

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IX
Abbildungsverzeichnis.....	XII
Tabellenverzeichnis.....	XIII

Einleitung.....	1
-----------------	---

Kapitel 1

Die ökonomischen Probleme des Gesundheitswesens

europäischer Länder.....	5
--------------------------	---

1.1 Das Spannungsverhältnis zwischen medizinischen Möglichkeiten und finanziellen Ressourcen	5
---	----------

1.1.1 Der unendliche Bedarf an Gesundheitsleistungen.....	5
---	---

1.1.2 Rationalisierung vor Rationierung.....	8
--	---

1.1.3 Prioritätensetzung bei der Erbringung von medizinischen Leistungen	9
--	---

1.2 Kriterien für eine rationale Allokation von Gesundheitsleistungen	11
--	-----------

1.2.1 Die politische Diskussion der Rationierung.....	11
---	----

1.2.2 Das Maß der wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit des Leistungsempfängers	13
---	----

1.2.3 Die individuelle Zahlungsbereitschaft	14
---	----

1.2.4 Das Alter der Patienten.....	15
------------------------------------	----

1.2.5 Die Kosten-Nutzen-Relation bei Gesundheitsleistungen	15
--	----

1.3 Das Konzept der gesundheitsökonomischen Evaluation	18
---	-----------

1.3.1 Wesentliche Eigenschaften gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien.....	18
---	----

1.3.2 Formen von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen	21
--	----

1.3.3 Kosten- und Nutzenkomponenten	25
---	----

1.4 Zusammenfassung	29
----------------------------------	-----------

Kapitel 2	
Die Rolle der gesundheitsökonomischen Evaluation in Entscheidungsprozessen	32
2.1 Forschungsfragen	32
2.2 Entscheidungsebenen und Entscheidungsträger	34
2.2.1 Die Vielfalt der Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen	34
2.2.2 Potentielle Nutzer von gesundheitsökonomischen Studien	38
2.3 Einsatzbereiche von gesundheitsökonomischen Studien und praktische Beispiele	43
2.3.1 Einsatzbereiche	43
2.3.1.1 Überblick.....	43
2.3.1.2 Die Planung spezieller medizinischer Einrichtungen und Verfahren	47
2.3.1.3 Marktzulassung und Preisregulierung von Medikamenten	48
2.3.1.4 Entscheidungen über den Umfang des gesetzlichen Leistungskataloges	50
2.3.1.5 Die Berücksichtigung von ökonomischen Informationen in Behandlungsleitlinien.....	53
2.3.1.6 Nutzung durch die pharmazeutische Industrie.....	54
2.3.2 Beispiele für die Einflussnahme von gesundheitsökonomischen Studien auf die Entscheidungsfindung	56
2.3.2.1 Nachweis der ökonomischen Effizienz als Voraussetzung für die öffentliche Finanzierung von Medikamenten: Australien und Ontario	56
2.3.2.2 Health Technology Assessment	59
2.3.2.3 National Institute for Clinical Excellence in Großbritannien	69
2.3.2.4 Gesetzliche Regelungen zur Vorlage gesundheitsökonomischer Evaluationen in Europa	74
2.4 Schwierigkeiten bei der Anwendung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse	77
2.5 Zusammenfassung	89

Kapitel 3

Einfluss von gesundheitsökonomischen Studien auf die Entscheidungsfindung – drei empirische Untersuchungen91

