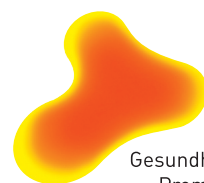


Synthesebericht: Ökonomische Evaluation in den Kernthemen

- **Gesundes Körpergewicht**
- **Psychische Gesundheit – Stress**
- **Gesundheitsförderung und Prävention stärken**



Impressum

Autoren

lic. phil. Liselotte Schug, MPH
Dr. med. Barbara Federspiel, MHA
Dr. oec. HSG Urs Brügger

Korrespondenzadresse

Dr. oec. Urs Brügger
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG
St. Georgenstrasse 70
Postfach 958
8401 Winterthur

Herausgeber

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04
Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Promotion Santé Suisse
Avenue de la Gare 52
Case postale 670
CH-1001 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15
Fax +41 (0)21 345 15 45
office@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Theorie der ökonomischen Evaluation	7
2.1 Nicht vergleichende Analysen	7
2.1.1 Kostenanalyse	7
2.1.2 Krankheitskostenanalysen	7
2.2 Vergleichende Analysen	9
2.2.1 Kosten-Minimierungs-Analyse (CMA)	12
2.2.2 Kosten-Nutzen-Analyse (CBA)	12
2.2.3 Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA)	12
2.2.4 Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA)	13
2.2.5 Zusammenfassung der vier ökonomischen Evaluationstypen	13
2.2.6 Kosten-Konsequenzen-Analyse	15
2.3 Perspektive	15
2.4 Diskontierung	16
2.5 Sensitivitätsanalyse	17
2.6 Modellierung	18
2.7 Gerechtigkeitsfrage	18
2.8 Evidenzlevel von ökonomischen Evaluationen	19
2.9 Bibliographie	20
3. Zusammenfassung des Berichts «Gesundes Körpergewicht»: Ökonomische Perspektive	23
3.1 Einleitung	23
3.2 Review	23
3.3 Resultate und Diskussion	24
3.4 Empfehlungen	24
4. Zusammenfassung des Berichts «Psychische Gesundheit – Stress»: Ökonomische Perspektive	27
4.1 Einleitung	27
4.2 Review	27

4.3 Resultate und Diskussion	28
4.4 Empfehlungen	29
5. Bemerkungen zu «Gesundheitsförderung und Prävention stärken»: Ökonomische Perspektive	31
5.1 Einleitung	31
5.2 Literaturrecherche	32
5.3 Schwierigkeiten bei der ökonomischen Evaluation von «Advocacy-Interventionen»	32
6. Fazit	35

1. Einleitung

Liselotte Schug

Der vorliegende Bericht ist eine Synthese der vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie durchgeführten Reviews zu ökonomischen Evaluationen der beiden Kernthemen «Gesundes Körpergewicht»¹ und «Psychische Gesundheit – Stress»² von Gesundheitsförderung Schweiz. Beim dritten Kernthema, «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», wurde nach einer erfolglosen ersten Literatursuche entschieden, dass eine systematische Review zu ökonomischen Evaluationen in diesem Themenfeld nicht sinnvoll ist. Es existiert jedoch ein interner Kurzbericht, der einige Hinweise zur Problematik von ökonomischen Evaluationen im Bereich «Advocacy» gibt und der damit auch das Fehlen von ökonomischen Evaluationen zu «Advocacy-Interventionen» teilweise erklärt.

Einführend werden die Grundlagen der ökonomischen Evaluation unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung auf Gesundheitsförderung dargestellt. Anschliessend folgen die Zusammenfassungen der beiden Berichte sowie eine Erläuterung zum Fehlen von ökonomischen Evaluationen im Bereich «Gesundheitsförderung und Prävention stärken». In den Zusammenfassungen finden sich keine Literaturhinweise. Für diese sowie für eine genauere Darstellung wird hier auf die beiden Berichte verwiesen, in denen auch die gefundenen ökonomischen Evaluationen vorgestellt werden. Die beiden Berichte sind als PDF-Dateien unter folgenden Online-Adressen im Internet zu finden:

- Kernthema «Gesundes Körpergewicht»: Ökonomische Perspektive
http://www.wig.zhwin.ch/publi/pdf/Schlussbericht_Gewicht.pdf
- Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress»: Ökonomische Perspektive
http://www.wig.zhwin.ch/publi/pdf/Schlussbericht_Psychische.pdf

Ziel der beiden Reviews war es, Gesundheitsförderung Schweiz einerseits einen Überblick über die vorhandenen ökonomischen Evaluationen in den beiden Kernbereichen zu verschaffen und andererseits Empfehlungen bezüglich kostenwirksamer Interventionen sowie Anhaltspunkte zur Durchführung von Kostenwirksamkeitsstudien von Gesundheitsförderungsprogrammen zu geben. Die beiden Reviews bilden die Grundlage für zukünftige ökonomische Evaluationen von Massnahmen von Gesundheitsförderung Schweiz.

¹ Federspiel, Barbara (2005). Gesundheitsförderung Schweiz – Kernthema «Gesundes Körpergewicht»: Ökonomische Perspektive. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

² Schug, Liselotte (2005). Gesundheitsförderung Schweiz – Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress»: Ökonomische Perspektive. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

2. Theorie der ökonomischen Evaluation

Liselotte Schug, Barbara Federspiel und Urs Brügger

Hinter dem Begriff der «ökonomischen Evaluation»³ stehen verschiedene Methoden bzw. Studientypen, die in der Folge hier beschrieben werden.⁴ Die Wahl der Methode hängt vom Zweck der Untersuchung und von der Fragestellung ab. Man unterscheidet zwischen vergleichenden und nicht vergleichenden Studien, wobei nur die vergleichenden Studien als ökonomische Evaluationen im eigentlichen Sinn bezeichnet werden können.⁵ Für die Optimierung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen sind generell vergleichende Studien erforderlich.⁶ Nicht vergleichende Studien haben für gewisse Fragestellungen trotzdem ihre Berechtigung.

2.1 NICHT VERGLEICHENDE ANALYSEN

Zu den nicht vergleichenden Analysen gehören die einfachen Kostenanalysen und die Krankheitskostenanalysen.

2.1.1 Kostenanalyse

Bei der Kostenanalyse handelt sich um ein einfaches Design, das die Kosten einer bestimmten Intervention umfasst. Anhand der Kosten allein lassen sich jedoch keine fundierten Entscheidungen für oder gegen eine bestimmte Intervention fällen, da das Ergebnis und damit der Nutzen für die Adressaten der Intervention ebenso zu berücksichtigen sind.

2.1.2 Krankheitskostenanalysen

Um die gesellschaftliche Bedeutung einer Krankheit zu ermitteln, werden Krankheitskostenstudien (cost-of-illness studies) durchgeführt. Diese dienen dazu, die volkswirtschaftlichen Kosten⁷ einzelner Krankheiten zu erkennen und damit eine Grundlage zur Ressourcenallokation bzw. zur Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik zu liefern. Bei Krankheitskostenanalysen, die eine gesamtgesellschaftliche Perspektive einnehmen, werden nebst den direkten Kosten, die durch das Erbringen von Gesundheitsleistungen anfallen, oft auch die indirekten Kosten, die durch vorzeitige Mortalität, Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit entstehen, berücksichtigt. Krankheitskostenanalysen werden aber auch oft aus der Perspektive von Krankenversicherungen ermittelt. In diesem Fall werden vor allem die direkten Kosten der Krankheit erfasst.⁸

³ In der deutschsprachigen Literatur wird bei ökonomischen Evaluationen im Gesundheitswesen oft der Begriff «gesundheitsökonomische Evaluation» gebraucht. Diese beiden Begriffe werden also synonym verwendet.

⁴ Die folgenden Erläuterungen des Kapitels 2 beruhen im Wesentlichen auf Schöffski und Uber, 2000; Szucs, 1997 und Drummend et al., 1997. Zusätzlich werden nur Beiträge von weiteren Autorinnen und Autoren in den Fussnoten erwähnt.

⁵ Die folgenden Erläuterungen des Kapitels 2 beruhen im Wesentlichen auf Schöffski und Uber, 2000; Szucs, 1997 und Drummend et al., 1997. Zusätzlich werden nur Beiträge von weiteren Autorinnen und Autoren in den Fussnoten erwähnt.

⁶ Vgl. u. a. NHMCR, 2001.

⁷ Unter «Kosten» versteht man mit Preisen bewertete Ressourcenverbräuche. Aidelsburger et al., 2003, S. 8.

⁸ Schöffski und Uber, 2000, S. 176f.

Kosten werden in folgende Kategorien unterteilt:⁹

Abbildung 1

Verschiedene Kostenkategorien

Direkte Kosten	Indirekte Kosten ¹⁰	Intangible Kosten
Entstehen durch das Erbringen von Gesundheitsleistungen. Z.B.:	Entstehen durch den Produktivitätsverlust. Z.B. durch:	Monetär nicht gut messbare Effekte von Krankheit wie z. B.:
<ul style="list-style-type: none"> • Personalkosten (Ärzte, Pflegepersonen etc.) • Medikamentenkosten • Laborkosten • Verwaltungskosten 	<ul style="list-style-type: none"> • weniger Produktivität am Arbeitsplatz • Krankheitstage • geringere Lebenserwartung 	<ul style="list-style-type: none"> • physische und psychische Beeinträchtigung • Schmerzen

Intangible Kosten werden bei der Berechnung von Krankheitskosten in den so genannten cost-of-illness studies selten berücksichtigt. Dies hängt mit der sehr schwierigen Quantifizierbarkeit zusammen.

Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten, Kosten zu erheben: den *top-down Ansatz*, der hoch aggregierte volkswirtschaftliche Daten verwendet, und den *bottom-up Ansatz*, der vom einzelnen Patienten ausgeht. Beim *top-down Ansatz* ermittelt man mittels statistischer Daten (z.B. Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, Statistiken über durchschnittliche Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitstage etc.) die Kosten, die der Volkswirtschaft durch eine bestimmte Krankheit entstehen. Beim *bottom-up Ansatz* werden für einen Durchschnittspatienten mit einer bestimmten Erkrankung die Krankheitskosten ermittelt. Dies kann gemäss dem tatsächlichen Kostenanfall bei einem Patienten geschehen oder mittels repräsentativen Entgelten (z.B. Tagessätzen, Fallpauschalen etc.) ermittelt werden.

