

# Gesundheitsökonomische Evaluation und Pharmamärkte

Masterseminar WiSe 2019

Universität Hamburg, Lehrstuhl für Health Care Management

Prof. Dr. Tom Stargardt, Dr. Simon Frey,  
Clara Pott, M.Sc., Benjamin Birkner, M.Sc.

## Organisatorischer Ablauf

---

- 1. Themenvergabe/Kickoff (Anwesenheitspflicht)**
  - 12.07.2019, 16:00 Uhr s.t.
  - Esplanade 36, Raum ESP 4030/31
- 2. Betreuung**
  - Die Besprechung der Gliederung und die Klärung inhaltlicher/methodischer Fragen erfolgt beim jeweiligen Betreuer der Arbeit. Termine müssen mit dem Betreuer abgestimmt werden und bei den Besprechungen sollten alle Gruppenmitglieder anwesend sein.
- 3. Hilfe bei der Datenanalyse & Modellierung**
  - Bitte individuell mit dem/der BetreuerIn vereinbaren.
  - Sie können Fragen zu Ihren bereits fortgeschrittenen empirischen Modellen und der Implementierung (z.B. in STATA, R oder Excel) stellen. Bringen Sie hierzu ihren privaten Computer mit oder arbeiten an einem unserer Instituts-PCs (begrenzte Anzahl, STINE-Kennung notwendig).
- 4. Präsentation der Ergebnisse (Anwesenheitspflicht an beiden Tagen)**
  - 06.12.2019, 09:00-18:00 Uhr.
  - 07.12.2019, 09:00-18:00 Uhr
  - Esplanade 36, Raum ESP 4030/31 (Raumänderung vorbehalten)
- 5. Abgabe**
  - Donnerstag, 20.02.2019 bis spätestens 12:00 Uhr im Sekretariat des Lehrstuhls Health Care Management (Esplanade 36, 5. OG, Raum 5021)

## Übersicht Themen

---

Nr. Thema

---

- 1 Kosten-Effektivitäts-Analyse telemedizinischer Betreuung von Patienten mit Schlafapnoe
  - 2 Kosten-Effektivitäts-Analyse von Maßnahmen zur Alkoholprävention bei jungen Erwachsenen in Deutschland
  - 3 Der Einfluss von Adipositas auf die Anzahl von Krankheitstagen und die indirekten Kosten
  - 4 Determinanten des Kassenwechsels in der Gesetzlichen Krankenversicherung
  - 5 Inanspruchnahme von Masernimpfungen/Kombiimpfungen in Abhängigkeit von medialer Berichterstattung
  - 6 Individuelles Gesundheitsverhalten und formale Bildung
  - 7 Kosten-Effektivitäts-Analyse der Deeskalation von Biologika bei Patienten mit rheumatoider Arthritis
  - 8 Vergleich von Entscheidungen des NICE und des G-BA im Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen
  - 9 Patientenzufriedenheit mit Gesundheitsanbietern vor dem Hintergrund ethnischer Diversität
-

## Allgemeine Hinweise

---

Alle genannten Themen sollen empirisch, d. h. durch die systematische Auswertung von Daten, bearbeitet werden. Hierfür ist – je nach Thema – eine solide Kenntnis statistischer Kausalanalyse (Regressions- bzw. Varianzanalyse, etc.) bzw. gesundheitsökonomischer Evaluationsmethoden (Modellierung, Kosteneffektivitätsanalyse) unabdingbar. Idealerweise habe Sie auch erste Erfahrungen mit Ökonometrie-Software (bspw. STATA, SPSS, SAS, R, GRETL, EViews) gesammelt und können gut mit MS-Excel umgehen.

Die notwendigen theoretischen Kenntnisse können Sie im Rahmen unserer Veranstaltungen „Pharmabetriebslehre“, „Methoden der empirischen Sozialforschung“ und „Gesundheitsökonomische Evaluation“ erwerben.

Da empirisches Forschen mit einer Vielzahl von Herausforderungen behaftet ist (Datensammlung, Wahl des Forschungsdesigns, Datenanalyse, etc.) werden die Themen in Gruppen von 2–3 Personen bearbeitet. Nichtsdestotrotz erfolgt die Bewertung Ihrer Leistung individuell. Dies bedeutet, dass jedes Gruppenmitglied eine selbstverfasste Arbeit einreicht, auch wenn Daten, Methoden oder Ergebnisse das Produkt von Gruppenarbeit sind.

