

Viviane Scherenberg

**Gesundheitsökonomische
Evaluationen kompakt**
Für Studium, Prüfung und Beruf



University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Viviane Scherenberg

Gesundheitsökonomische Evaluationen kompakt

Für Studium, Prüfung und Beruf

M E T H O D E N B U C H



University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Herausgegeben vom Präsidium der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen
3. Auflage 2018

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement und Lektorat: Corinna Dreyer
Umschlaggestaltung, Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Titelbild: Fotolia © Ivelin Radkov
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-39-6

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
1 Intention gesundheitsökonomischer Evaluationen	11
1.1 Problem und Fragestellung	11
1.2 Ursachen, Relevanz und Notwendigkeit	16
1.3 Bewältigungsstrategien	20
1.3.1 Rationalisierung	20
1.3.2 Priorisierung	24
1.3.3 Kostenverlagerung	27
1.3.4 Rationierung	32
1.4 Interessen- und Verteilungskonflikte	35
1.5 Gesetzliche Verpflichtungen	40
1.6 Entscheidungsfindung und Wahl von Alternativen	44
1.7 Deutschland im Ländervergleich	47
2 Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluationen	52
2.1 Studienperspektive	52
2.2 Identifizierung und Quantifizierung der Kosten und Nutzen	55
2.2.1 Identifizierung: Kosten- und Nutzenklassifikationen	56
2.2.2 Quantifizierung: Ermittlung der Kosten und Nutzen	61
2.2.3 Exkurs: Messung der Lebensqualität	69
2.3 Quantifizierungsgrundlage: Datenquellen	78
3 Methoden gesundheitsökonomischer Evaluationen	85
3.1 Nicht vergleichende (isolierte) Methoden	88
3.1.1 Kostenanalyse	88
3.1.2 Krankheitskostenanalyse	89

3.2	Vergleichende Methoden	96
3.2.1	Kosten-Minimierungs-Analyse (CMA)	97
3.2.2	Kosten-Nutzen-Analyse (CBA)	100
3.2.3	Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA)	102
3.2.4	Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA)	107
4	Prinzipien, Grenzen und Besonderheiten	115
4.1	Prinzipien gesundheitsökonomischer Evaluationen	115
4.1.1	Ablauf: Schrittfolgen gesundheitsökonomischer Evaluationen	119
4.1.2	Zeithorizont: Diskontierung	121
4.1.3	Verlässlichkeit: Sensitivitätsanalysen	125
4.1.4	Modellierung: Entscheidungsanalysen	129
4.2	Grenzen gesundheitsökonomischer Evaluationen	138
4.3	Besonderheiten: Gesundheitsökonomische Evaluationen in Prävention und Gesundheitsförderung	141
4.4	Bewertung von gesundheitsökonomischen Evaluationen	150
	Schlussbetrachtung	154
	Anhang	157
	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	157
	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	162
	Abkürzungsverzeichnis	167
	Glossar	168
	Literaturverzeichnis	172
	Abbildungsverzeichnis	184
	Tabellenverzeichnis	186
	Sachwortverzeichnis	187
	Über die Autorin	191

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

für das Themenfeld „Gesundheitsökonomische Evaluationen“ existieren ohne Zweifel bereits einige Fachbücher, die diese bedeutende Thematik sehr umfangreich vermitteln. Das vorliegende Buch soll Ihnen indes kompakt und übersichtlich die wichtigsten Aspekte gesundheitsökonomischer Evaluationen Schritt für Schritt näherbringen. Der Unterschied zu anderen existierenden Werken liegt darin, dass Sie mit diesem Fachbuch nicht nur die Möglichkeit haben, sich umfangreiches Wissen anzueignen, sondern dieses auch mithilfe von Merksätzen, Selbstüberprüfungsaufgaben und Zusammenfassungen vertiefen und Kapitel für Kapitel selbstständig überprüfen können.

