



WHO

REGIONALBÜRO FÜR EUROPA

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 KOPENHAGEN Ø
DÄNEMARK
TEL.: (45) 39 17 17 17
TELEFAX: (45) 39 17 18 18
TELEX: 15348 UND 12000

53690
EUR/ICP/POLC 02 01 03
ORIGINAL: ENGLISCH
NICHT REDIGIERT
E54621

EVALUATION VON KOSTENEFFEKTIVITÄT IN DER GESUNDHEITS- VERSORGUNG

Bericht über eine
WHO-Tagung

Celle
9.-12. Dezember 1996

1997

EUR/GFA-Ziel 34

ZIEL 34

MANAGEMENT DER ENTWICKLUNG ZUR „GESUNDHEIT FÜR ALLE“

Bis zum Jahr 2000 sollte es in allen Mitgliedstaaten Managementstrukturen und -prozesse geben, mit denen man die gesundheitliche Entwicklung im Sinne der GFA-Prinzipien inspirieren, leiten und koordinieren kann.

Schlüsselwörter

COST-BENEFIT ANALYSIS
HEALTH ECONOMICS
EUROPE

Alle Rechte an diesem Bericht sind dem WHO-Regionalbüro für Europa vorbehalten. Es ist indessen ohne weiteres gestattet, dieses Dokument zu rezensieren, auszugsweise wiederzugeben, zu vervielfältigen oder in andere Sprachen zu übersetzen, sofern dies nicht zum Zwecke des Verkaufs oder im Zusammenhang mit anderen kommerziellen Zwecken geschieht. Name und Emblem der WHO sind geschützt und dürfen ohne Genehmigung nicht für Nachdrucke oder Übersetzungen benutzt werden. Für den Inhalt der mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge ist ausschließlich der Verfasser verantwortlich. Das WHO-Regionalbüro für Europa bittet um Zusendung von drei Kopien jeder Übersetzung.

1. EINFÜHRUNG

Auf der WHO-Konferenz zu Gesundheitsreformen in den europäischen Ländern vom 10. bis 17. Juni 1996 in Ljubljana, Slowenien, haben die europäischen Gesundheitsminister bzw. ihre Repräsentanten sich auf eine Charta geeinigt, welche die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Resultaten, die Qualität der Versorgung und die Kosteneffektivität besonders betont. Dabei wurde festgestellt, daß Fortschritt in Hinblick auf das Ziel "Gesundheit für alle" in allen Ländern möglich sei, wenn schädliche, unnütze und nicht kosteneffektive Handlungen und Strategien der Gesundheitsversorgung identifiziert und eliminiert werden können.

Als Teil dieses Handelns gibt es bereits eine Reihe internationaler und nationaler Bemühungen, die Efficacy und Effektivität von Technologien und Prozeduren im Gesundheitswesen zu evaluieren. Diese Evaluation bezieht sich sowohl auf die unter optimalen Bedingungen zu erreichende Effektivität ("Efficacy") als auch auf die in der Realität der medizinischen Versorgung tatsächlich erzielte bzw. erzielbare Effektivität ("Community effectiveness"). Zu den mit unterschiedlichem Erfolg durchgeführten evaluativen Bemühungen zählt auch die Dissemination der Ergebnisse. Ein noch recht neuer und wenig konsistent gebrauchter Bestandteil dieser evaluativen Bemühungen ist die Analyse der Kosteneffektivität. Ihr verhältnismäßig schwacher Einfluß auf klinische und sonstige, die Gesundheitsversorgung betreffende Entscheidungen, dürfte auch an der noch geringen Anwendungshäufigkeit liegen. Krankenversicherungen und staatliche Einrichtungen, welche für die Gesundheitsversorgung ihrer Bürger aufkommen müssen, sehen jedoch überall in Europa zunehmend die Notwendigkeit, Kosten einzudämmen und sich auf essentielle Bedürfnisse zu konzentrieren.

Daher wurde von der WHO eine Tagung einberufen, um Erfahrungen auszutauschen über die Methodologie, die Organisation, die Prioritätensetzung, die Dissemination und den Einfluß von Kosteneffektivitäts-Evaluationen im Bereich der Gesundheitswesen, und um Empfehlungen abzugeben, welche die wissenschaftliche Basis des interdisziplinären Herangehens an Kosteneffektivitäts-Evaluationen von Prozeduren und Technologien in der Gesundheitsversorgung stärken.

Die Tagung wurde veranstaltet und unterstützt vom deutschen Bundesministerium für Gesundheit und wurde organisiert in Kooperation mit der Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover, der Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung an der Universität Hannover sowie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) in Köln.

Die eingeladenen Experten aus 13 Ländern repräsentierten ein breites Spektrum sowohl hinsichtlich ihrer disziplinären Herkunft als auch bezüglich ihrer Zuständigkeit und Einbindung in die jeweiligen Gesundheitssysteme. Vertreten waren Ökonomen, Epidemiologen, Gesundheitssystemforscher, klinische Wissenschaftler und praktisch-politisch Tätige in Ministerien, Krankenversicherungen und nationalen Gesundheitsdiensten. Eine Liste der Teilnehmer befindet sich im Anhang 1.

Zu den wichtigsten diskutierten Themen zählten die Methodologie der Kosteneffektivitäts-Evaluation, der Einsatz ihrer Ergebnisse in Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen, sowie Möglichkeiten, die Kosteneffektivitäts-Evaluation von Prozeduren und Technologien im Gesundheitswesen auf nationaler und internationaler Ebene zu organisieren. Das Programm der Tagung ist als Anhang 2 beigefügt.

Bei der Eröffnung der Tagung wies Dr. H. Zöllner (Regionalbüro für Europa der WHO) auf die Wichtigkeit ökonomischer Evaluationen im Kontext von Gesundheitsreformen hin. Er betonte, daß es wichtig sei, zu erkennen, daß ökonomische Evaluation nicht mit simpler Kostenreduktion gleichgesetzt werden darf, da die Evaluation beide Seiten, d. h. sowohl Kosten als auch die damit erzielten Resultate, berücksichtigt. Er wies darauf hin, daß sowohl über die Methodologie als auch über die Stellung von ökonomischer Evaluation in den Gesundheitswesen noch debattiert werde und es daher vermutlich nicht in allen Punkten zu einem Konsens kommen könne. Nichtsdestotrotz solle es möglich sein, Wege aufzuzeigen, die von den Mitgliedsländern entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten befolgt werden könnten.

Die Teilnehmer wurden außerdem im Namen der lokalen Gastgeber von Prof. F. W. Schwartz (Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover) willkommen geheißen, welcher auch die Sitzung leitete. In dieser Funktion wurde er von Dr. K. Weis (Center for Cost and Financing Studies, Agency for Health Care Policy and Research, USA) als stellvertretende Sitzungsleiterin unterstützt. Professor Drummand (englischer Bericht) und Professor von der Schulenburg (deutscher Bericht) wurden gebeten, zusammen mit Professor Buxton und Dr Busse als Rapporteurs zu fungieren.

2. ÖKONOMISCHE EVALUATION IM KONTEXT DES TECHNOLOGY ASSESSMENTS

Ökonomische Evaluation im Gesundheitswesen sollte als Teil der übergreifenden Anstrengungen verstanden werden, welche als Technology Assessment bezeichnet werden. Sie stehen ebenfalls in engem Zusammenhang mit Initiativen wie der Entwicklung klinischer Leitlinien, der Qualitätssicherung oder der evidenzbasierten Medizin. Alle diese Aktivitäten sind multidisziplinäre Bemühungen, welche so dicht wie möglich zu der gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung in den verschiedenen Ländern stattfinden sollten.

Technology Assessment im Gesundheitswesen ist ein Bereich, welcher vor etwa 30 Jahren in den USA entwickelt wurde und seit etwa 20 Jahren auch in Europa, zuerst in Schweden, Bedeutung erlangt hat. Inzwischen gibt es in etlichen europäischen Ländern Einrichtungen und Programme, die sich mit Technology Assessment beschäftigen.

Diese Einrichtungen haben dabei vier hauptsächliche Aufgaben, nämlich:

Identifikation

Frühzeitiges Erkennen aufkommender Technologien und Prozeduren ist eine Voraussetzung für rechtzeitiges Evaluieren. Ein System der Erfassung kommender Technologien würde die Politikverantwortlichen vor der bevorstehenden Ausbreitung solcher Technologien warnen, so daß Assessment angefordert und finanziert werden könnte.

Erprobung

Eine Reihe von Assessments sollten zu Technologien gemacht werden unter Einschluß von Efficacy, Sicherheit und Kosteneffektivität. (Hier ist die ökonomische Analyse mit der breiteren Evaluation verbunden.) Die Assessments müßten iterativ durchgeführt werden, da die Technologie sich im Laufe der Verbreitung verbessern oder für zunehmend weitere Indikationen Anwendung finden mag.

Synthese

Aufgrund der Vielfalt möglicher Assessments ist es wichtig, alle verfügbare Information, insbesondere zu Efficacy und Sicherheit, in einer Synthese zusammenzufügen. Viele Technology Assessments bestehen aus sorgfältigen Synthesen, zumal wenn länger vorausschauende klinische Studien fehlen. Die Grenzen solcher Synthesen sollten aber nicht übersehen werden, und die Entwicklung zur Sammlung ökonomischer Daten und zur Begleitung klinischer Prospektivstudien ist begrüßenswert.

