

2 Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze

J.-M. Graf v. d. Schulenburg

Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie, Leibniz Universität Hannover,
Hannover, Deutschland

E-Mail: jms@ivbl.uni-hannover.de

2.1 Prolog

Die Gesundheitsökonomie ist ein etabliertes Fach, das in Deutschland an mehreren Hochschulen gelehrt wird und sich bereits in verschiedene Teilgebiete ausdifferenziert hat: z. B. die mikroökonomisch basierte Entscheidungstheorie, welche sich u. a. mit dem Verhalten von Versicherten, Ärzten und Krankenversicherungen beschäftigt,²⁰ die auf der neoklassischen Wohlfahrtstheorie aufbauende ökonomische Evaluationsforschung und Pharmakoökonomie,²¹ die betriebswirtschaftlich orientierte Krankenhausökonomie²² und die mit der Versorgungsforschung und der Public Health Forschung²³ verwandte ökonomische Gesundheitssystemforschung.²⁴ Insbesondere die gesundheitsökonomische Evaluationsforschung hat in den letzten Jahren an Bedeutung hinzugewonnen, da die Diskussion um die Notwendigkeit der Rationierung (= Streichung von Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis) und einer vierten Hürde für Arzneimittel (neben der für die Zulassung eines Arzneimittels nachzuweisenden Eigenschaften Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität muss auch die Wirtschaftlichkeit belegt werden) die gesundheitspolitische Diskussion beherrscht. Der Arbeitsmarkt für Gesundheitsökonominnen war nie so gut wie heute. Zwei gesundheitsökonomische Fachgesellschaften haben sich in Deutschland gebildet: der Ausschuss Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik (nur für ausgewiesene Wissenschaftler) und die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (offen für alle).

Gesundheitsökonomie gehört – wie die Umweltökonomie, die Bildungsökonomie und die Arbeitsökonomie – zu den so genannten „Bindestrichökonomien“, bei der das gesamte Instrumentarium der ökonomischen Theorie auf spezifische Frage-

²⁰ Vgl. Breyer et al. (2005).

²¹ Vgl. Müller-Bohn und Ulrich (2000).

²² Vgl. Eichhorn et al. (2000) und Greiner et al. (2008).

²³ Vgl. Walter und Paris (1996).

²⁴ Vgl. Schwartz (2003) und Rebscher (2006).

stellungen und konkrete Zusammenhänge in einem Wirtschaftsbereich angewandt wird. Forschung in Bindestrichökonomien ist i. d. R. interdisziplinär. So ist gesundheitsökonomische Forschung ohne medizinischen – aber auch soziologischen, technologischen, politischen und psychologischen – Sachverstand kaum denkbar.

In diesem Beitrag wird nach einer Definition des Begriffs Gesundheitsökonomie ein kurzer geschichtlicher Rückblick zu der Entwicklung dieses Faches gegeben. Im Anschluss daran werden einige zentrale Fragestellungen und vor allem Ansätze der gesundheitsökonomischen Forschung herausgearbeitet.

2.2

Was ist Gesundheitsökonomie?

Als auf der ersten großen gesundheitsökonomischen Tagung in Deutschland, der Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 1985, die Frage nach einer Definition gestellt wurde, war die Antwort: 1. Gesundheitsökonomie ist das, was Gesundheitsökonominnen machen; und 2. „ein Gesundheitsökonom ist keiner, der die Gesundheitsausgaben schon deshalb für zu hoch hält, weil sie zu hoch sind.“²⁵ Gesundheitsökonomie sind keine Advokaten einer forcierten Kostendämpfungspolitik. Sie fragen nach „Value for Money“, d. h. die Frage, wie die knappen Ressourcen eingesetzt werden sollen, damit der Nutzen möglichst groß ist. Dabei müssen sich Gesundheitsleistungen an andere Leistungen und Gütern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens messen lassen.

Gesundheitsökonomie ist die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitswesens unter Verwendung von Konzepten der ökonomischen Theorie. Klarman's (1965) Definition betont noch mehr den Produktionsaspekt: „In a formal sense the economics of health may be defined as economic aspects of health services – those aspects of the health problem that deal with the determination of quantity and prices of scarce resources devoted to this and related purposes and with the combinations in which resources are employed.“²⁶ Dabei ist die Hauptannahme der Wirtschaftswissenschaften: „The economic perspective assumes that resources have alternative uses, and that people have diverse wants, not all of which can be sacrificed.“²⁷ Diese Annahme steht im Gegensatz zur landläufigen Meinung, „Gesundheit sei das höchste Gut“ und man müsse vor allen anderen Bedürfnisbefriedigungen eine umfassende und bestmögliche Gesundheitsversorgung herstellen. Ein solches Vorgehen bedeutet eine lexikographische Präferenzordnung im Gegensatz zu einer substitutionalen Präferenzordnung.

