



Interaktiver Case-Study-Workshop
BVMed-Akademie I Berlin

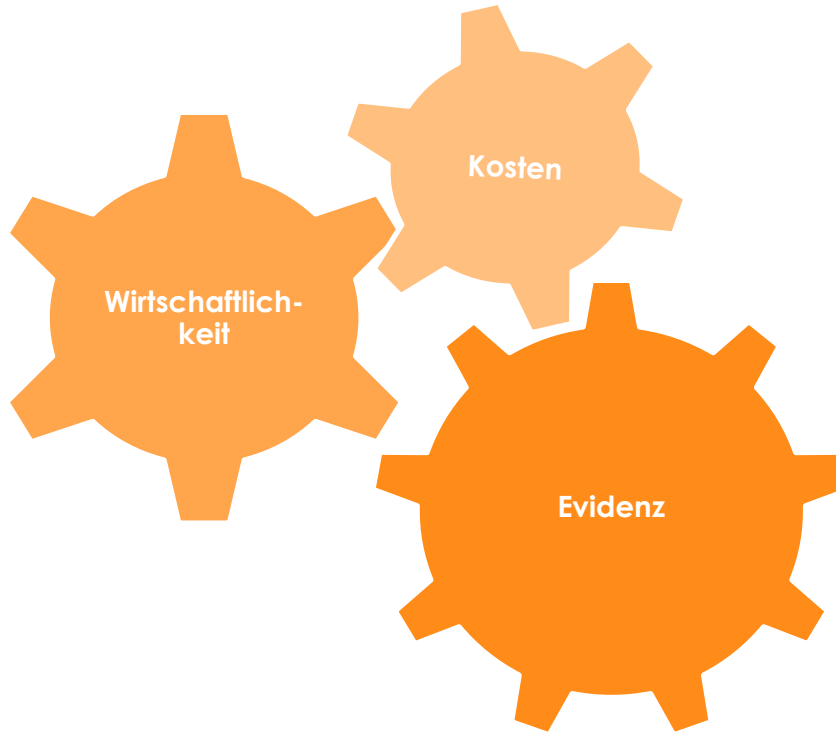
Selektivverträge mit MedTech – eine
Chance für die Industrie? – Fallstudie
mit ausgewählten Krankenkassen

Berlin, 29. Oktober 2025

Vortrag: Wirtschaftlichkeitsbewertung von Selektivverträgen

Dr. Tino Schubert
Geschäftsführer LinkCare GmbH

1	Evidenzquellen zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit
2	Empfehlungen für den Einsatz von Wirtschaftlichkeitsbewertungen



- **Evidenz beschreibt den nachgewiesenen Nutzen und die Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme**
- **Ohne belastbare Evidenz (z. B. aus RCTs, Real-World-Daten, Metaanalysen) lässt sich kein fundiertes Nutzen-Kosten-Verhältnis berechnen.**
- **Wirtschaftlichkeit setzt Wirksamkeit voraus → nur was wirkt, kann ökonomisch bewertet werden.**

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) gelten als Goldstandard zur Generierung von Evidenz, ...

Klinische Studien

Studienteilnehmer werden prospektiv einer/mehreren **Interventionen zugewiesen**, um die **Auswirkungen** von Interventionen **auf die Gesundheit** zu bewerten.¹

Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gelten als **Goldstandard** der klinischen Forschung, zur Beurteilung der **Wirksamkeit** und **Sicherheit** neuer Therapien/Medikamente.²

Datenerhebung erfolgt im Rahmen der **klinischen Studie**.²

Nachweis der **Wirksamkeit** unter **kontrollierten/idealisierten Bedingungen (efficacy)**.³

Standardisiertes Vorgehen ist definiert (z. B. Dosis eines Medikaments).³



¹ World Health Organization (2020): Clinical trials. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/clinical-trials>

² Kabisch et al. (2011): Randomisierte kontrollierte Studien Teil 17 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. DOI: [10.3238/arztebl.2011.0663](https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663)

³ Dang (2023): Real-World Evidence: A Primer. DOI: [10.1007/s40290-022-00456-6](https://doi.org/10.1007/s40290-022-00456-6)

... und eignen sich zur Ableitung möglicher Einsparpotenziale zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit.

Einsparungen können durch die Ersetzung oder Vermeidung von Leistungen entstehen.

a) Ersetzung von Leistungen

Beispiel: CT-Angiographie statt invasiver Koronarangiographie

Ablauf: Patienten mit mittlerem Risiko für koronare Herzkrankheiten mussten früher direkt eine invasive Koronarangiographie (Herzkatheter) erhalten. CT-Angiographie konnte zeigen, dass keine relevanten Stenosen vorlagen und daher keine Koronarangiographie erforderlich war.