Dissemination

Eine Strategie zur Dissemination der Forschungsergebnisse und zur Anwendung der erwünschten Änderungen in der Gesundheitspolitik und der klinischen Praxis ist wichtig. Dies war in der Regel der schwächste Punkt beim Technology Assessment. Eine Schlüsselfrage ist die Erkennung der Auswahl an Politikinstrumenten zur Umsetzung der Resultate des Health Technology Assessments. Diese Instrumente werden von Land zu Land variieren, umfassen aber auf der Ebene der Gesundheitswesen: (i) die Planung der Spezialisierung, (ii) den Ausschluß von Technologien von öffentlicher Finanzierung und (iii) die Reform der Finanzierungssysteme der Gesundheitsinstitutionen (z.B. Krankenhäuser) oder -personal; manchmal umfassen sie auch - mit unterschiedlichen Folgen für soziale Gerechtigkeit und Effizienz: (iv) die Einführung von Zahlungen durch die Patienten und (v) die Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.

Nach den langjährigen Erfahrungen der WHO zu schließen, werden Technology Assessment und evidenzbasierte Praxis nur dann Qualität verbessern, wenn sie auf der Ebene der Gesundheitspraxis in einen Prozeß eingebettet sind, der folgendes umfaßt: (i) ein Protokoll aus literatur- oder konsensgestützten Schlüsselindikatoren, die aktuelles Wissen und die Evidenz bezüglich der für den Erfolg entscheidenden Faktoren widerspiegeln; (ii) ein partizipatorisches, freiwilliges und vertrauliches System täglicher Datengewinnung, -analyse und -rückmeldung aus der Praxis und unter Berücksichtigung der örtlichen Umstände; (iii) ein System der Erfolgsanalyse und des Feedbacks mit der Aufforderung an die erfolgreichsten Kliniker, ihre Methoden und Erfahrungen mit anderen zu teilen; und (iv) eine ständige Neubewertung der "zur Verfügung stehenden Evidenz" und der Zielvorgaben (Benchmarks), und damit eines kontinuierlichen Prozesses des Lernens und der Qualitätsentwicklung.

Die in Europa existierenden staatlichen bzw. öffentlichen Einrichtungen für Technology Assessment haben sich mit Förderung der Europäischen Union zum EURASSESS-Projekt zusammengeschlossen, welche zu den genannten Punkten sowie zu der Nutzung von Technology Assessment - Ergebnissen in den nationalen Gesundheitsdiensten bzw. den Sozialversicherungssystemen Arbeitsgruppen gebildet hat. Die Ergebnisse und Empfehlungen dieser Arbeitsgruppen werden im Laufe des Jahres 1997 im International Journal of Technology Assessment in Health Care publiziert.

3. ÜBERBLICK ÜBER RELEVANTE PUNKTE DER KOSTENEFFEKTIVITÄTSEVALUATION VON PROZEDUREN UND TECHNOLOGIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Das steigende Interesse an ökonomischen Evaluationen

Aufgrund des gesteigerten Interesses an der Kosteneffizienz der Gesundheitsversorgung, d.h. an guten Leistungen und Resultaten für das eingesetzte Geld, wächst auch das Interesse an entsprechenden ökonomischen Evaluationen. Ökonomische Evaluationen sind dabei eine Möglichkeit, den Wert von Technologien und Prozeduren im Gesundheitswesen zu messen, indem ihre Kosten mit ihren Konsequenzen bzw. gesundheitsrelevanten Resultaten verglichen werden. Es gibt dabei verschiedene Formen der ökonomischen Evaluation (z. B. Kosteneffektivitäts-Analyse, Kosten-Nutzwert-Analyse, Kosten-Nutzen-Analyse), welche alle auf einer grundsätzlich gleichen Methodologie beruhen, sich aber durch die Messung und Bewertung der erzielten Resultate unterscheiden.

Die Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen von Technologien können Entscheidungen im Gesundheitswesen auf den verschiedenen Ebenen beeinflussen: Welche Technologien oder Verfahren überhaupt und wenn ja, auf welcher Ebene angeboten werden sollen, wie gesundheitsrelevante Leistungen erbracht werden und für wen diese Leistungen erbracht werden sollen. Zu der ersten Kategorie gehören Entscheidungen über den Erwerb neuer Großgeräte, den Bau neuer Einrichtungen, die Aufnahme der Leistungen in den Gebührenkatalog usw. Zu dem zweiten Themenkomplex gehören z.B. Entscheidungen über Richtlinien zum Einsatz der Technologien, zur Organisationsstruktur der Leistungserbringer oder zur Festlegung von geographischen Einheiten zur Nutzung dieser Technologien. In die dritte Gruppe fallen Entscheidungen zur Anwendung von Technologien für bestimmte Bevölkerungsgruppen (Zugang nach Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischen Status, Diagnose etc.)

In den vergangenen Jahren gab es eine spürbare Zunahme der Publikationen im Bereich ökonomischer Evaluation. Vielfach erschienen sie in den wichtigen medizinischen Fachzeitschriften, welche darüber nachdachten, wie diese Studien angemessen zu bewerten seien. Das British Medical Journal hat kürzlich ein internationales Arbeitspapier zusammengestellt, um einen Standard für das Bewerten publizierter ökonomischer Evaluationen in medizinischen Journalen zu entwickeln (BMJ Economic Evaluation Working Party, 1996).

Ökonomische Evaluationen haben aber auch von politischer Seite zunehmend Beachtung erfahren. So sind z.B. sowohl in Australien als auch in der kanadischen Provinz Ontario ökonomische Evaluationen eine unabdingbare Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit bzw. staatliche Finanzierung von Technologien und Prozeduren. In beiden Gebieten existiert aufgrund dieser Verpflichtung z. B. auch jeweils eine Positivliste für Arzneimittel. In den USA hat der Öffentliche Gesundheitsdienst eine Gruppe von Experten zur Rolle von Kosteneffektivitäts-Analysen im Gesundheitswesen zusammengerufen (Gold et al, 1996; siehe auch Haddix et al, 1996). Der Bericht dieses Expertenkomitees ist auf einer Konferenz besprochen worden, bei der die verschiedenen Regierungsbehörden ihre Gedanken zur Rolle von ökonomischen Evaluationen im Gesundheitswesen dargestellt haben.

Richtlinien zur Methodologie ökonomischer Evaluationen

Oft wird behauptet, daß ein Faktor, welcher den Einfluß ökonomischer Studien mindert, die Variabilität in der angewandten Methodologie ist. Tatsächlich liegen mehrere Reviews zu methodischen Schwächen publizierter gesundheitsökonomischer Studien vor. Es darf jedoch dabei nicht

übersehen werden, daß genau diese Publikationen zur Identifikation und zur formalisierten Festlegung guter Methoden beigetragen haben. Auch die Empfehlungen der US-amerikanischen Gruppe sind 1996 in drei Publikationen im Journal of the American Medical Association veröffentlicht worden. Dabei wurde u.a. darauf hingewiesen, daß jede publizierte gesundheitsökonomische Studie einen Referenzfall beinhalten sollte. Richtlinien und Standards zu entwickeln, ist auch das Ziel von Initiativen in Australien und Kanada. Zusätzlich gibt es zahlreiche Richtlinien von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen in etlichen europäischen Ländern, so z.B. in Belgien, Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß, auch wenn die generellen methodischen Prinzipien gut definiert sind, es doch noch eine beträchtliche Variabilität in der Herangehensweise gibt.

Während feststeht, daß die Zahl publizierter Studien ständig wächst, ist wesentlich weniger darüber bekannt, ob und wie die Ergebnisse dieser Studien die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung beeinflusst haben. Zum Teil liegt dies daran, daß es äußerst schwierig ist, den Einfluß einzelner Informationen auf ganze Entscheidungsprozesse festzustellen.

Einfluß der ökonomischen Evaluation

In manchen Fällen ist es möglich, Entscheidungen auf den Einfluß ökonomischer Evaluation zurückzuführen. In Großbritannien gab die Regierung zum Beispiel eine ökonomische Evaluation in Auftrag, als Informationsgrundlage für die Entscheidung über die Ausweitung des Herztransplantationsprogramm (Buxton, 1987). Es gibt auch eine Reihe von Beispielen aus den Niederlanden bei Entscheidungen des Exekutivrats der Krankenversicherung über Kostenerstattung bei bestimmten Technologien und Maßnahmen (Rutten und van der Linden, 1994).

Die ökonomische Evaluation leistet einen *spezifischen* Beitrag zur Meinungsbildung in Gremien, die über Kostenerstattung entscheiden. Es gibt aber auch einen *generellen* Beitrag solcher Forschung: der Zweck ökonomischer Evaluation, wie aller Gesundheitssystemforschung, ist Erkenntnisgewinn und Reduzierung von Unsicherheiten. Dadurch können gesundheitspolitische Entscheidungen generell stärker auf Evidenz basieren, selbst wenn kein direkter Bezug zwischen dem einzelnen Beschluß und einer einzelnen Studie besteht.