3.1	Studienziele.....	91
3.1.1	Bisher geleistete Forschungsarbeit.....	91
3.1.2	Überblick über die empirischen Arbeiten und ihre Forschungsfragen	95
3.2	Die EUROMET 2000-Studie	100
3.2.1	Fragestellungen und Studiendesign	100
3.2.2	Länderergebnisse	105
3.2.2.1	Deutschland.....	108
3.2.2.1.1	Methoden und Teilnehmergruppen	108
3.2.2.1.2	Ergebnisse	110
3.2.2.1.3	Schlussfolgerungen.....	119
3.2.2.2	Finnland.....	122
3.2.2.2.1	Methoden und Teilnehmergruppen	122
3.2.2.2.2	Ergebnisse	124
3.2.2.2.3	Schlussfolgerungen.....	131
3.2.2.3	Frankreich.....	133
3.2.2.3.1	Methoden und Teilnehmergruppen	133
3.2.2.3.2	Ergebnisse	133
3.2.2.3.3	Schlussfolgerungen.....	141
3.2.2.4	Niederlande	142
3.2.2.4.1	Methoden und Teilnehmergruppen	142
3.2.2.4.2	Ergebnisse	143
3.2.2.4.3	Schlussfolgerungen.....	153
3.2.2.5	Österreich	154
3.2.2.5.1	Methoden und Teilnehmergruppen	154
3.2.2.5.2	Ergebnisse	155
3.2.2.5.3	Schlussfolgerungen.....	165
3.2.2.6	Portugal	168
3.2.2.6.1	Methoden und Teilnehmergruppen	168
3.2.2.6.2	Ergebnisse	170
3.2.2.6.3	Schlussfolgerungen.....	177
3.2.2.7	Spanien	178
3.2.2.7.1	Methoden und Teilnehmergruppen	178
3.2.2.7.2	Ergebnisse	179
3.2.2.7.3	Schlussfolgerungen.....	189
3.2.2.8	Großbritannien.....	190
3.2.2.8.1	Methoden und Teilnehmergruppen	190
3.2.2.8.2	Ergebnisse	191
3.2.2.8.3	Schlussfolgerungen.....	197

3.2.3	Ergebnisse der EUROMET 2000-Studie im Überblick.....	198
3.2.3.1	Gesundheitsökonomisches Basiswissen	198
3.2.3.2	Nutzung von Ergebnissen gesundheitsökonomischer Studien ..	200
3.2.3.3	Potentielle Einsatzmöglichkeiten gesundheitsökonomischer Evaluation und ihre Akzeptanz	201
3.2.3.4	Hemmnisse und Anreize beim Einsatz der Evaluations- ergebnisse	202
3.2.3.5	Implikationen der EUROMET 2000-Studie	207
3.3	Die EUROMET 2004-Studie	213
3.3.1	Fragestellungen und Studiendesign	213
3.3.2	Länderergebnisse	214
3.3.2.1	Deutschland.....	217
3.3.2.1.1	Methoden und Teilnehmergruppen	217
3.3.2.1.2	Ergebnisse	217
3.3.2.1.3	Schlussfolgerungen.....	220
3.3.2.2	Frankreich.....	221
3.3.2.2.1	Methoden und Teilnehmergruppen	221
3.3.2.2.2	Ergebnisse	222
3.3.2.2.3	Schlussfolgerungen.....	224
3.3.2.3	Großbritannien.....	225
3.3.2.3.1	Methoden und Teilnehmergruppen	225
3.3.2.3.2	Ergebnisse	225
3.3.2.3.3	Schlussfolgerungen.....	228
3.3.2.4	Italien	229
3.3.2.4.1	Methoden und Teilnehmergruppen	229
3.3.2.4.2	Ergebnisse	229
3.3.2.4.3	Schlussfolgerungen.....	231
3.3.2.5	Niederlande	232
3.3.2.5.1	Methoden und Teilnehmergruppen	232
3.3.2.5.2	Ergebnisse	232
3.3.2.5.3	Schlussfolgerungen.....	235
3.3.2.6	Norwegen	236
3.3.2.6.1	Methoden und Teilnehmergruppen	236
3.3.2.6.2	Ergebnisse	236
3.3.2.6.3	Schlussfolgerungen.....	238
3.3.2.7	Spanien	239
3.3.2.7.1	Methoden und Teilnehmergruppen	239
3.3.2.7.2	Ergebnisse	240
3.3.2.7.3	Schlussfolgerungen.....	242

