannten Probleme haben alle europäischen Volkswirtschaften ihre Gesundheitssysteme einer kritischen Prüfung unterzogen und zum Teil weitreichende Reformen durchgeführt. Im Vordergrund dieser Reformmaßnahmen stand im wesentlichen die Kostenstabilisierung, z.B. mittels gedeckelter Budgets. Diese wurden ergänzt durch die Einführung von Markt- oder marktähnlichen Mechanismen. In einem Mix aus verschiedenen Maßnahmen behielten Kostendämpfungsmaßnahmen dennoch Priorität, wenn auch bei ihrer Umsetzung mittlerweile andere Schwerpunkte gesetzt werden. Statt einer rigiden Kostenkontrolle und -überwachung richteten sich die Maßnahmen mittlerweile stärker auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. Dieser Entwicklung wurde unter anderem durch die Formulierung von medizinischen Richtlinien in verschiedenen europäischen Ländern Ausdruck verliehen, z.B. in Großbritannien⁵, Frankreich⁶, den Niederlanden⁷, Deutschland⁸ und den skandinavischen Ländern⁹. Aber auch in der stärkeren Betonung der Notwendigkeit einer evidenz-basierten Medizin¹⁰ und dem Einsatz der gesundheitsökonomischen Evaluation bei der Entscheidungsfindung hat sich der Wandel der Gesundheitspolitik manifestiert.

⁴ Vgl. Schicke, R. K. (1977), S. 7 und Wiemeyer, J. (1984), S. 9.

⁵ Vgl. Grol, R. (1993).

⁶ Vgl. Le Fur, P., Sermet, C. (1996).

⁷ Vgl. Thomas, S. (1994).

⁸ Vgl. Berufsverband Deutscher Internisten (1996).

⁹ Vgl. Mossialos, E., Kanavos, P., Abel-Smith, B. (1996).

¹⁰ Evidence Based Medicine beschreibt einen Entscheidungsansatz nach dem Therapieentscheidungen für den individuellen Patienten in Übereinstimmung mit dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zu treffen sind. Dabei wird auf Basis individueller klinischer Erfahrung des behandelnden Arztes und qualitativer hochwertiger klinischer Studien über Behandlungsalternativen entschieden. Das aus Großbritannien stammende Konzept findet auch in Deutschland zunehmend Beachtung und wurde inzwischen auf den gesundheitsökonomischen Bereich erweitert. Vgl. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray J. A. M. u.a. (1996), Siebert, U., Mühlberger, N., Schöffski, O. (2000), S. 82-88, Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Kielhorn, A., Greiner, W. u.a. (1998), S. 35-38.

1.1.2 Rationalisierung vor Rationierung

Nach wie vor nimmt auch die Möglichkeit der Rationalisierung einen großen Raum vor allem bei der öffentlichen Diskussion um die Kostenkontrolle im Gesundheitswesen ein. Sowohl in staatlichen Gesundheitssystemen als auch in denen mit sozialen Versicherungssystemen besteht Einigkeit darüber, dass Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft werden müssen bevor Rationierungsmaßnahmen ergriffen werden sollten.¹¹

Rationalisierungsmaßnahmen, d.h. die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, tragen zu einer Verbesserung der Effizienz und der Produktivitätserhöhung bei der Leistungserstellung bei. Das Gebot ist entweder, bei einem gegebenen Ressourceneinsatz einen maximalen Output zu erzielen oder mit minimalem Mitteleinsatz ein bestimmtes Ergebnis zu verwirklichen. Die auf diese Weise eingesparten Ressourcen können dann in eine andere nutzenstiftende Verwendung fließen. Laut dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kann man von Rationalisierungspotenzialen sprechen, wenn „medizinische oder andere Leistungen generell oder indikationsspezifisch

- keine Wirksamkeit besitzen,
- eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die gleich hohe Kosten verursachen, oder
- kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen.“¹²