Nachweis: RCT wie bspw. durch Dewey et al. 2016: „Die Herz-CT reduzierte die Notwendigkeit einer Koronarangiographie von 100 % auf 14 %.“

b) Vermeidung von Leistungen

Beispiel: Troponin-Schnelltest als ambulante Akutdiagnostik

Ablauf: Patienten mit Brustschmerzen wurden oft vorsorglich stationär aufgenommen. Troponin-Schnelltests in der Notaufnahme oder hausärztlichen Versorgung konnten stationäre Aufnahmen vermeiden und Krankenhauskosten reduzieren

Nachweis: RCT, wie bspw. durch Chew et al. 2019: „Höhere Entlassungsrate aus der Notaufnahme (45,1 % vs. 32,3 %).“

Praxisbeispiel RCT: Durch Studienabbrecher können RCT-Ergebnisse verzerrt werden.

- **Fragestellung:** Gibt es Unterschiede zwischen intermittierender Kalorienreduktion gegenüber kontinuierlicher Kalorienreduktion?¹
 - **Datenquelle und Methodik:**
 - RCT mit 1:1 Randomisierung in intermittierende (5 Tagen pro Woche mit vorgeschriebener moderater Kalorienreduktion und 2 Wochenendtagen pro Woche ohne Kalorienreduktion) bzw. kontinuierliche Kalorienreduktion (7 Tage pro Woche)
 - **Ergebnis:** Eine Diät, die am Wochenende ausgesetzt wird, bewahrt die fett-freie Masse und erhöht den Kalorienverbrauch im Ruhestoffwechsel im Vergleich zu einer kontinuierlichen Energiereduktion.
- 
- **Aber:**
 - 54 Versuchspersonen wurden randomisiert, wovon am Ende der 7 Wochen nur die 27 noch in der Studie verbleibenden Patienten ausgewertet. Teilnehmer, die ihre Teilnahme widerrufen haben oder ausgeschlossen wurden, stellen einen großen Teil der ursprünglichen Stichprobengröße da, wurden aber nicht ausgewertet.
 - Bei einer später durchgeführten Intention-to-Treat Analyse wurde gezeigt², dass bei Auswertung aller 54 Versuchspersonen und einer Fortschreibung ihrer letzten Werte (Last-observation-carried-forward), keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden konnte.
 - **Fazit:** Studien-Abbrecher können Ergebnisse randomisierter klinischer Studien verzerren. Dies ist ein häufiges Problem bei klinischen Studien, das durch die Auswertung aller randomisierter Patienten („Intention-to-Treat“) vermieden werden kann.

¹ Campbell B., Aguilar D., Colenso-Semple L.M., Hartke K., Fleming A.R., Fox C.D., Longstrom J.M., Rogers G.E., Mathas D.B., Wong V., et al. Intermittent Energy Restriction Attenuates the Loss of Fat Free Mass in Resistance Trained Individuals. A Randomized Controlled Trial. *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* 2020;5:19 ² Peos J., et al. Contrary to the Conclusions Stated in the Paper, Only Dry Fat-Free Mass Was Different between Groups upon Reanalysis. Comment on: "Intermittent Energy Restriction Attenuates the Loss of Fat-Free Mass in Resistance Trained Individuals. A Randomized Controlled Trial". *J Funct Morphol Kinesiol.* 2020 Nov 20;5(4):85.

Zur Wirtschaftlichkeitsbewertung sind Real-World-Evidenzstudien in der Regel besser geeignet, ...

Klinische Studien

Studienteilnehmer werden prospektiv einer/mehreren **Interventionen zugewiesen**, um die **Auswirkungen** von Interventionen **auf die Gesundheit** zu bewerten.¹

Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gelten als **Goldstandard** der klinischen Forschung, zur Beurteilung der **Wirksamkeit** und **Sicherheit** neuer Therapien/Medikamente.²

Datenerhebung erfolgt im Rahmen der **klinischen Studie**.²

Nachweis der **Wirksamkeit** unter **kontrollierten/idealisierten Bedingungen (efficacy)**.³

Standardisiertes Vorgehen ist definiert (z. B. Dosis eines Medikaments).³

Real World Evidenz

Heranziehen von **Datenquellen**, die den **Gesundheitszustand** und die **routinemäßige Gesundheitsversorgung** beschreiben (=Real World Data, RWD).⁴

RWD sind z.B. **GKV-Abrechnungsdaten**, Daten aus **Registern** oder aus **elektronischen Patientenakten**.³