3.3.2.8	Schweden	242
3.3.2.8.1	Methoden und Teilnehmergruppen	242
3.3.2.8.2	Ergebnisse	243
3.3.2.8.3	Schlussfolgerungen.....	244
3.3.3	Ergebnisse der EUROMET-Studien im Überblick.....	245
3.3.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse der EUROMET 2004-Studie	245
3.3.3.2	Vergleich der Ergebnisse beider Studien.....	250
3.3.3.3	Kritische Würdigung und Forschungsausblick	252
3.4	Die NHS EED-Studie	256
3.4.1	Fragestellungen und Studiendesign	256
3.4.2	Ergebnisse.....	259
3.4.3	Kritische Würdigung.....	266
3.4.4	Schlussfolgerungen	269
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	271
Kapitel 4		
Maßnahmen zur Erhöhung der Akzeptanz		
gesundheitsökonomischer Studien in Deutschland.....		
274		
4.1	Institutionelle Einbindung ökonomischer Aspekte.....	274
4.1.1	Regulierungsmaßnahmen	274
4.1.2	Die „Vierte Hürde“ aus deutscher Sicht	276
4.2	Kooperation von Wissenschaft und Praxis	283
4.2.1	Befriedigung der Bedürfnisse von Entscheidungsträgern	283
4.2.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	286
4.2.3	Entwicklung in Deutschland.....	289
4.3	Qualitätssicherung gesundheitsökonomischer Studien.....	293
4.3.1	Standardisierung.....	293
4.3.2	Guidelines.....	295
4.3.3	Situation in Deutschland	304

4.4	Einfluss ökonomischer Aspekte auf medizinische Leitlinien	308
4.4.1	Integration ökonomischer Daten in medizinische Leitlinien	308
4.4.2	Akzeptanzprobleme auf medizinischer Seite	309
4.4.3	Umsetzungsproblematik in Deutschland.....	313
4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	316
LITERATURVERZEICHNIS		325
ANHANG		375

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösegesetz
ABPI	Association of the British Pharmaceutical Industry
Abs.	Absatz
ACT	Assertive Community Treatment
ANAES	L'Agence Nationale pour l'Accréditation e l'Evaluation en Santé
ANDEM	L'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAHTA	Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
CBA	cost-benefit analysis
CEA	cost-effectiveness analysis
CEDIT	Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques
CISEP	Centro de Investigacao Sobre Economia Portuguesa
CODECS	Collège des Economistes de la Santé
COHTA	Catalan Office of Health Technology Assessment
CT	Computertomographie
CUA	cost-utility analysis
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation
DMP	Disease-Management-Programm
DoH	Department of Health
DRGs	Diagnosis Related Groups
etc.	et cetera

EU	Europäische Union
EUROMET	European Network on Methodology and Application of Economic Evaluation Techniques
EURO NHEED	European Network of Health Economic Evaluation Databases
FinOHTA	Finnish Office for Health Technology Assessment
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HARMET	The Harmonisation by Consensus of the Methodology for Economic Evaluation of Health Care Technologies in the European Union
HEED	Health Economic Evaluation Database
Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment
ISTAHC	International Society for Technology Assessment in Health Care
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
LQ	Lebensqualität
MeSH	Medical Subject Headings
MRT	Magnetresonanztomographie
NHS	National Health Service
NHS EED	National Health Service Economic Evaluation Database
NICE	National Institute for Clinical Excellence
No.	Number
OHE	Office of Health Economics
o.O.	ohne Ort
OTA	Office for Technology Assessment
o.V.	ohne Verfasser
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme
PCG	Primary Care Group
QALY	Quality Adjusted Life Year
S.	Seite
SBU	Swedish Council for Technology Assessment in Health Care

SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch
STAKES	National Research and Development Centre for Welfare and Health
TA	Technology Assessment
u.a.	und andere / unter anderem
vgl.	vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
z.Zt.	zur Zeit

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit	4
Abbildung 2: Klassifizierung gesundheitsökonomischer Evaluationen.....	21
Abbildung 3: Relevante Kostenkomponenten aus verschiedenen Perspektiven	26
Abbildung 4: Beispiele für Kosten- und Nutzenarten einer gesundheitsöko- nomischen Studie	28
Abbildung 5: Entscheidungen über die Lenkung der knappen Ressourcen....	35
Abbildung 6: Einsatzbereiche der gesundheitsökonomischen Evaluation	44
Abbildung 7: Probleme bei der praktischen Anwendung gesundheitsöko- nomischer Studien	78
Abbildung 8: Teilnehmer der EUROMET 2000-Studie.....	97
Abbildung 9: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - alle Befragten (Deutschland).....	111
Abbildung 10: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - Ärzte (Deutschland)	112
Abbildung 11: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - Nicht-Ärzte (Deutschland)	112
Abbildung 12: Quellen der verwendeten Studien (Deutschland).....	114
Abbildung 13: Potenzial gesundheitsökonomischer Studien in Deutschland	116
Abbildung 14: Vereinbarkeit der Ökonomie mit ethischen Grundsätzen (alle deutschen Teilnehmer)	117
Abbildung 15: Empfohlene Maßnahmen zum Abbau der Hemmnisse bei der Berücksichtigung von Evaluationsergebnissen.....	211

