

Themen Masterarbeiten

Gesundheitsökonomische Evaluation

Systematischer Review über die Auswirkung von COPD DMP-Programmen auf Leistungsausgaben der Krankenversicherung und Gesundheit/Lebensqualität der Patienten

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine der häufigsten und teuersten chronischen Erkrankungen der reichen Länder. Im Hinblick auf die Optimierung der Betreuungs- und Behandlungsstruktur von chronisch Kranken, der Minimierung der Langzeitfolgen des COPD als auch hoher Leistungsausgaben, stellen Disease-Management Programme (DMP) eine attraktive Alternative für Payer dar. Bislang sind die Auswirkungen von DMP-Programmen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität der Patienten und auf die Ausgaben der Krankenversicherungen nicht komplett erforscht. Die Evidenz zeigt gemischte Ergebnisse bezüglich der Kosten-Effektivität von DMP für COPD.

Aufgabe dieser Masterarbeit soll es sein, in einer systematischen Methodik die Implikationen von DMP-Programmen auf die Leistungsausgaben der Krankenversicherungen als auch auf unterschiedliche Aspekte der Patientengesundheit- und Lebensqualität zu analysieren.

Einstiegsliteratur:

Marchetti N, Criner GJ, Albert RK (2013): Preventing Acute Exacerbations and Hospital Admissions in COPD. In: Chest 143, 1444–1454.

Rice KL, Dewan N, Bloomfield HE, Grill J, Schult TM et al. (2010): Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med. 182, 890–896.

Systematischer Review über die Auswirkung prospektiver Vergütungssysteme auf die Qualität der Behandlung im Krankenhaus

In Deutschland findet spätestens seit Einführung der diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus eine Abkehr von der Einzelleistungsvergütung hin zu einem prospektiven Vergütungssystem statt. Dies basiert auf der Idee, dass stationäre Gesundheitsleistungen pro Fall pauschaliert vergütet werden, und damit die Erlöse aus der Perspektive von Krankenhausbetreibern ex ante feststehen. Für diese ist dann unter anderem die Behandlungsqualität eine wesentliche Stellschraube um in einem solchen System den Deckungsbeitrag zu optimieren.

Aufgabe dieser Abschlussarbeit soll es sein, im Rahmen eines systematischen Reviews die Auswirkungen prospektiver Vergütung auf die Behandlungsqualität im Krankenhaus zu analysieren und kritisch zu bewerten.

Einstiegsliteratur:

O'Reilly J., Busse R., Häkkinen U., Or Z., Street A. and Wiley M. (2012): Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. Health Economics, Policy and Law, Vol 7, Special Issue 01, January 2012, pp 73 – 101

Palmer K. et al. (2014): Activity-Based Funding of Hospitals and Its Impact on Mortality, Readmission, Discharge Destination, Severity of Illness, and Volume of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE, 2014, Volume 9, Issue 10

Rosenberg M., Browne M.(2001): The Impact of the Inpatient Prospective Payment System and Diagnosis-Related Groups: A Survey of the literature. North American Actuarial Journal, Vol. 5, No 4

Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., (2011): Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open university press [Buch]

Systematischer Review über die Auswirkung prospektiver Vergütungssysteme auf die Behandlungsintensität im Krankenhaus

In Deutschland findet spätestens seit Einführung der diagnosebasierten Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus eine Abkehr von der Einzelleistungsvergütung hin zu einem prospektiven Vergütungssystem statt. Dies basiert auf der Idee, dass stationäre Gesundheitsleistungen pro Fall pauschaliert vergütet werden, und damit die Erlöse aus der Perspektive von Krankenhausbetreibern ex ante feststehen. Für diese ist dann unter anderem die Behandlungsintensität bzw. die eingesetzte Menge an Ressourcen je Fall eine wesentliche Stellschraube um in einem solchen System den Deckungsbeitrag zu optimieren.

Aufgabe dieser Abschlussarbeit soll es sein, im Rahmen eines systematischen Reviews die Auswirkungen prospektiver Vergütung auf die Behandlungsintensität im Krankenhaus zu analysieren und kritisch zu bewerten.

Einstiegsliteratur:

Cheng S. et al. (2012): The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. Health Policy 107 (2012) 202-208

Hensen P. et al. (2007): Introduction of diagnosis-related groups in Germany: evaluation of impact on in-patient care in a dermatological setting. Eur J Public Health. 2007 Feb;18(1):85-91

Wie argumentiert die Gesundheitsökonomie? Eine qualitative/quantitative Textanalyse von Kosten-Effektivitätsstudien

Gesundheitsökonomische Kosten-Effektivitäts-Studien werden in Deutschland seit rund drei Jahrzehnten durchgeführt. In dieser Zeit haben zahlreiche legislative Eingriffe, eine stetige Wandlung gesellschaftliche Normen (Beispiel: Priorisierungsdiskussion) und die Weiterentwicklung technischer Möglichkeiten stattgefunden. Es besteht die Vermutung, dass sich Argumentationsstrategien der gesundheitsökonomischen Forschung im Zeitablauf angepasst haben, um dem sozialpolitischen Kontext Rechnung zu tragen.