Aussagekräftig werden Krankheitskostenstudien, wenn sie relativ zu den Kosten, die durch andere Krankheiten verursacht werden, betrachtet werden können. Wichtig ist jedoch, darauf zu achten, dass die Studien im gleichen Kontext durchgeführt worden sind, ansonsten ist ein Vergleich fragwürdig. Es handelt sich bei den Krankheitskosten-Analysen jedoch prinzipiell um eine nicht vergleichende Studienform. Anhand von Kenntnissen der Kosten alleine sollten keine Interventionsempfehlungen abgeleitet werden. Dafür sind vollständige ökonomische Evaluationsstudien besser geeignet. Letztlich sollte aus ökonomischer Perspektive nicht die Höhe der Kosten einer Krankheit für die Ressourcenallokation entscheidend sein, sondern die ökonomische Vorteilhaftigkeit einer Interventionsalternative gegenüber einer anderen. Ist die Wirksamkeit von Interventionen bei einer ökonomisch bedeutenden Krankheit gering, wären die Gelder eventuell bei einer weniger bedeutenden Erkrankung besser eingesetzt, wenn sich dort durch Interventionen positive Effekte erzielen lassen.¹¹

Dennoch eignen sich Krankheitskostenstudien sehr gut für «Advocacy-Zwecke»¹². Sie bilden auch eine Grundlage für vergleichende ökonomische Evaluationen, da sie die Kostenseite beleuchten.

⁹ Greiner, 2000, S. 163–169.

¹⁰ Die Probleme, die bei der Berechnung der indirekten Kosten entstehen, werden ebd., S. 165–169 erläutert.

¹¹ Schöffski und Uber, 2000, S. 176–181.

¹² Definition von Advocacy gemäss WHO-Glossary: «Advocacy is a method and a process of influencing decision-makers and public perceptions about an issue of concern, and mobilising community action to achieve social change, including legislative and policy reform, to address the concern.» Vgl. <http://www.who.int/3by5/partners/NGOglossary.pdf> [cited 20.9.2005.]

2.2 VERGLEICHENDE ANALYSEN

Bei den vergleichenden Studien geht es um die Kostenwirksamkeit von Interventionen. Gemeinsam ist all diesen Studien, dass sie die Effizienz¹³ des Ressourceneinsatzes beurteilen. Sie basieren auf der ökonomischen Grundannahme, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Vergleich zu den Bedürfnissen stets knapp sind und deshalb Entscheide über den Ressourceneinsatz getroffen werden müssen. Werden Ressourcen an einem Ort eingesetzt, so stehen sie an einem anderen Ort nicht mehr zur Verfügung. Das gilt innerhalb des Gesundheitswesens, aber auch zwischen dem Gesundheitswesen und anderen Bereichen.

Ziel ist es, mit gegebenen Mitteln ein möglichst gutes Outcome oder mit möglichst geringem Ressourceneinsatz ein definiertes Outcome zu erreichen. Vergleichende Studien bewerten stets das Verhältnis von Ressourceneinsatz (Kosten) und Outcome alternativer Interventionen und ermöglichen so eine Aussage über die relative Kosteneffektivität konkurrenzierender Interventionen. Um die relative Kostenwirksamkeit zu bestimmen, müssen also sowohl der Ressourcenverbrauch (Kosten) als auch das Outcome der Vergleichsinterventionen erhoben werden.

Die Wirksamkeit wird meist in experimentellen und quasi-experimentellen Studien im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppen festgestellt. Dabei hat sich in der medizinischen Forschung eine Evidenzhierarchie der Wirksamkeit für verschiedene Studiendesigns etabliert:

Abbildung 3

Hierarchie der klinischen Evidenz¹⁴

1++	Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) oder randomisierte kontrollierte Studie (RCT) – von hoher methodischer Qualität, mit einem geringen Risiko für Bias
1+	Gut durchgeführte Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit oder RCT – mit einem geringen Risiko für Bias
1–	Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit oder RCT – mit erheblichem Risiko für Bias
2++	Qualitativ hochwertige systematische Übersichtsarbeit von Fall-Kontroll-Studien oder Kohorten-Studien Hochwertige Fall-Kontroll-Studien oder Kohorten-Studien mit einem sehr geringen Risiko für confounding oder Bias und mit einer grossen Wahrscheinlichkeit für Kausalität
2+	Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohorten-Studien mit einem kleinen Risiko für confounding oder Bias und einer mittleren Wahrscheinlichkeit für Kausalität
2–	Fall-Kontroll-Studien oder Kohorten-Studien mit einem hohen Risiko für confounding oder Bias und einem signifikanten Risiko, dass die gefundene Relation nicht kausal bedingt ist
3	Nicht analytische Studien, z.B. Fallberichte oder Fallserien
4	Expertenmeinung

Die oben dargestellte Evidenzhierarchie, die üblicherweise in der Evidenz-Based-Medicine (EBM) verwendet wird, wo nebst der RCT vor allem die Meta-Analyse und die systematische Review von RCTs an der Evidenzspitze stehen, erachten wir für die Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionen auf Public-Health-Ebene als wenig angemessen.

¹³ Effizienz und Kostenwirksamkeit werden synonym verwendet.

¹⁴ Quelle: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Abgebildet in Coley und Lee, 2002, S. 56.

Es hat sich folgende weitere Evidenzhierarchie für Wirksamkeitsstudien etabliert, welche sich nicht auf den medizinischen oder klinischen Bereich beschränkt:

Abbildung 2

Hierarchie des Studiendesigns für Wirksamkeitsstudien¹⁵

Level	Beschreibung
1.	Experimentelle Studien (RCT)
2.	Quasi-experimentelle Studien (ohne Randomisierung)
3.	Beobachtungsstudien
3a.	Kohorten-Studien
3b.	Fall-Kontroll-Studien
4.	Beobachtungsstudien ohne Kontrollen (z.B. Vorher-Nachher-Design)
5.	Expertenmeinung

Allerdings wird auch diese Klassifikationsliste der Gesundheitsförderung und Prävention mit ihren Interventionen in komplexen sozialen Systemen nicht gerecht, u.a. aus folgenden Gründen:

- Die Effekte der gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen zeigen sich häufig erst nach längerer Latenz.
- Eine Studienanordnung mit «Blindung» ist kaum möglich.
- Eine Randomisierung ist zwar möglich, sie bringt aber auch methodologische Probleme mit sich: In einer randomisierten, kontrollierten Studie sind kooperative (Compliance), aber eher passive Studienteilnehmer gewünscht, die sich streng an das vorgegebene Protokoll halten. Solche «klinischen» Probanden sind aber eine Antithese von Gesundheitsförderung, in der aktive Partizipation, Empowerment und Eigeninitiative zentral für den Erfolg sind.¹⁶
- Eine Randomisierung (z.B. von Schulklassen innerhalb eines Stadtbezirkes) verhindert nicht, dass Teilnehmer der Interventionsgruppe die Teilnehmer der Kontrollgruppe mit dem Gelernten «kontaminieren». Dieser in der realen Gesundheitsförderung erwünschte «externe» Effekt wird aber zum Bias einer kontrollierten Studie.¹⁷

Viele Experten sind sich inzwischen einig, dass die Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention verschiedenste Studienformen mit einbeziehen soll.¹⁸ Zudem werden auch Alternativen zu Evidenzhierarchien diskutiert, z.B. ein Evidenzprisma.¹⁹

¹⁵ Entsprechend der Studienhierarchie des CRD Report Number 4, 2001, Phase 5, S. 5.

¹⁶ Stewart-Brown, 2001, S. 273f.

¹⁷ Stewart-Brown, 2001, S. 273.

¹⁸ Rootman et al. 2001, S. 25.

¹⁹ vgl. Walach, Harald 2005. Zirkular statt hierarchisch. Wissenschaftstheoretische und methodische Voraussetzungen. Referat am BKK-Workshop Evidenzbasierte Gesundheitsförderung vom 14. Mai 2005 in Essen/D.

Die Kostenwirksamkeit einer beliebigen Intervention kann in folgender Matrix dargestellt werden:

Abbildung 4
Kosten/Wirkungsmatrix²⁰

		← Wirkung		
		besser	gleich	geringer
Kostens ↑	höher	A	B	C
	gleich	D	E	F
	tiefer	G	H	J

Folgerungen aus den Ergebnissen

A	prüfen	höhere Kosten, aber bessere Wirkung (inkrementale Analyse ist gefragt)
B	verwerfen	höhere Kosten, keine Differenz bei der Wirkung
C	verwerfen	höhere Kosten, geringere Wirkung
D	anwenden	keine Differenz bei den Kosten und bessere Wirkung (unvollständige Dominanz)
E	neutral	keine Differenz bei den Kosten und keine Differenz bei der Wirkung
F	verwerfen	keine Differenz bei den Kosten und geringere Wirkung
G	anwenden	geringere Kosten und bessere Wirkung (Dominanz)
H	anwenden	geringere Kosten und keine Differenz bei der Wirkung (unvollständige Dominanz)
J	prüfen	geringere Kosten, aber geringere Wirkung (inkrementale Analyse ist gefragt)

Die Matrix zeigt, welche Interventionen aus Sicht der Kostenwirksamkeit zweifelsfrei ihren jeweiligen Alternativen vorzuziehen sind (D, G, H).

Die «allokative Frage» stellt sich sowohl bei Interventionen, die besser, aber auch teurer, als auch bei Interventionen, die schlechter, aber günstiger sind als die Vergleichsintervention (A, J). In diesen Situationen sind die zusätzlichen Kosten, die gebraucht werden, um einen zusätzlichen Gesundheitsgewinn zu erhalten, gefragt. Dies wird durch das inkrementale Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (Differenz von Kosten und Nutzen zweier oder mehrerer Interventionen) ausgedrückt (z.B. Kosten pro zusätzlich gewonnenem Lebensjahr).²¹ Bisher wurden allerdings im medizinischen Bereich fast nur Interventionen angewendet, die im Bereich A angesiedelt sind, während solche im Bereich J wegen ihrer geringeren Wirksamkeit nicht berücksichtigt wurden. Diese Haltung sollte aus ökonomischer Sicht jedoch überprüft werden, da gerade bei geringer werdenden Ressourcen möglicherweise die durch die Intervention J gesparten Ressourcen in einem anderen Sektor des Gesundheitswesens effektiver eingesetzt werden können. Es ist daher abzuwägen, ob die geringere Wirkung für das gewünschte Ergebnis ausreicht und in welchem Verhältnis die geringere Wirkung zu den eingesparten Kosten steht. Sind beispielsweise bei einer bestimmten Intervention die Einsparungen im Vergleich mit einer anderen Intervention hoch, die Wirkung jedoch nur minimal geringer, kann der Einsatz dieser Intervention trotzdem sinnvoll sein.

²⁰ Entsprechend CRD Report Number 4, 2001, Phase 7, S. 22; Donaldson et al., 2002a, S. 12.

²¹ Vgl. Hale et al., 2003, S. 39f. Die Berechnungsformeln für die inkrementale Kosten-Wirksamkeit und das inkrementale Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis sind abgebildet bei Szucs, 1997, S. 84.

