

Wirtschaftswissenschaften

Gesundheitswissenschaften (Public Health)

Gesundheitsökonomie (Health Economics)

Gesundheitsmanagement

Kapitel 1

Basiswissen

Gesundheitsmanagement

Um Gesundheitsmanagement zu verstehen, müssen Sie sowohl Kenntnisse über das Management als auch über das Gesundheitswesen haben. Dieses Basiswissen hilft Ihnen, beide Seiten zu verstehen. Sie werden daher Grundlagen sowohl aus der klassischen Betriebswirtschaftslehre kennenlernen als auch die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes. Als Gesundheitsmanager müssen Sie nämlich beide »Sprachen« sprechen können.

Die Basis: Wirtschaftswissenschaften

Stellen Sie sich einmal die Frage, was die Wirtschaftswissenschaft untersucht. Sie befasst sich mit begrenzt verfügbaren Gütern und untersucht diese auf bestimmte Aspekte hin. *Güter* im Allgemeinen umfassen sowohl Waren als auch Dienstleistungen und dienen zur Bedürfnisbefriedigung der Menschen.

Wirtschaftswissenschaften sind Teil der Sozialwissenschaften und haben Berührungspunkte mit vielen anderen Disziplinen (wie beispielsweise Mathematik, Logik, Informatik, Psychologie, Soziologie, Recht etc.). Die Wirtschaftswissenschaften gliedern sich wiederum in die Betriebswirtschaftslehre (BWL) und die Volkswirtschaftslehre (VWL) auf und die BWL wiederum in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre (A-BWL) und die Spezielle Betriebswirtschaftslehre (S-BWL). Das *Gesundheitswesen* ist, wie die nachfolgende Abbildung 1.1 zeigt, der S-BWL zuzuordnen.

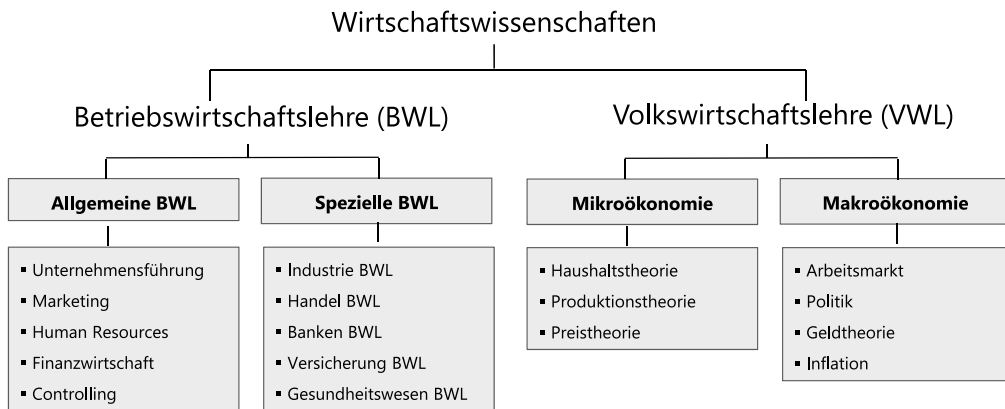


Abbildung 1.1: Aufteilung der Wirtschaftswissenschaften

Ökonomie und Knappheit im Gesundheitswesen

Eine weitere Disziplin, die sich als eigenständige Disziplin neben der Multidisziplin Gesundheitswissenschaften etabliert hat, ist die *Gesundheitsökonomie*.

Den Begriff der *Ökonomie* (lateinisch *oeconomia* »Wirtschaft«; griechisch *oikonomia* »Verwaltung«) können Sie heute in verschiedenen Dimensionen verwenden:

- ✓ Bezeichnung von Wirtschaft im Sinne der nationalen Ökonomie
- ✓ Fachbegriff für die Wirtschaftswissenschaften (im Sinne der Ökonomik)
- ✓ Tätigkeit im Sinne der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit
- ✓ Begriff für den wirtschaftlichen Betrieb als solches

Die häufigste Verwendung der Bezeichnung ist die sparsame und wirtschaftliche Verwendung von Gütern. Ökonomische Überlegungen beziehen sich also auf die Wirtschaft als Ganzes oder auf die Führung der Teilelemente (zum Beispiel einzelne Organisationen oder Haushalte). Damit ist die Überwindung der relativen Knappheit durch wirtschaftliches Handeln gemeint. Dabei hat jeder Mensch zahlreiche Bedürfnisse, die er abdecken möchte (Grundbedürfnisse bis hin zur Selbstverwirklichung). Für die Mehrheit der Mittel zur Befriedigung unserer Bedürfnisse gilt aber, dass es nur ein begrenztes Vorkommen in der Natur oder eine begrenzte Anzahl an Produkten gibt, sodass wir dies als *Knappheit* bezeichnen. Somit muss das Handeln jedes Einzelnen ökonomisch, also mit einem sparsamen Denkansatz ausgeübt werden.