Das strukturelle Format der Seminararbeit soll dem einer Originalarbeit zur Veröffentlichung in der Fachzeitschrift *Medical Decision Making* entsprechen. Eine detaillierte Beschreibung der Anforderungen finden Sie unter <http://mdm.uic.edu/manuscript-requirements/>. Außerdem muss ihre Arbeit einen strukturierten *Abstract* enthalten. Alle weiteren (formalen) Anforderungen entnehmen Sie bitte unserem Leitfaden zum Anfertigen wissenschaftlicher Seminar- und Abschlussarbeiten (auf unserer Webseite). Die Arbeiten können wahlweise in deutscher oder englischer Sprache verfasst werden.

## Hinweise bezüglich gesundheitsökonomischer Evaluationen

---

Bei der Durchführung Ihrer Evaluation sind Sie grundsätzlich frei in der Wahl des Studiendesigns. Es sollte allerdings der Forschungsfrage und Datenlage angemessen sein. Wir erwarten von Ihnen weder die Anwendung einer bestimmten Methodik noch die Nutzung bestimmter Software. Beides kann und sollte aber unter Berücksichtigung des gewählten Themas mit dem Betreuer abgestimmt werden.

Eine gesundheitsökonomische Evaluation enthält üblicherweise die weiter unten aufgeführten Elemente. Sie sollte auf Daten aus bereits bestehenden und veröffentlichten Quellen bestehen. Falls einzelne, für Ihre Analyse notwendige Parameter nicht verfügbar

sind, dürfen Sie diese auch „begründet schätzen“. Sollte für das gewählte Thema bereits eine Evaluation existieren sein (egal ob veröffentlicht oder unveröffentlicht), ist es nicht erlaubt, die Analysen und Ergebnisse dieser Arbeiten lediglich zu replizieren oder mit marginalen Änderungen als eigenen Beitrag auszugeben. Ihre Analyse muss eine substantielle Eigenleistung aufweisen und diese auch deutlich herausstellen bzw. diskutieren.

*Elemente der Evaluation:*

1. Eine Kostenanalyse, basierend auf einer umfassenden Beschreibung und Klassifikation der verwendeten Kostenkomponenten und die Schätzung deren Höhe. Kosten können z. B. aus Kalkulationen von Leistungserbringern, Preis- oder Erstattungslisten von Krankenversicherungen, Informationen des Statistischen Bundesamts, veröffentlichten Fachartikeln, etc. entnommen werden.
2. Analyse von Ergebnisparametern (Outcomes), basierend auf klinischen, epidemiologischen oder ähnlichen Messwerten, die konsistent mit dem gewählten Studiendesign sind. Ergebnisparameter finden Sie üblicherweise in randomisierten klinischen Studien, Observations-, Kohorten-, Quer- oder Längsschnittstudien. Alternativ können Sie auch eigene Daten (z. B. zur Lebensqualität) erheben. Dies würde ggf. die Entwicklung eines Fragebogens und die Befragung einer kleinen Stichprobe notwendig machen.
3. Eine Sensitivitätsanalyse sollte durchgeführt werden, um die Stabilität Ihrer Ergebnisse zu untersuchen. Hierfür können Sie Subgruppen analysieren (z. B. verschiedene Altersgruppen) oder für kritische Parameter obere und untere Maximalwerte in ihr Modell einsetzen.
4. Die Kalkulation eines (oder ggf. mehrerer) inkrementellen Kosteneffektivitätsverhältnisses (ICER) sollte das Ziel jeder Evaluation sein.

Zusätzlich zu den genannten Elementen muss stets (a) ein Überblick über die bestehende Evidenzlage, (b) eine Begründung für die Wahl der Evaluationsstrategie und -perspektive, (c) eine Begründung für die Wahl der zu vergleichenden Alternativen (sind bereits mit dem Thema vorgegeben, müssen aber dennoch begründet werden) gegeben werden.

*Basisliteratur für den Themenblock „Gesundheitsökonomische Evaluation“:*

- Schöffski, O. & von der Schulenburg, J.M., 2008. Gesundheitsökonomische Evaluationen 3rd ed., Springer.
- Briggs, A. & Sculpher, M., 1998. An introduction to Markov modelling for economic evaluation. *Pharmacoeconomics*, 13(4), pp.397–409.