Die Grundannahme einer substitutionalen Präferenzordnung steht nicht im Widerspruch zu dem Bemühen, in einem konkreten Krankheitsfall alles zu tun, was

²⁵ Gäfgen (1986, S. 657).

²⁶ Klarman (1965).

²⁷ Fuchs (1983).

möglich ist, um dem Patienten zu helfen. Aber welche Möglichkeiten die Gesellschaft dem Gesundheitswesen gibt, um die Versorgung der Kranken vorzunehmen, ist eine generelle Allokationsfrage, bei der das Bedürfnis der Bevölkerung nach Gesundheit mit anderen Bedürfnissen, wie Sicherheit, Kultur und Bildung abgewogen werden müssen. Jeder Euro, der für eine Gesundheitsversorgungsinstitution – z. B. ein neues Transplantationszentrum – ausgegeben wird, steht für eine alternative Verwendung innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens nicht mehr zur Verfügung. Es ist wichtig zu verstehen, dass eine ökonomische Bewertung nicht eine Rationierung im konkreten Krankheitsfall bedeutet, sondern sie die Wahrscheinlichkeiten beeinflusst. Z. B. wird der Bau oder auch Nichtbau eines neuen Transplantationszentrums zu einer Veränderung der Mortalitätswahrscheinlichkeit der Patienten führen, die auf eine Transplantation warten. Die Warteschlange wird entweder kürzer oder nicht. Ob der Bau aus ökonomischer Sicht sinnvoll ist, erfordert eine Kosten-Nutzen-Abwägung.

Innerhalb des Gesundheitswesens gibt es Fehlanreize und Ineffizienzen, die einerseits in allen Wirtschaftssektoren anzutreffen sind („nobody is perfect“), andererseits durch die staatlichen Regulierungen und Besonderheiten der „Gesundheitsproduktion“ hervorgerufen werden. Die Schlagworte „Kostenexplosion“, „Ärztenschwemme oder -mangel“, „Bettenberg“ und „Pflegenotstand“ machen dies deutlich. Administrierte Preise sind häufig schuld an diesen Phänomenen, d. h. die Preise (inklusive Löhnen) reagieren nicht auf die Knappheit, womit das Preissystem seine allokativen Steuerungsfunktion verliert. Es kann Aufgabe der Gesundheitsökonomie sein, Preissysteme zu entwickeln, die möglichst positive Anreize geben und Preishöhen festzulegen, die den Knappheitsrelationen entsprechen.²⁸

Grundlage ökonomischer Analysen und damit auch gesundheitsökonomischer Studien sind folgende Annahmen:

- Jeder Akteur ist eigennützig und verfolgt bestimmte Ziele.
- Jeder Akteur verhält sich rational, d. h. er wählt die Alternative aus, die nach seinem Kenntnisstand seinen Nutzen bei gegebenen Kosten maximiert bzw. ein Ziel mit minimalen Kosten verwirklicht.
- Die Kosten einer Handlungsalternative sind der Nutzen einer anderen Handlungsalternative, die nun nicht gewählt werden kann (Opportunitäts- oder Alternativkostenkonzept).
- Jeder Akteur ist risikoavers („lieber den Spatz in der Hand als die Taube auf dem Dach“).

In der Realität sind die Annahmen nur partiell zutreffend. So handeln Menschen auch altruistisch, emotional, irrational und risikofreudig. Die Erklärung dieses Verhaltensmusters kann nur in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, wie z. B. der Psychologie oder Sozialmedizin, wissenschaftlich untersucht werden, da diese Disziplinen für die Analyse besondere Methoden entwickelt haben. Wenn es um Fragen der Verteilung der Kosten und Nutzen auf verschiedene Mitglieder der Gesellschaft

²⁸ Beispielhaft für derartige Studien sei Schulenburg (1981) genannt.

geht, werden vielfach Fragen der Verteilungsgerechtigkeit aufgeworfen. Auch hier bietet sich eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, z. B. der Philosophie und Medizinethik an.