Daten stehen für **längere Zeiträume zur Verfügung**.³

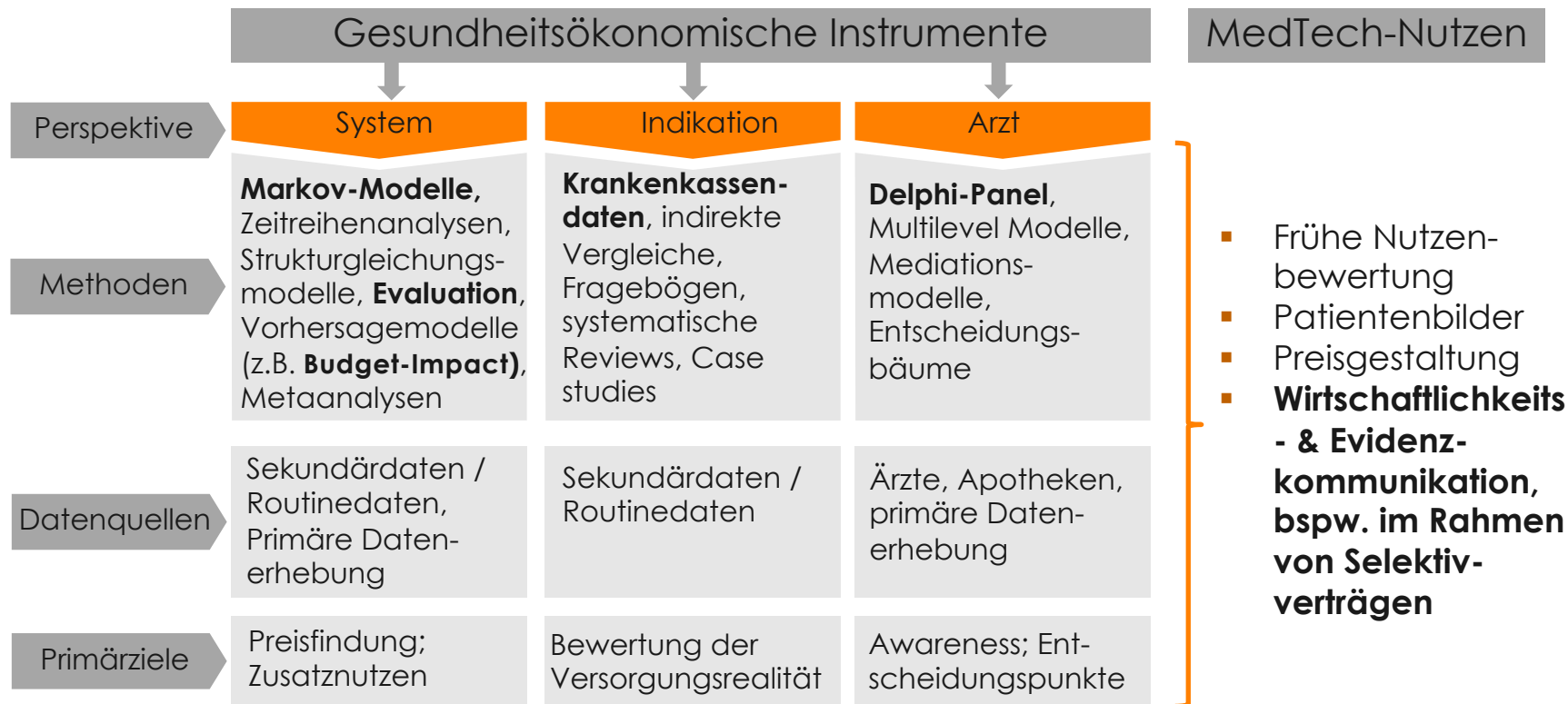
Nachweis der **Nutzung**, **Wirksamkeit** und **Sicherheit** in der **Routineversorgung (Effectiveness)**.⁴

Die **Intervention** ist **individuell/variabel** und richtet sich der **ärztlichen Anordnung**.³



¹ World Health Organization (2020): Clinical trials. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/clinical-trials>; ² Kabisch et al. (2011): Randomisierte kontrollierte Studien Teil 17 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. DOI: [10.3238/arztebl.2011.0663](https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0663); ³ Dang (2023): Real-World Evidence: A Primer. DOI: [10.1007/s40290-022-00456-6](https://doi.org/10.1007/s40290-022-00456-6); ⁴ U. S. Food & Drug Administration (2023): Real-World Evidence. Verfügbar unter: <https://www.fda.gov/science-research/science-and-research-special-topics/real-world-evidence>.⁸

... da sie im Gegensatz zu klinischen Studien die Versorgungsrealität besser abbilden.



Praxisbeispiel RWE - Bei der Interpretation von Real World Evidenz muss sorgfältig vorgegangen werden.

- **Fragestellung:** Wie hoch ist die Sterblichkeit bei Sepsis in Deutschland und ist diese höher als in anderen Industrieländern?¹
 - **Datenquelle und Methodik:**
 - Auszählung aller Fälle mit ICD-Kodierung Sepsis und Ermittlung der Fälle mit „Entlassgrund Tod“ für die Berechnung der Sepsis-Letalität auf Basis DRG-Statistik nach § 21 KhEntgG (Vollerhebung aller Krankenhausfälle in Deutschland)
 - **Ergebnis:** Die Krankenhaus-Sterblichkeit bei Sepsis beträgt in Deutschland 24,3%. Dies ist deutlich höher als im europäischen Ausland sowie in den USA und Australien (dort: 10-15%) und könnte an fehlenden nationale Empfehlungen zur Sepsisprävention und –früherkennung liegen.
- (40). Auffällig ist, dass die Krankenhaussterblichkeit bei schwerer Sepsis in Australien und den USA absolut zwischen 10–15 % niedriger liegt als in Deutschland und anderen europäischen Ländern. Dies ist am ehesten durch