- Briggs, A., Sculpher, M. & Claxton, K., 2006. Decision Modelling for Health Economic Evaluation, Oxford University Press.

### **Hinweise zur Bearbeitung von Fragestellungen auf Basis von empirischen Daten**

---

Bei der Durchführung Ihrer Analyse sind Sie grundsätzlich frei in der Wahl der empirischen Untersuchungsstrategie. Es sollte allerdings der Forschungsfrage und Datenlage angemessen sein. Wir erwarten von Ihnen weder die Anwendung einer bestimmten Methodik noch die Nutzung bestimmter Software. Beides kann und sollte aber unter Berücksichtigung des gewählten Themas mit dem Betreuer abgestimmt werden.

Eine empirische Untersuchung zu Fragestellungen in Pharmamärkten oder im Bereich Versorgungsforschung enthält üblicherweise die unten angegebenen Elemente. Dazu können Sie die seitens des Lehrstuhls zur Verfügung gestellten Daten verwenden. Es steht Ihnen frei, selbständig ergänzend Daten zu erheben, jedoch muss die Quelle und ggf. die Methodik der Erhebung nachvollziehbar sein.

#### *Elemente der Arbeit:*

1. Darstellung der zugrundeliegenden Theorie sowie Bezug zum Pharmamarkt bzw. zum Thema Versorgungsforschung
2. Formulierung einer präzisen Forschungsfrage einschließlich Hypothesenbildung
3. Beschreibung der verwendeten Daten und herangezogenen Auswertungsmethodik
4. Empirische Ergebnisse
5. Kritische Diskussion der Ergebnisse hinsichtlich der formulierten Hypothesen und Fragestellung

Zusätzlich zu den genannten Elementen muss stets (a) ein Überblick über die bestehende Studienlage und (b) eine Begründung für die Wahl der empirischen Auswertungsstrategie gegeben werden.

Als Anhaltspunkt für den Aufbau der Seminararbeit und der Darstellung von Ergebnissen kann folgender Artikel dienen:

- Fischer, KE.; Stollenwerk, B; Rogowski, WH. (2013): „Link between Process and Appraisal in Coverage Decisions an Analysis with Structural Equation Modeling“. In: Medical Decision Making. 33 (8), S.1009–1025.

*Basisliteratur Pharmamärkte:*

- Fischer, Dagmar (2013): Die Pharmaindustrie: Einblick Durchblick Perspektiven. Springer DE. (über UHH als E-Book verfügbar)
- Schöffski, Oliver; Fricke, Frank-Ulrich; Guminski, Werner (Hrsg.) (2008): Pharmabetriebslehre. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. — ISBN: 978-3-540-79550-6, 978-3-540-79551-3 (über UHH als E-Book verfügbar)

*Basisliteratur Versorgungsforschung:*

- Mackenbach J, Bakker, M (2002): Reducing Inequalities in Health – A European Perspective. Routledge. ISBN: 0-415-25984-3.
- Buss TF, Van de Water PN (2014): Expanding Access to Health Care – A Management Approach. Routledge ISBN: 0765623331

*Ökonometrie*

- STATA - Syntax: Kohler, U., Kreuter, F. (2008): Datenanalyse mit STATA: allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. 3. Aufl. München: Oldenbourg. — ISBN: 3-486-58456-1, 978-3-486-58456-1 (über UHH als E-Book verfügbar)

insbesondere:

- Kapitel 7: Die Beschreibung von Verteilungen
- Kapitel 8: Einführung in die Regressionstechnik
- Kapitel 9: Regressionsmodelle für kategoriale abhängige Variablen
- Umfangreiche Einführung in die Ökonometrie mit Anwendungsbeispielen: Wooldridge, J.M. (2013): Introductory econometrics: a modern approach. 5. Aufl. [Mason, Ohio] [u.a.]: South-Western Cengage Learning. — ISBN: 1-11-153439-X, 978-1-11-153439-4

insbesondere:

- Chapter 1: The Nature of Econometrics and Economic Data
- Part 1: Regression Analysis with Cross-Sectional Data
- Chapter 19: Carrying out an Empirical Project

## Themenbeschreibung Masterseminar „Gesundheitsökonomische Evaluation und Pharmamärkte“

---

### 1. Kosten-Effektivitäts-Analyse telemedizinischer Betreuung von Patienten mit Schlafapnoe

Bei Menschen mit Schlafapnoe-Syndrom kommt es während der Schlafphasen immer wieder zu Atemaussetzern, die die Schlafqualität beeinträchtigen und zu erhöhter Müdigkeit während der Wachphasen führen. Patienten mit diesem Syndrom werden in der Regel mit der sogenannten CPAP-Therapie behandelt (Continuous Positive Airway Pressure), im Rahmen derer sie durch eine Gesichtsmaske mit einem Atemgerät verbunden sind. Da viele Patienten diese Form der Therapie als störend empfinden, brechen etwa 30-40% der Betroffenen die Therapie ab.