Ökonomie bezeichnet die Überwindung der Knappheit durch wirtschaftliches Handeln. Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit (natürlicher) Ressourcen besteht eine absolute Knappheit von Gütern. Teilweise kann diese durch eine Steigerung der Produktion gemildert werden. Geht man von unbegrenzten Bedürfnissen der Menschen aus, besteht stets auch eine relative Knappheit, weil die Produktion nicht unbegrenzt gesteigert werden kann.

An diesem Punkt stellt sich die Frage, was überhaupt *Knappheit* ist. Knappheit hat etwas mit begrenzten Mitteln zu tun. Dies wird ins Verhältnis gesetzt mit vielfältigen Bedürfnissen der Menschen. Das klingt erst einmal kompliziert, ist es aber nicht. Zum Beispiel wird Trinkwasser auf der Welt als knapp angesehen, während Luft als kostenloses Gut unbegrenzt zur Verfügung steht. Stellen Sie sich vor, Sie wären in einem U-Boot unterwegs, und Sie würden damit zwischen zwei Felsspalten stecken bleiben. Dann wäre plötzlich die Luft in Form von Luftreserven in Gasflaschen doch ein sehr knappes und kostbares Gut, oder? Grundsätzlich kann aus jedem freien Gut ein knappes Gut werden. Und wie sieht es mit der Knappheit im Gesundheitswesen aus?

Knappheit gibt es auch hier. Es herrscht eine Knappheit an Gesundheitsdienstleistungen beziehungsweise an finanziellen Mitteln, diese zu bezahlen. Und die Alterung der Gesellschaft (*demographischer Wandel*) trägt auch noch ihren Teil zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen bei.



Der Preis hat in einem Markt die Funktion, ein *Marktgleichgewicht* herzustellen. Allerdings kann der Marktmechanismus bei der Gesundheitsversorgung nur begrenzt eingesetzt werden, da eine Marktsteuerung aufgrund von »Besonderheiten« der Gesundheitsgüter schwierig ist. Dies fängt bei der *Allokation* (Zuordnung von Ressourcen) an und hört bei der *Distribution* (Verteilung) auf.

Bedürfnisse in Pyramidenform

Jeder Mensch hat unbegrenzte Bedürfnisse. Diese reichen von Grundbedürfnissen bis hin zur Selbstverwirklichung des Individuums. Für die Mehrheit der Mittel (= Güter) gilt ein begrenztes Vorkommen (in der Natur oder in der Produktion). Darüber hinaus erfordert der Naturzustand weitere Verarbeitung (Wertschöpfung). Nehmen wir beispielsweise eine Blutkonserve. Diese stammt von Spenderblut, das in der Natur aufgrund der begrenzten Anzahl der Menschen bzw. Spender ohnehin knapp ist. Der DRK-Blutspendedienst bringt es auf den Punkt: Der Naturzustand erfordert weitere Wertschöpfung, indem aus dem Spenderblut unter größter Sorgfalt und Sicherheit ein Konzentrat roter Blutkörperchen, ein Plasmapräparat sowie ein Konzentrat von Blutplättchen hergestellt und überprüft werden. Bei einer Transfusion bekommt jeder Patient dann nur den Blutbestandteil, den er wirklich benötigt. Der wertvolle Lebenssaft wird so sparsam und effektiv wie möglich verwendet.



In der klassischen BWL wird die *Bedürfnispyramide* nach Abraham Harold Maslow (1908–1970) gerne aufgeführt. Diese ordnet die Bedürfnisse hierarchisch an und sagt aus, dass erst bestimmte Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen befriedigt sein müssen, um weitergehende Bedürfnisse wie Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse, Ich-Bedürfnisse und schließlich die Selbstverwirklichung – als höchste Stufe der Bedürfnispyramide – stillen zu können.