Fleischmann et al. ¹

- **Aber:** Kommen auch andere Faktoren hierfür in Frage?
 - In den USA beträgt die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bei Sepsis 10,5 Tage, in Deutschland über 20 Tage².
 - Längere Verweildauern erhöhen die Beobachtungszeit („Time at Risk“) und somit auch die Wahrscheinlichkeit, das Versterben im Krankenhaus zu beobachten
 - Betrachtet man die 30- und 90-Tages-Mortalität, ist in Deutschland keine höhere Sepsis-Sterblichkeit zu beobachten als in anderen Ländern (Metaanalyse von 134 Studien)³
- **Fazit:** Unterschiede in den Gesundheitssystemen und Endpunkte, die nur in einem Sektor gemessen werden, können bei der Interpretation von real-world-Daten zu Fehlschlüssen führen.

¹ Fleischmann C, et al.: Hospital incidence and mortality rates of sepsis — an analysis of hospital episode (DRG) statistics in Germany from 2007 to 2013. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 159–66. ² Levy MM, et al. Outcomes of the Surviving Sepsis Campaign in intensive care units in the USA and Europe: a prospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2012 Dec;12(12):919-24. ³ Bauer M, et al. Sterblichkeit bei Sepsis und septischem Schock in Deutschland. Ergebnisse eines systematischen Reviews mit Metaanalyse Anaesthesist. 2021 Aug;70(8)

Drei derzeit häufig von der Industrie nachgefragt und verwendete Instrumente:

MARKOV-MODELL

- Mathematisches Modell zur Abbildung und Analyse stochastischer Prozesse.
- Zustand hängt vom Zeitpunkt (t_n) ab: z.B. Diagnose zu Zeitpunkt t_1 führt über Sepsis zu Zeitpunkt t_2 zum Tod zu Zeitpunkt t_3 .
- Zu jedem Zustand werden Übergangswahrscheinlichkeiten kalkuliert (Markov-Kette).
- Auf Basis der Übergangswahrscheinlichkeiten wird der Outcome (z.B. Tod) ermittelt.

KRANKENKASSENDATEN

BUDGET IMPACT ANALYSE (BIA)

Mit Markov-Modellen werden Zustandsübergänge basierend auf dem aktuellen Zustand modelliert.

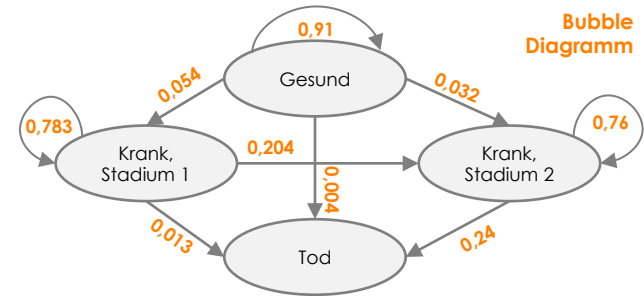


Für welche Ziele werden Markov Modelle verwendet?

- Langzeit-Modellierung von ökonomischen Effekten von verschiedenen Szenarien (Interventionen / Behandlungen) auf das Gesundheitssystem
- Extrapolieren der Studienergebnisse auf Lebenszeit
- Verwendung als Instrument für Erstattungsthemen /-fragen nach Zulassung



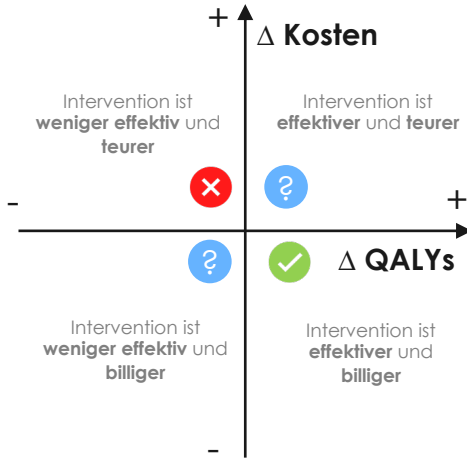
- In Markov-Modellen durchlaufen Patienten (in Kohorte) definierte Gesundheitszustände. Die Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen den Gesundheitszuständen sowie die Zykluslängen werden vorab definiert.
- Bubble-Diagramme werden häufig genutzt, um Markov-Modelle vereinfacht darzustellen (siehe rechts).
- Das 'incremental cost-effectiveness ratio (ICER)' wird verwendet, um die Kosten-Effektivität einer neuen Intervention im Vergleich zu einer alten Intervention zu vergleichen.
- Häufig existieren vorab definierte Grenzen der Zahlungsbereitschaft, um die Kosten je qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY) zu bewerten.



$$= \frac{\text{Kosten}_{\text{Intervention}} - \text{Kosten}_{\text{Komparator}}}{\text{QALY}_{\text{Intervention}} - \text{QALY}_{\text{Komparator}}} = \frac{\text{Delta Kosten}}{\text{Delta QALY}} = \text{ICER}$$

Mit Markov-Modellen kann die Kosteneffektivität einer Intervention geschätzt werden.