Die Effizienz kann beispielsweise durch die Prüfung von Behandlungsmethoden auf ihre Kosteneffektivität erhöht werden, z.B. das Durchführen einer Computertomographie zu den niedrigst möglichen Kosten oder das Veranlassen einer derartigen Untersuchung nur dann, wenn sie absolut notwendig ist und wenn es keine kostengünstigere Alternative gibt, die vermutlich zu den gleichen Resultaten führt.¹³ Ressourcen sollten also verstärkt in kosteneffektive Leistungen investiert werden. Dies beinhaltet unter anderem eine aktive Förderung des *Health Technology Assessments* und die Durchführung von Qualitätssiche-

¹¹ Vgl. Secretary of State for Health (1997), S. 7 und 8, Rebscher, H. (1998), S. 27, Rissanen, P., Häkkinen, U. (1999), S. 148, Stepan, A., Sommersguter-Reichmann, M. (1999), S. 93.

¹² Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S. 36.

¹³ Vgl. Ven, W. P. M. M. van de (1995), S. 783.

rungsmaßnahmen, wie klinischen Guidelines.¹⁴ Rationalisierungsmaßnahmen beinhalten darüber hinaus auch die Überprüfung der Leistungserbringung auf medizinisch überflüssige Diagnostik (Doppeluntersuchungen) und Operationen sowie den Ausschluss von Arzneimitteln zweifelhafter Wirksamkeit sowie das Unterbinden eines rein ökonomisch motivierten Geräteeinsatzes.

Die Verbesserung der Effizienz auf diesem Weg, also die Rückführung vermeidbarer Verschwendung ist eine durchführbare Maßnahme, die zudem mit wenig sozialen und politischen Widerständen verbunden ist. Nichtsdestotrotz, selbst wenn von der Annahme ausgegangen wird, dass noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven existieren, ist Rationalisierung nur in begrenztem Maße möglich. Auch permanente Kampagnen gegen Verschwendungserscheinungen werden allein nicht ausreichen, um eine dauerhafte Senkung der Gesundheitsausgaben zu erreichen. Die auf diese Weise erzielten Ersparnisse werden den strukturellen Kostendruck infolge des medizinisch-technischen Fortschritts, der alternden Bevölkerung und der wachsenden Ansprüche an das Gesundheitswesen nicht neutralisieren können, geschweige denn gar zu einer dauerhaften Kostensenkung beitragen.¹⁵ Unter diesen Bedingungen blieben explizite Auswahlentscheidungen, welche medizinischen Leistungen weiterhin öffentlich finanziert werden sollen, unausweichlich.

1.1.3 Prioritätensetzung bei der Erbringung von medizinischen Leistungen

Prioritäten müssten immer dann gesetzt werden, wenn die knappen Ressourcen bzw. die auf einem Markt angebotenen Güter die potentielle Nachfrage nach Leistungen nicht decken können. Da im Verhältnis zu den unbegrenzten Wünschen das Leistungsangebot beschränkt ist, bleibt Prioritätensetzung bzw. Rationierung unausweichlich.¹⁶ Das gilt für die Nachfrage nach Gesundheits-

¹⁴ Vgl. Ham, C., Honigsbaum, F. (1998), S. 115.

¹⁵ Vgl. Ven, W. P. M. M. van de (1995), S. 783. Siehe dazu auch Schmidt, V. H. (1996).

¹⁶ Nach Beske, F., Kern, A. O., Hallauer, J. F. (1998), S. 4 sind unter dem Begriff „Prioritätensetzung“ Zuteilungsentscheidungen auf der Makro- und Mesoebene des Gesundheitswesens zu verstehen während Rationierung auf der Mikroebene stattfindet, wenn darüber entschieden wird, welche Leistungen der einzelne Patient erhalten soll. Häufig werden die Begriffe Rationierung und Prioritätensetzung aber auch synonym verwendet, vor allem dann, wenn es