Einige Ökonomen behaupten heute, dass die gute alte Maslowsche Bedürfnispyramide aus dem Jahr 1954 nicht mehr auf die heutige Zeit zutrifft. Wenn Sie allerdings daran denken, wie Sie in einer durchzechten Nacht in einer Disco noch ein paar Stunden zuvor nach Selbstverwirklichung gestrebt haben und dann gegen Morgengrauen hungrig, durstig und müde nach Hause fahren, so sind Sie wieder in der ersten Stufe der Pyramide angekommen. Sie wollen und können nur die nächste Stufe Ihrer Pyramide erreichen, wenn Sie die Stufe davor erfolgreich gemeistert haben. In dem Fall: nur noch schlafen und duschen. Und andere plädieren eventuell noch dafür, zumindest WLAN und das Akkuladegerät auf die Ebene der Grundbedürfnisse zu platzieren. Die erweiterte Maslowsche Bedürfnispyramide ist daher in Abbildung 1.2 mit einem Augenzwinkern skizziert.



Abbildung 1.2: Erweiterte Maslowsche Bedürfnispyramide

Zukünftige Bedürfnisse der menschlichen Gesundheit werden allgemein im Gesundheitswesen zu niedrig eingeschätzt. Betrachten wir einmal die jüngere Bevölkerung. Sind diese jungen und somit zum größten Teil gesunden Menschen immer bereit, für die Behandlung möglicher Erkrankungen in der Zukunft frühzeitig in ausreichendem Maße finanziell vorzusorgen? Wohl eher nicht. Wenn ein junger Mensch gesund ist und im näheren Umfeld keinerlei Erkrankungen kennenlernt, wird Gesundheit anders aufgefasst und meistens ohne weitergehende Wertschätzung wahrgenommen. Die Problematik wird dadurch verstärkt, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter ansteigen und von dem im Alter zur Verfügung stehenden Einkommen nicht immer gedeckt werden können. Gesundheitsbedürfnisse nehmen also im Laufe des Lebens weiter zu. Es wird darüber diskutiert, ob das Bedürfnis nach Gesundheit auf der Maslow'schen Bedürfnispyramide ein Grundbedürfnis ist, auf der Stufe der Sicherheit und Geborgenheit anzusiedeln ist oder sogar auf nahezu allen Ebenen eine wesentliche Rolle spielt.

Homo oeconomicus

Damit die Entscheidungen und Handlungen des Menschen besser vorausgesagt werden können, ist der *Homo oeconomicus* seit Jahren ein Leitbild der Ökonomie.

Der Homo oeconomicus ist ein *theoretisches Konstrukt*, das voraussetzt, dass der Mensch sich bei seinen Entscheidungen und Handlungen ausschließlich vom Verstand leiten lässt (= Ziel der höchsten ökonomischen Rationalität). Dieses Modell wird insbesondere in Teilbereichen der BWL (beispielsweise Marketing) genutzt, um das Kaufverhalten oder Ähnliches zu prognostizieren.

Ob das auf die Rationalität des Denkens reduzierte menschliche Modell des ökonomischen Entscheidungsverhaltens in der Praxis Anwendung findet, wird kritisch diskutiert. Die Komplexität der Entscheidungssituation ist in der Realität wesentlich höher. Der reine Preismechanismus kann zugunsten anderer Faktoren weichen (zum Beispiel Trends, Vorlieben und Interessen). Im Gesundheitswesen ist der *Preismechanismus* teilweise ausgesetzt, da die meisten Leistungen von dem Kostenträger erstattet werden, sodass der Preis – insbesondere im Krankheitsfall – eine nachgeordnete Rolle beim Konsum des Gutes Gesundheit einnimmt. So entscheiden auch Versicherte und Patienten nach ihren *Präferenzen* (= Zielstellungen) und *Restriktionen* (= Beschränkungen). Als Präferenzen können die Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit oder die Verbesserung der Lebensqualität bei beispielsweise chronischen Erkrankungen wie Diabetes gesehen werden, als Restriktionen Geld und Zeit.

Das Min-Max-Prinzip

Stellen Sie sich vor, Sie wollen sich im Ausland einer Schönheitsbehandlung unterziehen, die Sie selbst zahlen, um beispielsweise mehr Haare auf dem Kopf zu haben oder eine kleinere Stupsnase zu besitzen. Als ein potenzieller »Gesundheitstourist« stellen Sie sich sicherlich die Frage, wie gut das Angebot im Ausland ist und dann auch sicherlich, wie teuer das Ganze wird.