Kosteneffektivitätsdiagramm



Eindeutige Entscheidung für neue Intervention



Eindeutige Entscheidung gegen neue Intervention

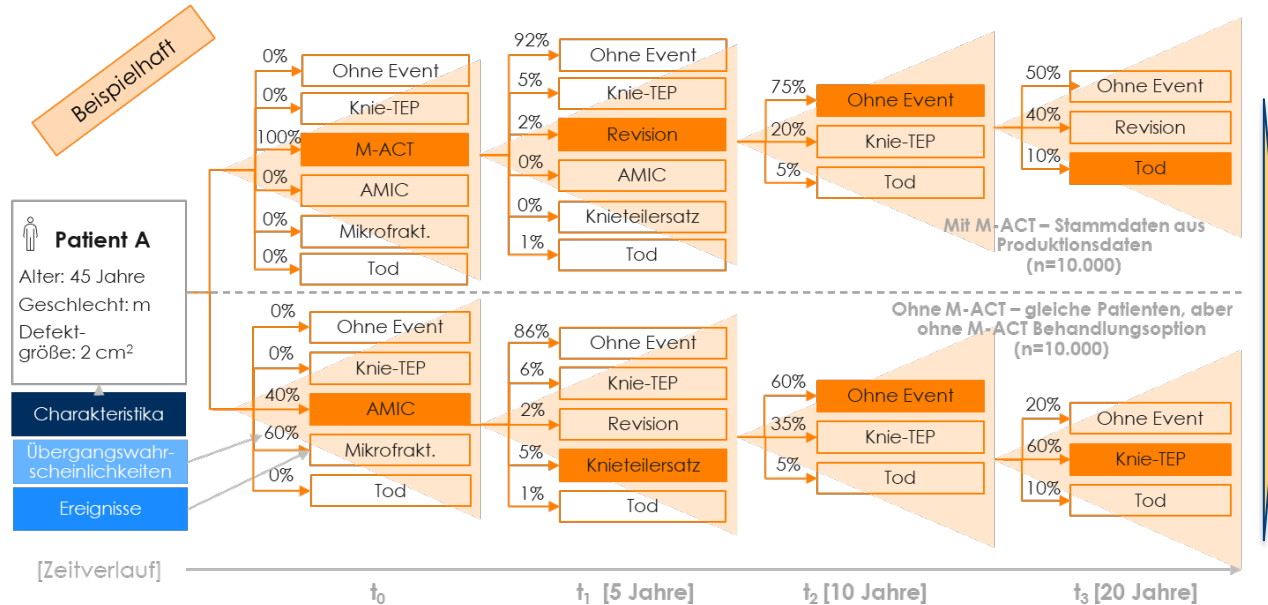


Entscheidung abhängig von der Zahlungsbereitschaft

- Die Kosten je zusätzlich gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr (ICERs), die mit einer neuen Intervention im Vergleich zu einer alten Intervention verbunden sind, können in einem Kosteneffektivitätsdiagramm abgebildet werden.
- Mit Hilfe des Kosteneffektivitätsdiagramms wird ersichtlich, ob eine neue Intervention kosteneffektiv ist und/oder, ob die gesundheitsökonomische Beurteilung / Entscheidung von weiteren Faktoren abhängig ist (z.B. Zahlungsbereitschaft).

Eine weitere Simulationstechnik stellen Mikrosimulationen / Discrete-Event-Simulationen dar.

- Im Vergleich zu Markov-Modellen, werden bei DES **einzelne Patienten** (und keine Kohorten) sowie beliebige Perioden betrachtet.
- Übergangswahrscheinlichkeiten können sich beliebig ändern und Events können jederzeit, auch zwischen Zyklen auftreten.



Vorteile:

- Durch patientenindividuelle Modellierungen werden alle rechnerisch möglichen Varianten dargestellt → Viele „Was-wäre-Wenn“-Szenarien können getestet werden und hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit eingeordnet werden
- DES sind neben Markov-Modellen die einzig akzeptierten (IQWiG & NICE)

Drei derzeit häufig von der Industrie nachgefragt und verwendete Instrumente:

MARKOV-MODELL

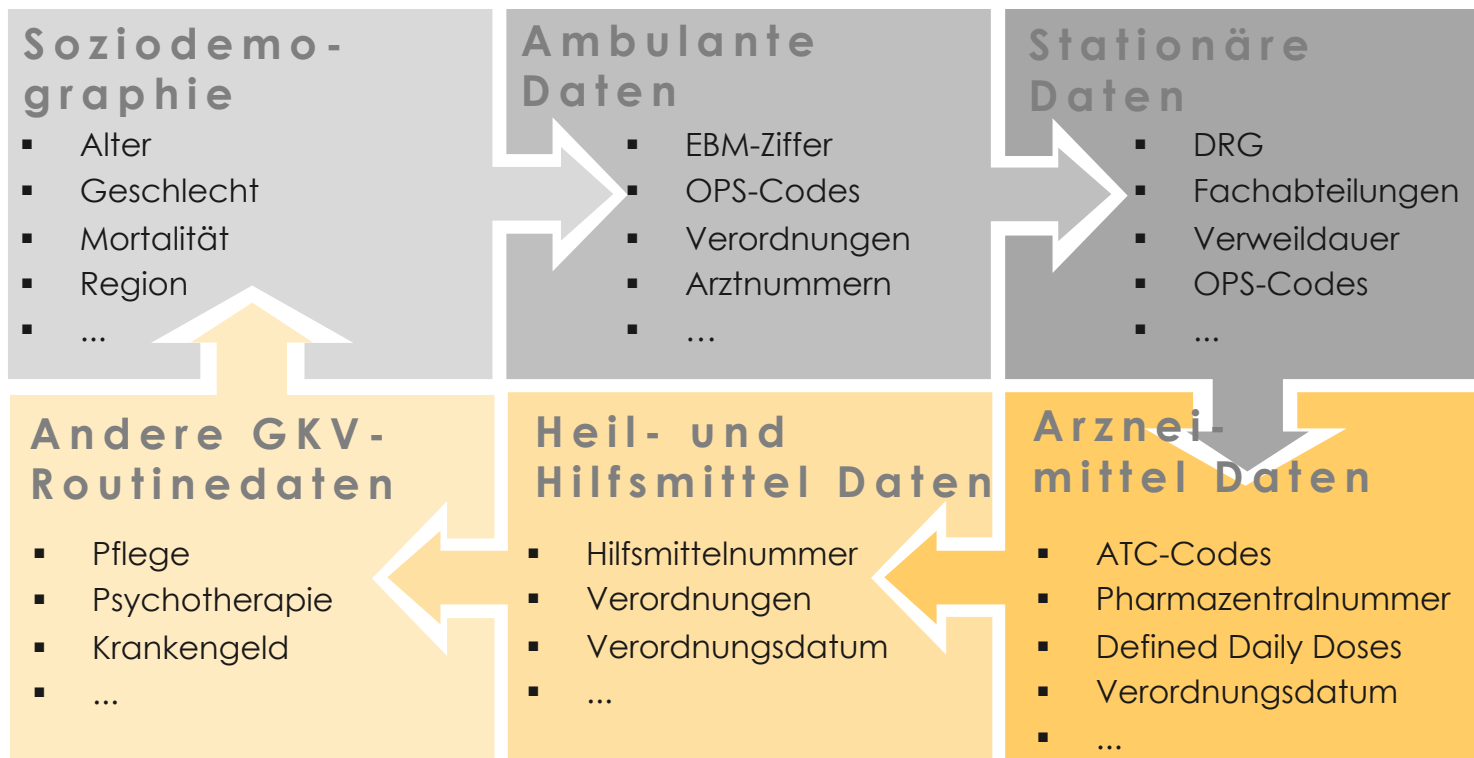
- Mathematisches Modell zur Abbildung und Analyse stochastischer Prozesse.
- Zustand hängt vom Zeitpunkt (t_n) ab: z.B. Diagnose zu Zeitpunkt t_1 führt über Sepsis zu Zeitpunkt t_2 zum Tod zu Zeitpunkt t_3 .
- Zu jedem Zustand werden Übergangswahrscheinlichkeiten kalkuliert (Markov-Kette).
- Auf Basis der Übergangswahrscheinlichkeiten wird der Outcome (z.B. Tod) ermittelt.

KRANKENKASSENDATEN

- Auswertung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht speziell für Forschungszwecke gesammelt wurden, z.B. Abrechnungsdaten.
- Representative und generalisierbare Daten.
- Aussagen u.a. zu Prävalenz, Inzidenz, Krankheitskosten, Behandlungsverläufe möglich.

BUDGET IMPACT ANALYSE (BIA)

Informationen aus allen Gesundheitssektoren liegen in den GKV-Routinedaten vor.



GKV-Routinedaten beinhalten Abrechnungsdaten von gesetzlich Versicherten.

Studien mit GKV-Routinedaten haben gegenüber klinischen Daten folgende Vorteile:

- Hohe externe Validität: Nicht nur spezifische Personengruppen sind in den Daten enthalten, sondern alle gesetzlich Versicherten.
- Versorgungsrealität: Die Daten sind repräsentativ und generalisierbar. Auch Patienten mit Komorbiditäten sind in den Daten inkludiert.
- Große Populationen für Analysen und damit eine hohe statistische Power.
- Alle Leistungsebenen sind abgebildet, keine „blinden Flecken“.