Zur Bestimmung der Kostenwirksamkeit dienen die folgenden vier ökonomischen Evaluationstypen:

- Kosten-Minimierungs-Analyse (cost-minimisation analysis; CMA)
- Kosten-Nutzen-Analyse (cost-benefit analysis; CBA)
- Kosten-Effektivitäts-Analyse (cost-effectiveness analysis; CEA)
- Kosten-Nutzwert-Analyse (cost-utility analysis; CUA)

2.2.1 Kosten-Minimierungs-Analyse (CMA)

Diese Untersuchung geht von der identischen Wirkung zweier oder mehrerer Interventionen aus, daher werden – um die günstigste Alternative zu ermitteln – nur die Kosten miteinander verglichen. Da die Wirksamkeit jedoch selten dieselbe ist, findet dieses Studiendesign nur limitierte Anwendung. Es eignet sich vor allem in der Pharmaindustrie, wenn die Wirkung zweier Medikamente genau dieselbe ist (Generika). In der Gesundheitsförderung findet diese Evaluationsform kaum Anwendung, da die Voraussetzung einer identischen Wirkung kaum je gegeben ist.

2.2.2 Kosten-Nutzen-Analyse (CBA)

Bei der Kosten-Nutzen-Analyse werden die Kosten wie auch die Wirkung in monetären Einheiten ausgedrückt. Oft ist es jedoch schwierig, eine monetäre Bewertung der Wirkung (z.B. klinische Ergebnisse, gewonnenes Lebensjahr etc.) vorzunehmen.

Diese Form der ökonomischen Evaluation besitzt jedoch den Vorteil, dass sie als einzige auch ohne Vergleichsintervention durchgeführt werden kann, da Kosten und Nutzen in Geldeinheiten gemessen werden und sich somit direkt ein «Gewinn oder Verlust» berechnen lässt. Zudem ist es nur bei der Kosten-Nutzen-Analyse möglich, verschiedene Outcomes – sofern sie monetär bewertet werden können – zu berücksichtigen.

Bei Gesundheitsförderungs- und bei Public-Health-Interventionen ist der gewünschte «Outcome» häufig ein Nichtereignis, d.h. die Abwesenheit (das «Nichtauftreten») eines Gesundheitsproblems. Liegen Kostendaten zu diesem Gesundheitsproblem vor, kann der monetäre Gewinn (Nutzen) durch Abwesenheit des Gesundheitsproblems mit den entsprechenden Kostendaten belegt werden.

2.2.3 Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA)

Kosteneffektivität wird oft synonym für ökonomische Evaluationen im Allgemeinen gebraucht. Korrekt steht dieser Begriff jedoch für einen speziellen Evaluationstypus, bei dem die Kosten in monetären Einheiten und die Wirkung in nicht monetären Einheiten ausgedrückt werden. Solche nicht monetären Wirkungseinheiten sind z.B. gerettete Lebensjahre (durch Modellierung aus intermediären Outcomes berechnet), verhinderte Krankheitsfälle, klinische Parameter wie Blutdruck- oder Cholesterinsenkung, Scores von Stressskalen etc.

Mit dem Fokus auf eine eindimensionale Wirkungsmessung wird die Kosten-Effektivitäts-Analyse der Beurteilung von Gesundheitsförderungs- und Public-Health-Interventionen, die meist multiple Wirkungen und Interaktionseffekte zeigen, oft nicht gerecht.²² Als möglicher Ausweg bleibt dann noch, eine Kosten-Konsequenzen-Analyse (cost-consequences analysis, CCA) durchzuführen. Die CCA beschreibt jedoch lediglich die Kosten- und die Outcome-Seite, ohne zu einem eindeutigen Mass zu kommen. Aus diesem Grund zählt sie auch nicht zu den gesundheitsökonomischen Analysen im eigentlichen Sinn (mehr zur CCA vgl. 2.2.6).

²² Hale et al., 2003, S. 40.

2.2.4 Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA)

Die Kosten-Nutzwert-Analyse ist eine Sonderform der Kosten-Effektivitäts-Analyse. Die Kosten werden wiederum in monetären Einheiten und die Wirkung in nicht monetären Einheiten, als Nutzwert, ausgedrückt. Der Nutzwert drückt die Präferenz für einen bestimmten Gesundheitszustand aus. Es werden in der Regel Werte zwischen 0 (Tod) und 1 (vollständige Gesundheit) definiert. Das heisst, es wird der Wirkungseinheit «gewonnene Lebensjahre» noch die Bewertung dieser Lebensjahre angefügt. Diese werden als QALY (quality adjusted life years; qualitätsbereinigte Lebensjahre) ausgedrückt. Fünf gewonnene Lebensjahre mit einem Nutzwert von 0,7 entsprechen dann 3,5 QALY. Diese können mit der Anzahl gewonnener Lebensjahre in einem anderen Gesundheitszustand verglichen werden. Die Bestimmung der Nutzwerte kann durch verschiedene Befragungs- und Messverfahren erfolgen.

Bei der Kosten-Nutzwert-Analyse erfolgt eine Normierung der Wirkungsergebnisse (QALY). Damit werden weitreichende Vergleiche innerhalb des Gesundheitswesens, auch über verschiedene Indikatoren hinweg, möglich. Die Ergebnisse von Kosten-Nutzwert-Analysen können in Ranglisten (League-Tables) zusammengefasst werden. Zuerst stehen dann Massnahmen, bei denen ein QALY relativ preiswert erzeugt werden kann. Massnahmen mit einem schlechten Nutzwertergebnis stehen zuunterst.²³

2.2.5 Zusammenfassung der vier ökonomischen Evaluationstypen

Die vier unterschiedlichen Evaluationsdesigns werden hier nochmals zusammenfassend dargestellt:

Abbildung 5

Übersicht Studientyp der ökonomischen Evaluation

Studientyp der ökonomischen Evaluation	Kosten	Ergebnisse/Wirkung
Kosten-Minimierungs-Analyse (CMA)	monetär	identische Wirkung (das Ergebnis der einzelnen Intervention wird deshalb nicht gesondert gemessen)
Kosten-Nutzen-Analyse (CBA)	monetär	monetär
Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA)	monetär	natürliche Einheiten (gewonnene Lebensjahre, klinische Parameter etc.)
Kosten-Nutzwert-Analyse (CUA)	monetär	QALY

²³ Schöffski und Greiner, 2000, S. 376–379.

Auf die Übertragbarkeit von Ergebnissen von Kosten-Nutzwert-Analysen kann hier nicht eingegangen werden. Bedacht werden muss auch, dass der Nutzen einer Intervention selten linear verläuft. Im Sinne einer Grenzkosten-Analyse gilt die Kostenwirksamkeit nur für die nächste zusätzlich ausgegebene Geldeinheit. Wir zitieren im Folgenden Schöffski und Greiner, 2000, S. 377: «Je mehr Nichtraucherprogramme initiiert werden, desto schlechter wird die Effizienz jedes weiteren Programms. Beim ersten Nichtraucherprogramm wird man relativ viele Personen vom Nichtrauchen überzeugen können, der Gewinn an QALY wird relativ hoch sein. Beim folgenden Programm hat man es schon mit den uneinsichtigeren Fällen zu tun und mit den Fällen, bei denen der Leidensdruck nicht so hoch ist. Bei gleichen Kosten des zweiten Programms wird der Erfolg (gemessen in QALYs) geringer, die Kosten pro QALY werden damit höher sein.»

Meistens werden bei den verschiedenen Studienformen folgende Kosten- und Nutzenkomponenten verwendet:²⁴

Abbildung 6

Kosten- und Nutzenkomponenten der ökonomischen Evaluation

	Kosten	Konsequenzen/Wirkung
CMA	direkte Kosten	Wirksamkeit
CBA	direkte, indirekte und intangible Kosten	direkter, indirekter und intangibler Nutzen
CEA	direkte (und indirekte) Kosten	Wirksamkeit
CUA	direkte (und indirekte) Kosten	QALY

Die Wahl des jeweiligen Evaluationstypus hängt von den Wirksamkeitsdaten bzw. den damit verbundenen Möglichkeiten und der Fragestellung ab.²⁵ Für die Frage, ob eine Intervention Gewinn bringend ist, benötigt man eine CBA. Den Nettonutzen erhält man, indem vom monetarisierten Nutzen die Kosten subtrahiert werden. Im Gesundheitswesen sind die Outcomes nur in wenigen Fällen monetär bewertbar, was zur Folge hat, dass die Kosten-Nutzen-Analyse (CBA) nur selten angewendet werden kann.

Die Frage, ob eine Intervention, um ein bestimmtes Outcome zu erreichen, gegenüber einer anderen Intervention wirtschaftlich ist, lässt sich mit einer Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) beantworten. Die Kosten der Interventionen werden in ein Verhältnis zu ihrem Nutzen gesetzt und verglichen (K_1/N_1 wird verglichen mit K_2/N_2 , wobei K=Kosten und N=Nutzen der Intervention sind, letztere gemessen in natürlichen Einheiten). Mit dieser Methode wird der relative Nutzen einer Intervention gegenüber einer anderen ermittelt.

Für die Frage, ob der Gesundheitsnutzen, ausgedrückt in QALYs, die Intervention rechtfertigt, ist eine CUA nützlich. Die Kosten pro QALY für eine bestimmte Intervention können dann mit den Kosten pro QALY einer anderen Intervention verglichen werden.

Zum Vergleich sollte möglichst die bisher als am wirksamsten erachtete Intervention herangezogen werden. Oft ist diese jedoch nicht bekannt und es wird daher die üblicherweise angewandte oder sonst eine etablierte Intervention verwendet, die dasselbe Outcome anstrebt.

Beim Vergleich ist es relevant, auf Folgendes zu achten:²⁶

- War in der Vergleichsintervention dieselbe oder eine ähnliche Population involviert? Es ist davon auszugehen, dass die Kosten und Effekte wahrscheinlich in verschiedenen Populationen unterschiedlich sind.
- Werden die Kosten oder die Wirksamkeit durch die Prävalenz des Gesundheitsproblems verändert? Ist die Prävalenzrate des Problems dieselbe? So haben evtl. Betriebe, deren Angestellte wenig Stresssymptome zeigen, bei einer Stressintervention eine geringere Reduktion des Scores der gemessenen Items als Betriebe, deren Angestellte mehr Stresssymptome zeigen.
- Sind die Ressourcen, die an einem bestimmten Ort für eine bestimmte Intervention benötigt wurden, auf das eigene lokale, regionale oder nationale Setting übertragbar? Dies ist die Frage der externen Validität.

²⁴ Vgl. dazu auch die Darstellung bei Schöffski und Uber, 2000, S. 202f.

Die intangiblen Kosten und Nutzen werden meist mit der Methode «willingness-to-pay» geschätzt. Vgl. ebd., S. 192 und Schöffski, 2000, S. 295–306. Bei der CMA werden meist nur die Kosten der Behandlung betrachtet. Vgl. Luce and Elixhauser, 1990, S. 38.

²⁵ Hale et al., 2003, S. 15.

²⁶ Hale et al., 2003, S. 19.

Diese Fragen zeigen, wie schwierig Kosten-Effektivitäts-Analysen im Public-Health-Bereich durchzuführen sind. Meistens fehlen die Daten für eine geeignete Vergleichsintervention. Oft wird daher als Vergleichsgruppe auch «keine Intervention» – also Intervention versus *nichts tun* – genommen.