Mit diesem Beispiel lässt sich das Minimierungs- und Maximierungs-Prinzip (auch *Min-Max-Prinzip* oder auch *Mini-Max-Prinzip* genannt) exemplarisch beschreiben. Bei dem Minimierungsgebot versuchen Sie, eine bestimmte Schönheitsbehandlung (Leistung = festgelegt) zu möglichst geringen Kosten (Ressourcen = Minimum) zu erhalten. Nach dem Maximierungsgebot planen Sie hingegen einen bestimmten Geldbetrag (Ressourcen = festgelegt) für die Behandlung ein und versuchen, mit dieser Geldmenge das umfangreichste Angebot für die Schönheitsbehandlung im Ausland (Leistung = Maximum) zu erhalten.

Hierbei gibt es somit zwei alternative Handlungsanweisungen:

- ✓ **Minimierungsgebot:** Das Gebot der Effizienz ist dann erfüllt, wenn die angestrebte Versorgung mit dem geringstmöglichen Einsatz an knappen Ressourcen bzw. Input oder Kosten gewährleistet ist.
- ✓ **Maximierungsgebot:** Das Gebot der Effizienz ist dann erfüllt, wenn bei einer vorab festgelegten Menge an Inputs der größtmögliche Output erzielt wird.

Effizienz und Effektivität – was war nochmal was?

In der BWL spielen die Begriffe *Effizienz* und *Effektivität* eine besondere Rolle. Es ist wie mit der Aussage: »Rechts ist da, wo der Daumen links ist.« Es kann anfangs schwierig sein, sich den Unterschied zu merken, und deshalb werden die Begriffe Effizienz und Effektivität oft verwechselt.

- ✓ **Effizienz** bedeutet, dass die Ressourcen zweckrational eingesetzt werden und damit wenig verbraucht werden.
- ✓ **Effektivität** bedeutet hingegen, dass das Ziel erreicht wird. Beispielsweise ist eine Therapie effizient, wenn sie wenig Kosten verursacht hat, und wenn der Patient dann noch gesund wird, dann ist diese auch noch effektiv.

In Abbildung 1.3 wird der Unterschied zwischen diesen beiden ähnlich klingenden Begriffen ebenfalls deutlich.

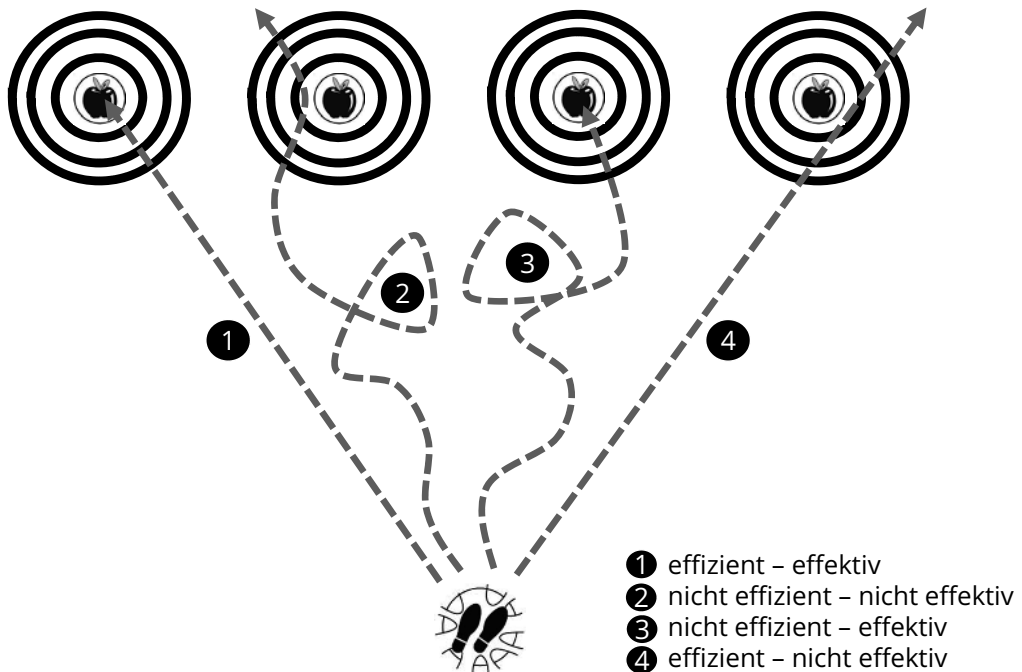


Abbildung 1.3: Effizienz und Effektivität

Haben Sie die obige Abbildung verinnerlicht und visuell abgespeichert, so können Sie in jedem Meeting glänzen, wenn wieder einmal jemand die beiden Begriffe durcheinander wirft.