Barrieren bei der Nutzung ökonomischer Evaluationen

Es hat sich in der Vergangenheit klar herausgestellt, daß es eine Anzahl potentieller Barrieren gibt, welche die Nutzung der Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen behindert. Dazu zählen z.B. *finanzielle/etatmäßige Barrieren*, d.h. derjenige, der eine Entscheidung zu treffen hat, ist nur für einen Teil der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen zuständig, profitiert also nicht von potentiellen Einsparungen in anderen Sektoren. Des weiteren können *politische und Managementbarrieren* bestehen, d.h. daß andere Kriterien für die politische Entscheidung wichtiger bewertet werden als die Ergebnisse von Kosteneffektivitäts-Analysen. Dies ist oftmals auch darin begründet, daß Politiker sich scheuen, in der Öffentlichkeit zuzugeben, daß Kosten für ihre Entscheidung ein relevantes Kriterium war. Ferner gibt es *professionelle Barrieren*, wenn Entscheidungen aufgrund von Kosteneffektivitäts-Analysen den Interessen der eigenen Profession zuwider laufen, aber auch Barrieren auf der Ebene des individuellen Arzt-Patienten-Kontaktes, wenn an sich sinnvolle Entscheidungen dem Wohle des individuellen Patienten ggf. zuwider laufen.

Prioritätensetzung bei der Evaluation

Eine Prioritätensetzung für Technology Assessment im allgemeinen - und ökonomischen Evaluationen im speziellen - ist relevant, da die Ressourcen für diese Aktivitäten limitiert sind. Es ist wichtig, daß die gesundheitspolitisch Verantwortlichen Themen identifizieren, die für sie am relevantesten sind, da Wissenschaftler, falls sie diese Entscheidungen allein treffen, evt. aufgrund ihrer eigenen professionellen Interessen irrelevante Themen wählen. Hier ist es wiederum wichtig, daß ein ständiger Informationsaustausch zwischen Praxis, Medizinern und Forschung stattfindet. Als Teil dieses Prozesses müssen Wissenschaftler den Entscheidungsträgern erläutern, wie schwierig oder einfach es sein wird, verschiedene Forschungsvorhaben durchzuführen, einschließlich deren wahrscheinlicher Kosten und Nutzen (Verringerung vorhandener Unsicherheit).

Die Zusammenarbeit zwischen beiden Gruppen kann sicherstellen, daß die identifizierten Fragestellungen sowohl relevant als auch tatsächlich beantwortbar sind. Bei der Prioritätensetzung sollte berücksichtigt werden, daß nicht nur die Relevanz der Technologie eine Rolle spielt, sondern insbesondere die Frage, ob eine durchgeführte Evaluation zur Verringerung der vorhandenen Unsicherheit über ihren Einsatz führt.

Die Prioritätensetzung ist des weiteren von dem Zeithorizont sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen abhängig. Ökonomische Evaluationen können nämlich in verschiedenen Wegen genutzt werden. Eine Herangehensweise ist das Durchführen einer vollständigen Studie mit komplexer Methodologie, was erfahrungsgemäß jedoch einige Zeit in Anspruch nimmt. Daher besteht auf der anderen Seite auch die Notwendigkeit für weniger komplexe Studien, wenn die verfügbare Zeit, innerhalb derer (vorläufige) Ergebnisse benötigt werden, begrenzt ist. Insbesondere haben solche vorläufigen Studien ihr Anwendungsfeld in der sehr frühen Phasen der Entwicklung neuer Technologien oder Prozeduren im Gesundheitswesen, wobei anhand ihrer Ergebnisse dann entschieden werden kann, ob z.B. mehr Forschung notwendig ist. Insgesamt kann nicht genug betont werden, daß die Ergebnisse von Evaluationen dann vorliegen sollten, wenn sie für Entscheidungen im Gesundheitswesen benötigt werden.

4. METHODEN ZUR KOSTENEFFEKTIVITÄTS-EVALUATION VON PROZEDUREN UND TECHNOLOGIEN IM GESUNDHEITSWESEN

Assessment der Community Effectiveness

Wie bereits erwähnt, versuchen ökonomische Evaluationen die Kosten von Prozeduren und Technologien im Gesundheitswesen mit ihren Konsequenzen bzw. gesundheitsrelevanten Resultaten zu vergleichen. Bezüglich letzterer sind sie auf das Vorhandensein klinischer Evidenz der Effektivität angewiesen. Dabei wird zumeist zwischen der unter optimalen Bedingungen zu erreichenden Efficacy und der unter Alltagsbedingungen tatsächlich erreichten Community effectiveness unterschieden. Soweit wie möglich sollten ökonomische Evaluationen versuchen, auf der Nutzenseite Evidenz über die Community effectiveness zu berücksichtigen, da das Ziel gesundheitsökonomischer Evaluationen ist, Kosten und Konsequenzen von Gesundheitstechnologien und Prozeduren in der realen Welt abzuschätzen.

Relevant sind Bemühungen, Ergebnisse zur Community effectiveness in strukturierter Weise zu gewinnen und zu analysieren, wie es insbesondere in den USA mit Hilfe der sogenannten PORT (Patient Outcomes Research Teams) Studien geschieht, welche seit Ende der 80er Jahre von der Agency for Health Care Policy and Research gefördert werden.

Nichtsdestotrotz kommen Aktivitäten wie der Cochrane Collaboration eine große Bedeutung zu, auch wenn sie sich auf die Sammlung und Auswertung randomisierter kontrollierter Studien bezieht, welche zumeist nur Aussagen über die Efficacy zulassen. Daher gibt es Bemühungen, Verzerrungen durch die Nichtpublikation negativer Ergebnisse möglichst zu vermeiden sowie Metaanalysen zur Efficacy aus veröffentlichten Studien zu berechnen und zu disseminieren. Es darf erwartet werden, daß sich dadurch die Qualität und Repräsentativität klinischer Daten innerhalb ökonomischer Evaluationen verbessert.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzuweisen, daß die klinische und die ökonomische Evaluation, trotz ihrer auf den ersten Blick sehr unterschiedliche Herangehensweise, auf Daten beruht, welche sich zu einem großen Teil überschneiden (vgl. Abb.1). Zum Beispiel sind sowohl Kliniker als auch Ökonomen an Daten zum Überleben sowie zur Lebensqualität interessiert. Andererseits sind eher Ökonomen als Kliniker an Kostendaten interessiert, genauso wie sie gerne die Länge mit der Qualität des Lebens zu Daten kombinieren, welche sie z.B. in Quality Adjusted Life Years (QALYs) ausdrücken, während Kliniker dieser Herangehensweise weniger Wert beimessen.

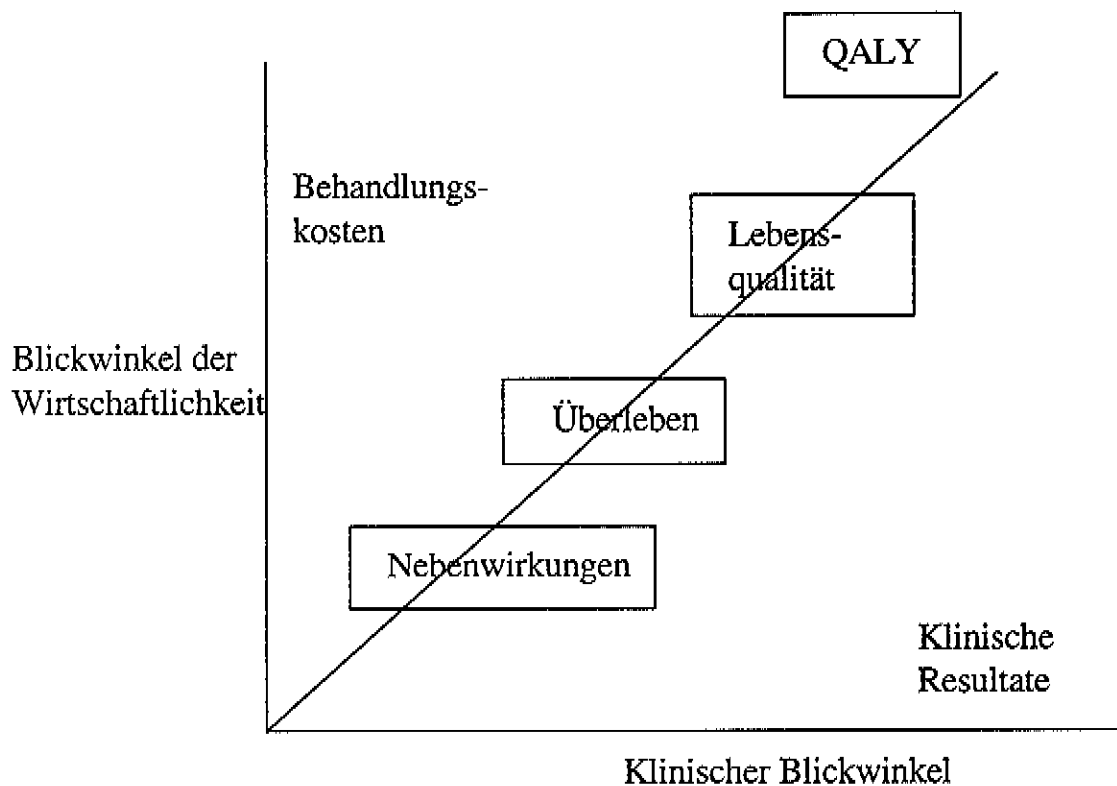
Studienergebnisse versus Modelle

Es gibt einen gewissen Konflikt darüber, ob ökonomische Evaluationen auf den Ergebnissen klinischer Studien oder auf routinemäßig gewonnenen Daten (z. B. von Krankenkassen) beruhen sollten. Erstere haben eine höhere interne Validität und letztere Daten eine höhere externe Validität und sind daher eher verallgemeinerbar. Im Prinzip haben beide Herangehensweisen ihren Platz.