2.2.6 Kosten-Konsequenzen-Analyse

Eine weitere Möglichkeit bietet die Kosten-Konsequenzen-Analyse (cost-consequences analysis, CCA). Bei dieser Analyse werden die durch eine gesundheitsfördernde und präventive Massnahme bewirkten verschiedenen Outcomes nebeneinander erwähnt (und nicht zu einem Outcome-Mass aggregiert) und den Interventionskosten gegenübergestellt. Sie gehört im engeren Sinne nicht zu den ökonomischen Evaluationen, da nur eine subjektive Gewichtung von Kosten und Ergebnissen möglich ist. Die Methode liefert eine Beschreibung der Kosten und der Konsequenzen und ist somit eine deskriptive Methode.

Die CCA eignet sich jedoch für Public-Health-Interventionen, wenn die ganze Bandbreite der Effekte von Gesundheitsinterventionen erfasst werden soll. Bei der CCA werden die Kosten und sämtliche Outcomes aufgeführt. Die verschiedenen Outcomes werden dabei nicht zu einem einzigen Wirksamkeitsmass zusammengezogen. Diese Methode hat daher den Nachteil, dass deshalb die Wirksamkeit nicht eingeordnet werden kann (relativer Nutzen gegenüber einer anderen Intervention bzw. gegenüber nichts tun) und eine generelle Synthese von Nutzen und Kosten nicht möglich ist. Dennoch eignen sich diese Studien, Entscheidungsträgern Informationen zu liefern. Diese können die einzelnen Outcomes subjektiv abwägen und Prioritäten setzen. Ein Vergleich mit Alternativinterventionen ist möglich, indem man die unterschiedlichen Komponenten abwägt. Es ist jedoch auch möglich, auf der Basis einer CCA eine Kosten-Effektivitäts-Analyse (CEA) zu erstellen, indem man einzelne Outcomes aus dem Rahmen der CCA herausnimmt und vergleicht.²⁷

2.3 PERSPEKTIVE

Als Perspektive wird der Standpunkt bezeichnet, aus dessen Sicht die Kosten und Nutzen erfasst werden. Das Ergebnis einer ökonomischen Evaluation hängt folglich wesentlich von der Perspektive der Analyse ab, denn sie beeinflusst die Kosten und Nutzen, die berücksichtigt werden müssen. Von Bedeutung sind typischerweise folgende Perspektiven:

- Patienten
- Leistungserbringer (z.B. Krankenhaus, frei praktizierender Arzt)
- Leistungserstatter (z.B. Krankenkasse)
- Gesellschaft (volkswirtschaftliche Perspektive)

Aus dem Blickwinkel von Patienten sind beispielsweise gewisse Kosten nicht relevant, weil sie diese nicht selbst bezahlen müssen (z.B. Krankenhausaufenthalt).

Insbesondere bei Public-Health-Interventionen sollte die volkswirtschaftliche Perspektive gewählt werden. Sie ist die umfassendste und berücksichtigt Kosten- und Nutzenkomponenten unabhängig davon, wer sie trägt oder wem sie zugute kommen. Eine andere Perspektive kann dann leicht durch das Weglassen oder Hinzurechnen von einzelnen Komponenten dazugewonnen werden. Bei betrieblichen Gesundheitsförderungsinterventionen kann so zum Beispiel die Perspektive des Arbeitgebers mitberücksichtigt werden.²⁸

²⁷ Kelly et al., 2005, S. 3f.

²⁸ Greiner und Schöffski, 2000, S. 206ff.

2.4 DISKONTIERUNG

Die Kosten und Nutzen von Interventionen fallen in der Regel zu unterschiedlichen Zeitpunkten an. Dies gilt ganz besonders für Gesundheitsförderungs- und Präventivinterventionen, wo der Nutzen oft erst Jahrzehnte später sichtbar wird. Der Einzelne und die Gesellschaft sind jedoch nicht indifferent gegenüber dem Zeitpunkt, bei dem Kosten und Nutzen anfallen. Die Kosten werden gerne in die Zukunft verlagert, während der Nutzen möglichst bald eintreten sollte. Deshalb sollten bei der Analyse Kosten und Nutzen auf den heutigen Zeitpunkt diskontiert werden.

Die Wahl des Diskontierungssatzes hat einen Einfluss auf das Ergebnis, der mit der Länge des betrachteten Zeitraums immer mehr wächst (Zinseszinsseffekt). In einzelnen Ländern werden verbindliche Diskontierungssätze für ökonomische Analysen in Leitlinien vorgegeben.²⁹ In vielen Ländern liegt er bei 5%. Mit Sensitivitätsanalysen kann die Auswirkung von verschiedenen Diskontierungssätzen auf das Resultat überprüft werden (vgl. 2.5).

Unter Gesundheitsökonomern gibt es eine Diskussion über die Wahl des richtigen Diskontierungssatzes, weitaus wichtiger ist aber die Frage, welche Kosten- und Nutzenkomponenten überhaupt diskontiert werden sollen und ob für Kosten und Nutzen derselbe Diskontierungssatz gilt.³⁰ Es herrscht weitgehende Einigkeit, dass alle monetären Kosten diskontiert werden müssen, bei den nicht monetären Kosten und insbesondere den nicht monetären Nutzen wird diese Meinung jedoch nicht mehr von allen Fachleuten vertreten. Es stellt sich zum Beispiel die Frage, ob auch gewonnene Lebensjahre abgezinst werden müssen. Greiner und Schöffski schlagen als pragmatisches Vorgehen in der laufenden Diskussion vor, alle monetären Kosten und Nutzen zu diskontieren und die übrigen Effekte nicht. Gleichzeitig sei jedoch eine Nebenrechnung aufzustellen, in der auch diese übrigen Effekte diskontiert werden. So sei ein Vergleich zwischen zwei alternativen Ergebnissen möglich, aus denen der Studienadressat dann das seinen Vorstellungen entsprechende Ergebnis wählen könne. Würden die Resultate durch die Diskontierung ins Gegenteil umdrehen, so könnte dann über die Zulässigkeit der Diskontierung in diesem konkreten Fall diskutiert werden.³¹

Die Diskontierung – und vor allem der Diskontierungssatz – haben grosse Auswirkungen auf das Ergebnis von ökonomischen Evaluationen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen, da wie bereits erwähnt der Nutzen oft erst in der weiten Zukunft liegt. So hat zum Beispiel ein Nutzen von CHF 1000.–, der in 10 Jahren auftritt, bei einem Diskontierungssatz von 3,5% einen heutigen Wert von CHF 708.92. Wenn der Nutzen erst in 60 Jahren sichtbar wird, so ist sein heutiger Wert nur CHF 126.93. Es wurde daher auch schon eingewendet, die Diskontierung diskriminiere Gesundheitsförderungsprogramme.³²

Die Diskontierungsformel lautet:³³

$$\text{Gegenwartswert} = \sum_{t=1}^n \frac{K_t}{(1+r)^t}$$

K_t = Kosten (resp. Nutzen) in der Periode t

r = Diskontierungssatz

n = Zeithorizont

²⁹ Diese sind z.B. aufgeführt in Leidl et al. 1999, Tab. Übersicht über die derzeit bestehenden gesundheitsökonomischen Leitlinien.

³⁰ Vgl. dazu z.B. Brouwer et al., 2005.

³¹ Greiner und Schöffski, 2000, S. 215–223.

³² Hale et al., 2003, S. 34. Das Beispiel wird dort aufgeführt.

³³ Greiner und Schöffski, 2000, S. 216.

Fällt der Nutzen zu einem bestimmten Zeitpunkt und nicht über die Jahre hinweg verteilt in unterschiedlicher Grösse an – wie im Beispiel oben –, so kann mit einer einfacheren Formel operiert werden:³⁴

$$\text{Gegenwartswert} = \frac{K_t}{(1+r)^t}$$

Ein Public-Health-Nutzen dürfte hingegen in der Realität selten zu einem konkreten, einmaligen Zeitpunkt auftreten, vielmehr verteilt er sich wahrscheinlich über die Jahre hinweg mit unterschiedlicher Grösse.

Wenn die Studienperiode weniger als ein Jahr dauert bzw. wenn die Effekte innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, kann auf eine Diskontierung verzichtet werden.³⁵

Bei der Diskontierung von gesundheitsfördernden oder präventiven Public-Health-Interventionen stellt sich auch immer die Frage, welchen intangiblen Wert das Nichtauftreten einer Krankheit per se für die Gesellschaft und natürlich auch für das einzelne Individuum hat und inwiefern dieser Nutzen in die Diskontierung einbezogen werden kann.³⁶

Zur Analyse der Auswirkungen der Diskontierung können die Diskontierungssätze auch variiert werden (z.B. 2,5%, 5% und 10%). Dies geschieht in Sensitivitätsanalysen.

2.5 SENSITIVITÄTSANALYSE

Sensitivitätsanalysen sind mathematische Verfahren, welche die Auswirkungen von unsicheren Annahmen, die auch in einer ökonomischen Evaluation oft gemacht werden müssen, untersuchen. Dies betrifft sowohl die Effekte als auch die Kosten. Für eine Kosten-Nutzwert-Analyse können beispielsweise die QALYs variiert werden. Sensitivitätsanalysen werden meist angewandt, wenn die Kosten nicht auf bottom-up Daten beruhen und die Wirkungsmessung aus einer anderen Population stammt. Durch eine Variation gewisser Annahmen werden alternative Ergebnisse ermittelt, die dann miteinander verglichen werden können. So kann der Einfluss der gemachten Annahmen auf das Ergebnis getestet werden. Erhöht man beispielsweise die angenommene Wirkung um x %, so ändert sich das Ergebnis um plus oder minus y %.³⁷

Wenn Sensitivitätsanalysen bei den Resultaten von ökonomischen Evaluationen grosse Veränderungen bewirken, dann ist bei der Interpretation der Daten grössere Vorsicht geboten, als wenn solche Manipulationen einen geringen Einfluss auf das Resultat haben.³⁸

Sensitivitätsanalysen werden oft auch – wie im Kapitel 2.4 beschrieben – bei der Diskontierung verwendet.

³⁴ Hale et al., 2003, S. 34.

³⁵ Evers et al., 1997, S. 170. Gemäss dem CRD Report Number 4 ist die Diskontierung bei einem Untersuchungszeitrahmen von mehr als zwei Jahren angebracht. Vgl. ebd. 2001, Phase 7, S. 21.

³⁶ Vgl. dazu auch die Überlegungen zur Diskontierung von Gesundheitsförderungs- und Präventivinterventionen von Barbara Federspiel im Bericht «Gesundes Körpergewicht» im Kapitel 2.6.2.