Ziel der Arbeit ist es, eine Textanalyse (quantitativ oder qualitativ) gesundheitsökonomischer Kosten-Effektivitätsstudien innerhalb eines definierten Zeitraums durchzuführen. Hierfür sollen insbesondere die Problematisierungs-, Diskussions- und Beschlusskapitel von wissenschaftlichen Studien nach selbstdefinierten „Keywords“, z.B. Qualität, Patientennutzen, Rationierung, etc., durchsucht und auf dieser Basis Strukturierungs- bzw. Kategoriendimensionen entwickelt und interpretiert werden.

Einstiegsliteratur:

Wagstaff A, Culyer AJ. Four decades of health economics through a bibliometric lens. *Journal of Health Economics*. 2012 Mar;31(2):406–39.

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Muck K, editors. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. p. 601–13.

Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005 Jan 11;15(9):1277–88.

Versorgungsmanagement

Auswirkungen von Testberichten auf die Mitgliederzahlen deutscher Krankenversicherungen

Im Zuge der Gesundheitsreform im Jahre 1996 wurde die Wahlfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und dadurch der Wettbewerb zwischen Krankenkassen gestärkt. Um Bestandsmitglieder zu halten und neue Mitglieder zu akquirieren versuchen Krankenkassen mit einer Reihe von Zusatz- und Serviceleistungen (z. B. Erstattungen von Impfleistungen, alternative Behandlungsmethoden oder Wahltarife) sich von der Konkurrenz abzuheben. Dies führt dazu, dass Individuen vor einer großen Auswahl an Krankenkassen mit verschiedenen Leistungsangeboten stehen.

Ziel der Masterarbeit ist es, die Wirkung von Testberichten (z. B. Focus Money oder Stiftung Warentest) auf die Mitgliederzahlen von Krankenkassen empirisch zu untersuchen. Die Mitgliederzahlen aller deutschen Krankenversicherungen für die Jahre 2012-2015 werden dabei vom Lehrstuhl bereitgestellt.

Einstiegsliteratur:

Pope DG (2009): Reacting to rankings: Evidence from “America’s Best Hospitals”. In: Journal of Health Economics 28(6), S. 1154–1165

Isaac MS, Schindler RM (2014): The Top-Ten Effect: Consumers’ Subjective Categorization of Ranked Lists. In: Journal of Consumer Research 40, S. 1181-1202

Auswirkungen des „Patient Protection and Affordable Care Acts“ auf die Inanspruchnahme von Leistungen und die Gesundheitsausgaben in den Vereinigten Staaten

Der Erlass des Gesetzes „Patient Protection and Affordable Care Act“ (PPACA) zum Schutz von Patienten und zur Sicherstellung einer kostengünstigen Versorgung der Bevölkerung im März 2010 stellt eine der bedeutendsten Veränderungen des US-amerikanischen Gesundheitssystems seit Einführung von Medicare und Medicaid dar. Mit Hilfe jenes Reformvorhabens versucht die Regierung unter Präsident Obama, die Qualität der Gesundheitsleistungen zu erhöhen, den Anteil der Menschen ohne Krankenversicherung zu reduzieren und Kosten auf individueller als auch nationaler Ebene abzubauen. Durch diesen Systemwandel wird dabei der Grundsatz verfolgt, jedem Staatsbürger den Zugang zur Basisversorgung an Gesundheitsleistungen zu garantieren.

Das Ziel der Masterarbeit ist es, anhand einer Zeitreihenanalyse die Auswirkungen der Gesetzesintervention auf die Gesundheitsausgaben sowie die Inanspruchnahme von Leistungen mittels Daten des online frei zugänglichen Medical Expenditure Panel Survey empirisch zu analysieren.