Gesundheitsökonomische Fragestellungen entstehen häufig erst aufgrund der Existenz der Krankenversicherung. Viele Probleme, die im Gesundheitswesen heftig diskutiert werden, würden sich gar nicht als solche darstellen, gäbe es nicht die Pflicht, krankenversichert zu sein und sich an der Finanzierung eines staatlich organisierten Krankensicherungssystems beteiligen zu müssen. Beispielsweise wird das Phänomen der Kostenexplosion, d. h. der Umsatzzunahme des Gesundheitssektors, nur deshalb als bedrohliches Phänomen wahrgenommen, weil es sich in steigenden Beitragssätzen zur Krankenversicherung und in steigenden Lohnnebenkosten niederschlägt und der Marktmechanismus, der zu einer Allokation der Ressourcen gemäß der Präferenzen der Bürger und der Produktionskosten führt, durch staatliche Regulierung außer Kraft gesetzt wird. Über Umsatzzuwächse anderer Wirtschaftssektoren redet man meist wesentlich positiver. Die Preise von Arzneimitteln sind deshalb Gegenstand öffentlicher Erregung, weil die Preisbildung im Gesundheitswesen nicht nach marktwirtschaftlichen Regeln funktioniert. Ob ein Arzneimittel seinen Preis wert ist, kann nicht vom Konsumenten bestimmt werden, sondern muss mit Hilfe von Kosten-Nutzen-Analysen bzw. Health Technology Assessment (HTA) Studien bewertet werden. Daher ist die Krankenversicherungstheorie Teil der Gesundheitsökonomie. Beide Subdisziplinen haben eine ganze Reihe von Gemeinsamkeiten (siehe Tab. 2.1).²⁹

Tabelle 2.1. Gemeinsamkeiten zweier ökonomischer Subdisziplinen

Gesundheitsökonomie	Versicherungsökonomie
1. Wie sollen „Agents“ (Ärzte, Krankenhäuser, Zahnärzte) bezahlt werden?	1. Wie sollen „Agents“ (Versicherungsmakler und -vertreter) bezahlt werden?
2. Starke staatliche Regulierung der betreffenden Märkte	2. Starke staatliche Regulierung der betreffenden Märkte
3. Economies of Scale in Krankenhäusern und der Produktion von Gesundheitsgütern Economies of Scope in integrierten Versorgungsprogrammen	3. Gesetz der großen Zahl bei Versicherung Verbundeffekte im Vertrieb (Allfinanz etc.)
4. Gesundheitsproduktion Unsichere Input-Output-Beziehung	4. Versicherungsproduktion Unsichere Input-Output-Beziehung
5. Warum erkranken Menschen? Wie können Erkrankungen verhindert werden? Wie können chronisch Erkrankte effizient behandelt werden?	5. Warum passieren Risiken? Wie können Risiken vermieden werden? Wie können Folgeschäden vermieden werden?
Transformation von Risiken	

²⁹ Die beiden bekannten Lehrbücher für Gesundheitsökonomie enthalten jeweils Abschnitte zur Versicherungsökonomik: Breyer et al. (2005), Kap. 6 und 7, sowie Schulenburg und Greiner (2008), Kap. III.

Diese Verbindung wird auch deutlich, wenn man sich die Entstehungsgeschichte der Gesundheitsökonomie vergegenwärtigt.

2.3

Geschichte der Gesundheitsökonomie

Die Gesundheitsökonomie hat verschiedene geschichtliche Wurzeln und Entwicklungslinien. Dies ist auch nicht verwunderlich, da sie nicht eine theoriegeleitete Subdisziplin der Ökonomie ist, wie beispielsweise die Mikro- oder Makroökonomie, sondern die Anwendung theoretischer Konzepte auf Frage- und Problemstellungen darstellt, die sich bei der Organisation, Regulierung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der in ihr tätigen Institutionen ergeben.³⁰

Die Geburtsstunde einer systematischen Beschäftigung mit gesundheitsökonomischen Fragen in Deutschland ist das Jahr 1978, als sich erstmals eine Gruppe deutscher Ökonomen zum ersten Colloquium „Gesundheitsökonomie“ auf Einladung der Robert-Bosch-Stiftung trafen. Bis dahin gab es nur wenige vereinzelte gesundheitsökonomische Schriften.³¹ In ihnen wurden schon Kernfragen angesprochen, die auch heute noch diskutiert werden:³²

- Was wird im Gesundheitswesen produziert und wie kann man dies aus ökonomischer Sicht bewerten?
- Welchen Einfluss können, sollen und haben Institutionen wie Verbände, Körperschaften öffentlichen Rechts und Versicherungen auf die Allokation der Ressourcen und die Verteilung von Einkommen und Gesundheitsleistungen?
- Wie kann man angesichts der asymmetrischen Informationsverteilungen Anreize setzen, die eine effiziente Allokation der Ressourcen herbeiführt?
- Warum gibt es eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, d. h. ein stärkeres Ansteigen der Gesundheitsausgaben als das Bruttonationaleinkommen, und was kann und sollte man dagegen tun?