³⁷ Vgl. dazu Siebert et al., 2000, S. 114f; Greiner und Schöffski, 2000, S. 223–226 und Hale et al. S. 2003, S. 37. Ausführlich wird der Umgang mit Unsicherheiten bei Briggs, 2001, S. 172–214 behandelt.

³⁸ Evers et al., 1997, S. 170.

2.6 MODELLIERUNG

Ein Modell stellt immer nur ein unvollständiges, vereinfachtes Abbild der komplexen Realität dar. Modellierung beinhaltet eine Vielzahl von Techniken, um die Resultate einer Untersuchung zu extrapolieren oder zu transformieren (z.B. Lebenserwartung aus intermediären Outcomes). In ökonomischen Evaluationen besteht ein Modell oft aus einer mathematischen Struktur, welche gesundheitliche oder ökonomische Wirkungen auf der Ebene einzelner Patienten oder der gesamten Population in verschiedenen Szenarien darstellt.

Ein Modell kann Daten von verschiedenen Quellen verbinden, indem es bestimmte Annahmen macht, zum Beispiel über die Stärke und Dauer eines gesundheitlichen Risikos, den Nutzen einer Behandlung bzw. einer Präventionsmassnahme oder über den Gebrauch von Ressourcen.

Typisches Ergebnis von Modellierung sind die Lebenserwartung oder die Kosten, die auf die gesamte Lebenserwartung extrapoliert werden. Modelliert werden kann auch die Lebenserwartung anhand intermediärer (surrogater) Outcomes.³⁹

Da der gesundheitsrelevante Nutzen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen meist erst nach Jahren auftritt und oft mit intermediären Outcomes gearbeitet wird, bieten sich besonders in diesem Bereich Modellierungstechniken an. Die Resultate sind jedoch immer nur so gut wie die Annahmen. Bedacht werden muss auch, dass die Qualität der Basisdaten einen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis der Modellierung hat.

2.7 GERECHTIGKEITSFRAGE

Das Hauptkriterium einer ökonomischen Evaluation ist die Kostenwirksamkeit. Die meisten ökonomischen Bewertungen aus gesellschaftlicher Perspektive schliessen gebrauchte Ressourcen unabhängig davon, wer sie hervorbringt, und Nutzen unabhängig davon, wem sie zufallen, in die Untersuchung ein. Aus dieser Perspektive ist ein Programm, das kostenwirksamer als die Alternative ist, unterstützungswürdig. Dieser Ansatz berücksichtigt die Verteilung von Kosten und Nutzen nicht. Der Nutzen einer Intervention fällt jedoch innerhalb der Gesellschaft oft nicht gleichmässig allen zu. Manchmal sind diejenigen, die von einer Gesundheitsförderungs- oder einer Präventionsmassnahme profitieren, bereits die sozioökonomisch am meisten Begünstigten. Die Gerechtigkeitsfrage sollte daher bei der Bewertung von Kosteneffektivität immer mitberücksichtigt werden, auch wenn es dazu keine Regeln gibt, in welchem Umfang diese Frage in die Bewertung einfließen soll.⁴⁰

³⁹ Szucs, 1997, S. 128f. und Kuntz und Weinstein, 2001, S. 141f. Für weiterführende Angaben zu Modellierung in ökonomischen Evaluationen vgl. Kuntz und Wettstein, 2001, S. 141–171.

⁴⁰ Hale et al., 2003, S. 38 u. 40.

2.8 EVIDENZLEVEL VON ÖKONOMISCHEN EVALUATIONEN

Analog der Evidenzhierarchie von Wirksamkeitsstudien (Kap. 2.2) beschreibt das NHS Centre for Reviews and Dissemination eine Hierarchie der Evidenz von Kostenwirksamkeitsevaluationen.⁴¹

Abbildung 7

Hierarchie der ökonomischen Evidenz

Level	Beschreibung
1.	Evaluation von relevanten alternativen Interventionen, die alle wichtigen Outcomes mit den adäquat gemessenen Kosten vergleicht und eine Sensitivitätsanalyse durchführt.
2.	Evaluation von relevanten alternativen Interventionen, die eine begrenzte Anzahl der Outcomes mit den adäquat gemessenen Kosten vergleicht und eine Sensitivitätsanalyse durchführt.
3.	Evaluation von relevanten alternativen Interventionen, die alle wichtigen Outcomes mit nicht adäquat gemessenen Kosten vergleicht und eine Sensitivitätsanalyse durchführt.
4.	Evaluation ohne Sensitivitätsanalyse
5.	Expertenmeinung ohne eine kritische Bewertung, welche auf einer ökonomischen Theorie basiert.

Diese Evidenzhierarchie der ökonomischen Evaluation ist jedoch nicht gleichermassen etabliert wie diejenige der Hierarchie der Wirksamkeitsevidenz. Ein Problem ist, dass sich die einzelnen Studien bezüglich ihrer Datenquellen für die Wirksamkeit (z.B. Meta-Analyse oder eine einzelne RCT) und die Kosten voneinander unterscheiden und dass dies einen Einfluss auf die Resultate hat. Auch Fragen der Generalisierbarkeit von Ergebnissen für andere geografische oder politische Kontexte und der Zeitdauer, in welcher Kosten und Nutzen erhoben werden, werden in diesem Schema ignoriert.⁴² Die Anwendung der Evidenzhierarchie der ökonomischen Evaluation in der Praxis ist daher schwierig.

⁴¹ Entsprechend der Evidenzhierarchie für ökonomische Studien des CRD Report Number 4, 2001, Phase 5, S. 16. Eine noch weiter differenzierte Darstellung der Evidenzhierarchie für ökonomische Studien findet sich in Coyle und Lee, 2002, S. 57.

⁴² Coyle und Lee, 2002, S. 56–65. Für detailliertere Ausführungen dazu vgl. ebd.

2.9 BIBLIOGRAPHIE

Aidelsburger, P.; Felder, S.; Siebert, U.; Wasem, J.; in Kooperation mit Greiner, W., und Leidl, R. (2003). Gesundheitsökonomische «Kurz-HTA-Berichte»: Eine Systematische Übersichtsarbeit zur Methodik und Implementation. In: Health Technology Assessment. Hrsg.: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA@DIMDI). Köln.

Briggs, Andrew H. (2001 [2. Ed. 2004]). Handling Uncertainty in Economic Evaluation and Presenting the Results. In: Economic Evaluation in Health Care, edited by Michael F. Drummond and Alistair McGuire, 172-214. Oxford: Oxford University Press.

Coyle, Douglas and Lee, Karen M. (2002). Evidence-Based Economic Evaluation: How the Use of different Data Sources can impact Results. In: Evidence-Based Health Economics, edited by Cam Donaldson, Miranda Mugford and Luke Vale, 55-66. London: BMJ Books.

CRD Report Number 4, [2nd Edition]. (2001). Undertaking Systematic Reviews on Research on Effectiveness: CRD's Guidance for those carrying out or commissioning Reviews. Edited by University of York NHS Centre for Review and Dissemination. York: NHS Centre for Review and Dissemination, University of York.

Donaldson, Cam; Mugford, Miranda and Vale, Luke. (2002 a). Using Systematic Reviews in Economic Evaluation: The Basic Principles. In: Evidence-Based Health Economics, edited by Cam Donaldson, Miranda Mugford and Luke Vale, 10-24. London: BMJ Books.

Drummond, Michael F.; O'Brien, Bernie; Stoddart, Greg L. and Torrance, George W., eds. (1997). Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2. ed. Oxford: Oxford University Press.

Evers, S. M. A. A.; Van Wijk, A. S. and Ament, A. H. A. (1997). Economic Evaluation of Mental Health Care Interventions. A Review. Health Economics 6, 161-177.

Greiner, W. (2000). Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Hrsg.: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von Schulenburg, 159-173. Berlin: Springer.

Greiner, W. und Schöffski, Oliver. (2000). Grundprinzipien einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Hrsg.: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von Schulenburg, 205-229. Berlin: Springer.

Hale, Janine; Cohen, David; Ludbrook, Anne; Phillips, Ceri; Duffy, Mary and Parry-Langdon, Nina. Moving from Evaluation into Economic Evaluation: A Health Economics Manual for Programmes to Improve Health and Well-Being. Health Promotion Wales. On behalf of the UK Health Promotion and Health Economics Forum, 2003 [cited 21.07.2005.] Available from <http://courses.essex.ac.uk/hs/hs915/health%20economic%20evaluation%20manual.pdf> & <http://www.hpw.wales.gov.uk/English/topics/health%20economics%20manual/manual.pdf>.

Kelly, Michael P.; McDaid, David; Ludbrook, Anne and Powell, Jane. Economic Appraisal of Public Health Interventions NHS Health Development Agency, 2005 [cited 6.9.2005.] Available from <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=513209>.

NHMRC. (2001). How to Compare the Costs and Benefits: Evaluation of the Economic Evidence. Handbook Series on Preparing Clinical Practice Guidelines: National Health and Medical Research Council.

Rootman, Irving et al. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman et al. (Eds.). (2001). Evaluation in health promotion. 7-38. Dänemark: WHO Regional Publications.

Schöffski, Oliver und Greiner, W. (2000). Das QALY-Konzept zur Verknüpfung von Lebensqualitätseffekten. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Hrsg.: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von Schulenburg, 367-399. Berlin: Springer.

Schöffski, Oliver, und Uber, A. (2000). Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Hrsg.: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von Schulenburg, 175-203. Berlin: Springer.

Siebert, U.; Mühlberger, N. and Schöffski, Oliver. (2000). Desk Research. In: Gesundheitsökonomische Evaluation. Hrsg.: Oliver Schöffski und J.-Matthias Graf von Schulenburg, 79-122. Berlin: Springer.

Stewart-Brown, S. (2001). Evaluation health promotion in schools: reflections. In: Rootman et al. (Eds.). (2001). Evaluation in health promotion. 271-284. Dänemark: WHO Regional Publications.

Szucs, Thomas D. (1997). Medizinische Ökonomie. Eine Einführung. München: Urban & Vogel.

3. Zusammenfassung des Berichts «Gesundes Körpergewicht»: Ökonomische Perspektive

Barbara Federspiel

3.1 EINLEITUNG

Der Bericht widmet sich prioritär den Themen Übergewicht und Adipositas. Diese Themen dominieren auch die (ökonomische) Literatur zur Gesundheitsförderung und Prävention im Bereiche Gewicht. Essstörungen mit Untergewicht werden nur so weit behandelt, wie sich ökonomische Literatur zur Gesundheitsförderung und Prävention dazu findet.

In den letzten Jahrzehnten ist in den Industrienationen die Zahl übergewichtiger Menschen stetig gestiegen. Alarmierend ist die Zunahme des Übergewichtes nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen.