Einstiegsliteratur:

Hofer AN et al. (2011): Expansion of Coverage under the Patient Protection and Affordable Care Act and Primary Care Utilization. In: The Milbank Quarterly 89(1), S. 69-89

Cantor JC et al. (2012): Early Impact of the Affordable Care Act on Health Insurance Coverage of Young Adults. In: Health Service Research 47(5), S. 1773-1790

Medical Expenditure Panel Survey: <http://meps.ahrq.gov/mepsweb/>

Auswirkungen des „Patient Protection and Affordable Care Acts“ auf die Versorgungsqualität in den Vereinigten Staaten

Der Erlass des Gesetzes „Patient Protection and Affordable Care Act“ (PPACA) zum Schutz von Patienten und zur Gewährleistung einer kostengünstigen Versorgung der Bevölkerung im März 2010 stellt eine der bedeutendsten Veränderungen des US-amerikanischen Gesundheitssystems seit Einführung von Medicare und Medicaid dar. Ziel des Reformvorhabens ist u. a. die Qualitätssteigerung des Leistungsspektrums der medizinischen Versorgung während gleichzeitig Kosteneinsparungen auf individueller als auch nationaler Ebene realisiert werden sollen. Jene Qualitätsbemühungen können bspw. Einfluss auf die Arzt-Patienten Kommunikation oder das Endergebnis der medizinischen Behandlung nehmen, was wiederum die Zufriedenheit der Patienten tangiert.

Ziel der Masterarbeit ist es, die Auswirkungen der Gesetzgebung auf die Patientenzufriedenheit anhand von Daten des online frei zugänglichen Medical Expenditure Panel Survey empirisch zu analysieren.

Einstiegsliteratur:

Moy B et al. (2011): American Society of Clinical Oncology Policy Statement: Opportunities in the Patient Protection and Affordable Care Act to Reduce Cancer Care Disparities. In: Journal of Clinical Oncology 29(28), S. 3816-3824

Bowers MR et al. (1994): What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? In: Health Care Management Review 19(4), S. 49-55

Medical Expenditure Panel Survey: <http://meps.ahrq.gov/mepsweb/>

Einfluss von präventiven Versorgungsleistungen auf den Gesundheitszustand von Patienten am Beispiel Diabetes

Diabetes ist mit beinahe 400 Millionen erkrankten Menschen weltweit im Jahr 2013 eine der führenden chronischen Krankheiten. Trotz stark schwankender Schätzungen von WHO und der Internationalen Diabetes Vereinigung, welche die resultierenden Todesfälle auf 1,5 bis 5 Millionen Betroffene beziffern, ist die Stoffwechselerkrankung unter den häufigsten krankheitsbedingten Todesursachen. Da die Diabetesprävalenz in den Vereinigten Staaten neben Ländern wie u. a. Mexiko oder Brasilien am höchsten ist, kommt den präventiven Versorgungsleistungen eine

große Bedeutung zu. Gezielte Maßnahmen wie der Hämoglobin A1c Bluttest, Augenuntersuchungen oder regelmäßige Kontrollen der Füße können dazu beitragen, die Erkrankung früher zu diagnostizieren und dadurch eine bessere Versorgung zu gewährleisten.

Das Ziel der Masterarbeit ist es, den Zusammenhang von Präventionsmaßnahmen, Gesundheitssoutcomes der Patienten und Kosten am Beispiel von Diabetes empirisch zu analysieren. Die hierfür zu verwendende Datengrundlage ist der online frei zugängliche Medical Expenditure Panel Survey.

Einstiegsliteratur:

DeVoe JE et al. (2003): Receipt of Preventive Care Among Adults: Insurance Status and Usual Source of Care. In: American Journal of Public Health 93(5), S. 786-791

Attanasion OP et al. (2015): Should Cash Transfers Be Conditional? Conditionality, Preventive Care, and Health Outcomes. In: American Economic Journal: Applied Economics 7(2), S. 35-52

Medical Expenditure Panel Survey: <http://meps.ahrq.gov/mepsweb/>

Zusammenhang zwischen Arbeitsintensität und Gesundheitszustand bei deutschen Arbeitnehmern

„Burn-Out“ ist ein immer wichtiger werdendes Thema. Große Unternehmen, wie z.B. Google, versuchen durch neue Arbeitszeitmodelle eine bessere Work-Life-Balance für ihre Mitarbeiter zu etablieren. Vor allem gut bezahlte, zeitintensive Jobs gelten tendenziell als gesundheitsgefährdend. Dabei stellt sich die Frage ob ein solcher Zusammenhang auch empirisch messbar ist. Dies soll mit Hilfe des deutschen sozio-ökonomischen Panels (SOEP, <http://www.diw.de/de/soep>) beantwortet werden, das seit 30 Jahren erhoben wird.

Ziel der Masterarbeit ist es, mit Hilfe eines eigenständig gewählten (gesundheits-)ökonometrischen Modells, zu untersuchen, ob eine höhere Arbeitsbelastung mit einem schlechteren Gesundheitszustand in Zusammenhang gebracht werden kann. Hierzu sollen sowohl subjektive, als auch mehr oder weniger objektive (BMI, Rauchverhalten) Maßstäbe betrachtet werden.