Gerade das Phänomen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen beflügelte die gesundheitsökonomische Forschung und steigerte das Interesse an gesundheitsökonomischen Überlegungen in Deutschland. Als im November 1978 das erste Robert-Bosch-Colloquium unter der Leitung von Philipp Herder-Dorneich zusammenkam

³⁰ Einen umfassenden Überblick über die gesundheitsökonomische Forschung gibt das mehrbändige Sammelwerk Culyer und Newhouse (2000).

³¹ Zu nennen sind hier beispielsweise Rahner (1965), Zöllner (1965), Knöffel (1971), Herder-Dorneich und Kötz (1972), Böge (1973), Thiemeyer (1975), Eichhorn (1975), Rosenberg (1975), sowie der frühe Sammelband von Schreiber und Allekotte (1970) zur „Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung“. Damals wurde dieser Titel noch mit einem Fragezeichen versehen, das später wegfiel.

³² Vgl. zu der Entwicklung der deutschsprachigen gesundheitsökonomischen Literatur Andersen und Schulenburg (1987), insbesondere Kap. 1.3.

– weswegen man Philipp Herder-Dorneich zusammen mit Theo Thiemeyer und dem zuständigen Referenten der Robert-Bosch-Stiftung, Hans-Jürgen Firnkorn, als die Väter der deutschen Gesundheitsökonomie bezeichnen kann – war die Gesundheitsökonomie in Deutschland noch eine ganz kleine Pflanze.

Ganz anders die Situation in den USA. Hier hatte sich bereits eine Gruppe von Ökonomen aufgemacht, Verhaltensweisen und Marktstrukturen im Gesundheitswesen sowie die Krankenversicherung durch rigorose Anwendung ökonomischer Modelle zu analysieren. Der Nobelpreisträger Kenneth J. Arrow hatte bereits 1963 seinen berühmten Aufsatz „Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care“ veröffentlicht.³³ In ihm zeigte er die Vorteile eines Krankenversicherungssystems und wies in einem Modell zur optimalen Versicherungsnachfrage nach, dass es nicht sinnvoll ist, sich gegen dieses Risiko voll zu versichern. Mark V. Pauly, der spätere Direktor des bekannten gesundheitswissenschaftlichen Leonard Davis Institute an der University of Pennsylvania, beschäftigte sich bereits 1968 in seinem Beitrag „Efficiency in Public Provision of Medical Care“³⁴ mit den Bedingungen einer optimalen Versorgung Kranker. 1968 erschien in der *American Economic Review* die berühmt gewordene Kontroverse zwischen Arrow und Pauly zum Phänomen Moral Hazard:³⁵ Ist die Ausbeutung der Versicherung durch den Versicherten moralisch verwerflich (Arrows Position) oder rationales Verhalten (Paulys Position) oder beides (meine Position)?³⁶ Weiterhin ist Uwe E. Reinhardts theoretische und empirische Untersuchung zur ärztlichen Produktionsfunktion und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen zu nennen.³⁷ Mitte der 70er Jahre begann Joseph P. Newhouse mit dem größten empirischen gesundheitsökonomischen Forschungsprojekt aller Zeiten, dem von der Rand-Corporation in Santa Monica durchgeführten „Health Insurance Experiment“. In ihm wurde gezeigt, dass die Preiselastizität nach Gesundheitsleistungen zwischen 0,04 und 0,16 liegt, womit die Bedeutung von Selbstbeteiligungsregelungen in der Krankenversicherung gezeigt wurde.³⁸ Zum Vergleich: Für deutsche PKV-Versicherte wurde eine Nachfrageelastizität von 0,08 (bei 10 %iger Selbstbeteiligung) bis 0,39 (bei 50 %iger Selbstbeteiligung) geschätzt.³⁹

Aus der frühen Gruppe der anglo-amerikanischen und britischen Gesundheitsökonomien sind sicherlich noch R. R. und W. G. Campell (1952/1953) zu nennen, die die Frage der Pflichtversicherung behandelten, sowie Martin S. Feldstein, Robert G. Evans, Viktor R. Fuchs, Michael Grossman, Herbert E. Klarman⁴⁰ und Frank

³³ Vgl. Arrow (1963).