Angereichert mit einer Vielzahl an unterschiedlichsten Praxisbeispielen und praxisorientierten Tipps soll zudem die Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen werden, um Ihnen auf diese Weise den Einstieg in die komplexe Materie zu erleichtern. Aus diesem Grund ist das vorliegende Buch sowohl für Berufspraktiker als auch für Studierende geeignet und bietet eine kompakte Einführung in gesundheitsökonomische Evaluationen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und viel Erfolg beim Eindringen in diese wichtige Materie. Danken möchte ich an dieser Stelle besonders den Menschen, die mich inspirieren, Fachbücher zu schreiben: meinen Studierenden! Gleichmaßen gilt mein besonderer Dank meiner Lektorin, Frau Corinna Dreyer, sowie Frau Dr. Petra Becker vom Verlag APOLLON University Press – ohne die dieses Buch nicht existieren würde.

Herzliche Grüße

Viviane Scherenberg

Einleitung

Dieses Buch befasst sich mit den Grundlagen gesundheitsökonomischer Evaluationen. Nicht zuletzt angesichts zunehmend knapper Ressourcen gewinnen gesundheitsökonomische Evaluationen in allen Bereiche des Gesundheitswesens immer mehr an Bedeutung – angefangen bei der Prävention, Arzneimittelversorgung, Therapie und Rehabilitation bis hin zur Pflege.

Dabei geht es nicht nur um die reine Vermittlung der unterschiedlichen Methoden. Vielmehr sollen die Inhalte dieses Buches Sie dafür sensibilisieren, wie bedeutend es für die Sicherung unseres Gesundheitssystems und die Verteilung der knappen Mittel ist, die „richtigen“ Dinge zu tun (Effektivität) und die Dinge „richtig“ zu tun (Effizienz). Nach Peter Ferdinand Drucker, einem der bedeutendsten Management-Vordenker, ist „es wichtiger, das Richtige zu tun, als etwas richtig zu machen“, denn Effizienz kann niemals Effektivität ersetzen. Oder mit anderen Worten ausgedrückt: „Nichts ist weniger produktiv als mehr Dinge zu erlangen, die wir besser gar nicht täten.“ (Drucker, zit. n. Naz, 2004, S. 214) Auch oder gerade im Gesundheitswesen sollte daher das vorrangige Ziel sein zu ermitteln, was das „Richtige“ ist. Denn nur so können sich Versorgungs- oder Präventionsstrategien im Gesundheitswesen durchsetzen, die sowohl finanzierbar sind als auch gesundheitlich positive Ergebnisse für uns alle sichern, die also nachweislich effektiv und effizient sind.

Scheint diese Logik auf den ersten Blick vielleicht etwas trivial, bestehen dennoch gerade im Gesundheitswesen vielfältige nicht nur methodische, sondern auch ethische Herausforderungen, die sich aus unseren Grundrechten wie Gleichheit, Gerechtigkeit und Solidarität ergeben. Wie wir im vorliegenden Buch sehen werden, versucht die Gesundheitsökonomie durch den Einsatz von gesundheitsökonomischen Evaluationen bei der notwendigen Diskussion um die gerechte Verteilung (Allokation) der immer knapperen Ressourcen zu einer Versachlichung des hoch emotionalen und brisanten Themas beizutragen und Hilfestellungen bei der Lösungssuche zu leisten. Aus diesem Grund zielen gesundheitsökonomische Untersuchungen auf die Evaluation des Verhältnisses von Kosten und Effektivität ab.

Zusammengefasst strebt das vorliegende Fachbuch daher folgende Lernziele an:

- Sie kennen die Grundprinzipien ökonomischen Handelns und wissen, warum gesundheitsökonomische Evaluationen notwendig sind.
- Sie erhalten Kenntnis über die wichtigsten Akteure und gesetzlichen Hintergründe zu gesundheitsökonomischen Evaluationen.
- Sie kennen die betriebswirtschaftlich und gesundheitsökonomisch relevanten Kosten- und Nutzenarten.
- Sie kennen die unterschiedlichen gesundheitsökonomischen Bewertungsmethoden und können die einzelnen Methoden nicht nur unterscheiden, sondern auch ihre jeweiligen Vor- und Nachteile benennen.
- Sie haben einen Einblick in die unterschiedlichen Formen der Lebensqualitätsmessung gewonnen.
- Sie wissen, wann welche gesundheitsökonomischen Bewertungsmethoden in der Praxis einsetzen werden.
- Sie kennen die Vorgehensweise und Aspekte, die bei der Durchführung von gesundheitsökonomischen Evaluationen beachtet werden müssen.

Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre und Bearbeitung des Buches viel Spaß!

Viviane Scherenberg

1 Intention gesundheitsökonomischer Evaluationen

Im ersten Kapitel werden Sie für die Notwendigkeit gesundheitsökonomischer Evaluationen sensibilisiert. Sie lernen sowohl die Ursachen der zunehmenden Ressourcenknappheit als auch die daraus resultierenden Herausforderungen kennen und erfahren, mit welchen Strategien versucht wird, der Knappheitssituation im Gesundheitswesen zu begegnen.

1.1 Problem und Fragestellung

Zweifelsohne haben wir dem medizintechnischen Fortschritt sehr viel zu verdanken, hat er doch unzähligen Menschen ein längeres Leben beschert und unnötiges Leid erspart. Ausgangspunkte des medizintechnischen Fortschritts sind die zunehmende Globalisierung sowie neue mediale Kommunikationstechnologien, die unweigerlich zu einer Zunahme der Wissensverbreitung und der Steigerung der Innovationsgeschwindigkeit geführt haben. Doch während einerseits der daraus resultierende medizintechnische Fortschritt mit immer neueren (möglicherweise besseren, aber mitunter teureren) Methoden und Technologien zur Krankheitsbehandlung aufwartet, werden andererseits die Ressourcen im Gesundheitswesen immer knapper.

Anzumerken ist, dass neben der Unsicherheit über die nachgewiesene Wirksamkeit und Wirkung von bestehenden und neuen medizinischen Interventionen eine steigende Innovationsgeschwindigkeit auch immer mit dem Risiko einer höheren „Fehleranfälligkeit“ behaftet ist. Von Experten wird dieses Phänomen auch als „globale Beschleunigungskrise“ (vgl. Kafka, 1994, S. 10 ff.) bezeichnet, da mit der Zahl der Veränderungen und Neuerungen (bzw. Problemlösungen) automatisch auch die Zahl neuer Probleme ansteigt.

Die Überprüfung des tatsächlichen Nutzens und der Kosten und damit die nachhaltige Sicherung und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung geraten aber nicht nur angesichts des medizinischen Fortschritts, sondern auch aufgrund einer Vielzahl interagierender Herausforderungen (z. B. demografische Entwicklung, An-

stieg chronischer Erkrankungen, Multimorbidität) mehr denn je in den Fokus der gesundheitspolitischen Diskussion.



MERKSATZ

„**Nachhaltigkeit** ist die Fähigkeit des Systems, seine normalen Aktivitäten bis weit in die Zukunft hinein aufrechtzuerhalten.“ (WHO, 2008, S. 15) Der Begriff der Nachhaltigkeit darf dabei nicht auf Dauerhaftigkeit reduziert werden. Denn Nachhaltigkeit schließt die soziale und ökonomische Dimension und damit den bedächtigen Umgang mit den Ressourcen im Sinne der Gewährleistung der interpersonellen und intertemporalen bzw. intergenerativen Gerechtigkeit (d. h. die Verteilungsgerechtigkeit unterschiedlicher Personengruppen, z. B. arm und reich im Zeit- bzw. Generationenverlauf) zur dauerhaften Aufrechterhaltung des Systems und des sozialen Friedens mit ein (vgl. Scherenberg, 2009, S. 364).

Ein Ansatz, die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens auch dauerhaft sicherzustellen, ist die systematische Erschließung von Rationalisierungspotenzialen. Die Erschließung von möglichen Rationalisierungspotenzialen setzt allerdings voraus, dass medizinische Therapien, Methoden oder Technologien etc. mithilfe von gesundheitsökonomischen Evaluationen auf ihre tatsächliche Vorteilhaftigkeit geprüft werden, um letztlich den Mitteleinsatz zu rechtfertigen und die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern.