Einstiegsliteratur:

Lunau et al. (2014): A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European welfare states. In: European Journal of Public Health 24(3), 422-427.

Kivimäki et al. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. In: BMJ 325, 857-892.

Arzneimittelmärkte

Value-Based-Pricing von Arzneimittelinnovationen in England

Infolge steigender Ausgaben für Arzneimittel, z.B. im Bereich der Onkologie, ist die freie Preisbildung für Arzneimittel weitestgehend von gesetzlich regulierten Preisbildungsmechanismen abgelöst worden. Der Ansatz des Value-Based-Pricing (VBP) verfolgt das Ziel, dass der Arzneimittelpreis den Nutzen eines Arzneimittels widerspiegelt.

Aufgabe dieser Masterarbeit soll es sein, die Möglichkeiten der Ausgestaltung von VBP, die Einführung von VBP in England und die Folgen dieser Einführung darzustellen und zu analysieren.

Sussex J, Towse A, Devlin N (2013): Operationalizing Value-Based Pricing of Medicines. In: Pharmacoeconomics, 31(1): 1-10.

OECD (2013): Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers. No 63, OECD Publishing.

Dranitsaris O, Lubbe T (2011): A pharmacoeconomic modeling approach to estimate a value-based price for new oncology drugs in Europe. In: J Oncol Pharm Practice, 18(1): 57-67.

Marktzugang von Arzneimitteln der personalisierten Medizin in Zeiten des AMNOG

Im Zuge der personalisierten Medizin ist es möglich geworden, gezielt Patienten zu identifizieren, für die die Therapie mit einem bestimmten Arzneimittel wirksam ist. Dies wird durch die vorherige Nutzung von Biomarkern oder der Anwendung genetisch-diagnostischer Tests erreicht.

Ziel dieser Arbeit ist es, alle im Rahmen des AMNOG durchgeführten Nutzenbewertungsverfahren von Arzneimitteln der personalisierten Medizin im Hinblick auf die eingereichte Evidenz der Hersteller und die getroffenen Entscheidungen des IQWiG's und G-BA's systematisch auszuwerten. In diesem Zusammenhang sollen Chancen und Herausforderungen für den Marktzugang dieser Gruppe von Arzneimitteln diskutiert werden.

(Für bis Ende 2014 abgeschlossene Nutzenbewertungsverfahren kann ggf. auf eine Datenbank des Lehrstuhls zurückgegriffen werden. Für eine Liste in Deutschland zugelassener Arzneimittel der personalisierten Medizin wird auf <https://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/datenbanken-zu-arzneimitteln/individualisierte-medizin.html> verwiesen.)

G-BA (2016): Verfahren der Nutzenbewertung nach §35a. Internet: <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>.

Akhmetov I, Bubnov RV (2015): Assessing value of innovative molecular diagnostic tests in the concept of predictive, preventive, and personalized medicine. In: The EPMA Journal, 6:19.

Shabaruddin FH, Fleeman ND, Payne K (2015): Economic evaluations of personalized medicine: existing challenges and current developments. In: *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*, 8: 115-126.

AMNOG: Einfluss des Stellungnahmeverfahrens auf die Entscheidungen des G-BA

Seit der Einführung des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), werden alle neu auf dem deutschen Markt eingeführten Arzneimittel einer frühen Nutzenbewertung unterzogen. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung wird darüber entschieden, ob die neu eingeführten Arzneimittel einen Zusatznutzen gegenüber ihrer so genannten zweckmäßigen Vergleichstherapie aufweisen oder nicht. Im Prozess der frühen Nutzenbewertung folgt auf eine Selbsteinschätzung des Herstellers eine vorläufige Bewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Nach einem Stellungnahmeverfahren entscheidet schließlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) final und bindend über den Zusatznutzen des Arzneimittels.

Da es Unterschiede zwischen den vom IQWiG und G-BA getroffenen Entscheidungen gibt (vgl. Fischer und Stargardt, 2014), soll das Ziel dieser Arbeit darin bestehen, systematisch den Einfluss des Stellungnahmeverfahrens auf die Entscheidungen des G-BA zu untersuchen. Hierbei kann z.T. auf eine Datenbank des Lehrstuhls zurückgegriffen werden.

G-BA (2016): Verfahren der Nutzenbewertung nach §35a. Internet: <https://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

Fischer KE, Stargardt T (2014): Early Benefit Assessment of Pharmaceuticals in Germany: Manufacturers' Expectations versus the Federal Joint Committee's Decisions. In: *Medical Decision Making*, 34 (8): 1030-1047.