³⁴ Vgl. Pauly (1968b).

³⁵ Vgl. Arrow (1968) und Pauly (1968a).

³⁶ Vgl. Schulenburg (1978).

³⁷ Vgl. Reinhardt (1975).

³⁸ Vgl. zu den Ergebnissen der US-amerikanischen Untersuchungen Phelps und Newhouse (1974a), Davis und Russel (1972), Feldstein (1971), Feldstein und Severson (1964), Kelly und Schieber (1972), Phelps und Newhouse (1974b), Rosenthal (1970), Rosett und Huang (1973), Keeler und Morrow, Newhouse (1977), Newhouse et al. (1981) und Brook et al. (1983).

³⁹ Vgl. Schulenburg (1987, S. 62).

⁴⁰ Vgl. Klarman (1965).

A. Sloan. Alle haben gemeinsam, dass sie das mikroökonomische Instrumentarium der Nachfrage- und Angebots Theorie auf gesundheitsökonomische Fragestellungen anwendeten.

In Deutschland wurden diese Entwicklungen kaum beachtet. Phillip Herder-Dorneich begründet dies wie folgt: „So hatte sich die deutsche Wirtschaftswissenschaft seit mehreren Jahrzehnten daran gewöhnt, ihre Modelle und Theorien (...) aus Amerika zu übernehmen. Diese Verfahrensweise glaubten einige auch für die Gesundheitsökonomik anwenden zu können. Sie erweist sich allerdings sehr rasch als unergiebig (...)“.⁴¹ In Deutschland dominierten deskriptive Darstellungen des Krankenversicherungssystems und die Ausformulierung allgemeiner ordnungspolitischer Positionen (mehr Markt, Bewahrung des gegliederten Krankenversicherungssystems, Solidarität vs. Subsidiarität usw.). Auch findet man in der frühen Phase Darstellung der Entwicklung und möglichen Ursachen aus der Ausgabenentwicklung in der GKV.

Mittlerweile ist aber aus dem Pflänzchen „Gesundheitsökonomie in Deutschland“ ein prächtiger Baum geworden. Das Robert-Bosch-Colloquium Gesundheitsökonomie tagte in 11 Jahren über zwanzigmal. Es bildete sich der Ausschuss Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik sowie die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie mit derzeit knapp 500 Mitgliedern. Beachtliche Forschungsarbeiten wurden und werden angegangen und in den letzten Jahren kamen die ersten übergreifenden Lehrbücher auf den Markt.⁴² Trotz einiger Studiengänge „Public Health“ und der Etablierung des Fachs Gesundheitsökonomie sowie Gesundheitsmanagement in Forschung und Lehre an wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten (u. a. Bayreuth, Berlin, Essen, Göttingen, Greifswald, Hannover, Köln, München, Nürnberg, Ulm), ist die Zahl der Forscher in diesem Gebiet noch recht gering.

2.4

Ansätze der Gesundheitsökonomie

Je nach Fragestellung bedient sich die Gesundheitsökonomie Modellkonzepten und Methoden der allgemeinen ökonomischen Forschung. Diese Modelle entstammen vor allem folgenden Gebieten:

- der mikroökonomischen Verhaltenstheorie (z. B. zur Erklärung des Arztverhaltens angesichts unterschiedlicher Honorierungsmethoden)
- der Wettbewerbstheorie (z. B. zur Erklärung der Strategien von Pharmafirmen)
- der Versicherungstheorie (z. B. zur Erklärung der Tarifierung von Krankenversicherern)

⁴¹ Herder-Dorneich (1980, S. 111).

⁴² Vgl. Schulenburg und Greiner (2000) und Breyer et al. (2005).

- der Entscheidungstheorie unter Unsicherheit (z. B. zur Erklärung des Verhaltens von Versicherten angesichts unterschiedlicher Selbstbeteiligungsmodelle)
- der ökonomischen Theorie der Politik (z. B. zur Erklärung der Rolle der mächtigen Verbände im Gesundheitssystem)
- der Ordnungstheorie und -politik (z. B. zur Erklärung der optimalen Mischung zwischen Transfer und Markt)
- der Managementtheorie (z. B. zur Erklärung der operativen und strategischen Planung im Krankenhaus)
- der Evaluationstheorie (z. B. zur Erklärung der Kosten-Nutzen-Relationen verschiedener Therapiekonzepte)

Gerade die beiden zuletzt genannten Ansätze erleben derzeit einen forschungsmäßigen „Boom“.