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Entscheidungsträger und ihre Motivation zur Nutzung von ökonomischen Evaluationsstudien.....	42
Tabelle 2: Studiendesign der EUROMET 2000-Studie	103
Tabelle 3: Übersicht über Methoden und Beteiligungsquoten.....	106
Tabelle 4: Teilnehmer der deutschen Fragebogenstudie.....	109
Tabelle 5: Informationsquellen (Deutschland).....	113
Tabelle 6: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Deutschland).....	118
Tabelle 7: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Deutschland).....	119
Tabelle 8: Versendung und Rücklauf von Fragebögen in Finnland - nach Institutionen und Berufsgruppen.....	123
Tabelle 9: Teilnehmer nach Berufsgruppen (Finnland)	124
Tabelle 10: Teilnehmer nach Arbeitsplatz (Finnland).....	125
Tabelle 11: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - Ärzte und Nicht-Ärzte in % (Finnland).....	126
Tabelle 12: Informationsquellen (Finnland)	127
Tabelle 13: Quellen der verwendeten Studien (Finnland)	128
Tabelle 14: Potenzial gesundheitsökonomischer Studien in Finnland (Antworten in %).....	129
Tabelle 15: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Finnland)	130
Tabelle 16: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Finnland)	131
Tabelle 17: Zugehörigkeit zu Institutionen im Gesundheitswesen (Frankreich)	133
Tabelle 18: Spektrum der Schulungen von Entscheidungsträgern und Experten im Gesundheitswesen (Frankreich).....	134

Tabelle 19: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie (Frankreich)	135
Tabelle 20: Informationsquellen (Frankreich).....	135
Tabelle 21: Berücksichtigung von Studien bei der Entscheidungsfindung (Frankreich)	136
Tabelle 22: Quellen der verwendeten Studien (Frankreich)	137
Tabelle 23: Potenzial gesundheitsökonomischer Studien in Frankreich (Frage a).....	138
Tabelle 24: Potenzial gesundheitsökonomischer Studien in Frankreich (Frage b).....	138
Tabelle 25: Vereinbarkeit der Ökonomie mit ethischen Grundsätzen (Frankreich)	139
Tabelle 26: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Frankreich)	140
Tabelle 27: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Frankreich)	141
Tabelle 28: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Niederlande).....	150
Tabelle 29: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Niederlande).....	151
Tabelle 30: Teilnahme der Ärzte an der Fragebogenstudie (Österreich)	155
Tabelle 31: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - Ärzte (Österreich)	157
Tabelle 32: Informationsquellen (Österreich)	158
Tabelle 33: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Österreich)	162
Tabelle 34: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Österreich)	164
Tabelle 35: Rücklauf bei der Ärztebefragung in Portugal.....	169
Tabelle 36: Kenntnisstand in Gesundheitsökonomie - Ärzte (Portugal)	170
Tabelle 37: Potenzial gesundheitsökonomischer Studien in Portugal - Ärzte (in %).....	172

Tabelle 38: Vereinbarkeit der Ökonomie mit ethischen Grundsätzen - Ärzte (in %) (Portugal)	173
Tabelle 39: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen - Ärzte (Portugal)	174
Tabelle 40: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen - Ärzte (Portugal)	176
Tabelle 41: Methoden bei der Befragung spanischer Entscheidungsträger ...	179
Tabelle 42: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (Großbritannien)	195
Tabelle 43: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (Großbritannien)	196
Tabelle 44: Hemmnisse bei der Nutzung von Evaluationsergebnissen (alle Länder)	203
Tabelle 45: Anreize für die Nutzung von Evaluationsergebnissen (alle Länder)	205
Tabelle 46: Teilnehmerländer von EUROMET 2000 und 2004	213
Tabelle 47: Teilnehmergruppen der EUROMET 2004-Studie	215
Tabelle 48: Ergebnisse der EUROMET 2004-Studie im Überblick	247
Tabelle 49: Identifizierte medizinische Fachgebiete und Suchergebnisse	261
Tabelle 50: Ergebnisse der Fokusgruppen in britischen Health Authorities ...	265