Die Daten ermöglichen daher:

- Aussagen zu Prävalenz und Inzidenz auf Bundesebene.
- Aussagen über die Verläufe der Behandlungen, z.B. Behandlungswechsel, Länge der Behandlung und damit auch sektorübergreifendes Abbilden der Erkrankungsvorgeschichte.
- Aussagen über den zeitlichen Verlauf zwischen Diagnose, Auftreten weiterer begleitender Events und harten Outcomes, wie Tod oder Hospitalisierungsraten.
- Aussagen zu ökonomischen Kennziffern (direkte Kosten, Arbeitsunfähigkeits-Tage).

Beispiel Kostenstudien: Quantifizierung ökonomischer Effekte der Opioidtherapie bei chronischem Schmerz.

Guideline-recommended vs high-dose long-term opioid therapy for chronic noncancer pain is associated with better health outcomes: data from a representative sample of the German population

Häuser, Winfried^{a,b,*}; Schubert, Tino^c; Scherbaum, Norbert^d; Tölle, Thomas^e

PAIN: January 2018 - Volume 159 - Issue 1 - p 85–91
doi: 10.1097/j.pain.0000000000001067
Research Paper

FREE Global Year

Abstract

In Brief

Author Information

Recent evidence-based guidelines for long-term opioid therapy (LTOT) for chronic noncancer pain (CNCP) have defined daily morphine equivalent doses (MEQ/d) that require particular caution. The recommendation for a threshold MEQ/d is based on North American studies that have demonstrated negative health outcomes associated with high-dose LTOT for CNCP. We have conducted a retrospective cross-sectional study using an anonymized German health claims database, including 4,028,618 persons insured by 69 German statutory health insurances, representative of age and sex for the German population in 2014. Those receiving German guideline-recommended opioid treatments (dose <120 mg MEQ/d) for CNCP were compared with those receiving high-dose LTOT (≥120 mg MEQ/d) for selected health outcomes (risky opioid prescribing; hospital admissions due to diagnoses indicative of abuse/addiction of prescribed opioids; and health costs). The prevalence of LTOT for CNCP was 0.8%, with 9.9% receiving high-dose LTOT. Those receiving German guideline-recommended opioid treatments vs those receiving high-dose LTOT differed for the following parameters: risky opioid prescribing (combination with tranquilizers) (11.1% vs 14.3%; $P < 0.001$), hospital admissions because of mental and behavioral disorders due to alcohol, opioids, tranquilizers, multiple substances and intoxication by narcotic agents (1.6% vs 2.9%; $P < 0.001$), and total health costs (7259 vs 10,732 Euro; $P < 0.001$). The difference in annual costs between the 2 groups was largely due to differences in pharmaceutical costs in the outpatient setting (2282 vs 5402 €; $P < 0.001$). These data confirm recommendations for a threshold MEQ/d for CNCP as recommended by recent opioid prescribing guidelines for CNCP.

Kombination verschiedener Ansätze:

- Krankheitskostenanalyse

und

- Uni- oder multivariate Analysemethoden für die Identifikation von Risikofaktoren bestimmter Events (odds ratio)

Drei derzeit häufig von der Industrie nachgefragt und verwendete Instrumente:

MARKOV-MODELL

- Mathematisches Modell zur Abbildung und Analyse stochastischer Prozesse.
- Zustand hängt vom Zeitpunkt (t_n) ab: z.B. Diagnose zu Zeitpunkt t_1 führt über Sepsis zu Zeitpunkt t_2 zum Tod zu Zeitpunkt t_3 .
- Zu jedem Zustand werden Übergangswahrscheinlichkeiten kalkuliert (Markov-Kette).
- Auf Basis der Übergangswahrscheinlichkeiten wird der Outcome (z.B. Tod) ermittelt.

KRANKENKASSEN DATEN

- Auswertung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht speziell für Forschungszwecke gesammelt wurden, z.B. Abrechnungsdaten.
- Representative und generalisierbare Daten.
- Aussagen u.a. zu Prävalenz, Inzidenz, Krankheitskosten, Behandlungsverläufe möglich.

BUDGET IMPACT ANALYSE (BIA)

- Bewertet, wie sich die Einführung oder Ausweitung einer medizinischen Leistung auf das Gesamtbudget eines Kostenträgers auswirkt.
- Modellierung bezieht reale Versorgungsdaten, Kostenstrukturen und Nutzungsszenarien ein.
- Zeigt auf, welche Ressourcenverlagerungen (z. B. ambulant vs. stationär) oder Einsparpotenziale entstehen können.

Eine BIA zeigt, wie eine Innovation finanziell in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden kann.

Eine **Budget Impact Analyse (BIA)** ist eine ökonomische Methode zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der Einführung einer neuen medizinischen Intervention oder eines Produkts auf das Budget eines Kostenträgers.