So kann eine ökonomische Studie zusammen mit einer klinischen Studie durchgeführt werden, wenn zusätzlich zu den klinischen Daten noch Daten zur Lebensqualität und zum Ressourcenverbrauch erhoben werden. Falls diese Herangehensweise gewählt wird, muß der Ökonom jedoch sicherstellen, daß der Ablauf innerhalb der Studie demjenigen unter Alltagsbedingungen zumindest ähnelt, daß relevante klinische Alternativen zum Vergleich mit einbezogen werden und daß die Untersuchungspopulation groß genug ist, um die ökonomischen Schätzungen auf eine solide Basis zu stellen. Trotz der Kombination mit einer klinischen Studie kann es noch zusätzlich notwendig sein, Ergebnisse über die Studienphase hinaus zu modellieren .

Die alternative Herangehensweise liegt darin, eine modellierende ökonomische Studie durchzuführen, bei der die Daten für die ökonomische Evaluation aus einer Vielzahl von Quellen gewonnen werden und für die ökonomische Evaluation synthetisiert werden. Diese Datenquellen könnten sowohl reine klinische oder ökonomische Studien sein, aber auch Datenbanken mit routinemäßig erhobenen Daten. Bei einer solchen Mischung von Datenquellen muß der analysierende Wissenschaftler jedoch aufpassen, daß die gewählte Herangehensweise transparent ist und die gemachten Annahmen dem Untersuchungsgegenstand angemessen sind.

Abb. 1: DATENERFORDERNISSE FÜR EVALUATIONEN



Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit von Kosteneffektivitäts-Evaluationen

Je nach Untersuchungsgegenstand und gewählter Herangehensweise beeinflussen eine Reihe von Faktoren die Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse von ökonomischen Evaluationen. Die mangelnde Übertragbarkeit betrifft dabei nicht nur die Übertragung der in einem Land gewonnenen Ergebnisse auf ein anderes Land, sondern kann auch innerhalb eines Landes nicht gegeben sein. Insbesondere ist dies zu beachten, wenn die Kosteneffektivitäts-Evaluation auf Studienergebnissen und nicht auf unter Alltagsbedingungen gewonnenen Resultaten beruht. Da die Entscheidungsträger häufig die an anderer Stelle gesammelten Ergebnisse für ihre eigene Entscheidung nutzen möchten, ist es wichtig, die Faktoren zu kennen, welche die Verallgemeinerbarkeit bzw. Übertragbarkeit einschränken können .

Zu diesen Faktoren gehören insbesondere:

- die Epidemiologie der untersuchten Konditionen (z.B. Inzidenz und Prävalenz mit ihren Auswirkungen auf den positiven bzw. negativen Vorhersagewert von Untersuchungen),
- die Struktur des Gesundheitswesens (z.B. Aufgabenverteilung zwischen und innerhalb von Professionen, Finanzierungsmethoden für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser),
- klinische Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung (arztseitige Faktoren) und
- patientenseitige Faktoren wie Bedarf, Nachfrage und Präferenzen.

Das Finanzierungssystem z.B. kann die Übertragbarkeit der Ergebnisse insofern beeinflussen, daß ein Krankenhaus, welches mit tagesgleichen Pflegesätzen bezahlt wird, Patienten deutlich später entläßt als ein anderes Krankenhaus, das mit prospektiven Formen wie Fallpauschalen vergütet wird. Bezüglich der ärztlichen Faktoren ist z.B. darauf hinzuweisen, daß zu niedriger Blutdruck in Deutschland behandelt wird, während er in den meisten anderen Ländern als nicht behandlungswürdig eingestuft wird.

Angenommen, daß diese Faktoren angemessen verstanden und in ihren Auswirkungen quantifiziert werden können, könnte es möglich sein, die Ergebnisse von Kosteneffektivitäts-Analysen mit Hilfe von Modellierungsprozessen übertragbar zu machen. Dabei wäre es nützlich, Entscheidungsträger in diesen Prozeß mit einzubeziehen, da die Relevanz der diversen Faktoren von Land zu Land variiert.

Disseminierung der Ergebnisse von Kosteneffektivitäts-Evaluationen

Damit die Ergebnisse ökonomischer Evaluationen in den Entscheidungsprozeß einfließen können bzw. Entscheidungen tatsächlich beeinflussen, müssen ihre Ergebnisse adäquat disseminiert werden. Daher sollte die Dissemination von Ergebnissen als integraler Bestandteil von ökonomischen Evaluationen erkannt und auch mit finanziert werden. Wie die Dissemination ein integraler Bestandteil von Aktivitäten wie Technology Assessment oder auch ökonomischen Evaluationen sein kann, verdeutlicht das Beispiel von ANDEM in Frankreich. Es existiert ein eigenes Disseminationsteam, welches ein beträchtliche Budget hat¹ und bei jeder Besprechung über Publikationen von Studienergebnissen mit vertreten ist. Die Dissemination dieser Ergebnisse wird so koordiniert, daß sie zugleich national und regional sowie jeweils für verschiedene Zielgruppen (z.B. Ärzte, Patienten) erfolgt.

Generell wird der Dissemination jedoch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Insbesondere gilt es, folgende Punkte zu beachten:

- Die Methode der Dissemination (z.B. wissenschaftliche Veröffentlichungen oder Fernsehberichte),
- das Format der Ergebnisdarstellung (d.h. die Länge und die gewählte Sprache) und
- die Einbeziehung der potentiellen Zielgruppe in die Planung der Disseminationsaktivitäten.

Faktoren, welche die Nutzung von Evaluationsergebnissen fördern

Damit die Ergebnisse von Kosteneffektivitäts-Evaluationen im Gesundheitswesen auch tatsächlich Eingang in die Entscheidungsfindungsprozesse finden, sind eine Reihe von Punkten zu beachten: Die Ergebnisse der Evaluationen sollten kurz und übersichtlich zusammengestellt sein und ggf. in den Kontext anderer in diesem Bereich existierender Studien gestellt werden. Die Ergebnisse sollten interpretiert werden, d.h. ihre Auswirkungen bei unterschiedlichen Entscheidungen dargestellt werden. Dies sollte jedoch komprehensiv, d.h. unter Abwägung der Vor- und Nachteile, sowie objektiv erfolgen. Die Darstellungen sollten leicht zugänglich sein, d.h. sie müssen zur Verfügung stehen, wenn der Entscheidungstreffende sie braucht. Manche Entscheidungsträger im Gesundheitswesen erwarten, daß die Darstellung von Evaluationsergebnissen auch eine Empfehlung zur Anwendung der Technologien enthält, während in anderen Fällen dies gerade hinderlich sein kann. Gleichzeitig wird der Entscheidungstreffende eher selbst zur Nutzung bereit sein, wenn er selbst bei an der Evaluation beteiligt war, z.B. im Rahmen einer Qualitätsentwicklung.

¹ Bei der Gründung dieser Einrichtung im Jahre 1990 wurde festgelegt, daß 25 % des gesamten Haushaltes für Dissemination ausgegeben würden (derzeit beträgt der Anteil immerhin noch 17%).

Aufgrund der Vielfältigkeit von Ebenen, Bereichen, Akteuren und Interessen, welche bei Entscheidungen im Gesundheitswesen eine Rolle spielen, sollte die Perspektive gesundheitsökonomischer Evaluationen klar definiert sein und jeweils die lokalen Gegebenheiten mit berücksichtigen, da Ergebnisse oftmals nicht übertragbar sind (vgl. weiter unten).

Der sinnvolle und rationale Umgang mit Ergebnissen von Kosteneffektivitäts-Analysen setzt des weiteren voraus, daß diejenigen, welche Entscheidungen auf den verschiedenen Ebenen zu treffen haben, gelernt haben, Ergebnisse zu interpretieren und in ihren Entscheidungen zu berücksichtigen. Der Umgang mit gesundheitsökonomischen Evaluationen sollte daher in Studiengängen, welche auf Positionen im Gesundheitswesen vorbereiten, zu den verpflichtenden Unterrichtsgegenständen gehören. Dies bedeutet zum Beispiel, daß im Medizinstudium die Auswahl diagnostischer und therapeutischer Strategien auch unter gesundheitsökonomischen Überlegungen gelehrt wird. Aber auch in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sollten evidenzbasierte Medizin, klinische Epidemiologie, Gesundheitsökonomie und Qualitätsentwicklung eine größere Rolle zugestanden bekommen. Innerhalb der Institutionen, welche an gesundheitsökonomischen Evaluationen arbeiten, ist die regelmäßige, insbesondere auch interdisziplinäre Fortbildung sowie das Entwickeln neuerer und besserer analytischer Methoden besonders relevant.