Angesichts der Kostendynamik im Gesundheitssystem und dem erklärten politischen Willen, die Kosten des Krankenversicherungssystems in Relation zum Brutto-sozialprodukt konstant zu halten, stellt sich insgesamt die Frage, wie die knappen Ressourcen des solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems effizient eingesetzt werden können. Um die Kostenentwicklung zu dämpfen, bieten sich folgende Instrumente an:

- Rationalisierung (z. B. durch Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven in Krankenhäusern und Praxen)
- Rationierung der Krankenkassenleistungen (z. B. durch Einfrieren von Operationskapazitäten)
- Kostenverlagerung (z. B. durch Selbstbeteiligung und Leistungsausschluss)

Rationalisierung ist nur in einem begrenzten Maße möglich. Sie wird um so schwerer, je stärker man sich der Produktionsmöglichkeitengrenze (Transformationskurve) nähert.

Für die Rationierung und Kostenverlagerung müssen Kriterien entwickelt werden. Außerdem gilt es Methoden der Messung von Nutzen und Kosten zu entwickeln, was Aufgabe der ökonomischen Evaluationstheorie ist. Die Verfahren der Evaluationstheorie sind keineswegs neu, sondern im Rahmen der Investitionstheorie und Nutzen-Kosten-Analyse zur Beurteilung privater und öffentlicher Investitionen entwickelt worden. Aber die gesundheitsökonomische Forschung auf diesem Gebiet war ungemein innovativ und hat einen wesentlichen Beitrag zur allgemeinen ökonomischen Theorie geleistet. Dies liegt vor allem daran, dass die Nutzen gesundheitlicher Maßnahmen bzw. Investitionen schwer messbar und in Geldeinheiten quantifizierbar sind. Dies gilt beispielsweise für eine Senkung der Mortalität oder eine Erhöhung der Lebensqualität. Man kann deshalb zu Recht behaupten, dass die Gesundheitsökonomie nicht nur von der allgemeinen Entwicklung der ökonomischen Theorie profitiert, sondern auch einen beachtenswerten Beitrag zur Weiterentwicklung der ökonomischen Forschung zu leisten vermag.

Einen weiteren Impuls bekommt die Evaluationsforschung dadurch, dass es in vielen Ländern mittlerweile Standard ist, Gesundheitsleistungen – insbesondere Arzneimittel – durch eine Nutzen-Kosten-Bewertung und ein Health Technology

Assessment evaluieren zu lassen. Die Evaluation ist Grundlage für Entscheidungen über den Einsatz der Gesundheitsleistungen, die Preisbildung und die Erstattungsfähigkeit durch die Krankenversicherung. In vielen Ländern sind Institutionen gegründet worden, die zur Aufgabe haben, diese Nutzen-Kosten-Bewertung durchzuführen. Die gesundheitsökonomische Forschung konnte für die Evaluation von Gesundheitsleistungen nicht nur wertvolle Methoden entwickeln, sondern stand auch Pate für die Formulierung von Leitlinien zur Durchführung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien.

2.5

Epilog

Gesundheitsökonomie ist ein noch junges, aber spannendes Forschungsgebiet. Dies liegt einerseits an der unumgänglichen Interdisziplinarität, andererseits an der Vielfalt der ökonomischen Denkansätze und Theorien, welche in die gesundheitsökonomische Forschung Eingang finden. Derzeit konzentrieren sich Forschungsaktivitäten vor allem auf die beiden Subdisziplinen Krankenhausökonomie und Evaluationstheorie. In letzter Zeit kommen Fragestellungen der Versorgungsforschung hinzu, wobei vor allem die Nutzung von Sekundärdaten (z. B. Abrechnungsdaten von Krankenkassen) eine große Rolle spielt. Angesichts der ungelösten und z. T. unlösbaren Probleme wird Gesundheitsökonomie weiterhin ein spannendes Gebiet bleiben.

Gesundheitsökonomische Evaluationen

Schöffski, O.; Graf von der Schulenburg, J.-M. (Hrsg.)

2012, XXIX, 588 S. 91 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-642-21699-2