Gesundheitswissenschaften – Public Health

Klären wir im Folgenden, was die Gesundheitswissenschaften (englisch: *Public Health*) sind. *Public Health* ist seit Anfang der 1980er-Jahre in Deutschland als wissenschaftliches Fach bekannt, welches die Gesundheit der Bevölkerung untersucht.



Die *Gesundheitswissenschaften* befassen sich mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und den Konsequenzen für Organisation und Struktur des Gesundheitssystems. Gesundheitswissenschaften dienen auch dazu, sich von der Medizin abzugrenzen. Diese sind erst dadurch entstanden, dass sich nicht medizinische Disziplinen gebildet haben.

Das Fachgebiet handelt sowohl von der Grundlagenforschung (beispielsweise klinische Studien) bis hin zur praxisrelevanten (anwendungsorientierten) Versorgungsforschung. In diesem Zusammenhang werden interdisziplinäre Theorien und Methoden aus der Epidemiologie, Soziologie, Medizin, Psychologie, Politikwissenschaft, Sozialpolitik, Rechtswissenschaften, Statistik und Ökonomie für Forschungen verwendet.

Forschungsbereiche

Gesundheitswissenschaften/Public Health verfolgen beispielsweise Fragestellungen zur Verbesserung der Lebensqualität oder zur Vermeidung von Krankheiten.

Dabei werden alle Maßnahmen so abgestimmt, dass die Gesunderhaltung der Bevölkerung im Vordergrund der Forschung steht. Die folgende Auflistung zeigt, welche Probleme und Schwerpunkte im Bereich der Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health im Fokus der Betrachtung stehen:

- ✓ Gestaltung der Gesundheitsförderung heute und in der Zukunft
- ✓ Bildungswege und -entwicklungen für Gesundheitsberufe
- ✓ Örtliche und zeitliche Ausbreitung von gesellschaftlichen Krankheiten (beispielsweise Ebola, HIV/Aids)
- ✓ Einflussfaktoren (Einkommen, Familienstruktur, soziale Absicherung) auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Gesellschaft
- ✓ Organisation, Umsetzung und Kontrolle von gesundheitsfördernden Interventionen (Aufklärung, Gesundheitsvorsorge)
- ✓ Einbindung der Bevölkerung in gesundheitliche Themen und der Weiterentwicklung von Gesundheitsmaßnahmen

Tätigkeitsfelder

Tätigkeitsfelder gibt es in den unterschiedlichsten Organisationen, die sich mit Prävention, Gesundheitsförderung und -verbesserung beschäftigen. Klassische Arbeitgeber für Public Health Absolventen sind Forschungseinrichtungen, Verbände, Regierungsorganisationen, aber auch Nicht-Regierungsorganisationen (NGO).



Public Health Experten können in verschiedenen Einrichtungen arbeiten. Meistens sind es Lehr- und Forschungstätigkeiten an Universitäten und Hochschulen oder bei internationalen Organisationen und Institutionen sowie anderen staatlichen Einrichtungen. Darüber hinaus wird Public Health auch als eine zusätzliche Qualifikation gesehen, bei der die Absolventen in ihrem bisherigen Beruf arbeiten, beispielsweise als Arzt im Krankenhaus oder als Krankenkassenmanager, und dort ihr neu erworbenes Wissen in der Praxis anwenden.

Unter anderem zählt dazu die Ausübung einer Lehrtätigkeit an:

- ✓ Universitäten und Fachhochschulen
- ✓ Internationalen Organisationen und Institutionen, wie beispielsweise »Ärzte ohne Grenzen«
- ✓ Öffentlichen, staatlichen und privaten Einrichtungen, wie World Health Organisation (WHO), EU (Europäische Union), Ministerien, Bundesämtern
- ✓ Abteilungen der Gesundheitsberichtserstattung, zum Beispiel bei Krankenkassen, Gesundheitsorganisationen
- ✓ Interessenvertretungen wie beispielsweise Verbänden, wie dem Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK Dachverband)

Aktuelle Public Health Themen

Als aktuelle Themen im Bereich des Public Health gelten beispielsweise der Anstieg an chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung und die immer weiter auseinandergehende soziale Schere und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand.