Offene Fragen, denen wir in diesem Zusammenhang (und im Rahmen des vorliegenden Buches) auf den Grund gehen, sind:

- Auf welcher Basis und mit welchen Methoden kann eine solch schwierige Chancen-Risiko-Abwägung und eine Entscheidungsbasis für oder gegen eine mitunter vielversprechende medizinische Methode oder Technologie überhaupt zustande kommen?
- Welche Überlegungen müssen – wenn es um das gesundheitliche Wohl möglichst vieler Menschen geht – im Gesundheitswesen berücksichtigt werden?

Denn auch wenn es unser Wunsch wäre, stellt das Gesundheitswesen kein Schlaraffenland dar, in dem Güter und Dienstleistungen in unbegrenztem Umfang zur Verfügung stehen. Auch wenn grundsätzlich die gesamtgesellschaftliche Zahlungsbereitschaft für Gesundheitsleistungen hoch ist, so sind die finanziellen Mittel auf Makroebene und damit zwangsläufig die gesamtgesellschaftliche Zahlungsfähigkeit (bzw. das Gesundheitsbudget) selbst begrenzt (vgl. Schöffski/Schumann, 2008, S. 150). Daraus folgt, dass wir – angesichts der Begrenztheit der Güter – gezwungen sind, Entscheidungen hinsichtlich konkurrierender Bedürfnisse zu treffen (vgl. Bernholz/Breyer, 1993, S. 12).

Wertvolle Erkenntnisse der Ökonomie können uns helfen, der zunehmenden Knappheit sinnvoll zu begegnen. Denn nicht ohne Grund wird Ökonomie auch als die „Lehre von der Knappheit“ oder die „Kunst des Mangels“ bezeichnet (vgl. Siebert, 1982, S. 4).

Anzumerken ist, dass die interdisziplinäre Verbindung von Medizin und Ökonomie mitunter kritisch beäugt wird. Denn gerade wenn es um unser allerhöchstes Gut – die Gesundheit – geht, sind wir hoch sensibel. Oft wird insbesondere die monetäre Bewertung des menschlichen Lebens, die im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationen vorgenommen wird, missverstanden (vgl. Schulenburg/Greiner, 2007, S. 2).



MERKSATZ

In diesem Buch konzentrieren sich die Instrumentarien der Gesundheitsökonomie weder ausschließlich auf Kostenaspekte noch wird die Bewertung des Lebens auf rein objektive Aspekte reduziert. Vielmehr geht es darum darzustellen, dass die Gesundheitsökonomie mithilfe gesundheitsökonomischer Evaluationen einen versachlichten Beitrag leisten möchte, damit die vorhandenen Mittel möglichst sinnvoll zum Zwecke der Maximierung des kollektiven Gemeinnutzens eingesetzt werden.

Dies ist notwendig, da einerseits Ressourcen alternativ verwendet werden können und andererseits Menschen unterschiedliche Bedürfnisse haben, die aufgrund der knappen Mittel nicht alle befriedigt werden können. Denn finanzielle Mittel, die für

einen Bereich verwendet (bzw. mitunter verschwendet) werden, stehen faktisch für andere Bereiche nicht mehr zur Verfügung (vgl. Fleßa, 2007, S. 18). Entsprechend müssen knappe Güter weise verteilt (allokiert) werden.



MERKSATZ

Unter dem Begriff **Allokation** (abgeleitet aus dem lateinischen Verb: „allocare“ = „platzieren“ oder „zuteilen“) wird die Zuweisung knapper Ressourcen auf verschiedene Verwendungsmöglichkeiten verstanden.

Das beschriebene Kernproblem des Wirtschaftens, also das Spannungsverhältnis zwischen begrenzten Mitteln und (scheinbar) unbegrenzten Bedürfnissen, findet sich somit auch im Gesundheitswesen wieder. Schauen wir uns die – aus der Knappheit der Mittel resultierenden – spezifischen Herausforderungen des Gesundheitswesens einmal genauer an, ergeben sich aus gesundheitsökonomischer Sicht folgende Frage- bzw. Problemstellungen (vgl. Hajen et al., 2004, S. 11):

1. **Fragestellung:** *Werden die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens gerecht auf die Bedürfnisse der Versicherten/Patienten verteilt?*

Diese Herausforderung wird als Allokationsproblem (auch bekannt als Verteilungsproblem) bezeichnet. Denn nicht alle Bedürfnisse können gleichzeitig erfüllt werden. Daraus ergibt sich, dass Priorisierungen je nach Dringlichkeit vorgenommen werden müssen. Dies kann nur geschehen, wenn entsprechende Informationen über die Bedürfnisse (bzw. Erkrankungen etc.) bekannt sind.