5. DIE EVALUATION VON KOSTENEFFEKTIVITÄT IN SPEZIFISCHEN SEKTOREN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Obwohl gewisse methodische Überlegungen für Kosteneffektivitäts-Analysen in allen gesundheitsrelevanten Sektoren sowie für alle individuellen gesundheitsrelevanten Technologien und Prozeduren gleich sind, gibt es doch eine Reihe von speziellen Punkten für einzelne Sektoren bzw. Technologien. Dieses Thema wurde anhand von drei sehr unterschiedlichen Sektoren untersucht, nämlich "Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung", "Diagnose und Therapie" und "Rehabilitation und Pflege", welche der Reihe nach diskutiert werden.

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Allgemein werden diese Aktivitäten zumeist in Beziehung zum medizinisch geprägten Verständnis verstanden, d.h. als Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention bezeichnet. Während die Evaluationen von Aktivitäten wie Impfprogrammen oder Screening-Untersuchungen zahlreich sind, werfen neue gesundheitsfördernde Aktivitäten, welche auf die soziale Umgebung und den Lebensstil abzielen, größere analytische Herausforderungen auf. So ist es z.B. oft schwierig, eine komplette Liste aller erzielbaren Resultate eines Gemeindeunterstützungsprogrammes für unterprivilegierte Gruppen zu identifizieren. Einige von diesen Resultaten können direkt gesundheitsbezogen sein, andere eventuell nicht. Dies legt nahe, daß eine Kosten-Nutzen-Analyse und nicht eine Kosteneffektivitäts-Analyse die präferierte Technik ist. Manchmal könnte eine ökonomische Evaluation in diesen Gebieten auch nützlich sein, um über mögliche Resultate mehr Klarheit zu erlangen, auch wenn eine vollständige Berücksichtigung aller Kosten und aller Konsequenzen unwahrscheinlich ist. So könnte z.B. das Wissen um die relativen Proportionen verschiedener Kostenkomponenten einer Screening-Maßnahme, also für die Durchführung an sich, den nachfolgenden Untersuchungen für falsch positive Fälle sowie der Behandlung der richtig positiven Fälle, nützlich für Planer sein, wenn die Inzidenz der Krankheit in der zu untersuchenden Bevölkerung sehr niedrig ist.

Ein anderes Problem bei der Evaluation von gemeindenahen Interventionen ist die Schwierigkeit, kontrollierte Studien durchzuführen. Daher kann es sein; daß die Qualität der vorhandenen Effektivitätsevidenz niedrig ist. Schließlich sollte darauf hingewiesen werden, daß die Ergebnisse aller Evaluationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sehr abhängig von der gewählten Diskontierungsrate sind. Die Diskontierungsrate gewichtet das Verhältnis zwischen heutigen Kosten und Ergebnissen mit den Kosten und Ergebnissen, welche erst in Zukunft anfallen. Es wurde berichtet, daß das Expertengremium in den USA eine Diskontierungsrate von drei Prozent empfohlen hat, während in der Literatur normalerweise fünf Prozent benutzt wird. Es gibt jedoch keinen Grund anzunehmen, daß die Diskontierungsrate in allen Ländern die gleiche sein müßte.

Diagnostik und Behandlung

Ein Vorteil dieser Bereiche ist, daß mehr Daten aus randomisierten kontrollierten Studien vorhanden sind. Eine Schwierigkeit dabei ist, daß in diesen Studien oftmals mehrere, unterschiedliche gesundheitsrelevante Resultate gemessen werden (z.B. Efficacy, Auftreten von Nebenwirkungen) und daß es manchmal schwierig ist, diese zu einem einheitlichen Effektivitätsmaß zusammenzufassen. Jedoch bieten zwei Formen von ökonomischer Evaluation, die Kostennutzwertanalyse und die Kostennutzenanalyse, diese Möglichkeit, indem sie die Resultate in qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) bzw. Geldeinheiten ausdrücken.

Eine weitere Schwierigkeit, insbesondere von Studien über diagnostische Verfahren, liegt darin, daß die gemessenen Resultate oftmals intermediärer Art sind (z.B. die Anzahl aufgedeckter Fälle). Ob und inwiefern diese mit dem gesundheitsrelevanten Outcome, also einer tatsächlichen Gesundheitsverbesserung, zusammenhängen, muß in jedem Einzelfall diskutiert und dargelegt werden. Im Extremfall ist nämlich das Stellen einer akkuraten Diagnose von sehr geringem Wert, wenn die Krankheit nicht behandelt werden kann. Nichtsdestotrotz kann das Stellen einer richtigen Diagnose einen Wert an sich darstellen, unabhängig von seinem Beitrag zur Gesundheitsverbesserung.

Rehabilitation und Pflege

Die Leistungen dieses Sektors werden von einer Vielzahl von Akteuren erbracht und schließen sowohl formelle als auch informelle Leistungserbringer mit ein, wobei zu der letzteren Gruppe insbesondere Familienangehörige und Freunde zu zählen sind. Über diesen Sektor gibt es sehr wenige ökonomische Evaluationen, wobei die vorhandenen sich zumeist auf die häusliche Krankenpflege beziehen. In diesen Evaluationen ist eine große Anzahl von Parametern für die Messung der Resultate bzw. Konsequenzen benutzt worden, wozu u.a. subjektive Erhebungen zur Lebensqualität und objektive Messungen zur Funktion zählen.

Bei ökonomischen Evaluationen in diesem Bereich gibt es insbesondere drei wichtige methodische Herausforderungen. Erstens muß entschieden werden, ob ein ganzes Paket an Leistungen evaluiert werden soll, oder ob die enthaltenen Einzelkomponenten evaluiert werden sollen (z.B. die Durchführung von Physiotherapie im häuslichen Umfeld). Es ist zweitens zumeist schwierig, randomisierte kontrollierte Studien in diesem Bereich durchzuführen, wodurch Unsicherheiten über die Effektivität der evaluierten Maßnahmen verbleiben. Es ist drittens schwierig, die Kosten informeller Pflege zu bewerten, und zwar sowohl was das Messen der aufgewendeten Zeit für die verschiedenen Aktivitäten angeht, welche ja oft gleichzeitig durchgeführt werden, als auch was das Bewerten dieser Aktivitäten im Sinne von Opportunitätskosten angeht, also wie hoch z.B. der Wert dadurch nicht durchgeführter Freizeitaktivitäten angesetzt wird.

6. DIE ORGANISATORISCHE EINBINDUNG VON KOSTENEFFEKTIVITÄTS-EVALUATIONEN IM NATIONALEN KONTEXT

Überblicke über bzw. spezifische Probleme der organisatorischen Einordnung von Kosteneffektivitäts-Analysen in den jeweiligen nationalen Kontext wurden für Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Kanada, die Niederlande, Rußland, Schweden, Spanien und USA präsentiert. Die landesspezifischen Details werden an dieser Stelle nicht wiedergegeben, statt dessen werden die länderübergreifenden Aspekte und Schlußfolgerungen dargestellt.

1. Es existiert eine Reihe von verschiedenen Modellen. Einige Länder wie Frankreich, Großbritannien, Kanada, die Niederlande, Schweden und Spanien haben entweder nationale Einrichtungen, die mit Technology Assessment einschließlich ökonomischen Evaluationen direkt betraut sind, oder nationale Programme (anstatt spezifischer Institute). Einige Länder delegieren Aktivitäten an akademische Einrichtungen.

2. Die vertretenen Länder sind in sehr unterschiedlichen Phasen der Entwicklung. Insbesondere für die Länder, deren Gesundheitssysteme derzeit einen starken Wechsel durchlaufen, dürfte es noch zu früh sein, sich auf ein bestimmtes System festzulegen, wie Technology Assessment und ökonomische Evaluation in den nationalen Kontext eingebunden werden können.

3. Internationale Kooperationen in diesem Bereich, z.B. durch Treffen wie dieses, ist für den Gesamterfolg des Anliegens wichtig, da kein Land alleine über ausreichende Ressourcen für ein angemessenes Assessment aller Technologien verfügt. Der Austausch von bzw. die gemeinsame Nutzung von Informationen zwischen den nationalen Einrichtungen für Technology Assessment ist dabei bereits weit gediehen, ebenso der Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaftlern und Entscheidungsträgern innerhalb der seit 1985 bestehenden International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC). Dadurch kann eine effizientere Nutzung der für Technology Assessment zur Verfügung stehenden Ressourcen erreicht werden, während in der Vergangenheit einige Technologien von mehreren nationalen Einrichtungen gleichzeitig evaluiert wurden und zugleich die meisten neuen und existierenden Technologien und Prozeduren überhaupt nicht evaluiert wurden. Zu dem Bereich der internationalen Kooperationen und der gemeinsamen Nutzung von Informationen zählt auch der Aufbau von Datenbanken zur Efficacy, welches die Hauptaktivität der Cochrane Collaboration ist. Es wurde außerdem darauf hingewiesen, daß nunmehr zwei strukturierte Datenbanken zur ökonomischen Evaluation existieren, welche vom Office of Health Economics in London und dem NHS Centre for Reviews and Dissemination an der University of York (beide in Großbritannien) koordiniert werden.