Die Problematik des Übergewichtes erhält ihre volle Dimension erst durch die damit einhergehenden Komorbiditäten. Übergewicht erhöht das Risiko, an Diabetes, Gallenblasenkrankheiten, Bluthochdruck, Herzkrankheiten, Krebsleiden oder Rückenproblemen zu erkranken, deutlich. Der damit einhergehende Verlust an Lebensqualität wie auch die ökonomische Last von Übergewicht und Adipositas gelten als ernste Probleme westlicher Gesellschaften. Als Gegenmassnahme fordert die WHO daher, globale Strategien und Programme zur Förderung gesunder Ernährung sowie körperlicher Aktivität zu intensivieren.

Die direkten Kosten von Übergewicht und Adipositas betragen aufgrund verschiedener Studien zwischen 2 und 7% der nationalen Gesundheitsausgaben. Dazu kommen die zum Teil beträchtlichen indirekten Kosten durch Arbeitsausfall und vorzeitige Mortalität. Die Kostenstudien sind jedoch bezüglich Methodik, aber auch bezüglich eingeschlossener Komorbiditäten [4–18] sehr unterschiedlich und damit schwer vergleichbar. Für die Schweiz fehlen fundierte Daten, eine grobe Hochrechnung kommt auf direkte Kosten von 1077 bis 1615 Millionen Franken pro Jahr.

3.2 REVIEW

Experten sind sich einig, dass eine erweiterte Review zur Gesundheitsförderung nebst Publikationen aus Peer-reviewed-Journals auch Berichte von Gesundheitsorganisationen, Konferenzberichte sowie Expertenmeinungen enthalten soll. In die Literaturrecherche wurden daher die folgenden Quellen einbezogen:

- Erweiterte Literaturrecherche auf dem Datenbanksystem DataStar in den bibliografischen Datenbanken MEDLINE und SciSearch für den Zeitraum 1990–2005. Es wurde versucht, möglichst umfassend das Thema «Weight Problems» abzudecken. Stichworte bzw. Stichwortkategorien: Obesity, Body Weight/Body Weight Changes, Overnutrition etc., mit Einschränkung auf ökonomische Aspekte.
- Berichte von Gesundheitsorganisationen bzw. anderen Organisationen. Diese wurden direkt angegangen.
- Literatur aus Kongressberichten.
- Meinungen von Experten sowohl aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie wie auch aus Public Health.
- Hand- und Zitatsuche.

Die methodologische Beurteilung der Studien wurde nach standardisierten Schemas durch drei an der Verfassung des Berichtes beteiligte Fachpersonen aus den Gebieten Ökonomie, Soziologie und Medizin durchgeführt.

3.3 RESULTATE UND DISKUSSION

Es liegen nur wenige ökonomische Evaluationen von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Bereiche Gewicht vor.

Zwei zeitgleich (in den USA und Finnland) durchgeführte Studien konnten eine eindruckliche Senkung der Diabetesinzidenz durch Lifestyle-Intervention zeigen. In der einen der beiden Studien wurden auch die Kosten fundiert evaluiert und eine eindruckliche Kosteneffektivität aufgezeigt. Mit einer langfristigen Perspektive ist die Intervention bei unter 45-Jährigen Kosten sparend, sie ist aber, im Vergleich mit etablierten Therapien, auch bei älteren Patienten kosteneffektiv.

Im Bereich der Primär- und Sekundärprävention bei Kindern und Jugendlichen zeigten zwei Interventionen (Planet Health, USA und KOPS, Deutschland) eine moderate bis grosse Wirksamkeit. Für diese Studien liegen Interventionskostendaten vor. Bei Planet Health liegen sie bei 14 \$ pro Studienteilnehmer, KOPS rechnet mit 11 EUR pro Kind und Jahr.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung konnte für Mehrkomponentenprogramme, die auf verschiedene Risikofaktoren zielen, ein Return on Investment zwischen 2:1 und 10:1 nachgewiesen werden. Betriebe sollten aufgrund dieser Ergebnisse dazu motiviert werden, solche Programme einzuführen. Bezüglich Wirksamkeit hat sich gezeigt, dass Multikomponentenprogramme in der Regel unidirektionalen Interventionen überlegen sind.

Experimentelle Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass fettarme Nahrungsmittel preiselastisch und damit besonders geeignet für Pricing-Interventionen sind. Da energiereiche Nahrungsmittel wie Fette, Öle und Zucker in den vergangenen Jahrzehnten im Vergleich zu den gesunden energiearmen Nahrungsmitteln immer günstiger wurden und heute pro Energiewerteinheit sogar am billigsten sind, besteht durch eine gezielte Preispolitik (pricing) eine Möglichkeit zur Beeinflussung des Essverhaltens. Der bewusste Eingriff ins bestehende Preisgefüge zugunsten gesunder Produkte verändert den Fokus von der Verhaltensänderung durch Appelle auf das Setzen von ökonomischen Anreizen. Pricing gehört demzufolge zum Bereich der Verhältnisprävention. Dies bietet insbesondere bei Jugendlichen einen prüfenswerten Ansatz.

Es gibt kaum gesundheitsökonomische Bewertungen von Essstörungen (Anorexie, Bulimie) und insbesondere von deren Prävention. Die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Krankheiten ist im Vergleich mit der Problematik Adipositas (wegen der niedrigeren Prävalenz) geringer. Für die Kostenträger können sich aber bei den häufig langen und intensiven Therapien hohe Kosten ergeben. Bezüglich der Therapieansätze besteht eine grosse Variabilität mit entsprechend unterschiedlichen Behandlungskosten. Bisher besteht keine wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen. Es wird postuliert, dass Massnahmen, die auf eine ausgewogene Energiebilanz und adäquate Bewegung hinzielen, sowohl für Adipositas wie Anorexie und Bulimie präventiv wirken könnten.

3.4 EMPFEHLUNGEN

Aufgrund der hohen Folgekosten von Übergewicht und Adipositas ist speziell der Vorbeugung des Übergewichtes bei Kindern eine hohe Priorität beizumessen. Programme bei Kindern und Jugendlichen sollen gefördert und gefordert werden.

Die gesundheitsökonomischen Daten zur Prävention der Komorbiditäten (v.a. Diabetes) bei Risikogruppen (Übergewichtige mit Prädiabetes) sprechen dafür, dass Interventionsprogramme bei dieser Bevölkerungsgruppe initiiert werden. Die eindrucklichen Ergebnisse (Wirksamkeit und Kostenwirk-

samkeit) der erfolgreichen Studien sollten der Bevölkerung, aber auch Fachpersonen bewusst gemacht werden (soziales Marketing).

Nebst den auf die Verhaltensänderung von Individuen hinzielenden Programmen bedarf es unbedingt auch der Verhältnisprävention. Auch bei Nahrungsmitteln scheinen Pricing-Ansätze erfolgversprechend und sollten ernsthaft geprüft werden.

Schweizer Daten zu den relativen Risiken von Komorbiditäten in Abhängigkeit von BMI und körperlicher Bewegung könnten einerseits als Grundlage für eine valide Kostenstudie der Adipositas dienen und als Basis für die ökonomische Evaluation von zukünftigen Strategien.

Für die ökonomische Bewertung von Public-Health-Interventionen sind für die Schweiz gültige Standards zu erarbeiten. Dabei sind vollständige ökonomische Evaluationen besonders zu fördern wie auch eine konsequente ökonomische Evaluation bei allen Projekten.

Bei den bekannten sozioökonomischen Unterschieden im Bereich Gewicht und körperlicher Bewegung genügt es nicht zu zeigen, dass ein gewisser Prozentsatz der Bevölkerung einen niedrigeren BMI hat oder sich mehr bewegt. Wichtig wäre auch zu erfassen, welche sozialen Schichten durch eine Intervention erreicht werden.

Innerhalb der Schweiz ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Präventionsprogrammen zu fördern. Nur durch eine Koordination können personelle, infrastrukturelle und direkte finanzielle Ressourcen auch über die Organisations- und Kantonsgrenzen hinweg optimal genutzt werden.

4. Zusammenfassung des Berichts «Psychische Gesundheit – Stress»: Ökonomische Perspektive

Liselotte Schug

4.1 EINLEITUNG

Psychische Krankheiten – insbesondere unipolare Depressionen – sind weit verbreitet und es wird angenommen, dass die durch Depressionen verursachte Krankheitsbelastung in den nächsten Jahren weiter ansteigen und dann – nach den ischämischen Herzkrankheiten – die zweithäufigste Ursache der DALYs (disability-adjusted life years)⁴³ sein wird. In der europäischen Region werden bereits heute 20% aller DALYs durch psychische Krankheiten verursacht. Eine Untersuchung zeigt, dass in der Schweiz rund 7% der DALYs auf unipolare Depressionen zurückzuführen sind. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zeigt sich auch darin, dass in der europäischen Region rund jede vierte Person mindestens einmal im Leben eine Phase mit psychischer Erkrankung durchmacht.

Unipolare Depressionen sowie auch andere psychische Beschwerden und Krankheiten haben vielfältige Ursachen. Es zeigt sich jedoch, dass gewisse Stressformen eine wesentliche Determinante für gesundheitliche Beschwerden, inklusive psychische Erkrankungen, sind. Zur Minderung der zukünftigen Krankheitslast sind daher wirksame gesundheitsfördernde und präventive Interventionen gefragt, die auf die Gesundheitsdeterminante Stress einwirken.

Nebst dem gesundheitlichen Leiden ist die ökonomische Belastung, die durch psychische Krankheiten verursacht wird, für das einzelne Individuum, für die betroffene Familie und für die ganze Gesellschaft enorm. Für die EU-Staaten werden die gesellschaftlichen Kosten auf 3–4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts geschätzt. Ins Gewicht fallen vor allem die indirekten Kosten, die durch den Produktionsausfall verursacht werden. Sie übersteigen die direkten medizinischen Kosten um ein Mehrfaches.

Stress als intermediärer Gesundheitsindikator bzw. als eine Determinante für psychische Gesundheit verursacht per se hohe volkswirtschaftliche Kosten, wie eine Studie aus dem Jahr 2003 zu den Kosten des Stresses in der erwerbstätigen Bevölkerung der Schweiz zeigt: Die direkten medizinischen Kosten werden auf rund 1,86 Milliarden CH-Franken und die indirekten Kosten – verursacht durch Fehlzeiten und Produktionsverluste – auf 2,43 Milliarden CH-Franken pro Jahr geschätzt. Insgesamt kostet allein der Stress der erwerbstätigen Schweizer Bevölkerung die Gesellschaft jährlich rund 4,2 Milliarden CH-Franken. Auch diese hohen volkswirtschaftlichen Kosten werfen die Frage nach wirksamen – und zunehmend auch nach kostenwirksamen – Interventionen und Präventionsstrategien im Bereich psychische Gesundheit/Stress auf.

4.2 REVIEW

In MEDLINE und weiteren biomedizinischen sowie multidisziplinären Datenbanken wurde im Juli 2005 eine Literatursuche zu ökonomischen Evaluationen im Bereich Mental Health Promotion und Prevention seit 1990 durchgeführt.

⁴³ DALY = Summe der verlorenen Lebensjahre aus vorzeitigem Tod und Beeinträchtigung.