Die telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schlafapnoe soll dazu beitragen, die Therapietreue zu erhöhen und so den Therapieerfolg zu gewährleisten. So kann Telermonitoring unter anderem dazu beitragen, den Arzt zeitnah über Therapieabbrüche zu informieren und somit Gegenmaßnahmen, z.B. eine erneute Anpassung der Maske, zu ermöglichen.

Im Rahmen dieser Seminararbeit soll eine Kosten-Effektivitätsanalyse für die telemedizinische Betreuung von Patienten mit Schlafapnoe durchgeführt werden. Dabei soll, anhand bester empirischer Evidenz ein eigenes gesundheitsökonomisches Modell erstellt werden.

- Rotenberg, B. W., Murariu, D., & Pang, K. P. (2016). Trends in CPAP adherence over twenty years of data collection: a flattened curve. *Journal of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 45(1), 43.
- Hwang, D., Chang, J. W., Benjafield, A. V., Crocker, M. E., Kelly, C., Becker, K. A., ... & Derose, S. F. (2018). Effect of telemedicine education and telemonitoring on continuous positive airway pressure adherence. *The tele-OSA randomized trial. American journal of respiratory and critical care medicine*, 197(1), 117-126.

### 2. Kosten-Effektivitäts-Analyse von Maßnahmen zur Alkoholprävention bei jungen Erwachsenen in Deutschland

Alkohol ist, nach Tabakkonsum, in Deutschland einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen, Unfälle, bösartige Neubildungen und neuropsychiatrische

Erkrankungen. Die zielgerichtete Suchtprävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen soll einen Beitrag dazu leisten, die Bevölkerungsgesundheit langfristig zu steigern, die gesellschaftlichen Kosten zu senken und die Lebensqualität zu erhöhen. Allerdings sind derartige Maßnahmen teuer und die damit verbundenen potentiellen Einsparungen (etwa durch vermiedene Notfallbehandlungen) weitgehend unklar.

Ziel der Arbeit ist es daher, die Kosteneffektivität eines selbstgewählten Alkohol-Präventionsprogramms für Deutschland zu untersuchen.

- Marcus, J., & Siedler, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economics*, 123, 55–77.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223–2233.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 373(9682), 2234–2246.

### **3. Der Einfluss von Adipositas auf die Anzahl von Krankheitstagen und die indirekten Kosten**

Adipositas (body mass index (BMI)  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ) ist eine chronische Krankheit, die einen ernstzunehmenden Risikofaktor für gesundheitliche Folgeerkrankungen darstellt. Rund ein Viertel der Erwachsenen (23% der Männer und 24% der Frauen) in Deutschland leiden unter Adipositas. Die direkten Kosten von Adipositas in Deutschland werden auf bis zu 11 Milliarden Euro geschätzt. Zusätzlich zu den direkten medizinischen Kosten, die durch Fettleibigkeit verursacht werden, gibt es Evidenz, dass Menschen mit Übergewicht häufiger arbeitsunfähig sind und deutlich mehr Krankheitstage aufweisen als Normalgewichtige Personen. Dies führt zu zusätzlichen indirekten Kosten.

Ziel dieser Arbeit ist es, die durch Adipositas verursachten indirekten Kosten und Krankentage anhand von Daten des Sozioökonomischen Panels und des Statistischen Bundesamtes zu schätzen.

Daten: Frei verfügbare Daten vom Statistischen Bundesamt. Sozioökonomisches Panel. Die Bearbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.



- Lehnert T, Stuhldreher N, Streltchenia P, Riedel-Heller SG, König HH (2014). Sick leave days and costs associated with overweight and obesity in Germany. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 56(1), S. 20-27.
- Trogdon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Dellea PS, Kamal-Bahl SJ (2008). Indirect costs of obesity: a review of the literature. *Obesity Reviews* 9(5), S.489-500.