4. Während in einigen Ländern eine beeindruckende Vielzahl von Initiativen existiert, sind sie manchmal trotzdem nicht koordiniert. So haben z.B. Aktivitäten, welche unter der Bezeichnung "Technology Assessment" durchgeführt werden, oftmals keine Verbindung zu Aktivitäten, die unter den Bezeichnungen "Leitlinienentwicklung" oder "Qualitätssicherung" durchgeführt werden. Es wurde außerdem klar, daß ökonomisches Denken bisher lediglich einige dieser Aktivitäten erreicht bzw. durchdrungen hat, obwohl der Evaluation von Kosteneffektivität bei all diesen Aktivitäten eine wichtige Stellung zukommen sollte. Es ist dabei weniger wichtig, ob dies unter der Bezeichnung "Technology Assessment" oder "Leitlinienentwicklung" geschieht.

5. Ein wichtiger Aspekt der Koordinierung dieser diversen Tätigkeiten liegt in der Prioritätensetzung für Technology Assessment und ökonomische Evaluation. Es wurde klar, daß dabei verschiedene Herangehensweisen gewählt werden. So haben sich einige Länder auf die Technologien konzentriert, welche besonders teuer sind, während andere zunächst Technologien und Prozeduren evaluieren, in denen die Variationen besonders groß sind. Wiederum andere reagieren vorwiegend auf die Neuentwicklung von Technologien oder auf Vorschläge von Wissenschaftlern. Ein bedenkenswerter Weg der Prioritätensetzung ist in den Niederlanden gewählt worden, wo aufgrund einer großen Befragung von leitenden Krankenhausärzten etablierte Technologien bzw. Prozeduren identifiziert wurden, für die Evaluationsbedarf besteht².

6. Es ist wichtig, alle Betroffenen bereits frühzeitig zu involvieren, damit die Ergebnisse der Evaluationen auch tatsächlich bei anstehenden Entscheidungen berücksichtigt werden. Zu den Betroffenen zählen sowohl die gesundheitspolitisch Verantwortlichen in der Regierung und den Sozialversicherungsträgern, als auch professionelle Gruppen und Anbieter von Technologien. Ein vorwärtsweisender Weg auf klinischer (Mikro-)Ebene ist die Einbettung von Technology Assessment und Ökonomischer Evaluation in einen kontinuierlichen Prozeß der Qualitätsentwicklung.

7. Es sollte des weiteren bedacht werden, welche Möglichkeiten existieren, die Ergebnisse einer Kosteneffektivitäts-Evaluation umzusetzen, wenn sie denn einen Wechsel in der Nutzung einer bestimmten Technologie oder Prozedur nahelegen. Dabei wurde eine Reihe von Beispielen diskutiert, so z.B. politische Vorgaben bzw. Regelungen, Vorbilder bzw. Druck innerhalb einer Profession und schließlich finanzielle Anreize. Während die Angemessenheit dieser verschiedenen Strategien von der bestimmten Situation in jedem Land abhängt, sollten sie doch alle von vornherein mit bedacht werden, wenn vermieden werden soll, daß potentiell wichtige Ergebnisse unbeachtet bleiben.

8. In den meisten Ländern ist es bisher noch nicht möglich, viele Beispiele zum tatsächlichen Einfluß ökonomischer Evaluationen auf Entscheidungen im Gesundheitswesen hinzuweisen. Dies liegt auch daran, daß es oftmals nicht möglich ist, eine bestimmte Entscheidung mit einer bestimmten Studie bzw. einem bestimmten Evaluationsergebnis direkt zuzuschreiben. In den meisten Ländern zeichnet sich jedoch ein Wechsel in der grundlegenden Herangehensweise an Entscheidungsfindungen ab, indem sowohl Kosten als auch den Konsequenzen im Sinne von gesundheitsbezogenen Resultaten verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt wird.

² 50 von 126 Maßnahmen werden nun genauer analysiert, um anschließend zu entscheiden, ob sie aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder in diesem beibehalten werden sollen, oder ob weiterer Forschungsbedarf besteht, also Studien mit primärer Datenerhebung durchgeführt werden müssen.

7. DIE WICHTIGSTEN SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die wichtigsten Schlußfolgerungen der Tagung können wie folgt zusammengefaßt werden:

1. Bei ökonomischen Evaluationen geht es nicht nur um Kosteneinsparungen, da sowohl die Kosten als auch die Konsequenzen im Sinne gesundheitlicher Resultate von Technologien und Prozeduren berücksichtigt werden.
2. Ökonomische Evaluationen müssen in die Entscheidungsfindung auf allen Ebenen einbezogen werden, d.h. auf der Makroebene (Politik), auf der Mesoebene (Management) und auf der Mikroebene (Arzt-Patientenkontakt).
3. Ergebnisse von ökonomischen Evaluationen müssen für die Adressaten nutzbar sein, d.h. Fachausdrücke vermeiden und so kurz wie möglich sein.
4. Ökonomische Evaluationen müssen als Teil umfassenderer Bemühungen bei Technology Assessment, Leitlinienentwicklung, Qualitätssicherung und evidenzbasierter Medizin gesehen werden.
5. Ökonomische Evaluationen müssen methodisch fundiert sein, können aber nicht immer perfekt sein, da es Limitationen hinsichtlich finanzieller Ressourcen, Zeit und verfügbarer Informationen zu berücksichtigen gilt.
6. Es müssen Wege entwickelt werden, um Prioritäten für ökonomische Evaluationen besser setzen zu können und relevante Themen und beantwortbare Fragen tatsächlich zu identifizieren.
7. Ökonomische Evaluationen müssen für nationale und auch lokale Gegebenheiten relevant sein, d.h. sie müssen Variationen zwischen verschiedenen Settings sowohl innerhalb eines Landes als auch zwischen Ländern genauso berücksichtigen wie Unterschiede, die sich aus Alltagsbedingungen versus klinisch kontrollierten Bedingungen ergeben.
8. Faktoren, die ökonomische Evaluationen fördern oder behindern, müssen verstärkt berücksichtigt werden. Dazu gehören eine angemessene Dissemination von Ergebnissen, die Verfügbarkeit politischer Einflußmöglichkeiten, professionelle Unterstützung, finanzielle Anreize und politischer Wille zum Umsetzen von Ergebnissen.
9. Mechanismen zur Weiterentwicklung von ökonomischen Evaluationen müssen entwickelt werden. Dazu zählt insbesondere eine adäquate Finanzierung sowie die Förderung von interdisziplinärer Zusammenarbeit.
10. Die Rolle von ökonomischen Evaluationen in gemischten Systemen wie dem deutschen Gesundheitssystem muß stärker geklärt werden. Dazu zählen Fragen wie "Wer braucht Daten zur Kostenevaluation?", "Welches ist die geeignete Perspektive von Kosteneffektivitäts-Evaluationen in solchen Systemen?", "Wer braucht die Ergebnisse von Kosteneffektivitäts-Evaluationen?", aber auch "Würde die Beantwortung dieser Fragen unsere Herangehensweise an Kosteneffektivitäts-Evaluationen ändern?"
11. Der Einfluß ökonomischer Evaluationen auf Entscheidungsfindungsprozesse im Gesundheitswesen muß weiter evaluiert werden.

Wege zur Förderung von Technology Assessment und Kosteneffektivitäts-Evaluationen in Deutschland

Eine spezielle Arbeitsgruppe hat sich mit der Frage beschäftigt, wie die dargestellten Ergebnisse in Deutschland so genutzt werden können, daß Technology Assessment und ökonomische Evaluationen im deutschen System die ihnen zustehende Rolle einnehmen können. Die Teilnehmer sind dabei zu folgenden (vorläufigen) Schlußfolgerungen gelangt (die im Plenum vorgetragen, aber mit Ausnahme der Feststellung, daß es keine künstliche Trennwand zwischen Qualitätsentwicklung, Technology Assessment und Medizinpraxis geben dürfe, nicht diskutiert wurden):