Ein wichtiger Erkenntnispunkt ist, dass die soziale Herkunft die Gesundheitssituation beeinflusst. Daher umfasst die Arbeit der Public Health Experten nicht nur die wirtschaftliche und effektive Aufteilung der Ressourcen für das Wohlergehen der Gesellschaft, sondern vor allem auch die Weiterentwicklung der Ursachen und Maßnahmenforschung.

Um die Ergebnisse aus Public Health Forschungen bestmöglich zu nutzen, bedarf es vor allem einer engen Kooperation von nationalen und internationalen Akteuren, sodass wichtige Fakten und Empfehlungen publiziert und beachtet werden können. Denn langfristige Veränderungen oder die Nachhaltigkeit der Gesundheitsbeeinflussung können nur dann erfolgen, wenn alle Länder Ziele verfolgen, wie die Gesundheitsförderung, Prävention und den Gesunderhalt weiter zu entwickeln und in der Bevölkerung zu verbreiten.



Wer sich näher mit dem Thema Public Health auseinandersetzen möchte, sollte einen Blick auf die *Deutsche Gesellschaft für Public Health* werfen. Diese beschäftigt sich seit 1997 mit der Volksgesundheit und mit der internationalen und nationalen Verbreitung des Fachgebiets. Diese Dachgesellschaft dient als Kooperationspartner und Netzwerk für alle an Public Health interessierten Institutionen, Organisationen und Gesellschaften (näheres auf www.deutsche-gesellschaft-public-health.de). Darüber hinaus gibt es die *Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)*, die sich auf das Zitat »Medizin ist eine sociale Wissenschaft« von Rudolf Virchow (1821–1902) sowie Salomon Neumann (1819–1908) bezieht und im Jahr 1963 gegründet wurde. Hierbei ist das Thema »Öffentlicher Gesundheitsdienst/Public Health« ein eigenständiger Fachbereich innerhalb der Gesellschaft (näheres auf: www.dgsmp.de).

Gesundheitsökonomie – Health Economics

Bis dato gibt es keine einheitliche und allgemeingültige Definition für den Begriff der *Gesundheitsökonomie*. Es gibt allerdings Definitionsversuche.



Der Begriff *Gesundheitsökonomie* bezeichnet die wissenschaftliche Beschäftigung (empirisch, theoretisch und interdisziplinär) mit Gesundheit und Gesundheitsversorgung bezogen auf verschiedene wirtschaftliche Aspekte wie Produktion, Verteilung und Verbrauch. Gesundheitsökonomie wird auf Englisch als *medical economics* oder *health economics* bezeichnet.

Historie und Entwicklung der Gesundheitsökonomie

Erste Ansätze des Fachgebiets der *Gesundheitsökonomie* lassen sich in den Vereinigten Staaten von Amerika finden. Bereits im Jahr 1944 wurde an der *School of Economics* ein Büro für »Public Health Economics« eingerichtet und das gleichnamige Journal ins Leben gerufen. Darüber hinaus beschäftigte sich die *American Economic Association* in der Ausarbeitung »*Economics of medical care*« im Jahr 1951 mit der Schnittstelle zwischen Ökonomie und Gesundheitsversorgung. In Deutschland gibt es seit 1965 die ersten gesundheitsökonomischen Publikationen, wobei die Gesundheitsökonomie insbesondere durch die Kolloquien und Bücher der *Robert-Bosch-Stiftung* ab 1978 gefördert wurde. Neben anderen Weiterentwicklungen wurde Ende 2008 die *Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ)* durch 17 Hochschulprofessoren gegründet und hat den Stellenwert der Gesundheitsökonomie in Deutschland nachhaltig gestärkt.

Gesundheitsökonomische Forschung

Bei der *gesundheitsökonomischen Forschung* geht es um die ökonomische Bewertung von Gesundheitsleistungen.

Dabei gliedern sich die Inhalte der gesundheitsökonomischen Forschung im Wesentlichen in die Teilgebiete:

- ✓ ökonomische Analyse von Gesundheitssystemen,
- ✓ Gesundheitsmanagement und
- ✓ gesundheitsökonomische Evaluation.