Es wurden nur vier Studien in Peer-reviewed-Journals gefunden, die unseren drei Inklusionskriterien

- a) ökonomische Evaluation
- b) gesundheitsfördernde oder präventive Interventionen
- c) Bereich Mental Health und/oder Stress

genügten. Aus diesen Studien wurden die wichtigsten Daten extrahiert. Eine weitere, (noch) nicht in einem Peer-reviewed-Journal erschienene Untersuchung, welche die drei Inklusionskriterien erfüllt, wird ebenfalls vorgestellt.

4.3 RESULTATE UND DISKUSSION

Die gefundenen ökonomischen Evaluationen sind bezüglich Evaluationstyp, Fragestellung, Setting, Intervention, Studienpopulation, Perspektive, Outcome-Masse und Erhebung der Kostendaten so unterschiedlich, dass eine Synthese der Resultate nicht möglich ist.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse untersucht ein Programm für arbeitslose Personen, je eine Kosten-Nutzen- und eine Kosten-Effektivitäts-Analyse widmen sich Interventionen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und eine weitere Kosten-Effektivitäts-Analyse untersucht eine Gesundheitsförderungsintervention im Setting Gemeinde bei jungen Familien mit Neugeborenen.

Drei der Studien wurden in den USA und eine in Grossbritannien in ganz spezifischen Settings durchgeführt. Eine Generalisierung der Studienresultate dieser einzelnen Untersuchungen bezüglich der Wirksamkeit und auch der Kostenwirksamkeit ist schwierig, da sowohl der Effekt als auch die Kosten an Kontext und Setting gebunden sind. Dennoch können diese Studien Hinweise zu möglichen kostenwirksamen Interventionen geben. So zeigt beispielsweise eine ökonomische Evaluation zu einem betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramm, dass ein wirksames Programm zur Burn-out-Prävention und zum psychischen Wohlbefinden für den Arbeitgeber schnell sehr Kosten sparend sein kann, wenn dadurch unerwünschte Personalfuktuationen vermieden werden.

Alle Studien verwenden verschiedene Outcome-Masse, was einen Wirksamkeitsvergleich der verschiedenen Interventionen untereinander verunmöglicht. Zudem werfen die Wahl der Outcome-Masse und der geeignete Zeitpunkt der Outcome-Messung Fragen auf. Die Entwicklung national und international einheitlicher Indikatoren für Mental Health wäre nützlich.

Die Endergebnisse von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen im Bereich Mental Health treten oft erst Jahre bis Jahrzehnte nach der Intervention auf und es gibt bisher kaum Langzeituntersuchungen. Nur mit intermediären Indikatoren ist die Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen in einer absehbaren Zeitspanne zu messen. Die Skalen zur Erfassung der intermediären Gesundheitseffekte bzw. der Gesundheitsdeterminanten sollten genügend sensitiv sein, um auch relativ geringfügige Veränderungen in einer mehrheitlich gesunden Population aufzeigen zu können.

Durch die Verwendung von intermediären Gesundheitseffekten ist zwar die Frage der Diskontierung von späteren Gesundheitseffekten nicht aufgehoben, aber das Problem und der Einfluss des Diskontierungssatzes auf das Resultat können damit umgangen werden.

Auch in den meisten von uns gefundenen Studien musste nicht diskontiert werden, da relativ kurzfristige Effekte gemessen wurden. Nur die Kosten-Nutzen-Analyse zum Programm für arbeitslose Personen rechnete den finanziellen Nutzen hoch und diskontierte ihn.

Die meisten ökonomischen Evaluationen im Gesundheitswesen sind Kosten-Effektivitäts-Analysen, da sich die Wirkungen von Interventionen oft nur schwierig monetarisieren lassen. Kosten-Effektivitäts-Analysen haben jedoch den Nachteil, dass sie jeweils nur ein Outcome vergleichen können. Bei Gesundheitsförderungsinterventionen sind jedoch meist mehrere Outcomes und allenfalls ihre Interaktionen

relevant. Auch die soziale Diffusion von Effekten – z.B. die Auswirkungen eines gesundheitsrelevanten Lebensstils einzelner Individuen auf deren unmittelbare Umgebung – fließt kaum in die ökonomische Evaluation ein.

Eine Möglichkeit, um die ganze Bandbreite der Effekte von Gesundheitsförderungsinterventionen zu erfassen, wurde mit der Kosten-Konsequenzen-Analyse gefunden. Hier werden die Kosten und sämtliche Outcomes aufgeführt. Dieser Studientypus stellt jedoch keine ökonomische Evaluation im engeren Sinne dar, da der relative Nutzen einer Intervention gegenüber einer anderen nicht dargestellt bzw. die Kostenwirksamkeit nicht eingeordnet werden kann. Diese Studien können dennoch dazu dienen, den Entscheidungsträgern Informationen zu den Kosten und Konsequenzen von Gesundheitsförderungsprogrammen zu liefern. Damit wird ein subjektives Abwägen zwischen den unterschiedlichen Outcomes und eine Prioritätensetzung möglich.

4.4 EMPFEHLUNGEN

Wegen des Mangels an ökonomischen Evaluationen im Bereich psychische Gesundheit/Stress und der grossen Heterogenität der gefundenen Studien sowie der Problematik der Generalisierbarkeit sind einheitliche Empfehlungen zu kostenwirksamen Interventionen zurzeit nicht möglich.

Im Vordergrund muss die Erforschung wirksamer Interventionen für die verschiedenen Zielgruppen stehen, denn nur wirksame Interventionen können letztlich auch kostenwirksam sein. Auch die Wahl geeigneter intermediärer Wirksamkeitsindikatoren genießt Priorität. Zudem ist die weitere Erarbeitung von nationalen und internationalen Standards für die Durchführung qualitativ guter ökonomischer Evaluationen von Gesundheitsförderungsinterventionen anzustreben.

Bei Mental Health und Stress ist sicherlich der Absentismus ein mögliches und geeignetes Outcome-Mass, das sich auch gut für «Advocacy-Zwecke» eignet, weil sich mit diesem Indikator die Kosten des Problems eindrücklich darstellen lassen, auch ohne dass eine eigentliche ökonomische Evaluation durchgeführt werden muss.

Wenn nur eine grobe Einschätzung des Kostenwirksamkeitsverhältnisses gefragt ist, so kann die Übertragbarkeit von anderen Studienresultaten auf den eigenen Kontext abgeschätzt werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Kostenseite von ökonomischen Evaluationen leichter an ein anderes Setting anpassen lässt als die Wirksamkeitsseite.

Wenn jedoch eine genauere Einschätzung für den eigenen Kontext erwünscht ist, ist die Durchführung eigener Studien sinnvoll.

Um Aussagen zur Kosteneffektivität von Interventionen machen zu können, schlagen wir Gesundheitsförderung Schweiz folgende Optionen vor:

1. Kosten-Konsequenzen-Analysen, wenn mehrere Outcomes der Intervention relevant sind, die nicht getrennt betrachtet werden sollen.
2. Kosten-Effektivitäts-Analysen, wenn vor allem ein bestimmtes Outcome betrachtet und mit alternativen Interventionen oder mit Nichtstun verglichen werden soll.
3. Kosten-Nutzen-Analysen, wenn sich das Outcome monetarisieren lässt.

Abschliessend soll betont werden, dass mittels guter ökonomischer Evaluationen die Beurteilung der Kostenwirksamkeit von Interventionen möglich ist. Diese Kenntnisse sollen den Entscheidungsprozess der Ressourcenallokation unterstützen, nicht aber ihn determinieren. Andere Faktoren, wie ethische und politische Aspekte, müssen mitberücksichtigt werden.

5. Bemerkungen zu «Gesundheitsförderung und Prävention stärken»: Ökonomische Perspektive

Liselotte Schug

5.1 EINLEITUNG

Anders als bei den Themen «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» lag beim Thema «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» kein Wirksamkeitsbericht (Review von wirksamen Interventionen) vor. Der Bericht «Gesundheitsförderung stärken und Prävention fördern» von François van der Linde⁴⁴ formuliert vielmehr die Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsförderung und gibt Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

Für die Literatursuche zum Kernthema «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» wurde auf den Begriff «Advocacy» fokussiert, da dieser international gebräuchliche Begriff am ehesten dem Inhalt dieses Kernthemas entspricht.

«Advocacy» (Anwaltschaft) wird von der WHO folgendermassen definiert:

«Eine Kombination individueller und sozialer Aktivitäten, um politische Verantwortung, Politikunterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel oder -programm zu erreichen.» (WHO, 1995)⁴⁵

«Advocacy» bedient sich dabei verschiedener Formen und Methoden, wie z. B. die Nutzung von Massenmedien, direktes Lobbying auf politischer Ebene, die Mobilisierung der Bevölkerung durch Interessensgemeinschaften etc. Der Begriff «Advocacy» umfasst also diverse Fähigkeiten und Handlungen, die eingesetzt werden, um eine Veränderung der Perzeption eines Themas – in unserem Fall die Gesundheit bzw. die Gesundheitsdeterminanten – und letztlich auch eine Veränderung in den Handlungen oder den Entscheidungen der angesprochenen Bevölkerung, oft der Entscheidungsträger (z. B. Politiker/innen), zu bewirken.

Die Breite des «Advocacy-Begriffs» und die Tatsache, dass keine Wirksamkeitsreview für «Advocacy-Interventionen» im Bereich der Gesundheitsförderung oder von Public-Health-Interventionen vorlag, deuteten bereits daraufhin, dass es kaum ökonomische Evaluationen zu diesem Thema gibt.

Auch in Gesprächen mit Kontaktpersonen aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und der ökonomischen Evaluation wurden bezüglich der Möglichkeit von ökonomischen Evaluationen zu «Advocacy-Interventionen» Zweifel geäussert, da diese relativ komplex sind und meist nicht auf ein einzelnes Ergebnis, sondern auf einen mehrdimensionalen Prozess zielen. «Advocacy-Interventionen» werden daher in der Regel qualitativ erfasst, da eine Quantifizierung meist wenig sinnvoll ist.

Der Problempunkt von ökonomischen Evaluationen im Bereich «Advocacy» scheint folglich bei der Wirksamkeitsmessung zu liegen. **Ohne Wirksamkeitsmessung gibt es jedoch keine Kostenwirksamkeitsmessung.**

⁴⁴ Van der Linde, François. Gesundheitsförderung und Prävention stärken: Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» in der Schweiz. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Unveröffentlichter Bericht, o. O., 2005.