1. In Deutschland gibt es im Bereich des Technology Assessment einschließlich ökonomischer Evaluationen Entwicklungsbedarf. Daher sind die Initiativen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der WHO zu begrüßen, diesen Bereich nachhaltig zu entwickeln.
2. In Deutschland gibt es, zumindest im ambulanten Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung, durch den 135 SGB V einen klaren Auftrag zum Technology Assessment neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Es ist begrüßenswert, wenn dieser Auftrag zukünftig auf bestehende Methoden sowie auf Verfahren in anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung (z.B. der Physiotherapie) ausgedehnt wird, wie dies durch die Neuformulierung des 135 im Entwurf eines zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes vorgesehen ist.
3. Die bestehenden Richtlinien des Ausschusses 'Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren' müßten aufgrund des erweiterten gesetzlichen Auftrages und unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen überarbeitet und auch zukünftig kontinuierlich an den Stand der wissenschaftlichen Evaluationsforschung angepaßt werden. Mittelfristig erscheint auch eine interdisziplinäre wissenschaftliche Einrichtung oder Kommission zur beratenden Unterstützung der Entscheidungsfindung bei der Einführung neuer bzw. der Herausnahme bestehender Technologien und Prozeduren sinnvoll zu sein. Dies setzt sowohl eine solide Wissenschaftslandschaft als auch den Willen und die Bereitschaft der Entscheidungsträger zur Finanzierung, zur Nachfrage und zur Umsetzung von fundierten Technology Assessment - Ergebnissen voraus.
4. Innerhalb der Wissenschaftslandschaft sollte eine Zusammenstellung geeigneter Personen und Institutionen in Deutschland (einschließlich ihrer bestehenden internationalen Kooperationsbeziehungen) vorgenommen werden, um die Arbeitsfähigkeit der deutschen Wissenschaftslandschaft in diesem Bereich zu demonstrieren. Zur Förderung von Technology Assessment und ökonomischen Evaluationen erscheint es außerdem nützlich, daß die konkrete Nutzung von Ergebnissen aus diesem Bereich im politischen Entscheidungsprozeß anhand von internationalen Beispielen verdeutlicht wird. Dies könnte z.B. im Rahmen der regelmäßigen Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, aber auch in einem wünschenswerten Sondergutachten speziell zu diesem Bereich geschehen .
5. Die Public-Health-Studiengänge in Deutschland werden gebeten, Technology Assessment einschließlich ökonomischer Evaluationen innerhalb ihrer Curricula verstärkt zu berücksichtigen, um den zukünftig zu erwartenden verstärkten Bedarf an Kenntnissen und Fertigkeiten in diesem Bereich Rechnung zu tragen.
6. Es ist wünschenswert, daß das Bundesministerium für Gesundheit eine Tagung im Zusammenhang mit einer Vorstandssitzung der ISTAHC im Jahre 1998 in Deutschland fördert. Diese Tagung könnte darüber hinaus zum Anlaß genommen werden, eine deutsche Sektion der ISTAHC zu gründen. Die Bereitschaft sowohl des DIMDI in Köln als auch der Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung an der Universität Hannover, bis dahin die Rolle eines vorbereitenden Sekretariates zu übernehmen, ist begrüßenswert.

QUELLENHINWEISE

British Medical Journal Economic Evaluation Working Party (1996). (Chair: M F Drummond) (1996). Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *British Medical Journal*; 313: 275-283.

Buxton M J (1987). Problems in the economic appraisal of new health technology: the evolution of heart transplants in the UK. In Drummond M F (ed) *Economic appraisal of health technology in the European Community*. Oxford, Oxford University Press.

Gold M, Siegel J, Russell L B, Weinstein M C (1996) (eds). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York, Oxford University Press.

Haddix C A, Teutsch S M, Schaffer P A, Duñet D O (1996) (eds). *Prevention Effectiveness. A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. New York, Oxford University Press.

Rutten F, van der Linden J-W (1994). Integration of economic appraisal and health care policy in a health insurance system: the Dutch case. *Social Science and Medicine*; 38(12): 1609-1614.

Teilnehmerliste

- | | |
|---|--|
| Dr Gerd Antes
Universität Freiburg
Institut für Biometrie/Med. Informatik
Stefan-Meier-Str. 26
79104 Freiburg
Deutschland | Tel: +49 761 203 6706
Fax: +49 761 203 6711
E-mail: gant.@amil.ukl.uni-freiburg.de |
| Professor David Banta
Health Care Technology Assessment Program
Netherlands Organization for Applied Scientific
Research (TNO)
P.O. Box 2215
2301 CE Leiden
Niederlande | Tel: +31 71 518 1483
Fax: +31 71 518 1906
E-mail: hd.banta@pg.tno.nl |
| Dr Christian Behles
Deutsches Institut für Medizinische Dokumen-
tation und Information - DIMDI
P.O. Box 42 05 80
D-50939 Cologne
Deutschland | Tel: +49 221 4724 304
Fax: +49 221 411 429
E-mail: behles@.dimdi.de |
| Dr Eva Bondar
5, Gellerdhegy Utce
H-1016 Budapest
Ungarn | Tel: +36 1 270 2001
Fax: +36 1 120 8423
E-mail: |
| Dr Dorothea Bronner
Projektträger der DLR
Südstr. 125
53175 Bonn
Deutschland | Tel: +49 228 3821 149
Fax: +49 228 3821 257
E-mail: Dorothea.Bronner@dlr.de |
| Dr Jan Bultman
Secretary
Sickness Fund Council
Postbus 396
Professor J.H. Bavimcklaan 2
1180 BD Amstelveen
Niederlande | Tel: +31 20 5478 480
Fax: +31 20 547 8745
E-mail: bultman@ziekenfondsraad.nl |

Dr Reinhard Busse
Medizinische Hochschule Hannover
Department of Epidemiology and Social Medicine
in the Centre for Public Health
Division of Health System Analysis and Health
Services Research
Theoretische Institute II
Konstanty-Gutschow-Str 8
D-30625 Hannover
Deutschland

Tel: +49 511 532 4424
Fax: +49 511 532 5347
E-mail: busse@epi.mh-hannover.de

Professor Martin Buxton
Health Economics Research Group,
Brunel University
Uxbridge, Middelsex UB8 3 PH,
Vereinigtes Königreich

Tel: +44 1895 203331
Fax: +44 1895 203330
E-mail: martin.buxton@brunel.ac.uk

Professor Michael Drummond
Centre for Health Economics
University of York
Helsington, York, YO1 5DD
Vereinigtes Königreich

Tel: +44 1904433718
Fax: +44 1904433644
E-mail: chedir@york.ac.uk

Dr James Goldberg
Agence Nationale pour le Développement de
l'Évaluation Médicale (ANDEM)
159, rue Nationale
75013 Paris
Frankreich

Tel: +33 1 42 16 72 72
Fax: +33 1 42 16 73 73
E-mail:

Dr Alicia Granados
Catalan Agency for Health Technology
Assessment
Traverssера de les Corts, 131-159
Pavello Ave Maria
08028 Barcelona
Spanien

Tel: +34 3 227 2900
Fax: +34 3 227 2998
E-mail: aatm@prades.cescb.ss

Dr Gunnar Griesewell
Bundesministerium für Gesundheit
AM Probsthof 78a
D-53121 Bonn
Deutschland

Tel: +49 228 941 2260
Fax: +49 228 941 4922
E-mail:

Dr Chris Henshall
Department of Health
Room 448
Richmond House
79 Whitehall
London SW1A 2NS
Vereinigtes Königreich

Tel: +44 171 210 5981
Fax: +44 171 210 5868
E-mail:

Professor Jeremiah Hurley
McMaster University
Centre for Health Economics and Policy Analysis
Health Sciences Center -RM3H1D
1200 Main Street West
Hamilton, Ontario L8N 3Z5
Kanada

Tel: +1 905 525 9140 ext 22018
Fax: +1 905 546 5211
E-mail: Hurley@fhs.csu.mcmaster.ca

Professor Johannes Köbberling
Ferdinand Sauerbruch-Klinikum
Medizinische Klinik
Arrenbergerstr. 20
42117 Wuppertal
Deutschland

Tel: +49 202 394 5250
Fax: +49 202 394 5453
E-mail:

Dr Göran Karlsson
Department of Economics
Center for Health Economics
Stockholm School of Economics
Box 6501
11383 Stockholm
Schweden

Tel: +46 8 736 92 81
Fax: +46 8 30 21 15
E-mail: hegk@hhs.se

Professor Uwe Koch
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf
Abt. Medizinische Psychologie
Martinistr. 52
20251 Hamburg
Deutschland

Tel: +49 40 4717 2978
Fax: +49 40 4717 4965
E-mail: koch@plexus.uke.uni-hamburg.de

Dr Hans-Helmut Koenig
Universität Ulm
Department of Health Economics
Albert-Einstein Alle 47
89081 Ulm
Deutschland

Tel: +49 731 502 5539
Fax: +49 731 502 5532
E-mail: hans-helmut.koenig@mathematik.uni-ulm.de

Dr Anna Korotkova
Research Public Health Institute
MedSocEconInform
Ministry of Health of Russia
11, Dobrolubov Str.
117409 Moscow
Russische Föderation

Tel: +7 095 956 7817
Fax: +7 095 956 7818/247 2308
E-mail: 104633.1501@compuserve.com

Professor Heiner Raspe
Medizinische Universität zu Lübeck
Institut für Sozialmedizin
St. Jürgen-Ring 66
23564 Lübeck
Deutschland

Tel: +49 451 530 0140
Fax: +49 451 530 0142
E-mail:

Dr Sabine Richard
Versorgungsmanagement
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
Deutschland

Tel: +49 201 179 1210
Fax: +49 201 179 1016
E-mail:

Professor Francis H. Roger France
President of the School of Public Health
Director of the Center for Medical Informatics
University of Louvain
10, avenue Hippocrate
Box 4711
1200 Brussels
Belgien