Aufbau & Idee

- Vergleichsszenarien „mit vs. ohne Intervention“ über definierten Zeithorizont
- Modellierung der Kostenverläufe und Ressourcennutzung

Datenbasis

- Routinedaten aus GKV, Krankenhausabrechnungen oder klinischen Registern
- Epidemiologische Daten, Preise und Szenarioannahmen



Ziele

- Abschätzung von Mehr- oder Minderkosten für den Kostenträger
- Unterstützung von Budgetplanung, Preisverhandlungen und Entscheidungsprozessen

Einsatzmöglichkeiten

- Bewertung der finanziellen Tragfähigkeit neuer Therapien
- Entscheidungsgrundlage für, Vertragsgestaltung oder Ressourcenzuweisung

Mit einer BIA sollen potenzielle Budgetauswirkungen transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

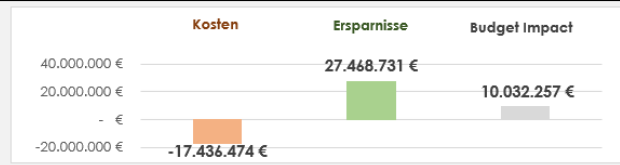


Mit BIA lässt sich auch ein potenzieller Vertragspreis für einer Leistung sachlogisch ermitteln.

B) Summary Budget Impact -

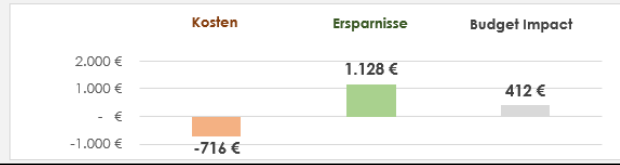
Den Kosten für stehen folgende Gesamteinsparungen gegenüber:

Jährliche Kosten für alle Versicherte	-	17.436.474 €
Jährliche Kosteneinsparungen für alle Versicherten durch		<u>27.468.731 €</u>
Differenz		10.032.257 €



Den Kosten für stehen folgende Gesamteinsparungen pro Versicherten gegenüber:

Jährliche Kosten pro Versicherten	-	716 €
Jährliche Kosteneinsparungen pro Versicherten durch		<u>1.128 €</u>
Differenz		412 €



Zentrale Bestandteile eines unserer letzten BIA im Bereich Diabetes:

1. Darstellung der Kosten der neuen Leistung und der relevanten Patientenpopulation
2. Darstellung kurzfristiger (Vermeidung Teststreifen, stationäre Aufenthalte) und langfristiger Einsparpotenziale (Vermeidung Begleit- und Folgeerkrankungen) auf Basis aktueller Evidenz
3. **Auf Basis der Ergebnisse konnte den Kostenträgern die finanziellen Auswirkungen der Leistungen sowie mögliche Vertragsgestaltungen (z.B. Rabatte, Risk-Sharing) präsentiert werden.**

1 Evidenzquellen zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit

2 Empfehlungen für den Einsatz von
Wirtschaftlichkeitsbewertungen

Wer profitiert von
Projektergebnissen abseits der
Patienten?
(Perspektive ambulant, stationär,
GKV, Industrie, Staat)

In welchem Zeithorizont fällt der
ökonomische Nutzen an?

Wie wird der Nutzen eines Projekts monetär bewertet
und quantifiziert?

Mit welchen Instrumenten/Methoden erfolgte die
Bewertung?

Übergeordnet ist die Erfolgsbewertung abhängig vom Umfang der Innovation.

**Wirtschaftlichkeitsbewertungen,
die die Substitution einer Leistung
erklären**

Beispiel:

minimalinvasive (laparoskopisch)
Eingriffe, die die offene
Operation in vielen Indikationen
ersetzen

Methoden:

z.B. Kosten-Kosten-Analysen oder
Budget-Impact-Analysen

**Wirtschaftlichkeitsbewertungen,
die den Mehrwert einer
zusätzlichen Leistung erklären**

Beispiel:

Immunologische Tests im
Darmkrebs-Screening zur
Identifikation Risikopatienten um
negative finanzielle Outputs
(unnötige Koloskopie) zu
vermeiden

Methoden:

z.B. Kosten-Effektivitäts-Analysen
oder
Budget-Impact-Analysen

**Wirtschaftlichkeitsbewertung, die
die Innovation einer Maßnahme
erklären**

Beispiel:

Fokus auf das Outcome
insgesamt, da mit der Innovation
etwas völlig Neues eingeführt
wird (z. B. Impfung gegen Krebs)

Methoden:

z.B. Markov-Modellierung

1. Erfolgsbewertungen sind notwendig und erfordern eine Kombination aus Pragmatismus und wissenschaftlichen Arbeiten.
2. Sie sollten stets in enger Kommunikation und Abstimmung aller Beteiligten erfolgen.
3. Wirtschaftlichkeitsbewertungen sollten zudem mit intelligenten Vergütungsmechanismen (z. B. Bonus-Malus-Systemen) verknüpft werden.

Wir sind gern für Sie da!

Ihre Ansprechpartner:

Dr. Tino Schubert
ts@link-care.de
01728819171



Schwieberdinger Str. 52, 71636 Ludwigsburg
www.link-care.de