2. **Fragestellung:** *Werden mitunter knappe Ressourcen verschwendet? Oder mit anderen Worten: Erfolgt die Vorbeugung oder Behandlung von Erkrankungen bei höchstmöglicher Qualität zu möglichst geringen Kosten?*

Diese Herausforderung wird Effizienzproblem genannt. Durch die Ermittlung der z. B. effizientesten medizinischen Interventionen wird versucht, mithilfe von gesundheitsökonomischen Evaluationen schlummernde Rationalisierungspotenziale freizusetzen.

3. **Fragestellung:** *Werden die vorhandenen Mittel – unabhängig von z. B. Schicht, Einkommen, Alter, Geschlecht – gerecht verteilt?*

Die Herausforderung der gerechten Verteilung (Distribution) der Gesundheitsleistungen wird als Distributionsproblem bezeichnet. Maßgeblich geht es hier darum, Kriterien zu bestimmen, wie die Gesundheitsgüter verteilt werden können.

4. **Fragestellung:** *Inwiefern trägt die Verwendung der Mittel zu einer Steigerung der Wertschöpfung bei? Welche Bedeutung nimmt der Gesundheitssektor im Vergleich zu anderen Branchen ein?*

Die Herausforderungen, die mit der Bedeutung der Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft verbunden sind, werden als Wertschöpfungsproblem bezeichnet. Hier werden die Aspekte der Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft – im Gegensatz zur allgegenwärtigen Kostendebatte – als positives Wertschöpfungspotenzial thematisiert.



MERKSATZ

Die **Gesundheitsökonomie** beschäftigt sich mit der Allokation, Effizienz, Distribution und Wertschöpfung von Gesundheitsleistungen. Die Basis für Entscheidungsregeln sind Kosten-Nutzen-Abwägung und Verhaltensannahmen (vgl. Hajen et al., 2004, S. 15). Gesundheitsökonomische Evaluationen leisten hierbei einen wertvollen Beitrag, um zunehmend knapper werdende Ressourcen nutzenmaximierend zu verwenden.

Als Evaluatoren sind wir im Rahmen des vorliegenden Buches insbesondere daran interessiert, einen Beitrag zur **Minderung des Allokations-, Distributions- und Effizienzproblems** zu leisten. Unser Ziel als Gesundheitsökonominnen ist es, die Kosten und den Nutzen von medizinischen Interventionen (also das Kosten-Nutzen-Kalkül) und das Denken in möglichen Alternativen (Opportunitätskostenprinzip) näher zu beleuchten. Warum diese Herausforderung für das Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnt, werden Sie im folgenden Kapitel erfahren.

Sachwortverzeichnis

A

Ablauf	119
Akzeptanzbereitschaftsansatz	68
Allokationsebenen	37
Allokationsproblem	14, 37
Analyse, inkrementelle	104
Arzneimittel	28, 29, 41, 96
Arzneimittelzulassung	42
Arzt-Patienten-Beziehung	34, 139, 146
Aspekte, ethische	119

B

Barwert	121, 123
Bedarfsdeckungsprinzip	40
Beitragsbemessungsgrenze	20
Bewertung	151
bidding game	69
Blasendiagramm	135
Bonusprogramm	40, 86, 144, 147
Bottom-up-Ansatz	62, 63, 64, 94, 125
Break-even-Point-Analyse	127
bubble charts	135
burden-of-illness-study	89

C

Compliance	139
cost-analysis	88
cost-benefit-analysis	100
cost-effectiveness-analysis	102
cost-minimization-analysis	97
cost-of-disease-study	89
cost-of-illness-study	89
cost-utility-analysis	107