Tel: . +32 2 764 4711
Fax: . +32 2 764 4717
E-mail: roger@infm.ucl.ac.be

Dr Niels Rossing
Center for Medical Imaging and Engineering
Section 41-2-3
Copenhagen University Hospital
Blegdamsvej 9
2100 Copenhagen Ø
Dänemark

Tel: +45 35 45 35 45
Fax: +45 35 45 22 64
E-mail: rho1711@rh.dk

Mr Franco Sassi
London School of Economics and Political Science
Department of Social Policy and Administration
Houghton Street,
London WC2A ZAE
Vereinigtes Königreich

Tel: +44 171 955 7345
Fax: +44 171 955 7415
E-mail: sassi@lse.ac.uk

Professor J.- Matthias Graf von der Schulenburg
FB Wirtschaftswissenschaften
Universität Hannover
Königsworther Platz 1
30167 Hannover
Deutschland

Tel: +49 511 762 5083
Fax: +49 511 762 5081
E-mail: jms@insurance.ifvd.uni-hannover.de

Professor Friedrich Wilhelm Schwartz
Medizinische Hochschule Hannover
Department of Epidemiology and Social Medicine
in the Centre for Public Health
Division of Health System Analysis and Health
Services Research
Theoretische Institute II
Konstanty-Gutschow-Str. 8
30625 Hannover
Deutschland

Tel: +49 511 532 4424
Fax: +49 511 532 5347
E-mail:

Professor Harald G. Schweim
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentati-
on und Information - DIMDI
Weibhausstraße 27
50939 Cologne
Deutschland

Tel: +49 221 4724-211
Fax: +49 221 411 429
E-mail: schweim@dimdi.di

Professor Sirkka Sinkkonen
University of Kuopio
Department of Health Policy and Management
P.O.B. 1627
70211 Kuopio
Finnland

Tel: +358 17 162 600
Fax: +358 17 162 999
E-mail: Sirkka.sinkkonen@uku.fi

Dr Guenter Tempel
Gesundheitsservice
Evaluation/Gesundheitsbilanzen
AOK Landesdirektion
Buchholzer Str. 98
30655 Hannover
Deutschland

Tel: +49 511 90 48 149
Fax: +49 511 90 48 280
E-mail:

Dr Steven Teutsch
Centers for Disease Control and Prevention
Epidemiology Program Office
Division of Prevention Research and Analytic
Methods
1600 Clifton Rd., D02
Atlanta, GA 30333
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel: +1 404 639-4455
Fax: +1 404 639-4463
E-mail: smt1@epo.em.cdc.gov

Dr Kathleen Weis
Center for Cost and Financing Studies
Agency for Health Care Policy and Research
2101 East Jefferson Street, Suite 500
Rockville, MD. 20842
Vereinigte Staaten von Amerika

Tel: +1 301 594 1406
Fax: + 1 301 594 2166
E-mail: kweis@po6.ahcpr.gov

***World Health Organization
Regional Office for Europe***

Ms Connie Petersen
World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
2100 Copenhagen
Dänemark

Tel: +45 3917 1539
Fax: +45 3917 1870
E-mail: cop@who.dk

Dr Herbert Zöllner
World Health Organization
Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
2100 Copenhagen
Dänemark

Tel: +45-3917-1347
Fax: +45 3917 1870
E-mail: hzt@who.dk

Programm

SONNTAG, 8. DEZEMBER 1996

18:00 - 20:00 Registrierung der Teilnehmer

MONTAG, 9. DEZEMBER 1996

1. EINFÜHRENDE SITZUNG

- 9:00 - 9:15 Begrüßung durch gastgebendes Land, gastgebende Institutionen und WHO-Sekretariat
- 9:15 - 9:25 Einführung und Hintergrund
- 9:25 - 9:30 Tagesordnung und Tagungsleitung

2. ÜBERBLICK ÜBER RELEVANTE PUNKTE DER KOSTENEFFEKTIVITÄTS-EVALUATION VON PROZEDUREN UND TECHNOLOGIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

- 09:30 - 10:00 Ökonomische Evaluation in der Gesundheitsversorgung (*eingeführt von Martin Buxton, diskutiert von Hans-Helmut Koenig*)
- 10:00 - 10:30 Evaluation von Prozeduren und Technologien in der Gesundheitsversorgung im Kontext des Technology Assessment (*eingeführt von David Banta, diskutiert von Göran Karlsson*)
- 11:00 - 11:30 Prioritätensetzung bei der Evaluation (*eingeführt von Chris Henshall, diskutiert von Alicia Granados*)

3. DIE NUTZUNG DER ERGEBNISSE VON ÖKONOMISCHEN EVALUATIONEN IN GESUNDHEITSRELEVANTEN ENTSCHEIDUNGEN

- 11:30 - 12:00 Leistungskatalog und Finanzierung (*eingeführt von Chris Henshall, diskutiert von Eva Bondar*)
- 12:00 - 12:30 Management von Institutionen in der Gesundheitsversorgung (*eingeführt von Niels Rossing, diskutiert von Franco Sassi*)
- 14:00 - 14:30 Patientenversorgung (*eingeführt von Alicia Granados, diskutiert von Sabine Richard*)
- 14:30 - 15:00 Aus-, Weiter- und Fortbildung (*diskutiert von Steven Teutsch*)

4. METHODEN ZUR KOSTENEFFEKTIVITÄTSEVALUATION VON PROZEDUREN UND TECHNOLOGIEN IM GESUNDHEITSWESEN

- 15:00 - 15:30 Messung der „efficacy“ (Wirksamkeit unter optimalen Bedingungen)
16:00 - 16:30 (*eingeführt von Gerd Antes, diskutiert von Johannes Köbberling, Niels Rossing*)
16:30 - 17:30 Messung der „effectiveness“ (Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen)
(*eingeführt von Kathleen Weis, diskutiert von Friedrich W. Schwartz, Jeremiah Hurley*)

DIENSTAG, 10. DEZEMBER 1996

4. METHODEN ZUR KOSTENEFFEKTIVITÄTSEVALUATION VON PROZEDUREN UND TECHNOLOGIEN IM GESUNDHEITSWESEN (FORTGESETZT)

- 09:00 - 10:00 Messung von Kosten-Effektivität und ähnlichen Endpunkten
(*eingeführt von Michael Drummond, diskutiert von J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg*)
10:00 - 10:30 Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit von Kosteneffektivitäts
evaluationen (*eingeführt von Reinhard Busse, diskutiert von
Anna Korotkova, Hans-Helmut Koenig*)
11:00 - 11:30 Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Produktion und Disseminie-
rung von Kosteneffektivitätsinformationen (*eingeführt von
Jeremiah Hurley, diskutiert von James Goldberg*)

5. DIE EVALUATION VON KOSTENEFFEKTIVITÄT IN SPEZIFISCHEN SEKTOREN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

- 11:30 - 12:00 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (*eingeführt von
Steven Teutsch, diskutiert von Johannes Köbberling*)
12:00 - 12:30 Diagnostik und Behandlung (*eingeführt von Hans Heinrich Raspe,
diskutiert von Göran Karlsson*)
14:00 - 14:30 Rehabilitation und Pflege (*eingeführt von Sirkka Sinkkonen,
diskutiert von Uwe Koch*)

6. DIE ORGANISATORISCHE EINBINDUNG VON KOSTENEFFEKTIVITÄTS-EVALUATIONEN IM NATIONALEN KONTEXT

- 14:30 - 15:00 Organisation von Evaluationssystemen
(eingeführt von Francis H. Roger France, diskutiert von David Banta)
- 15:00 - 15:30 Strukturierung von Datenbanken und Informationsübermittlung
(eingeführt von Harald G. Schweim, Christian Behles, diskutiert von Francis H. Roger-France)
- 16:00 - 18:00 Erfahrungsberichte aus den vertretenen Ländern (eingeführt von) Belgien Francis H. Roger-France
- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| Kanada | Jeremiah Hurley |
| Deutschland | J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg |
| Finnland | Sirkka Sinkkonen |
| Frankreich | James Goldberg |
| Ungarn | Eva Bondar |
| Niederlande | David Banta |
| Rußland | Anna Korotkova |
| Spanien | Alicia Granados |
| Schweden | Göran Karlsson |
| Großbritannien | Michael Drummond and Franco Sassi |
| USA: | Steven Teutsch |

MITTWOCH, 11. DEZEMBER 1996

7. SCHRITTE IN DIE ZUKUNFT

- 09:00 - 10:30 Arbeitsgruppe 1: Wege zur Förderung von Technology Assessment
11:00 - 11:30 und Kosteneffektivitätsevaluationen in Deutschland (Moderation: Friedrich Schwartz)
- 09:00 - 10:30 Arbeitsgruppe 2: Stärkung der ökonomischen Perspektive in der Eva-
11:00 - 11:30 luation (Moderation: Jeremiah Hurley)
- 11:30 - 12:00 Arbeitsgruppenberichte

8. ABSCHLIESSENDE SITZUNG

- 12:00 - 12:30 Die zehn wichtigsten Schlußfolgerungen und Empfehlungen
(eingeführt von Michael Drummond und J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg)
- 12:30 - 13:00 Schritte zur weiteren Bearbeitung der Tagungsprodukte
- 13:00 - 13.30 Evaluation des Treffens durch die Teilnehmer