⁴⁵ Gesundheitsförderung Schweiz, Home/Gesundheitsförderung/Begriffe. Reference: Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995. Ebenso in: WHO, Health Promotion Glossary, S. 5. Online im Internet [15.12.2005]: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

5.2 LITERATURRECHERCHE

Trotz der Vermutung, dass wir nur wenige oder allenfalls keine ökonomischen Evaluationen von «Advocacy-Interventionen» finden werden, suchten wir in einem ersten Schritt relativ breit in der ökonomischen Datenbank NHS EED, in Medline sowie in Bibliotheken und im Internet ökonomische Evaluationen zu «Advocacy» / «Lobbying» im Bereich Gesundheitsförderung und Public Health. Wir wurden nicht fündig. «Advocacy» mag zwar als Teil von Interventionsstrategien benutzt werden, aber nicht die Wirksamkeit der «Advocacy-Strategie» per se wird den Kosten gegenübergestellt, sondern das Ziel (z.B. eine niedrigere Alkohollimite) der Advocacy-Strategie. Eine systematische, noch breitere Suche erachten wir vor diesem Hintergrund als nicht zweckmässig und sinnvoll.

5.3 SCHWIERIGKEITEN BEI DER ÖKONOMISCHEN EVALUATION VON «ADVOCACY-INTERVENTIONEN»

Ökonomische Evaluationen (Kosten-Nutzen-Analyse, Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse) basieren auf einem Vergleich des Ressourceneinsatzes (Kosten) und des Outcomes zwischen zwei oder auch mehreren alternativen Interventionen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist zwar auch ohne Vergleich möglich, da sowohl die Ressourcen als auch das Outcome monetär bewertet werden. Im Bereich von «Advocacy» dürfte jedoch die monetäre Bewertung des Outcomes eher schwierig sein. Die Durchführung einer Kosten-Effektivitäts-Analyse, die als Outcome nicht monetäre Wirkungseinheiten verwendet, ist nahe liegender.

Die Wirksamkeit wird in ökonomischen Evaluationen meist in Studien mit hohem Evidenzlevel, z. B. RCTs, gemessen.⁴⁶ Im Bereich von «Advocacy» ist jedoch eine Randomisierung meist gar nicht oder nur theoretisch möglich. Die meisten «Advocacy-Interventionen» werden in Fallstudien, die einen niedrigen Evidenzlevel aufweisen, dargestellt. Dadurch werden die Quantifizierung der Ergebnisse und die Vergleichbarkeit mit anderen Interventionen schwierig. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse bewertet zudem immer nur ein Outcome; eine «Advocacy-Intervention» zeigt in der Regel jedoch mehrere Ergebnisse. Zudem ist nicht nur die Erfassung des Outcomes, sondern auch die des Prozesses bei «Advocacy-Interventionen» relevant.

Die Suche nach einer adäquaten Wirksamkeitsmessung von «Advocacy-Interventionen» scheint noch in den Kinderschuhen zu stecken. Da experimentelle Studien bei «Advocacy-Interventionen» kaum möglich sind, ist es schwierig, eine kausale Beziehung zwischen der Intervention und dem allfälligen Outcome aufzuzeigen. «Advocacy-Interventionen» können im Laufe der Zeit nicht vorhersehbare Welleneffekte und Veränderungen auslösen. Es ist deshalb eine Herausforderung, «Advocacy-Strategien» auch flexibel anpassen zu können und für ursprünglich nicht beabsichtigte Outcomes offen zu bleiben. Ein gewünschtes Resultat ist zudem oft das Ergebnis von verschiedenen Aktivitäten. Dies macht es schwierig zu bestimmen, ob es einen entscheidenden Beitrag gab oder ob die Summe der einzelnen Aktivitäten das gewünschte Outcome bewirkte.

«Advocacy-Interventionen» sind meist einzigartig, weil sie auf den jeweiligen speziellen und komplexen sozialen und politischen Kontext zugeschnitten sind. Dies macht eine Vergleichbarkeit von verschiedenen Interventionen und auch die Generalisierbarkeit von Resultaten schwierig.

Wie auch bei den Gesundheitsförderungs- und den Public-Health-Interventionen stellen sich die Fragen des geeigneten Indikators und des geeigneten Zeitpunkts der Outcome-Messung. Viele Effekte von «Advocacy-Arbeit» dürften sich erst nach längerer Zeit zeigen. Deshalb stellt sich hier die Frage der

⁴⁶ Vgl. dazu die Evidenzhierarchien in diesem Bericht S. 9 und 10.

Diskontierung. Kurzfristige und bezüglich der Gesundheit intermediäre Effekte können z. B. die Einführung eines Gesetzes oder einer Verordnung (Gurten- und Helmtragepflicht, Alkohollimite etc.), die Anzahl der Medienpräsenz eines bestimmten Themas oder die Institutionalisierung des Austausches von Gesundheitsakteur/innen mit Politiker/innen sein.

Wie bereits erwähnt, sollte man sich überlegen, ob es nicht sinnvoller ist, «Advocacy-Interventionen» vollumfänglich zu evaluieren, statt einzelne Effekte zu isolieren. Solche Evaluationen eignen sich jedoch nicht für Kostenwirksamkeitsstudien, die sich auf ein einzelnes Outcome beschränken.

Eher noch als eine Kosten-Effektivitäts-Analyse ist im Bereich von «Advocacy» eine Kosten-Konsequenzen-Analyse, die sämtliche Outcomes aufführt, angebracht.⁴⁷ Diese Methode hat jedoch den Nachteil, dass die Wirksamkeit nicht eingeordnet werden kann (relativer Nutzen gegenüber einer anderen Intervention bzw. gegenüber *nichts tun*) und eine generelle Synthese von Nutzen und Kosten nicht möglich ist. Die unterschiedlichen Komponenten der Intervention können jedoch subjektiv abgewogen und mit anderen Interventionen verglichen werden.

Aufgrund der Datenlage, konnte keine Review von ökonomischen Evaluationen von «Advocacy» durchgeführt werden. Eine Review von Wirksamkeitsstudien von «Advocacy-Interventionen» war hier nicht die Aufgabe und wurde auch nicht durchgeführt. Anhand der oben aufgeführten Erläuterungen dürfte es zurzeit auch wenige quantitative Wirksamkeitsstudien geben. Bezüglich der Wirksamkeitsmessung von «Advocacy-Interventionen» gibt es noch viele offene Fragen, zu denen unseres Erachtens – nach einer ersten kurzen Überblicksrecherche – noch wenig Literatur existiert.

Die Herausforderungen im Bereich der Kostenwirksamkeit von «Advocacy-Interventionen» scheinen in erster Linie bei der Wirksamkeitsforschung zu liegen. Es müssen zuerst geeignete Methoden und Indikatoren zur Wirksamkeitsmessung gefunden werden. Ohne Wirksamkeitsmessung ist eine Kostenwirksamkeitsmessung nicht möglich. Da «Advocacy-Interventionen» jedoch auf den jeweiligen speziellen sozialen und politischen Kontext zugeschnitten sind, dürfte die Übertragbarkeit der Ergebnisse von einem Kontext auf einen anderen schwierig bleiben.

⁴⁷ Vgl. im Bericht «Psychische Gesundheit – Stress»: Ökonomische Perspektive, S. 42.

6. Fazit

Liselotte Schug und Urs Brügger

Die Reviews haben gezeigt, dass ökonomische Evaluationen von Gesundheitsförderungs- und/oder Präventionsinterventionen im Bereich der Kernthemen von Gesundheitsförderung Schweiz, «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress», noch sehr rar sind. Beim dritten Kernthema, «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», betreten wir bezüglich ökonomischer Evaluation von «Advocacy-Interventionen» Neuland.

Bisher haben sich ökonomische Evaluationen vorwiegend mit medizinischen Behandlungsinterventionen – vor allem Arzneimitteltherapien – befasst. Verschiedene Gründe tragen dazu bei, dass ökonomische Evaluationen bisher vor allem bei Gesundheitsförderungs- aber auch bei Präventionsinterventionen noch nicht verbreitet durchgeführt werden. Ein wesentlicher Grund ist sicherlich, dass der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsinterventionen methodisch eine spezielle Herausforderung darstellt.

Die Wahl geeigneter Outcome-Indikatoren für Kosten-Wirksamkeits-Analysen ist eine weitere Herausforderung. Meist verwenden die einzelnen Studien zur Wirksamkeitsmessung von Gesundheitsförderungsprogrammen völlig unterschiedliche Indikatoren. Es ist deshalb kaum möglich, verschiedene Interventionen zur Vermeidung des gleichen Gesundheitsproblems bezüglich ihrer Wirksamkeit und somit auch bezüglich ihres Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses zu vergleichen.

Die Generalisierbarkeit der Wirksamkeitsergebnisse von Studien über geografische, soziale und politische Gebiete hinweg ist bei Gesundheitsförderungs- und vielen Präventionsinterventionen ebenfalls schwieriger als bei Behandlungsinterventionen, weil der Effekt eines Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprogramms oft durch den Kontext mitbestimmt wird und bei verschiedenen Populationen (Alter, Geschlecht, sozioökonomische Faktoren, Inzidenz und Prävalenz der Krankheit etc.) variiert. Die Kostenseite einer ökonomischen Evaluation, die ebenfalls zwischen verschiedenen Ländern, ja sogar Regionen variiert, ist hingegen leichter anzupassen, wenn der Ressourcenverbrauch genau angegeben wird. Die verbrauchten Mengen können dann den verschiedenen Kontexten angepasst und mit den entsprechenden Preisen monetär neu bewertet werden.

Die gesundheitsökonomische Evaluation ist ein relativ junges Forschungsgebiet, das nach wie vor unge löste Fragen aufweist (z.B. Diskontierung) und auch methodisch – gerade im Hinblick auf Public-Health-Interventionen – noch nicht völlig festgeschrieben ist. Einerseits wird dadurch die Durchführung von ökonomischen Evaluationen in diesem Bereich erschwert, andererseits gibt es aber auch neue Ansätze zu entwickeln und zu erforschen. Möglicherweise muss auch vermehrt auf die Kosten-Konsequenzen-Analyse zurückgegriffen werden.

Gesundheit wird immer wieder als eines der höchsten Güter für einzelne Personen und damit auch für die Gesellschaft als Ganzes bezeichnet. Nicht nur die Wiederherstellung der Gesundheit bei Krankheit, sondern auch die Aufrechterhaltung von Gesundheit hat jedoch ihren Preis, der sozusagen als Investition in zukünftig geringere Gesundheitskosten, in vermiedene Kosten aufgrund von Absentismus und nicht zuletzt in eine bessere Lebensqualität verstanden werden kann. Die Massnahmen zur Erhaltung der Gesundheit stehen aber in Konkurrenz zu anderen gesellschaftlichen Bedürfnissen und Gütern wie Bildung, Sicherheit, Kultur und nicht zuletzt auch zur kurativen Medizin. Für all diese Bedürfnisse stehen jedoch nur begrenzte Ressourcen zu Verfügung. In der Tatsache der begrenzten Mittel ist auch die Motivation für ökonomische Evaluationen zu finden. Damit die vorhandenen Mittel dort eingesetzt werden, wo sie am meisten bringen, oder mit anderen Worten effizient eingesetzt werden können, ist die Suche nach kostenwirksamen Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionsprogrammen sinnvoll.