D

Datenqualität	81
Datenrecherche	80
Desk Research	78
DIMDI	161
Disease-Management-Programm	41, 86
Diskontierung	108, 117, 121, 122
Diskontierungsrate	121
Diskontierungssatz	123
Diskriminierung	119
Distributionsproblem	15
Dreieck der Gesundheitspolitik	39

E

EbM	27
effectiveness	22, 146
Effekte, langfristige	139
Effektivität	22, 46, 47, 98, 118, 150
efficacy	22
efficiency	22, 146
Effizienz	22, 118, 146, 150
Effizienzproblem	14, 37
Einnahmeimplosion	17
Entscheidungsanalyse	129, 136
Entscheidungsbaumanalyse	133, 138
Entscheidungsregeln	46
Epidemiologie, deskriptive	79
Evaluationen, gesundheitsökonomische	
– Ablauf	87, 119
– Bewertungskriterien	115
– Formen	87
– Grenzen	138
– Kostenanalyse	88
– Kosten-Effektivitäts-Analyse	102
– Kosten-Minimierungs-Analyse	97
– Kosten-Nutzen-Analyse	100
– Kosten-Nutzwert-Analyse	107
– Krankheitskostenanalyse	89
– Mindestanforderungen	144

Evidenz	152	K	
Evidenzhierarchie	81, 152	Kaldor-Hicks-Kriterium	36
Extremwertanalyse	128	Kardinalskalen	74
F		Knappheitsproblem	17
Fall-Kontroll-Studien	82	– Faktoren, endogene	18, 20
Field Research	78	– Faktoren, exogene	18, 20
Friktionskostenansatz	66, 68	Kohorten-Studien	82
G		Kompensationskriterium	36
Gebührenordnung	57, 63	Kompressionsthese	142
Genauigkeit	117	Kosten	
Gesundheitsausgaben	16, 28	– direkte	57
Gesundheitsversorgung, Finanzierbarkeit	19	– indirekte	58
Gewinnschwellenanalyse	127	– intangible	59, 61
Goldstandard	82	– tangible	59, 61
Grenzkosten	56	Kostenanalyse	88, 113
Guidelines	54, 118	Kostendämpfung	95
H		Kosten-Effektivitäts-Analyse	102, 106, 113
healthy user effect	144	Kosten-Effektivitäts-Diagramm	44
Homo oeconomicus	35	Kosten-Effektivitäts-Quotient	104
HTA-Berichte	79	Kosten-Konsequenz-Analyse	154
Humankapital	101, 122, 139	Kosten-Kosten-Analyse	97
Humankapitalansatz	64, 66, 68	Kosten-Minimierungs-Analyse	97, 113
I		Kosten-Nutzen-Analyse	100, 102, 113, 123
Input-Output-Relation	104	Kosten-/Nutzenermittlung	61
Intervention, medizinische	85	Kosten-/Nutzenklassifikation	57
– Kostenwirksamkeit	96	– direkt/indirekt	57
– Vielfalt	139	– tangibel/intangibel	59
Intervention, präventive	147	Kosten-Nutzwert-Analyse	107, 111, 113, 125
Inzidenzansatz	94	Kosten-Vergleichs-Analyse	97
IQWiG	44	Kostenverlagerung	27, 31
		– Selbstbeteiligung	28
		– Streichung	29
		Kostenwirksamkeit	96
		Kosten-Wirksamkeits-Analyse	102
		Krankheitskostenanalyse	88, 89, 91, 95