#### **4. Determinanten des Kassenwechsels in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Mit Einführung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), welches am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, haben die Krankenkassen mehr Möglichkeiten ihre Beiträge selbst zu gestalten. Die Höhe des Zusatzbeitrages hängt davon ab, wie wirtschaftlich die Kasse arbeitet und welche Leistungen sie anbietet. Um Mitglieder zu akquirieren und zu halten, sollte der Zusatzbeitrag möglichst gering und die Leistungen vielfältig sein. Es stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß der Zusatzbeitrag und das Leistungsspektrum die Entscheidung der Versicherten, die Kasse zu wechseln, tatsächlich beeinflussen.

Ziel dieser Seminararbeit ist es, die Determinanten eines Krankenkassenwechsels mithilfe des Sozioökonomischen Panels und Daten zu den Beitragssätzen der Kassen zu untersuchen. Es ist zu analysieren, inwieweit die Veränderung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen das Wechselverhalten der Versicherten beeinflusst.

Daten: Selbst zu erhebender Datensatz (Beitragssätze der Kassen) und Sozioökonomisches Panel (SOEP). Die Bearbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.

- Schwarze J, Andersen HH (2001). Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? *DIW Discussion Papers* No. 267.
- Greß S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J (2002). Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy* 60, S. 235-254.

#### **5. Inanspruchnahme von Masernimpfungen/Kombiimpfungen in Abhängigkeit von medialer Berichterstattung**

Die Masernimpfung, monovalent oder mit Kombinationsimpfstoffen, wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für Kinder im Alter von 11-14 Lebensmonaten empfohlen. Allerdings ist das im Nationalen Aktionsplan definierte Ziel einer bundesweiten Impf-

quote von über 95% derzeit noch nicht erreicht. Es stellt sich die Frage, ob Wellen besonderer medialer Aufmerksamkeit dazu führen, dass die Inanspruchnahme von Masernimpfungen steigt. Diese Frage soll im Rahmen eines natürlichen Experiments mithilfe von anonymisierten GKV-Routinedaten und Google-Trends-Daten beantwortet werden.

- Nuti, S. V., Wayda, B., Ranasinghe, I., Wang, S., Dreyer, R. P., Chen, S. I., & Murugiah, K. (2014). The use of google trends in health care research: a systematic review. *PloS one*, 9(10), e109583.
- Rieck, T., Feig, M., Eckmanns, T., Benzler, J., Siedler, A., & Wichmann, O. (2014). Vaccination coverage among children in Germany estimated by analysis of health insurance claims data. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 10(2), 476-484.
- Rieck, T., Feig, M., Wichmann, O., & Siedler, A. (2017). Impfquoten der Rotavirus-, Masern-, HPV- und Influenza-Impfung in Deutschland

## 6. Individuelles Gesundheitsverhalten und formale Bildung

Das individuelle Gesundheitsverhalten, z.B. Rauch- und Trinkgewohnheiten, determiniert substantiell die Gesundheit jedes Einzelnen. Bildung kann dazu beitragen das individuelle Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen und damit sowohl die körperliche als auch psychische Gesundheit zu erhalten und die individuelle Lebensqualität zu erhöhen.

Ziel der Arbeit soll es sein, den Einfluss formaler Bildung auf das individuelle Gesundheitsverhalten anhand geeigneter empirischer Methoden mit Hilfe des SHARE Datensatzes zu analysieren.

- Brunello, G., Fabbri, D., Fort, M., 2013. The Causal Effect of Education on Body Mass: Evidence from Europe. *J. Labor Econ.* 31, 195–223.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of health economics*, 29(1), 1-28.

## 7. Kosteneffektivität der Deeskalation von Biologika bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Bei der rheumatoiden Arthritis handelt es sich um eine der häufigsten chronischen Entzündungserkrankungen in Deutschland. In der Vergangenheit wurde die klassische Therapie mit entzündungshemmenden sowie speziellen krankheitsmodifizierenden Medikamenten (disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs)) durchgeführt. In Kombination mit diesen Wirkstoffen sind biotechnologisch hergestellte Wirkstoffe (bDMARDs)

bei der Behandlung von rheumatoider Arthritis hochwirksam, jedoch auch sehr kostenintensiv. Internationale Behandlungsrichtlinien empfehlen die Dosisanpassung von bDMARDs sobald Patienten mindestens sechs Monate in stabiler Remission sind. Dadurch werden einerseits Einsparungen für die Kostenträger als auch die Vermeidung von Nebenwirkungen erhofft.

Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Kosteneffektivität der Deeskalation von bDMARDs im Vergleich zur Standardtherapie mithilfe eines gesundheitsökonomischen Modells auf Basis bester empirischer Evidenz.

- Chatzidionysiou, K., Emamikia, S., Nam, J., Ramiro, S., Smolen, J., Heijde, D. van der, Dougados, M., Bijlsma, J., Burmester, G., Scholte, M., Vollenhoven, R. van, Landewé, R., 2017. Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* annrheumdis-2016-210711.
- Scholz, S., Mittendorf, T., 2014. Modeling rheumatoid arthritis using different techniques - a review of model construction and results. *Health Econ. Rev.* 4, 18.

## **8. Vergleich von Entscheidungen des NICE und des G-BA im Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen**

In Reaktion auf die stetig steigenden Ausgaben für Arzneimittel haben die meisten Industrieländer sogenannte „Vierte-Hürde“ Prozesse eingeführt. Nachdem Hersteller im Rahmen der Arzneimittelzulassung die Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität ihrer Arzneimittel nachweisen müssen, geht es in der vierten Hürde um den Nachweis der Kosteneffektivität. Dabei werden der zusätzliche Nutzen und die zusätzlichen Kosten einer Arzneimittelinnovation im Vergleich zum Therapiestandard untersucht. In einigen Ländern erfolgt dies im Rahmen gesundheitsökonomischer Evaluationen (z.B. UK) und in anderen Ländern im Rahmen eines zweistufigen Prozesses, in dem auf Arzneimittelnutzenbewertungen Preisverhandlungen folgen (z.B. Deutschland).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Vierte-Hürde-Entscheidungen des NICE (UK) und des G-BA (Deutschland) für das Therapiegebiet der onkologischen Erkrankungen systematisch vergleichend zu analysieren.

Daten: Für bis Ende 2015 abgeschlossene Nutzenbewertungsverfahren des G-BA kann auf eine Datenbank des Lehrstuhls zurückgegriffen werden. Für die Zeit ab 2016 bzw. die Entscheidungen des NICE sollen selbstständig Erhebungen durchgeführt werden. Die Be-

arbeitung des zur Verfügung gestellten Datensatzes ist ausschließlich am HCHE möglich. Die Zeiten für die Bearbeitung werden mit Hilfe eines Google-Spreadsheet koordiniert.

- Drummond, M, de Pouvourville, G, Jones, E, Haig, J, Saba, G, Cawston, H (2014). A comparative analysis of two contrasting European approaches for rewarding the value added by drugs for cancer: England versus France. *Pharmacoeconomics*, 32(5): 509-20.
- Nicod, E, Kanavos, P (2016). Developing an evidence-based methodological framework to systematically compare HTA coverage decisions: A mixed methods study. *Health Policy*, 120:35-45.
- Fischer, KE, Heisser, T, Stargardt, T (2016). Health Benefit Assessment of Pharmaceuticals: An international comparison of decisions from Germany, England, Scotland and Australia. *Health Policy*, 10:1115-1122.

## **9. Patientenzufriedenheit mit Gesundheitsanbietern vor dem Hintergrund ethnischer Diversität**

Laut einem Bericht zur Qualität und Ungleichheit im Gesundheitswesen bestehen weiterhin Unterschiede in der Versorgung innerhalb der Vereinigten Staaten. In diesem Zusammenhang hat eine Reihe von Studien festgestellt, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung mit der ethnischen Herkunft der Patienten variiert. Ziel ist es, im Rahmen einer Paneldatenanalyse, anhand des Medical Expenditure Panel Survey, die Auswirkungen der ethnischen Herkunft auf die Zufriedenheit der Patienten mit den Gesundheitsleistungen über die Zeit in den USA zu analysieren.

Daten: Medical Expenditure Panel Survey - 2016 Full Year Consolidated Data File - HC-155.

- Johnson RL et al. (2004): Racial and Ethnic Differences in Patient Perceptions of Bias and Cultural Competence in Health Care. In: *Journal of General Internal Medicine* 19 (2), S. 101-110
- Saha S et al. (2003): Patient–Physician Relationships and Racial Disparities in the Quality of Health Care. In: *American Journal of Public Health* 93 (10), S. 1713-1719.