Da sich die gesundheitsökonomische Evaluation zum Herzstück der Gesundheitsökonomie entwickelt hat, wird diese im Folgenden etwas genauer betrachtet.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Bei der *gesundheitsökonomischen Evaluation* werden Kosten und Outcomes (zum Beispiel Auswirkungen auf Gesundheitsstatus und Lebenserwartung) von medizinischen Interventionen/Maßnahmen verglichen. Dabei bewerten gesundheitsökonomische Evaluationen nicht primär die Wirksamkeit, sondern das Verhältnis von Kosten und Wirkung im Vergleich zu alternativen Maßnahmen. Hierbei werden Fallstudien und Vergleichsstudien ausgewertet.

Bei Studien ohne vergleichenden Charakter werden weder (medizinische) Ergebnisse noch Alternativen von Gesundheitstechnologien miteinander verglichen:

1. **Kosten-Analyse:** Das ist die simpelste Studienform der gesundheitsökonomischen Evaluation, da ausschließlich die reinen Behandlungskosten betrachtet werden. Kurz: Kosten der Behandlung A betragen x Euro.
2. **Krankheitskostenstudie:** Dies ist eine Art Erweiterung der Kosten-Analyse, da eine Berechnung aller mit einer Erkrankung verbundenen Kosten erfolgt. Neben den direkten Kosten wie beispielsweise den Behandlungskosten werden auch indirekte Kosten wie die Minderung der Arbeitskraft aus volkswirtschaftlicher Sicht betrachtet.

Bei Studien mit vergleichendem Charakter erfolgt eine Gegenüberstellung der Wirkung der Gesundheitstechnologien mit den jeweiligen Kosten:

1. **Kosten-Kosten-Analyse** bzw. **Kosten-Minimierungs-Analyse:** Vergleich der Kosten mehrerer Behandlungen im gleichen Kontext, die das gleiche Ergebnis erzielen, um die kostengünstigste Alternative zu finden.
2. **Kosten-Effektivitäts-Analyse:** Vergleich verschiedener Behandlungen durch Betrachtung des Verhältnisses zwischen erzielttem Ergebnis (Verbesserung bestimmter medizinischer und epidemiologischer Werte) und dafür eingesetzter finanzieller Mittel.
3. **Kosten-Nutzwert-Analyse:** Vergleich verschiedener Behandlungen durch Betrachtung des Verhältnisses zwischen dem jeweils erzielten Nutzwert für die Gesellschaft (beispielsweise gemessen durch Nutzwerte bestehend aus Lebensdauer und Lebensqualität) und der dafür eingesetzten finanziellen Mittel.

4. **Kosten-Nutzen-Analyse:** Sowohl die Kosten als auch der Nutzen von Behandlungen werden in Geldeinheiten ausgedrückt, um Kosten-Nutzen-Relationen zu bilden und im Anschluss den Nettonutzen verschiedener Behandlungen vergleichen zu können oder zu klären, ob durch eine Behandlung ein Wohlfahrtsgewinn erzielt wurde.

Für die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluationen ist die Wahl der Beobachterperspektive (Patient, Arbeitgeber des Patienten, Leistungserbringer, Krankenkasse, Gesellschaft) entscheidend. Sie legt fest, wessen Kosten und welche Wirkungen analysiert und welche Kostendaten und medizinischen Messdaten somit einbezogen werden. Dieselbe Maßnahme kann von einer Evaluation aus Sicht der Patienten positiv bewertet werden und gleichzeitig von einer Evaluation aus Sicht der Leistungserbringer eine negative Bewertung erhalten.

Kosten, Kosten und nochmal Kosten

Wenn die Entscheidung getroffen ist, welche Kosten man miteinbeziehen wird, kann man die relevanten Kosten in die folgenden Bereiche weiter differenzieren:

- ✓ **Direkte Kosten** sind Kosten, die einem Patienten verursachungsgerecht (direkt) zugerechnet werden (beispielsweise ärztliche Behandlungen, Medikamente sowie Fahrtkosten zum Arzt).
- ✓ **Indirekte Kosten** bezeichnen Produktivitätsverluste wegen krankheitsbedingter Arbeitsausfälle (beispielsweise Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit).
- ✓ **Intangible Kosten** umfassen die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen (Schmerz oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität), die aber nur über verschiedene Instrumente in monetären Einheiten quantifiziert werden können.