L		N	
League-Tabelle	109	Nutzen	
Lebenserwartung	19	– direkter	57
Lebensqualität		– indirekter	58
26, 29, 52, 69, 102, 107, 111, 139		– intangibler	60
Lebensqualität, qualitätsadjustierte	108	– tangibler	61
Lebensqualitätsdimensionen	70	Nutzwert	107, 111
Lebensqualitätsmessung	71		
– generische Instrumente	72	O	
– Gütekriterien	74	Objektivität	116
– Indexinstrumente	71	oneway-analysis	127
– indikationsspezifische Instrumente	72	Opportunitätskosten	55, 56
– krankheitsspezifische Instrumente	72	Opportunitätskostenprinzip	15
– Profilinstrumente	71	Ordinalskalen	73
– regionsspezifische Instrumente	72	Outcome-Parameter	103, 131
– Skalenform	73		
Leistungsempfänger	52	P	
Leistungserbringer	52	Pareto-Effizienz	36
Leistungsträger	52	Partial-Evaluationen	88
long-term-measures	150	Peer-Review-Verfahren	116
		Populationsgruppen	139
M		Praktikabilität	118
Marginalanalyse	56, 104	Prävalenzansatz	94
Markov-Analyse	135, 138	Prävention	135
Maximalprinzip	21	Präventionsdilemma	144
Medikalisierungsthese	142	Präventionsinterventionen	143
Medizin, evidenzbasierte	27, 81	Primärdaten	78
Meta-Analyse	78, 81	Prinzip, ökonomisches	21, 23
Methoden		Priorisierung	24, 27
– monokriterielle	107	Priorisierungsalgorithmus	25
– multikriterielle	107	Produktivitätsverlust	64, 65, 66, 67
– nicht vergleichende	88	promising interventions	149
– vergleichende	96	proven interventions	149
middle-term-measures	150		
Minimalprinzip	21	Q	
Modellierung		QALY	108, 109, 110, 113, 125, 138
– Entscheidungsbaumanalyse	133	Qualitätsverbesserung	49
– Markov-Analyse	135	QUALY-Ermittlung	109
Monte-Carlo-Simulation	137		
Multimorbidität	19		

R

RABE-Parameter	29
Randomisierung	143
Rating-Scale-Verfahren	75
Rationalisierung	12, 14, 20, 23, 27
Rationierung	27, 29, 32, 35
Rationierungsformen	32
RCT	82
Reliabilität	117
Ressourcenallokation	54, 88

S

Schwellenwertanalyse	127
Sekundärdaten	78
Sensitivitätsanalyse	118, 125, 126, 128
short-term-measures	150
Standard-Gamble-Verfahren	75
Studiendesign	94
Studientypen	83
Surveys	79

T

threshold analysis	127
Time-discounting-Variablen	122
Time-Trade-off-Verfahren	76
Top-down-Ansatz	63, 64, 94
Transparenz	116

U

utilities	107
-----------	-----

V

Validität	63, 117
Vergleichbarkeit	118, 138
Verpflichtungen, gesetzliche	40
Verursacherprinzip	29
Vier-Felder-Matrix	44
Volkswirtschaft	53
Vollständigkeit	117

W

Wahltarif	40
Wertschöpfungsproblem	15
Willingness-to-pay-Ansatz	68, 101
Wirksamkeit	11, 38, 46
Wirtschaftlichkeit	38, 41
Wirtschaftlichkeitsgebot	40
Wirtschaftlichkeitsmaße	22
Wohlfahrtstheorie	35

Z

Zahlungsbereitschaft	13, 69, 138
Zahlungsbereitschaftsansatz	68
Zahlungsfähigkeit	13, 69

Über die Autorin

Prof. Dr. P.H. Viviane Scherenberg MPH

(geb. 1971) ist seit Mitte 2009 als Autorin und Lehrbeauftragte für den Bereich Public Health und seit April 2011 als Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule für Gesundheitswirtschaft in Bremen tätig. Zuvor studierte sie Betriebswirtschaft (Marketing) an der Hochschule AKAD, Angewandte Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Uni Bielefeld und promovierte am Zentrum für Sozialpolitik (Uni Bremen) bei Herrn Prof. Gerd Glaeske. Vor ihrer Hochschultätigkeit war sie 8 Jahre in der Industrie und 13 Jahre in einer Marketingagentur (u. a. Leitung des Bereichs Health- & Socialcare). Sie ist Autorin zahlreicher Publikationen und engagiert sich ehrenamtlich in diversen Verbänden (z. B. BDVB: Fachgruppe s3 – Soziale Sicherungssysteme, Gesundheitsökonomie, Gesellschaft für Nachhaltigkeit).